

Indicatoren? Gewoon opnieuw beginnen, maar nu ‘van binnen naar buiten’

Wim Schellekens

‘Indicatoren? Je reinste bureaucratie’

Indicatoren zijn onmisbaar in ons stelsel, maar voor velen is ‘indicator’ inmiddels een ‘vies’ woord geworden. Er zijn er te veel, ze kosten veel tijd en geld en de zorg wordt er niet zichtbaar beter van. Indicatoren zijn bijna een synoniem geworden voor bureaucratie. Zorgprofessionals achten indicatoren niet valide en niet betrouwbaar, voor zorgverzekeraars zijn ze te weinig vergelijkbaar, patiënten baseren er hun keuze niet op, bestuurders ervaren ze als last en interne toezichthouders weten eigenlijk niet hoe ze te beoordelen. De grootste klacht is hoe dan ook dat het er veel te veel zijn geworden. Jan Kimpfen, voorzitter Raad van Bestuur umcu heeft becijferd dat hij jaarlijks zo’n tweeduizend indicatoren moet meten en rapporteren. Hij heeft daarvoor zelfs een aparte afdeling opgezet van acht fulltime medewerkers, zonder dat dit voor de zorgorganisatie toegevoegde waarde lijkt te hebben. Met vijftienhonderd indicatoren kun je immers geen zorgorganisatie besturen of een patiënt genezen. En toch zijn indicatoren onmisbaar. De vraag is dus: wat is er misgegaan en hoe kan dat worden gerepareerd? Vooraleerst echter, is het belangrijk om helder te krijgen waarom indicatoren nu eigenlijk onmisbaar zijn.

Recente geschiedenis

De eerste set indicatoren is in 2004 door de Inspectie Gezondheidszorg (igz) uitgebracht voor ziekenhuizen en in daarop volgende jaren ook voor de andere zorgsectoren. Voor haar toezichthoudende rol wilde de igz beschikken over objectieve informatie over de uitvoering en de resultaten van zorg. Daarvoor maakte ze gebruik van indicatoren, waarvan de eerste set bestond uit 25 sleutelindicatoren, opgesteld in nauwe samenwerking met de medisch specialisten. Voor het eerst moesten de ziekenhuizen transparant worden over wat ze deden en hoe.

Waarom nam de igz dit initiatief? De igz had geconstateerd dat in vrijwel geen enkele sector van de zorg indicatoren over de zorg werden gemeten. Als er al gemeten

werd, zoals het geval was bij postoperatieve wondinfecties (cbo/rivm), de intensive care (nice) en kankerregistratie (ikc's), dan werden de resultaten nooit op instellingsniveau bekend gemaakt, laat staan gepubliceerd.

Op financieel gebied was dat, ook binnen de zorg, heel anders: financiële indicatoren zijn er al heel lang. Ze zijn vastgelegd in wetgeving en internationale afspraken en elke zorgorganisatie weet precies wat ze moet meten en verantwoorden om aan de verantwoordingsplicht te voldoen. De financiële indicatoren zijn primair bedoeld voor intern gebruik, voor de sturing van de organisatie opdat deze financieel kan overleven. Het gebruik van de financiële indicatoren voor externe verantwoording, 'van binnen naar buiten', is daar secundair aan.

De zorg was tot het begin van deze eeuw een *black box*. De patiënt vertrouwde op de deskundigheid van de zorgverlener. Men stelde er een blind vertrouwen in dat de zorg bij elke dokter, in elk ziekenhuis en in iedere zorginstelling vanzelfsprekend goed was. Dit vanzelfsprekende vertrouwen van de burger in de zorg is de afgelopen decennia afgenomen en dat heeft geleid tot een roep om steeds meer zorginformatie, in de vorm van indicatoren. Ik zal hier vier belangrijke oorzaken bespreken van de afname van het vertrouwen en de toegenomen behoefte aan kwaliteitsinformatie.

1. Vanaf het begin van de jaren 1990 zijn ziekenhuizen begonnen met kwaliteitsbeleid, puttend uit de ervaringen van het bedrijfsleven, en met zeer aansprekende successen. Toegangstijden, wachttijden en doorstroomtijden gingen met 90% omlaag. Op de mammapoli in Delft ging de toegangstijd van drie à zes weken naar één dag en de doorstroomtijd van diagnostiek van twee tot vier weken naar een halve dag! Maar ook wondinfecties gingen met 25% omlaag; bij *decubitus* (doorligwonden) daalde de score zelfs van gemiddeld 15% (7-30%) naar gemiddeld 7% (4-15%). Deze successen werden ook breed bekend gemaakt en daardoor rees bij de burger de vraag: als de zorg blijkbaar zo veel beter kan, hoe was die zorg dan daarvoor en hoe ligt dat in andere zorginstellingen? Blijkbaar was zorg helemaal niet vanzelfsprekend goed. Wat betekent dat voor mijn eigen zorg, bij mijn dokter? Zo ontstond bij de burger – vanuit geschokt vertrouwen – steeds meer behoefte aan informatie over de aanpak en de resultaten van zorg.

