

VWS organiseert drie conferenties over kwaliteit van de zorg

“Het is hard nodig om het kwaliteitsbeleid in de zorg snel te verbeteren. De ontwikkeling van een goed kwaliteitsbeleid, maar ook van de kwaliteit zelf in de zorg, blijft achter bij wat we mogen verwachten.”

Dat schreef Staatssecretaris Clémence Ross – van Dorp in een brief aan de Tweede Kamer. Zij doet een beroep op alle betrokken organisaties ‘de handschoen op te pakken en samen aan het werk te gaan.’

Ter ondersteuning daarvan organiseert VWS drie conferenties “Kwaliteit van Zorg”.

De eerste, met brancheorganisaties, was op 12 februari.

Op 19 maart en 9 april volgen bijeenkomsten met respectievelijk patiëntenorganisaties en verzekeraars.

Verslag startconferentie ‘Kwaliteit van Zorg’ 12 februari 2003

De Kwaliteitswet serieus genomen

De vertegenwoordigers van de zorginstellingen zijn positief als ze vertellen wat ze al aan kwaliteitsbeleid doen. Toch is iedereen ervan doordrongen dat er méér nodig is. Zowel de staatssecretaris als de inspecteur zijn duidelijk als het gaat om de uitvoering van de Kwaliteitswet. Een verslag van de startconferentie ‘Kwaliteit van Zorg’.

Aan het slot van de conferentie vat een vertegenwoordiger van het Nederlands Huisartsen Genootschap de bijeenkomst als volgt samen: “Van deze middag word je ontzettend blij. Want het gaat héél goed met het kwaliteitsbeleid in de thuiszorg, het gaat fantastisch bij de Orde van Medisch Specialisten en het gaat zo mogelijk nóg beter in de GGZ. En ik kan u vertellen dat het in de huisartsenzorg nog véél beter gaat! Wij hebben niet een paar honderd kwaliteitsvisitaties gedaan, maar een paar duizend; we hebben al lang een samenhangend systeem van kwaliteitsbeleid en bovendien maken we niet alleen richtlijnen, maar we implementeren ze ook nog.” Het was een persiflage op de positieve verhalen van de inleiders op de conferentie.

De vertegenwoordigers van de Thuiszorg, de Orde en de GGZ presenteren - al dan niet met PowerPoint - vooral een optimistische opsomming van het in gang gezette kwaliteitsbeleid in hun organisatie. Toch realiseren ook zij zich maar al te goed dat VWS de conferenties over kwaliteit niet voor niets organiseert. De

aanleiding is te vinden in zowel het inspectierapport 'De staat van de Gezondheidszorg', als in de brief die staatssecretaris Ross op 4 december 2002 naar de Tweede Kamer en naar de zorgkoepels stuurde. De boodschap is duidelijk: Het wordt hoog tijd dat instellingen de Kwaliteitswet van 1996 serieus gaan nemen. Of met de woorden van inspecteur Kingma: "Als zeven jaar bottum-up onvoldoende oplevert, dan wordt het tijd voor top-down'.

De brief en de reacties

De brief van staatssecretaris heeft indruk gemaakt. De voorzitter van de conferentie, directeur-generaal H. de Goeij, schetst de reacties uit het veld. "Er zijn mensen die de brief te zwaar aangezet vinden. Die zeggen: waarom dreigen met sancties? En: er zou toch juist minder overheidsbemoeienis komen? Andere instellingen vinden dat de brief eigenlijk te voorbarig is: we zijn nu toch goed bezig, dat zou juist beloond moeten worden! Maar er zijn er ook die de brief als een ondersteuning zien en zeggen: we moeten maar eens goed in onze eigen keuken kijken."

De inleidingen

Vertegenwoordigers van de Landelijke Vereniging voor Thuiszorg, de Orde van Medisch Specialisten en GGZ Nederland houden een inleiding over het kwaliteitsbeleid van hun instellingen. Opvallend is dat zij vooral spreken over het zorgproces en de instrumenten die de kwaliteit van de zorg moeten garanderen. Vragen als 'wat merkt de patiënt ervan?' en 'wordt de patient er echt beter van?' komen in deze conferentie met zorgaanbieders nog onvoldoende aan bod.

Samenvatting van de inleiding door B. van den Dungen, directeur van de Landelijke Vereniging voor Thuiszorg
--

"Een certificaat is geen garantie."

