

Ziekenhuisaccreditaties in Nederland

Baken van kwaliteit of bureaucratisch circus?

LORETTE HARBERS EN FREDERIEK WEEDA

Op een warme zomeravond eind juni zitten 50 medisch specialisten in een zaal van het Isala Ziekenhuis. Ze hebben de bijeenkomst georganiseerd uit ongenoegen. Ze turven en meten al een jaar of vier van alles voor het behalen van de 'accreditatie'. Ze zijn er te veel tijd aan kwijt en ze zien er het nut niet van in. Niet alleen in Zwolle roept de accreditatie van het ziekenhuis veel weerstand op: uit een enquête van het NTvG en NRC over ziekenhuisaccreditaties rijst het beeld van 'een frustrerend, duur en tijdrovend bureaucratisch circus'.

Accreditatie – het is een verschijnsel dat de hele zorg al jaren in zijn greep houdt. Huisartsenpraktijken, verpleeghuizen, laboratoria, alle onderdelen van de zorg worden aan accreditatie onderworpen, maar nergens is het zulke ‘big business’ als in de ziekenhuissector. Van de 70 ziekenhuisorganisaties in Nederland zijn er 64 door de twee grootste spelers geaccrediteerd: 53 door het Nederlands Instituut voor Accreditatie in de Zorg (NIAZ) en 11 door de Joint Commission International (JCI). JCI is internationaal het grootste accreditatieorgaan en werd opgericht in 1994, als internationale tak van de Amerikaanse ‘Joint Commission on Accreditation of Hospitals’. Het AMC was in 2012 het eerste Nederlandse ziekenhuis dat door JCI geaccrediteerd werd. Het NIAZ werd in 1998 opgericht door de zorgsector zelf en maakt gebruik van een oorspronkelijk Canadees accreditatieprogramma. De externe toetsing vindt bij NIAZ plaats door auditoren die zelf in de zorg actief waren. De vraag naar ziekenhuisaccreditatie kwam op gang na het rapport ‘To Err is Human’ (‘Vergissen is menselijk’) van het Amerikaanse Institute of Medicine.¹ Hierin werd vermijdbare sterfte internationaal onder de aandacht gebracht, waarna beleidsmakers op zoek gingen naar een wetenschappelijke manier om de kwaliteit van zorg in ziekenhuizen te verbeteren.² In *De Groene Amsterdammer* stelt Roland Bal, hoogleraar Bestuur en Beleid van de Gezondheidszorg aan de Erasmus Universiteit te Rotterdam, dat de ziekenhuisaccreditatie in een stroomversnelling raakte met de intrede van marktwerking in de gezondheidszorg. Volgens hem zijn heel veel partijen zich toen met de zorg gaan bemoeien, waardoor de roep om transparantie is gegroeid en er een onstilbare vraag naar informatie is ontstaan.³

Kwaliteitsverbetering?

Aan een accreditatie gaan maanden van voorbereiding in het ziekenhuis vooraf. Elke afdeling moet weten waar de keurmeesters op letten en hoe dat te meten is. Vervolgens komt

een delegatie van de accreditatieorganisatie in het ziekenhuis langs om een week lang alles te controleren. JCI-controleurs komen met een internationaal team. ‘Zes heren en dames in mantelpak die komen checken of alles aan de normen voldoet,’ zegt een arts. ‘Zijn de mouwen van het personeel niet te lang? Worden medicijnen goed bewaard? Zijn de matrassen antidecubitus?’ Eenmaal geaccrediteerd moet iedereen in het ziekenhuis telkens turven of alle normen, op elke kamer en voor elke patiënt, wel worden gehaald.

Ziekenhuisbestuurders vinden de accreditatie belangrijk. Bas Leerink leidde vijf jaar het Medisch Spectrum Twente (MST). Het eerste wat hij deed toen hij aantrad was het ziekenhuis accrediteren.

Een woordvoerder van het Leids Universitair Medisch Centrum zegt: ‘Door te doen aan accreditatie laten wij zien dat onze zorg voldoet aan strenge kwaliteitsnormen.’ In Zwolle legt een functionaris van het ziekenhuis aan de zaal uit dat de zorg er beter van wordt als een externe partij de vinger aan de pols houdt. Dat wagen de artsen te betwijfelen. Bij de stelling ‘accreditatiesystemen gebruiken goede uitgangsparameters om de kwaliteit van de zorg te verbeteren’ gaan 48 rode kaarten omhoog en 2 groene. Ook de 185 reacties op de online-enquête van het NTvG en NRC over dit onderwerp zijn overwegend kritisch. Artsen geven aan dat ze niets aan al dat meten hebben en hun patiënten ook niet. Integendeel: het kost hen tijd en levert een hoop frustratie op. De zorg wordt al gecontroleerd door de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) en de beroepsverenigingen van medisch specialisten stellen normen waar alle ziekenhuizen aan moeten voldoen.