2. In dezelfde tijd kwamen er ook enkele schokkende calamiteiten en crisissituaties in ziekenhuizen en verpleeghuizen naar buiten. Een greep uit de berichten: het Elkerlyk ziekenhuis Helmond: dode baby's door ruziënde gynaecologen, het Radboud ziekenhuis Nijmegen: hoog sterftecijfer cardiochirurgie door slechte samenwerking, het Twenteborg ziekenhuis Almelo: dode door brand op de ok, Medisch Spectrum Twente: neuroloog stelde jarenlang verkeerde diagnoses met ernstige gevolgen voor de patiënten, het Scheperziekenhuis Emmen: een bariatrisch chirurg die zichzelf overschatte met een hoog sterftecijfer als gevolg, Ziekenhuis Lelystad: sluiting ok door slechte infectiepreventie, gevolgd door het faillissement van het hele ziekenhuis, Maasstad ziekenhuis Rotterdam: ernstige bacteriële infectie werd niet aan-

gepakt en leidde tot vermijdbare sterfgevallen, Ruwaard van Putten ziekenhuis Rotterdam: bekend hoog sterftecijfer cardiologie werd genegeerd, en zo zijn er meer gevallen te noemen. In de verpleeghuiszorg werd het verpleeghuis in Oud-Beijerland, waar verplichte pyjamadagen waren ingesteld, berucht. Er verschenen igz-rapporten over ondermaatse zorg in verpleeghuizen. In de ggz ging het over de toepassing van vrijheidsbeperkende maatregelen, zoals de isoleercel en de dwangband.

3. In 2001 verscheen in de Verenigde Staten het geruchtmakende rapport *To Err is Human* (iom 2001), waarin op basis van onderzoek werd gesteld dat er in de vs jaarlijks tussen de 45.000 en 95.000 mensen vermijdbaar overleden in ziekenhuizen. Patiëntveiligheid, oftewel het vermijden van schade voor de patiënt als gevolg van een slechte organisatie en verlening van zorg, kwam op de agenda, ook in Nederland. Nederlands onderzoek bracht aan het licht dat er jaarlijks in Nederlandse ziekenhuizen tussen de vijftienhonderd en tweeduizend mensen vermijdbaar kwamen te overlijden. Deze feiten hebben het vertrouwen in de zorg geen goed gedaan.¹

4. We hebben in ons land marktwerking in de zorg geïntroduceerd. De gedachte is dat door concurrentieprikkels tussen zorgverleners en zorgorganisaties de kwaliteit van zorg zou toenemen. Patiënten zouden gaan kiezen voor de betere zorgaanbieder en zorgverzekeraars zouden hun overeenkomsten met zorgaanbieders gaan baseren op kwaliteits- en kostenresultaten. In het rapport *Bereidheid tot verandering* (1987), tot stand gekomen onder leiding van Philipstopman Wisse Dekker werd al gepleit voor meer marktwerking in de zorg. Dekker waarschuwde wel voor de consequenties voor de kwaliteit van de zorg als concurrentieprikkels werden ingebouwd. Hij wist uit ervaring in het bedrijfsleven dat concurrentie gaat om de prijs van het product en dus ten koste kan gaan van de geleverde kwaliteit. Hij pleitte daarom voor expliciete aandacht voor minimum-kwaliteitsnormen en transparantie over de geleverde kwaliteit, zodat in de concurrentie tussen zorgaanbieders niet alleen de prijs, maar ook de kwaliteit voorop zou blijven staan. Alleen op die manier kan concurrentie een prikkel zijn ter verbetering van kwaliteit. Het is in een marktsituatie essentieel dat de ‘klant’ beschikt over valide, betrouwbare en vergelijkbare informatie over kwaliteit en kosten van het ‘product’. Deze kiezende klant is in dit geval de patiënt, maar ook de contracterende zorgverzekeraar.

