

Help, de kwaliteitsvisitatie komt eraan!

Hoe de registratielast te verminderen

De “Het-roer-moet-om”-beweging streeft naar 50% minder administratielast en dus naar meer tijd voor de patiënt. Tijdens de speciaal in het leven geroepen schrapessies werd kritisch naar allerlei processen in de zorg gekeken, door deze boven de zgn. Trechter van Dunning te houden: is het proces noodzakelijk voor goede zorg, is het werkzaam en is het doelmatig? Ook al kwam de kwaliteitsvisitatie door de trechter heen, toch kwam het punt ‘Opleiding- en kwaliteitsvisitatie’ op de FMS-actiekaart terecht vanwege klachten over de omvang van de rapportages die aangeleverd moesten worden. De Commissie Kwaliteitsvisitatie ziet mogelijkheden om de registratielast te verminderen.

Door: Johannes Wegdam, voorzitter Commissie Kwaliteitsvisitatie

De vele verrichtingen en evaluaties per AIOS die voor de opleidingsvisitatie verzameld moeten worden, de jaarverslagen, beleidsplannen of resultaten van complicatie- of DICA besprekingen die voor de kwaliteitsvisitatie opgehoest moeten worden: regelmatig wordt ons gevraagd of dat niet efficiënter kan, waarom het überhaupt allemaal moet en waar ze al die gegevens in vredesnaam vandaan moeten halen. Er zijn dan ook echt grote verschillen tussen de ziekenhuizen in de manier waarop omgegaan wordt met de kwaliteitsvisitatie. Sommige vakgroepen verzamelen in de aanloop naar de visitatie zoveel mogelijk at random PDF's om aan te tonen dat er niets mis is met de kwaliteit. Andere vakgroepen gaan juist veel gericht te werk. Zij laten zien dat het kwaliteitsdenken is geland in hun vakgroep en hebben veel minder data-output nodig. En dat laatste is ons inziens de belangrijkste stap naar registratielast vermindering.

Om kwaliteitsdenken handen en voeten te geven zou er in iedere vakgroep een vaandeldrager ‘Kwaliteit’ moeten zijn. Deze vaandeldrager kan in de hiernavolgende vier stappen *alle* kwaliteitsnormen in een PCDA-format gieten en hiermee de registratielast fors doen verminderen.

Stap 1: Maandelijks kwaliteit/themabesprekingen regelen

Alles draait om verbeterpunten. Elke bespreking moet tot een verbeterpunt leiden: een complicatie- of necrologiebespreking, een nieuwe richtlijnbespreking, een DICA-rapport, een rapportje van de Ziekenhuishygiëne, een overzichtje van de klachtenfunctionaris. Het alert-zijn op die verbeterpunten en het verzamelen ervan vormen de basis van de PDCA-cyclus. Indien elke presentatie of discussie wordt afgesloten met een verbeterpunt en deze aan een secretaresse wordt gegeven voor het mapje met de titel “Jaarverslag”, is er al een hele grote stap gemaakt.

Stap 2: Maak een beleidsplan

Elk ziekenhuis heeft een beleidsplan en elke vakgroep destilleert hieruit mede zijn eigen beleidsplan. Dit kan natuurlijk een uitgebreid en doorwrocht document zijn, maar in feite is een goed meerjarenbeleidsplan niet meer dan een half A4-tje. Wat zijn onze speerpunten? Wat willen we bereiken over 5 jaar? Dat beleidsplan vormt de template voor het jaarplan. Het jaarplan bestaat uit enkele smartdoelen waaraan de Vakgroep zich dat jaar committeert. Aan het eind van het jaar wordt teruggekeken en beoordeeld welke smartdoelen behaald zijn en dat wordt

in het jaarverslag beschreven. Met deze eenvoudige cyclus, die op twee A4-tjes gedaan kan worden, wordt aan norm 15 (beleidsplan opstellen) voldaan. Indien er in het jaarverslag tevens melding wordt gemaakt van een PRI (norm 3), de verbeterpunten uit de complicatie/necrologiebespreking (norm 4), de landelijke audits (norm 5) en de knelpunten van de NVvH-normen (voor het uitvoeren van specifieke chirurgische behandelingen, norm 11), dan is dit jaarlijks terugkerende verslag uiteindelijk de basis voor het visitatierapport en zijn er reeds vijf van de 23 normen afgehandeld.

