Onderzoek Zorgkwaliteit in ziekenhuizen

Driemaal daags een pijnschaal

Ziekenhuizen moeten voortdurend allerlei metingen en registraties doen. Heel veel. Maar die enorme hoeveelheid metingen staat niet garant voor een hogere kwaliteit van zorg. Integendeel.

Jef Poortmans beeld Kamagurka
7 december 2016 – verschenen in nr. 49

Op onze afdeling heb ik al jaren geen doorligwond meer gezien, dat is toch een teken dat de verpleegkundigen dit probleem volledig onder controle hebben. En toch moeten ze elke patiënt volgens het protocol screenen en volledig uitvragen op het risico van *decubitus.'* Wimar van den Brink, neurochirurg in het Isala-ziekenhuis in Zwolle, ergert zich groen en geel aan de bureaucratie in zijn eigen ziekenhuis. 'Gebruik de tijd die nutteloze vragenlijsten opslurpen voor dingen waar je wel nog wat aan kunt verbeteren, waar er wel nog problemen zijn', stelt hij.

Een ander voorbeeld: pijnmetingen. Ziekenhuizen moeten een pijnbeleid en bijhorende pijnprotocollen opstellen. En daarvoor moet de verpleegkundige bij iedere patiënt drie keer per dag een pijnscore meten. 'Ik heb patiënten die drie weken lang op de afdeling liggen bij wie ik drie weken lang, drie keer per dag een 0 opmeet', vertelt een verpleegkundige. 'Pijn is zo'n wezenlijk onderdeel van ons werk dat ik heus wel weet wie pijn lijdt. Als ik naar huis fiets, weet ik welke patiënt waar last van heeft na een operatie.' Maar ondertussen is controle drie keer per dag wel een must, anders is de score op de indicatoren niet goed.

Er bestaan in ziekenhuizen talloze verplichte risicoscreenings. Zoals valrisico bij kinderen, gezonde volwassenen, zwangere vrouwen... bijna elke patiënt moet gescreend worden. Volgens de richtlijnen is 24 uur na een narcose iedereen valgevaarlijk. 'Maar heeft de patiënt na een ingreep een goede kleur en een normale bloeddruk, is hij niet

vergeetachtig en erkent hij zijn beperkingen omwille van de operatie, dan is die in mijn ogen niet valgevaarlijk', vindt een andere verpleegkundige. 'Toch moet ik er dan nog een hoop checklists bij doen, de patiënt kenbaar maken als valgevaarlijk, een gekleurde sticker op zijn bed kleven, hem gekleurde kousen aandoen. Zo schiet je je doel voorbij, want een warrige oude man of iemand met een wisselende bloedsuikerspiegel valt dan niet meer op.' Vergelijkbare protocollen gelden ook voor ondervoeding, verwarring, en kwetsbare ouderen.

Sinds de liberalisering van de zorgmarkt in 2006 zijn Nederlandse ziekenhuizen in een mallemolen van kwaliteitsregistraties, indicatorensets en accreditaties beland. Iedere partij met enig belang in de zorgsector eist van zorginstellingen dat ze tot in de puntjes hun doen en laten registreren. 'De verpleging bij ons zit de helft van de tijd achter de computer dingen in te vullen. Ze heeft helemaal geen tijd meer voor patiënten', beschrijft Willem Oerlemans, neuroloog in het Meander MC in Amersfoort, de situatie.

'Ik opereer nu minder op een dag omdat ik tijd moet besteden aan vinkjes in vakjes zetten, en die vinkjes zijn bijna belangrijker geworden dan de operatie zelf', vertelt Wimar van den Brink. 'Als ik vroeger op de afdeling kwam, hoorde ik van de verpleging naar welke patiënten ik moest kijken omdat ze pijn hadden bijvoorbeeld. Als ik nu binnenkom, vragen ze me om de medicatie juist in de computer in te voeren. De aandacht is volledig verschoven van zorg voor de patiënt naar zorg voor het systeem.'

