

‘Schrap en verbeter’ bij kwaliteitsborging dialysecentra

9 oktober 2019

Marc ten Dam, voorzitter plenaire visitatiecommissie Nederlandse Federatie voor Nefrologie

Hennie van IJzerloo, visitatie en certificering Nefrovisie

Marc Hemmeler, uitvoerend bestuurder Nefrovisie

Van oudsher hebben Nederlandse dialyseafdelingen vooropgelopen met systematische kwaliteitsborging. Inmiddels bestaat er, behalve een afzonderlijke toetsing voor dialyseafdelingen, voor vrijwel alle ziekenhuizen ook een instellingsbrede kwaliteitstoets. De Beide systemen hebben veel overlap met als gevolg dat dialyseafdelingen voor veel onderwerpen door twee instanties getoetst worden.

Geïnspireerd door het initiatief (Ont)regel de Zorg¹ is onderzocht wat in het toetsingssysteem geschrapt kon worden en wat er verbeterd kon worden. In dit artikel worden de resultaten van dit onderzoek besproken .

Van wetgeving naar eigen verantwoordelijkheid

Tot 1997 werd de dialysebehandeling beschouwd als een topklinische voorziening die gereguleerd werd onder Artikel 18 Wet Ziekenhuis Voorzieningen (WZV), later Artikel 2 van de Wet Bijzondere Medische Verrichtingen (WBMV). Als voorwaarde voor uittreding van deze wet stelde de minister dat er een onafhankelijke kwaliteitsborging voor dialysebehandeling zou komen. Sinds 2000 rust kwaliteitsborging voor dialysecentra op twee pijlers:

- toetsing door een onafhankelijke certificerende instelling op basis van de HKZ-norm Dialyse (HKZ staat voor Harmonisatie Kwaliteitsbeoordeling in de Zorg)
- toetsing op basis van visitatiestellingen door een multidisciplinaire visitatiecommissie bestaande uit een afvaardiging van nefrologen en dialyseverpleegkundigen.

Deze beide toetsingen vinden gelijktijdig plaats in een driejarige cyclus. De verpleegkundigen en nefrologen ondersteunen de certificerende instellingen als materiedeskundigen en visiteren tegelijkertijd op basis van de eigen normen van de beroepsgroepen. Afdelingsspecifieke kwaliteitsborging heeft later navolging gevonden bij andere organisatorische eenheden binnen de ziekenhuizen².

In 1996 werd de Kwaliteitswet Zorginstellingen (1996) van kracht. Deze wet verplichtte zorginstellingen “verantwoorde zorg te bieden en de kwaliteit van de zorg systematisch te bewaken, beheersen en verbeteren”. Als uitvloeisel van deze wet kwam de instellingsbrede kwaliteitstoetsing op gang. Inmiddels worden vrijwel alle ziekenhuizen en zelfstandige klinieken onderworpen aan instellingsbrede vormen van accreditatie zoals uitgevoerd door NIAZ (Nederlands Instituut voor Accreditatie in de Zorg), JCI (Joint Commission International) en certificatie op basis van ISO-normen of normen van de Zelfstandige Klinieken Nederland (ZKN).

¹ (Ont)regel de Zorg is een programma van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Zorg met als doel zowel voor zorgprofessionals als voor patiënten en cliënten de regeldruk te verminderen.

² <https://www.hkz.nl/normen>: voorbeelden: HKZ-norm HIV behandelcentra, HKZ-norm Hemofiliebehandelcentra

Verschillende praktijken

De verhouding tussen instellingsbrede en afdelingsspecifieke kwaliteitstoetsing verschilt per toetsingsschema, maar er is geen eenduidige afbakening.

- NIAZ en ISO erkennen de dialysecertificatie en betrekken gecertificeerde dialyseafdelingen derhalve niet of steekproefsgewijs, bij de instellingsbrede toetsing.
- JCI erkent geen afdelingsspecifieke certificatie: dialyseafdelingen worden betrokken bij de instellingsbrede toetsing.
- ZKN kent een eigen certificatieschema, maar toetsing hiervoor kan tegelijkertijd met de dialysecertificatie worden uitgevoerd.

