



Elektronicaweg 2, 2628 XG Delft, Postbus 5094, 2600 GB Delft  
T +31 15 750 16 00 W rps.nl

**KWALITEITSSYSTEMEN,  
GARANTIE TOT DE VOORDEUR?**

VRM13.00109-R.01

RVZ

opdrachtgever  
contactpersoon

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg  
mevrouw M. de Lint

RPS advies- en ingenieursbureau bv  
auteur  
gecontroleerd door  
rapport referentie  
versie  
datum

Martijn Sander  
Martijn Mud & Niels Hollaar  
VRM13.00109  
eindrapport  
27 januari 2014

# INHOUDSOPGAVE

- 1. INLEIDING.....3**
  - 1.1. Vermijdbare schade .....3
  - 1.2. Toegevoegde waarde van kwaliteitssystemen .....3
  
- 2. KWALITEITSTANDAARDEN .....5**
  - 2.1. Doelstellingen kwaliteitstandaarden .....5
    - 2.1.1. Joint Commission International.....5
    - 2.1.2. NIAZ.....5
    - 2.1.3. ISO .....5
    - 2.1.4. PREZO.....6
  
- 3. KWALITEITSSYSTEMEN IN NEDERLAND IN VERPLEEG-, VERZORGINGS- EN ZIEKENHUIZEN .....7**
  - 3.1. Instellingen in bezit van kwaliteitscertificaat .....8
  - 3.2. Verdeling type kwaliteitscertificaat.....9
  
- 4. RELATIE TUSSEN KWALITEITSSYSTEEM EN CALAMITEITEN .....11**
  - 4.1. Bezit kwaliteitscertificaat in relatie tot onder verscherpt toezichtstelling .....11
  
- 5. INDICATOREN .....13**
  - 5.1. (On)zinnige kwaliteitsindicatoren .....13
  
- 6. DE TRACERSYSTEMATIEK .....15**
  - 6.1. Individuele tracer.....16
  - 6.2. Systeem tracer en programma specifieke tracer .....16
  
- 7. CONCLUSIES EN AANBEVELINGEN.....17**

## 1. INLEIDING

Aanbieders (instanties) van zorg hebben de intentie om goede zorg te leveren van voldoende kwaliteit en op een veilige manier. De zorgverleners die werkzaam zijn bij deze instanties geven hier in de dagelijkse praktijk vorm aan en hebben de intentie om zorgvragers te helpen. Om ervoor te zorgen dat niet alleen de kwaliteit die de individuele zorgverlener levert goed is, maar alle zorg die een zorgvrager in een keten -binnen of tussen instanties- ontvangt, zijn allerlei 'systemen' bedacht. De meeste van deze kwaliteitssystemen kennen een periodieke proeve van bekwaamheid, leidend tot een keurmerk op de draaideur van de instelling.

Volgens de doelstellingen zou een dergelijk keurmerk de kwaliteit en veiligheid van de geleverde diensten in de instellingen garanderen. Maar doet het dat ook?

We moeten vaststellen dat er incidenten plaatsvinden binnen instellingen met en zonder zo'n keurmerk en ergens zijn incidenten ook niet erg, mits de bereidheid er is om te leren van die incidenten om de kans op herhaling te reduceren. Het wordt vervelend wanneer de incidenten leiden tot (blijvend) vermijdbare schade.

### 1.1. Vermijdbare schade

Uit gezamenlijk onderzoek van EMGO+ en Nivel blijkt dat in de Nederlandse ziekenhuizen van alle opgenomen patiënten 1,6% geconfronteerd werd met vermijdbare schade. Dit betekent dat (uitgaande van ruim 8 opnamen met overnachting per 100 inwoners<sup>1</sup> en ongeveer 16,75 miljoen inwoners op 1 januari 2012<sup>2</sup>) ruim 21.000 mensen vermijdbare schade hebben geleden. Wanneer we dit nog eens evenredig (wat niet terecht is, maar voor dit voorbeeld wel tot de verbeelding spreekt) verdelen over alle ziekenhuizen in Nederland komen we uit op ruim 200 gevallen van vermijdbare schade per ziekenhuis per jaar. Dit is een voorzichtige schatting, want het aantal opnamen met overnachting is feitelijk 8,6 en het aantal opnamen zonder overnachting is 13,4. Het werkelijke aantal ligt vermoedelijk dus nog hoger.

Uiteraard mag niet voorbij worden gegaan aan het feit dat ziekenhuizen de laatste jaren hard hebben gewerkt aan de veiligheid en dat dit ook zijn vruchten afwerpt, blijkend uit hetzelfde onderzoek. Het is verrassend om te constateren dat er zoveel mis gaat in de zorg en hoewel er geen vergelijkbare monitor is voor verpleeg- en verzorgingstehuizen is de verwachting zeer reëel te noemen dat daar eveneens sprake is van vermijdbare schade. En dit alles terwijl zorginstellingen al vele jaren, dus lang voor de introductie van het landelijke VMS-Zorg programma, bekend zijn met kwaliteitssystemen.

### 1.2. Toegevoegde waarde van kwaliteitssystemen

Het voert te ver te stellen dat traditionele kwaliteitssystemen geen bijdrage leveren aan de kwaliteit en veiligheid binnen zorginstellingen. Toch is een nadere analyse naar de effectiviteit van deze kwaliteitssystemen van belang. Immers, zorginstellingen maken er steeds vaker goede sier mee naar hun potentiële cliënten en patiënten en ook toezichthouders en verzekeraars zien het vaak als een zekere garantie wanneer men zo'n keurmerk heeft verkregen. Dit is wellicht ten dele te verklaren door het ontbreken van andere goede stuurinformatie en het 'iets-is-beter-dan-niets' principe. Niet in de laatste plaats dient het als inkoopvoorwaarde voor de zorgverzekeraar en beslist de Inspectie voor de Gezondheidszorg mede op basis van het al dan niet voldoen aan de eisen gesteld door een kwaliteitssysteem om instellingen onder verscherpt toezicht te stellen<sup>3</sup> zoals dat recentelijk bij het Medisch Spectrum Twente gebeurde. Opvallend is echter dat diezelfde instelling goed scoort in een ranglijst van het tijdschrift Elsevier.