De heer B. van den Dungen, directeur van de Landelijke Vereniging voor Thuiszorg, schetst in zijn inleiding de vooruitgang op kwaliteitsgebied. In de thuiszorg zijn zo'n 100 instellingen bij de LVT aangesloten en ruim 50 (nog) niet. En er komen steeds meer instellingen op de markt. Om het verschil in kwaliteit te kunnen aangeven, heeft de LVT een eigen certificaat ingesteld. Bovendien werd al enige jaren geleden begonnen met onderlinge benchmarking. In die benchmark zijn klantenraadpleging, medewerkersraadpleging, doelmatigheidsmeting en een (voor leden verplichte) LVT- of HKZ-toetsing aan elkaar gekoppeld.

Om te zorgen dat de klant door de bomen het bos nog ziet, maakt de vereniging, samen met Arcares een keuzegids waarin - “niks méér en niks minder” - staat wat de klant nodig heeft om een keuze te maken.

“We willen op méér afgerekend worden dan op het uren draaien achter de voordeur”, aldus de hoogste baas van de thuiszorg. Hij heeft inmiddels gemerkt dat de instellingen aanvankelijk de nodige scepsis hadden over de verplichting zich te moeten verantwoorden. Maar inmiddels is gebleken dat het hen een enorme stimulans geeft. Van den Dungen: “Het geeft de mogelijkheid je te onderscheiden van andere instellingen. Dat is trouwens ook nodig, want anders kunnen we de vraagsturing in de zorg wel vergeten.” De LVT vindt het belangrijk te onderzoeken welke instrumenten het meest positief effect hebben op de kwaliteit van de zorg. Gebleken is dat het hebben van een certificaat geen garantie is dat een instelling beter presteert.

Wat betreft het toezicht is Van den Dungen duidelijk: “De overheid op afstand. Daar hopen we op”. Maar hij zegt ook: “Toezicht blijft belangrijk. Toezicht en maatschappelijke verantwoording. We kunnen zelf wel denken dat we het goed doen, maar we moeten ook weten wat anderen van ons denken.”

Samenvatting van de inleiding door R. Dillmann, directeur van de Orde van Medisch Specialisten:
--

“Leer van lokale projecten en geef ervaringen door.”

“Dit is natuurlijk geen startconferentie, maar een vervolgconferentie”, vindt Dillmann. Na de meerjarenafspraken in 1998 kwam de Orde in november 2001 met een beleidsplan voor kwaliteit en zorgvernieuwing dat uitgaat van de sleutelrol van de medische professionals. De zorgvernieuwing en kwaliteitsverbetering gebeurt niet top-down, maar sluit aan bij lokale projecten. “Leer daarvan en geef de ervaringen door”, is het advies van Dillmann. Niet minder dan 177 kwaliteitsprojecten zijn inmiddels gestart of gaan binnenkort van start, waaronder die met betrekking tot transmurale werkafspraken, medicatie (in FTTO-verband) en het gebruik van informatie- en communicatietechnologie.

Via het GHIP (Good Healthcare Innovation Practice) kennis- en coördinatiecentrum worden innovaties landelijk ‘overgedragen’, zodat instellingen van elkaar leren. Landelijk zorgt de Orde voor richtlijnen ten behoeve van de verschillende disciplines. Sinds 2000 zijn 64 richtlijnen in ontwikkeling, waarvan er inmiddels 14 gereed zijn. Daarnaast vinden er jaarlijks ruim 320 kwaliteitsvisitaties plaats en 180 opleidingsvisitaties. “Uniek in Europa”, weet directeur Dillmann.

De Orde is, samen met de VAZ en de NVZ, bezig met het met het ontwikkelen van indicatoren voor de procesgang in de ziekenhuizen. Bij iedere indicator - of dat nu ‘veiligheid’ is, of wachttijden of complicatieregistratie - geldt een vaste

cyclus van het inventariseren, registreren en analyseren van de feiten, de consequenties die men daaruit trekt en de communicatie (verantwoording).

Als het gaat om het toezicht schetst Dillmann een situatie waarin ‘het wemelt van de toezichthouders, stakeholders en betrokkenen die zich allemaal bemoeien met wat er op de werkvloer gebeurt.’ Hij ziet dat als een ‘reële bedreiging’ en zet uiteen hoe volgens hem de rolverdeling moet zijn. “Het gaat om de patiënt die iets wil, de professional die het product levert, de inspectie die erop toeziet op basis van een risicomodel en de verzekeraar die een contracterende rol heeft namens de patiënten.”