Eindeloos turven en schijnveiligheid

Het turven van gegevens over de patiënt is bedoeld om de kwaliteit van de zorg te verbeteren. Maar artsen en verpleegkundigen zijn zo druk met turven dat de kwaliteit van de zorg voor de patiënt er soms onder lijdt, blijkt uit de

ONDERZOEKSJOURNALISTIEK

enquête. Niet alleen voor het behalen van de ziekenhuisaccreditatie moet geturfd worden, maar ook voor kwaliteitscontroles door andere instanties, zoals die door de IGJ. En soms overlappen de items die voor de verschillende partijen uitgevraagd moeten worden. Daarnaast zijn artsen in de enquête kritisch over wat ze moeten turven. Verpleegkundigen moeten bijvoorbeeld twee keer per dag vragen of de patiënt pijn heeft. Ook aan longpatiënten, die vooral last hebben van benauwdheid en zelden van pijn. Het ziekenhuis moet maatregelen

‘HET ZIEKENHUIS DEED ER ALLES AAN OM PERFECT TE SCOREN’

treffen voor valpreventie, ook op de kinderafdeling, zegt een kinderarts smalend. Elke dag moeten verpleegkundigen aan patiënten vragen of ze een delier of doorligwonden hebben. En dat weer invoeren in de computer. Een bijkomende ergernis: als je de antwoorden niet invult, mag je van het computersysteem niet door naar de volgende vraag.

De norm omzeilen

Bij het NIAZ merken ze dat accreditatie en registratie regelmatig over dezelfde kam geschoren worden. NIAZ-bestuurder Ellen Joan van Vliet vertelt dat accreditatie staat voor ‘vertrouwen dat zorg veilig en verantwoord georganiseerd is en dat er continu aandacht voor verbetering is’. Hoe men dat doet en met hoeveel registraties bepaalt de instelling zelf, niet het NIAZ. Volgens Van Vliet zijn er ook ziekenhuizen die het accreditatietraject juist aangrijpen om de administratie te beperken. Ze erkent wel dat er op een groot aantal criteria getoetst wordt: ‘Dat is logisch: in een groot ziekenhuis werken meer dan 5000 mensen die samen verantwoordelijk zijn voor complexe zorg. Het kan op heel veel plekken fout gaan en

met een accreditatie wil je die risico’s zoveel mogelijk beperken.’ Over het voorbeeld van de maatregelen voor valpreventie op de kinderafdeling zegt ze: ‘Een zorginstelling hoeft van het NIAZ geen valpreventie voor alle kinderen te hebben.’ Ze legt uit dat in kaart moet worden gebracht of er kinderen zijn opgenomen met een verhoogd risico op vallen en dat er voor deze groep kinderen een valpreventiebeleid moet zijn. ‘Voor kinderen zonder een verhoogd risico, hoeven geen speciale maatregelen te worden genomen.’

In Zwolle komt Anne Marie Weggelaar van de Erasmus Universiteit aan het woord, zij heeft onderzoek gedaan naar weerstand tegen accreditaties. Haar conclusie is dat vakgroepen die zeggen geen last te hebben van accreditaties het turven niet zo nauw nemen. Ze omzeilen sommige eisen en wijken af van de JCI-richtlijnen. Ook Weggelaar zegt: ‘Als je dat kunt uitleggen, is er niks aan de hand.’

Juist die subjectiviteit vindt arts-microbioloog Rogier Jansen van het OLVG te Amsterdam frustrerend: ‘Een Vlaamse auditor wilde dat we de handhygiëne op een bepaalde manier uitvoerden. Toen ik hem uitlegde waarom we het anders doen, kregen we toch een voldoende. Andere ziekenhuizen waar ik werd ingehuurd om te helpen bij de accreditatie kregen juist weer een onvoldoende op punten waar wij een voldoende kregen, terwijl we hetzelfde deden.’ Een verpleegkundige van het Slingeland Ziekenhuis schrijft in de enquête dat accreditatiesystemen ook worden ‘gegamed’: ‘Het ziekenhuis waar ik eerder werkte, deed er alles aan om perfect te scoren. Werknemers werden gedruild. Op de dagen dat er controles waren, werden er minder patiënten opgenomen. Minder operaties gepland. Zo hadden de medewerkers ineens “alle tijd” om alles perfect volgens de regels te doen.’

