Iris Lommerse

Het maakt voor de mortaliteit van een Amerikaanse patiënt weinig uit of het ziekenhuis waarin hij terechtkomt geaccrediteerd is door een private instelling, zoals The Joint Commission, of dat kwaliteitscontroles door de staat worden uitgevoerd.

Accreditatie is een veelgebruikt instrument om de kwaliteit van de gezondheidszorg te waarborgen. In Amerika zijn ziekenhuizen die geld van de staat ontvangen vanwege het Medicare-programma verplicht om zich door een private partij te laten accrediteren, óf kwaliteitscontroles te laten uitvoeren door de staat. The Joint Commission (TJC) is de bekendste van deze private partijen en controleert met zijn internationale tak Joint Commission International (JCI) 80% van de accreditatiemarkt. Hoewel accreditatie door een externe partij als TJC duur is – de rekening loopt al snel op tot enkele miljoenen, nog afgezien van de kosten gemoeid met de verplichte heraccreditatie om de paar jaar – zou het behalen ervan garant staan voor de hoogste kwaliteit van zorg. Dit is voor veel ziekenhuizen afdoende reden om voor externe accreditatie te kiezen. Of accreditatie ook daadwerkelijk geassocieerd is met betere uitkomsten voor de patiënt was echter onduidelijk, en daarom voerden Miranda Lam (Brigham and Women's Hospital) en collega's een observationele studie uit onder 4400 Amerikaanse ziekenhuizen (BMJ. 2018;363:k4011).

Ze gebruikten gegevens van 4.242.684 Medicare-opnames (patiënten van ≥ 65 jaar, jongeren met een handicap of patiënten met eindstadiumnierfalen) die in 2014 plaatsvonden. Van de 4400 ziekenhuizen waren er 3337 geaccrediteerd (2847 door TJC, waar 84% van de opnames plaatsvonden) en 1063 ziekenhuizen (goed voor 4% van de opnames) ondergingen kwaliteitscontroles door de staat. Als primaire uitkomstmaat bekeken de onderzoekers de 30-dagenmortaliteit en het aantal heropnames 30 dagen na ontslag. Ze voerden aparte analyses uit voor patiënten die opgenomen waren wegens 15 veelvoorkomende medische oorzaken, of voor 6 frequent

uitgevoerde operaties. Om de patiënttevredenheid per ziekenhuis te schatten gebruikten ze de publieke vragenlijsten waarin patiënten hun ziekenhuisverblijf beoordeelden.

De 30-dagenmortaliteit voor de 15 geselecteerde medische aandoeningen lag in de geaccrediteerde ziekenhuizen lager dan in de door de staat gecontroleerde ziekenhuizen. Dit verschil was echter klein (10,2% vs. 10,6%; zie tabel) en bleek niet significant na correctie voor multipel testen volgens Bonferroni (significantie bij $p < 0,0125$). Het verschil in het aantal heropnames voor deze patiëntengroep bleek wel significant (22,4% vs. 23,2%; zie tabel). Bij de chirurgische patiënten verschilden de mortaliteit en het aantal heropnames tussen de ziekenhuizen in het geheel niet. Opvallend genoeg beoordeelden de patiënten de geaccrediteerde ziekenhuizen op een schaal van 1 tot 5 wel iets slechter dan de andere ziekenhuizen: 3,2 vs. 3,4 (verschil -0,18; 95%-BI: -0,28- -0,08).

De auteurs concluderen dat de associatie tussen accreditatie en patiëntuitkomsten zo marginaal is dat er geen duidelijke betekenis aan verbonden kan worden. Rechtvaardigen de minimale verschillen tussen de wel en niet geaccrediteerde ziekenhuizen de vele investeringen die nodig zijn voor het behalen van een externe accreditatie? Ook in Nederland geen onbelangrijke vraag, want hoewel externe accreditatie hier wettelijk niet verplicht is, ontkomen ziekenhuizen er vaak niet aan: veel zorgverzekeraars stellen de accreditatie van een ziekenhuis als vereiste bij het inkopen van zorg.