<sup>1</sup> <http://statline.cbs.nl/StatWeb/publication/?VW=T&DM=SLNL&PA=81027NED&D1=a&D2=0-2&D3=0&D4=l&HD=110912-1014&HDR=G3,G2,G1&STB=T>

<sup>2</sup> <http://www.cbs.nl/nl-NL/menu/themas/bevolking/publicaties/artikelen/archief/2013/2013-007-pb.htm>

<sup>3</sup> [http://www.igz.nl/Images/Medisch%20Spectrum%20Twente%20Enschede%20november%202013%20-%20verscherpt%20toezicht\\_tcm294-347386.pdf](http://www.igz.nl/Images/Medisch%20Spectrum%20Twente%20Enschede%20november%202013%20-%20verscherpt%20toezicht_tcm294-347386.pdf)

In deze achtergrond studie gaan we nader in op de vraag of er een relatie te leggen is tussen de meetbare kwaliteit in zorginstellingen en de kwaliteitskeurmerken die zij hanteren. Welke kwaliteitssystemen zijn er eigenlijk binnen de zorg en welk doel beogen zij? Daarnaast wordt aandacht besteed aan de vraag wat een goede methode zou zijn om de kwaliteit inzichtelijk en deels ook transparant te maken.

## 2. KWALITEITSTANDAARDEN

In Nederland kennen we verschillende standaarden voor zorginstellingen. De bekendste zijn zonder enige twijfel de NIAZ, ISO9001:2008 en de HKZ (gefuseerd met de NEN met als gevolg dat de norm van HKZ nu een NEN norm is geworden). Andere, in Nederland minder bekende standaarden, zijn PREZO en de JCI-Standards.

Het NIAZ is momenteel met een transitie bezig naar de Canadese systematiek van Q-mentum. Q-mentum is, evenals JCI, een methodiek die werkt met tracers en het (patiënt)proces centraal stelt om op basis daarvan te kijken of de zorgverlening daadwerkelijk op een goede en veilige manier en in lijn met de procedures wordt uitgevoerd. Dit moet de stap zijn waarmee het NIAZ zich meer richt op de praktijk en af komt van haar bureaucratische imago, aldus Cees van Dun, directeur van het NIAZ tijdens het symposium "Zicht en toezicht op Zorg" van het RadboudUMC<sup>4</sup>.

Het gedeelde kenmerk van de genoemde standaarden is dat ze allemaal een bepaald minimum niveau van kwaliteit en veiligheid vereisen, gerelateerd aan de zorg die wordt geboden aan patiënten of cliënten. Toch blijkt er verschil te zitten in de ambitie en de reikwijdte.

### 2.1. Doelstellingen kwaliteitstandaarden

Het is belangrijk om te kijken naar de ambities van de te vergelijken standaarden. Als de ambitie van kwaliteitssysteem A minder ambitieus is dan die van kwaliteitssysteem B, zou er a priori al een theoretisch verschil kunnen zitten in meetbare kwaliteit.

We gaan hierna in op de geformuleerde doelstellingen per standaard.

#### 2.1.1. Joint Commission International

De Joint Commission International schrijft in de standaard (4<sup>de</sup> editie):

The mission of **Joint Commission International** (JCI) is to improve the safety and quality of care in the international community through the provision of education, publications, consultation, and evaluation services.

Vertaald naar het Nederlands:

De missie van de Joint Commission International (JCI) is het verbeteren van veiligheid en kwaliteit van zorg in de internationale gemeenschap door het aanbieden van educatie, publicaties, overleg en evaluaties.

#### 2.1.2. NIAZ

Het NIAZ schrijft in de standaard (Kwaliteitsnorm Zorginstellingen 2.3):

**NIAZ** levert een bijdrage aan de borging en verbetering van de kwaliteit van de gezondheidszorg, in het bijzonder door het ontwikkelen van kwaliteitsnormen en het toepassen daarvan in de toetsing van zorginstellingen en zorgprocessen, resulterend in een judicium waaraan derden – zorgconsumenten, zorgverzekeraars, samenwerkingspartners, overheden en samenleving – het vertrouwen kunnen ontleen dat de zorg reproduceerbaar op een adequate en veilige manier wordt voortgebracht.

#### 2.1.3. ISO

De ISO heeft een iets bredere doelstelling met haar normen, te verklaren door het brede spectrum van normen dat zij aanbiedt.

Het doel van **ISO 9001:2008** is het leveren van diensten en/of producten die aantoonbaar voldoen aan de verwachtingen van de klant (klanteisen).

<sup>4</sup> <http://www.skipr.nl/actueel/id16477-keurmerkinstituut-niet-bang-voor-concurrentie.html>

#### 2.1.4. PREZO

De PREZO heeft onderstaande doelstelling:

**PREZO VV&T 2011** is hét kwaliteitssysteem voor de sector Verpleging, Verzorging en Thuiszorg dat helpt te sturen op verantwoorde zorg.

PREZO VV&T 2011 is gebaseerd op de normen voor Verantwoorde zorg en het kwaliteitskader V&T (2010). Centraal in dit integrale kwaliteitssysteem staan de (cliënt)prestaties die de medewerkers en de organisatie leveren aan de cliënt.

Wat in alle doelstellingen (binnen PREZO verwerkt in de opmerking over het kwaliteitskader) opvalt is dat zij de kwaliteit en veiligheid in de gezondheidszorg willen verbeteren. Sterker nog, de indruk wordt gewekt dat wanneer je als instelling voldoet aan de normen gesteld door deze kwaliteitssystemen je één en ander goed op orde hebt; als iedere zorginstelling een kwaliteitssysteem gebruikt zou de basis voor goede kwaliteit er dus in theorie al zijn.