Inmiddels is in 2006 met de Zorgverzekeringswet wel de marktwerking wettelijk geïntroduceerd, maar er ontbreekt nog steeds inzicht in de echte kosten van de zorg *en* in de kwaliteit van de zorg. Daarom kan dit zorgstelsel nog niet goed functioneren. Het ontbreken van kwaliteitsinformatie, de weerstand van zorgaanbieders om transparant te zijn en de taaiheid van het proces om goede indicatoren te ontwikkelen hebben het vertrouwen in de zorg ondermijnd. Hier geldt immers de sociologische stelregel: vrijwillige transparantie – ook van minder goede resultaten – versterkt vertrouwen, afgedwongen transparantie ondermijnt vertrouwen.

Uit het bovenstaande spreekt het belang van kwaliteitsinformatie op basis van indicatoren en normering, zowel voor de *patiënt* die goede zorg wil kunnen kiezen als voor de *zorgverzekeraar* die steeds betere zorg wil contracteren en de *inspectie* die toezicht moet houden op de (minimum)kwaliteit van de zorg. Dit zijn dus drie externe partijen die het initiatief hebben genomen om – bij het ontbreken van indicatoren vanuit de sector zelf – ‘van buiten naar binnen’ indicatoren te gaan ontwikkelen voor de beoordeling van de zorg. Dit werd ook gestimuleerd door een toenemend gebrek aan vertrouwen in de zorgaanbieders.

Indicatoren zijn echter primair in het belang van de *zorgaanbieders* zelf. Professionals en zorginstellingen hebben kwaliteitsinformatie en -normering nodig om na te gaan of de zorg die zij leveren zo goed is als verwacht mag worden. Zo kunnen ze hun zorg verbeteren. Deze laatste en belangrijkste, want positieve drijfveer heeft tot voor kort nauwelijks gewerkt. Er werd immers altijd vanuit gegaan dat de zorg in Nederland gewoon goed was. Sinds twee à drie jaar zijn er nu gerichte initiatieven vanuit de zorgaanbieders om zelf indicatoren te ontwikkelen voor eigen gebruik om daar vervolgens de externe verantwoording op te baseren. Deze indicatoren worden dus ‘van binnen naar buiten’ ontwikkeld.

Wat er mis ging?

Voor de minister waren de behoefte aan kwaliteitsinformatie van de patiënt, de zorgverzekeraars en de inspectie, de noodzaak om voor het functioneren van het zorgstelsel te kunnen beschikken over openbare kwaliteitsinformatie en het ontbreken van indicatoren uit de zorgsectoren zelf de reden voor het programma Zichtbare Zorg. De crises en calamiteiten in de zorg functioneerden daarbij als katalysator; pers en politiek legden een grote druk op de politiek. De minister besloot daarop om voor elke zorgsector, onder leiding van vws, een stuurgroep te formeren, samengesteld uit vertegenwoordigers van zorgaanbieders, patiëntenorganisaties en zorgverzekeraars. De opdracht was indicatoren te benoemen voor hun sector, op basis waarvan de patiënt een keuze kon maken, de zorgverzekeraar kon contracteren en de inspectie toezicht kon houden. Opmerkelijk is dat nergens expliciet werd gesteld dat de indicatoren ook bruikbaar moesten zijn voor het eigen interne kwaliteitssysteem.

In mijn optiek was het project vanaf dit punt gedoemd tot mislukken. De stuurgroepen hebben expertgroepen opgericht, bijvoorbeeld per type diagnose in de ziekenhuissector, die een zeer groot aantal (proces)indicatoren hebben aangedragen, waarmee kon worden nagegaan of de zorg wel volgens richtlijnen werd geleverd. Voor borstkanker waren er bijvoorbeeld wel meer dan honderd indicatoren. De regeldwang van de stuur- en expertgroepen viel bij de zorgaanbieders niet in goede aarde. Hun wantrouwen en het hobbyïsme van de ‘experts’ gingen elkaar versterken. Patiëntervaringsinformatie kwam nauwelijks aan bod – dat moest op dat moment ook nog ontwikkeld worden. De discussie in de stuurgroepen verliep uiterst moeizaam, omdat partijen elkaar niet vertrouwden en er grote belangen op het spel stonden.

De zorgsectoren hadden zelf geen informatie beschikbaar of wilden die niet openbaar maken. Daarom werd van buitenaf opgelegd welke zorginformatie verplicht jaarlijks moest worden aangeleverd. De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) moest daarop voortaan toezicht houden. Daar kwam bij dat ook individuele zorgverzekeraars op eigen initiatief, vanuit concurrentieoverwegingen en los van het project Zichtbare Zorg, eigen indicatoren gingen ontwikkelen en uitvragen, net als diverse patiëntenorganisaties. In alle gevallen werden de indicatoren door verschillende partijen van buitenaf opgelegd. Vervolgens was het de bedoeling dat de zorgaanbieders al deze indicatoren zelf zouden gaan meten en rapporteren. Dan vraag je om moeilijkheden.

