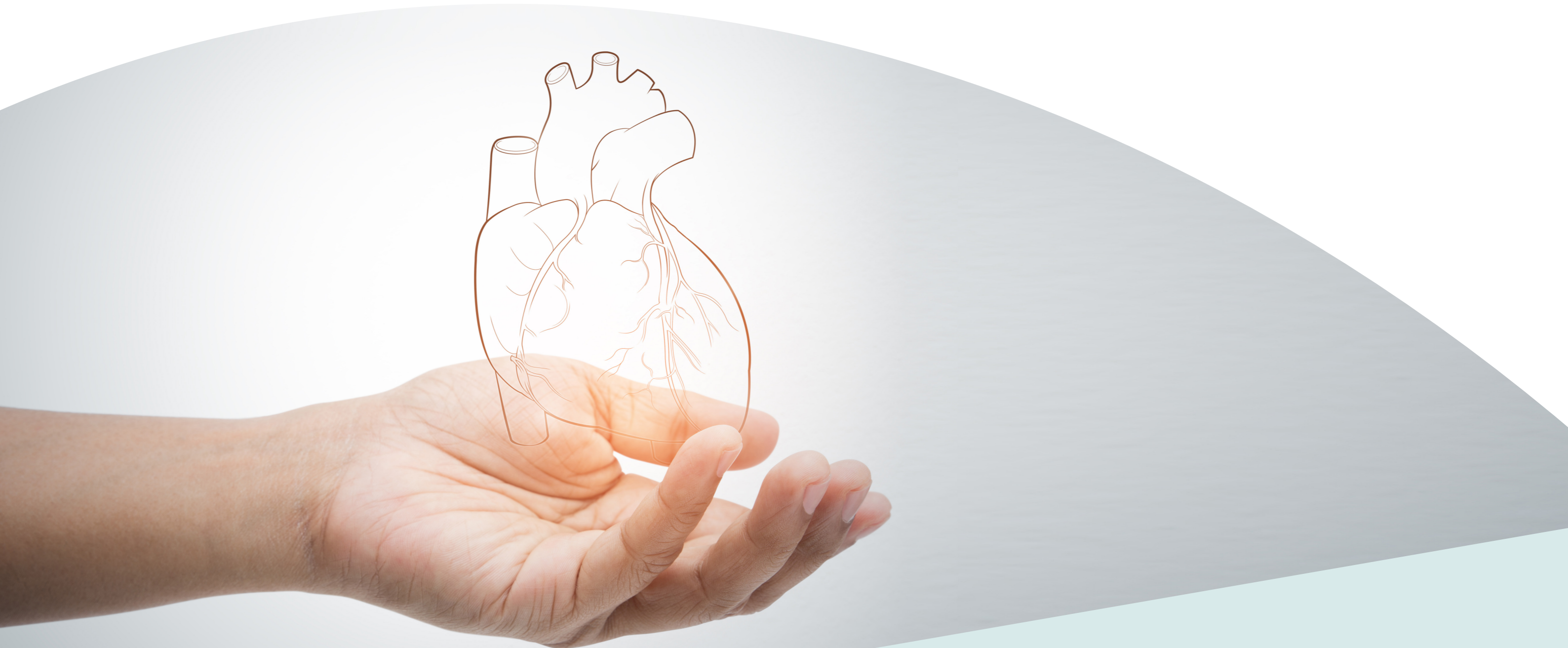


Kwaliteitsbeleids- en kwaliteitsvisiedocument cardiologische zorg 2025

HET DRAAIT OM EVALUEREN EN VERBETEREN

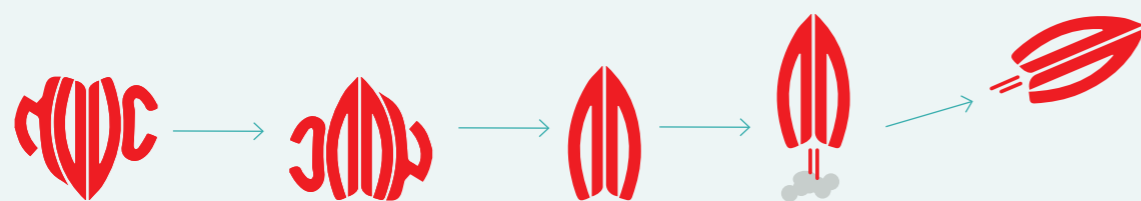


Dit document is onderdeel van de NVVC beleidsvisie 2025.



INHOUDSOPGAVE

Voorwoord	3
Kwaliteit van zorg – definitie	4
NVVC en Federatie Medisch Specialisten	6
Kwaliteitscyclus	7
Thema's kwaliteit 2025	
1 Aandacht voor de 'hele patiënt'; de mens achter de patiënt	9
2 Richtlijnen	10
3 Disseminatie en implementatie van kwaliteitsinstrumenten	11
4 Samenwerking & regionalisatie van zorg	11
5 Optimaal gebruik NHR	14
6 Aandacht voor de cardioloog	15
Bijlage:	
Verantwoording en projectteam	15



“To improve is to change; to be perfect is to change often.”

– Winston Churchill

VOORWOORD

Met trots presenteer ik het Kwaliteitsbeleid en kwaliteitsvisie-document 2025 van de NVVC. Een document met een vooruitstrevende kijk op de cardiologische zorg van morgen.

Vanaf 2018 is de werkgroep 'Optimalisatie Kwaliteitsbeleid NVVC' meerdere malen bijeengekomen. Er hebben tientallen gesprekken met vele NVVC-leden, patiëntenverenigingen, bestuurders en externe partijen plaatsgevonden. Alle opgehaalde meningen en adviezen omtrent het NVVC-kwaliteitsbeleid zijn vervolgens bediscussieerd tijdens bijeenkomsten in aanwezigheid van de geënquêteerde inhoudsdeskundigen. Daarna zijn de besproken onderwerpen geprioriteerd. Uiteindelijk heeft dit geresulteerd in dit document met daarin het geoptimaliseerde kwaliteitsbeleidsplan en onze gezamenlijke visie op kwaliteit van cardiologische zorg.

De NVVC wil haar leden faciliteren bij het leveren van een optimale kwaliteit van zorg die aansluit bij de wensen van de patiënten. Dit document biedt handvatten voor de individuele zorgverlener, voor de vakgroep maar ook voor de NVVC thema's, Connect en de verschillende NVVC-werkgroepen om al dan niet in samenspraak met de Harteraad het medisch handelen te evalueren en waar nodig te verbeteren.

De algemene conclusie van de geïnterviewden is dat de kwaliteit van de cardiologische zorg in Nederland goed op orde is en het vak medisch-technisch gezien op een hoog niveau wordt uitgeoefend. Het kwaliteitsbeleid, bestaande uit richtlijnen en kwaliteitsdocumenten, is over het algemeen op orde. Niettemin, ons vak is aan verandering onderhevig en de patiënt wenst meer betrokkenheid bij de keuzes aangaande zijn gezondheid en de te ontvangen zorg. De zorg die wij bieden, moet in de eerste plaats patiëntgericht zijn waarbij aandacht niet alleen uitgaat naar ziekte en beperkingen, maar juist naar de gehele patiënt en zijn mogelijkheden om een optimale kwaliteit van leven te bereiken binnen de mogelijkheden die bestaan. Verder staat het functioneren en het welbevinden van de cardioloog door de vele veranderingen in de uitoefening van het vak onder druk. De NVVC wil middels dit document enerzijds een bijdrage leveren aan het optimaliseren van de betrokkenheid van patiënten bij de keuze van zorg en anderzijds het vak toekomstbestendig maken. Waarbij ook de cardioloog en de andere zorgverleners in de cardiologie betrokken blijven en plezier houden in hun werk. Dit alles komt ten goede aan een optimale kwaliteit van zorg.

Doelen kwaliteitsbeleidsdocument:

- 1 **Definiëren van 'kwaliteit van zorg'.**
- 2 **Benoemen van thema's waar de NVVC zich de komende jaren op richt om de kwaliteit van de (cardiologische) zorg te verbeteren.**
- 3 **Bieden van een handreiking aan de NVVC-leden. Ten eerste om lokaal deze thema's en het eigen handelen in te bedden in de kwaliteitscyclus en ten tweede om het eigen handelen te evalueren en de zorg waar nodig te verbeteren.**

Dit kwaliteitsbeleidsdocument is een 'levend' document. Immers, doelen en thema's zullen worden aangepast aan de tijd, de behoefte van patiënten en zorgprofessionals, de stand van de wetenschap en de (on)mogelijkheden binnen onze maatschappij. Ik nodig alle NVVC-leden daarom van harte uit suggesties aan te leveren voor verdere 'optimalisatie van kwaliteit van cardiologische zorg'. Denk aan voorstellen die leiden tot het bevorderen van het welzijn van onze patiënten, maar ook tot het behoud van de passie voor ons vak.

Dit document is onderdeel van de NVVC beleidsvisie 2025 en geeft nadere invulling aan Speerpunt 2: Kwaliteit van Zorg.