### 3. KWALITEITSSYSTEMEN IN NEDERLAND IN VERPLEEG-, VERZORGINGS- EN ZIEKENHUIZEN

De Kwaliteitswet zorginstellingen (KWZ) verplicht zorginstellingen hun eigen kwaliteit te bewaken, te beheersen en te verbeteren. De wet noemt vier kwaliteitseisen waaraan een instelling moet voldoen: verantwoorde zorg, op kwaliteit gericht beleid, het opzetten van een kwaliteitssysteem en het maken van een jaarverslag<sup>5</sup>.

De vraag is nu in hoeverre een dergelijk systeem daadwerkelijk de garantie geeft op goede en veilige zorg. Om hierover een uitspraak te kunnen doen is eerst onderzoek gedaan naar het gebruik van kwaliteitssystemen in Nederland. Hiertoe is gebruik gemaakt van de dataset van DigiMV<sup>6</sup>, onderdeel van het CIBG. In de dataset wordt onderscheid gemaakt tussen verschillende zorginstellingen. Er is voor gekozen om een onderscheid te maken tussen enerzijds ziekenhuizen en anderzijds verpleeg-/verzorgingstehuizen. Hieronder treft u een tabel waaruit duidelijk wordt hoe de typen zorginstellingen uit de dataset zijn gecategoriseerd in het advies van de RVZ.

Categorie dataset CIBG	Categorie advies RVZ
Universitair Medisch Centrum (UMC)	Ziekenhuis
Algemeen Ziekenhuis, Categoriiaal Ziekenhuis	Ziekenhuis
Algemeen Ziekenhuis	Ziekenhuis
Categoriiaal Ziekenhuis	Ziekenhuis
Revalidatiecentrum	Verpleeg- / Verzorgingshuis
Zelfstandig Behandelcentrum (ZBC)	Uitgesloten (wel opgenomen in deelstudie L. de Regt)
WBMV (Wet Bijzondere Medische Verrichtingen)	Ziekenhuis
Traumacentrum (alleen indien UMC of ziekenhuis aangevinkt)	Ziekenhuis
Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ)	Verpleeg- / Verzorgingshuis
Gehandicaptenzorg (GZ)	Verpleeg- / Verzorgingshuis
Onderwijsinstelling vallend onder rechtspersoon die WTZi-zorg verleent (alleen indien GZ aangevinkt)	Uitgesloten
Verpleging, Verzorging en Thuiszorg (VVT)	Verpleeg- / Verzorgingshuis
Jeugdgezondheidszorg (alleen indien VVT aangevinkt)	Verpleeg- / Verzorgingshuis
Kraamzorg	Uitgesloten
Omvang concern kleiner dan 10 fte personeel	Uitgesloten

Tabel 4.1: Categorisering type zorginstellingen uit de dataset zijn gecategoriseerd.

<sup>5</sup> [http://www.igz.nl/onderwerpen/handhavinginstrumenten/wetten/kwaliteitswet\\_zorginstellingen/](http://www.igz.nl/onderwerpen/handhavinginstrumenten/wetten/kwaliteitswet_zorginstellingen/)

<sup>6</sup> [https://www.jaarverslagenzorg.nl/doc/zip/digimv\\_export\\_excel\\_JMV\\_COMPLEET\\_OPENBAAR\\_35430.zip](https://www.jaarverslagenzorg.nl/doc/zip/digimv_export_excel_JMV_COMPLEET_OPENBAAR_35430.zip)

### 3.1. Instellingen in bezit van kwaliteitscertificaat

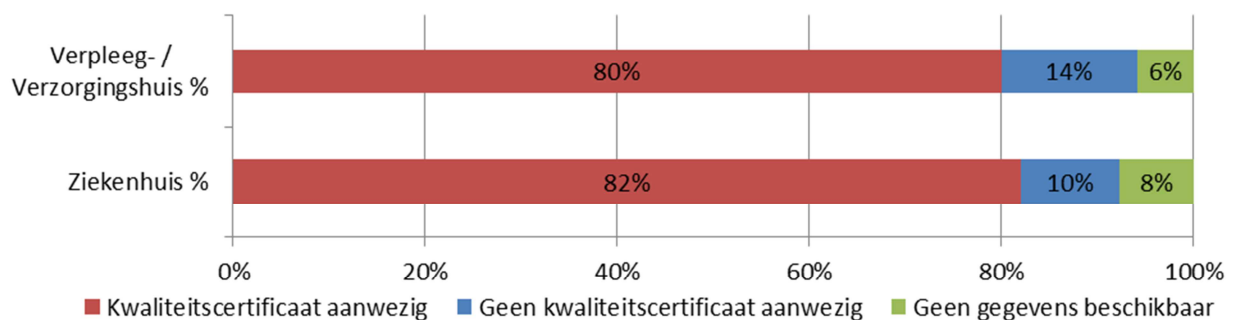
Wanneer de voorgaande verdeling wordt gebruikt zijn er 119 instellingen die onder de categorie “ziekenhuizen” vallen en 1688 instellingen die in de categorie “verpleeg-/verzorgingshuizen” vallen. In onderstaande tabel 4.2 en grafiek 4.1 wordt weergegeven of instellingen hebben aangegeven in het bezit te zijn van enig kwaliteitscertificaat. Opvallend is dat respectievelijk 6% van de verpleeg- en verzorgingstehuizen en 8% van de ziekenhuizen geen informatie heeft verstrekt over het kwaliteitssysteem dat wordt gebruikt.

Instelling	Aantal	Kwaliteitscertificaat aanwezig	Geen kwaliteitscertificaat aanwezig	Geen gegevens beschikbaar
Ziekenhuis	119	98	12	9
Verpleeg- / Verzorgingshuis	1688	1344	245	99

**Tabel 4.2: Bezit van kwaliteitscertificaat binnen zieken-, verpleeg- en verzorgingshuizen in aantallen**

Wanneer voorgaande cijfers grafisch en procentueel worden vormgegeven ontstaat een beeld waaruit blijkt dat beide categorieën elkaar nauwelijks ontlopen.