De voornaamste klacht van specialisten en verpleegkundigen is dat al die verplichte registraties en ten koste gaan van de patiëntenzorg. Een navrant voorbeeld hiervan is het manipuleren van sterftecijfers. 'Ik zie dat ziekenhuizen hard nadenken hoe ze heel zieke patiënten nog kwijt kunnen door bijvoorbeeld samenwerkingen met hospicen aan te gaan en daar dan nog wat zorg te leveren', vertelt Anne Marie Weggelaar, onderzoekster en docent gezondheidsbeleid aan de Erasmus Universiteit. 'Zo tellen deze patiënten niet mee in het mortaliteitscijfer, maar ik vraag me sterk af of dit nou de beste zorg is.'

De Nederlandse ziekenhuizen zijn koploper als het gaat om registraties, blijkt uit onderzoek van KPMG-Plexus in opdracht van Zorginstituut Nederland (ZINL). Het accountantskantoor telde dit jaar maar liefst 3026 variabelen, volgens de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ) ligt het aantal indicatoren zelfs boven de 3400. Een vertienvoudiging in zeven jaar tijd. In ziekenhuizen in Duitsland doet men het met 464 variabelen, in Groot-Brittannië zijn het er 254 en in Noorwegen 68. In Denemarken zijn artsenverenigingen en de regering vorig jaar overeengekomen om het aantal zelfs tot 25 te beperken.

De voornaamste reden voor die exponentiële vermenigvuldiging is de marktwerking binnen de Nederlandse gezondheidszorg, constateert Roland Bal, hoogleraar en onderzoeker aan de Erasmus Universiteit. 'Hierdoor zijn heel veel partijen zich met de zorg gaan bemoeien. De roep om transparantie is heel groot, waardoor een onstilbare vraag naar informatie is ontstaan. Er komen steeds meer lijstjes met indicatoren bij, zonder dat de bestaande vervallen.'

De Inspectie Gezondheidszorg (IGZ), het belangrijkste controleorgaan van de overheid, is maar verantwoordelijk voor negen procent van de gevraagde variabelen, blijkt uit onderzoek. Het zijn vooral zorgverzekeraars, specialisten- en patiëntenverenigingen die elk apart of samen de overige indicatorensets ontwikkelen. Daarmee beogen ze elk op hun manier, met eigen tellers en noemers, de kwaliteit van zorg te peilen. 'Het is een complete industrie geworden', schetst onderzoekster Weggelaar. 'Patiëntenverenigingen hebben een nieuwe manier ontdekt om geld te verdienen door een nieuw strikje of lintje te verzinnen waarvoor je de ziekenhuizen laat betalen.' Voor ongeveer de helft van de keurmerken moet worden betaald, melden ziekenhuisdirecteuren. 'Meestal enkele duizenden euro's, maar uitschieters komen voor.'

Zo heeft het AMC in totaal negentien keurmerken van patiëntenverenigingen, zoals het kangoeroekeurmerk voor neonatologie, het roze lintje van Borstkanker Nederland, een bronzen smiley voor de kraamafdeling en een vinkje bij de Stoma Zorgwijzer. 'We worden er horendol van', klaagt een andere ziekenhuisdirecteur. 'Veel eisen raken kant noch wal. Zo hebben wij niet het keurmerk Seniorvriendelijk Ziekenhuis, enkel omdat onze liften te smal zijn. Die gaan we heus niet verbouwen.'

Ook specialistenverenigingen zorgen voor een groot deel van de gevraagde indicatoren. Vanwaar die neiging tot zelfkastijding? Enerzijds klagen specialisten over de administratiedruk, anderzijds verzinnen hun beroepsverenigingen er voortdurend regeltjes bij. De indicatorensets worden vaak van bovenaf opgelegd, klagen specialisten die anoniem willen blijven. Vaak gaat een select groepje specialisten in opdracht van de beroepsvereniging met nieuwe indicatoren aan de slag als zorgverzekeraars bij een bepaald ziektebeeld daarom vragen. Door tijdgebrek gebeurt dat zonder inspraak van de rest van de beroepsgroep, niet uit kwade wil, maar wel omwille van gebrek aan middelen.

