



beeld: St Jansdal

Extra indicatoren en versnelde monitoring bij maatschap chirurgie

St Jansdal stelt eigen kwaliteitsnormen

Peter Visser MSc,
kwaliteitsadviseur

Willem Akkersdijk,
voorzitter maatschap chirurgie

Mariëlle Plochg,
hoofd Kwaliteit

Jan Voorburg,
lid raad van bestuur

Ziekenhuizen moeten jaarlijks veel kwaliteitsinformatie aanleveren, maar krijgen daarop zo laat feedback dat bijsturen niet meer mogelijk is. De maatschap chirurgie van Ziekenhuis St Jansdal maakt daarom eigen kwaliteitsrapportages en stuurt maandelijks bij.

Correspondentieadres:
pb.visser@stjansdal.nl;
c.c.: redactie@medischcontact.nl;

Geen belangenverstrengeling
gemeld.

Dit artikel is online gepubliceerd
op 18 april 2012.

Een paar jaar geleden startte het Harderwijkse Ziekenhuis St Jansdal met het in beeld brengen van de kwaliteit, op basis van indicatoren. Vanuit het kwaliteitsbureau werden daarvoor kwaliteitsadviseurs aangesteld, elk verantwoordelijk voor een aantal specialisten. Hun rol was om specialisten en verpleegafdelingen te helpen informatie op een eenvoudige manier te registreren, deze

bij voorkeur vanuit informatiesystemen te ontsluiten en de uitkomsten vervolgens terug te koppelen naar de medisch specialisten. De betrouwbaarheid van de informatie nam hierdoor sterk toe. Want in plaats van, bijvoorbeeld, aan te geven dat iets 100 procent protocollair gebeurt, worden nu metingen gedaan en komt dat percentage op, zeg, 96 uit. Soms zijn de uitkomsten dus minder goed dan in voorgaande

jaren, maar ze geven wel een eerlijker beeld. Vervolgens werden interne normen gesteld. Benchmarking (de 'lijstjes') gaf inzicht in onze positie ten opzichte van andere ziekenhuizen. Maar belangrijker vonden we het om specialisten zelf te laten bepalen wat goede kwaliteit is en vervolgens daarop te sturen. Meestal was de interne norm gelijk aan het landelijk gemiddelde of de landelijke norm, maar in sommige gevallen is de norm intern scherper gesteld. Tot slot wilden we de kwaliteitsinformatie (qua proces en uitkomst) vaker terugrapporteren en verbeteracties inzetten. Bij steeds meer specialismen is het nu inderdaad mogelijk om per kwartaal of maandelijks de 'thermometer in de zorg te steken'. Op basis daarvan kunnen we verbeteringen doorvoeren. De maatschap chirurgie loopt hierin voorop.

Maandrapportage

Voor de chirurgie wordt elke maand een kwaliteitsrapportage opgesteld. Hierin zijn de uitkomsten zoveel mogelijk visueel weergegeven in grafieken. Een groot deel van de inhoud wordt geautomatiseerd aangeleverd. Voor het resterende deel kijken de chirurgen zelf (digitale) dossiers na. De maandrapportage

wordt in de maatschap besproken. Dit gebeurt nu nog in de maatschapvergadering, maar er wordt gewerkt aan een separaat overlegmoment, om alle kwaliteitsbesprekingen te kunnen bundelen. De

maatschap probeert heel open te zijn, zowel als chirurgen onderling, als in de richting van de organisatie en de buitenwereld. Dat is wel eens confronterend, maar daardoor ook motiverend. Als een chirurg structureel 'in het rood staat', geeft dat een prikkel tot verbetering. Doordat we maandelijks naar de cijfers kijken, kunnen we tijdig bijsturen. Tot voor kort werden we soms anderhalf jaar na dato geconfronteerd met de uitkomsten. Dat werkt niet. Door de indicatoren frequent te bespreken, raken we er meer bij betrokken, zien we ze minder als ballast en meer als hulpmiddel. Het stimuleert ook om zelf na te denken over wat een indicatie is van goede zorg. Dit heeft ertoe geleid dat ook eigen interne indicatoren zijn opgenomen in de rapportage, die aanvullend zijn op de landelijk gebruikte kwaliteitsindicatoren. Een voorbeeld hiervan is de ligduur na aortaoperaties. Dit is voor ons een belangrijke indicatie voor de kwaliteit van de operatie en de zorg eromheen. Enkel de landelijke minimumnorm halen van

twintig operaties per jaar, vinden we te weinig zeggen over kwaliteit.