**Grafiek 4.1: Bezit van kwaliteitscertificaat binnen zieken-, verpleeg- en verzorgingshuizen in procenten**



Hoewel de focus vaak wordt gelegd op de rechterkant van deze grafiek -het niet hebben van een certificaat- is het niet onbelangrijk te benadrukken dat in beide categorieën tachtig procent of meer juist wel in het bezit is van een kwaliteitscertificaat.

Een vraag die zou kunnen rijzen is of er een verschil is in het aantal incidenten dat in 2011 in zorginstellingen plaatsvond zonder en met een gecertificeerd kwaliteitssysteem. Een vervolgvraag is of er een verschil is tussen de kwaliteitssystemen.



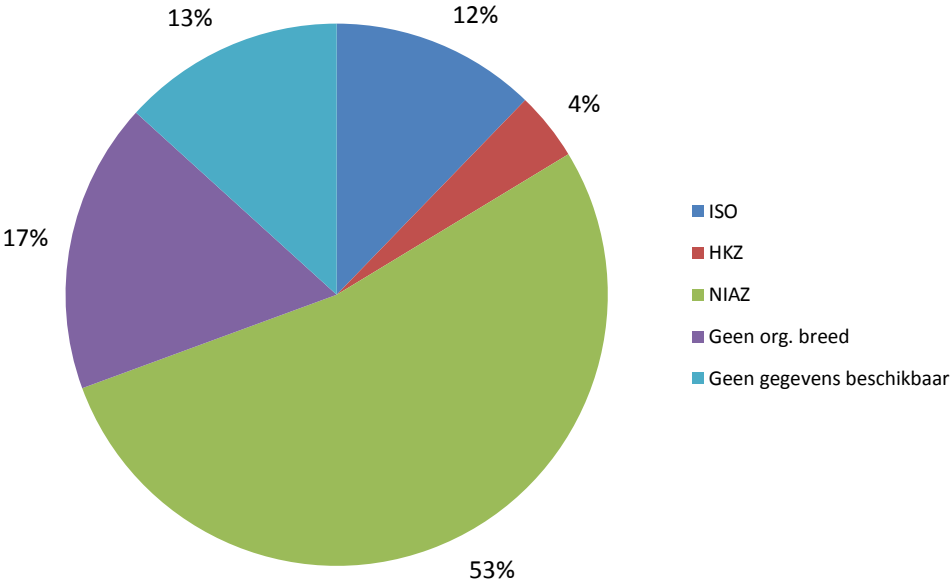
**3.2. Verdeling type kwaliteitscertificaat**

In onderstaande tabellen en grafieken is van de instellingen die hebben aangegeven in het bezit te zijn van een kwaliteitscertificaat per categorie aangegeven welke kwaliteitscertificaten zij in hun bezit hebben. Belangrijk hier op te merken is dat decentrale en/of deelcertificaten niet als kwaliteitscertificaat zijn geclassificeerd, aangezien zij geen beeld geven van de totale organisatie.

Instelling	Aantal	ISO	HKZ	NIAZ	Geen organisatie brede certificering	Geen gegevens beschikbaar
Ziekenhuis	98	12	4	52	17	13

Tabel 4.3: Type certificaat dat ziekenhuizen bezitten in aantallen

**Kwaliteitscertificaten in ziekenhuizen**

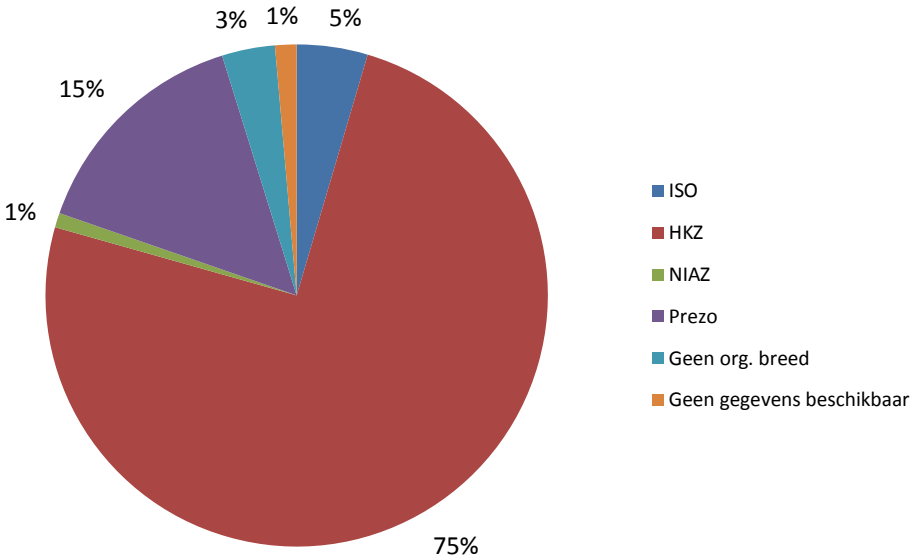


Grafiek 4.2: Type certificaat dat ziekenhuizen bezitten in procenten

Instelling	Aantal	ISO	HKZ	NIAZ	Prezo	Geen organisatie brede certificering	Geen gegevens beschikbaar
Verpleeg- / Verzorgingshuis	1344	60	1003	13	205	44	19

Tabel 4.4: Type certificaat dat verpleeg- en verzorgingstehuizen bezitten in aantallen

**Kwaliteitscertificaten in verpleeg- en verzorgingshuizen**



Grafiek 4.3: Type certificaat dat verpleeg- en verzorgingstehuizen bezitten in procenten

#### 4. RELATIE TUSSEN KWALITEITSSYSTEEM EN CALAMITEITEN

Zoals eerder beschreven was het idee om een verband te leggen tussen de kwaliteitssystemen en de bij IGZ geregistreerde calamiteiten, waarbij voor de categorie ziekenhuizen zou worden gekeken naar het aantal calamiteiten met dodelijke afloop en voor de categorie verpleeg- en verzorgingstehuizen naar het aantal meldingen.