Graag bedank ik de leden van de projectgroep, alle NVVC-leden, de patiëntenverenigingen en alle mensen van de vele externe partijen die tijd en werk hebben gestoken in de totstandkoming van dit kwaliteitsbeleids- en kwaliteitsvisiedocument.

Met vriendelijke groet,



Rutger Hassink
Voorzitter commissie Kwaliteit 2018-2020
Voorzitter projectgroep 'optimalisatie kwaliteitsbeleid NVVC'

KWALITEIT VAN ZORG

De NVVC onderschrijft de definitie van kwaliteit van zorg van de Federatie Medisch Specialisten (Federatie). Echter, de NVVC past de volgorde van de items die hierin zijn opgenomen aan op basis van gestelde prioriteiten waarbij 'patiëntgericht' bovenaan staat.

Kwaliteit van zorg

Kwaliteit van zorg is medisch-specialistische zorg die voldoet aan de volgende voorwaarden:

1. PATIËNTGERICHT (EN SAMEN BESLISSEN)

Het belang van de patiënt (en zijn naasten) staat centraal bij de keuzes die worden gemaakt aangaande de cardiologische zorg. Dit betekent dat in de besluitvorming rondom de zorg van de patiënt, de patiënt samen met de cardioloog en het zorgteam keuzes dient te maken. Hierbij zijn de behoeften en wensen van de patiënt leidend en wordt de impact van de ziekte/aandoening op de facetten van het leven van de patiënt meegenomen. Dit betreft niet alleen fysiek, maar ook mentaal, maatschappelijk participeren, arbeid, relatie en vrije tijd. Bij het bespreken van de keuzes worden de zorgopties, inclusief afwachtend beleid, en (de kansen op) de voor- en nadelen van die zorgopties met de patiënt besproken. In het visiedocument Medisch Specialist 2025 van de Federatie wordt samen beslissen als dagelijkse praktijk in 2025 als ambitie benoemd.

2. DOELTREFFEND

De zorg die geleverd wordt is bij voorkeur bewezen effectief, gestoeld op wetenschappelijk bewijs en vervat in evidence-based richtlijnen. Zorg die niet bewezen effectief of obsoleet geworden is, wordt niet meer aangeboden.
Een voorbeeld: ergometrie om cardiale ischemie vast te stellen.

3. VEILIG

De zorg die geleverd wordt is veilig, of het risico op bijwerkingen en negatieve uitkomsten wordt zo klein mogelijk gemaakt.
Een voorbeeld: het uitvoeren van een coronair angiografie of PCI wordt standaard via de arteria radialis gedaan om hiermee het risico op bloedingen te verkleinen. Een ander voorbeeld is: een ingebracht implantaat wordt centraal geregistreerd zodat op een later moment snel actie kan worden ondernomen als het implantaat een defect blijkt te (kunnen gaan) vertonen.

4. DOELMATIG EN ONDERBOUWD

De zorg wordt zodanig geleverd dat er optimaal gebruik wordt gemaakt van middelen en er sprake is van minimale verspilling.
Een voorbeeld: (diagnostische) testen worden niet herhaald als deze reeds recent elders zijn uitgevoerd.

5. TIJDIG EN TOEGANKELIJK

De patiënt hoeft niet (lang) te wachten op zijn/haar te ontvangen zorg en de kwaliteit van de geboden zorg is niet afhankelijk van persoonlijke kenmerken zoals gender, etniciteit en sociaal-economische status.

6. BIJ VOORKEUR VOOR EEN REDELIJKE PRIJS (KOSTENEFFECTIEF)

Cardiologen en patiënten hebben gedeelde verantwoordelijkheid voor een duurzame gezondheidszorg, rekening houdend met de maatschappelijke en financiële gevolgen van hun handelen.

Kwaliteit betekent dat zorgprofessionals optimale zorg bieden en werken volgens regels, richtlijnen en normen, of daar beargumenteerd van afwijken. Dit gebeurt in afstemming met de patiënt en wordt gedocumenteerd in het elektronisch patiëntendossier.

Goede zorg is leveren van kwaliteit. Het leveren en verbeteren van de kwaliteit van de medisch-specialistische zorg is de primaire taak van de medisch specialist. De medisch specialist doet dit door met regelmaat de kwaliteitscyclus te doorlopen. Dit kan op individueel of vakgroep niveau met gebruik van hulpmiddelen, zoals complicatiebespreking, medical audits, begeleide intervisie (KNMG) en NHR-data.

Rol commissie Kwaliteit

De commissie Kwaliteit van de NVVC draagt zorg voor een doorlopende evaluatie van het NVVC-kwaliteitsbeleid. Mede dankzij de input van de NVVC-leden, worden daar waar nodig aanpassingen gedaan. De commissie Kwaliteit biedt handvatten en activiteiten die de cardioloog ondersteunen bij de realisatie van de hiervoor genoemde kwaliteitsaspecten. De commissie Kwaliteit faciliteert en moedigt NVVC-leden aan elkaar te stimuleren en te inspireren om de geleverde kwaliteit van zorg te bespreken, te evalueren en te verbeteren. In nauwe samenwerking met NVVC-leden worden verschillende kwaliteitsinstrumenten ontwikkeld die in samenhang met elkaar kunnen worden gebruikt. Het gaat hier o.a. om richtlijnen, zorgindicatoren, kwaliteitsvisitaties en het normendocument. Aan de hand van deze instrumenten kan iedere cardioloog en vakgroep een effectieve kwaliteitsbewaking hanteren. De commissie Kwaliteit draagt ook mede zorg voor onderhoud en doorontwikkeling van de kwaliteitsinstrumenten. Bovendien stelt zij met input van leden, patiënten en externe partners inhoudelijke thema's vast die binnen het kwaliteitsbeleid extra aandacht behoeven.

Kwaliteit van zorg is een dynamisch concept en afhankelijk van verschillende factoren die gerelateerd zijn aan tijdgeest, beschikbare middelen, stand van de wetenschap en wensen van de patiënt. Verschillende partijen zijn verantwoordelijk voor het leveren van goede zorg binnen een zorginstelling, met een complexe verantwoordelijkheidsverdeling, waarbij de individuele cardioloog (of andere zorgverlener) een primaire verantwoordelijkheid draagt voor het leveren van de juiste zorg aan de patiënt. Een gedeelde (gezamenlijke) verantwoordelijkheid wordt gedragen door alle betrokken 'partners', waaronder de ondersteunende hulpverleners, de Raad van Bestuur van een zorginstelling, de patiënt en ook de wetenschappelijke beroepsvereniging bij het aanbieden en faciliteren van de juiste zorg en het opvolgen van de medische adviezen.

Algemene kerntaken van de commissie Kwaliteit zijn:

- **Uitvoeren van kwaliteitsvisitaties.**
- **Onderhoud en controle van witte lijsten.**
- **Coördinatie van de beoordeling en endorsement van richtlijnen.**
- **Toekennen van accreditatie aan nascholingsprogramma's.**
- **Onderhoud van kwaliteitsregisters voor interventiecardiologie en klinische elektrofysiologie.**
- **(coördinerende rol bij de) Ontwikkeling van zorgindicatoren.**
- **Leden van de commissie nemen actief deel aan landelijke overleggen waaronder die van de Raad Kwaliteit (Federatie), Nederlandse Hartregistratie (NHR), Adviescommissie Richtlijnen (Federatie), Adviescommissie Kwaliteitsvisitaties (Federatie) en Werkgroep Samen Beslissen (Federatie)**

De commissie Kwaliteit streeft ernaar een actieve rol te spelen in het beperken van de administratieve en registratielasten.





NVVC EN FEDERATIE MEDISCH SPECIALISTEN

De NVVC maakt, net als 32 andere wetenschappelijke verenigingen, deel uit van de Federatie Medisch Specialisten (Federatie). De Federatie ondersteunt de verenigingen bij de uitoefening en ontwikkeling van het vak en streeft ernaar om met één krachtige stem in politiek en samenleving namens de medisch specialisten te spreken. Dit doet de Federatie in eerste instantie met behulp van vier Raden waarin de NVVC zitting heeft: de Raden Beroepsbelangen, Opleiding, Wetenschap & Innovatie en Kwaliteit. Op deze wijze is de Federatie voor en door medisch specialisten. Deze indeling van Raden wordt vaak weerspiegeld in de individuele wetenschappelijke verenigingen.

De Raden dragen zorg voor een gezamenlijke visie en maken beleid voor de doorlopende vooruitgang van de medisch-specialistische zorg. Omdat medisch specialisten van verschillende verenigingen zitting hebben in de Raden ontstaat onderlinge verbinding en treedt de Federatie met één stem naar buiten (zoals in het Hoofdlijnenakkoord II). Daarnaast worden er voor medisch specialisten praktische instrumenten ontwikkeld die bijdragen aan kwaliteitsverbetering en werkplezier.