Dillmann pleit ook voor Nederlands onderzoek naar veiligheid in de zorg. “De veiligheid in de zorg is nogal eens in het nieuws. Je kunt daar niet genoeg op geattendeerd worden, maar nog beter is als we daar ook iets aan gaan doen. Meestal worden cijfers uit het buitenland, vooral uit Amerika, gebruikt. Het zou goed zijn om Amerikaanse onderzoeken hier in Nederland te herhalen.”

Samenvatting van de inleiding door mw. A.C. van Es, voorzitter van GGZ Nederland

“Werken aan kwaliteit maakt het werk plezieriger”

Aan het eind van haar inleiding zegt de voorzitter van GGZ Nederland iets wat door haar toehoorders met instemming wordt begroet. Kwaliteitsbeleid wordt, volgens Van Es, nog te veel geassocieerd met enorme rijen klappers en voorschriften die medewerkers in een keurslijf dwingen. “Het uitvoeren van kwaliteitsbeleid zou iets blijmoedigs en lichts in zich moeten hebben. Ik houd iedereen mijn sector voor dat werken aan kwaliteit het werken plezieriger maakt.”

Er is de afgelopen jaren heel wat gebeurd in de ggz. Aanbieders zijn met elkaar gefuseerd om de zorgketen te versterken; ten behoeve van cliënten met chronische aandoeningen wordt meer samengewerkt met andere zorgaanbieders zoals gemeenten en woningcorporaties; voorzieningen zijn gedeconcentreerd van grotere locaties in het buitengebied naar kleinere stedelijke centra. Het aanbod is verschoven van klinische naar ambulante zorg.

Ook als het gaat om de kwaliteit is er het nodige bereikt. Alle ggz-instellingen zijn inmiddels gestart met het invoeren van een kwaliteitssysteem. Bij een aantal wordt gewerkt met het INK-model. GGZ Nederland en de cliëntenorganisaties hebben een gezamenlijk actieplan opgesteld met drie centrale thema's: cliëntenparticipatie, kwaliteitsverbetering en tegengaan van zorgvershraling.

Maar er moet nog méér gebeuren. Eigen onderzoek laat zien dat de ggz vaak niet in staat is een helder inzicht te verschaffen in de resultaten. Bovendien blijkt het vertrouwen van publiek en politiek in de ggz laag. Inmiddels is er wel een uniform registratiesysteem, het ZORGIS, dat bijdraagt aan een nauwkeurig beeld van de zorg. Het tijdig inleveren van de gegevens vraagt om aanpassing van reguliere werkwijzen en om extra financiële middelen. Sommige instellingen blijven nog achter. “Dat is jammer”, stelt de voorzitter van GGZ Nederland, “want met een volledige registratie krijgen we zicht op de cliëntproblemen en de geleverde zorg in de ggz, iets waar in de Kwaliteitsnota terecht de nadruk op wordt gelegd.”

Branchebrede ontwikkelingen zijn er ook op het gebied van certificatie en benchmarken.

In juni 2002 hebben de leden van GGZ Nederland uitgesproken zich aan de normen van het HKZ-Certificaat voor ggz-instellingen te binden. Om het certificaat te verwerven is een periode van 5 tot 7 jaar nodig. Vijf instellingen hebben zich anderhalf jaar geleden bereid verklaard daarmee te beginnen. Zij zullen een volgende groep van twintig instellingen ondersteunen.

Samenvatting van de inleiding door H. Kingma, Inspecteur voor de Gezondheidszorg

Inspectie: “We hoeven niet zoveel te weten”

“Als zeven jaar bottum-up onvoldoende oplevert, dan wordt het tijd voor top-down.” Die uitspraak van de Inspecteur liet aan duidelijkheid niets te wensen over.