Deze verdeling behoeft een toelichting aangezien nu gemeten wordt met twee maten. Reden voor deze keuze is dat het beoordelen of een incident toe te schrijven is aan een kwaliteitssysteem of het ontbreken ervan in combinatie met het aantal meldingen dat de IGZ ontvangt, een te arbeidsintensieve bezigheid is. Het zou zeker interessant zijn te onderzoeken of het aantal en type meldingen dat bij de IGZ bekend is overeenkomt met de studies van het EMGO+ / Nivel naar de vermijdbare schade in ziekenhuizen. Immers het aantal meldingen van calamiteiten (met dodelijke afloop of ernstige schade) dat gemeld wordt bij de IGZ zou (bijna) overeen moeten komen met het aantal patiënten dat volgens de studie van EMGO+ / Nivel in Nederland jaarlijks overlijdt als gevolg van vermijdbare gebeurtenissen. In verpleeg- en verzorgingstehuizen komt vermijdbare sterfte veel minder frequent voor en het is derhalve ook geen goede graadmeter voor de vergelijking tussen kwaliteitssystemen. Daarnaast wordt in de gemiddelde instelling van deze categorie dermate weinig gemeld dat de maatstaf het al dan niet doen van meldingen zou kunnen zijn.

De IGZ maakt het volgende onderscheid tussen verschillende type meldingen (Leidraad meldingen 2013):

- De verplichte meldingen door zorgaanbieders op basis van de Kwaliteitswet Zorginstellingen (artikel 4a lid 2) betreffen calamiteiten en seksueel misbruik dat plaatsvindt in de instelling.
  - Onder calamiteit wordt verstaan een niet-beoogde of onverwachte gebeurtenis, die betrekking heeft op de kwaliteit van de zorg en die tot de dood van of een ernstig schadelijk gevolg voor een patiënt of cliënt van de instelling heeft geleid<sup>7</sup>.
  - Onder seksueel misbruik wordt verstaan grensoverschrijdend seksueel gedrag waarbij sprake is van lichamelijk, geestelijk of relationeel overwicht.
- Daarnaast zijn ook klachtencommissies op basis van de wet Klachtrecht cliënten zorgsector verplicht om bij de IGZ melding te maken wanneer blijkt dat de zorgaanbieder naar aanleiding van een gegronde klacht geen maatregelen heeft genomen en het een ernstige situatie met een structureel karakter betreft.
- Ten slotte kunnen andere meldingen worden gedaan bij de IGZ over bijvoorbeeld producten en / of diensten. Bij dergelijke meldingen onderzoekt de IGZ eerst of de melding gegrond is. Als dat het geval is wordt de melding verder in behandeling genomen.

##### 4.1. Bezit kwaliteitscertificaat in relatie tot onder verscherpt toezichtstelling

De IGZ heeft echter aangegeven de gevraagde data niet beschikbaar te kunnen stellen. Deze vergelijking kan dus niet gemaakt worden. Om toch een vergelijking te kunnen maken is vervolgens gekeken naar het aantal onder verscherpt toezichtstellingen. In 2011 zijn 27<sup>8</sup> instellingen onder verscherpt toezicht gesteld. Er is een analyse gedaan naar de 27 onder verscherpt toezichtstellingen. Hieruit bleek dat slechts 15 van de 27 betrekking hadden op de doelgroep van deze studie. De overige 12 hadden betrekking op tandzorginstellingen, tandartspraktijken en een huisartsenpost.

Van de 15 instellingen die binnen de doelgroep vallen is op basis van de eerder genoemde dataset gekeken welk kwaliteitssysteem/certificaat zij in bezit hadden. De resultaten hiervan staan in tabel 5.1.

<sup>7</sup> [http://wetten.overheid.nl/BWBR0007850/geldigheidsdatum\\_05-11-2013#HoofdstukII\\_Artikel4a](http://wetten.overheid.nl/BWBR0007850/geldigheidsdatum_05-11-2013#HoofdstukII_Artikel4a)

<sup>8</sup> [http://igz.nl/zoeken/download.aspx?download=Jaarbeeld\\_2011.pdf](http://igz.nl/zoeken/download.aspx?download=Jaarbeeld_2011.pdf)

Keurmerk instelling	Aantal
Geen	6
HKZ	4
NIAZ	2
<i>Onbekend</i>	3
Eindtotaal	15

**Tabel 5.1: Type certificaat van instellingen onder verscherpt toezicht gesteld in 2011**

Uit tabel 5.1 is op te maken dat van de 12 instellingen die hebben aangegeven wel of geen kwaliteitscertificaat te bezitten de helft wel in het bezit was van een certificaat en de andere helft niet. Opgemerkt wordt, dat op basis van deze kleine groep geen conclusie getrokken mag worden. Wel is gebleken dat het hebben van een kwaliteitscertificaat niet garandeert dat er helemaal geen calamiteiten zullen plaatsvinden. Sterker nog; ieder kwaliteitssysteem gaat in op het leren van incidenten waarmee wordt geïmpliceerd dat die er zijn. Maar als er voldoende lerend effect in een organisatie zou zitten, zodat na ieder incident of iedere (bijna) calamiteit maatregelen worden genomen om de kans op herhaling te minimaliseren, zouden calamiteiten van grote omvang, gepaard gaande met een verscherpt toezicht stelling, vrijwel nooit plaats mogen vinden. Toch blijkt uit de tabel dat ook bij instellingen met een keurmerk degelijke calamiteiten plaatsvinden.

