

# Geschrapt!

Iedere medisch specialist wil de beste zorg leveren. Normen waar die zorg aan moet voldoen, horen daarbij, evenals het toetsen ervan. Maar hoe voorkom je dat de kwaliteitsnormen zich opstapelen, visitaties elkaar overlappen en de artsen kostbare tijd verliezen aan administratielast en dubbel werk?

**E**en *Handleiding Kwaliteitsvisitaties*. Kno-arts Robert van Haastert, werkzaam in het Amsterdam UMC en lid van de adviescommissie Kwaliteitsvisite, noemt het een bijna banale maatregel om de door dokters ervaren administratielast bij kwaliteitsvisitaties te verminderen. Sinds 2017 werken de kno-artsen met deze handleiding. Daarin staat netjes uitgeschreven hoe alle documenten voor de kwaliteitsvisite moeten worden aangeleverd. 'De vakgroepen weten nu precies wat ze moeten doen, dat wisten ze voorheen niet. De

procedures rond de kwaliteitsvisitaties waren vaak een rommeltje. Vakgroepen moesten het zelf maar uitzoeken. Deze handleiding scheelt ze veel tijd en energie. Het is als bij de Belastingdienst: leuker kunnen we het niet maken, wel makkelijker.'

## Optelsom van registratielast

Terugdringing van de registratielast bij kwaliteitsvisitaties is nodig, stelt Van Haastert. 'Ook omdat het om nog veel meer kwaliteitsvisitaties gaat dan alleen die van de wetenschappelijke vereniging. Denk aan de ziekenhuisbrede kwaliteitsregistraties NIAZ- en de JCI met duizenden vragen. Het is dus én-én: een optelsom van registratielast. En omdat er veel overlap is tussen de diverse visitatiemethodieken, doen vakgroepen vaak dubbel werk.'

Mee eens, vult chirurg Mike Liem van Medisch Spectrum Twente aan. Hij is voorzitter van de commissie Kwaliteitsvisite van de Nederlandse Vereniging voor Heelkunde én voorzitter van de adviescommissie Kwaliteitsvisite. Deze bracht advies uit aan de Federatie. Ze doet daarin aanbevelingen over vermindering van registratielast bij kwaliteitsvisitaties (zie kader, *red.*). In december worden deze aanbevelingen besproken binnen de Federatie met de wetenschappelijke verenigingen. Het is daarna aan hen om te beoordelen wat ze ermee doen. 'Het probleem met de registratielast is dat er makkelijker kwaliteitsnormen bijkomen dan er afgaan', legt Liem uit. 'Je zit in de visitatiecommissie en denkt: ja dit is ook belangrijk om uit te vragen bij de vakgroepen, en dit ook. Voor je het weet heb je er vijf nieuwe normen bij. En de meeste normen zijn ook belangrijk. Bovendien is niemand tegen betere kwaliteit van zorg. Alleen: het stapelt zich op.'

## Een maatje minder

**Dit zijn de belangrijkste adviezen van de adviescommissie Kwaliteitsvisite om de administratielast bij kwaliteitsvisitaties van de wetenschappelijke vereniging te verminderen:**

1. Betrek bij de kwaliteitsvisitaties vooral onderwerpen waar andere kwaliteitssystemen nog niet naar kijken, zoals uitkomsten van zorg (mortaliteit, complicaties, kwaliteit van leven), gebruik van richtlijnen en 'zachte' kanten van het functioneren (samenwerking en communicatie).
2. Betrek andere veldpartijen bij het verminderen van de administratieve belasting die voortkomt uit de diverse kwaliteitssystemen.
3. Koppel resultaten uit de kwaliteitsvisitaties terug naar de feedbackgevers. Niets is vervelender dan een vragenlijst invullen en vervolgens niet meer terug te horen wat daarmee is gedaan. Het meten wordt daarmee onderdeel van de kwaliteitscyclus.
4. Leg aan de te visiteren vakgroep uit voor welke kwaliteitsnorm een bepaald toetsingsinstrument wordt ingezet. Als vakgroepen weten waar een instrument voor bedoeld is, staan ze positiever tegenover het gebruik ervan.



