

RAYMOND KOOPMANS PLEIT VOOR HOOGOPGELEIDE
VERPLEEGKUNDIGEN

‘Niet meer handen, maar meer brein aan het bed’

Kwaliteit in de complexe ouderenzorg laat zich niet zo makkelijk meten, laat staan verbeteren.

De sleutel tot verbetering is volgens het Zorginstituut Nederland meer kennis en deskundigheid.

tekst Wouter van den Elsen beeld ANP/Lex van Lieshout

DE DISCUSSIE OVER kwaliteit in de ouderenzorg wordt al jaren met wisselende intensiteit gevoerd. De recentste ervaring van het publieke debat was die rond de affaire ‘Joop van Rijn’, eind 2014. De vader van VWS-staatssecretaris Martin van Rijn uitte in het AD forse kritiek op de kwaliteit van de zorg in de verpleegsector. Toch voldoet verpleeghuis WZH Waterhof in Den Haag, het huis waar de moeder van de staatssecretaris woont, aan alle kwaliteitscriteria. Het huis bezit zelfs verschillende kwaliteitskeurmerken. Schijnbaar is kwaliteit in de ouderenzorg nog steeds niet af te lezen aan keurmerken, sterren en rapportcijfers.

Effect van standaarden

‘Alle ellende is begonnen in 2004, toen de Normen Verantwoorde Zorg zijn ingevoerd’, zegt Raymond Koopmans, hoogleraar ouderengeneeskunde in het

Radboudumc en specialist ouderengeneeskunde bij stichting De Waalboog. ‘Sindsdien richten kranten en actualiteitenrubrieken zich massaal op kwaliteitscriteria en zijn de ranglijsten en rapportcijfers ontstaan. Maar het vreemde feit blijft dat instellingen die uitstekend scoren op de CQ-index als nog door de Inspectie voor de Gezondheidszorg onder toezicht gesteld kunnen worden.’

De hoogleraar en specialist ouderengeneeskunde zit in de Wetenschappelijke Adviesraad Care & Cure van het Zorginstituut Nederland. Hij werkte mee aan de onlangs verschenen nota *Samen de kwaliteit van langdurige zorg verbeteren*. Hierin geeft het Zorginstituut zijn langetermijnstrategie weer om de kwaliteit in de care te verhogen. ‘Begrijp me niet verkeerd, met het vastleggen van standaardnormen voor bijvoorbeeld de medicatie-uitgifte is niets mis. Mijn pleidooi is niet dat we moeten stoppen met het standaardiseren van handelwijzen. Punt is wel: we weten

vaak niet wat het effect van die standaarden op kwaliteitsverbetering op individueel niveau is.’

Wetenschappelijk onderzoek

Het grootste bezwaar van Koopmans is dat wetenschappelijk bewijs over welke methoden objectief de kwaliteit verhogen in de care nagenoeg ontbreekt. ‘De belangrijkste oorzaak hiervan is het gebrek aan financiële middelen voor wetenschappelijk onderzoek. In een klinische, academische setting heeft men de nodige onderzoeksexpertise en beschikt men over voldoende faciliteiten. In de care zijn die faciliteiten vaak maar beperkt aanwezig.’

Als er al onderzoek plaatsvindt in een verpleeg- of verzorgingshuis richt dat zich op een afgebakend aspect. Zo wordt cliënttevredenheid vaak gemeten en gepresenteerd als een soort kwaliteitsmaat. ‘Maar feitelijk laat een belangrijke uitkomstmaat als kwaliteit van leven zich heel moeilijk vangen in een tevredenheidscijfer. Er zitten te veel aspecten aan,



zeker bij de complexe doelgroep waar we het over hebben.’ Ouderen met co-morbiditeit hebben complexe problemen zoals de combinatie van dementie, depressie en hartfalen. Uitkomsten van tevredenheidsonderzoek over deze doelgroep zijn lastig te interpreteren.