Een Nederlands ziekenhuis neemt gemiddeld deel aan 47 kwaliteitsregistraties en negentien keurmerken, blijkt uit berekeningen van KPMG-Plexus. 'Iedereen in de zorg is ermee aan de slag gegaan. Zonder enige centrale regie en dat is helemaal uit de hand gelopen', zegt een hoofd van de afdeling chirurgie.

Naast de protocollen en keurmerken is er nog een andere belangrijke veroorzaker van administratiedruk: de ziekenhuisaccreditaties. Deze gaan gepaard met de meest omvangrijke en tijdrovende kwaliteitsaudits. De belangrijkste kwaliteitscertificaten zijn die van het Nederlandse NIAZ(Nederlands Instituut voor de Accreditatie van Ziekenhuizen) en het Amerikaanse JCI (Joint Commission International). Met een certificaat van een van die twee staat een ziekenhuis te boek als een kwaliteitsvolle en patiëntveilige zorginstelling.

Toch zijn kwaliteitsdeskundigen en wetenschappers het er niet over eens of de accreditaties daadwerkelijk bijdragen aan een betere patiëntenzorg. 'Je kunt er grote vraagtekens bij zetten', vindt onderzoekster Anne Marie Weggelaar. 'Het is curieus dat bij sommige ziekenhuizen die een certificaat hebben gekregen kort daarop de pleuris uitbrak.' Het UMC Utrecht had bijvoorbeeld een JCI-accreditatie ontvangen, ondanks de misstanden die op de KNO-afdeling vorig jaar boven water kwamen. Ook het toenmalige Ruwaard van Putten Ziekenhuis in Spijkenisse, waar enkele jaren geleden medisch wanbeleid op de hartafdeling tot hoge sterftecijfers leidde, was geaccrediteerd.

Aan de eigenlijke audit voor een accreditatie gaat een jarenlange voorbereiding vooraf waarin een ziekenhuis moet zorgen dat alle risico's tot in het extreme zijn gedekt en alle procedures tot ver achter de komma staan beschreven. 'De eisen van de accreditatie-instanties slaan soms echt door', vindt Kees Smulders, senior adviseur kwaliteit van het Jeroen Bosch Ziekenhuis. 'Het is natuurlijk goed dat je kwetsbare ouderen op valrisico's screent, maar om systematisch elke patiënt te screenen, zelfs kinderen, dat draagt niet bij aan een goede bewustwording rond patiëntveiligheid. Het is in grote mate een bureaucratische rompslomp, de valincidenten verminderen er niet mee en de pijnbestrijding wordt er ook niet beter van.' 'Zo'n accreditatie, het is een echte *"cover-your-ass*-aanpak"', meent een kwaliteitscoördinator binnen een groot academisch ziekenhuis.

'Enkel die vierhonderd afkortingen mochten we nog in de patiëntendossiers gebruiken'

'Door volgzaam protocollen na te leven ontstaat een schijnvorm van professionaliteit', vindt neurochirurg Wimar van den Brink. 'Onlangs lag er een patiënt klaar om geopereerd te worden, alles was volgens het veiligheidsprotocol voorbereid, alleen was de printer kapot waardoor we een bepaald formuliertje niet konden afdrukken dat volgens het protocol wel nodig is. Resultaat: we hebben een half uur staan wachten op dat formuliertje. De patiënt, de anesthesist en zijn medewerkers, drie operatieassistenten en ik. Alles lag een half uur stil. Vroeger dacht iedereen nog even na in zo'n situatie. Nu was het verweer dat we ons aan het protocol moesten houden. Als je daardoor niet meer gaat nadenken, geeft dat alleen maar meer onveiligheid, maar je bent wel ingedekt omdat je je aan de voorschriften hebt gehouden.'

