

Verpleegkundige Marianne Lensink, bestuurder van het Medisch Spectrum Twente (MST) met in haar portefeuille Zorg, Bedrijfsprocessen en HRM, beet het spits van het LEVV Symposium 'Doorbreek de meetlast' af met een voordracht over het werken met verpleegkundige kwaliteitsindicatoren in haar ziekenhuis. Ze begon met het stellen van vragen aan de aanwezige verpleegkundigen: 'Gebeurt het op jouw afdeling vaak dat een patiënt valt?' Ja, dat gebeurde wel eens. 'Weten jullie hoe het komt? Neemt het vallen toe of af sinds vorig jaar?' Dat wisten de aangesprokenen niet. Ook de vraag hoe vaak een delier op de afdeling voorkomt kon niet beantwoord worden. 'Nou,' zei Lensink, 'dat is reden om te meten. Je meet wat je niet weet.' Daarna legde ze uit dat zij een drievoudige noodzaak ziet voor het meten aan de hand van indicatoren: verpleegkundigen kunnen ermee tonen wat de kwaliteit van hun werk is, patiënten krijgen daar dan ook inzicht in en bestuurders kunnen extern verantwoording afleggen over de besteding van de financiën. Het uiteindelijke doel is het verlenen van de best mogelijke zorg.

Kwaliteitsmeting in het MST

De kwaliteitsmeting in het MST ging een aantal jaren geleden van start met het analyseren van via de MIP (Meldingen Incidenten Patiënten

van wie bijvoorbeeld bij opname blijkt dat zij kans hebben decubitus te krijgen komen met een preventief op een anti-decubitusmatras. Het registreren op alle genoemde indicatoren is inmiddels een vanzelfsprekend onderdeel van het verpleegkundige werk geworden. Verpleegkundigen zien dat de kwaliteit van de zorg erdoor verbetert. De tijd die men achter de computer doorbrengt blijkt ten goede te komen aan de patiënten.

Randvoorwaarden

Ter ondersteuning van de registratiewerkzaamheden is in 2007 het computerprogramma Mediscor ingevoerd bij het MST. Daarop zijn scores van de indicatoren eenvoudig aan te klikken. Resultaten van de scores komen op een soort digitaal dashboard met managementinformatie. Leidinggevenden kunnen daarop in één oogopslag aflezen hoe het staat met de zorgkwaliteit op hun afdeling. Lensink waarschuwt dat aan een aantal randvoorwaarden voldaan moet zijn om het werken met indicatoren goed te laten verlopen. Allereerst moet je alleen meten wat je wilt

tenzorg) gemelde valincidenten. Die bleken het vaakst 's middags en 's nachts voor te komen. Een analyse van de meldingen liet zien dat 's nachts de kamers slecht verlicht waren en dat de bedkastjes op wieltjes wegslipten als je erop steunde. 's Middags viel de etenstijd van de patiënten samen met die van de verpleegkundigen, zodat die voor het merendeel tijdens de maaltijd van de patiënten niet aanwezig waren op de afdeling. De kastjes werden gestabiliseerd en de pauzes van de verpleegkundigen anders ingedeeld. Resultaat: het vallen nam af en de gemiddelde voedings-toestand van de patiënten ging vooruit. Registreren en analyseren van zorggegevens is dus zinvol.

Vervolgens werd onder leiding van Lensink een aantal verpleegkundige kwaliteitsindicatoren gekozen die tot op heden ziekenhuisbreed gescoord worden: decubitus (alle patiënten), delier (alle patiënten), vallen (> 65 jaar), pijn (alle patiënten), ondervoeding (alle patiënten) en kwetsbaarheid (>65 jaar). Per afdeling zijn twee verpleegkundigen geschoold die zorgen voor een goed verloop van de registratie. Alle patiënten worden bij binnenkomst gescreend op de voor hen relevante indicatoren. Het resultaat is dat problemen vroegtijdig gesignaleerd worden, dat daar interventies op uitgevoerd worden en dat over het geheel genomen patiënten vroeger met ontslag gaan. Patiënten

weten, waar je iets mee wilt doen. Ook is het essentieel dat verpleegkundigen bij de keuze, ontwikkeling en evaluatie van de indicatoren worden betrokken: zij moeten er immers mee

werken. En er moet een structurele terugkoppeling zijn van de resultaten.

*Uit TvZ nr. 2 2010: Dossier Meten zonder last
Over het werken met indicatoren*