Stap 3: Maak een huishoudelijk reglement (HHR)

Beschrijf als vakgroep hoe de protocollen dienen te functioneren (norm 2), hoe de vakgroep omgaat met huisartsen (norm 6), hoe de overdracht geregeld moet zijn en zet dit alles in het HHR. Vul dit aan met de samenwerkingsafspraken met arts-assistenten en VS/PAs (norm 8 en 9), hoe de multidisciplinaire samenwerking geregeld is (norm 10), hoe de algemene chirurgie verdeeld is, hoe de zaalvisitatie wordt uitgevoerd, op welke manier er uiting wordt gegeven aan het differentiatiebeleid binnen de vakgroep en hoe de fit-to-perform-norm (norm 17) in de vakgroep wordt uitgevoerd. Op deze wijze



De Commissie Kwaliteitsvisitatie, met vlnr: Mike Liem, Flip Kruyt, Johannes Wegdam, Koen Reijnders en Taco Bijlsma

kunnen tien normen binnen het HHR opgenomen worden. Indien dit HHR door ieder vakgroep lid met een handtekening en paraaf geaccordeerd wordt, is het aan de kwaliteitsvisitatiecommissie te controleren of dit ook als zodanig wordt uitgevoerd. Overigens kan dit HHR grotendeels opgebouwd worden met datgene wat in de waarderingssystematieken staat vermeld.

Stap 4: Regel een minimaal HBO-opgeleide managementassistente of kwaliteitsfunctionaris en stuur deze aan

Adequate ondersteuning is echt onontbeerlijk in de huidige tijd met de eisen

die gesteld worden aan transparantie en kwaliteit. Deze persoon dient niet alleen de gegevens zoals hierboven vermeld te verzamelen en te agenderen, maar ook het dossieronderzoek te doen, de resultaten van de patiënten-enquête (tot op de individuele chirurg herleidbaar) te organiseren, en een overzicht van klachten en incidenten (norm 1, 18 en 19) op te vragen. Deze persoon kan ook de professionele ontwikkelingsnormen verzamelen en aanleveren ten aanzien van IFMS, onderwijsrooster, overzicht van publicaties en managementoverzicht (normen 20-23). De laatste, nog niet genoemde, norm (14) betreft de Quickscan. Dat is iets wat deze persoon ook kan aansturen, maar

deze scan dient wel binnen de vakgroep zelf uitgewerkt te worden.

De vaandeldrager Kwaliteit binnen de vakgroep chirurgie dient altijd alert te zijn op alle informatie die op de mailbox binnenkomt en welke onmiddellijk doorgelust kan worden naar het jaarverslag. De vaandeldrager moet door de raad van bestuur ondersteund worden met professionele ondersteuning bij het opstellen van deze kwaliteitscyclus. En de vaandeldrager zal niet alleen tijd van de andere chirurgen moeten krijgen dit alles te organiseren, maar de andere chirurgen zullen ook hun eigen tijd moeten leveren om zelf over de geleverde kwaliteit te oordelen: *kwali-tijd*. Ook in een niet-opleidingsziekenhuis moet er minimaal eenmaal per maand een moment over kwaliteit gepraat worden, net zoals dat in de meeste opleidingsziekenhuizen al gangbaar is. Maar het allerbelangrijkste blijft het herkennen, bepalen, vastleggen en borgen van verbeterpunten. Met het goed uitvoeren van deze kwaliteitscyclus zal de piekbelasting van de registratielast afnemen en de kwaliteit verbeteren. ■

De Commissie Kwaliteitsvisitatie onderzoekt het functioneren van chirurgische vakgroepen en maatschappen, in het bijzonder, het inhoudelijk medisch specialistisch handelen. Het doel is de kwaliteit van zorg te borgen en te verbeteren, door een zo objectief mogelijk oordeel te verkrijgen over de kwaliteit van zorg van de vakgroepen en maatschappen. Dit wordt getoetst aan de kwaliteitsnormen die door de NVWH zijn vastgesteld (artikel 1 Reglement van de Commissie Kwaliteitsvisitatie). De commissie bezoekt de acht academische centra, 42 opleidingsziekenhuizen, 24 niet-opleidingsziekenhuizen en 30 ZBC's. Indien er niet wordt voldaan aan de kwaliteitsnormen, volgt er een aanbeveling, een zwaarwegend advies of een voorwaarde. Wanneer de commissie van mening is dat de kwaliteit van zorg op meerdere punten wordt bedreigd, kan de hervisitatie termijn op 1 of 2 jaar gesteld worden.