Focus op uitkomsten, niet op procedures

Artsen benadrukken dat het bij een accreditatie meer zou moeten gaan om de uitkomsten van de zorg dan om het proces. Niet de organisatie moet centraal staan, maar de patiënt. Uit een rapport van KPMG-Plexus uit 2016 bleek het bij 9% van alle 3026 variabelen die uitgevraagd

‘DOOR EEN VINKJESCULTUUR RAAKT DE PATIËNT UIT HET OOG’

worden bij kwaliteitsmetingen in Nederland om zorguitkomsten te gaan. Bij slechts 4% hiervan gaat het om ‘case-mix gecorrigeerde’ – echte – uitkomsten.⁴ Die focus op procedures en niet op uitkomstmaten is een van de redenen waarom er binnen het Prinses Máxima Centrum (‘het Máxima’) bewust niet voor een ziekenhuisbrede accreditatie is gekozen. Rob Pieters, lid van de raad van bestuur en kinderoncoloog bij het Máxima: ‘Voor een ziekenhuisaccreditatie door JCI zijn er eindeloos veel processen die tot in detail geregeld moeten worden, dat leidt tot een soort vinkjescultuur. De patiënt raakt hierdoor uit het oog.’ Bovendien is onduidelijk of ziekenhuisaccreditatie daadwerkelijk leidt tot kwaliteitsverbetering. Wetenschappelijk onderzoek hiernaar laat tegenstrijdige resultaten zien en het is de vraag of de relatie tussen accreditatie en kwaliteit überhaupt goed te meten valt. Zo is er onderzoek gedaan naar het verband tussen de mate waarin Deense ziekenhuizen voldeden aan de eisen voor ziekenhuisaccreditatie, de mortaliteit tijdens ziekenhuisopname en de opnameduur.⁵ Daaruit bleek dat minder goed voldoen aan de accreditatie-eisen gerelateerd was aan hogere mortaliteit en langere opnameduur, maar op dit onderzoek kwam stevige methodologische kritiek.⁶ Als accreditatie al tot een kwaliteitsverbetering leidt, is deze kortdurend. Dat blijkt uit een onderzoek dat in *JAMA* gepubliceerd werd. Hierin verbeterde het sterftecijfer in Amerikaanse ziekenhuizen in de week van een onaangekondigd bezoek door The Joint Commission, om daarna snel weer naar de uitgangswaarde terug te keren.⁷ In oktober 2018 werd in *The BMJ* een onderzoek onder 4400 Amerikaanse ziekenhuizen gepubliceerd. Hieruit bleek dat in de JCI-geaccredi-

teerde ziekenhuizen iets minder heropnames waren, maar de patiënttevredenheid was ook lager dan in de andere ziekenhuizen.⁸ De mortaliteit was overal hetzelfde. De auteurs concluderen dat de gevonden relatie tussen accreditatie en patiëntuitkomsten zo marginaal is dat er geen duidelijke betekenis aan verbonden kan worden.

Torenhoge accreditatiekosten

Ook de kosten van een ziekenhuisaccreditatie stuiten de artsen tegen de borst. Anesthesioloog Wilton van Klei van het UMC Utrecht stelt dat de directe kosten misschien meevallen, maar dat de indirecte kosten torenhoog zijn, vooral door alle tijd die veel professionals en nog meer beleidsmedewerkers eraan besteden. Een internist schrijft in de enquête: ‘Ik heb geen idee wat de accreditatie heeft gekost, maar ik had liever extra verpleegkundigen gehad voor dat geld. Nu zijn de bedden gesloten en is de wachttijd op de SEH opgelopen.’ Een chirurg uit het IJsselland Ziekenhuis: ‘Indirect heeft ons ziekenhuis miljoenen weggegooid aan consultancybureautjes om alles in goede banen te leiden in aanloop naar de visitatie. Daarnaast zijn vele werkgroepen met medici en verpleegkundigen betrokken bij de voorbereiding. Dit kost veel tijd en energie.’ Dominique Vandijck, professor in Zorginnovatie en Gezondheidseconomie in het Belgische Gent, nuanceert de accreditatiekosten: ‘Sommige kosten worden toegeschreven aan accreditatie, maar zijn gewoon nodig, zoals het vervangen van de vloer. Dan wordt gezegd dat dat van de accreditatie moet, maar nee, dat moet gebeuren in het kader van de patiëntveiligheid.’ Vandijck werkt zelf bij Kerteza, een consultancybureau betrokken bij het opleiden van accreditatie-auditoren.