De Raad Kwaliteit heeft bijvoorbeeld het visiedocument Medisch Specialist 2025 uitgebracht. In deze visie wordt stil gestaan bij:

- **De unieke patiënt en de moderne medisch specialist.**
- **Netwerkgeneeskunde.**
- **Meer aandacht voor preventie en het behoud van functioneren.**
- **Innovaties in de zorg**

Op het vlak van specifieke beleidsonderwerpen rapporteren diverse commissies en werkgroepen aan de Raden. Zo is er een commissie Kwaliteitsvisite en wordt de Raad Kwaliteit o.a. geadviseerd door de Adviescommissie Richtlijnen en de werkgroep Samen beslissen. De Adviescommissie Richtlijnen buigt zich over afspraken, zoals richtlijnmethodologie (bijvoorbeeld Medisch-specialistische richtlijnen 2.0) en modulair onderhoud van richtlijnen. Deze afspraken zijn bindend voor alle wetenschappelijke verenigingen indien de Raad Kwaliteit ermee instemt.

KWALITEITSCYCLUS

De NVVC hanteert dezelfde kwaliteitscyclus als de Federatie Medisch Specialisten. Deze cyclus bestaat uit 3 fasen waarin de verschillende kwaliteitsinstrumenten zijn ondergebracht (zie figuur 1).

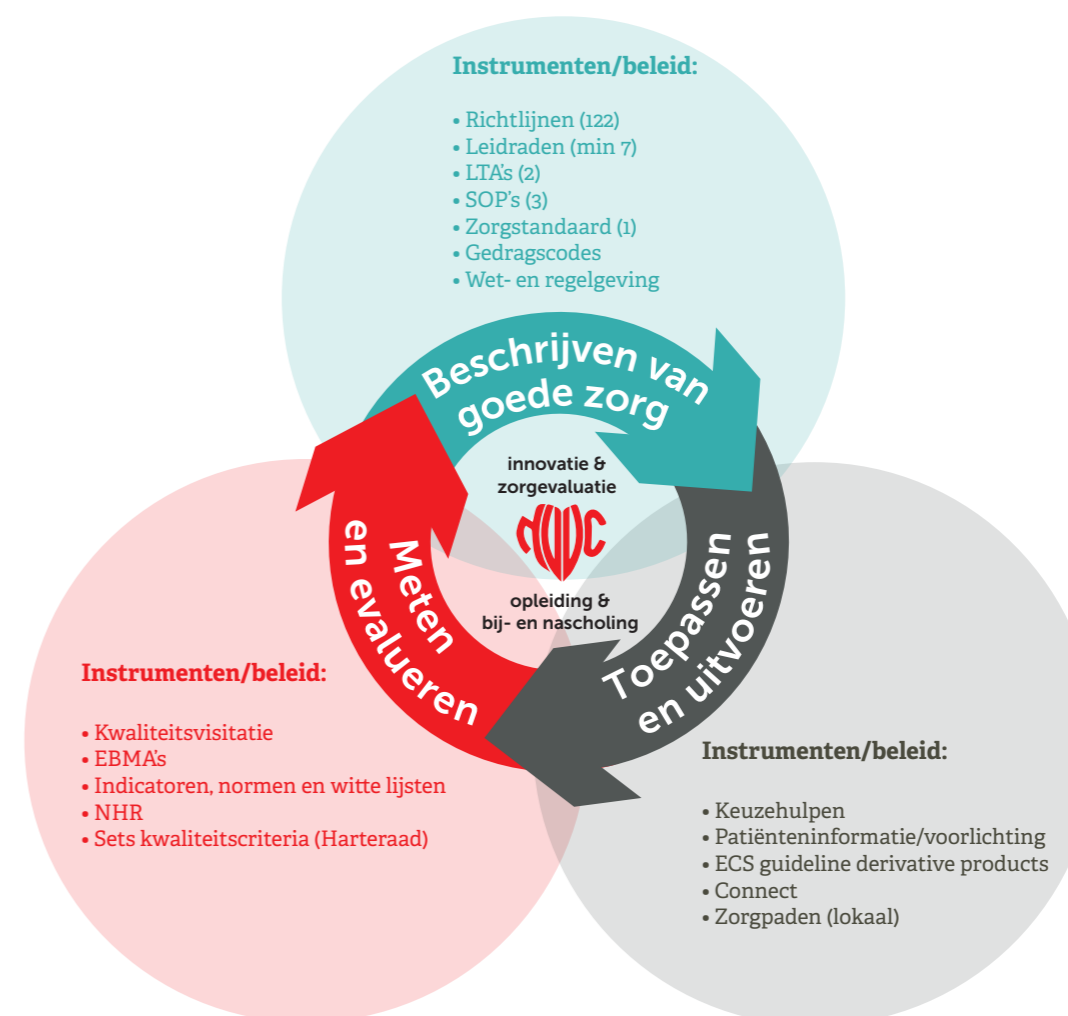
De fase “**Beschrijven goede zorg**” omvat kwaliteitsinstrumenten en -beleid die beschrijven wat goede zorg is en hoe deze optimaal geleverd kan worden. Dit is gebaseerd op wetenschappelijk bewijs, klinische praktijkkennis en patiëntvoorkeuren. Hieronder vallen bijvoorbeeld de kwaliteitsinstrumenten richtlijnen en Standard Operating Procedures (SOP).

De fase “**Toepassen en uitvoeren**” betreft de verspreiding (disseminatie), implementatie en structurele verankering van die instrumenten, initiatieven en het beleid in de dagelijkse praktijk. Hiervoor kunnen diverse hulpmiddelen worden ingezet, maar ook scholing speelt hierin een rol. Instrumenten als protocollen (lokale vertaling van een richtlijn), uitleg van nieuwe wet- en regelgeving voor de praktijk en keuzehulpen voor patiënten worden vaak onder deze fase geschaard.

Tijdens de fase “**Metten en evalueren**” wordt bekeken of het instrument dat gebruikt wordt tot het gewenste effect leidt of dat er aanpassingen in het beleid nodig zijn. In deze fase komen instrumenten als visitatie, accreditatie, witte lijsten, indicatoren en de NHR in beeld.

De kwaliteitscyclus wordt uitgevoerd middels de zogeheten Plan-Do-Check-Act (PDCA) cyclus. Het cyclische karakter zorgt ervoor dat uitkomsten van (een) voorgaande fase(s) in (een) volgende fase(s) gebruikt worden. Op deze wijze wordt de cyclus gesloten, gaat deze ‘draaien’ en is er sprake van een continu analyse- en verbeterproces. Zoals in het vorige hoofdstuk al duidelijk werd, komt kwaliteit van zorg op allerlei manieren tot stand en dragen meerdere factoren hieraan bij. Kwaliteit van zorg is niet alleen afhankelijk van veel factoren maar ook van veel actoren (zie figuur 2) die elk hun eigen rol en verantwoordelijkheid hebben binnen de (fasen van de) cyclus.

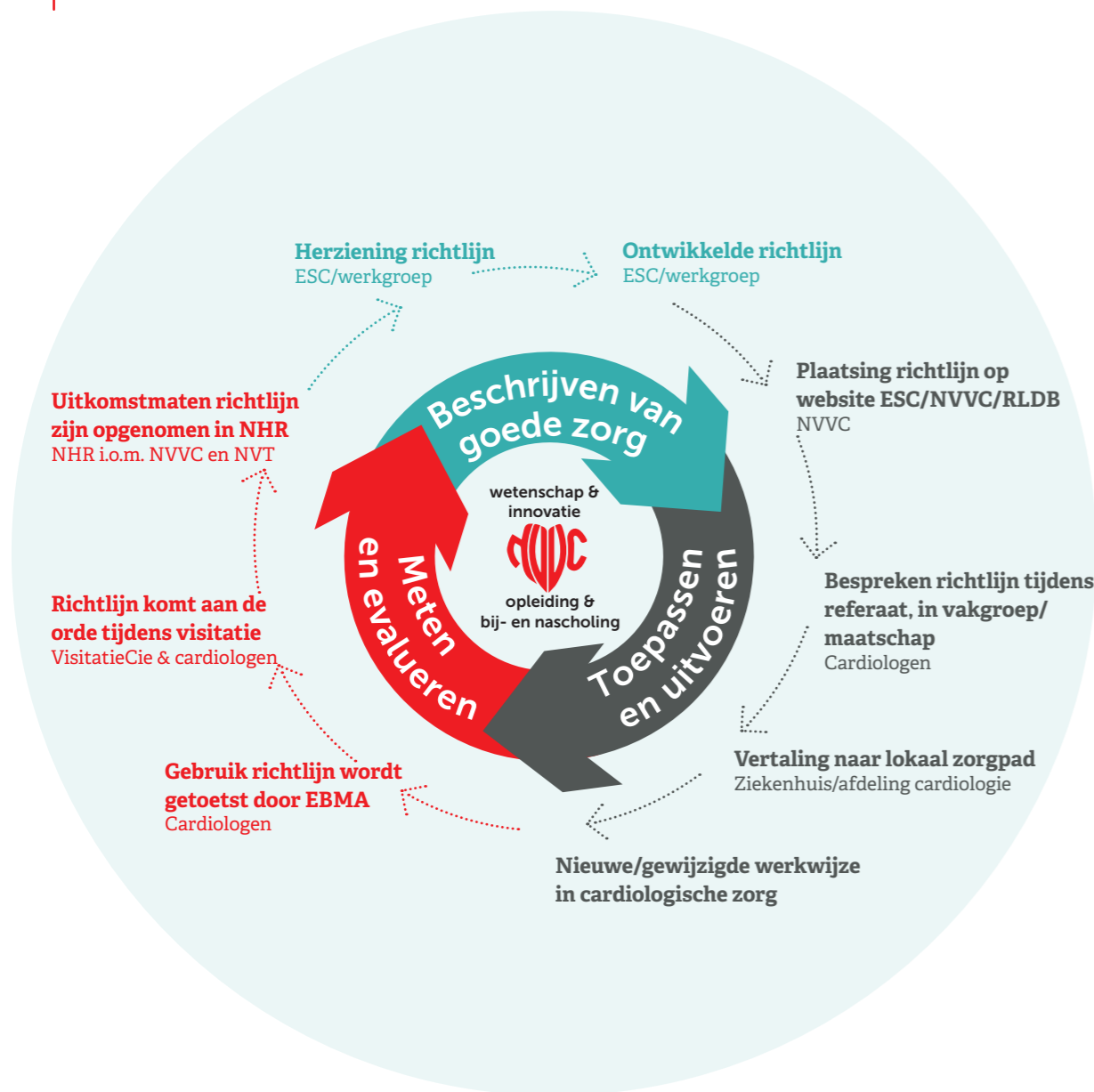
De NVVC is verantwoordelijk voor de totstandkoming van het kwaliteitsbeleid en het autoriseren van richtlijnen. Tevens draagt de NVVC zorg voor de communicatie over dit beleid en de publicatie van de beschikbare instrumenten. Echter, in de praktijk blijkt dat de toepassing van nieuwe instrumenten en uitvoering van het beleid (implementatie) niet altijd even gemakkelijk is. De vakgroep is soms afhankelijk van anderen, zoals de directie, als het aankomt op zaken als wachtlijstreductie en de daarvoor benodigde capaciteit. Mogelijk kan de NVVC een prominentere rol spelen bij het faciliteren van het kwaliteitsbeleid en de implementatie van kwaliteitsinstrumenten. Dit komt nader aan de orde in hoofdstuk 5.



