

Trefwoorden

- Kwaliteit
- Beroepsgroep
- Bureaucratie

Auteurs

Drs. Marlies van Hell,
verpleegkundige en
verplegingswetenschapper;
docent aan de Academie
Gezondheidszorg van de
Christelijke Hogeschool Ede en
kenniskringlid van het lectoraat
Verpleegkundige beroepsethiek

Tineke Holwerda, MScN,
verpleegkundige en
verplegingswetenschapper;
hoofd Zorginnovatie in
Ziekenhuis Gelderse Vallei, Ede

Dr. Bart Cusveller,
verpleegkundige en filosoof;
lector Verpleegkundige
beroepsethiek aan de Academie
Gezondheidszorg van de
Christelijke Hogeschool Ede

Correspondentie

Marlies van Hell: mcvhell@che.nl

Van 'meetlast' naar eigenaarschap Verpleegkundige kwaliteitsindicatoren

De Kwaliteitswet Zorginstellingen verplicht zorginstellingen om op systematische wijze gegevens te verzamelen en te registreren over de kwaliteit van zorg. Om een geobjectiveerd oordeel te geven over de geleverde zorg, kunnen medewerkers met kwantitatieve meetinstrumenten op verschillende kwaliteitsindicatoren scoren. Instanties zoals de Inspectie voor de Gezondheidszorg en zorgverzekeraars dwingen het gebruik van zulke scores veelal af.

Ook van verpleegkundigen wordt verwacht dat zij kwantitatieve gegevens over de kwaliteit van zorg inventariseren. Zo maken zij hun bijdrage aan goede zorg transparant. Ze kunnen deze gegevens verzamelen aan de hand van de verpleegkundige kwaliteitsindicatoren zoals: decubitus, delier en ondervoeding. Hoe minder ze voorkomen, is de gedachte, hoe beter de zorg (Plas, Poot en Mintjes, 2010).

In 2010 gaf het onderzoeksrapport *Doorbreek de meetlast* van het Landelijk Expertisecentrum Verpleging en Verzorging aan dat verpleegkundigen en verzorgenden het scoren van kwaliteit van zorg met behulp van zulke meetinstrumenten als een last ervaren. Tijdens het gelijknamige symposium werd het belang van het meten op vastgestelde indicatoren onderstreept: verpleegkundigen kunnen ermee tonen wat de kwaliteit van hun eigen werk is, patiënten krijgen daar inzicht in, en bestuurders kunnen extern verantwoording afleggen over de besteding van financiën. Het uiteindelijke doel is het verlenen van de best mogelijke zorg (Most, 2010). Begin

2012 heeft het lectoraat Verpleegkundige beroepsethiek (Christelijke Hogeschool Ede) in samenwerking met een perifeer ziekenhuis in twee fasen onderzocht hoe verpleegkundigen het werken met kwaliteitsindicatoren nu vormgeven, of er nog steeds sprake is van ervaren 'meetlast', en welke factoren het werken met kwaliteitsindicatoren positief beïnvloeden.

Methode

In de eerste fase stond de volgende vraag centraal: In hoeverre houden verpleegkundigen zich aan afspraken over het werken met score-instrumenten met betrekking tot kwaliteitsindicatoren? In het betreffende ziekenhuis hielden vierdejaars studenten onder leiding van docentonderzoekers van het lectoraat een steekproef om te bepalen in welke mate verpleegkundigen rapporteren over interventies en evaluatie van zorg in relatie tot de kwaliteitsindicatoren decubitus, ondervoeding, kwetsbare ouderen en pijn. Deze kwaliteitsindicatoren moeten voor iedere patiënt in dit ziekenhuis door de verpleegkundige

ingevuld worden. Op veertien klinische afdelingen zijn gedurende een dag per afdeling de zorgdossiers (n=207) gecontroleerd. Er is nagegaan in hoeverre de meetinstrumenten bij de vier kwaliteitsindicatoren zijn ingevuld, welke interventies beschreven staan, en of het zichtbaar is in hoeverre de zorg op basis van evaluatie is bijgesteld.

In de tweede fase is de vervolgvraag gesteld in hoeverre verpleegkundigen het scoren op kwaliteitsindicatoren beschouwen als onderdeel van hun eigen beroepsverantwoordelijkheid. Over dit 'verpleegkundig eigenaarschap' hielden de onderzoekers in hetzelfde ziekenhuis verdiepende focusgroepinterviews met twintig verpleegkundigen.