De gevolgen

Er kwamen veel te veel indicatoren, ze waren niet op elkaar afgestemd, ze waren niet bruikbaar voor de verschillende doelstellingen en bovendien leefden deze indicatoren niet binnen de zorginstellingen en waren ze niet bruikbaar in het interne kwaliteits- en veiligheidsbeleid.² De indicatoren werden dus puur ten behoeve van de externe rapportering geïntroduceerd en dit werd door de zorgaanbieders ervaren als een bureaucratistische moloch.

Daar kwam nog bij dat de pers – specifiek *Elsevier* en *Algemeen Dagblad* – de indicatoren ging gebruiken voor de publicatie van jaarlijkse rankings: de top honderd van ziekenhuizen. Zorgverzekeraars gingen op de indicatoren en rankings af voor hun contracteerbeleid en stelden daarbovenop ook nog eens hun eigen normen op. Zorgaanbieders voelden zich inmiddels van alle kanten bedreigd en de weerstand groeide evenredig. Indicatoren waren een doel op zichzelf geworden in plaats van een hulpmiddel voor verbetering en verantwoording van zorg. Terwijl indicatoren in wezen onmisbaar zijn voor intern beleid en externe verantwoording in een modern zorgstelsel, werd het een besmet begrip, een synoniem voor bureaucratie en een falend zorgstelsel. Het beleid ‘van buiten naar binnen’ heeft contraproductief gewerkt. In dit artikel bepleit ik dan ook dat we, wat het opstellen van indicatoren betreft, van voren af aan moeten beginnen, maar nu van binnen naar buiten.

Ontwikkelingen in het veld

Gelukkig zijn er ook positieve en stimulerende ontwikkelingen zichtbaar, in gang gezet door visionaire pioniers en vooroplopende zorginstellingen. Binnen de zorg groeit de laatste jaren het inzicht dat een goed opgezet en functionerend kwaliteits- en veiligheidsbeleid in ieders belang is en dat een geregelde toevoer van informatie (lees: indicatoren) daarvoor onmisbaar is. Hoe kun je immers weten of je verbetert zonder nulmeting en zonder de meting van je resultaten?

Professionals worden steeds vaker aangesproken op hun aanpak en resultaten, maar ook zelf zien ze nu de noodzaak om inzicht te krijgen in de resultaten van hun werk. Ze

willen zich bijvoorbeeld met collega's kunnen vergelijken om zo van elkaar te kunnen leren. Op deze wijze worden indicatoren weer een *middel* in dienst van de hogere doelstellingen van de geneeskunde en de zorg. Er zijn inmiddels vele voorbeelden te noemen van initiatieven die vanuit de diverse zorgsectoren zijn ontplooid en dus voortvloeien uit de eigen doelstellingen. Mogelijkerwijs zijn deze indicatoren ook bruikbaar voor externe verantwoording en dus voor het functioneren van het stelsel van binnen naar buiten.

Zo meten huisartsen hun zorgaanpak voortaan in het kader van het huisartsenaccreditatie-systeem. Ook medisch specialisten hebben initiatief genomen om zelf proces- en uitkomstindicatoren te benoemen voor grote zorgprocessen, te beginnen in de oncologie, maar daarna ook voor andere aandoeningen. Hiertoe hebben zij het Dutch Institute for Clinical Audit (dica) opgericht, van, voor en door medisch specialisten. Ziekenhuizen bundelen hun krachten met de medisch specialisten in initiatieven als Santeon – Zorg voor Uitkomst en Meetbaar Beter, een systeem voor de cardiochirurgie. In de verpleegkunde vervult Vilans een sleutelrol met het landelijke programma Zorg voor beter. Ten slotte worden er in alle zorgsectoren initiatieven ontplooid om patiënt-ervaringsindicatoren te ontwikkelen, zoals de Consumer Quality Index (cq-index) en Patiënt Related Outcomes Measurement (proms). De zorgverzekeraars zijn nu gestopt met het ontwikkelen van eigen indicatoren en stimuleren nu veeleer de initiatieven van zorgaanbieders.