ONDERZOEKSJOURNALISTIEK

Uit observationeel onderzoek onder 25 ziekenhuizen in Vlaanderen blijkt dat een ziekenhuis-accreditatie een algemeen ziekenhuis gemiddeld € 1,5 miljoen kost. Dit bedrag bestaat voor 66% uit personeelskosten. Het behalen van een JCI-label blijkt gemiddeld 18% duurder dan dat van een NIAZ-label.²

Accreditatie als stokpaardje

Als er zoveel op ziekenhuisaccreditatie aan te merken is, waarom doen we het dan? Uit de enquête blijkt dat veel artsen in de veronderstelling verkeren dat het een verplichting is vanuit de zorgverzekeraar. Ook voormalig MST-bestuurder Leerink stelt dat hoewel accreditatie niet wettelijk verplicht is, zorgverzekeraars bij hun zorginkoop vaak accreditatie-eisen stellen. Maar Ab Klink, lid van de raad van bestuur van de coöperatie VGZ, sprak dit eerder in het NTvG al tegen: 'Wij leggen ziekenhuizen niets op qua kwaliteitssystemen of accreditaties.'

Ook niet alle ziekenhuizen in Nederland hebben een NIAZ- of JCI-accreditatie. Het Universitair Medisch Centrum Groningen (UMCG) is het enige academische ziekenhuis in Nederland dat niet door NIAZ of JCI geaccrediteerd is. Het laat in een schriftelijke reactie weten dat het voor een ISO 9001 certificering heeft gekozen omdat deze accreditatie gericht is op het risicobewustzijn van alle medewerkers, internationaal erkend is en zich vooral richt op de wijze waarop de patiënt optimaal het ziekenhuis doorloopt. Verder speelt mee dat deze accreditatie minder voorschrijvend is dan accreditatie door JCI of NIAZ. Volgens het UMCG spelen de zorgverzekeraars geen rol meer bij de ziekenhuisaccreditaties. 'Een groot aantal jaar geleden was certificering een inkooppeis, maar ze gaan er nu vanuit dat goede kwaliteit van zorg gewoon geregeld is.'

Sommige artsen stellen in de enquête dat ziekenhuizen alleen om pr-redenen voor accreditatie kiezen. Pieters vertelt dat ook bij het Máxima de druk werd gevoeld om accreditatie te verkrijgen. 'Er wordt gedacht dat wanneer je geen ziekenhuisaccreditatie hebt dat je kwaliteit niet interessant vindt, maar wij vinden kwaliteit uiterst belangrijk. We betwijfelen

'IK HAD LIEVER EXTRA VERPLEEGKUNDIGEN GEHAD VOOR DAT GELD'

alleen of de huidige accreditatiesystemen in voldoende mate bijdragen aan die kwaliteit.' Hij beseft dat het als nieuwkomer op de markt wellicht makkelijk praten is: 'We zijn een jong centrum en hebben daardoor de mogelijkheid om alles goed tegen het licht te houden. Het is makkelijker om als nieuw centrum te beslissen iets niet te doen, dan wanneer je moet besluiten te stoppen met accreditaties. Maar, je moet streven naar topkwaliteit, niet naar accreditatie. Ik veroordeel niemand die een ziekenhuis-accreditatiesysteem heeft, het kan natuurlijk wel de gedachten ordenen, maar het is niet per se nodig.'

Doorgeschoten

Maurice van den Bosch, bestuursvoorzitter van het OLVG, vindt het goed dat kwaliteit wordt gemeten, maar alleen met het doel de zorg voor patiënten te verbeteren. Hij zegt dat het aantal metingen is doorgeschoten. 'We leveren als ziekenhuis elk jaar al 3500 gegevens aan de inspectie. Daar komen al die normen voor al die keurmerken en accreditaties bij.' Kan hij er, als bestuursvoorzitter, niet gewoon mee stoppen? 'Dat kan niet als enig ziekenhuis. Dat moeten we met een groep doen.' De Santeon-ziekenhuisgroep waar het OLVG deel van uitmaakt gaat dat nu doen. Ze brengen met personeel en patiënten in kaart welke van de duizenden indicatoren die ze moeten turven, ze echt relevant vinden. 'Waarvan ze zelf begrijpen waaróm ze dat meten,' zegt Van den Bosch. Dat is een hele klus. Over een jaar willen de zeven Santeon-ziekenhuizen maar één dataset overhouden, met veel minder indicatoren. 'We gaan dan ook nog maar invullen in één systeem. De rest doen we niet meer.'