Figuur 1: NVVC-kwaliteitscyclus met bijbehorende instrumenten (peildatum zomer 2019)

De vakgroep en kwaliteit van zorg

Naast de rol en verantwoordelijkheid van de NVVC is er ook een rol en verantwoordelijkheid op lokaal niveau weggelegd. Bevorderende factoren voor (implementatie van) kwaliteitsbeleid zijn bijvoorbeeld het aanwijzen van verantwoordelijke(n) binnen de vakgroep, rolmodellen en ondersteuning in het team en door het management. Aandacht voor het kwaliteitsbeleid is vaak niet goed belegd bij de leden van de vakgroep. Hierdoor is o.a. nog weinig besef over hoe de individuele cardioloog en vakgroep 'scoort' op indicatoren in relatie tot collega's en andere vakgroepen. De NVVC adviseert iedere vakgroep om een collega aan te stellen voor de portefeuille 'kwaliteit'. Bij voorkeur heeft deze persoon affiniteit met dit onderwerp en tijd beschikbaar voor het aanzwengelen en draaiende houden van de kwaliteitscyclus.



Figuur 2: Stappen per fase van de kwaliteitscyclus voor het instrument 'richtlijn' en de betrokken actoren.

Opleiding en kwaliteit van zorg

Zoals figuur 2 aangeeft speelt ook de opleiding een rol in de kwaliteit van zorg. Hierbij zijn twee partijen betrokken, namelijk het Concilium Cardiologicum en het CardioVasculair Onderwijs Instituut (CVOI). Het Concilium Cardiologicum van de NVVC is medeverantwoordelijk voor de organisatie en toetsing van de opleiding tot cardioloog. Het CVOI coördineert en initieert de bij- en nascholingen van cardiologen en de scholing van cardiologen in opleiding. Kwaliteitsmanagement als verdieping(sjaar) in de opleiding is vooralsnog een niche en (nog) geen officiële richting om in te specialiseren. Het CVOI besteedt steeds meer aandacht aan het besef bij de cardioloog (i.o.) welke non-medische competenties noodzakelijk zijn om goede kwaliteit van werk te leveren. Het periodiek kijken naar het eigen functioneren en het analyseren en optimaliseren van de geleverde kwaliteit van zorg, kortom het doorlopen van de kwaliteitscyclus, moet vanaf de opleiding gemeengoed worden en een vaste waarde blijven gedurende de carrière als cardioloog.

Wetenschap & innovatie en kwaliteit van zorg

Er bestaat een duidelijke relatie tussen wetenschap & innovatie en kwaliteit van zorg. Nieuwe kennis dient zijn weg te vinden naar de cardiologische praktijk, wat

op verschillende manieren kan. Richtlijnen duiden en vatten hoog kwalitatief wetenschappelijk onderzoek samen en ontsluiten zo kennis voor de cardioloog. Tegelijkertijd voedt de praktijk de wetenschaps- en innovatie-agenda. Zo kan de praktijk aangeven welke kennislacunes bestaan en welke innovaties op lokaal niveau plaatsvinden en mogelijk interessant zijn voor heel cardiologisch Nederland. Een ander vlak waar wetenschap & innovatie en kwaliteit van zorg elkaar raken is het zogeheten ZEGG-onderzoek (ZorgEvaluatie en Gepast Gebruik). Hier wordt onder meer gekeken naar interventies die dagelijks worden toegepast maar waar de wetenschappelijke onderbouwing ontbreekt dan wel onvoldoende is.

Focus op: Evalueren en verbeteren

De focus van het NVVC-kwaliteitsbeleid ligt op evalueren en verbeteren, niet op controleren. De vakgroep zelf beoordeelt het eigen functioneren, formuleert waar nodig verbeterpunten en implementeert deze in de dagelijkse praktijk. Het effect hiervan zal op een later moment weer worden geëvalueerd. Eventueel kunnen hiervoor (bijvoorbeeld visitatie-) hulpmiddelen door de NVVC worden aangereikt. De vakgroep heeft dus een proactieve rol en een eigen autonomie en regie in de uitvoer van het kwaliteitsbeleid.



1. PATIËNTGERICHT (EN SAMEN BESLISSEN)

Kwaliteitsbeleid en de activiteiten die daarmee samenhangen, zoals registraties en in het bijzonder richtlijnen van de ESC en de NVVC, zijn tot op heden veelal primair gericht op het borgen van medisch-technisch moderne, efficiënte en kwalitatief goede zorg. Dit is direct gekoppeld aan specifieke klinische presentaties en/of ziektebeelden. Met name bij klinische scenario's waarbij zeer specialistische kennis en expertise belangrijk is, is het voor de patiënt van groot belang dat samen met de patiënt een 'generalist' de regie voert. Dit kan bijvoorbeeld zijn een algemeen cardioloog, huisarts, geriater of andere specialist gerelateerd aan multi-(co-)morbiditeit. Een 'generalist' kan er voor zorgen dat het perspectief van de patiënt hierin een centrale rol krijgt. Daarbij is de laatste decennia meer aandacht ontstaan voor het concept 'positieve gezondheid'; gezondheid wordt niet gedefinieerd als afwezigheid van ziekte en beperkingen, maar draait om het vermogen zich aan te passen en een eigen regie te voeren. Daarnaast vraagt het veerkracht in de context van deels onvermijdelijke fysieke, emotionele en sociale uitdagingen van het leven. Belangrijke facetten die daarin moeten worden meegenomen zijn niet alleen lichaamsfuncties, maar ook het mentaal welbevinden, zingeving, kwaliteit van leven, (arbeids)participatie, contacten met anderen en zelfredzaamheid in het dagelijks leven. Een ander concept dat veel aandacht krijgt is samen beslissen (shared decision making).

Richtlijnen samen met de patiënt(envereniging)

Hoewel het zeer voor de hand liggend klinkt, is het in de praktijk nog niet structureel geborgd dat nieuw beleid en nieuwe richtlijnen ontwikkeld worden in samenspraak met de mensen om wie het gaat. Dat geldt tevens voor de organisaties die hen daarin vertegenwoordigen (Harteraad en patiëntenverenigingen gericht op specifieke ziektebeelden), of op andere wijze hun belangen willen dienen (Nederlandse Hartstichting). Bij de ESC-richtlijnen komen de patiënten pas in beeld bij de endorsement-procedure terwijl hun input en deelname vaker vanaf de start gewenst is. Patiënten brengen vaak andere knelpunten in dan artsen tijdens de knelpunteninventarisatie en bij het formuleren van de overwegingen in de richtlijn dient het patiëntenperspectief meegenomen en meegewogen te worden. In het lopende project Visie op ESC-richtlijnen worden deze punten meegenomen (paragraaf 5.2). Deze samenwerking en betrokkenheid van patiënten(vereniging) geldt ook voor andere kwaliteitsinstrumenten. Patiënten zouden (meer) deel kunnen uitmaken van NVVC-werkgroepen of de NVVC zou ervoor kunnen kiezen een patiëntenraad in te stellen zodat het patiënten perspectief (en -belang) beter geborgd wordt.