Een andere specialist vertelt dat hij ter voorbereiding van zo'n accreditatie een lijst met vierhonderd afkortingen in zijn inbox kreeg: 'Allemaal uit het hoofd te leren. Enkel die vierhonderd mochten we nog in de patiëntendossiers gebruiken. Ons huidig medisch woordenboek, waarmee iedereen vertrouwd is, wilde men vervangen door een ander woordenboek dat geen steek houdt.'

Als de patiëntenzorg niet daadwerkelijk beter wordt van de accreditaties, waarom doen alle ziekenhuizen er dan aan mee? Het

antwoord is simpel: de keurmerken worden vanuit de verzekeraars opgelegd, ook al is er geen wettelijke verplichting. Zonder accreditatie kopen de verzekeraars op den duur geen zorg meer in. ‘Die accreditatie is voor het ziekenhuis zo belangrijk omdat ze ons met veel druk van bovenaf via de verschillende ziekenhuisafdelingen is opgelegd’, vertelt een specialist heelkunde. ‘Bijna iedereen loopt overspannen rond.’

Met zo’n hoeveelheid data en kwaliteitsmetingen zou je denken dat de Nederlandse ziekenhuiszorg een niet te stoppen kwaliteitsverbeteringsmachine is. Maar niets is minder waar. Die enorme hoeveelheid metingen staat namelijk niet garant voor een hogere kwaliteit van zorg. Integendeel. Specialisten, kwaliteitsfunctionarissen en onderzoekers zetten zelfs vraagtekens bij de inmiddels meer dan drieduizend metingen. Anne Marie Weggelaar constateerde in haar onderzoek dat de meeste ziekenhuizen niet meer aan verbetering van zorg toekomen. Ze was betrokken bij vele kwaliteitsverbeteringsprojecten. ‘Kwaliteitsfunctionarissen, specialisten en het ondersteunend ziekenhuispersoneel hebben voor die verbeteringen de laatste jaren erg weinig tijd’, beschrijft ze het probleem. ‘Ze moeten veel tijd en energie stoppen in het verzamelen van cijfers, ze moeten ervoor zorgen dat die goed aangeleverd worden en dat een volgend certificaat binnengehaald wordt.’

Ze ziet dat er in de meeste ziekenhuizen een enorme discussie wordt gevoerd over de validiteit en betrouwbaarheid van die data. ‘Er ontstaat ook een soort gaming van die lijstjes waarbij je met een andere definitie voor patiëntengroepen of het gebruiken van data uit andere softwaresystemen een beter resultaat krijgt. Het lukt ons nog niet goed om die data te gebruiken om te kijken waar het goed gaat en waar niet.’

Het Plexus-onderzoek concludeert dat van de meer dan drieduizend gebruikte indicatoren er bitter weinig geschikt zijn om ziekenhuizen onderling mee te vergelijken: slechts vier procent. Alle andere metingen kunnen daar niet voor gebruikt worden. Elk ziekenhuis geeft een eigen definitie aan de te meten variabelen. Met als resultaat een zeer lage datakwaliteit, zo is te lezen in het rapport.

‘Vier procent is nog een positieve inschatting’, zegt Jaap van den Heuvel, bestuurder van het Rode Kruis Ziekenhuis in Beverwijk en programmadirecteur van de MBA Healthcare Management aan de UvA. ‘Het kost waanzinnig veel inspanning om die data te verzamelen en ze zijn volstrekt onbetrouwbaar.’ Zijn voornaamste bezwaar is dat niemand die gegevens verifieert. ‘Onze accountant is een half jaar bezig om onze balans en resultatenrekening te controleren. Als wij moeten aangeven hoeveel postoperatieve infecties we als ziekenhuis hebben, mogen we zelf een score invullen en er is niemand die er nog naar kijkt.’

Van den Heuvel, ooit gepromoveerd op kwaliteitsmanagement, hekelt ook de landelijke ranglijstjes zoals Elseviers Beste Ziekenhuizen of de AD Ziekenhuis Top-100 waar een deel van de kwaliteitsdata voor gebruikt worden. ‘Natuurlijk wil je daarin goed voor de dag komen. Maar iedereen met een beetje kennis van statistische variatie veegt in één klap al die ranglijsten van tafel.’