Kingma geeft in zijn inleiding een korte uiteenzetting over het waarom van de Kwaliteitswet. Waar de meeste wetten vooral beschrijven wat al gangbaar is, stelde de Kwaliteitswet van 1996 vooral hoe het zou moeten worden: hoe willen we dat het in Nederland gesteld is met de zorg. Uitgangspunt daarbij is zelfregulering door de instellingen. Kingma: “Daar zijn kwaliteitssystemen en kwaliteitsjaarverslagen voor nodig, zodat instellingen zich kunnen verantwoorden.” Uit het rapport van de Inspectie (‘De Staat van de Gezondheidszorg’) blijkt dat die nog onvoldoende ontwikkeld zijn. Weinig instellingen beschikken anno 2002 over een integraal kwaliteitssysteem en kwaliteitsjaarverslagen geven onvoldoende inzicht in het effect van de kwaliteitsinspanningen. “Na tien jaar stimuleren”, aldus de Inspecteur, “moeten we ook kunnen sanctioneren.”

Kingma vertelt dat er tegenwoordig steeds vaker getornd wordt aan de sanctiemacht van de Inspectie. “Aanbieders willen gewoon kijken hoe machtig de inspectie nou werkelijk is.” De twee uitersten daarin zijn ‘vriendelijk toespreken’ en het geven van een aanwijzing. Daartussen zijn geen varianten.

Daarom heeft de inspecteur aan de staatssecretaris gevraagd om bestuurlijke boetes mogelijk te maken als sanctie.

Minimale informatie

De IGZ gaat haar toezicht anders vormgeven, zodat 'toezichtbureaucratie' wordt voorkomen. Om te zorgen dat instellingen 'niet meer zuchten onder oeverloze vragenlijsten', is de inspectie op zoek naar een zo kort mogelijke lijst vragen die precies de informatie oplevert die nodig is voor een goed toezicht. De huidige jaarverslagen geven vaak niet de informatie waar de inspectie naar op zoek is. "Mooie boekwerken met leuke flankerende interviewtjes", aldus Kingma, "maar de harde feiten ontbreken. Ongetwijfeld staan in die jaarverslagen heel veel dingen die ongelofelijk belangrijk zijn voor het ziekenhuis zelf en voor de concurrentiepositie en voor de kwaliteit in het algemeen, maar we hoeven niet zoveel te weten; alleen de essentiële zaken."

Die 'Minimal Dataset' moet 'het hart van elk kwaliteitsjaarverslag' gaan vormen. Als dat in orde is, hoeft de inspectie niet over te gaan tot de tweede fase: een bezoek aan de instelling om te adviseren, te overreden of aan te manen. En al helemaal niet tot de derde fase: het nemen van maatregelen.

Samenvatting van de inleiding door C. Ross, staatssecretaris VWS

“Als je tevreden klanten hebt, dan geeft dat veel voldoening.”

Wat zij wil zeggen, staat keurig op papier. "Ik had dat ook gezegd kunnen hebben", zegt zij na afloop. Maar de woorden van de andere inleiders, inspireerden de staatssecretaris tot een groot aantal aanvullende opmerkingen.

Over het oordeel van de klant: "De klant moet ervaren dat de zorg goed verleend wordt en daar blij en tevreden met anderen over praat. Want dat levert je meer cliënten op. Fantastische kwaliteitssystemen zijn niet zoveel waard als cliënten zeggen dat ze de instelling waardeloos vinden. De noodzaak van kwaliteitssystemen staat buiten kijf, communicatie daarover moet gemakkelijk zijn, met behulp van ICT, zodat de inspectie niet langs hoeft te komen. Maar er zijn andere middelen nodig om te zien of kwaliteit ook door de klant wordt ervaren."

Over de werkers in de zorg: "Het is gewoon leuk als je tevreden klanten hebt, dat geeft heel veel voldoening. Het gaat niet alleen om systeem en structuur, maar het is ook nét dat beetje waardering dat je terug moet willen krijgen. Organiseren van feedback en daar trots op durven zijn."

En over de noodzaak van kwaliteitsborging: “De tijd dringt, want we zitten in een maatschappij die neigt naar een claimcultuur. Dat geeft het risico dat je door anderen beoordeeld gaat worden; bijvoorbeeld door de media.” Daarom is het volgens Ross belangrijk dat instellingen zichzelf afvragen: hoe willen wij ons presenteren? Welke feedback willen we krijgen? “Een slecht beeld is gemakkelijk neergezet, maar dat moeten we ons niet laten gebeuren. Communiceer wat je te bieden hebt. Niet over systemen, maar over resultaten. Bepaal daarbij een stevig tijdpad, want voordat je het weet verliezen we ons weer in allerlei structuurdiscussies.”