Ook de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ) heeft doublure in toetsing gesignaleerd. Zij stelde in een brief aan haar leden³ dat afzonderlijke accreditatie- en certificeringstrajecten voor organisatorische eenheden niet langer wenselijk zijn nu er een instellingsbrede toets is. De NVZ adviseert dergelijke trajecten niet langer te honoreren.

Veldraadpleging

De NFN en V&VN Dialyse & Nefrologie wilden in beeld krijgen hoe professionals in de dialysezorg de huidige vormen van kwaliteitsborging beoordelen. Daartoe hebben zij een veldraadpleging georganiseerd op vier locaties in Nederland. Aansluitend is er een conferentie over dit onderwerp georganiseerd met vertegenwoordigers van betrokken beroepsverenigingen, de patiëntenvereniging en de zorgverzekeraars.

We noemen hierna de belangrijkste conclusies uit de raadplegingen.

1. Er is behoefte aan terugdringing van onnodige administratieve lasten bij de huidige vorm van kwaliteitsborging. In het bijzonder vraagt men zich af of HKZ-certificering naast een instellingsbrede toetsing nog meerwaarde heeft.
2. Men wenst de toetsing meer te baseren op uitkomst dan op procesbeschrijving.
3. Het patiëntenperspectief moet meer aandacht krijgen bij de toetsing.
4. Er is onvoldoende aandacht voor het leerklimaat.
5. Er is onvoldoende aandacht voor het teamklimaat.

De NFN en V&VN Dialyse & Nefrologie hebben begin 2018 de Commissie Herziening Visitatiesystematiek (CHV) geïnstalleerd die opdracht kreeg om het visitatieproces opnieuw in te richten, rekening houdend met de conclusies uit de veldraadpleging.

Met ondersteuning van de Nederlands Internisten Vereniging (NIV) en Nefrovisie is hiervoor subsidie verkregen van de Stichting Kwaliteitsgelden Medisch Specialisten (SKMS).

Doublure HKZ en instellingsbrede beoordeling

In hoeverre heeft HKZ-certificering overlap met andere instellingsbrede vormen van toetsing? Om die vraag te kunnen beantwoorden heeft de CHV samen met NIAZ de instellingsbrede normen vergeleken met de HKZ-dialyse normen. Daaruit kwamen een aantal doublures naar voren.

³ Brief NVZ 23 februari 2019 'Integrale accreditatie'

Vervolgens is onderzocht of deze onderwerpen ook aan bod komen bij andere certificerings- of accreditatietrajecten. Dit betreft de volgende onderwerpen:

Kwaliteitsmanagementsysteem
 Infectiepreventie
 Medicatieveiligheid
 Techniek exclusief waterbehandeling en dialysemachines
 Calamiteitenplan
 Spoedzorg
 Hoofdbehandelaarschap/medebehandelaar/consult
 Dossiervoering
 Bekwaamheid zorgverleners
 Bescherming gegevens patiënt (Algemene Verordening Gegevensbescherming).

Als laatste stap is aan centra die ervaring hebben met een combinatie van HKZ en een instellingsbrede beoordeling, een drietal vragen voorgelegd.:

1. Behoren de onderwerpen tot de *scope* van het accreditatie- /certificeringsproces (zijn er normen die over deze onderwerpen gaan)?
2. Is de dialyseafdeling voldoende in beeld bij de beoordeling van deze onderwerpen?
3. Heeft het accreditatieteam voldoende expertise om de betreffende onderwerpen op een dialyseafdeling te beoordelen of kan dit beter aan de visitatoren van de beroepsverenigingen overgelaten worden?

Deze drie vragen zijn ook uitgezet bij een zelfstandig dialysecentrum dat geaccrediteerd wordt op basis van de ZKN-normen.

De resultaten van deze uitvraag staan in onderstaande tabel.

	Onderwerp in scope?	Dialyse in beeld?	Expertise voldoende?
NIAZ	✓	Afhankelijk van keuze steekproef	✓
JCI	✓	✓	✓
ISO	✓	✓	✓
ZKN	✓	✓	Materiedeskundige PVC noodzakelijk

De conclusie luidt dat voor dialysecentra die onderdeel zijn van een NIAZ- of JCI-geaccrediteerd of ISO-gecertificeerd ziekenhuis, HKZ-certificatie niet langer verplicht gesteld moet worden.