Resultaten dossieronderzoek

De resultaten van het dossieronderzoek worden verdeeld in drie onderdelen: 1) Welke metingen zijn gedaan? 2) In hoeverre hebben de resultaten daarvan interventies opgeleverd? en 3) Is er een effect op de voortgang van de zorg? Ofwel: is de zorg bijgesteld op basis van de metingen en eventuele interventies?

Metingen

Ten eerste werd in de dossiers onderzocht of de meetinstrumenten ingevuld waren voor decubitus, ondervoeding, kwetsbare ouderen en pijn. Van de scorelijst voor decubitusrisico bleek ongeveer 75% volledig ingevuld, waarvan meer dan de helft binnen 24 uur na opname. De risicoscorelijst om ondervoeding te signaleren was in 80% van de onderzochte dossiers ingevuld. Het overgrote deel van deze 80% was binnen 24 uur ingevuld. De lijst voor risicoscreening voor kwets-

bare ouderen was bij 40% van de patiënten ouder dan 70 jaar ingevuld.

Hiervan was 75% binnen 24 uur na opname ingevuld. Wat betreft de scorelijst voor pijn is er bij 31% van de patiënten minimaal 1 keer per dag gescoord en bij ongeveer 15% van de dossiers is de pijnscore drie keer per dag gerapporteerd.

Interventies

Vervolgens is er gekeken in hoeverre naar aanleiding van de scores interventies terug te vinden zijn in de dossiers. Interventies met betrekking tot decubitus bleken terug te vinden bij een kleine 20% van de dossiers waarin de scorelijsten voor decubitusrisico waren ingevuld. In bijna 35% van de dossiers zijn interventies bij de kwaliteitsindicator ondervoeding terug te vinden. Ongeveer hetzelfde percentage geldt voor de kwaliteitsindicator kwetsbare ouderen. In 40% van de dossiers zijn de interventies met betrekking tot pijn terug te vinden.

Voortgang

Tot slot is onderzocht of in de verpleegkundige dossiervoering zichtbaar is dat de zorg op basis van scores en interventies wordt bijgesteld. In bijna 30% van de dossiers is het verloop van zorg inzake decubitus zichtbaar. In een kleine 70% van de dossiers is het verloop van zorg qua ondervoeding zichtbaar. In 75% van de dossiers is het verloop van zorg voor kwetsbare ouderen zichtbaar. In ruim de helft van de dossiers is het verloop van zorg wat betreft pijn zichtbaar. Geconcludeerd kan worden dat in de 207 dossiers met betrekking tot de vier indicatoren gemiddeld 57% van de meetinstrumenten wordt ingevuld, in 37% van de dossiers interventies zijn

gerapporteerd, en in 35% van de dossiers evaluatie en bijstelling van zorg is te volgen. Dit zegt niet hoeveel er in werkelijkheid wordt gemeten, geïntervenieerd en geëvalueerd, maar in ieder geval is het in een groot aantal gevallen niet in de zorgdossiers terug te vinden. Omdat de afspraak in dit ziekenhuis is dat de screeningslijsten binnen 24 uur na opname worden afgenomen, rees het vermoeden dat het werken met kwaliteitsindicatoren voor verpleegkundigen nog steeds veelal als een 'meetlast' en niet als iets van henzelf wordt ervaren.

Resultaten focusgroepen

Om na te gaan welke motivatie verpleegkundigen hebben voor het scoren op kwaliteitsindicatoren, stelden we in een tweede fase de vervolgvraag: Welke factoren beïnvloeden het werken met kwantitatieve meetinstrumenten? Positief gezegd, wanneer voelen verpleegkundigen zich meer 'eigenaar' van kwaliteitsindicatoren en zou dit dan een stimulans zijn om er mee te werken? Onder leiding van docentonderzoekers hielden vierdejaars studenten focusgroepinterviews over dit onderwerp. Na een literatuurstudie en een conceptuele analyse van het begrip 'verpleegkundig eigenaarschap' formuleerden zij de volgende werkdefinitie: *Verpleegkundig eigenaarschap houdt in dat verpleegkundigen die voldoen aan de kenmerken van een professional, door intrinsieke motivatie de keuze maken om zich binnen hun beroepspraktijk een bepaald object of idee toe te eigenen. Dit impliceert dat verpleegkundigen zeggenschap over en verantwoordelijkheid voor het object of idee hebben, die rechten en plichten geven ten opzichte van het eigendom.*

Uit deze werkdefinitie komt naar voren dat een eigenaar zelf uit intrinsieke motivatie de keuze maakt om een object (zoals een huis) of idee (zoals kwaliteit) als 'bezit' te beschouwen en te gebruiken. Wat bevordert of belemmert nu deze intrinsieke motivatie om screeningslijsten met betrekking tot verpleegkundige kwaliteitsindicatoren te gebruiken? Uit de focusgroepinterviews over verpleegkundig eigenaarschap valt af te leiden dat de intrinsieke motivatie voor metingen met screeningslijsten hoofdzakelijk wordt beïnvloed door drie factoren: autonomie, relevantie en competentie.