Verbeteracties

Ook voor de raad van bestuur is deze maandelijks rapportage een welkome verbetering. Ze blijft daardoor goed in gesprek met de maatschap en kan ook aangeven waar moet worden bijgestuurd. Een voorbeeld is de aortachirurgie. Het bleek dat het aantal operaties van de beide vaatchirurgen verschilde. Door de ene vaatchirurg meer ok-tijd te geven voor dit type ingreep, kon dat eenvoudig worden bijgestuurd.

In het afgelopen halfjaar hebben de chirurgen binnen het St Jansdal diverse verbeteracties geïnitieerd op basis van de kwaliteitsinformatie. De voorbeelden laten verbeteringen zien qua proces en uitkomst van zorg. Zo lukte het ons bijvoorbeeld maar moeilijk om carotisoperaties (semispoed) binnen de norm van veertien dagen na TIA uit te voeren. Dat komt onder andere doordat zoveel verschillende disciplines er een rol in hebben. Met de betrokkenen zijn we om tafel gegaan en hebben het zorgproces herontworpen. Alle screening en diagnostiek én de operatie-indicatie worden nu binnen 24 uur na aanmelding van de patiënt uitgevoerd.

Daarna wordt de patiënt op het ok-programma geplaatst op een reeds gereserveerde plek. Sinds het doorvoeren van dit procesherontwerp hebben we de norm 100 procent gehaald (zie *grafiek*). Ook het percentage time-out voor de ok is gestegen. Door wekelijkse 'stoplichten' per chirurg om zichzelf en elkaar te motiveren, ligt het percentage nu op gemiddeld 97.

Verder is een verbetertraject ingezet om minder dan 5 procent heroperaties bij coloncarcinoom te bereiken (landelijk gemiddelde is circa 10%).

Bij liesbreukoperaties is een gelijke verdeling over de liesbreukchirurgen bereikt door een andere toekenning van ok-tijd. Tot slot is de bundel PostOperatieve Wondinfectie (POWI) met ruim 40 procent verbeterd.