De minister heeft na het echec van Zichtbare Zorg het stokje overgedragen aan het College voor Zorgverzekeringen, dat hiertoe werd omgedoopt tot het Kwaliteitsinstituut, formeel Zorginstituut Nederland geheten. Dit nieuwe instituut moet, naast advisering over de inhoud van het verzekerde pakket in de Zorgverzekeringswet en het opleidingsbeleid, erop toezien dat er adequate en verantwoorde kwaliteitsstandaarden beschikbaar komen voor het functioneren van het zorgstelsel, dus voor de kiezende patiënt, de contracterende zorgverzekeraar en de toezichthoudende inspectie. Dit instituut stelt dus de normen op waar indicatoren en de ontwikkeling ervan precies aan moeten voldoen. Primair heeft het de taak zorgaanbieders te stimuleren en te steunen in de ontwikkeling van deze indicatoren. Wanneer deze dat na verschillende aanmaningen niet doen, kan het Zorginstituut zijn 'doorzettingsmacht' gebruiken. Dit gebeurt nu bij de ontwikkeling van indicatoren en normen voor verantwoorde verpleeghuiszorg en intensive care in ziekenhuizen, omdat de betrokken actoren niet bereid of niet in staat waren om het zelf te doen.

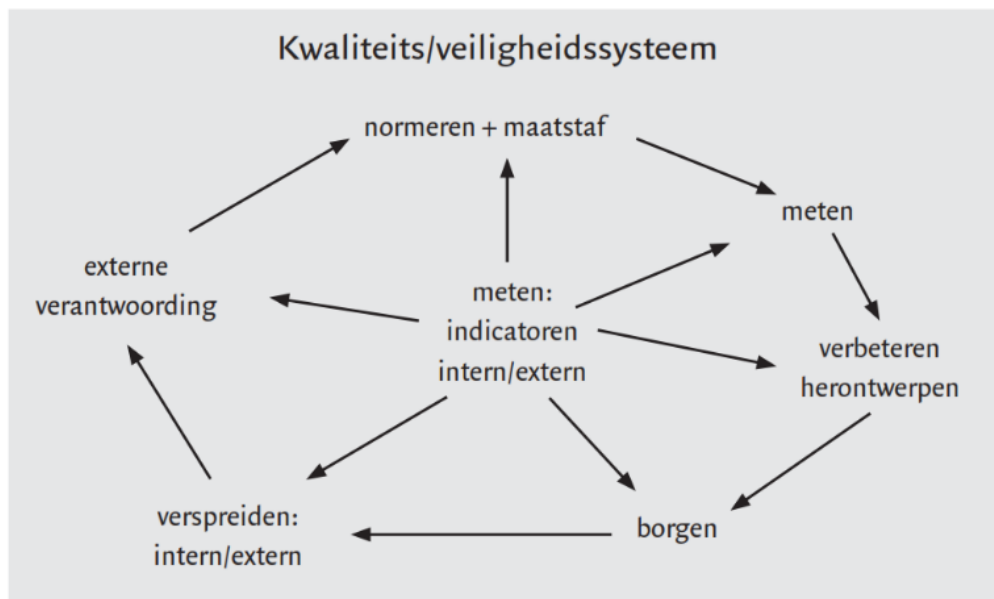
Het zal nog moeten blijken of het Kwaliteitsinstituut het eigen initiatief van zorgaanbieders uiteindelijk stimuleert of (onbedoeld) frustreert en of de zorgaanbieders in staat zullen zijn om tot valide, betrouwbare en vergelijkbare indicatoren voor goede zorg te komen.

Criteria voor indicatoren

Je zou kunnen zeggen dat men in Nederland recentelijk weer opnieuw is begonnen met het opstellen van de indicatoren die primair dienen ter bewaking en verbetering van de kwaliteit van de zorg. Vanaf 2006 is er veel energie, tijd en geld verspild. Uit deze ervaringen kunnen we nu lessen trekken voor de toekomst. Voor het zinvol en doelgericht ontwikkelen, meten en rapporteren van indicatoren kan, op grond van wat we nu geleerd hebben, een aantal belangrijke basisprincipes worden geformuleerd.

Voordat ik deze acht criteria opsom, wil ik kort ingaan op het systeem waarbinnen indicatoren binnen een zorginstelling moeten functioneren. Dit zogenaamde kwaliteits- en veiligheidssysteem is weergegeven in Figuur 1.