Samen beslissen en bijbehorende instrumenten

Uit onderzoek blijkt dat patiënten meer betrokken willen zijn bij de keuzes en beslissingen omtrent hun zorg. Onderzoek heeft ook aangetoond dat artsen meestal niet goed kunnen inschatten wat de wensen en voorkeuren van de patiënt zijn aangaande zorg en behandelingen. Zeker wanneer het behandelingen betreft waar de uitkomst voor de patiënt grotendeels hetzelfde is (gelijkwaardige en/of preferentiegevoelige opties). Bij het bespreken van diagnostische, therapeutische en zorgoptie(s) – inclusief afwachtend beleid – met de patiënt dient aandacht te zijn voor diens wensen, voorkeuren en mogelijkheden (aansluitend bij het concept van positieve gezondheid), de risico's op bijwerkingen, en voor- en nadelen van die verschillende

onderzoeks- en behandeloptie(s). Het is daarbij van belang dat patiënten weten dat er keuzemogelijkheden zijn en dat zij een prominente stem hebben in de beslissingen over hun zorg. Samen beslissen vergt van artsen dat zij oog hebben voor de gehele patiënt en hun algehele situatie zowel privé als in de zorg, en het gesprek aangaan. Naast de gespreksvaardigheden en –technieken worden er ook instrumenten ontwikkeld die de patiënt en arts ondersteunen in het aangaan van dat gesprek en het bespreken van keuzes. Deze instrumenten worden keuzehulpen genoemd. Hier maakt de cardioloog, maar ook de patiënt nog weinig gebruik van. Daarnaast is er ook steeds meer aandacht voor patiënteninformatie en –voorlichting waarmee de patiënt zich beter kan informeren. Thuisarts.nl is een veel geraadpleegde bron van patiënteninformatie. Deze website is geïnitieerd door het Nederlands Huisartsen Genootschap. Een aantal jaar geleden heeft de Federatie besloten samen te werken met Thuisarts.nl en de patiënteninformatie uit te breiden met medisch-specialistische patiënteninformatie. De NVVC heeft Hartwijzer.nl waar allerlei informatie over hartziekten te vinden is. Hartwijzer.nl zal integreren in Thuisarts.nl.

De belangrijkste barrière die een bredere implementatie in de klinische praktijk in de weg lijkt te staan is de tijd en de energie die geïnvesteerd moet worden. Desalniettemin blijkt uit onderzoek dat samen beslissen met keuzehulpen niet per se tot langere consulten leidt maar wel bijdraagt aan o.a. het vergroten van het kennisniveau van de patiënt en het verkrijgen van een accurate risicoperceptie en het afnemen van keuzestress. Een belangrijke ondersteuning van deze ontwikkelingen is de voortschrijdende digitalisering van de zorg, met de vele mogelijkheden voor informatie-uitwisseling, monitoring en begeleiding die daardoor ontstaan. In combinatie met tijd in de spreekkamer lijkt daar de sleutel te liggen om deze ambities waar te maken.

DOELEN 2025

- **Patiënten meer en eerder betrekken bij de ontwikkeling (en implementatie) van kwaliteitsinstrumenten zoals richtlijnen en bij ESC er op aandringen dat patiënten ook bij de ESC-richtlijnen een grotere rol krijgen.**
- **Het concept samen beslissen inbedden in de opleiding tot cardioloog.**
- **De keuzehulpen beter verspreiden en het gebruik ervan aanmoedigen.**
- **Keuzehulpen beschikbaar stellen op een centrale plek (zie ook kwaliteitsthema 3).**



2. RICHTLIJNEN

De Europese richtlijnen van de European Society of Cardiology (ESC) vormen voor de cardiologie een belangrijke basis voor kwaliteit van zorg en opleiding en vormen de kern van het NVVC-richtlijnenprogramma. De ESC-richtlijnen worden vooral gebruikt door de achterban, mede omdat bij de richtlijnen uitstekende implementatiehulpmiddelen beschikbaar worden gesteld. De NVVC maakt gebruik van de zogeheten endorsement-procedure (autorisatieprocedure voor Europese richtlijnen). Hierbij evalueren de experts vanuit de cardiologische NVVC-werkgroepen de betreffende ESC-richtlijnen op bruikbaarheid voor de Nederlandse situatie. Dit leidt tot ofwel een positief advies met mogelijk een addendum voor uitzonderingsgevallen en/of noodzakelijke aanpassingen voor de Nederlandse context, of een negatief advies. Tijdens de endorsement-procedure wordt de patiëntenvereniging Harteraad gevraagd om commentaar te leveren op de ESC-richtlijn.

Medisch-Specialistische Richtlijnen 2.0 (Federatie) en het Toetsingskader/Leidraad AQUA van Zorginstituut Nederland zijn de in Nederland geldende normen voor richtlijnontwikkeling. Drie cruciale normen komen niet aan bod in het opstellen van ESC-richtlijnen:

- **De transparante en systematische wijze waarop het wetenschappelijk bewijs wordt verzameld.**
- **Beschrijven van voldoende handvatten voor organisatie van zorg, bijvoorbeeld voor de samenwerking met andere disciplines.**
- **De borging van het patiëntenperspectief tijdens het proces.**

Om dit te kunnen bereiken zouden nieuwe ESC-richtlijnen middels een vlotte en transparante procedure op toepasselijkheid in de Nederlandse praktijk moeten worden beoordeeld. Waarbij eveneens structureel aandacht geschonken wordt aan het borgen van de specifieke multidisciplinaire aspecten van de zorg in de Nederlandse context en aan patiëntenparticipatie.

Een overstap naar volledige adaptatie van ESC-richtlijnen naar de Nederlandse situatie waarmee een Nederlandse versie van de richtlijn wordt geschreven, lijkt te ver te liggen van de wensen van de NVVC-leden. Een duidelijk verenigingsstandpunt over ESC-richtlijnen in de Nederlandse praktijk zal zorgen voor duidelijkheid over het cardiologisch kwaliteitsbeleid rondom richtlijnen. Het nagaan van de verschillende opties voor opname van ESC-richtlijnen in de Nederlandse praktijk geeft de achterban de mogelijkheid hierover een gedragen keuze te maken. De NVVC is eind 2019 een project gestart met als doel een visie over ESC-richtlijnen in de Nederlandse praktijk op te stellen. Daarnaast zal een plan van aanpak worden opgeleverd hoe een actueel en sluitend – zonder elkaar tegensprekende aanbevelingen – richtlijnenprogramma ingericht kan worden volgens deze visie. Aanvullend op dit project kan per cardiologisch deelonderwerp de kwaliteitscyclus doorlopen worden en onderdeel worden van een continu traject binnen de NVVC. Aangezien bij de totstandkoming van dit kwaliteitsbeleid bevestigd is dat het noodzakelijk is om het huidige richtlijnenbeleid tegen het licht te houden, zal de visie over ESC-richtlijnen bijdragen aan de verdere

optimalisatie van het NVVC-kwaliteitsbeleid.

Te overwegen valt om de rol van vertegenwoordiger van de NVVC binnen ESC-richtlijnen te formaliseren. Vanwege de snelle ontwikkeling in de cardiologie is het daarnaast van groot belang toe te werken naar een richtlijnencycclus met zogenoemde 'levende' richtlijnen. Dit betekent dat jaarlijks wordt vastgesteld of een (deel van een) richtlijn herziening behoeft.

DOELEN 2025

- **Standpuntbepaling over methodologie ESC-richtlijnen en Nederlandse afspraken over richtlijnmethodologie.**
- **Formaliseren rol van de NVVC binnen de ESC-richtlijnontwikkeling.**
- **Inrichten processen voor overstap naar 'levende richtlijnen'.**



In het kader van de visie Medisch Specialist 2025, zou de NVVC bij de ESC ervoor kunnen pleiten in richtlijnen meer aandacht aan preventie te besteden. In de Kennisagenda van de NVVC wordt bij verschillende onderwerpen eveneens stil gestaan bij (secundaire) preventie.

3. DISSEMINATIE EN IMPLEMENTATIE VAN KWALITEITSINSTRUMENTEN

De beschikbaarheid van kwaliteitsinstrumenten als richtlijnen, keuzehulpen, witte lijsten, indicatoren, etc. speelt een belangrijke rol in het gebruik van die instrumenten (implementatie).

Toegankelijkheid kwaliteitsinstrumenten en actualiteit richtlijnen

Tijdens de inventarisatie voor dit kwaliteitsbeleid is gebleken dat de vindbaarheid en actualiteit van deze instrumenten verbeterd kan worden. Dit geldt voor zowel cardiologen als voor de samenwerkende beroepsverenigingen en andere stakeholders. De NVVC beoogt de komende periode de verschillende richtlijnen en instrumenten die beschikbaar zijn op diverse vindplaatsen, op één centrale plek toegankelijk te maken. Daarnaast zal de actuele status worden nagegaan. Hierbij wordt gestreefd naar een centrale kwaliteitspagina op de NVVC-website waarbij per aandoening inzichtelijk is welke kwaliteitsinstrumenten en implementatiehulpmiddelen van belang zijn. Een bijeffect van dit verkregen overzicht van instrumenten is dat dit de commissie Kwaliteit van de NVVC en de verschillende werkgroepen kan ondersteunen in het coördineren van het kwaliteitsbeleid.

