

Instrument voor zorgkwaliteit in de ggz

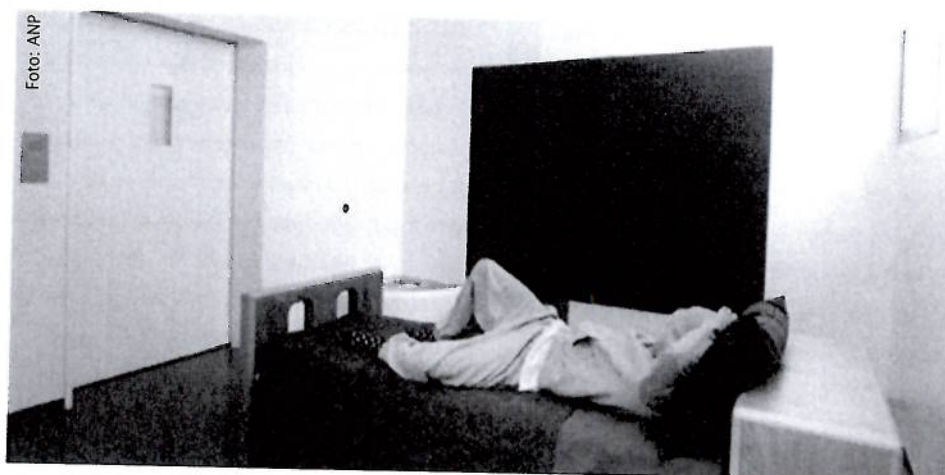
Literatuur wijst uit dat de kwaliteit van zorg op gesloten opnameafdelingen in de ggz vaak te wensen overlaat. Er zijn in het verleden meerdere instrumenten ontwikkeld om deze kwaliteit te meten, maar daarin komt het patiëntenperspectief onvoldoende tot zijn recht. In dit onderzoek wordt de ontwikkeling van een kwaliteitsmeetinstrument beschreven waarin de ervaringen van patiënten wel systematisch zijn meegenomen.

Dr. Berno van Meijel, lector GGZ-verpleegkunde Hogeschool Inholland / Parnassia Groep

Patiënten melden op verschillende vlakken tekorten in de kwaliteit van zorg. In de interacties met de staf ervaren zij een gebrek aan respect en waardigheid en voelen zij zich onvoldoende geïnformeerd en betrokken bij besluitvorming rond hun behandeling. Daarnaast meldt men gebrek aan activiteiten op de afdeling en onveilige situaties voor patiënten. De afgelopen jaren is er in de gezondheidszorg meer aandacht gekomen voor betrokkenheid van patiënten bij kwaliteitsmeting en de ontwikkeling van het instrumentarium daartoe. Echter, de gehanteerde methodologie is nog ontoereikend. Dat leidt tot ontevredenheid bij patiënten over de uitkomstmaten van kwaliteitsmetingen. Er is behoefte aan instrumenten die de ervaringen van patiënten met de kwaliteit van zorg adequaat weerspiegelen.

Methodie

De onderzoekers wilden zo'n instrument ontwikkelen met actieve betrokkenheid van patiënten. Een eerste versie is ontwikkeld via literatuuronderzoek en focusgroepen met 37 patiënten. Die conceptversie werd getest op bruikbaar-



Ggz-patiënten melden tekorten in de kwaliteit van zorg: van een gebrek aan activiteiten op de afdeling tot onveilige situaties voor patiënten.

heid en acceptatie onder de doelgroep. Daarna is het instrument nader psychometrisch onderzocht op betrouwbaarheid en validiteit bij 360 patiënten. De helft betrof patiënten met schizofrenie, de andere helft patiënten met overige diagnoses.

Resultaat & conclusie

Er werd een instrument geconstrueerd met de naam VOICE (Views On Inpatient Care). Het instrument bestaat uit 19 items die gescoord kunnen worden op een 6-punts Likertschaal. De patiënten

beoordeelden deze schaal als goed bruikbaar. De schaal was binnen 5-15 minuten in te vullen. De items hadden een goede interne samenhang en een goede test-hertest-betrouwbaarheid. Er werd een hoge correlatie gevonden tussen het VOICE-instrument en de al eerder gevalideerde Service Satisfaction Scale (SSS). Dit duidt op een goede criteriumvaliditeit. Patiënten die gedwongen waren opgenomen, oordeelden significant hoger op de items dan patiënten die vrijwillig waren opgenomen. Dit duidt op een lagere tevredenheid met de geboden zorg.

De ondernemende
wijkverpleegkundige

'De wijkverpleegkundige moet ondernemend zijn', las ik in een nieuwsbericht in de vorige TvZ. Nu binnenkort de wijkverpleegkundige zorg niet meer vanuit de AWBZ

maar via de Zorgverzekeringswet vergoed wordt, leidt dat tot een nieuwe verantwoordelijkheid voor wijkverpleegkundigen. Ze krijgen het beheer over het budget dat beschikbaar is voor een wijk en mogen dat naar eigen inzicht inzetten.

