

## Medical Focus Meeting 2016: “Certificering: vloek of zegen?”



### ‘CERTIFICERING LEGT BASIS VOOR VEILIGE ZORG’

*Certificering is actueel voor endoscopie-afdelingen in Nederland. Maar het proces dat moet leiden tot certificering is niet eenvoudig. Voor welk certificeringssysteem wordt gekozen? Wie gaat er mee aan de slag? Hoe implementeer je het op een afdeling, en welke consequenties heeft dat? En hoe werk je samen met externe partijen, zoals leveranciers van medische hulpmiddelen? Zo'n veertig zorgmanagers, teamleiders en afdelingshoofden endoscopie discussieerden daarover tijdens de Medical Focus Meeting ‘Certificering: vloek of zegen?’, op 1 december jl. bij Olympus Nederland in Zoeterwoude. Met het organiseren van deze vierde Medical Focus Meeting wil Olympus managers in de zorg de gelegenheid bieden om “Best Practices” en kennis te delen om ook zo een bijdrage te leveren aan de kwaliteit van de zorg.*

**Ir. Rene Drost** (NAMCO Zorg & Technologie) heeft NVZ en NFU ondersteund bij het opstellen van het Convenant Veilige Toepassing van Medische Technologie in het Ziekenhuis. In september 2016 is daarvan de tweede druk verschenen, waarbij ‘Ziekenhuis’ is verbreed naar ‘Medisch specialistische zorg’. Zelfstandige Klinieken Nederland, de brancheorganisatie van de zelfstandige behandelcentra, heeft de tweede druk mede ondertekend. Medische technologie gaat niet alleen over ‘apparaten met een stekker’, maar ook over bijvoorbeeld naalden, tilliften, bedden, een EPD, medische software en apps. Drost heeft twintig jaar in de luchtvaartbranche gewerkt, waar continu audits plaatsvinden. “Dat leverde altijd nieuwe inzichten op over veiligheid. Dat waren iedere keer cadeautjes. Een audit in een ziekenhuis gaat daarentegen vaak gepaard met stress. Er wordt een projectleider aangesteld en iedereen gaat extra z'n best doen om aan de eisen voor de audit te voldoen. En daarna gaat iedereen weer over tot de orde van de dag. Maar het mag geen toneelspel worden. Want jaarlijks verlaten elfduizend patiënten het ziekenhuis met onnodig opgelopen schade die gerelateerd is aan medische technologie. Dat zijn dertig mensen per dag.”



### ***Elkaar aanspreken***

Het convenant is in 2011 gepubliceerd. Het gaat over procedures en protocollen, en vraagt uiteindelijk een verandering in de hele organisatie. “Echte veiligheid behaal je pas met leiderschap”, stelde Drost. “Dat is niet makkelijk, want vaak is de houding: ‘zo werken wij hier nu eenmaal’. Het is daarom belangrijk om elkaar aan te spreken op gedrag en daarbij vooral ook het gezond verstand te gebruiken.” Het convenant is als veldnorm van kracht vanaf 2013 en is inmiddels ook opgenomen in de Wet kwaliteit, klachten en geschillen in de zorg. De Inspectie controleert en de boetes zijn hoog. Drost: “En terecht, dit dossier bestaat immers al vanaf 1999.”

Veel veiligheidsaspecten zijn nog voor verbetering vatbaar. Drost noemde onderhoudsstickers als voorbeeld. Daarvan zijn veel verschillende soorten en maten in gebruik en ook fabrikanten hebben eigen stickers. Dat bemoeilijkt het aflezen en de interpretatie ervan. “Het zou logischer zijn als iedereen dezelfde sticker gebruikt. En bij instrumenten zoals endoscopen is er nog een extra probleem, want daar kun je geen sticker op plakken. Hoe weet je dan of die goed onderhouden zijn? De meeste artsen stellen die vraag niet. Zij vertrouwen op goed onderhoud en schoonmaak van instrumenten in het ziekenhuis.”

Drost maakte duidelijk dat kwaliteit en veiligheid afhangen van veel aspecten. Zo zouden zorgmedewerkers en specialisten voor zichzelf een redelijke planning moeten maken voor trainingen en bijscholing op het gebied van medische technologie. Ook de vervanging van onderdelen van apparatuur moet in procedures worden zeker gesteld.