Figuur 1: Het kwaliteits-veiligheidssysteem



Het schema maakt zichtbaar dat indicatoren onmisbaar zijn voor een cyclisch kwaliteits- en veiligheidssysteem, dat steeds opnieuw vijf stappen doorloopt: normeren, meten, verbeteren, borgen, verspreiden en verantwoording afleggen. Bij elke fase in dit cyclische proces zijn indicatoren nodig. Toegepast zoals in dit schema dienen indicatoren tot actie en verbetering. Op deze wijze is ook interne en externe verantwoording mogelijk, zodat er sprake is van de hier bepleite beweging van binnen naar buiten. Hierbij moet ik wel een kanttekening plaatsen: ook bij de beweging van binnen naar buiten is het van belang dat zorgaanbieders te rade gaan bij hun externe stakeholders, de patiëntenorganisaties en zorgverzekeraars, en de indicatoren mede afstemmen op hun informatiebehoefte. Het is in hun eigen belang, want het bepaalt hun positie in de concurrerende omgeving van het zorgstelsel.

De indicator als aanwijzing

Het Latijnse werkwoord *indicare* betekent ‘aanwijzen’. De igz gebruikt indicatoren dan ook als ‘aanwijzingen’ die aangeven of het nodig is om verder onderzoek te verrichten. Dat is precies waar indicatoren voor bedoeld zijn. Een voorbeeld: wanneer het indicatorgetal wondinfectie niet overeenkomt met wat gewenst zou zijn voor een bepaalde patiënt, dan is het nadrukkelijk niet de bedoeling en zelfs contraproductief om daarop een oordeel van goede of slechte zorg te baseren. Zo’n oordeel diskwalificeert de zorgverleners, waardoor ze niet de kans krijgen om de oorzaak van de ‘aanwijzing’ te onderzoeken en de zorg daar vervolgens op af te stemmen. Soms is het ook zo dat de zorgverlener die oorzaken niet in de hand heeft en er weinig aan kan doen.

Dit principe geldt zowel voor het interne als het externe gebruik van indicatoren. Wanneer een indicator niet voldoet aan de gestelde norm, dan heeft het geen pas dat de pers, de politiek, de minister, de zorgverzekeraars of de patiënten beginnen met oordelen of ranken. Deze uitslag wijst ons er slechts op dat er nader onderzoek nodig is naar de achterliggende oorzaak.

Less is more

Voor een zinvol gebruik van indicatoren is het goed om het aantal indicatoren per zorgproces zo beperkt mogelijk te houden. Bepaal enkele indicatoren, afgaande op sleutelmomenten in het zorgproces, en kijk naar de resultaten van de zorg, oftewel de uitkomst en eventuele complicaties. Op die manier hebben we aan drie à vijf indicatoren per zorgproces meer dan genoeg. Ze functioneren als ‘screeningsindicatoren’; als een van deze indicatoren niet voldoet, dan is nader onderzoek gewenst. Alleen in dat geval is het nodig om projectmatig veel meer indicatoren te meten, en dan alleen tijdelijk en alleen voor intern gebruik. Pas wanneer de oorzaken bekend zijn en er verbeteringen zijn aangebracht, kunnen ter conrole de screeningsindicatoren opnieuw worden gemeten om vervolgens te rapporteren over de tot stand gebrachte verbeteringen.

Een indicator is geen norm

Een indicatoruitslag is op zich een nietszeggend getal. Wat zegt dat nu: ‘2% wondinfectie’, ‘12% decubitus’ of ‘gemiddelde toegangstijd vier weken’. Het gaat erom wat we met de uitslag willen bereiken. Pas wanneer er een norm is bepaald gaat het indicatorgetal ons iets vertellen. Zo is de *best practice* voor wondinfectie %, voor decubitus 5% en voor toegangstijd één week. Deze normen worden bepaald aan de hand van wetenschappelijk onderzoek, op grond van eigen doelstellingen of op verzoek van de patiënt. Er zijn minimumnormen waar iedereen aan moet voldoen. Het is een typische *managerial* benadering om het gemiddelde als norm te nemen (‘standaardisatie naar het gemiddelde’) en zo de status quo te handhaven. Voor professionele indicatoren is het prestatieniveau van de tien à twintig best presterende zorgaanbieders de streefnorm. Deze best presterenden beschikken immers over dezelfde kennis en hebben naar verhouding evenveel personeel, geld en tijd. Heeft niet elke patiënt recht op dit blijkbaar haalbare niveau van zorg?

Doelstelling, meten, actie

Indicatoren zijn ontwikkeld omdat ze nodig waren voor het nieuwe zorgstelsel, niet in de eerste plaats om de zorg te verbeteren. Landelijk zijn er miljoenen aan uitgegeven met, tot voor kort, nauwelijks bruikbaar resultaat. Dat is een verkeerde benadering geweest. Indicatoren zouden geen doel op zich moeten vormen, maar een hulpmiddel om te weten of je je doelstellingen, je ambitie, bereikt hebt. Daarbij zijn ze alleen zinvol voor wie vervolgens bereid *en* in staat is om actie te ondernemen. Indicatoren komen voort uit doelstellingen en moeten leiden tot actie.