Voorwaarde is wel dat de kwaliteit van het dialysecentrum specifiek wordt meegenomen in de ziekenhuisbrede kwaliteitsborging en dat de multidisciplinaire beroepsinhoudelijke visitatie wordt gecontinueerd. De leden van de NFN en V&VN Dialyse & Nefrologie, alsmede Zorgverzekeraars Nederland hebben zich achter deze conclusie geschaard.

Geschrapt en verbeterd

Bij de herziening van de visitatienormen is ook het principe van 'schrapp en verbeter' toegepast.

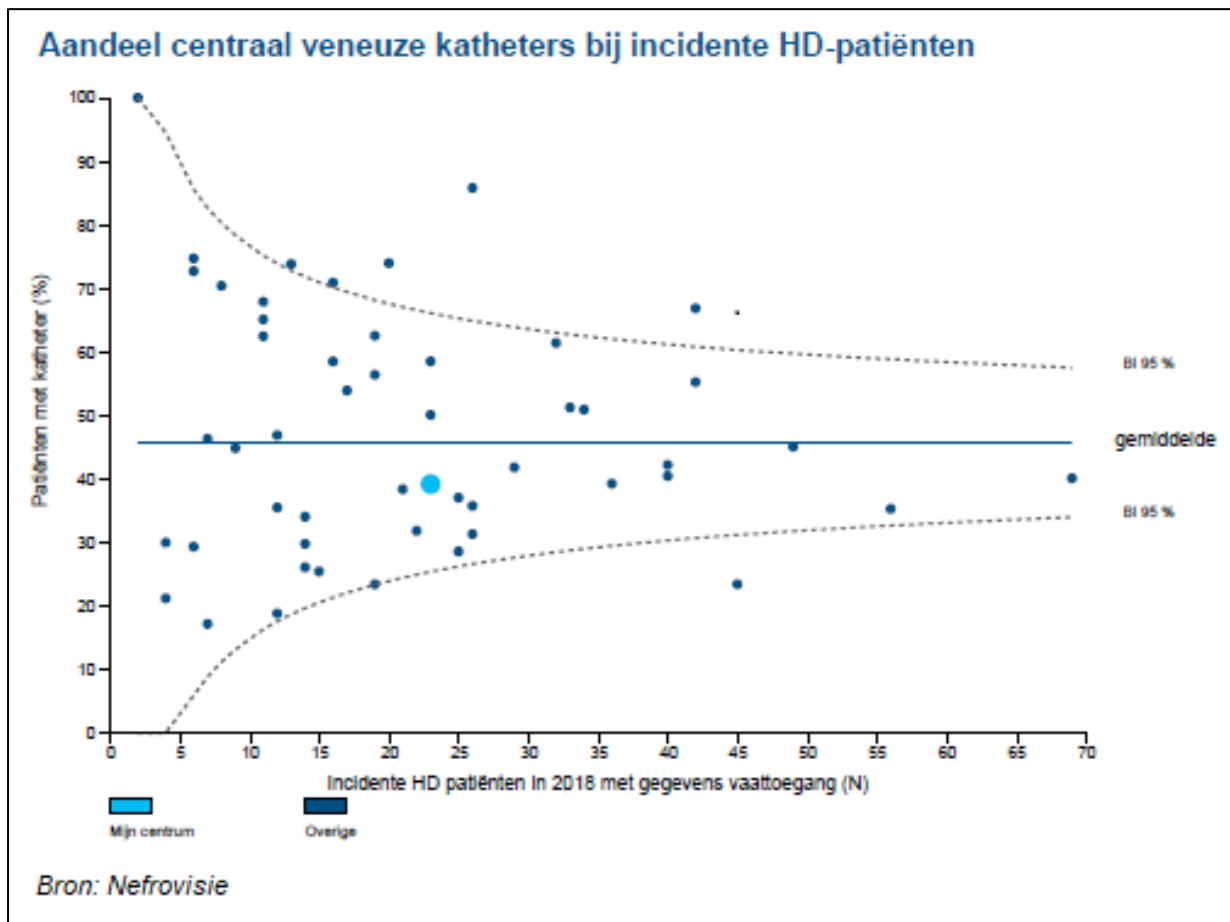
De volgende normen zijn geschrapt.