De vraag is, waarom kwaliteitscertificaten in de praktijk onvoldoende garantie geven voor het voorkomen van calamiteiten van grote omvang. De systemen die ten grondslag liggen aan de kwaliteitscertificaten zouden immers voldoende indicatoren of meetbare elementen moeten hebben om te kunnen bepalen of de kwaliteit en veiligheid aan de standaarden van het betreffende kwaliteitssysteem voldoen. In essentie zijn alle kwaliteitssystemen er op gericht een bepaalde mate van continue kwaliteit en veiligheid te waarborgen en te streven naar continue verbetering.

## 5. INDICATOREN

Mogelijk ligt de oorzaak van het falen van kwaliteitssystemen aan het feit dat er teveel indicatoren zijn. In het verleden is al meerdere malen kritiek geuit op de hoeveelheid en diversiteit van indicatoren die door instellingen aangeleverd moeten worden. De jaarlijkse uitvragen van de IGZ, zorgverzekeraars, kapitaalverschaffers en patiëntenverenigingen leveren continu een enorme werklast op voor organisaties. In juli 2011<sup>9</sup> heeft het UMC Utrecht bij monde van de heer Kimpen (bestuurder) in een blog op zorgplatform SKIPR gemeld dat zij alleen al aan de IGZ en Zichtbare Zorg (een programma van de IGZ in opdracht van het ministerie van VWS) meer dan tweeduizend indicatoren aanleverden, dit nog los van alle andere instanties die, overigens met de beste bedoelingen, allerhande kwaliteitsindicatoren willen meten. Inmiddels heeft het UMC Utrecht vijf medewerkers in dienst om alle indicatoren te verzamelen<sup>10</sup>.

### 5.1. (On)zinnige kwaliteitsindicatoren

Het zou in dat kader interessant zijn om in andere sectoren zoals de olie- en gasindustrie of de levensmiddelenindustrie te onderzoeken met hoeveel indicatoren zij worden belast en welke personele capaciteit daar tegenover wordt gesteld. Enkele voorbeelden van indicatoren waarover recent discussie is gevoerd betreffende de vraag welke conclusies verbonden mogen worden aan de uitkomsten daarvan zijn de volgende:

- De Hospital Standardised Mortality Rate (HSMR) waarin wordt berekend of de verwachte sterfte binnen een instelling overeenkomt met de daadwerkelijke sterfte. Lang werd gedacht dat deze indicator de zorg het lang verwachte inzicht zou geven aan de hand waarvan men instellingen kon vergelijken. Recentelijk kwam echter een discussie op gang over de vraag of de casemix van ziekenhuizen wel dusdanig is dat na correctie voor de casemix een reële HSMR berekend kon worden<sup>11</sup>.
- In het geval van borstkankerzorg is één van de indicatoren dat er een plastisch chirurg aanwezig is bij het MDO (multi disciplinair overleg). Vaak is echter vooraf al bekend dat een patiënte helemaal geen directe reconstructie wenst. De aanwezigheid van een plastisch chirurg in het MDO is daarmee verspilde tijd die besteed had kunnen worden aan zorg.
- Een ander probleem dat veelvuldig voorkomt zijn de soms net van elkaar afwijkende inclusiecriteria, bijvoorbeeld een ander timeframe bij het meten van het % EWL (Excess Weight Loss) na 1, 1,5 of 2 jaar uitgevraagd door verschillende instanties.

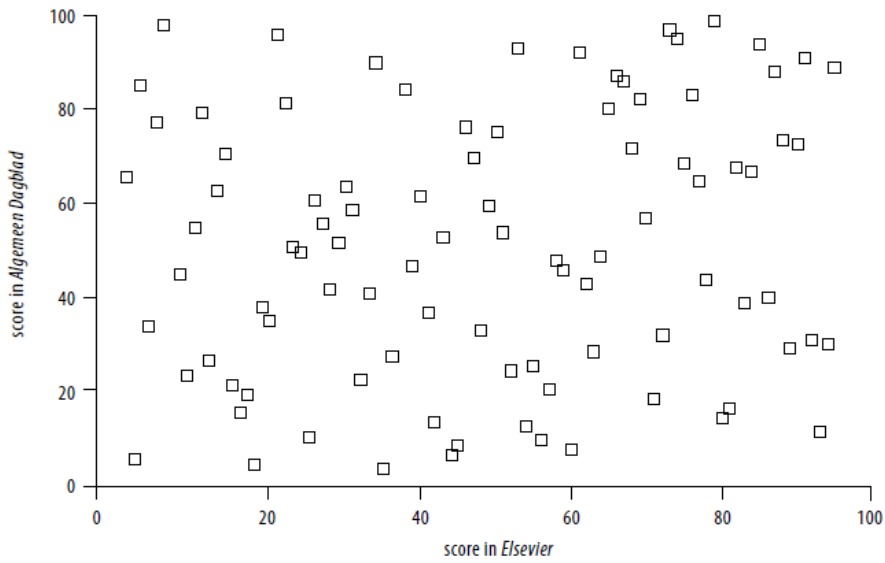
Bij al deze indicatoren is ook nog een overkoepelende opmerking te maken, namelijk de verschillende 'lijstjes' die er door de media aan worden gekoppeld zoals het Algemeen Dagblad en Elsevier doen. In een artikel dat in 2012 verscheen in het NTVG is een overzicht gemaakt van hoe instellingen scoren op de twee verschillende lijsten. Waaruit op te maken is dat de scores bijzonder uiteen lopen<sup>12</sup>.