Opvallend is dat de beste graadmeter voor de kwaliteit van zorg het minst gemeten wordt.

Slechts negen procent van drieduizend zijn zogenaamde uitkomstindicatoren. Die meten na afloop hoe goed of slecht de zorg uiteindelijk was met vragen als: hoeveel complicaties zijn er na de ingreep geweest? Of: welk percentage van de patiënten heeft drie dagen na een operatie nog pijn?

Talloze ministers van Volksgezondheid hebben de afgelopen jaren geprobeerd de transparantie in de zorg te verbeteren. Er werd bijvoorbeeld in 2014 een transparantiekalender opgetuigd om de zorg voor iedereen toegankelijk en inzichtelijk te maken. En 2015 werd uitgeroepen tot het jaar van de transparantie. De kalender en het jaar kwamen voort uit het programma Zichtbare Zorg (ZiZo), waarover de Nationale Rekenkamer in 2013 een vernietigend rapport schreef. Ze concludeerde ‘dat de ministers van VWS er de afgelopen zestien jaar niet afdoende in zijn geslaagd deze transparantie zodanig te vergroten dat de patiënt de informatie kan gebruiken voor zijn keuze en de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) voor haar toezicht’.

Het rapport vermeldde ook dat ‘de stabiliteit en kwaliteit van de meeste indicatorensets om kwaliteit te meten beperkt is; er nauwelijks indicatoren ontwikkeld zijn om de uitkomsten van zorgverlening te meten; er de afgelopen vijf jaar 31 miljoen euro is uitgegeven aan de ondersteuning van het veld bij de ontwikkeling van indicatoren, maar de bruikbaarheid van de ontwikkelde sets tegenvalt’.

Het lukt ziekenhuizen vaak niet om de juiste data aan het ZINL aan te leveren, waardoor vergelijking niet mogelijk is. Het Plexus-instituut zette de voornaamste knelpunten op een rijtje: onzekerheid over de betrouwbaarheid van de aangeleverde gegevens, onduidelijke indicatorensets per aandoening, laattijdige aanlevering bij ZINL, gebrekkige communicatie, gebrek aan afstemming en coördinatie, ad hoc her-aanlevering van de gegevens.

Bij de overgrote meerderheid van de indicatoren betreft het trouwens proces-, structuur- en volumemetingen. Daarbij gaat het om vragen als: hebben de verpleegkundigen de juiste diploma’s?, hoe lang moet de patiënt op een diagnose wachten? of hoe vaak vindt een bepaalde ingreep plaats?

‘Processen zijn gemakkelijker te meten, maar dan weet je nog steeds niet of het resultaat ook beter is’, legt Dink Legemate, hoofd van de afdeling chirurgie in het AMC, uit. ‘Uitkomstindicatoren zijn veel lastiger vast te stellen.’ Daar waar die metingen wel lukken, zijn de resultaten zeer bevredigend, vindt hij. ‘Sinds de registraties van de uitkomsten bij darmkankeroperaties, is het overlijden als gevolg van die ingreep gehalveerd.’

Jaarlijks zijn per ziekenhuis acht voltijds medewerkers bezig met afvinken, inventariseren en gegevensinvoer

Nog steeds schiet er bij Willem Oerlemans, neuroloog in het Meander MC in Amersfoort, een adrenalineshot door het lijf wanneer hij iemand met een beroerte binnen krijgt. Vanaf dat moment moet hij immers niet enkel die patiënt zo snel mogelijk helpen maar begint ook zijn *‘door-to-needle’*-timer te lopen, een van de procesindicatoren die de acute zorg voor beroertes meet. Voor die meting moeten de neuroloog en de verpleging registreren hoe laat de patiënt binnenkomt, het tijdstip van de hersenscan, wanneer de

bloedverdunner is toegediend en het moment dat de patiënt naar de afdeling gaat.