Geweldig dat het wijkverpleegkundige werk de herwaarderung krijgt die het verdient. En nu mogen ze ook nog een eigen toko runnen. De ondernemende wijkverpleegkundige moet kunnen onderhandelen, indiceren, toewijzen, innoveren en implementeren, vermeldt het nieuwsbericht. De wijkverpleegkundige aan de macht! Wie wil dat nou niet? Toch schuilt er een ethisch addertje onder het gras. De nieuwe wijkverpleegkundige wordt een serieuze gesprekspartner voor de lokale huisartsen, de gemeente, de zorgverzekeraar en patiëntenorganisaties. Maar deze nieuwe verantwoordelijkheid gaat samen met nieuwe dilemma's. Want: hoe zorgt de ondernemende wijkverpleegkundige ervoor niet vervreemd te raken van de zorgen van patiënten en hun naasten? Budgetbeheer betekent namelijk omgaan met schaarste. Hoe verdeel ik mijn middelen zo rechtvaardig mogelijk?

Terwijl verpleegkundigen voortdurend hun zorg afstemmen op het dagelijks leven van patiënten, wordt van ondernemende verpleegkundigen iets anders gevraagd: keuzes maken. Dat zullen soms heel pijnlijke keuzes zijn. Niet het afstemmen op ervaringen en verhalen van patiënten, maar het afwegen van argumenten is dan leidend. Wat is dan goede zorg?

Jeroen Olthuis, docent medische ethiek, hoofdredacteur *Tijdschrift voor Gezondheidszorg & Ethiek*

Bespreking

Dit onderzoek is van belang omdat het kwaliteitsinstrument geheel vanuit het perspectief van patiënten is ontwikkeld. De auteurs claimen dat dit het enige beschikbare instrument is voor kwaliteitsmeting in de acute psychiatrische zorg dat op deze manier is ontwikkeld. Het instrument is bruikbaar gebleken in de praktijk en heeft goede psychometrische eigenschappen.

Uiteenlopende studies over het perspectief van patiënten op de kwaliteit van de zorg op acute opnameafdelingen, hebben uitgewezen dat er belangrijke knelpunten zijn. Veel van de conclusies over de kwaliteit van zorg zijn getrokken op basis van kwalitatieve studies waarin naar de ervaringen van patiënten is gevraagd. VOICE is geschikt als valide en betrouwbaar instrument om deze patiëntervaringen nader te objectiveren.

Patiënten en hulpverleners verschillen soms in hun opvatting over wat goede kwaliteit van zorg is. De vraag is nu echter hoe groot deze verschillen feitelijk zijn en op welke aspecten van zorg ze betrekking hebben. Veel verpleegkundigen zullen de items van VOICE onderschrijven als verwijzend naar belangrijke aspecten van kwaliteit van zorg. Het gaat om zaken als: 'Ik voelde mij welkom geheten bij aankomst op de afdeling', 'Ik kan meebeslissen in de behandeling', 'Het personeel op de afdeling heeft belangstelling voor mij', 'Stafleden zijn beschikbaar wanneer ik met hen wil praten' en 'Stafleden behandelen mij met respect'. Het zou interessant zijn om te onderzoeken of verpleegkundigen nu echt tot andere kwaliteitsitems komen dan patiënten. En als dit het geval is: waar liggen dan precies de verschillen? En hoe moet er dan in de praktijk worden omgegaan met

deze verschillen? Zou het de moeite waard zijn om – ondanks mogelijke verschillen – toch in samenspraak tussen patiënten en verpleegkundigen te komen tot een kwaliteitsinstrument met items die door beide partijen worden gedeeld? Patiënten en verpleegkundigen kunnen het waarschijnlijk in theorie wel eens worden over wat goede kwaliteit van zorg is. De problemen liggen veeleer in de alledaagse praktische operationalisatie en verschillen in beleving. Concreet gedrag dat de verpleegkundige als functioneel, noodzakelijk en acceptabel ziet, kan door de patiënt als zeer respectloos worden beleefd. *The proof of the pudding is in the eating.* Op de werkvloer moet de kwaliteit van zorg gestalte krijgen. Kan een kwaliteitsinstrument als VOICE dan van waarde zijn? Ik ben ervan overtuigd dat dit het geval is. Het geeft de verpleegkundigen directe feedback over de manier waarop patiënten de kwaliteit van zorg ervaren. Op basis hiervan kunnen activiteiten voor kwaliteitsverbetering worden geïnitieerd. En: verpleegkundigen kunnen de meeste knelpunten in de kwaliteit van zorg effectief beïnvloeden.

Tot slot

VOICE is een mooi voorbeeld van een instrument dat verpleegkundigen directe feedback geeft over de kwaliteit van zorg zoals patiënten deze ervaren. Dergelijke instrumenten zouden op meerdere terreinen ontwikkeld kunnen worden, daar waar verpleegkundigen grote invloed hebben op de kwaliteit van zorg. Het zou interessant zijn te onderzoeken op welke aspecten het perspectief van patiënten op kwaliteit verschilt van dat van de verpleegkundigen. Om vervolgens te zoeken naar overeenstemming over dat wat goede kwaliteit van zorg is. ■