Autonomie

De verpleegkundigen ervoeren weinig professionele autonomie bij het invoeren of scoren op kwaliteitsindicatoren. Ze mogen volgens de richtlijnen niet beslissen bij welke patiënt of patiëntencategorie welke meetinstrumenten worden afgenomen, of hoe de betreffende instrumenten ingevoerd worden. Een aantal verpleegkundigen gaf aan metingen zinvol te vinden wanneer zij zich wel eigenaar voelen van kwaliteitsindicatoren. Dan zouden zij, vanuit hun professionaliteit, zelf mogen beslissen wanneer en bij welke patiënt het scoren van kwaliteitsindicatoren zinvol is. Zo wordt door verschillende verpleegkundigen aangegeven dat zij het positief waarderen om zelf te kunnen beslissen niet op kwaliteitsindicatoren te meten als patiënten bijvoorbeeld kort opgenomen zijn. Verschillende verpleegkundigen geven aan dat zij opgelegde metingen geen prioriteit geven wanneer zij het druk hebben.

Relevantie

Verpleegkundigen geven aan dat het bij een deel van de patiëntenzorg zinvol is

op vastgestelde kwaliteitsindicatoren te meten. Wanneer zij in de kwaliteit van hun dagelijkse zorg direct een positief resultaat van interventies op basis van scores zien, ervaren zij de kwaliteitsindicatoren als nuttig hulpmiddel. Een voorbeeld van een kwaliteitsindicator die zij als nuttig ervaren is de pijnscore: wanneer de verpleegkundige kan scoren hoeveel pijn een patiënt heeft, kan zij onderbouwde interventies toepassen en door middel van de volgende pijnscore controleren hoeveel invloed de interventie heeft gehad. Verpleegkundigen geven aan dat screeningslijsten op die manier kunnen bijdragen aan de continuïteit van zorg.

Competentie

Verpleegkundigen geven aan dat zij op basis van hun professionaliteit of klinische blik kunnen beoordelen wanneer een meting aan de hand van een kwaliteitsindicator uitgevoerd moet worden. Meerdere verpleegkundigen geven aan dat de meetinstrumenten een hulpmiddel kunnen zijn, maar dat de klinische blik voorop moet staan. Daarnaast wordt ook aangegeven dat door kennis van screeningslijsten en kwaliteitsindicatoren meer probleemgebieden gesignaleerd worden. Een meting op een kwaliteitsindicator kan ervoor zorgen dat de blinde vlek van een verpleegkundige zichtbaar wordt.

De interviews tonen zodoende drie groepen van factoren aan die van invloed zijn op de intrinsieke motivatie van de verpleegkundige om te werken met kwaliteitsindicatoren: Hebben zij zelf met invoering en uitvoering ingestemd? Beschouwen zij de indicatoren als behulpzaam en van toepassing? En hebben zij in huis wat er nodig is om er

goed gebruik van te maken? Uit de resultaten van de focusgroepen blijkt dat de mate waarin de verpleegkundigen zich eigenaar voelen van de kwaliteitsindicatoren wisselend is. Enerzijds ervaren de verpleegkundigen het werken met indicatoren als positief, omdat dit blinde vlekken zichtbaar maakt en een bijdrage levert aan de continuïteit van zorg. Aan de andere kant is het een opgelegde afspraak waarvan zij niet bij alle patiënten kunnen nagaan of die wel zinvol is.

Conclusie

In dit artikel hebben we laten zien dat verpleegkundigen in de steekproef zich in de dagelijkse praktijk niet altijd houden aan afspraken rond het scoren op kwaliteitsindicatoren, het inzetten van interventies op de verkregen scores, en het evalueren van de resultaten van deze interventies. Verpleegkundigen geven aan dat het werken met kwaliteitsindicatoren zinvol kan zijn, maar dat het scoren vaak als opgelegd wordt ervaren. Wat dit betreft is hier weinig veranderd ten opzichte van het LEVV-rapport *Doorbreek de meetlast*. Metingen vinden te weinig plaats om bij te dragen aan goede zorg en creëren zelfs een morele dubbelzinnigheid: het hoort wel, maar we doen het niet.