EINDE ACCREDITATIE-CIRCUS IN ZICHT?

Is het einde van de frustrerende tijd- en geldverslindende accreditatiegekte door NIAZ en JCI dan in zicht, nu is gebleken dat het de kwaliteit van zorg niet duidelijk duurzaam verbetert en het ook geen verplichting is vanuit de zorgverzekeraars? Nu nieuwe centra er niet meer aan beginnen en sommige ziekenhuizen voor een andere – of aangepaste – manier van kwaliteitscontrole kiezen?

In Denemarken besloot men vanwege aanhoudende kritiek van zorgverleners de verplichte ziekenhuisaccreditatie in 2016 af te schaffen. In het nieuwe kwaliteitsprogramma zijn acht nationale doelen opgesteld en is er meer ruimte

aan NIAZ- of JCI-certificatie kunnen zien of de kwaliteit van een ziekenhuis goed is. Zo zetten deze ziekenhuizen de accreditatie juist in de etalage als baken van kwaliteit voor de patiënt. En daarmee lijkt het einde van het ‘accreditatiecircuit’ nog lang niet in zicht.

-
- Online artikel en reageren op ntvg.nl/C4400
 - L. Harbers, nieuwsredacteur NTvG. F. Weeda, redacteur gezondheidszorg bij NRC Handelsblad.
 - Contact: L. Harbers (nieuwsredactie@ntvg.nl)
 - Belangenconflict en financiële ondersteuning: geen gemeld.
 - Aanvaard op 20 november 2019
 - Citeer als: *Ned Tijdschr Geneesk.* 2019;163:C4400

LITERATUUR

- 1 Kohn LT, Corrigan J, Donaldson MS. *To err is human: Building a safer health system.* Washington, D.C: National Academy Press; 2000.
- 2 Ally A. *Accreditatie in ziekenhuizen vanuit financieel oogpunt. Literatuurstudie + empirisch onderzoek naar de kostprijs van accreditatie in Vlaamse ziekenhuizen.* Gent: Universiteit Gent; 2017.
- 3 Poortmans J. *Driemaal daags een pijnschaal.* *De Groene Amsterdammer.* 2016;140:22-5.
- 4 KPMG Plexus. *Inzicht in uitgevraagde variabelen voor kwaliteitsmetingen en handvatten voor verbetering.* *Medisch Specialistische Zorg.* Juni 2016.
- 5 Falstie-Jensen AM, Bogh SB, Johnsen SP. *Consecutive cycles of hospital accreditation: persistent low compliance associated with higher mortality and longer length of stay.* *Int J Qual Health Care.* 2018;30:382-9.
- 6 Girbes ARJ, De Grooth H, Zijlstra JG, Hein L. *Invalid methods lead to inappropriate conclusions.* *Int J Qual Health Care.* 2019;31:72.
- 7 Barnett ML, Olenski AR, Jena AB. *Patient mortality during unannounced accreditation surveys at US hospitals.* *JAMA Intern Med.* 2017;177:693-700.
- 8 Lam MB, Figueroa JF, Feyman Y, Reimold KE, Orav EJ, Jha AK. *Association between patient outcomes and accreditation in US hospitals: observational study.* *BMJ.* 2018;363:k4011.

‘ZORGVERZEKERARS SPELEN GEEN ROL MEER BIJ ZIEKENHUISACCREDITATIES’

om indicatoren lokaal in te vullen. Volgens Frits Bredal, hoofd communicatie van de Deense vereniging voor patiëntveiligheid, is het ‘te vroeg om te zeggen of het nieuwe programma succesvol is’, maar hij noemt het een stap in de goede richting. De meningen over deze Deense beleidsverandering zijn verdeeld. Artsen die kritisch zijn op de accreditaties zien het als voorbeeld, maar NIAZ-directeur Van Vliet noemt de Denen ‘zeer ernstig zoekende’ en Vandijck spreekt van ‘de beruchte Deense case’.

In Nederland publiceerde het actieplan ‘(Ont) Regel de Zorg’ in de strijd tegen de regeldruk een persbericht waarin zes ziekenhuizen, waaronder het UMC Utrecht, aankondigden per 1 oktober 2019 te stoppen met verschillende lintjes en keurmerken. Opvallend is dat in het persbericht staat dat patiënten voortaan aan