Invullijstjes

Dat in de cure meer geld wordt vrijgemaakt voor zorg en ook voor wetenschappelijk onderzoek heeft een politieke reden, volgens Koopmans. ‘Mensen liggen steeds minder dagen in het ziekenhuis. Ze worden steeds eerder ontslagen en gaan naar een andere zorginstelling of naar huis. Daar gaat de zorgverlening dan nog jaren door. Toch weten we in de cure-sector veel beter welke behan-

delingen effectief zijn in die paar ziekenhuisdagen dan in de lange care-jaren. Dat komt doordat we in de care gewend zijn eerst naar het totale budget te kijken en daarvan alle zorg te proberen leveren. Of er geld aan onderzoek moet besteed, is dan pas de laatste overweging. Ik pleit er heel sterk voor om eerst naar de complexiteit van zorg te kijken, om vervolgens te bepalen welke kennis, deskundigheid en competenties daarvoor nodig zijn. Probleem is natuurlijk dat een dergelijk aanpak wel eens meer kan kosten dan het budget toelaat.’ De sector zelf is over het algemeen ook niet erg happig op meer controle, metingen en onderzoek, omdat het meer papierwerk oplevert voor zorgmedewerkers. ‘Men is bang voor meer invullijstjes.

‘Een onderscheidende bestuurder focust op kwaliteit’

Maar misschien kunnen we met slimme technologie en ict-oplossingen heel veel meten zonder dat medewerkers moeten afvinken. Dat gebeurt nu gewoonweg nog niet. Daar is soms zelfs weerstand tegen.’

Onderscheidende bestuurder

Het gebrek aan evidencebased kennis is niet de enige factor die kwaliteitsverbetering in de weg staat. Het feit dat het opleidingsniveau in de langdurige zorg gemiddeld veel lager ligt dan bijvoorbeeld in het ziekenhuis is ook een groot probleem. ‘Het gaat in de ouderenzorg om relatief laag opgeleide mensen die hoogcomplexiteit moeten leveren. Ik pleit dus niet voor “meer handen aan het bed”, maar voor “meer brein aan het bed”. Het werk van verzorgenden is belangrijk en goed. Maar hoogopgeleide verpleegkundigen kunnen daadwerkelijk verbetering doorvoeren over de hele linie. Neem het kennen van en werken volgens richtlijnen. Een deskundige zorgverlener weet tijdens de zorg en behandeling wanneer de voorgeschreven werkwijze gevolgd moet worden en wanneer in individuele gevallen afgeweken kan worden van de richtlijn. Voor dergelijk inzicht heb je kennis en ervaring nodig. We moeten ons werkveld interessant maken voor juist dit soort mensen.’

Zorgbestuurders zouden volgens Koopmans als eerste moeten focussen op meer hoger opgeleid personeel en op wetenschappelijk onderzoek. Maar hij ziet dat in de praktijk nog te weinig gebeuren. ‘Ik zie dat veel bestuurlijke energie gaat zitten in fusietrajecten, vastgoedportefeuilles en reorganisaties. Dat zijn natuurlijk belangrijke bestuurlijke taken, maar een onderscheidende bestuurder focust op kwaliteit. Dat betekent investeren in kwaliteit en vervolgens succesvolle interventies laten uitvoeren door goed geschoold personeel.’

Stappen verder

Vanwege zijn kritische noten lijkt het alsof Koopmans vindt dat de Nederlandse langdurigezorgsector slecht presteert. ‘Dat is zeker niet waar. Als je ons in een internationaal kader plaatst, zijn we op dit gebied echt veel stappen verder dan de ons omringende landen. Mensen met dementie sterven in het buitenland bijvoorbeeld vaak in het ziekenhuis, omdat in die landen de palliatieve zorg voor mensen met dementie veel minder is ontwikkeld. Ik wil hierbij de hoop uitspreken dat we ook koploper blijven na de grote transitie van de langdurige zorg. Het is namelijk maar afwachten wat er met de kwaliteit van zorg gebeurt als alles zich veel meer bij mensen thuis gaat afspelen.’ ■