Verpleegkundigen ontkomen er echter niet aan om het verzamelen van gegevens over kwaliteitsindicatoren tot hun domein te rekenen. Het afleggen van verantwoording hoort bij de verpleegkundige professie. De inhoud van bovengenoemde indicatoren is van belang voor de uitkomsten van goede verpleegkundige zorg. Dit zal echter niet lukken zonder het scheppen van voorwaarden. Betekenisvol meten veronderstelt om te

beginnen een professionele beslissingsruimte om te bepalen of het bij een gegeven patiënt wel of niet relevant is om te scoren. Wanneer verpleegkundigen meten op basis van een eigen professionele beslissingsruimte, wordt er meer gemeten met het oog op goede zorg. Bij invoering en uitvoering is dus van belang dat ziekenhuizen hun verpleegkundigen scholen over het professioneel werken met kwaliteitsindicatoren. Als verpleegkundigen weten en ervaren wat het nut is van een kwaliteitsindicator, zijn ze meer gemotiveerd om kwaliteit te meten. Het bevorderen van autonomie, relevantie en competentie kan een positief effect hebben op verpleegkundig eigenaarschap bij het werken met kwaliteitsindicatoren. Om scherper in beeld te krijgen hoe het in de beroepsgroep gesteld is met belemmerende en bevorderende factoren van dit eigenaarschap, is vervolgonderzoek in meerdere instellingen nodig. Dit leidt mogelijk tot best practices waar de hele beroepsgroep van kan leren.

Besluit

De vraag die we intussen niet uit het oog mogen verliezen, is in hoeverre verpleegkundigen kwaliteitsindicatoren nodig hebben om de zorg te verbeteren. Alleen het 'meetbare' deel van de kwaliteit van de verpleegkundige zorgverlening wordt hierdoor zichtbaar. Een deel van de kwaliteit van de verpleegkundige zorgverlening is niet of moeilijk meetbaar, denk aan bejegening, luisteren, observeren en houding. De Amerikaanse socioloog Richard Sennett beschrijft hoe voorgerekookte meetinstrumenten en interventies in de Britse National Health Service de professional in de zorg verhinderen om in de complexe situatie van de patiënt problemen en oplossingen te vinden die

niet gemeten worden, maar wel doorslaggevend kunnen zijn voor het welzijn van de patiënt (Sennett, 2010). Goede zorg kan niet alleen worden bereikt door het in kaart brengen van meetbare aspecten van de zorgverlening. Verpleegkundig eigenaarschap van zorg bevat dan ook meer dan het werken met opgelegde metingen. De vraag is uiteindelijk of professionele verpleegkundigen met de uitkomsten van metingen daadwerkelijk tot goede zorg komen en hoe zij hierover als beroepsgroep en als individu professioneel rekenschap afleggen. ■

Literatuur

- Cusveller, B. (2008). Verantwoordelijkheid en verantwoording in de zorg. *Onderwijs en gezondheidszorg* 32; 4: 3-6.
- Most, M van der (2010). Meten zonder last. *TvZ, Tijdschrift voor verpleegkundigen* 2: 10-13.
- Plas, M., Poot, E., Mintjes, J. & Groot, J. de. (2010). *Doorbreek de meetlast. Neem de regie over kwaliteit van zorg*. Utrecht: Landelijk Expertisecentrum Verpleging en Verzorging (LEVV).
- Sennett, R. (2008). *De ambachtsman*, Amsterdam: Meulenhoff.

SAMENVATTING

- Van verpleegkundigen wordt verwacht dat zij de kwaliteit van hun zorgverlening objectief meten aan de hand van kwaliteitsindicatoren.
- Het scoren van de kwaliteitsindicatoren ervaren veel verpleegkundigen als een last.
- Deze meetlast wordt doorbroken wanneer verpleegkundigen weten en ervaren wat het nut is van een kwaliteitsindicator en wanneer zij de ruimte hebben om zelf te bepalen wanneer meten relevant is.
- Ondertussen is het van belang om oog te hebben van de niet of moeilijk meetbare kwaliteit van de verpleegkundige zorg, zoals bejegening, luisteren en observeren.