



Foto: Clagnut

## Zin en onzin van kwaliteitsindicatoren in de Zorg

Annemarie van Dalen, Organisatieadviseur en toezichthouder in de gezondheidszorg

*'Alles dat kan worden geteld, telt niet noodzakelijkerwijs. Alles dat telt kan niet noodzakelijkerwijs worden geteld.'* Albert Einstein

*Kwaliteit in de gezondheidszorg staat hoog op de agenda. En dat moet worden gemeten. Met prestatie-indicatoren, gecertificeerde kwaliteitsmanagementsystemen, benchmarks, cliënt-belevings-indexen, normen voor verantwoorde zorg en 'meetweken'. Maar hoe pakken deze kwaliteitsindicatoren uit in de praktijk? Willen we dat en wat zijn wenkende perspectieven die laten zien dat het anders kan?*

### Metten is weten

Vijfentwintig jaar geleden bepaalde de overheid grotendeels hoe zorginstellingen hun werk moesten doen. De herinrichting van de verzorgingsstaat heeft ertoe geleid dat de overheid een deel van haar verantwoordelijkheden op dit gebied heeft overgedragen aan 'het veld'. Zorg-

aanbieders en partijen in het maatschappelijk middenveld moesten zelf voor regulering, sturing en controle gaan zorgen.

De samenleving wil graag weten wat er gebeurt met middelen die in de zorg worden geïnvesteerd en welke kwaliteit er geleverd wordt. En dus proberen overheid, toezichthoudende instellingen en verzekeraars vandaag de dag steeds meer zicht en grip te krijgen op kwaliteit van de zorg. In alle sectoren spreekt men af om objectief meetbare normen te hanteren voor kwaliteit en gebruikt men prestatie-indicatoren om verantwoording af te leggen over de geleverde zorg.

Met het afleggen van verantwoording is niets mis. Aanspreekbaar zijn op je doen en laten en op het gebruik van publieke middelen zou zelfs vanzelfsprekend moeten zijn, net als het continu werken aan verbeteren van de zorg. Het probleem zit in de aard van de gebruikte instrumenten. Deze komen voort uit de bedrijfskun-

dige school en het Angelsaksisch georiënteerde 'New Public Management'. Ze zijn gebaseerd op het principe van meten is weten.

### Goochelen met cijfers

De gebruikte instrumenten belichten slechts een klein aspect van de kwaliteit van zorg, meten niet altijd wat ze zeggen te meten en hebben ongewenste neveneffecten. Wat het 'meten' probeert te regelen dreigt te leiden tot precies het tegenovergestelde van wat men nastreeft. Organisaties gaan zich gedragen naar de criteria en de indicatoren en ontwikkelen strategisch gedrag waardoor ze op papier doelen bereiken, maar in de werkelijkheid van de zorgpraktijk niet. Zo bleek de opvallende daling van het aantal patiënten met doorligwonden (decubitus) in de werkelijkheid niet te bestaan. In een aantal ziekenhuizen heeft men de doorligwonden bestempeld als 'vochtletsel' of 'vochtigheidsletsel'. Het aantal geregistreerde decubituspatiënten nam daardoor af en de ziekenhuizen kregen een betere beoordeling van de Inspectie voor de Volksgezondheid. Decubitus is namelijk wel een eindmaat voor de kwaliteit van zorg en 'vochtletsel' niet. De Utrechtse internist Jeen Haalboom spreekt van het witwassen van decubituspatiënten. De kwaliteit van zorg is in dit voorbeeld uiteraard niet verbeterd. Bij de verschillende diagnoses (decubitus/vochtletsel) horen namelijk verschillende behandelingen en die van vochtletsel is de eerste paar dagen tegenstrijdig aan die van decubitus (bron: de Volkskrant 19 januari 2007).

### Vang de kwaliteit

Ook de relatie tussen het instrument, de indicator en daadwerkelijke kwaliteit is niet altijd duidelijk. Neem bijvoorbeeld de HKZ (Harmonisatie kwaliteitsbeoordeling in de Zorgsector) certificering, een norm voor organisaties in de thuiszorg en de gehandicaptenzorg.

HKZ is een kwaliteitsmanagementsysteem dat vooral inzichtelijk maakt of processen en sys-

temen in de organisatie op orde zijn, maar het biedt onvoldoende handvatten om zicht te krijgen op de echte kwaliteit die cliënten al dan niet ervaren in de dagelijkse zorg. Daarbij heeft deze methode weinig toegevoegde waarde voor zorgverleners die hun dagelijks handelen daadwerkelijk willen verbeteren.

De belangrijkste kritiek op het gehanteerde instrumentarium is dat het te weinig rekening houdt met het professionele karakter van de dienstverlening zelf. Deze laat zich niet altijd vertalen in objectief meetbare indicatoren. Outputsturing reduceert de complexiteit van de professionele dienstverlening tot het kwantificeerbare deel van de prestatie. En dat doet geen recht aan de werkelijkheid. De kwaliteit van de dienstverlening is voor een groot deel afhankelijk van handelen op basis van 'tacit knowledge' van de professionals. Door outputsturing verdwijnt deze basis van handelen en vermeerderen bovendien de administratieve handelingen. De druk om prestaties te meten en te controleren neemt immers alleen maar toe.

Kwaliteit van zorg wordt geleverd in de interactie tussen zorgverlener en cliënt. Het is juist die 'menselijke factor' die te weinig aandacht krijgt in het hedendaagse kwaliteitsdenken. Cruciale vraag is hoe je zicht kunt krijgen op kwaliteit op een manier die aansluit bij de relationele karakteristieken van de zorg en die bijdraagt aan verbetering in het dagelijks handelen.