Disseminatie & implementatie

De verantwoordelijkheid voor de toepassing van de kwaliteitsinstrumenten ligt bij voorkeur zo laag mogelijk. Men dient dan wel in de cardiologische praktijk over de juiste instrumenten en competenties te beschikken. Dat geldt voor zowel het individu (zorgverlener en patiënt) als de organisatie (ziekenhuis, netwerk en vakgroep). De NVVC kan dit beter faciliteren, door hulpmiddelen aan te reiken die het de zorgverleners makkelijker maken te werken volgens de richtlijn. Denk hierbij aan het onder de aandacht brengen van richtlijnen en kwaliteitsinstrumenten in bij- en nascholing. Denk ook aan het faciliteren van de ontwikkeling en vindbaarheid van patiënteninformatie en keuzehulpen bij het opstellen van richtlijnen, het beschrijven van zorgpaden, het maken van stroomschema's en presentaties en blogs over bijvoorbeeld richtlijnen.

Bij het opstellen van richtlijnen is het streven om vaker dan nu na te denken over de mogelijkheden om de implementatie, waaronder het vergroten van de kennis over de inhoud over het kwaliteitsdocument, te bevorderen en de beoogde veranderingen in de praktijk te bewerkstelligen. Vanzelfsprekend is dat tijdens de ontwikkeling van een richtlijn al wordt nagedacht over de toepasbaarheid en implementeerbaarheid van aanbevelingen en de mogelijkheden om dit te faciliteren. Om dit te stimuleren is het wenselijk dat de betreffende richtlijnenwerkgroep hierover adviezen in de vorm van een disseminatie- en implementatieplan opstelt, welke binnen de vakgroep en het ziekenhuis kan worden opgepakt. Samenwerking met Connect, patiëntenvereniging(en), CVOI, NHR en andere beroepsverenigingen is hierbij essentieel. Daarnaast wil de commissie Kwaliteit meer inzicht krijgen in het gebruik van richtlijnen en andere kwaliteitsinstrumenten, mede op basis van NHR-gegevens, om hiermee meer ervaring op te kunnen doen in de implementeerbaarheid van richtlijnen en overige kwaliteitsinstrumenten.

DOELEN 2025

- De vindbaarheid van richtlijnen en andere kwaliteitsinstrumenten (per aandoening), inclusief informatie over hun actualiteit, vergroten door deze op een centrale plek beschikbaar te stellen.
- Hulpmiddelen beschikbaar stellen die de implementatie van kwaliteitsinstrumenten bevorderen (naast de bestaande hulpmiddelen op de ESC-website).
- Toepassing van richtlijnen monitoren met behulp van NHR-data.



4. SAMENWERKING EN REGIONALISATIE VAN ZORG

Samenwerking binnen het specialisme

De cardiologie heeft zich in de achterliggende decennia ontwikkeld tot een grotendeels autonoom specialisme, waarbij ze zowel de diagnostiek, therapie als deelgebieden van de chirurgie en radiologie tot erkend onderdeel van haar vakgebied heeft gemaakt. Dit uit zich in de invasieve en niet-invasieve onderzoeken als hartkatheterisatie met coronair angiografie, MRI, coronaire CT, alsook in therapieën als pacemaker- en hartklepimplantaties, PCI, ablatieprocedures, etc.

Binnen het cardiologieteam bestaat er in veel klinieken reeds een gedifferentieerde samenwerking met verpleegkundig specialisten (VS) en physician assistants (PA). Deze laatste twee zijn sinds 2012 bij wet erkende groepen professionals met een eigen competentieprofiel en declaratierecht binnen de wet BIG. De NVVC heeft in een positiedocument – dat momenteel wordt herzien – samen met beide beroepsorganisaties afspraken gemaakt over taken en werkveld. Daarnaast zijn er in vele ziekenhuizen nog specialistisch verpleegkundigen actief op diverse terreinen, waaronder speciale spreekuren en kwaliteitsregistratie, maar ook pacemaker/ICD-technici, die naast technische controles ook een deel van de telemonitoring voor hun rekening nemen, en hartfunctielaboranten. Deze laatsten, werkzaam bij beeldvorming, functie-onderzoek en interventie, zijn in de achterliggende jaren steeds verder geprofessionaliseerd met bijbehorende verplichte herregistratie en leveren met hun kennis en vaardigheden belangrijke ondersteuning aan de cardioloog en het team, zowel in diens beroepsuitoefening als in de opleiding.

Verder is, zeker in de grotere vakgroepen (regionale topklinische verwijscentra en academische ziekenhuizen), in toenemende mate sprake van differentiatie binnen het vakgebied. Sinds enkele jaren biedt de opleiding in het laatste opleidingsjaar de mogelijkheid in een of twee deelgebieden extra kennis op te doen ("verdiepingsjaar"), waarna na registratie tot cardioloog een verdere specialisatie middels een fellowship kan plaatsvinden (Opleidingsplan Cardiologie). De consequentie hiervan is dat er voor juiste behandelindicatie structureel overleg dient plaats te vinden tussen de diverse expertisevelden binnen de vakgroep. Dit wordt doorgaans vormgegeven middels een hartteambespreking, moeilijke patiëntenbespreking, multidisciplinair overleg, ritmebespreking, etc.

Binnen de opleiding moet eveneens ruimte zijn om te leren hoe om te gaan met ambigue beslissingen en het maken van gewogen keuzes, samen met de patiënt. De gemiddelde leeftijd van de cardiologische patiënt stijgt geleidelijk. Door toenemend succes met behandel mogelijkheden bij de kwetsbare oudere ontstaat het 'risico' dat datgene wat mogelijk is aan zorgopties ook zal worden toegepast zonder dat er een genuanceerde afweging wordt gemaakt (welke gezondheidswinst er tegen welk gezondheidsrisico wordt bereikt) en er voorbijgegaan wordt aan wat de patiënt daadwerkelijk wil.

Het gevaar van de hierboven beschreven differentiatie is dat de superspecialist eerder gedreven zal zijn door successen op zijn gebied dan oog te hebben voor de specifieke gevaren van zijn specialisatie voor juist deze kwetsbare ouderen en diens wensen en voorkeuren. Een van de kerncompetenties van de cardioloog van de toekomst zal dan ook moeten zijn om samen met de patiënt weloverwogen te besluiten tot een behandeling, of misschien juist afzien van een behandeling.

Netwerkgang

Als het gaat om therapie-indicatie dan vindt er van oudsher een nauwe samenwerking plaats met de cardiothoracale chirurgie. Een samenwerking in het algemeen met andere verwante specialismen, zoals vaatchirurgie, neurologie, interne geneeskunde en longgeneeskunde, maar zeker ook de klinische geriatrie, ligt eigenlijk voor de hand. Echter een dergelijke samenwerking is meestal sporadisch structureel vormgegeven en mist vaak een centrale visie vanuit de wetenschappelijke verenigingen. Elk vakgebied hanteert veelal nog zijn eigen kwaliteitsdocumenten, zoals voor bijvoorbeeld atherosclerotisch vaatlijden, dat in eerste instantie als een systemische ziekte beschouwd kan worden. Daarnaast kan vooral bij de oudere mens polyfarmacie, waarin cardiologie een belangrijk aandeel kan hebben, op zichzelf tot ziekte leiden. Echter ook hier kan een structurele samenwerking met bijvoorbeeld geriatrie en farmacie leiden tot kwaliteitsverbetering. Tijdens de inventarisatiefase voorafgaand aan het opstellen van dit beleidskwaliteitsplan is veelvuldig naar voren gekomen dat er binnen de cardiologie weinig aandacht is voor de zieke patiënt als geheel, en zelfs binnen het vakgebied soms enkel aandacht is en beleid wordt gemaakt op een deelgebied.

Tussen nu en 2025 wordt inhoud gegeven aan het programma Juiste Zorg Op Juiste Plek (JZOJP). Dit houdt ook in dat de samenwerking met de eerste lijn verder ontwikkeld wordt. Naast de huisartszorg rekent de NVVC hiertoe thuiszorg en wellicht verpleeghuiszorg. Deze samenwerking met de eerste lijn zal volgens het visiedocument Medisch-specialistische zorg

2025 leiden tot een ontwikkeling waar uiteindelijk de zorgverlener naar de patiënt toekomt in plaats van de patiënt naar de zorgverlener. Hiertoe ontstaat een waar netwerk rond de patiënt dat zich vooral buiten het ziekenhuis zal ontwikkelen. Een coördinerende of initiërende rol hierin zou kunnen worden weggelegd voor Connect (zie hieronder) samen met de regionale kaderhuisarts Hart- en Vaatziekten. Daarbij kan de VS de feitelijke zorg leveren met aansturing van een cardioloog. Diagnosevelden die geschikt lijken voor deze aanpak zijn hartfalen, endocarditis en post-chirurgische zorg.