<sup>9</sup> <http://www.skipr.nl/blogs/id1524-indicatoren-stop-met-onzin-uitvraag-.html>

<sup>10</sup> <http://www.skipr.nl/actueel/id15339-indicatoren-brij-kost-umc-extra-personeelsformatie.html>

<sup>11</sup> <http://www.ntvg.nl/publicatie/prestatie-indicatoren-voor-ziekenhuizen-0/pdf>

<sup>12</sup> <http://www.ntvg.nl/publicatie/prestatie-indicatoren-voor-ziekenhuizen-0/pdf>



**Grafiek 6.1: Correlatie tussen de ziekenhuisranglijsten van het Algemeen Dagblad en Elsevier (correlatiecoëfficiënt  $r = 0,14$ )<sup>13 14</sup>. Bij volledige overeenstemming van de beoordelingen zouden de punten op een rechte, stijgende lijn liggen ( $r = 1$ ).**

De verschillende kwaliteitscertificaten hebben tussen de 185 en 270 standaarden die op hun beurt weer meetbaar worden door gebruikmaking van tussen de 1400 en bijna 2200 elementen. Gesteld zou kunnen worden dat het kiezen voor een kwaliteitssysteem in de basis evenals andere 'lijstjes' vooral zorgt voor een toename van de administratieve werklust. JCI en Q-mentum onderscheiden zich echter van de andere kwaliteitssystemen door hun manier van 'meten'. Beiden maken namelijk gebruik van de zogenaamde tracersystematiek die niet naar processen kijkt maar naar de patiënten in de processen. Daarmee komt de focus veel meer te liggen op de kwaliteit van zorg dan op de kwantiteit.

<sup>13</sup> Ziekenhuizen top-100. Algemeen Dagblad 19 september 2006

<sup>14</sup> Leeuwen A van, Wansink W. Gezondheidszorg: de beste ziekenhuizen. Elsevier. 2006;62:83-111

## 6. DE TRACERSYSTEMATIEK

Met de intrede van de van origine Amerikaanse Joint Commission International in het Nederlandse zorglandschap is ook een nieuwe auditsystematiek in gebruik genomen: de 'tracersystematiek'. Deze methodiek vindt zijn oorsprong in de chemische wetenschap. Vanaf het begin van de twintigste eeuw worden chemische tracers gebruikt om een reactie tussen twee stoffen te volgen.

De Joint Commission heeft de methodiek omgevormd naar de zorg. Nu wordt niet een chemische reactie gevolgd maar de patiënt/cliënt. Dit wordt een 'System Tracer' genoemd.

De exacte omschrijving van een tracer is als volgt:

Tracer methodology is a process surveyors use during the on-site survey to analyse an organization's system, such as its medication management system or its infection control system, with particular attention paid to identified priority focus areas. This is done by following individual care recipients through the organization's health care process in the sequence experienced by the care recipients. Depending on the health care setting, this may require surveyors to visit multiple care units, departments, or areas within an organization or a single care unit to "trace" the care rendered to a care recipient.

Het verschil tussen de tracersystematiek en de conventionele kwaliteitsaudits is dat niet wordt gekeken of het protocol van één afdeling op zichzelf correct wordt gevolgd, maar dat het proces centraal wordt gesteld dat een patiënt, cliënt, of soms een product vanaf binnenkomst tot het verlaten van het systeem doorloopt. Gevolg hiervan is dat meer dan de helft van de tijd die wordt besteed aan audits die ten behoeve van de accreditatie door het JCI worden uitgevoerd, plaatsvinden op de werkvloer in de nabijheid van de te volgen patiënt of het product. De gesprekken die plaatsvinden zijn dan met de personen die daadwerkelijk zorg hebben verleend aan de tracerpatiënt of het tracerproduct in handen hebben gehad.

Er wordt tijdens de audit niet gezocht naar fouten noch is er sprake van een peer-review door de auditor. Hij of zij is slechts op zoek naar het professionele oordeel van degene die een bepaalde handeling heeft gedaan. Door deze bevindingen op te schrijven ontstaat een klimaat waarin het mogelijk is om aan te geven wat er volgens werknemers op de werkvloer verbeterd zou kunnen worden. Daarnaast wordt achteraf getoetst in hoeverre het protocol aansluit bij de handeling zoals uitgevoerd door de auditee.

Doordat de systematiek uitgaat van de nadrukkelijke medewerking van medewerkers wordt bijzonder veel aandacht besteed aan het informeren en trainen van medewerkers in het meewerken aan tracers, bijvoorbeeld via online filmpjes<sup>15</sup>. Op die manier wordt duidelijk gemaakt wat mensen mogen verwachten van een tracer. Door medewerkers op een dergelijke actieve manier te betrekken wordt gestimuleerd dat zij frequenter nadenken over hoe ze hun werkzaamheden uitvoeren en of deze wellicht aangepast zouden kunnen worden. Hierdoor groeit een cultuur waarin continue verbetering centraal staat. Overigens is het absoluut niet zo dat de tracers zich enkel focussen op medische processen binnen de methodiek zoals JCI die heeft omschreven in haar handboek uit 2007<sup>16</sup>. Er wordt onderscheid gemaakt tussen individuele tracers, systeem tracers en programma-specifieke tracers. Het verschil tussen deze tracers zit hem in het te volgen "object" om het oneerbiedig te zeggen.

<sup>15</sup> <http://www.youtube.com/watch?v=iSx2MBVpN5Y>

<sup>16</sup> [www.jcrinc.com/common/PDFs/AMP/ATM07.pdf](http://www.jcrinc.com/common/PDFs/AMP/ATM07.pdf)

## 6.1. Individuele tracer

De *individuele tracer* betreft altijd een zorgvrager die gevolgd wordt in het zorgproces. Dit kan gedaan worden door naar een afdeling te gaan, daar een zorgvrager op te zoeken en te kijken waar verbeteringen mogelijk zijn in het proces dat deze heeft doorlopen. De input van de zorgvrager is bijzonder waardevol, omdat die vaak op de hoogte is van wat er op welk moment gebeurt. Uiteraard geldt dat de zorgvrager, of familie, alleen ondervraagd kan worden indien de situatie dat toelaat. Andere onderdelen van de individuele tracer zijn gesprekken met de behandelende medewerkers en een beoordeling van de omgeving waarin de zorgvrager zich bevindt op het gebied van hygiëne van de kamer of toegang tot afdelingen. Eveneens vindt een beoordeling plaats van alle vastgelegde documentatie waaronder de zogenaamde *informed consent* waarin de zorgvrager instemt met de behandeling die wordt ondergaan.