Dit is expliciet opgenomen in de tweede druk van het convenant, hoewel de praktijk vaak nog anders is. Onderdelen moeten voortaan óf origineel zijn, óf door de originele fabrikant daaraan gelijkgesteld, óf de zorginstelling moet met een uitvoerige risicoanalyse aantonen dat de veiligheid en performance van het medisch hulpmiddel niet in gevaar komt. Zorgmedewerkers dienen tevens alert te zijn op vervalsingen van medische hulpmiddelen, zoals bekend van bijvoorbeeld de Novo Nordisk diabetespen. Als structureel de kwaliteitsregels worden gevolgd, leidt dat volgens Drost tot betere zorg: “Een recent promotieonderzoek heeft laten zien dat dan het aantal incidentmeldingen afneemt. Er is een structurele daling van het aantal incidenten, grotere patiëntveiligheid en minder verstoringen van het zorgproces. Certificering legt een basis voor veilige zorg en daarmee voor innovatie van producten en processen. Wel moeten we blijven zoeken naar slimme oplossingen voor administratie rond kwaliteitsprocessen.”



## *Leveranciers kunnen helpen*



**Ing. Marcel Vonk** (senior CDS Consultant bij Olympus Nederland) ziet volop mogelijkheden vanuit leveranciers om ziekenhuizen te helpen bij certificering. Leveranciers zijn immers op de hoogte van huidige en toekomstige richtlijnen en regelgeving, en werken samen met beroepsverenigingen en (inter)nationale normcommissies. “Gebruik onze kennis!”, riep Vonk de aanwezigen op. “Wij weten bijvoorbeeld veel over incidenten.”

Een leverancier kan een ziekenhuis ondersteunen op het niveau van personeel, een afdeling of de hele organisatie. Zo zijn er veelal verplichte klinische lessen voor medewerkers, al dan niet met een certificaat. Er zijn ook opfriscursussen: korte trainingen met uitwisseling van kennis en gebruikerservaringen. Olympus heeft daarnaast een Medical Expert Training programma voor afdelingen of specialisten. “Dat zijn bijscholingen die wij zo’n zestig keer per jaar op onze locatie geven, bijvoorbeeld voor CSA-personeel”, liet Vonk weten. “Beroepsverenigingen geven daarvoor accreditatiepunten.”

Ook bij certificering van afdelingen of zelfs de hele organisatie kan een leverancier ondersteuning bieden. Bijvoorbeeld met trainingen op het gebied van producten en technieken, of het 360° consult Endoscopische Hygiëne, een service van Olympus. Door dit consult heeft de afdeling goed inzicht in de suboptimale schakels van het gehele hygiëneproces en kunnen, indien nodig, correctieve maatregelen genomen worden. “Wij hebben alle benodigde kennis”, zei Vonk. “Ik heb redelijk goed inzicht in het soort vragen dat gesteld gaan worden bij JCI-accreditatie. Daarmee kan een afdeling zich goed voorbereiden.” Daarnaast kan een leverancier de helpende hand bieden wat betreft documentatie. Zo is het verplicht om een gebruikershandleiding te hebben voor apparatuur. “Die

kunnen wij leveren, ook in verkorte vorm. We hebben bovendien pakketten van eisen samengevat in korte documenten. Dat scheelt jullie en ons veel tijd.”

## *Ingewikkeld*

**Drs. Trudy Dispa** (onafhankelijk deskundige voor kwaliteit en veiligheid in de zorg; auteur van het rapport Vergelijking HKZ-JCI-NIAZ-Qmentum) noemde certificering een omstreven en ingewikkeld onderwerp dat veel tijd en geld kost. “Niet iedereen is er enthousiast over. Men vraagt zich af: waar beginnen we aan? En wat levert het op? Meestal ziet men alleen de nadelen. In Denemarken is inmiddels de JCI-accreditatie afgeschaft vanwege te veel regels en registratie. Ziekenhuizen zijn al met zo veel veranderingen bezig en certificering is geen garantie dat niets meer fout gaat. Maar het doel van certificering is het borgen van kwaliteit en patiëntveiligheid. En daar is niemand tegen.”