Rol Connect

Al bijna tien jaar bestaat er een steeds succesvollere transmurale samenwerking met de eerste lijn in diagnose gebonden, regionaal georganiseerde projecten binnen de NVVC. Dit is begonnen als regionale projecten en gaandeweg is er een programma ontstaan met de naam 'Connect'. Op dit moment zijn er drie programmathema's namelijk 'ACS', 'Hartfalen' en 'Atriumfibrilleren'. Vanaf 2020 is het thema ACS verbreed naar 'Pijn op de borst'.

Connect is ingericht als een netwerkprogramma waaraan regionale netwerken vrijwillig deelnemen. Connect stimuleert en faciliteert de aangesloten regio's om regionale transmurale zorg voor ACS, atriumfibrilleren en hartfalen vorm te geven. Tussen nu en 2025 wil Connect zich o.a. meer toeleggen op het optimaliseren en evalueren van de kwaliteit van regionale transmurale zorg in het cardiologische veld. Inmiddels is er een vergaande landelijke dekking. Het streven voor de toekomst is een volledige dekking voor alle programmathema's van Connect. Ook verbreding naar andere relevante thema's is een mogelijkheid. Daarmee zal een regionaal geprotocolleerd zorgproces per diagnose realiseerbaar zijn; de inhoudelijke basis vormen de landelijke richtlijnen van de betrokken regiopartners. Dit biedt de mogelijkheid om regionaal inhoud te geven aan het programma JZOJP. Regionaal kan bij uitstek al in een vroeg stadium van de zorgvraag een schifting worden gemaakt tussen te verwijzen zorg en zorg die in de eerste lijn kan blijven. De aansluiting op bekostiging naar resultaat in plaats van verrichting zal hiermee vergemakkelijkt kunnen worden. Samenwerking met de Beroepsbelangencommissie van de NVVC is hier van belang.

Connect zal zich in de komende periode inzetten om de kwaliteit van zorg en de mate van patiënttevredenheid binnen een transmuraal netwerk te evalueren en waar mogelijk het zorgproces te optimaliseren. Samen met de commissie Kwaliteit wil Connect zich inzetten om een regionale kwaliteitscyclus te ontwikkelen. Dit is een uitdaging; immers, binnen een Connect-project wordt de intramurale zorg met extramurale zorg gecombineerd terwijl de informatiesystemen niet (altijd) op elkaar zijn aangesloten en een interventie op de ene plek van invloed kan zijn op de uitkomst op een andere plek. Een regionale en transmurale kwaliteitscyclus geeft de regio relevante informatie en inzicht in het integrale zorgprogramma en biedt wellicht handvatten het zorgprogramma te optimaliseren.

Regionalisering van zorg – lokale netwerkvorming

Sinds 2002 is het aantal vakgroepen, waar invasieve cardiale – met name coronaire – therapie kan worden uitgevoerd, toegenomen. Tegelijkertijd is vanuit meerdere kanten een discussie op gang gekomen waarin de vraag is gerezen of in elk zorgcentrum alle huidige diagnostiek en therapie kan blijven worden aangeboden. Concentratie van zorg kan leiden tot efficiëntieverhoging en kwaliteitsverbetering door vergroting van het volume. Tussen beide is al meerdere keren een rechtstreeks verband aangetoond, maar mogelijk is er een optimum waarboven de kwaliteit weer afneemt. Daarbij kan concentratie van hoogwaardige zorg in grotere vakgroepen ertoe leiden dat de kleinere ziekenhuizen verworden tot centra die alleen poliklinische en laag-complexe klinische zorg aanbieden. Dit kan mogelijk gevolgen hebben voor kennis en motivatie van de betreffende zorgaanbieders. Ook in dit geval zou een regionale herverdeling van zorg (regionalisering) kunnen leiden tot expertisecentra, elk met hun eigen aandachtsveld. Daarbij kan een herdefiniëring van poliklinische zorg ingezet worden. Immers, door de ervaringen met tele-consulten die zijn opgedaan tijdens de COVID-19 crisis, zouden veel van de fysieke polibezoeken vervangen kunnen worden door tele-consulten. Dit heeft direct effect op de inrichting en personele bezetting van de zorginstelling. Zo kunnen een aantal traditionele taken (lab-afname, ECG's maken, etc.) grotendeels verschoven worden naar de eerste of anderhalve lijn. Welk effect dit heeft op de kwaliteit van zorg is wel een punt van aandacht. Daarnaast kan in dit licht het principe van Hospital at Home, bedoeld voor de patiënt die wel klinische zorg behoeft maar bij wie opname in een ziekenhuis om diverse redenen niet aangewezen of noodzakelijk is, verder vormgegeven worden. Maar op dit moment is het een uitdaging de juiste balans te vinden tussen aan de ene kant concentratie van zorg en efficiëntie en aan de andere kant kwaliteit en arbeidstevredenheid.

DOELEN 2025

- **Vormgeven van interdisciplinaire samenwerking op overlappende diagnose-/ symptoomgebieden. Onderwerpen: atherosclerotisch vaatlijden, acute dyspnoe, polyfarmacie (bijstellen van richtlijn-geneesmiddelen naar relevantie van leeftijdsgroep en ziektebeeld).**
- **Verdere uitrol Connect met eventueel uitbreiding naar relevante nieuwe diagnosevelden (Hartkleplijden, Syncope, Hartkloppingen).**
- **Ontwikkelen van regionale transmurale kwaliteitscyclus voor Connect-regio's.**
- **Inventarisatie mogelijkheden tot regionale herverdeling van zorg of regionale zorgafspraken (centra voor hartfalen, invasieve diagnostiek en behandeling, ritme- en geleidingsstoornissen).**



5. OPTIMAAL GEBRUIK NHR

Nederlandse Hart Registratie

De Nederlandse Hart Registratie (NHR) is de nationale kwaliteitsregistratie op het gebied van cardiologie en thoraxchirurgie. De NHR registreert alle ingrepen aan het hart op zowel procedure- als complicatie- en uitkomstniveau. Hiervoor heeft de NHR een dataverwerkingsovereenkomst met alle Nederlandse ziekenhuizen en beschikt derhalve sinds een aantal jaar over een centrale registratie van cardiale ingrepen zoals PM, ICD, PCI, THI (TAVI), ablaties, CABG en klepoperaties. De registratie wordt voortdurend uitgebreid. Sinds kort zijn ook registraties opgestart van de ziektebeelden atriumfibrilleren, hartfalen en acuut coronair syndroom.

Registratiecommissies spelen een centrale rol binnen de NHR. Deze commissies worden gevormd door leden van de NVVC en NVT met gemandateerde afvaardiging van de ziekenhuizen. De commissies bepalen en definiëren de variabelen die geregistreerd worden. De NVVC beslist, op aangeven van de registratiecommissies, of dit een verplichte of facultatieve registratie voor NVVC-leden betreft. Voor de verplichte variabelen stelt de desbetreffende registratiecommissie een registratienorm op. De specifieke variabelen en definities worden om het jaar geëvalueerd en gereviseerd. De informatiewaarde van de variabelen kan na verloop van tijd afnemen.

Hoewel de verantwoordelijkheid voor de betrouwbaarheid van de data bij de ziekenhuizen ligt, faciliteert en waarborgt de NHR de betrouwbaarheid door het controle- en auditsysteem van de NHR. Uitkomsten binnen de datasets worden gecontroleerd op uitschieters en ontbrekende data en aan de betreffende vakgroep teruggekoppeld. Daarnaast worden vakgroepen jaarlijks geauditeerd op juistheid van de data. Aangeleverde data worden vergeleken met de NHR-data en teruggekoppeld aan de vakgroep. Aanlevering van de data door de vakgroepen gebeurt nu merendeels eenmaal per jaar. Het streven is om de aanleveringsfrequentie – analoog aan de thoraxchirurgie – te verhogen zodat uitkomsten sneller kunnen worden teruggekoppeld. Dit is afhankelijk van het besprokene in de registratiecommissies. Door snellere en regelmatige aanlevering kan beter worden ingespeeld op trends in procedures en uitkomsten, met dien verstande dat voor laagfrequente complicaties en uitkomsten, zoals mortaliteit, rekening gehouden zal moeten worden met een andere aanleverfrequentie.

Aanlevering van de data zal in toenemende mate gefaciliteerd worden door automatisering en samenwerking met zorginstellingen en EPD-leveranciers. Verder heeft de NHR met Dutch Hospital Data (DHD), VEKTIS (zorgverzekeraars) en Centraal Bureau voor Statistiek samenwerkingsprojecten lopen om gebruik te kunnen maken van hun omvangrijke databases.

De registratiecommissies werken volgens de PDCA cyclus. Dit betekent dat vakgroepen die in goede en minder goede zin er uitspringen, uitgenodigd worden om in een vertrouwde omgeving hun werkproces toe te lichten zodat andere vakgroepen hiervan kunnen leren. De doelstelling van de NHR is immers kwaliteitsbevordering van de cardiologische zorg door van elkaar te leren.