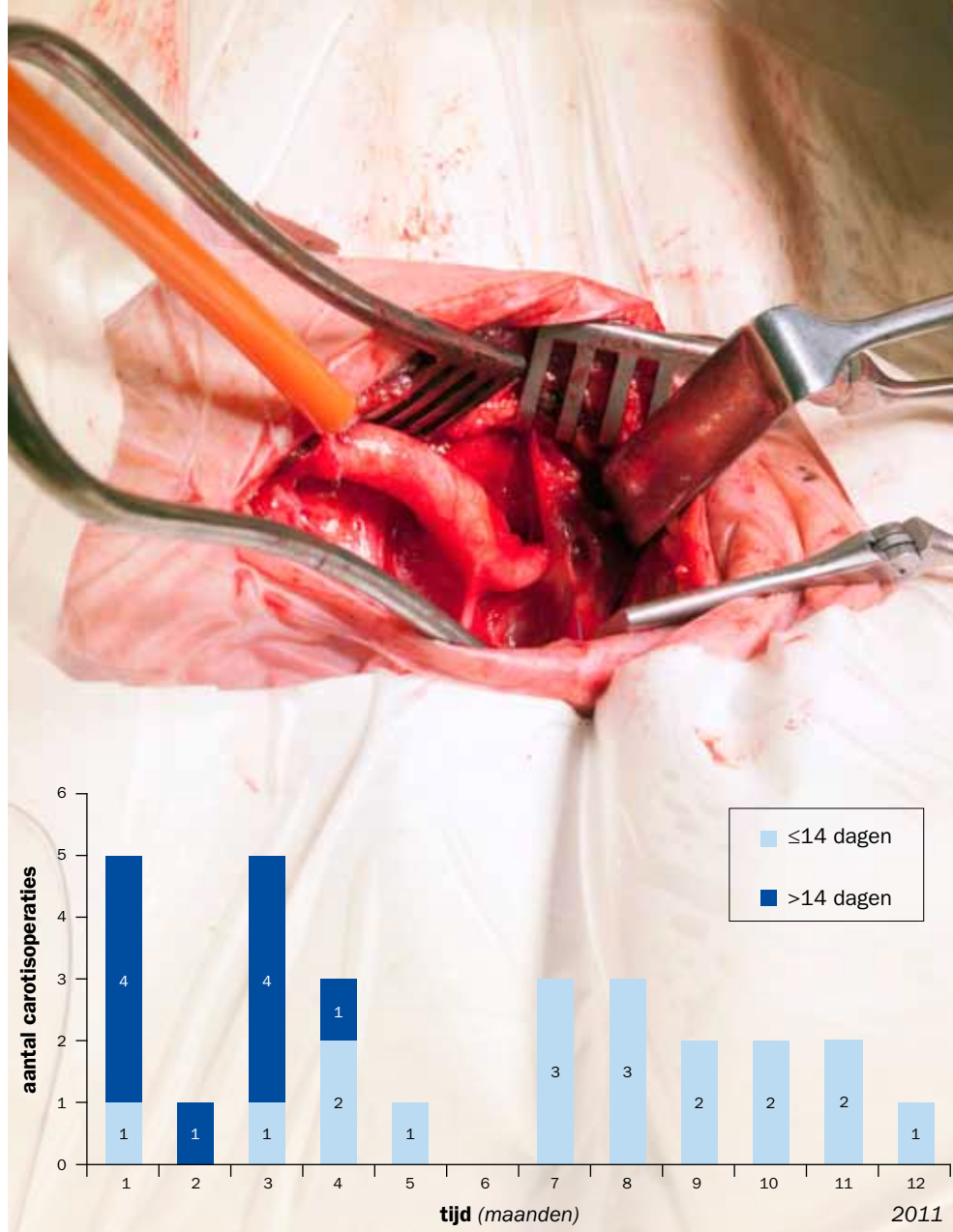
Obstakels

Toch lopen we ook tegen de nodige obstakels en nadelen aan. Zo kosten de totstandkoming en het bijwerken van de rapportage behoorlijk wat tijd. Vooral doordat (externe) indicatoren het hele jaar door lijken te veranderen of er nieuwe indicatoren worden uitgevraagd. Bovendien zijn er veel verschillende externe partijen die indicatoren uitvragen, waarbij er overlap en definitieverschillen bestaan. Het zou goed zijn als koepels/verenigingen meer in gesprek zouden gaan over gezamenlijk uit-

Het stimuleert ook om zelf na te denken over indicaties van goede zorg

SAMENVATTING

- De maatschap chirurgie van ziekenhuis St Jansdal in Harderwijk gebruikt kwaliteitsindicatoren als handvatten om intern verbeteracties in te zetten.
- Een maandelijkse kwaliteitsrapportage helpt hier goed bij.
- Wel kost het veel tijd, temeer omdat externe partijen vaak met wijzigingen komen.
- Die tijd kun je dus niet aan bijvoorbeeld directe patiëntenzorg besteden.



Aantal patiënten waarbij carotisoperatie ≤14 dagen na TIA heeft plaatsgevonden. Vanaf juni 2011 – het moment van invoer van de procesverbetering – heeft 100 procent van de operaties binnen de normtijd plaatsgevonden.

vragen. Ook werd duidelijk dat de rapportage pas het begin is. Hierna volgen de acties, die moeten worden gemonitord. Deze reflectie op het eigen handelen neemt meer tijd in beslag als je er zo structureel mee bezig bent. Tijd die ten koste gaat van directe patiëntenzorg. Inhoudelijk gezien is het soms twijfelachtig of de (externe) indicatoren daadwerkelijk de kwaliteit inzichtelijk maken. De maatschap heeft daarom aanvullend voor verschillende onderwerpen eigen indicatoren opgesteld (zoals de genoemde ligduur bij AAA-operaties, maar ook complicaties en aantallen per chirurg bij verschillende ingrepen). De externe normering vindt soms pas achteraf plaats: door de koepels, dan wel door de 'oliebollenlijstjes'. Hierdoor wordt niet op een eerlijke manier de kans geboden om verbeterpunten aan te pakken. Het geeft zorgverleners het gevoel dat de spelregels na de wedstrijd worden aangepast en daardoor de eindstand verandert. Een

obstakel is ook dat een selectie wordt gemaakt van de zorg waarvan de kwaliteit met behulp van indicatoren wordt bewaakt. Voor deze zorg is automatisch meer aandacht. Dit gaat potentieel ten koste van aandacht voor zorg die minder in de belangstelling staat.

Prikkelend

Kwaliteitsindicatoren zijn goede handvatten om intern verbeteracties in te zetten. De maatschap chirurgie heeft hier een grote slag in gemaakt. De maandelijkse kwaliteitsrapportage geeft een zekere grip op de zorgprocessen en -uitkomsten. Tegelijkertijd is er nog werk aan de winkel om de kwaliteit van de indicatoren zelf te verbeteren en als koepels/verenigingen meer in gesprek te gaan over gezamenlijk uitvragen. Voor de maatschap chirurgie in het St Jansdal werken de indicatoren vooralsnog stimulerend en prikkelend voor continue verbetering van de zorg. 