Hans van der Schoot , voorzitter van de vereniging van topklinische opleidingsziekenhuizen (STZ) en onlangs opgevolgd door Maurice van den Bosch als voorzitter van de Raad van Bestuur van het OLVG, verklaart desgevraagd: ‘De uitkomsten van deze studie passen in het beeld dat het meten van kwaliteit leidt tot weten, maar nog lang niet altijd tot verbeteren. Momenteel hebben we in Nederland bijvoorbeeld ook zo’n 3500 kwaliteitsindicatoren die ziekenhuizen moeten aanleveren. Steeds meer landen twijfelen echter aan het nut van al die registraties; zo hebben ze in Frankrijk en Duitsland nog maar 350 van die verplichte indicatoren. Denemarken heeft er zelfs maar 35 en heeft bovendien de verplichte accreditatie van ziekenhuizen afgeschaft. Nederland loopt daarin een beetje achter. We zouden ons denk ik veel specifieker moeten richten op verbeterprocessen, in plaats van alleen de status quo te meten. De

ziekenhuisaccreditaties zijn overigens zeker niet waardeloos: het is goed om te kijken of processen op orde zijn, maar het is – zeker nu blijkt dat het naleven van al die strenge eisen niet zo sterk is gerelateerd aan patiëntuitkomsten – een beetje doorgeschoten. Omdat zorgverzekeraars het verplicht stellen, moeten alle ziekenhuizen zich wel laten accrediteren. Het OLVG is afgelopen jaar ook weer geaccrediteerd door NIAZ. Als accreditaties niet verplicht waren, zouden wellicht niet alle ziekenhuizen er nog aan meedoen.'

Mark Kramer , lid van de raad van bestuur van het Amsterdam UMC, zegt over accreditaties: 'Kwaliteitsverbetering dient een hoeksteen te zijn in de strategie van elke ziekenhuisorganisatie. Het succes hangt met name af van de aanwezigheid van een breed gedragen missie en visie (de "cultuur"), waarin medewerkers bereid zijn om afspraken, protocollen en richtlijnen na te leven. De werkomgeving moet daarin faciliteren. Het is zoals de schijnbare controverse in de Italiaanse renaissance tussen de twee grote schilderscholen: de strijd tussen "colore" en "disegno". De Venetiaan Titiaan bracht verf direct expressief en zonder hiërarchie op het doek ("colore"), en vertegenwoordigt de intrinsieke motivatie, de cultuur. De Florentijnse school ging uit van het ontwerp, het perspectief, de lijn ("disegno") en kan als metafoor dienen voor het kwaliteitssysteem. Beide stromingen hebben een even grote bijdrage geleverd aan de culturele schat die dit tijdperk ons heeft nagelaten. Zo is het ook met kwaliteitsverbetering in een ziekenhuis. Het begint met de inzet van elke medewerker op basis van breed gedragen gezamenlijke waarden. Het kwaliteitssysteem ondersteunt en zorgt voor standaardisatie. Accreditaties zijn ook waardevol voor de patiënt. Zo blijkt uit de studie van Barnett dat de 30-dagenmortaliteit in de week van een niet aangekondigde TJC-visitatie significant lager is, als uiting van een maximale motivatie en inzet van alle medewerkers om zo goed mogelijk te presteren' (JAMA Intern Med. 2017;177:693-700; zie figuur).

Voor **Ronnie van Diemen-Steenvoorde** , inspecteur-generaal van de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd komt de uitkomst van het onderzoek door Lam et al. niet als een verrassing: 'We hebben in Nederland de afgelopen jaren meerdere voorbeelden gezien van ge(her)accrediteerde ziekenhuizen waar forse tekortkomingen in kwaliteit van zorg optraden. De Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd heeft ziekenhuisaccreditatie nooit verplicht. Accreditatie kan een middel zijn, maar moet nooit een doel op zich worden. Als "middel" kan accreditatie helpen bijdragen aan gedeelde waarden en

begrip over wat zorgverleners en patiënten belangrijk vinden voor goede zorg. Het kan zwaktes in zorgprocessen zichtbaar maken, richting geven en het uitvoeren van verbetermaatregelen versnellen. Kortom, het kan waarden en beleid versterken. Maar als “doel” creëert het risico’s voor oppervlakkige verbeteringen, cosmetische ingrepen om door de hoepel van de accreditatie te kunnen springen. Dit frustreert en draagt bij aan bureaucratische last. “Het moet voor de accreditatie” is net zo fnuikend voor duurzame verbeteringen als “Het moet van de inspectie”. De wens om steeds betere zorg te leveren moet intrinsiek gedreven zijn, anders zakt een ziekenhuis vroeg of laat door het ijs, met of zonder accreditatie.’

Ab van der Klink , voorzitter van Coöperatie VGZ, weerlegt de bewering dat verzekeringen accreditaties eisen met een krachtig statement: ‘Wij leggen ziekenhuizen niets op qua kwaliteitssystemen of accreditaties.’