NHR en kwaliteitsbeleid NVVC

De NHR kan en is bereid een rol te spelen bij het kwaliteitsbeleid van de NVVC en de vakgroep. Zo biedt de NHR de mogelijkheid een zogeheten 'NHR site profiel' te maken. De vakgroep kan hiermee de compleetheid en correctheid van registratieparameters (baseline, procedure, complicaties, follow-up, discongruentie bij audits) in beeld brengen. Dit kan tevens als een soort graadmeter van registratiekwaliteit gebruikt worden waaraan eventueel aanleversnelheid en aanwezigheid bij de registratiecommissie-vergaderingen als parameters toegevoegd kunnen worden. Daarnaast brengt het 'NHR site profiel' ook de uitkomsten (complicaties, heropnames, re-do, mortaliteit, etc.) van de procedures over de afgelopen jaren in beeld. Dit als een soort parameter van uitkomst kwaliteit. Een andere mogelijkheid die het 'NHR site profiel' biedt, zijn de trends over de afgelopen jaren van bovenstaande parameters. Op deze wijze ontstaat een completer beeld over de 'performance' van de vakgroep en wordt vermeden dat de vakgroep beoordeeld wordt op de resultaten van een enkel jaar. Middels de eerdergenoemde PDCA-cyclus kunnen vakgroepen – indien nodig – werkprocessen aanpassen en verbeteren. Het 'NHR site profiel' kan ook ingezet worden bij de kwaliteitsvisitaties door de commissie Kwaliteit bij de vakgroepen cardiologie.

Naast 'NHR site profiel' bestaat 'MijnNHR'. Middels deze online module heeft elke vakgroep op ieder moment inzage in de uitkomsten van eigen procedures ten opzichte van de geaggregeerde – en derhalve geanonimiseerde – data van andere vakgroepen. Het streven is om het gebruik van 'MijnNHR' als dashboard te stimuleren.

Verder kan de NHR behulpzaam zijn bij en bijdragen in het opvullen van de kennishiaten zoals verwoord in de NVVC-kennisagenda. Denk hierbij aan: netwerkzorg op het vlak van Hartfalen (hiaat 07), klinische geriatrie meer bij betrekken (hiaat 08), eHealth (hiaat 11) en telemonitoring AF en HF (hiaat 04). Dit zijn onderwerpen waarbij de NHR kan faciliteren door de registraties hartfalen en atriumfibrilleren verder door te ontwikkelen en 'frailty score' als een parameter voor te dragen.

DOELEN 2025

- **Inzichtelijk maken hoe de NHR ingezet kan worden voor leren en verbeteren van het zorgproces van de vakgroep.**
- **Vakgroepen stimuleren kennis te nemen van hun functioneren in relatie tot andere vakgroepen.**
- **Benutten van NHR-data ten behoeve van de Kennisagenda.**
- **Bijdragen aan verdere verbetering (bijvoorbeeld feedback op operatorniveau) en uitbreiding van de NHR (via de gemandateerde leden) en uiteindelijk toewerken naar een 'dashboard'.**
- **Rol voor de NHR: ondersteuning (van verbetering) van data-invoer door de vakgroepen (bijvoorbeeld ten aanzien van compleetheid en tijdigheid).**
- **De leden van de registratiecommissies worden gestimuleerd om de hoeveelheid (verplicht) te registreren variabelen beperkt te houden en te focuseren op variabelen die de meeste impact hebben op kwaliteit van zorg en uitkomstmaten.**



6. AANDACHT VOOR DE CARDIOLOOG

Diverse ontwikkelingen binnen ons vakgebied hebben grote consequenties op de werkdruk en het werkplezier van de cardioloog. Naast innovatie-ontwikkelingen zijn er ook demografische factoren die leiden tot veranderingen in de cardiologische praktijk. Door vergrijzing van de bevolking is er in toenemende mate sprake van complexe patiënten, alsook kwetsbare ouderen met meerdere chronische aandoeningen waaronder hartfalen. De samenleving stelt veranderende wensen en eisen aan de zorg, welke vergaande aanpassingen vergen in de wijze waarop zorg wordt geboden, zoals samen beslissen.

Vanwege de grotere betrokkenheid van patiënten bij de keuze van hun eigen zorg, in het kader van zowel diagnostiek als ook behandeling, bestaat een grotere behoefte aan informatie. Hiernaast leidt inzage in het EPD door patiënten en informatie op het Internet tot aanvullende vragen en meer behoefte aan toelichting door en een dialoog met de cardioloog. Al deze ontwikkelingen en eisen vragen om noodzakelijke aanpassingen op gebied van logistiek, tijd en financiën van de cardiologische zorg. Deze ontwikkelingen hebben tevens een effect op de werkdruk en het werkplezier van de cardioloog. Aandacht hiervoor is belangrijk voor een optimaal functioneren van de cardioloog, om risico's op burn-out te minimaliseren en om het specialisme aantrekkelijk en toekomstbestendig te houden. Omdat én de omvang van de (poliklinische) zorg én de complexiteit van de patiëntenpopulatie verder zal toenemen is een werkwijze met aandacht voor de juiste persoonlijke balans van belang.

Diverse landelijke initiatieven, zoals het programma Juiste Zorg Op Juiste Plek, beogen de gezondheidszorg toegankelijk en betaalbaar te houden. Hierbij is eveneens aandacht voor de vakuitoefening gewenst. Zo kan verschuiving van zorg naar bijvoorbeeld VS en PA niet alleen bijdragen aan verbetering van de doelmatigheid van de (poliklinische) zorg, maar er ook voor zorgen dat cardiologen zich kunnen richten op meer specialistische taken. Diverse NVVC Connect-initiatieven met Landelijke Transmurale Afspraken (LTAs) beschrijven welke zorg voor (potentiële) patiënten het beste is en hoe deze zorg in de dagelijkse praktijk het beste georganiseerd kan worden met alle verschillende betrokken partijen. Ook met het vervangen van poliklinische zorg door eHealth is recent ervaring opgedaan als gevolg van de COVID-19 crisis.

Gerelateerd aan het thema 'aandacht voor de cardioloog' heeft de NVVC de onderzoeksgroep Professional Performance & Compassionate Care (PP&CC) van het Amsterdam UMC gevraagd het welzijn van Nederlandse cardiologen te onderzoeken. In dit onderzoek zijn de Nederlandse cardiologen bevraagd op welzijn, werkverdoening, burn-out klachten, stressoren en energiegevers. Daarnaast is navraag gedaan op een aantal factoren die bewezen gerelateerd zijn aan de kwaliteit van zorg, te weten persoonlijke veerkracht, psychologische veiligheid, ervaren feedbackcultuur en teamsfeer en zelfcompassie. Het eindrapport bevat conclusies over de huidige situatie en aanbevelingen voor de toekomst en wordt begin 2021 verwacht.

DOELEN 2025

- Stimuleren en evalueren van moderne en verschillende vormen van patiëntcontact zoals langere consulten en e-consulten. Daarbij is van belang rekening te houden met de verwachting dat laag-complexe zorg zal verschuiven naar 1e of 1,5e lijn.
- Administratieve en registratielasten verder inperken.
- 'Best practices' van de werkvloer identificeren en delen met de gehele beroepsvereniging.
- Discussie voeren binnen de NVVC en samen met de Harteraad over 'zinnige zorg' en over: moet alles wat kan?
- Uitwerken van aanbevelingen onderzoek Kwaliteit van zorg en welzijn cardioloog.



BIJLAGE

Dit document is tot stand gekomen op basis van interviews, een inventarisatie kwaliteitsinstrumenten en drie werkbijeenkomsten. Zowel interne als externe stakeholders van de NVVC zijn geïnterviewd, zoals diverse NVVC-werkgroepen en kamers, wetenschappelijke verenigingen, verzekeraars, IGJ, de Hartstichting en Harteraad. Een groot deel van deze stakeholders heeft ook deelgenomen aan de werkbijeenkomsten. Tijdens deze bijeenkomsten zijn diverse thema's en onderwerpen die tijdens de interviews en inventarisatie naar voren kwamen verder verdiept, besproken en aangevuld. Op basis hiervan heeft de projectgroep de visie en het kwaliteitsbeleid van de NVVC opgesteld en dit voor input voorgelegd aan de commissie Kwaliteit en het NVVC-bestuur. Deze laatste heeft het document vastgesteld.

Het projectteam bestond uit de volgende leden:

- Rutger Hassink (voorzitter)
- Boudewijn Krenning
- Raymond Hautvast
- Felix Zijlstra
- Petra van Pol
- Peter Smits
- Debby Keuken (NVVC-bureau)
- Dunja Dreesens (Kennisinstituut van Medisch Specialisten)

COLOFON

Colofon
Utrecht, maart 2021
© NVVC

De visie en het kwaliteitsbeleid is tot stand gekomen met financiering van de Stichting Kwaliteitsgelden Medisch Specialisten (SKMS).

Vormgeving: Branddoctors Mixe
Beelden: Freepik.com en Pexels.com
Archief NVVC: Josje Deekens en Tom van Limpt

Alle rechten voorbehouden. De tekst uit deze publicatie mag worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch door fotokopieën of enige andere manier, echter uitsluitend na voorafgaande toestemming van de NVVC en met bronvermelding.

www.nvvc.nl