Concrete actie

Niet uitgesproken, maar wel verwoord in de brief van 4 december 2002, zijn de concrete acties en het tijdpad die de staatssecretaris als minima stelt:

- Binnen twee jaar heeft elke instelling een plan van aanpak voor een goed werkend en geborgd kwaliteitssysteem. Bij de ontwikkeling en het bewaken daarvan krijgen patiënten- en consumentenorganisaties een structurele inbreng
- Binnen twee jaar is in alle contracten van zorgverzekeraars de levering van goede, veilige, eigentijdse en kosteneffectieve zorg gegarandeerd.
- Elke sector kiest jaarlijks minimaal twee onderwerpen als speerpunt van concrete verbetering.
- Binnen twee jaar is in iedere sector van de zorg een beperkte set prestatie-indicatoren ingevoerd.
- Het gebruik van ICT in de zorgsector moet bevorderd worden.
- Innovaties die hun toegevoegde waarde hebben bewezen, moeten - op grotere schaal dan nu - verspreid worden.

Eveneens uit de brief aan de instellingen en aan de Tweede Kamer: ‘Het is geen nieuwe beleid. Slechts op een enkele onderdeel van wetgeving en instrumentarium is bijstelling nodig. Het gaat vooral om cultuurverandering. Het gaat om naleving en verantwoording.’

Wat leidt tot betere zorg?

In de korte discussie aan het eind van de conferentie komt een aantal zaken nogmaals aan de orde. Iemand stelt: “Alle systemen en certificaten en al de boekwerken die daarbij horen, leiden wel tot een hoop werk, maar niet automatisch tot betere zorg.”

De directeur van de LVT beaamt dat. “Kwaliteitsbeleid is méér dan certificering. Wij hebben gezien dat het méér is, want uit de benchmarking in de thuiszorg blijkt dat de instellingen met een certificaat niet per definitie de beste instellingen zijn. Misschien moet ons certificaat nóg meer gericht zijn op de

prestaties, op resultaten waar we op afgerekend willen worden. En minder op het zorgen dat er handboeken in de kast liggen.”

Vragen die daarbij opkomen zijn: wat leidt nou eigenlijk tot betere zorg? Zijn dat de systemen of zijn dat (ook nog) andere zaken. Doen we wel de goede dingen? Hoe ‘evidence based’ is ons kwaliteitsbeleid?

Dezelfde vragen gelden voor kwaliteitssystemen. Het HKZ systeem Verpleging en Verzorging, zegt iemand van de aanwezigen, is zoiets als een rijbewijs; maar een rijbewijs is géén garantie voor goed rijgedrag. Daarom wordt onderzocht hoe dat HKZ-systeem méér gericht kan worden op prestaties en minder, zoals nu, op het zorgproces.

“We doen al zo veel...”

Een van de vragen in de discussie kwam van een vertegenwoordiger van de Academische Ziekenhuizen. “We hebben allerlei kwaliteitscommissies, we onderzoeken de tevredenheid van de patiënten, we hebben interne visitaties waarbij zowel medisch-verpleegkundig als logistiek handelen wordt bekeken, we hebben jaarlijks vijf tot tien proeftuinprojecten, verbeterprojecten en dat staat allemaal in ons kwaliteitsjaarverslag. Dat is een heleboel, waarvan wij oprecht menen dat het de kwaliteit van de zorg voor de patiënt verbetert. Maar als ik dan op deze bijeenkomst hoor wat er allemaal nog méér moet gebeuren, dan vraag ik mij af: hoe moet ik dat doen, zonder dat er nóg meer tijd af gaat van de patiëntenzorg?”

Voorzitter, DG De Goeij vindt dat nieuwe kwaliteitssystemen niet mogen leiden tot een onaanvaardbare verhoging van de overhead in een instelling. Hij memoreert dat er 1 januari negen enquêtes in de zorg afgeschaft en “wat mij betreft worden er nog meer afgeschaft, zeker al die enquêtes die worden opgelegd en ergens in een kast komen te liggen.” De Goeij heeft goede hoop: “De rijksoverheid vraagt een beperkt aantal gegevens, zoals in de publicatie Bakens zetten, naar een Nederlands raamwerk van prestatie-indicatoren voor de gezondheidszorg. Bovendien is er de druk vanuit de politiek om de bureaucratie terug te dringen.”