Eenmaal op de beddenafdeling neurologie nemen de verpleegkundigen het grootste deel van het registratiewerk voor hun rekening. Vanwege allerlei protocollen zijn ze de hele dag bezig met 'klinimetrie'. Ze moeten de patiënten op allerlei schalen 'meten en afvinken': driemaal daags een pijnschaal, een verwardheidsschaal voor patiënten ouder dan tachtig, een 'SNAQ'-schaal om te controleren of de patiënt wel voldoende eet, een schaal om doorligwonden te meten et cetera. Dit allemaal los van de reden voor opname, de helderheid van geest, of het mogelijke overgewicht van de patiënt. De verpleegkundigen moeten al die metingen, naast de bloeddruk, pols, temperatuur, bewustzijn, vocht- en ontlastingslijsten en medicatie-innames, een aantal keer per dag afvinken.

Ook tijdens de drukke spreekuren wordt Willem Oerlemans met steeds meer kwaliteitsregistraties overstelpt. Bij parkinsonpatiënten moet hij behalve de invoering van de persoonlijke patiëntgegevens sinds kort ook nog een lijst afvinken over de ziekteduur, de gebruikte medicatie, of de patiënt ooit gevallen is, of hij daarbij letsels heeft opgelopen, hoe vaak hij is opgenomen in het ziekenhuis, of de patiënt in behandeling is bij een fysiotherapeut, ergotherapeut, logopedist, geriater of gespecialiseerd verpleegkundige. Voor elke parkinsonpatiënt moet de neuroloog zo een aantal vinkjes zetten in een apart computerprogramma.

Ten slotte is Oerlemans ook nog gebonden aan een verplichte complicatieregistratie wanneer hij patiënten uit het ziekenhuis ontslaat. Ook al geven 99 op de honderd gevallen geen complicaties, toch moet hij voor alle honderd de juiste ontslagcodes registreren omdat het computersysteem geen onvolledigheden duldt.

Alle metingen en registraties kosten de ziekenhuizen zo'n tachtig miljoen euro per jaar, dat komt overeen met 0,6 procent van de totale Nederlandse ziekenhuisomzet. 'De toegevoegde waarde van al deze registraties en metingen weegt allang niet meer op tegen de kosten van de registratielast', concludeerde de NVZ dan ook.

Centrale kwaliteitsmedewerkers in ziekenhuizen besteden gemiddeld zestig procent van hun tijd aan kwaliteitsmetingen. Ook specialisten, verpleegkundigen en medisch secretaresses verliezen er tijd mee. De kwaliteitsmedewerker niet meegerekend zijn er jaarlijks per ziekenhuis acht voltijds medewerkers bezig met afvinken, inventariseren en gegevensinvoer.

Kiki Lombarts doet als hoogleraar professional performance aan de Universiteit van Amsterdam al jaren onderzoek naar het functioneren en de werkomstandigheden van medisch specialisten. Volgens haar staat het artsenberoep onder druk en een belangrijke oorzaak daarvan is de alomtegenwoordige eis voor transparantie. Natuurlijk hebben de registraties ook positieve effecten, erkent ze volmondig. 'Checklists voor operaties hebben tot een belangrijke daling geleid in sterftecijfers en complicaties. Artsen erkennen heus wel de zin van registraties die hen helpen in de bewustwording van hun eigen functioneren. Maar ze zijn tegen het registreren om te registreren. Ze willen wel de juiste dingen meten.' We zijn in Nederland te ver doorgeschoten in het registreren, vindt Lombarts. 'Artsen ervaren het bijna als terreur.'

Volgens haar is er ook te weinig aandacht voor de zachte kant van het beroep. 'Er is veel minder tijd voor het niet-registreerbare, het niet-meetbare, het irrationele. Die niet-systeemkant van de zorg staat onder druk', stelt ze enigszins verontrust vast. 'Dat maakt het zwaar om als arts steeds optimaal te functioneren. Klachten zoals burn-outs, stress, angststoornissen en depressies zien we bij dokters alsmaar toenemen.'