Dispa ging in op de overeenkomsten en verschillen tussen de drie certificeringssystemen: HKZ (Harmonisatie Kwaliteitsbeoordeling in de Zorgsector), JCI (Joint Commission International) en NIAZ (Nederlands Instituut voor Accreditatie in de Zorg). De NVMDL is in 2011 gestart met een specifieke HKZ-certificering voor alle endoscopieafdelingen in Nederland, wat nog niet in alle ziekenhuizen is gerealiseerd. Wat betreft de JCI was het AMC het eerste centrum in Nederland dat daarmee is gecertificeerd. Ook het UMCU heeft inmiddels JCI-certificering behaald. JCI werkt volgens de tracer-methodologie, waarbij het pad wordt gevolgd van een patiënt in het ziekenhuis. Dat is volgens Dispa een inspirerende manier van toetsen. “Want het gaat over de werkvloer, en dat is herkenbaar voor medewerkers.” NIAZ-Qmentum is gebaseerd op een Canadees normenkader en gaat nu ook werken met de tracer-methodologie.

Dispa concludeerde dat de drie kwaliteitssystemen verschillen kennen maar toch ‘veel van hetzelfde’ bevatten. Toch is het goed om een bewuste keuze te maken. “De prioriteiten kunnen op instellingsniveau anders zijn dan op afdelingsniveau. En de JCI kan vanwege de breedte van het normenkader leiden tot een ongewenste ‘tsunami’ aan verbetervoorstellen. De HKZ-norm is beter geschikt om de Plan-Do-Check-Act-cyclus te verankeren.”



Aansluitend benadrukte **Leila Agnes** (teamleider Maag-, darm- en levercentrum, Maasstadziekenhuis, Rotterdam) dat certificering geen doel is, maar een middel om kwaliteit en patiëntveiligheid te verbeteren. In de voorbereiding op certificering moet een afdeling de benodigde documenten gereed en up-to-date hebben en moeten medewerkers geïnformeerd zijn over de belangrijkste onderwerpen. “Dat kan het best gedoseerd gebeuren met visuele middelen, zoals posters en instructies. Tekstuele uitleg blijft meestal niet hangen bij medewerkers.” Agnes adviseerde om gebruik te maken van de kennis en ervaring van andere afdelingen die al gecertificeerd zijn. Bovendien kan een kwaliteitsmedewerker ondersteuning bieden.

Kwaliteitsverbetering kan worden bepaald met een nulmeting en een norm, bijvoorbeeld een te behalen cijfer voor de patiënttevredenheid. “Het is belangrijk om het doel voor ogen te houden en voor audits een meerjarenplanning op te stellen. En wees reëel. Niet alle doelen zijn haalbaar, en doelen verschillen per afdeling.”



## *Hele team betrekken*

**Henk Meussen** (zorgmanager MDL en Reumatologie, Rijnstate, Arnhem) liet weten dat de endoscopieafdeling het HKZ-certificaat in 2013 heeft behaald. Er is een MDL-kwaliteitsmedewerker voor aangesteld, een handboek opgesteld naar voorbeeld van de Dialyse, en missende onderdelen zijn uitgewerkt. "Het is belangrijk om het hele team bij het proces te betrekken. Want certificering is een gezamenlijke inspanning." Vanaf 2013 zijn verschillende controle-audits uitgevoerd, plus een tweedaagse heraudit in 2016. Het niveau ligt dan hoger, want de basis is al op orde.

Een van de lessen was dat de afdeling niet te veel moet leunen op de afdeling Kwaliteit, maar vooral 'de eigen broek moet ophouden'. Ruw geschat zijn de kosten van certificering 30.000 tot 50.000 euro per jaar, terwijl daar geen harde baten tegenover staan. Meussen betwijfelde bovendien of patiënten bij hun keuze voor een ziekenhuis kijken naar het HKZ-Certificaat. Certificering is wel een aanjager voor allerlei verbeteringen op de afdeling. Zo is in Rijnstate gestart met intercollegiale toetsing als onderdeel van het audit-systeem. Teams van artsen en verpleegkundigen beoordelen elkaar tijdens de uitvoer van een



scopie. "Zo stimuleer je de aanspreekcultuur. Teams moeten met elkaar in gesprek over geconstateerde afwijkingen van het protocol. Zo wordt het geven van feedback iets gezamenlijks van zowel de artsen als de verpleegkundigen". Een ander voorbeeld is de introductie van de techniek-trainingen, waarbij artsen en verpleegkundigen oefenen in het gebruik van materialen en apparatuur. "Deze oefeningen kunnen plaatsvinden op rustige momenten, buiten de hectiek van alledag. De uitwisseling van kennis maakt de afdeling beter."