Indicatoren vergelijken

Indicatoren worden gebruikt om zorgaanbieders met elkaar te vergelijken. Dat betekent dat de uitkomsten onmiddellijk worden vertaald naar een oordeel: goed of slecht, beter of slechter dan een ander. Echter, om eerlijk te kunnen vergelijken moeten de uitkomsten gecorrigeerd worden voor al die factoren waar de zorgaanbieder geen invloed op heeft. Maar hier schuilt ook een gevaar in, want wie laag scoort heeft altijd wel een reden waarom dat zo is. Het opstellen van correctiemodellen blijkt in de praktijk extreem moeilijk en leidt tot eindeloze discussies.

Vergelijken dient, in mijn optiek, op de volgende twee manieren te gebeuren, die veel minder hoge eisen stellen aan indicatoren:

- Vergelijken met jezelf: lever ik dit jaar betere kwaliteit dan vorig jaar? Waar kan ik in de toekomst verbeteren? Voor de vergelijking met jezelf in het verleden of de toekomst heb je niet al die correcties nodig. Het is sneller en eenvoudiger, *en* veel leerzamer!
- Vergelijken met de *best in class*, want van die collega(-zorginstelling) kun je iets leren. Bij een ranking van één tot honderd is het niet erg stimulerend als nummer zestig zich vergelijkt met nummer dertig. Wel is het zinvol om te kijken naar de beste vijf, want die presteren significant beter dan nummer zestig.

Rankings helpen niet. De betrouwbaarheidsintervallen van rankings zijn zo groot zijn dat er statistisch gezien, bij een ranking van één tot honderd, nauwelijks verschil is tussen de nummers tien en dertig, of veertig en zeventig. In de praktijk ervaren ziekenhuizen en vooral ziekenhuisbestuurders deze rankings als belangrijk voor hun eigen reputatie, maar de patiënt blijkt er nauwelijks naar te kijken in zijn keuze voor een ziekenhuis.

Normklassen versus vergelijken

Er bestaat een alternatief voor rankings. Waar het de keuze door patiënten en zorgcontractering betreft is het veel zinvoller om zogenaamde normklassen te definiëren. Iedere klasse heeft zijn normgrenzen, zoals zeer goed, goed, matig, slecht. Voor bijvoorbeeld postoperatieve wondinfecties zouden die normklassen als volgt kunnen worden gedefinieerd: minimumnorm: < 4%, slecht: 3-4%, matig: 2-3%, goed: 1-2%, zeer goed: 0,5-

1%, met als *best practice* 0,5%. Iedere zorgaanbieder kan zichzelf dan verbeteren tot de hoogste klasse, waarbinnen dan nog maar een heel kleine variatiebreedte bestaat. De verschillen binnen een klasse zijn vaak minimaal en ook niet significant. Zo toegepast geven normklassen een eerlijker beeld dan het systeem van ranking.

Indicatoren ter motivatie

Het was voor zorgprofessionals zeer demotiverend dat indicatoren door bureaucraten en experts voor hen werden bedacht en aan hen werden opgelegd. Als zij zelf indicatoren vaststellen op basis van hun eigen ambitieniveau en hun eigen doelstellingen, om daarmee de kwaliteit van hun eigen werk te kunnen meten en verbeteren, dan werkt dat inspirerend en stimuleert dat verbetering. Goede voorbeelden daarvan zijn *dica*, Meetbaar Beter en Santeon – Zorg voor Uitkomst.

Indicatoren en vertrouwen

Tot nu toe hebben indicatoren het vertrouwen in de zorg vooral ondermijnd. De variatie in de kwaliteit van instellingen en dokters blijkt groot. De publicatie van de uitkomsten riep begrijpelijkerwijs weerstand op, want ging voor sommigen gepaard met reputatieverlies. Bovendien waren er nog veel vragen over vergelijkbaarheid. Wanneer zorgaanbieders zich niet kunnen voorbereiden op transparantie roept dat wantrouwen op. Zij wisten van tevoren niet hoe zij in de rankings zouden scoren ten opzichte van collega's en waren bang om ergens onderaan uit te komen.

Wanneer indicatoren voortkomen uit en bruikbaar zijn in het eigen interne kwaliteits- en veiligheidssysteem, werken ze stimulerend: ze leiden tot verbetering van de prestaties. Er kan dan ook gerapporteerd worden over de verbeteringen en dat werkt stimulerend voor de zorgaanbieder en versterkt het vertrouwen van de patiënt. Op deze wijze nemen zorgaanbieders weer zelf de leiding; zij zijn zelf weer verantwoordelijk voor de geleverde zorg en hun eigen marktpositie. Hun 'klanten' – patiënten, zorgverzekeraars, inspectie – worden bediend met de informatie die zij nodig hebben.