### Achterhaald

Daarom is het advies van Liem aan elke commissie Kwaliteitsvisiteatie: blijf kritisch kijken of de normen waarmee je een vakgroep toetst, nog wel relevant zijn. Zo niet, schrap ze dan. 'Dat is lastig, maar het kan. Chirurgen hoeven straks bijvoorbeeld niet langer de statussen van hun collega's te controleren. Die norm is ooit ingevoerd, maar nu achterhaald. Ziekenhuizen hebben eigen kwaliteitsfunctionarissen die regelmatig de patiëntendossiers controleren op leesbaarheid en compleetheid. Waarom zouden wij dat dan nog moeten doen? Dat is overbodig.' ►

'Voor je het weet heb je er weer vijf nieuwe normen bij'

Schrappen lijkt makkelijker dan het is, weet Liem. 'Het betekent namelijk verandering, en daar zijn mensen niet zo goed in. We doen het toch al jaren zo? Bovendien moet je draagvlak hebben. Het gebeurt al snel dat de ene arts zegt: dit instrument kan er af, terwijl de ander zegt: nee, ik vind het belangrijk. En je moet meten of je bepaalde kwaliteitsinstrumenten kunt missen. De heilkunde heeft dat gedaan. Zo blijken de vakgroepen Heelkunde keer op keer perfect te scoren op wacht- en doorlooptijden. Kennelijk is dat in elk ziekenhuis zodanig geborgd dat we dat als visitatiecommissie niet meer hoeven te toetsen. Dat hebben we dus geschrapt.'

**'We moeten kritisch zijn op wat we van vakgroepen vragen'**

### Dubbel werk

Ook de kno-artsen doen het nodige om de administratielast bij kwaliteitsvisitaties terug te dringen. Zo hoeven kno-artsen niet langer bij elke kwaliteitsvisitatie enquêtes aan twintig patiënten uit te delen, waarin zij hun mening kunnen geven over de arts. 'Ziekenhuizen werken zelf vaak al met patiëntenquêtes. We vinden het prima als vakgroepen daarvan gebruik maken. Ze hoeven dan niet nog eens bij twintig patiënten langs te gaan. Dat is dubbel werk.'



Ook binnen de *medical audits* verminderen de kno-artsen de registratielasten. Van Haastert: 'Vroeger moesten alle kno-artsen de patiëntenstatussen van hun collega's controleren. Is bij de diagnostiek en behandeling van een ziektebeeld aan alle kwaliteitscriteria voldaan? Is er een röntgenfoto gemaakt, zijn de juiste medicijnen voorgeschreven, dat soort zaken. Dat is een enorme klus, vooral voor de kno-artsen in de academische ziekenhuizen, waar sprake is van superspecialisatie. Daarom doen daar voortaan alleen nog de rhinologen de *medical audits* bij collega-rhinologen, idem dito de oorartsen bij collega-oorartsen. We beperken de registratielast daarmee tot een kleinere groep.'

### Waterhoofd

Wetenschappelijke verenigingen kunnen ook meer gebruik maken van elkaars expertise, vervolgt Liem. Dat kan leiden tot meer standaardisatie van de gebruikte kwaliteitsinstrumenten. Ook dat kan de regeldruk bij kwaliteitsvisitaties verlichten. Tegelijkertijd zit daar een grens aan, beseft hij. 'Medische specialismen zijn niet één-op-één met elkaar vergelijkbaar. Een neuroloog is geen chirurg, een internist geen orthopeed. Elk specialisme heeft specifieke kwaliteitsnormen die je niet zomaar van elkaar kunt overnemen. Daarnaast blijkt dat niet alle wetenschappelijke verenigingen bereid zijn om kwaliteitsinstrumenten te schrappen om de regeldruk te verlichten.'

Integratie met de kwaliteitsinstrumenten van andere kwaliteitsvisitaties om de lastendruk te verlichten blijkt lastig. Liem: 'Onze kwaliteitsvisitaties gaan over één medisch specialisme, terwijl kwaliteitskeurmerken als NIAZ en JCI over het gehele ziekenhuis gaan. Deze hebben in korte tijd aan belang gewonnen, omdat ziekenhuizen JCI- en/of NIAZ-geaccrediteerd willen zijn. Dat snap ik wel, maar beide accreditaties zijn uitgegroeid tot enorme waterhoofden. Voor medisch specialisten betekenen ze veel werk. Het zou goed zijn als de ziekenhuizen kritisch kijken naar de omvang en betekenis van deze accreditaties.' Dat de kwaliteitsvisitatie belangrijk is voor goede medisch-specialistische kwaliteit van zorg, daarvan is Liem overtuigd. 'We moeten echter kritisch zijn op wat we van de vakgroepen vragen. De registratielast begint dokters tegen te staan. Daar moeten we iets aan doen, anders schiet de kwaliteitsvisitatie haar doel voorbij.' ●