### Reflexieve kwaliteit

Kwaliteitsdeskundige Huub Vinkenburg biedt hiervoor een bruikbaar perspectief. Hij is kritisch over de toepassing van instrumenten uit de bedrijfskundige school in de zorg. Om bijvoorbeeld cliënttevredenheid te meten gebruikt men doorgaans vragenlijsten die vragen of stellingen bevatten over bepaalde onderwerpen en voorgedrukte antwoordcategorieën. De meetuitkomst drukt men uit in een getal of een score op een schaal. De natuurwetenschappelijke

**ORGANISATIES GAAN ZICH GEDRAGEN  
NAAR DE CRITERIA EN DE INDICATOREN  
EN ONTWIKKELEN STRATEGISCH GEDRAG  
WAARDOOR ZE OP PAPIER DOELLEN  
BEREIKEN, MAAR IN DE WERKELIJKHEID  
VAN DE ZORGPRAKTIJK NIET**

methode die achter dit instrument schuilgaat, meet niet de zorg en ondersteuning zelf maar de meetbare aspecten daarvan. Hierdoor worden relationele, persoonlijke en morele aspecten van kwaliteit van zorg en leven veronachtzaamd. Bruikbaarere instrumenten kunnen volgens Vinkenburg gevonden worden bij instrumenten uit de 'reflexieve kwaliteitsschool'. Deze probeert geen normatief standpunt in te nemen: niet zeggen hoe het moet, maar steeds de vragen stellen: waarom gaat het (niet) goed? Zij gaat op zoek naar oorzaken, maar zoekt daarbij niet alleen in uiterlijk waarneembare en objectief meetbare zaken, maar ook factoren als attitude van de zorgverlener en de aard van de relaties tussen cliënt, begeleider en manager. Kern van reflexieve kwaliteit is het samen met anderen kritisch kijken naar het eigen handelen, om dit vervolgens te verbeteren. Als je cliënttevredenheid op deze manier meet, gebeurt dat niet op basis van vragenlijsten, maar op basis van gesprekken, bijeenkomsten en interviews, waarin de aandacht vooral uitgaat naar gebeurtenissen die mensen raken. Antwoorden zijn altijd subjectief en leveren dus specifieke informatie op over de beleving van een cliënt (Vinkenburg 2006). Wanneer we het werken aan kwaliteit levend willen houden en de menselijke factor willen honoreren moeten we ons niet eenzijdig richten op kwaliteitssystemen met het 'meten is weten' als adagium. Wel op het organiseren van zorg en aandacht voor verantwoord handelen en verbeteren door de hele organisatie heen.

Ze wilden uitgaan van de zorg- en dienstverlening in de dagelijkse praktijk en de daadwerkelijke door de cliënten ervaren zorg. De uitkomsten moesten bovendien bruikbaar zijn om de kwaliteit van zorg ook echt te verbeteren. Het kwaliteitsbeleid dat ze, overigens in nauw overleg met de betrokken verzekeraars, hebben ontwikkeld is er niet op gericht om het handelen van de professionals vast te leggen. Het creëert kaders en voorwaarden waarbinnen alle medewerkers de verantwoordelijkheid nemen om kwaliteit te verbeteren. De nieuwe aanpak herinnert zorgverleners eraan waarom ze hun vak zijn gaan uitoefenen en sluit aan bij hun intrinsieke behoefte om goede zorg te leveren. De werkwijze start met het maken van afspraken tussen client en zorgverlener. Een Kwaliteitshandvest geeft de kwaliteit aan die Siza wil leveren. Gesprekken met cliënten en kwalitatieve evaluaties geven informatie aan de teams die zij gebruiken om te werken aan verbeteringen. Teams van Siza gaan bij elkaar op bezoek en geven feedback en suggesties gericht op kwaliteitsverbetering. Bij deze visitaties zijn ook externe stakeholders (verzekeraars/IGZ) betrokken die zelf meekijken hoe het staat met de kwaliteit. De zorgverleners en leidinggevenden van Siza hebben bij het ontwikkelen van hun kwaliteitszorg een leerproces doorgemaakt dat leidt tot anders kijken en anders handelen. Duidelijk is geworden dat deze wijze van kwaliteitszorg 'dicht op de huid' van medewerkers zit en hen stimuleert om kritisch te kijken naar de eigen houding en het eigen handelen. Begin 2010 is men bij Siza begonnen het kwaliteitsbeleid in het hele organisatie door te voeren. Naar tevredenheid van medewerkers, cliënten en externe stakeholders.

**WANNEER WE KWALITEIT LEVEND WILLEN HOUDEN,  
MOETEN WE ONS NIET EENZIJDIG RICHTEN OP  
KWALITEITSSYSTEMEN**

### Hoe het kan in de praktijk

Siza – een organisatie die zorg en dienstverlening biedt aan mensen met een handicap – is een aantal jaar geleden een project gestart om een nieuw kwaliteitsbeleid te ontwerpen.

### Over de auteur

Annemarie van Dalen (1968) is organisatieantropoloog en werkt als organisatieadviseur en toezichthouder in de gezondheidszorg. Zij werkt aan een promotieonderzoek naar anders besturen en organiseren in de zorg. Haar proefschrift verschijnt naar verwachting in 2012.

E-mail: [info@annemarievandalen.nl](mailto:info@annemarievandalen.nl)