Voor mij is het een raadsel waarom zorginstellingen tot op de dag van vandaag blijven werken met de indicatoren die aan hen zijn opgelegd, waarvan het meten en rapporteren veel tijd en geld kost, zonder dat het henzelf iets oplevert. Zorgaanbieders zouden collectief moeten weigeren om onzinnige indicatoren te verzamelen en te publiceren. Dat betekent dat ze ondertussen wel hun eigen verantwoordelijkheid moeten nemen en zelf indicatoren moeten ontwikkelen die voortkomen uit en bruikbaar zijn in hun eigen kwaliteits- en veiligheidssysteem en verantwoording afleggen over hun aanpak en resultaten van zorg.

Conclusie

Indicatoren zijn onmisbaar in het hedendaagse zorgstelsel, maar het blijven hulpmiddelen en mogen dus nooit een doel op zichzelf gaan vormen. Ze werken alleen kwaliteitsverbeterend en motiverend voor zorgverleners als aan de hierboven genoemde zeven basiscriteria is voldaan. Pas als ze *binnen* de zorg een plaats en een functie hebben gekregen, zullen ze *daarbuiten* voor patiënten, zorgverzekeraars en igz ook iets opleveren. Ik zou willen afsluiten met de volgende aanbevelingen aan zorginstellingen bij het vormgeven van hun eigen indicatorenbeleid:

- Neem als zorgprofessional, -instelling en -sector zelf weer het initiatief.
- Wees voorafgaand aan het opstellen van indicatoren kritisch of er binnen de instelling bereidheid is tot actie en of daartoe ook mogelijkheden zijn.
- Bepaal eerst je doelstellingen en ambitieniveau, stel vervolgens de (streef)normen vast en ga dan pas meten. Als er niet wordt voldaan aan de zelf gestelde norm, dan is de prikkel om actie te ondernemen en intern te verbeteren vanzelfsprekend: doelstelling Æ meten Æ actie.
- Beperk je aanvankelijk tot een klein aantal screeningsindicatoren. Doe verder onderzoek als deze screeningsindicatoren niet voldoen aan de gestelde normen.
- Houd de indicatoren zo eenvoudig mogelijk en ontwerp ze zoveel mogelijk in samenspraak met de professionals.
- Meet alleen indicatoren die voortkomen uit en bruikbaar zijn in het eigen interne kwaliteits- en veiligheidssysteem, en leg daarover intern *en* extern verantwoording af.
- Als indicatoren na meting niet overeen blijken te komen met de gestelde (streef)norm, oordeel dan niet, maar doe onderzoek naar de achterliggende oorzaken.
- Vergelijk de uitkomsten met de eigen uitkomsten van een jaar geleden of met de eigen streefnorm. Of vergelijk de uitkomsten met die van de *best in class*.
- Kijk niet naar rankings – de onderlinge verschillen zijn vaak kleiner dan ze worden voorgesteld –; normklassen bieden wat dat betreft een eerlijker beeld.

Als indicatoren op deze manier worden ontwikkeld en toegepast hoeft transparantie over aanpak en resultaten van zorg niet meer bedreigend te zijn en wordt het vertrouwen van de burger in de zorg weer hersteld. Als aan deze voorwaarden niet wordt voldaan, blijven indicatoren tot weerstand leiden bij de zorgaanbieders, tot wantrouwen bij de burger en tot bureaucratie en verspilling. Ons zorgstelsel zal dan niet naar behoren kunnen functioneren. Het is nu aan de professionele leidinggevenden, bestuurders van zorginstellingen, Raden van Toezicht, patiëntenorganisaties, zorgverzekeraars en de igz om ervoor te zorgen dat het imago van indicatoren weer in ere wordt hersteld.

Wim Schellekens is strategisch adviseur, lid van twee Raden van Toezicht, voormalig hoofdinspecteur igz, directeur cbo, ziekenhuisbestuurder en huisarts.

Twitter: @Wim_Schellekens

Dit artikel is gepubliceerd in de bundel Het alternatief voor de zorg. Humaniteit boven bureaucratie (najaar 2015), een initiatief van Stichting Beroepseer en de vereniging van zorgprofessionals VvAA. Uitgever: Boom Amsterdam. Meer informatie over de bundel is te vinden op: www.beroepseer.nl