- Normen die gaan over onderwerpen die voldoende of zelfs beter getoetst worden bij andere instellingsbeoordelingen.
- Normen over onderwerpen waarvoor de leden van de visitatiecommissie onvoldoende expertise hebben om er een goed oordeel over te kunnen vormen.
- Normen waarop in voorgaande visitatierondes voor geen enkel centrum een advies werd afgegeven, omdat alle centra inmiddels aan deze normen voldoen.

Daarnaast zijn er normen geschrapt over processen die voortaan op basis van geverifieerde uitkomstmaten kunnen worden beoordeeld. Dit betreft met name het voorbereidingstraject voorafgaand aan niertransplantatie en de aanleg van vaattoegang voor hemodialyse.

Uitkomsten van zorg worden verkregen uit de kwaliteitsregistratie Renine. Hierbij wordt aan de bron geregistreerd zodat de administratielast is geminimaliseerd. Uitkomsten worden gepresenteerd in relatie tot geanonimiseerde resultaten van andere centra.

Bij beoordeling van de afwijking ten opzichte van landelijke resultaten wordt gecorrigeerd voor centrumgrootte door de resultaten in een *funnelplot* uit te zetten (zie onderstaande figuur).



Mede op basis van overleg met de patiëntenvereniging en kwaliteitsdeskundigen zijn nieuwe normen toegevoegd over onderwerpen die meer aandacht behoeven: patiëntenperspectief, het teamklimaat en het leerklimaat.

Visitatiereglement

Genoemde aanpassingen hebben ook geleid tot een nieuw visitatiereglement. Daarin wordt de frequentie van de visitatie door de beroepsgroep teruggebracht van driejaarlijks naar vierjaarlijks. Voor centra die onderdeel zijn van een ziekenhuis wordt dit bezoek gepland halverwege de periode tussen twee ziekenhuisaccreditaties. De frequentie van tussentijdse bezoeken door het visitatieteam wordt beperkt tot die gevallen waar de ernst van afwijking van de norm dit noodzakelijk maakt. Voor centra die onderdeel zijn van een ziekenhuis wordt de duur van het visitatiebezoek teruggebracht van twee dagen naar een dag. Daarnaast moeten ICT-verbeteringen tijdsbesparingen gaan opleveren: voor de gevisiteerden bij de zelfevaluatie voorafgaande aan de visitatie en voor het visitatieteam bij de verslaglegging.

Minder lasten, minder kosten

De bovenbeschreven herzieningen moeten leiden tot een aanzienlijke lasten- en kostenvermindering. Zo kan een dialysecentrum aansluiten bij de ziekenhuisbrede toetsingssystematiek en wordt het dus (afhankelijk van de grootte van het centrum) niet meer elk (half)jaar bezocht. Tijdsbesparend is ook dat de frequentie van de visitatie door de beroepsgroep wordt teruggebracht. De verwachting is dat dit zal leiden tot een kostenreductie van circa 50%. In november 2019 wordt gestart met het nieuwe systeem van visiteren.

Het veld betrokken

Bij de ontwikkeling van het vernieuwde kwaliteitsborgingssysteem voor dialysecentra zijn professionals, patiëntenverenigingen en zorgverzekeraars vanaf het begin intensief betrokken geweest. Dat is van groot belang gebleken voor een gedragen eindresultaat. Het herzieningsproces is nog niet afgerond. Voor het komend jaar staan op de agenda: een pilotonderzoek naar de meerwaarde van deelname van een patiëntvertegenwoordiger aan de visitatie en de ontwikkeling van een kwaliteitsborgingssysteem voor chronische nierschade en niertransplantatie.

Om het kwaliteitsborgingssysteem voor dialysecentra te vernieuwen is er 'geschrapt en verbeterd'. De uitvoeringslasten van het kwaliteitsborgingssysteem voor professionals zijn teruggebracht. Tegelijkertijd zijn er vernieuwingen geïntroduceerd waarvan verwacht wordt dat daarmee de kwaliteit van de zorg, ook zoals die door de patiënten ervaren wordt, op een hoger niveau wordt gebracht.

-0-