Voor de toekomst wil Meussen toe naar een integrale planning van audits en PRI's. "Het is goed om verschillende audit-eisen in elkaar te schuiven tot één lijst. Dan blijft het geheel beheersbaar."

Meussen hoopt bovendien op een proactieve betrokkenheid van leveranciers bij de kwaliteitsinspanningen van ziekenhuizen en afdelingen. Naast het bestaande scholingsaanbod zou bijvoorbeeld een e-learning ontwikkeld kunnen worden. "Kwaliteitsverbetering op een endoscopieafdeling is een gezamenlijke inspanning met leveranciers van apparatuur."

**Juul Dings, MD**, (Marketing & Commercial Excellence Manager Olympus Nederland, tevens gastheer en middagvoorzitter) liet daarop weten dat het opzetten van e-learning modules voor leveranciers een uitdaging is. "Want er zijn alleen al bij Olympus vele duizenden producten, laat staan in de hele markt van medische hulpmiddelen, met gebruikers van verschillende niveaus. Wij zijn inmiddels met een projectgroep gestart en willen dit met zo veel mogelijk betrokkenen handen en voeten geven."



## *Discussie*

De discussie met de zaal startte met de vraag wie beslist over welke certificering. Is de NVMDL dwingend? Ook als een afdeling al NIAZ-gecertificeerd is? Meussen antwoordde dat het vooral van een ziekenhuis zelf afhangt. "Rijnstate wilde het graag, daarom zijn we er mee gestart."



Vragen waren er ook over het verschil tussen kleine en grote ziekenhuizen. Het advies luidde om bijvoorbeeld een kwaliteitsbureau in te schakelen of als klein ziekenhuis samen te werken met andere ziekenhuizen. Instellingen kunnen elkaar adviseren en zo valkuilen voorkomen. Daarnaast zijn regionale workshops mogelijk. Rene Drost zei dat ziekenhuizen niet gewend zijn om kennis met elkaar te delen. “Processen voor certificering hebben echter veel overlap. Die basiskennis kun je wel met elkaar delen. Dat kan bijvoorbeeld via het NVZ Kennisnet of via het netwerk voor teamleiders in de endoscopie.” Tot hoe ver moet een leverancier meedenken met gebruikers?, was een andere vraag. Volgens Meussen kunnen de partijen samen een agenda opstellen over procesverbetering, bijvoorbeeld het verbeteren van een scoop voor minder risico voor de patiënt. “Een e-learning zal een vereiste worden bij de inkoop. Aan de andere kant stelt ook een leverancier eisen, bijvoorbeeld over de schoonmaak. Dat kan met elkaar botsen. Maar er zijn wel marges waar je elkaar kunt vinden.”

HKZ is niet zaligmakend, werd tijdens de discussie gesteld. Maar veel meer keuze voor kwaliteitsverbetering is er niet. Certificering vraagt een investering van het ziekenhuis, financieel en in Fte's. Het kwaliteitshandboek Endoscopie geeft handvatten om met certificering te beginnen en taken te verdelen. Vaak wordt die kar getrokken door een medewerker die het interessant vindt. Het helpt als er steun is van bijvoorbeeld de dialyseafdeling, een kwaliteitsmedewerker of een ander ziekenhuis. Het kan voor medewerkers wel lastig zijn om elkaar aan te spreken op gedrag en werkwijzen. “Specialisten zijn dat minder gewend dan verpleegkundigen. Zij moeten meer intervisie gaan doen. En ook met elkaar meekijken in de endoscopiekamer. Dat hoort bij het verbeteren van de kwaliteit.”



## **Conclusie**

Is certificering nu een vloek of een zegen? Bijna alle deelnemers waren het er over eens dat certificering belangrijk is voor het geven van impulsen tot verbetering van de zorg. Het is en blijft echter wel een tool, niet meer dan dat. En ja, de belasting kan voor de afdelingen -zeker in de opstartfase- wel groot zijn. Dat is de negatieve kant van de medaille. Hopelijk valt deze in de toekomst wat lager uit door bijvoorbeeld het meer delen van ervaringen tussen ziekenhuizen en het gelijkschakelen van de vele audits en audit-eisen voor de diverse certificeringssystemen waaraan een ziekenhuis moet voldoen. Certificering vraagt een behoorlijke inspanning van een afdeling of organisatie. “Maar”, zoals Henk Meussen concludeerde, “certificering kan de zorg echt verbeteren!”