Belangrijk om te concluderen in het kader van *patient governance* is dat deze individuele tracer een bijzonder grote mate van, mogelijke, betrokkenheid van de zorgvrager met zich meebrengt en daarmee dus een goed instrument kan zijn om de uitkomst van de zorg te beoordelen. Immers kan de patiënt vanuit zijn perspectief prima beoordelen of de kwaliteit goed was en men beter het ziekenhuis of een afdeling heeft verlaten dan bij aankomst het geval was. De resultaten van de tracers zouden zelfs teruggekoppeld kunnen worden aan de zorgvrager en op een geaggregeerd niveau wellicht ook aan verenigingen van zorgvragers. Uiteraard geldt hiervoor dezelfde spanning die Haverkamp in haar studie aan de orde stelt in het kader van transparantie van visitatierapporten. Het openbaar maken zou de kritische houding van auditeurs kunnen beïnvloeden, waardoor zeer matte rapporten worden opgesteld. Daarnaast is het de vraag of een leek de juiste uitleg kan geven aan de conclusies van een dergelijk rapport. Onverlet blijft dat het überhaupt invoeren van individuele tracers het principe 'Bring the patient in' bijzonder veel kracht bij zet.

## 6.2. Systeem tracer en programma specifieke tracer

Naast de individuele tracer zijn er systeem tracers. Deze gaan meer in op thematische onderwerpen zoals handhygiëne en medicatie management. Tot slot zijn er programma specifieke tracers die zich beperken tot de handelingen die op één afdeling plaatsvinden. Hierbij valt te denken aan de processen die plaatsvinden op een afdeling als het laboratorium.

Overigens zou uit voorgaande alinea's de indruk kunnen ontstaan dat de tracer methodiek alleen toepasbaar is op de 'cure'. Uit meerdere documenten blijkt echter dat men in de Verenigde Staten deze methode eveneens gebruikt in de 'care'. Enkele voorbeelden uit het handboek<sup>9</sup> zijn het 'tracen' van een chemotherapie patiënt die thuiszorg krijgt. De auditor zou in een dergelijk geval na kunnen gaan hoe de medewerker de pijnscores bepaalt met de patiënt of hoe de opleiding van en administratie door de betreffende medewerker is geregeld.

In het geval van verpleeg- en verzorgingstehuizen zou de tracermethodiek kunnen worden toegepast om te evalueren hoe het is gesteld met de rechten van cliënten, of hoe mogelijke systeem brede organisatie problemen afleiden van het centraal stellen van de cliënt. Een ander voorbeeld is het evalueren van de overdrachtmomenten tussen de verschillende diensten van de medewerkers om zodoende vast te stellen of geen kritische informatie verloren gaat.



## 7. CONCLUSIES EN AANBEVELINGEN

Er is veel onderscheid onder zorginstellingen als het gaat om de vraag of en zo ja welk kwaliteitscertificaat ze bezitten. Vooralsnog is de markt verdeeld met een leidende positie voor het NIAZ en de HKZ. Maar de laatste jaren heeft een nieuw keurmerk (JCI) zijn toe trede gedaan op Nederlandse bodem en in 2013 is ook het NIAZ overgestapt op een soortgelijk model (Q-mentum). Een relatie tussen de (effectiviteit van) kwaliteitssystemen en het aantal incidenten zoals gemeld bij de Inspectie voor de Gezondheidszorg kan niet gemaakt worden, vanwege het nog niet voorhanden zijn van die informatie.

### **Aanbeveling**

*Het verdient aanbeveling om te onderzoeken of er een relatie te leggen is tussen enerzijds het hebben van een kwaliteitscertificaat en anderzijds het vóórkomen van incidenten en calamiteiten.*

Op basis van het aantal onder verscherpt toezichtstellingen in 2011 is geen duidelijk beeld op te maken, of het hebben van een kwaliteitscertificaat garant staat voor het niet plaatsvinden van dusdanig ernstige calamiteiten, dat de Inspectie voor de Gezondheidszorg er reden in ziet om de betreffende instelling onder verscherpt toezicht te plaatsen. De helft van de instellingen die onder verscherpt toezicht werden gesteld, had wel een kwaliteitscertificaat in het bezit. De andere helft bezat geen kwaliteitscertificaat. Hier kan alleen uit geconcludeerd worden dat het bezitten van een kwaliteitscertificaat geen volledige garantie is voor het niet plaatsvinden van grote calamiteiten. Vanwege de lage  $n$  en de niet willekeurige aard van de selectie kan geen verdere generaliseerbare conclusie getrokken worden.

Om de kwaliteit en veiligheid binnen instellingen te 'monitoren' zijn door legio instanties (onder andere toezichthouders, verzekeraars, patiëntenverenigingen, medische verenigingen) indicatoren opgesteld die zicht moeten geven op de kwaliteit van zorg. Verschillende zorginstellingen hebben aangegeven dat de energie en kosten van het aanleveren van de indicatoren niet in verhouding staat tot de stijging van de kwaliteit en veiligheid in de zorg.

Met het in de Nederlandse markt treden van JCI en Q-mentum lijkt een nieuwe trend te ontstaan waarbij de patiënt en de uitkomst van het zorgproces centraal staan. De tracer-methodiek die hiervoor gebruikt wordt (JCI en Q-mentum) is hier bijzonder geschikt voor aangezien de patiënt middels de methodiek fysiek het onderwerp wordt van een audit en, indien mogelijk, zelfs betrokken wordt door te vragen naar het zorgproces dat zij/hij ondergaat. Door deze andere benadering worden zorgprofessionals gestimuleerd om actief mee te werken aan de continue verbetering van het zorgproces.

### **Aanbeveling**

*Creëer meer aandacht voor auditmethodieken die ertoe leiden dat de zorgvrager centraal staat en waardoor zorgmedewerkers gestimuleerd worden om actief mee te denken over mogelijke verbeteringen.*