Als het van Kiki Lombarts afhangt is het zaak om zorgprofessionals zelf meer regie te geven in de evaluatie van hun eigen functioneren. 'Zij zullen kritischer kijken naar welke registraties ze willen uitvoeren en naar het wanneer en het waarom.' Dan is het natuurlijk ook zaak om iets met die registraties te doen, om de zorg er werkelijk mee te verbeteren. 'Dat vraagt om een meer kwaliteitsbewuste cultuur.'

Nog belangrijker volgens Lombarts is het om meer aandacht te geven aan het niet-meetbare in de zorg. *'The things that count aren't always the things that can be counted',* verduidelijkt ze. 'We moeten onze zorg meer vanuit de professionele waarden inrichten. Dat

maakt het voor artsen ook makkelijker en prettiger om toe te zien op die kwaliteit van zorg', pleit ze hoopvol.

En die hoop bestaat, iets ten noorden van Nederland. In Denemarken heeft de regering vorig jaar de verplichte accreditaties afgeschaft. Dat deed ze na aanhoudende klachten van de artsen- en verpleegkundigenvereniging over de bureaucratische overlast en na verschillende wetenschappelijke studies over de werkelijke bijdrage van accreditaties aan de patiëntenzorg. 'Het is moeilijk om echt klinisch bewijs te leveren van wat wel of niet werkt in kwaliteitsverbetering', zegt Jens Winther Jensen over die studies in een telefonisch interview.

Jensen is zorgdirecteur van de regio Zuid-Denemarken. 'De onderzoeksresultaten rond de link tussen accreditatie en klinische uitkomsten zijn onduidelijk', gaat hij verder. 'In sommige gevallen halen geaccrediteerde ziekenhuizen betere klinische resultaten en zelfs lagere sterftecijfers, maar je moet voorzichtig zijn het een als het gevolg van het ander te zien. Accreditatie kán daar een reden voor zijn. Maar ander onderzoek toont dan weer dat efficiënt bestuurde ziekenhuizen beter scoren op accreditaties en tegelijk ook betere klinische resultaten behalen net omdat ze zo'n efficiënte organisatie hebben.'

Ook in Nederland beweegt er heel wat om de overlast van registraties aan te pakken en de kwaliteitsverbetering over een andere boeg te gooien. Sommige ziekenhuizen overwegen bijvoorbeeld om met een paar keurmerken van patiëntenverenigingen te stoppen. En er is sprake van een proefproject om enkele ziekenhuizen carte blanche te geven om hun eigen kwaliteitsbeleid en bijhorende registraties uit te stippelen. Maar voorlopig blijft het bij plannen en ideeën, zonder concrete uitwerking.

Dit onderzoek is mede mogelijk gemaakt door het Matchingfonds van De Coöperatie, een initiatief voor freelance journalisten

---

Over dit onderzoek

De aanzet voor dit onderzoek waren regelmatige klachten van ziekenhuispersoneel, in de vakpers of persoonlijk, over de bureaucratie van de verplichte kwaliteitscontroles. Het doel van het onderzoek was om inzicht te krijgen in de inhoud, de praktijk en de resultaten van de kwaliteitscontroles in de Nederlandse ziekenhuizen en de invloed ervan op het werk binnen de ziekenhuizen.

Gesprekken met tientallen specialisten, verpleegkundigen, kwaliteitsmedewerkers, ziekenhuisbestuurders, onderzoekers en zorgverzekeraars zorgden voor een duidelijk beeld van de impact van die controles op de werklast van het ziekenhuispersoneel. Onderzoeksrapporten, academische studies en de indicatorensets op de website van Zorginstituut Nederland gaven een concreet beeld van de omvang en de inhoud van het kwaliteits- en transparantiebeheer binnen de Nederlandse ziekenhuiszorg. De voornaamste rapporten zijn die van het KPMG-Plexus Instituut in opdracht van Zorginstituut Nederland en de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen.