

Kwaliteitsvisitatie nieuwe stijl

Handboek voor wetenschappelijke verenigingen

J.A. Fossen
J.W. Hagemeyer
J.S. de Koning
S.I. van Logtestijn
M.J.M.H. Lombarts

Colofon

Kwaliteitsvisitatie nieuwe stijl
Handboek voor wetenschappelijke verenigingen
ISBN 90-8523-082-9

© 2005, Orde van Medisch Specialisten



Postbus 20057
3502 LB UTRECHT
E-mailadres: secr@orde.nl
www.orde.nl



Het Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO, gevestigd in Utrecht, heeft tot doel individuele beroepsbeoefenaren, hun beroepsverenigingen en zorginstellingen te ondersteunen bij het verbeteren van de patiëntenzorg. Het CBO biedt via programma's en projecten ondersteuning en begeleiding bij systematisch en gestructureerd meten, verbeteren en borgen van kwaliteit van de patiëntenzorg.

Kwaliteitsinstituut voor de gezondheidszorg CBO
Postbus 20064
3502 LB UTRECHT
www.cbo.nl

Uitgever



Van Zuiden Communications B.V.
Postbus 2122, 2400 CC Alphen aan den Rijn
E-mailadres: zuiden@zuidencomm.nl
www.richtlijnonline.nl

Alle rechten voorbehouden.

De tekst uit deze publicatie mag worden veelevoudigd, 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 uitgever.

Toestemming voor gebruik van tekst(gedeelten) kunt u schriftelijk of per e-mail en uitsluitend bij de uitgever aanvragen. Adres en e-mailadres: zie boven.

Deze uitgave en andere richtlijnen zijn te bestellen via: www.richtlijnonline.nl.

Kwaliteitsvisitatie nieuwe stijl

Handboek voor wetenschappelijke verenigingen

J.A. Fossen
J.W. Hagemeyer
J.S. de Koning
S.I. van Logtestijn
M.J.M.H. Lombarts

Met methodologische ondersteuning van

Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO, Utrecht

Organisatie

Orde van Medisch Specialisten

In samenwerking met

Nederlandsche Internisten Vereniging

Nederlandse Orthopaedische Vereniging

Nederlandse Vereniging van Artsen voor Longziekte en Tuberculose

Nederlandse Vereniging van Pathologie

Nederlandse Vereniging voor Dermatologie en Venereologie

Nederlandse Vereniging voor Heelkunde

Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde

Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie

Interviews

H. Olthof, IDNK Communicatie

Fotografie

J.C. Wille

Inhoudsopgave

Proloog	9
Ten geleide	11
Overzicht leden begeidingscommissies Actualisatie Visitatie	14
Overzicht leden deelnemende wetenschappelijke verenigingen	15
1. Kwaliteitsvisitatie nieuwe stijl: een synopsis	17
1.1 De totstandkoming van de kwaliteitsvisitatie nieuwe stijl	17
1.2 Het professionele kwaliteitsprofiel	18
1.3 Uitgangspunten van het nieuwe model	20
1.3.1 Intercollegiaal, met betrokkenheid van vele anderen	20
1.3.2 Maatschapsgericht, met aandacht voor het individu	20
1.3.3 Kwaliteitsbevordering, streng naar zorg voor kwaliteit	20
1.3.4 Zelfevaluatie, toetsing van resultaten	21
1.4 Nieuw instrumentarium	21
1.4.1 Evidence-based medical audit	22
1.4.2 Kwaliteitsinventarisatie en -signalering zorgprocessen	22
1.4.3 Quick Scan voor het maatschapsfunctioneren	22
1.4.4 Patiëntenenquête	22
1.5 Afstemming met de opleidingsvisitaties	23
1.6 Slot	23
2. Evaluatie van zorg	25
2.1 Inleiding op evaluatie van zorg	26
2.2 De KISZ-lijst	30
2.2.1 Inleiding op de KISZ-lijst	30
2.2.2 De KISZ-lijst: de ontwikkeling door de wetenschappelijke vereniging	31
2.2.3 Het gebruik van de KISZ-lijst door de maatschap	34
2.2.4 Bespreking van de KISZ-lijst tijdens de visitatie	36
2.2.5 De score van de KISZ-lijst in het professioneel kwaliteitsprofiel	37
2.2.6 De meest gestelde vragen over de KISZ-lijst	38
Bijlagen	
1. KISZ-lijst van de NVALT	42
2. KISZ-lijst van de NIV	47
3. Het gebruik van de KISZ-lijst (nieuwe variant) door de maatschap	53

2.3	Het dossieronderzoek	56	Bijlage		
2.3.1	Inleiding op dossieronderzoek	56	11.	Evaluatie van de complicatiebespreking: een algemene evaluatie en de evaluatie van de cholecystectomie	126
2.3.2	Het dossieronderzoek: de ontwikkeling door de wetenschappelijke vereniging	58			
2.3.3	Het gebruik van dossieronderzoek door de maatschap	59	3.	Het patiëntenperspectief	131
2.3.4	Bespreking van het dossieronderzoek tijdens de visitatie	60	3.1	Inleiding op het patiëntenperspectief	132
2.3.5	De score van het dossieronderzoek in het professioneel kwaliteitsprofiel	60	3.2	De patiëntenenquête: de ontwikkeling door de wetenschappelijke vereniging	138
2.3.6	De meest gestelde vragen over dossieronderzoek	61	3.3	Het gebruik van de patiëntenenquête door de maatschap	141
Bijlagen			3.4	Bespreking van de patiëntenenquête tijdens de visitatie	144
4.	Voorbeeld dossieronderzoek NIV	65	3.5	De score van de patiëntenenquête in het professioneel kwaliteitsprofiel	146
5.	Voorbeeld dossieronderzoek NVOG	67	3.6	De meest gestelde vragen over de patiëntenenquête	146
2.4	De huisartsenenquête	68	Bijlage		
2.4.1	Inleiding op de huisartsenenquête	68	12.	Patiëntenenquêtes van de kinderartsen, chirurgen en gynaecologen	150
2.4.2	De huisartsenenquête: de ontwikkeling door de wetenschappelijke vereniging	70			
2.4.3	Het gebruik van de huisartsenenquête door de maatschap	72	4.	Het maatschapsfunctioneren	155
2.4.4	Bespreking van de huisartsenenquête tijdens de visitatie	73	4.1	Inleiding op de Quick Scan	156
2.4.5	De score van de huisartsenenquête in het professioneel kwaliteitsprofiel	73	4.2	De Quick Scan: het instrument	157
2.4.6	De meest gestelde vragen over de huisartsenenquête	74	4.3	Het gebruik van de Quick Scan door de maatschap	159
Bijlagen			4.4	Bespreking van de Quick Scan tijdens de visitatie	162
6.	Voorbeeld vragenlijst NVK	77	4.5	De score van de Quick Scan in het professioneel kwaliteitsprofiel	162
7.	Voorbeeld vragenlijst huisartsen NVOG	81	4.6	De meest gestelde vragen over de Quick Scan	163
2.5	Evidence-based medical audit	83	Bijlage		
2.5.1	Inleiding op evidence-based medical audit	83	13.	De Quick Scan	167
2.5.2	Evidence-based medical audit: de ontwikkeling door de wetenschappelijke vereniging	85			
2.5.3	Het gebruik van evidence-based medical audit door de maatschap	98	5.	Professionele ontwikkeling	171
2.5.4	Bespreking van evidence-based medical audit tijdens de visitatie	102	5.1	Inleiding	172
2.5.5	De score van evidence-based medical audit in het professioneel kwaliteitsprofiel	102	5.2	Evaluatie van het individueel functioneren	173
2.5.6	De meest gestelde vragen over evidence-based medical audit	102	5.3	Betekenis voor de kwaliteitsvisitatie nieuwe stijl	174
Bijlagen			5.4	Scoren van professionele ontwikkeling in het kwaliteitsprofiel	175
8.	Checklist audit	107	6.	Het visitatierapport	177
9.	Voorbeeld evidence-based medical audit van de NVDV	110	6.1	Inleiding op het visitatierapport	177
10.	Voorbeeld NVvH: evaluatie van de kwaliteit van zorg met behulp van de richtlijn Behandeling liesbreuk	118	6.2	De structuur van het visitatierapport	178
2.6	De complicatiebespreking	120	6.3	De meest gestelde vragen over het visitatierapport	180
2.6.1	Inleiding op de complicatiebespreking	120	Bijlage		
2.6.2	Evaluatie van de complicatieregistratie door de maatschap	122	14.	Overzicht kwaliteitsdomeinen, instrumenten en score in het kwaliteitsprofiel	183
2.6.3	Bespreking van de complicatieregistratie tijdens de visitatie	123			
2.6.4	De score van de complicatieregistratie in het professioneel kwaliteitsprofiel	123	7.	Afstemming van de opleidingsvisitatie MSRC met de kwaliteitsvisitatie van de wetenschappelijke verenigingen	185
			7.1	Inleiding	185
			7.2	Uitvoering	186

8. De introductie en implementatie van de nieuwe kwaliteitsvisitatie binnen de Nederlandse Vereniging voor Heelkunde	191
8.1 De uitgangssituatie bij de Nederlandse Vereniging voor Heelkunde	191
8.2 De verschillende fasen van het project	192
8.2.1 De informatievoorziening	192
8.2.2 De proefvisitaties	193
8.2.3 De verankering	194
Epiloog	196
Over de auteurs	198

Proloog

Dit boek toont een vernieuwd instrumentarium ten behoeve van de visitaties van de medisch specialisten. Omdat de kwaliteitsvisitaties model staan voor de kwaliteitsbewaking en -bevordering door en voor medisch specialisten, hebben zij binnen het kwaliteitsbeleid een prominente positie. De kwaliteitsvisitaties, gericht op de bewaking en verbetering van de kwaliteit van de patiëntenzorg, startten in 1989 toen de eerste chirurgische maatschap werd gevisiteerd.

Buiten Nederland is er geen land dat beschikt over een vergelijkbaar visitatieprogramma, een programma dat is opgezet vanuit de beroepsgroep, breed wordt gedragen door de medische professie, en tegelijkertijd integraal onderdeel is van het landelijke, medisch specialistische kwaliteitsbeleid. Internationaal kan de Nederlandse vorm van visitatie rekenen op appreciatie en grote interesse. Niet alleen omdat de medisch specialisten zelf de ontwikkelaars van het model zijn, maar ook omdat zij de uitvoering geheel zelf verzorgen. Visitatie is wat de Orde betreft het culminatiepunt van alle kwaliteitsinstrumenten, een unieke vorm van daadwerkelijk intercollegiale toetsing.

De roep om transparantie vanuit de maatschappij en de visitatie door en voor medisch specialisten sluiten naadloos aan bij de gezamenlijk gevoelde wens verantwoording over de kwaliteit van de geleverde medisch specialistische zorg te krijgen en te geven.

Visitaties brengen, door een steeds groter en beter gebruik van ook de digitale mogelijkheden, meer lijn in de verdere verscherping van de kwaliteitsnormen waaraan de medisch specialist wordt gemeten. De visitatie geeft daardoor een beter gevalideerde invulling aan de ‘professionele standaard’ waarnaar in wet- en regelgeving wordt verwezen.

Vanuit alle wetenschappelijke verenigingen is zowel rechtstreeks als via de Raad voor Wetenschap, Opleiding en Kwaliteit van de Orde de wens naar voren gekomen de bestaande systematiek onder de loep te nemen en eventueel verbeteringen voor te stellen.

Het bleek, in een daaropvolgende discussie met vertegenwoordigers van drie (pilot) wetenschappelijke verenigingen (de Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde, de Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie en de Nederlandse Vereniging voor Heelkunde), dat het mogelijk is een verdere aanscherping van de visitaties te bewerkstelligen. In een werkelijk fantastische samenwerking tussen die wetenschappelijke verenigingen, de Orde van Medisch Specialisten en het Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO is een aantal instrumenten ontwikkeld en getoetst.

In een volgende tranche hebben nog eens vijf wetenschappelijke verenigingen (Nederlandsche Internisten Vereeniging, Nederlandse Vereniging voor Pathologie, Nederlandse Vereniging voor Dermatologie en Venereologie, Nederlandse Vereniging van Artsen voor Longziekten en Tuberculose en Nederlandse Orthopaedische Vereniging) een tweede evaluatie uitgevoerd. In dat gehele proces is de ‘professionele standaard’ verder uitgewerkt en het visitatiemodel vernieuwd.

Dit boek beoogt de medisch specialistische visitatie een stimulans te geven, en bij te dragen aan de kennis van de medisch specialisten over de manier waarop de visitaties zijn ingericht. De instrumenten die in dit boek worden behandeld, zijn ook te gebruiken voor interne visitaties (binnen het ziekenhuis), voor een zelfevaluatie van een vakgroep/maatschap, of voor het maken van een jaarverslag.

In het voorwoord van het boek ‘Kwaliteitsbeleid Medische Specialisten 1995’ staat geschreven: “Het kwaliteitsbeleid medisch specialisten is een continuüm. Het toekomstperspectief is er vooral op gericht de kwaliteit systematisch zo goed mogelijk te bewaken en zo mogelijk te bevorderen, zodat de patiënt kwalitatief goede medisch specialistische zorg wordt verleend. Het kwaliteitsbeleid zal transparanter en inzichtelijker worden, ook voor derden”. Dit project was een uitvloeisel van die gedachte. Gedurende het gehele project zijn vele zaken aan de orde gekomen. Groot belang hecht de Orde aan de verfijning van de instrumenten, maar zeker ook aan de discussie over het individueel functioneren van medisch specialisten. Dialogen, die vijf jaar geleden voor onmogelijk werden gehouden, worden nu als gewoon beschouwd. De genoemde dynamiek is nog steeds aanwezig, en maakt een goede monitoring en waar nodig aanpassing van alle kwaliteitssystemen des te belangrijker.

Het project ‘Actualisatie Visitatie’ werd mogelijk gemaakt door grote inzet en betrokkenheid vanuit de medisch specialisten en door financiële ondersteuning van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

*Dr. L.H. van Hulsteijn, internist
Voorzitter Raad voor Wetenschap, Opleiding en Kwaliteit*

Ten geleide

Binnen het kwaliteitsbeleid van de wetenschappelijke verenigingen van medisch specialisten heeft visitatie de afgelopen vijftien jaar een prominente plaats gekregen. Vrijwel alle wetenschappelijke verenigingen hebben een visitatieprogramma opgezet en inmiddels hebben veel visitaties in de wereld van medisch specialisten plaatsgevonden. Dat een groot belang aan visitaties wordt gehecht, blijkt onder andere uit zeer recente ontwikkelingen. Kwaliteitsvisitatie is verplicht gesteld voor herregistratie als medisch specialist en voor het verkrijgen van de erkenning van medisch specialistische opleiding.

Een aantal jaren geleden bleek dat de toegevoegde waarde van het visitatiemodel was afgenomen. Wetenschappelijke verenigingen van medisch specialisten gaven aan het visitatiemodel te willen vernieuwen en in te spelen op belangrijke ontwikkelingen in de gezondheidszorg. De afgelopen jaren is door acht wetenschappelijke verenigingen in samenwerking met de Orde van Medisch Specialisten en het Kwaliteitsinstituut voor de gezondheidszorg CBO het visitatiemodel herzien en zijn vernieuwde instrumenten ten behoeve van de visitatie geïntroduceerd. Dit heeft geleid tot een nieuw visitatiemodel meer gericht op evaluatie van de inhoud van zorg en het professioneel functioneren.

Het boek dat voor u ligt is een handboek dat informatie biedt over de totstandkoming van de kwaliteitsvisitatie nieuwe stijl en de bijbehorende visitatie-instrumenten. Beschreven wordt hoe een wetenschappelijke vereniging de nieuwe instrumenten kan toepassen ten behoeve van het visitatieprogramma van de eigen beroepsgroep. Het boek is in eerste instantie geschreven voor wetenschappelijke verenigingen die op korte termijn een start willen maken met het vernieuwen van hun visitatiemodel. We hopen dat dit boek hierbij als praktische handleiding kan dienen. Daarnaast kunnen wetenschappelijke verenigingen de informatie uit dit handboek gebruiken voor de maatschappen* die volgens het nieuwe visitatiemodel worden gevisiteerd.

Het handboek Kwaliteitsvisitatie nieuwe stijl is opgebouwd uit acht hoofdstukken. Het boek begint met een algemene inleiding waarin de kwaliteitsvisitatie nieuwe stijl in grote lijnen wordt beschreven. In de vier hoofdstukken die daarop volgen wordt uitgebreid ingegaan op het nieuwe visitatiemodel gebaseerd op de vier kwaliteitsdomeinen: 1) evaluatie van zorg, 2) patiëntenperspectief, 3) maatschapsfunctioneren en 4) professionele ontwikkeling. Deze hoofdstukken hebben een gelijke structuur. Elk hoofdstuk begint met een inleiding op het kwaliteitsdomein en de bijbehorende instrumenten. Vervolgens wordt beschreven hoe een wetenschappelijke vereniging de instrumenten kan ontwikkelen en toepassen en hoe een maatschap de instrumenten kan gebruiken. Daarna wordt ingegaan op de bespreking van de

* Waar maatschap staat genoemd, kunt u ook vakgroep lezen en vice versa.

instrumenten tijdens de visitatie en de score van het instrument in het kwaliteitsprofiel. Het hoofdstuk wordt afgesloten met een paragraaf met de meest gestelde vragen (en antwoorden) over het instrument. Ter verduidelijking zijn in ieder hoofdstuk één of meer voorbeelden van het betreffende instrument opgenomen.

Uitzondering op deze indeling betreft het hoofdstuk professionele ontwikkeling. Dit boek biedt geen nieuwe evaluatie-instrumenten voor dit domein. Aan de ontwikkeling van nieuwe toetsingsinstrumenten voor professionele ontwikkeling wordt nog steeds gewerkt. Meer hierover leest u in hoofdstuk 5.

Hoofdstuk 6 beschrijft hoe de resultaten van de nieuwe kwaliteitsvisitatie op heldere wijze zouden kunnen worden vastgelegd in een rapport, waarbij wordt aangesloten bij het professionele kwaliteitsprofiel.

In hoofdstuk 7 stellen de heer dr. E.J. Buurke en de heer dr. C.A.F. Jansveld van de MSRC de afstemming van de opleidingsvisitatie MSRC met de kwaliteitsvisitatie van de wetenschappelijke verenigingen aan de orde. Tot slot schrijft de heer dr. C.D. van Duyn, chirurg en voormalig secretaris kwaliteit van de Nederlandse Vereniging van Heelkunde (NVvH), in hoofdstuk 8 over de ervaringen vanuit zijn wetenschappelijke vereniging met het nieuwe visitatiemodel. Hij gaat in op de informatievoorziening naar de leden, het uitvoeren van de proefvisitaties en de implementatie van het model binnen het kwaliteitsbeleid van de NVvH.

De voorzitters van de visitatiecommissies van alle betrokken wetenschappelijke verenigingen geven in korte interviews, verspreid over het handboek, hun ervaringen met de totstandkoming van het visitatiemodel nieuwe stijl weer. De heer dr. T.W.J. Schulpen, directeur Kwaliteitsbureau Nederlandse Vereniging van Kindergeneeskunde (NVK), gaat in een interview in op visitatie in internationaal perspectief.

De tijd staat niet stil. Dit boek introduceert een nieuw visitatiemodel. We hebben het visitatiekader, de kwaliteitsdomeinen en bijbehorende evaluatie-instrumenten beschreven, voor zover deze nu, anno 2005, zijn uitgedacht en/of beschikbaar zijn. We willen benadrukken dat niet alle instrumenten uitontwikkeld zijn. Ontwikkelingen in het (landelijk) kwaliteitsbeleid zullen de discussie over en de vormgeving van de kwaliteitsvisitatie beïnvloeden. Ook ervaring met en evaluatie van de nieuwe instrumenten zal ongetwijfeld leiden tot verdere verfijning. Wetenschappelijke verenigingen die hiermee verder aan de slag gaan, zullen met nieuwe ideeën en uitwerkingen komen. Het visitatiemodel nieuwe stijl zal in die zin in beweging blijven.

Wij hopen dat het handboek Kwaliteitsvisitatie nieuwe stijl u op weg helpt bij het ontwikkelen en introduceren van een nieuw visitatiemodel binnen uw wetenschappelijke vereniging.

Een woord van dank willen wij richten aan de begeleidingscommissie van het project Actualisatie Visitatie, die gedurende de looptijd van het project heeft meegedacht over het uitzetten en behouden van een goede koers en daarnaast een stimulerende rol in het project vervulde (zie *Overzicht leden begeleidingscommissie*).

Het nieuwe visitatiemodel had niet tot stand kunnen komen zonder de inzet van de vele medisch specialisten van de volgende betrokken wetenschappelijke verenigingen:

de Nederlandsche Internisten Vereniging (NIV), de Nederlandse Orthopaedische Vereniging (NOV), de Nederlandse Vereniging van Artsen voor Longziekten en Tuberculose (NVALT), de Nederlandse Vereniging voor Dermatologie en Venereologie (NVDV), de Nederlandse Vereniging van Heelkunde (NVvH), de Nederlandse Vereniging van Kindergeneeskunde (NVK), de Nederlandse Vereniging van Obstetrie en Gynaecologie (NVOG) en de Nederlandse Vereniging van Pathologie (NVVP). Wij willen de betrokken medisch specialisten hartelijk danken voor hun creatieve en op de praktijk gebaseerde inbreng, hun kritische opstelling en het enthousiasme tijdens de gehouden conferenties (zie *Overzicht betrokken leden wetenschappelijke verenigingen*).

De maatschappen die bereid waren mee te doen aan een proefvisitatie danken we voor het voorbereidende werk, vaak onder hoge tijdsdruk, de plezierige visitaties en de constructieve evaluatiegesprekken.

Ten slotte willen wij de volgende personen bedanken voor hun deskundige en waardevolle bijdrage aan het project Actualisatie Visitatie: de heer ir. T.A. van Barneveld (Kwaliteitsinstituut voor de gezondheidszorg CBO), mevrouw drs. L.A. Batenburg (destijds Kwaliteitsinstituut voor de gezondheidszorg CBO), mevrouw drs. M.C.M. Bik (destijds Kwaliteitsinstituut voor de gezondheidszorg CBO), mevrouw H. de Blank (De Blank Office Specialisten), de heer J.A.I. Boogaert (Kwaliteitsinstituut voor de gezondheidszorg CBO), de heer dr. E.J. Buurke (MSRC), mevrouw dr. D.M.J. Delnoij (NIVEL), de heer dr. C.D. van Duyn (NVvH), mevrouw drs. M.A.G. Frissen (destijds Kwaliteitsinstituut voor de gezondheidszorg CBO), de heer dr. P. van den Hombergh (LHV), de heer dr. C.A.F. Jansveld (MSRC), de heer J.L.M. van de Klundert, arts (Orde van Medisch Specialisten), de heer H. Olthof (IDNK Communicatie), mevrouw A. van der Spoel (NPCF), mevrouw drs.Y. Witman (AMC).

De projectgroep,

Drs. J.A. (Jan) Fossen, adviseur Kwaliteitsinstituut voor de gezondheidszorg CBO

Drs. J.W. (Annemarie) Hagemeyer, adviseur Kwaliteitsinstituut voor de gezondheidszorg CBO

S.J.C. (Sabrina) Kwint, secretaresse Kwaliteitsinstituut voor de gezondheidszorg CBO

Drs. S.I. (Sabine) van Logtestijn, adviseur Kwaliteitsinstituut voor de gezondheidszorg CBO

Dr. M.J.M.H. (Kiki) Lombarts, zelfstandig adviseur kwaliteitsbeleid medisch specialisten

Utrecht, oktober 2005

Overzicht leden begeleidingscommissies Actualisatie Visitatie

Mevr. M.S. den Boer (NVDV)
Dr. C.D. van Duyn (NVvH)
J.A. Fossen (CBO)
G.P. Gerritsen (NVvH)
A.H.M. van der Heijden (NVALT)
Dr. L.H. van Hulsteijn, internist (Orde)
Dr. C.A.F. Jansveld (MSRC)
J.L.M. van de Klundert, arts (Orde)
Dr. J.L. Peterse (NVVP)
Dr. F.J.L. Reijnders (NVOG)
Dr. F.J. Schuitemaker (NIV)
Prof. dr. T.W.J. Schulpen (NVK)
A. Vosmaer (NOV)
Dr. R. Vree (NVvH)
Mevr. drs. C.M. van Weert (CBO)

Overzicht leden deelnemende wetenschappelijke verenigingen

Nederlandse Internisten Vereeniging

Prof. dr. R.O.B. Gans
Dr. F.J. Schuitemaker

Nederlandse Orthopaedische Vereniging

P.E.J. Kamstra
A.V. Steenmeyer
Dr. N.J.A. Tulp
A. Vosmaer

Nederlandse Vereniging van Artsen voor Longziekte en Tuberculose

P.F.J.M. van Boxel
A.H.M. van der Heijden
Mevr. T. de Jong, ambtelijk secretaris
Mevr. M.G.J. Koolen
W.C.J. van Veldhuizen

Nederlandse Vereniging van Pathologie

Mevr. dr. I.A. Koelma
Dr. J.L. Peterse
Mevr. M.C.B.J.E. Tutein Nolthenius-Puylaert

Nederlandse Vereniging voor Dermatologie en Venereologie

Dr. R.E. Boelen
W.A.M. Blom
F.B. Blog
Mevr. M.S. den Boer
Mevr. A. Glastra
A.L. Gerretsen
Dr. H.B. Thio

Nederlandse Vereniging voor Heelkunde

Dr. P.J. Breslau
 Dr. C.D. van Duyn
 G.P. Gerritsen
 Dr. J.F. Lange
 E. Scheijde

Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde

Dr. ir. J.J.A. de Beer
 Dr. H.J.L. Brackel
 H.A. van Dijk
 J.G. van Enk
 Dr. H.A. Polman
 Prof. dr. T.W.J. Schulpen

Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie

Mevr. J.F. Admiraal
 Dr. W.K. Brouwer
 Mevr. dr. E. Everhardt
 Dr. M.P. Heringa
 Dr. F.J.L. Reijnders
 F.C.M. Twaalfhoven

Hoofdstuk 1

Kwaliteitsvisitatie nieuwe stijl: een synopsis

Dr. M.J.M.H. Lombarts

De afgelopen vijftien jaar hebben de medisch wetenschappelijke verenigingen voor hun beroepsgenoten een programma van kwaliteitsvisitaties ontwikkeld en uitgevoerd.¹ Thans worden jaarlijks enkele honderden maatschappen en vakgroepen ‘op kwaliteit’ gevisiteerd. De wetenschappelijke verenigingen beogen hiermee de kwaliteit van de medisch specialistische zorg(verlening) verder te verbeteren en toezicht te houden op het professioneel handelen van collega’s.

Een discussie in 2002 met vertegenwoordigers van de wetenschappelijke verenigingen maakte duidelijk dat het vigerende visitatiemodel haar beste tijd heeft gehad. Tijdens een *invitational conference* in juni van dat jaar spraken de gezamenlijke verenigingen zich uit voor een nieuw kwaliteitsvisitatiemodel dat meer gericht is op de evaluatie van zorg en het professioneel functioneren. De conferentie bleek het startschot voor een bijna drie jaar durend moderniseringstraject. In die periode is een nieuw visitatiemodel ontwikkeld, getest in proefvisitaties en geëvalueerd.² In dit inleidende hoofdstuk wordt het nieuwe visitatiemodel gepresenteerd. De nadruk ligt op de uitgangspunten. De inhoud van het nieuwe model wordt slechts globaal beschreven; de rest van dit boek bespreekt dit in detail bij de introductie van de (veelal nieuwe) instrumenten.

1.1 De totstandkoming van de kwaliteitsvisitatie nieuwe stijl

Vertegenwoordigers van de Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde (NVK), de Nederlandse Vereniging van Obstetrie en Gynaecologie (NVOG) en de Nederlandse Vereniging voor Heelkunde (NVvH), ondersteund door het Kwaliteitsinstituut voor de gezondheidszorg CBO, hebben in eerste aanleg een nieuw visitatiemodel uitgedacht en in de praktijk getest. Men is daarbij niet over één nacht ijs gegaan (*tabel 1*). Het fenomeen visitatie is kritisch benaderd en vragen over het waarom, waartoe en voor wie zijn ampeel bediscussieerd. Bestaande instrumenten zijn tegen het licht gehouden. Nieuwe instrumenten werden ontwikkeld in overleg met deskundigen en op basis van literatuur en ervaring. Uiteraard moesten ze de toets van de visitatiepraktijk doorstaan. Zowel het oordeel van visiteurs als dat van gevisiteerden werd hierin meegewogen. In september 2004 is het nieuwe visitatiemodel gepresenteerd aan de overige wetenschappelijke verenigingen. Daarna volgde een implementatiefase. Aan deze tweede fase van het vernieuwingstraject werkten de drie eerder genoemde specialismen mee als ook vijf andere verenigingen. De vijf nieuwe verenigingen

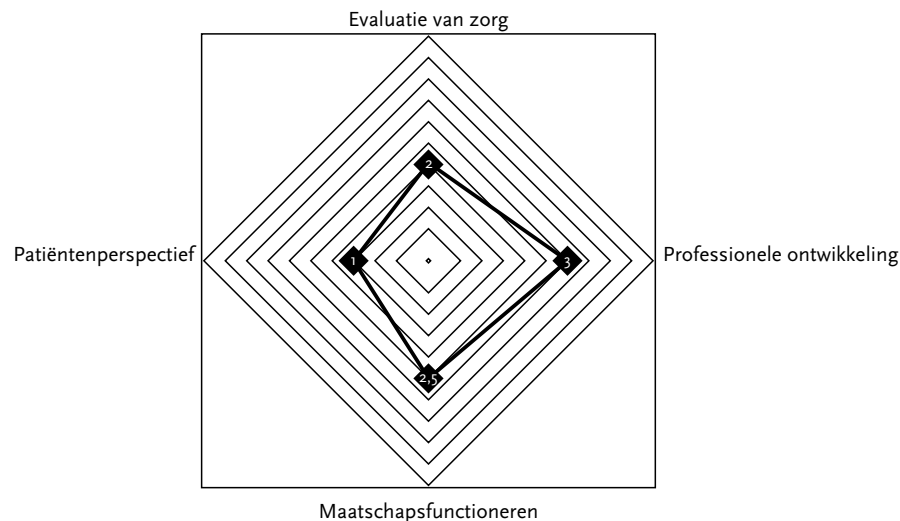
(orthopeden, pathologen, internisten, dermatologen en longartsen) hebben waar nodig het nieuwe model eerst ‘vertaald’ naar het eigen vakgebied. Ook zij werden begeleid door het CBO. De ervaringen van deze acht verenigingen met het nieuwe visitatiemodel zijn geëvalueerd en uitgebreid besproken in de kring van participerende specialisten. De resultaten van dit debat zijn verwerkt in het model en in dit boek.

Tabel 1. Samenvatting tijdsverloop project Actualisatie Visitatie

Juni 2002	1 ^e Invitational conference voor wetenschappelijke verenigingen
Februari 2003	Startconferentie project met NVK, NVOG, NVvH
Mei 2003	Tweedaagse werkconferentie met NVK, NVOG, NVvH
Oktober 2003	Tweedaagse werkconferentie met NVK, NVOG, NVvH
Maart 2004	Tweedaagse werkconferentie met NVK, NVOG, NVvH
Juni 2004	Startconferentie met NVALT, NIV, NVvP, NVDV, NOV
September 2004	2 ^e Invitational conference voor wetenschappelijke verenigingen
Oktober 2004	Invitational conference voor wetenschappelijke verenigingen inzake juridische aspecten en consequenties van visitaties
November 2004	Mini werkconferentie met NVALT, NIV, NVvP, NVDV, NOV
April 2005	Slotconferentie met NVK, NVOG, NVvH en NVALT, NIV, NVvP, NVDV, NOV
Oktober 2005	3 ^e Invitational conference voor alle wetenschappelijke verenigingen

1.2 Het professioneel kwaliteitsprofiel

Het fundament van het nieuwe visitatiemodel is het professioneel kwaliteitsprofiel (figuur 1). Dit profiel bestaat uit de vier kwaliteitsdomeinen die in elke visitatie worden getoetst: evaluatie van zorg, patiëntenperspectief, maatschapsfunctioneren en professionele ontwikkeling. Voor deze kwaliteitsdomeinen is gekozen omdat specialisten er verantwoordelijkheid voor (kunnen) dragen. Met de gemaakte keuzes wordt recht gedaan aan het professionele karakter



Figuur 1. Professioneel kwaliteitsprofiel

van visitatie. Algemene ziekenhuiszaken krijgen om deze reden geen expliciete aandacht in het nieuwe model.

Hoewel de scheiding van de professional en diens werkomgeving kunstmatig is, kunnen organisatorische zaken beter worden meegenomen in ziekenhuisbrede toetsingen, bijvoorbeeld door het Nederlands Instituut voor Accreditatie van Ziekenhuizen (NIAZ). Overigens zal de ‘ronde door de kliniek’ op het visitatieprogramma blijven staan, maar de nadruk ligt dan bij voorkeur op de specialisme-specifieke omgeving.

Elk kwaliteitsdomein is opgebouwd uit meerdere kwaliteitsaspecten (tabel 2). Voor toetsing van elk van deze kwaliteitsaspecten zijn meetinstrumenten voorhanden. Het merendeel van deze meetinstrumenten is in het vernieuwingsproject ontwikkeld en getest.

Het professioneel kwaliteitsprofiel wordt niet gepresenteerd als een eindmodel. De kwaliteitsdomeinen kunnen voorlopig als richtinggevend kader dienst doen, maar daarbinnen kunnen nieuwe kwaliteitsaspecten worden benoemd en meetinstrumenten ontwikkeld en aangeboden aan maatschappen. Variatie per specialisme is op aspecten mogelijk.

Tabel 2. Elementen van het professioneel kwaliteitsprofiel: kwaliteitsdomeinen, kwaliteitsaspecten en meetinstrumenten

Kwaliteitsdomein	Kwaliteitsaspecten	Instrumenten
1. Evaluatie van zorg	Evaluatie (ongunstige) zorg-uitkomsten	Bespreking complicatieregistratie Evidence-based medical audit; evaluatie van de toepassing van (EB) richtlijnen
	Evaluatie van zorgprocessen	Evidence-based medical audit; de toepassing van (EB) richtlijnen Dossieronderzoek (inhoudelijk)
	Evaluatie van het management van zorgprocessen	KISZ-lijst Dossieronderzoek (procedureel) Huisartsenenquête
2. Patiëntenperspectief	Evaluatie patiëntenmening	Patiëntenenquête
	Evaluatie van patiëntenklachten	Bespreking van (het management van) patiëntenklachten*
3. Maatschapsfunctioneren	Evaluatie van het maatschapsfunctioneren	Quick Scan (QS) voor het maatschapsfunctioneren
4. Professionele ontwikkeling	Evaluatie van vakinhoudelijke kennis en vaardigheden	Visitatievragenlijst en interview met de maatschap
	Individueel functioneren	Multisource feedback (MSF)* Appraisal en assessment (A&A)*
	Wetenschap en innovatie	Visitatievragenlijst en interview met maatschap
	Opleiding, onderwijs	Visitatievragenlijst en interview met maatschap en anderen (assistenten, verpleging, huisartsen)

*: deze instrumenten zijn nog niet ontwikkeld.

1.3 Uitgangspunten van het nieuwe model

1.3.1 Intercollegiaal, met betrokkenheid van vele anderen

Visitatie is primair een activiteit door en voor beroepsgenoten. Dat wil zeggen dat medische specialisten zowel de ontwikkelaars, de uitvoerders als de cliëntèle van het visitatieprogramma zijn. Het laat onverlet dat vele anderen worden betrokken bij de visitatie. Alle relevante samenwerkingspartners worden bij de visitatie gehoord. Dit gebeurt in veel gevallen systematischer dan voorheen. Een aantal specialismen maakt bijvoorbeeld gebruik van een inventariserende vragenlijst die aan arts-assistenten en/of polikliniekmedewerkers wordt toegestuurd ter voorbereiding van het gesprek. Het gesprek met de huisarts is in het visitatieprogramma van de NVK vervangen door een breed uitgezette enquête onder een groot aantal huisartsen. En voor alle verengingen geldt dat zij in het nieuwe visitatiemodel expliciet naar de mening van de patiënt vragen. Hiervoor is een patiëntenenquête opgesteld.

1.3.2 Maatschapsgericht, met aandacht voor het individu

De visitatie blijft maatschapsgericht. De specialisten worden als groep aangesproken op het leveren van verantwoorde kwaliteit van zorg. Wel is er meer aandacht voor de gezamenlijke verantwoordelijkheid van de maatschap voor het handelen van individuele maatschapsleden. Deze gezamenlijke verantwoordelijkheid wordt bevestigd door recente jurisprudentie.³ Overigens zal ook het individueel functioneren van specialisten in de nabije toekomst worden getoetst. De Orde van Medisch Specialisten heeft recent (mei 2005) aan een werkgroep de opdracht gegeven mogelijkheden, instrumenten en beleid ten aanzien van individuele toetsing van medisch specialisten te onderzoeken, te ontwikkelen en te testen.

Of individuele evaluatie past binnen een maatschapsgerichte visitatie is echter de vraag. Het is wellicht gepaster om individuele toetsing als aparte poot binnen het kwaliteitsbeleid van wetenschappelijke verenigingen te ontwikkelen. Keuzes kunnen echter nog niet worden gemaakt alvorens instrumenten zijn geëvalueerd, aangepast, getest en gevalideerd voor de Nederlandse situatie.

1.3.3 Kwaliteitsbevordering, streng naar zorg voor kwaliteit

Verder blijft visitatie het kwaliteitsbevorderende karakter behouden. Wetenschappelijke verenigingen keren zich tegen de rol van een 'visitatiepolitie' en stellen zich terughoudend op ten aanzien van het doen van uitspraken over de kwaliteit van zorg. Over de zorg voor kwaliteit van maatschappen willen zij wel een oordeel vellen. Op een vijfpuntsschaal (tabel 3) wordt uitgedrukt hoe actief een maatschap bezig is de kwaliteit van elk van de kwaliteitsdomeinen te bewaken, te verbeteren en te verankeren. Deze scores kunnen (visueel) worden samengevat in het professioneel kwaliteitsprofiel, dat de vorm van een web heeft gekregen. In een oogopslag worden de prestaties van de gevisiteerde maatschap in termen van 'systematische aandacht voor de kwaliteit van zorg' duidelijk. Hoe groter het oppervlak van het web, des te steviger het kwaliteitssysteem van een maatschap. De betekenis hiervan moet echter worden

genuanceerd. Systematische aandacht voor de zorg voor kwaliteit is immers geen garantie voor goede kwaliteit van zorg. Het formuleren van visitatieaanbevelingen voor verbetering blijft daarom een belangrijke component van het visitatierapport.

Tabel 3. Scores voor de zorg voor kwaliteit. Voorbeeld voor het kwaliteitsaspect de 'evaluatie van de patiëntenmening'

Voorgestelde scores in het kwaliteitsprofiel t.a.v. de patiëntenenquête:	
1	Patiëntenenquête is niet door de maatschap uitgevoerd.
2	Patiëntenenquête is voor alle specialisten uitgevoerd, en de resultaten zijn in de maatschap besproken.
3	Resultaten zijn besproken, prioriteiten zijn gesteld en vervolg-/verbeteracties zijn gepland.
4	De geplande acties zijn uitgevoerd en (worden) geëvalueerd.
5	Patiëntenenquête wordt jaarlijks gedaan en de resultaten zijn gekoppeld aan het maatschapsjaarplan en -jaarverslag.

1.3.4 Zelfevaluatie, toetsing van resultaten

In het nieuwe model verschuift de aandacht van een globale toetsing van structuren en randvoorwaarden naar een meer specifieke evaluatie van zorgprocessen en resultaten van het (dagelijks) handelen van specialisten en maatschappen. Van maatschappen wordt verwacht dat zij deze evaluaties primair zelf uitvoeren ter voorbereiding op de eigenlijke visitatie. Dit betekent dat maatschappen de kwaliteit van de verschillende onderdelen van de medische praktijk(voering) eerst zelf moeten meten met behulp van de ontwikkelde (in dit boek beschreven) instrumenten, vervolgens de bevindingen van de meting met elkaar bespreken en op basis hiervan vervolg- c.q. verbeteracties formuleren. Deze resultaten worden naar de visitatiecommissie gestuurd en tijdens de visitatie besproken. Het gesprek met de maatschap kan dan bijvoorbeeld gaan over de uitkomsten van het dossieronderzoek en het voornemen van de groep om beter te documenteren of patiënten zijn geïnformeerd over risico's en mogelijke complicaties van een ingreep. Na de visitatie ligt er voor de maatschap nog de taak om de voornemens ook waar te maken. In een volgende visitatie zal de commissie hiernaar vragen. Overigens zijn de meeste instrumenten zeer geschikt om ook buiten de context van de kwaliteitsvisitatie te gebruiken. Met behulp van de set van evaluatie-instrumenten kunnen maatschappen zelfstandig invulling geven aan de opzet van een systeem van continue kwaliteitsverbetering van het eigen professioneel handelen.

1.4 Nieuw instrumentarium

Voor het in kaart brengen van de stand van kwaliteitszaken op de vier kwaliteitsdomeinen kunnen verenigingen kiezen uit een scala van meetinstrumenten (zie tabel 2). In vogelvlucht passeren hier de nieuwste instrumenten de revue, in de rest van dit boek worden de achtergronden, de ontwikkeling en het gebruik van alle instrumenten in detail besproken.

1.4.1 Evidence-based medical audit

Binnen het nieuwe visitatiemodel worden processen en uitkomsten van zorg bij voorkeur geëvalueerd met behulp van evidence-based medical audit (EBMA). EBMA biedt specialisten op gestructureerde en systematische wijze feedback over de feitelijk verleende zorg. Het is een verbeterinstrument waarmee op basis van expliciete criteria ontleend aan richtlijnen, het zorgproces wordt geanalyseerd, beoordeeld en verbeterd.⁴ Voorwaarde is dat er een door de beroepsgroep gedragen (evidence-based) richtlijn beschikbaar is. EBMA kan dan worden gebruikt om gedetailleerd inzicht te verkrijgen in de (kwaliteit van de) aan de individuele patiënt geleverde zorg. De NVOG gebruikt hiervoor de richtlijn zwangerschapshypertensie. EBMA kan ook worden gebruikt om globaal inzicht te krijgen in het beleid dat voor een patiëntengroep wordt gevolgd. De wetenschappelijke vereniging van longartsen (NVALT) evalueert op deze wijze of de zorg wordt verleend volgens de richtlijn maligne pleuravocht, de dermatologenvereniging (NVDV) hanteert de richtlijn ernstige chronische plaque psoriasis.

1.4.2 Kwaliteitsinventarisatie en -signalering zorgprocessen

Voor de evaluatie van het management van zorgprocessen is de zogenoemde KISZ-lijst ontwikkeld: KwaliteitsInventarisatie en -Signalering Zorgprocessen. Deze lijst brengt voor een maatschap in kaart of, en hoe effectief, ze haar overleg, afstemming en coördinatie van zorg in de (dagelijkse) praktijk heeft geregeld. Het concrete resultaat is een prioriteitenlijst van punten voor verbetering: hoe hoger een verbeterpunt scoort, des te groter het verbeterpotentieel. De resultaten van de KISZ-lijst en de vervolgacties die de maatschap op basis hiervan neemt, dienen de visitatiecommissie gegrond vertrouwen te geven in het adequaat management van zorgprocessen.

1.4.3 Quick Scan voor het maatschapsfunctioneren

Wetenschappelijke verenigingen willen en kunnen geen uitspraak doen over wat 'de beste' maatschapsorganisatie en vorm van samenwerking is. Toch bestaat de overtuiging dat er een relatie is tussen de kwaliteit van het functioneren van maatschappen en de kwaliteit van de patiëntenzorg. In het nieuwe visitatiemodel is daarom gekozen voor een instrument dat maatschappen in staat stelt om zelf op een systematische manier te komen tot een diagnose van het maatschapsfunctioneren: de Quick Scan. Net als de KISZ-lijst genereert de Quick Scan een prioriteitenlijst van aspecten van het maatschapsfunctioneren waaraan effectiever, doelmatiger of met meer plezier kan worden gewerkt. Er is ruim ervaring opgedaan met de toepassing van het instrument, ook buiten de context van de kwaliteitsvisite.

1.4.4 Patiëntenenquête

In het nieuwe visitatiemodel wordt de mening van patiënten over de specialisten en praktijk geïnventariseerd. Per specialisme wordt een 'eigen' patiëntenenquête opgesteld. Waar ziekenhuizen al gewoon zijn patiënten naar hun mening te vragen, kunnen de resultaten van deze evaluatie worden overlegd aan de visitatiecommissie. Voor vergelijkbaarheid van resultaten is het wel zaak dat de ziekenhuisenquête ten minste dezelfde aspecten bevraagt als

de specialisme-specifieke vragenlijst. In het kader van de kwaliteitsvisite wordt circa dertig patiënten per specialist naar hun mening gevraagd. De selectie van patiënten is belangrijk; hiervoor is een protocol beschikbaar.

1.5 Afstemming met de opleidingsvisitaties

De kwaliteitsvisite is sinds januari 2005 verplicht voor alle medisch specialisten, ongeacht de werkplek.⁵ Niet meedoen aan het visitatieprogramma van de eigen beroepsvereniging betekent op termijn verlies van (her)registratie in het specialistenregister. Met dit besluit van het Centraal College Medisch Specialisten worden ook opleidingsmaatschappen en -vakgroepen onderworpen aan de kwaliteitsvisite. Proefvisites met het nieuwe visitatiemodel zijn om deze reden ook in een aantal opleidingspraktijken uitgevoerd. De ontwikkelde instrumenten lijken ook in de opleidingssetting toepasbaar. Voor de academische ziekenhuizen wordt dit nog onderzocht; waarschijnlijk is dat hiervoor extra aanpassingen dienen te worden gemaakt.

1.6 Slot

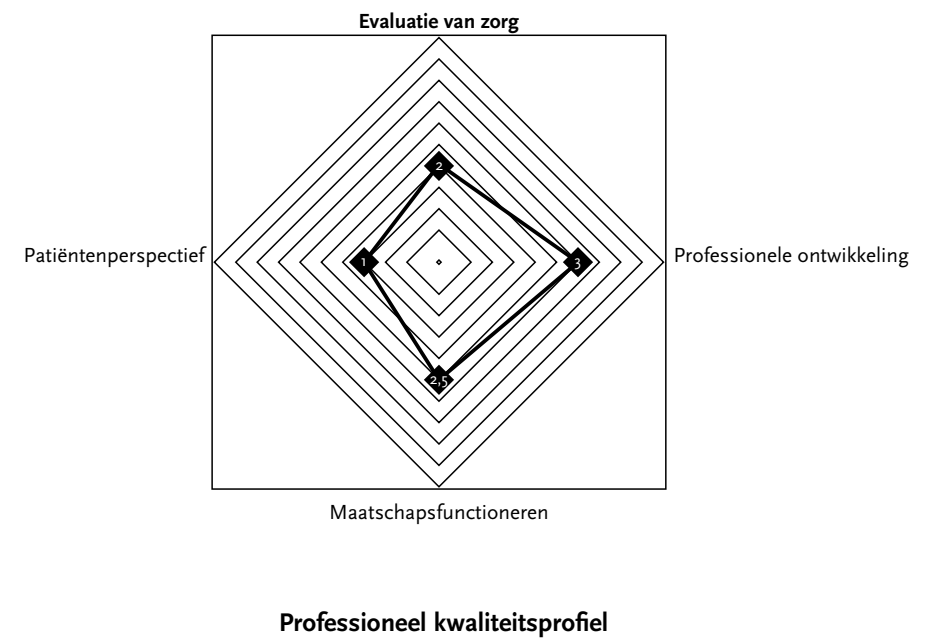
Hoewel het ontwikkeltraject formeel is afgerond, heeft het nieuwe visitatiemodel geen finaal karakter. Dat zal het trouwens ook nooit krijgen. Wel breekt een nieuwe fase aan. De fase van het gepland en gemanaged herontwerpen van de kwaliteitsvisite maakt plaats voor de ongeprogrammeerde, zichzelf organiserende adaptatie door de praktijk. Voor de acht wetenschappelijke verenigingen die zich de ontwerpers van het model mogen noemen, geldt de komende periode 'the proof of the pudding is in the eating'. De maatschappen die kennis maken met het nieuwe model zullen uiteindelijk hun oordeel vellen over het succes ervan, en de ontwikkelaars en uitvoerders mogelijk met nieuwe vraagstukken confronteren. De wetenschappelijke verenigingen die gaan starten met de modernisering van hun visitatieprogramma zullen door hun eigen kennis en specifieke context nieuwe kwesties doen rijzen en op die manier een bijdrage leveren aan verdere invulling en verbetering van het professioneel kwaliteitsprofiel. Vast staat dat nieuwe ervaringen de discussie over de vorm en toegevoegde waarde van dit visitatiemodel zullen blijven voeden.

Referenties

1. Lombarts K. Visitation of medical specialists: studies on its nature, scope and impact. Dissertatie, Amsterdam: Universiteit van Amsterdam; 2003.
2. Lombarts MJMH, Bik MCM, Klundert JLM van de. Meten bij de maten. Kwaliteitsvisite gemoderniseerd. Medisch Contact 2004;59;35:1350-4.
3. Meulemans EWM. Collectieve verantwoordelijkheid en (individuele) tuchtrechtelijke aansprakelijkheid. Tijdschrift voor Gezondheidsrecht 2004;4:259-60.
4. Koning J de. Quality of care in stroke prevention. An audit among general practitioners. Dissertatie, Rotterdam: Erasmus Universiteit Rotterdam 2003.
5. Kaderbesluit CCMS, Staatscourant 15 december 2004, 241, artikel D.20.

Hoofdstuk 2

Evaluatie van zorg



2.1 Inleiding op evaluatie van zorg

Drs. J.A. Fossen

Uit het onderzoek dat is gedaan onder wetenschappelijke verenigingen bleek dat bij medisch specialisten behoefte is aan verdieping bij de visitaties: er zou meer aandacht moeten zijn voor de inhoud van de zorgprocessen en professionele bekwaamheid.¹

Ook in een eerder onderzoek bleek er behoefte te zijn aan een meer resultaat-georiënteerde visitatiemethodiek.² Bovendien bleek dat na twee visitaties velen twijfelden over het nut van de derde.³ Dit onderstreepte de noodzaak voor actualisering van het visitatiemodel. Tegelijkertijd is de ontwikkeling in het kwaliteitsdenken zodanig dat waar voorheen structuur-aspecten de boventoon voerden (zijn er protocollen?), deze steeds meer worden aangevuld met vragen naar proces (hoe worden ze gebruikt?) en resultaat. Ook is een aantal trends te bespeuren die z'n weerslag heeft op de invulling van het visitatiemodel. *Openheid over het medisch handelen* leidt ertoe dat men eerder geneigd is om ook te kijken naar ongunstige zorguitkomsten of complicaties en die in de maatschap ter discussie te stellen. Meer nadruk op het *individueel functioneren* leidt ertoe dat niet alleen de maatschapsresultaten worden besproken, maar dat ook de resultaten van individuele specialisten kunnen worden afgezet tegen die van de maatschap. Meer nadruk op de *rol van de patiënt* leidt ertoe dat er instrumenten worden ontwikkeld die inzicht geven in de ervaringen van de klant.

Om de inhoud van de zorgprocessen en de professionele bekwaamheid meer centraal te stellen tijdens de visitaties zijn verschillende mogelijkheden besproken en uitgetest.

Het gebruik van richtlijnen in de praktijkvoering, de bespreking van complicaties, de aandacht voor coördinatie en afstemming van de zorg, het op een adequate wijze invullen van het dossier en de mening van de huisarts over de maatschap zijn onderdelen van de praktijkvoering die tijdens de visitatie kunnen worden besproken.

Tijdens de projectperiode is samen met de betrokken wetenschappelijke verenigingen een indeling gemaakt van het kwaliteitsdomein *evaluatie van zorg* in een drietal kwaliteitsaspecten, namelijk:

- evaluatie van zorgprocessen,
- evaluatie van (ongunstige) zorguitkomsten,
- evaluatie van het management van zorgprocessen.

Voor de **evaluatie van zorgprocessen** is ervaring opgedaan met het instrument *evidence-based medical audit*. Met behulp van dit instrument kan de actuele praktijk vergeleken worden met de meest recente theorie zoals beschreven in de (evidence-based) richtlijnen. Op deze wijze krijgt de visitatiecommissie inzicht of – en zo ja, hoe – de maatschapsleden de richtlijnen als leidend principe gebruiken bij de uitoefening van het vak. De kinderartsen en dermatologen hebben dit gebruikt bij respectievelijk hyperbilirubinemie en psoriasis.

Ook bij het *inhoudelijk dossieronderzoek* evalueert men zorgprocessen. Sluit de therapie aan op de diagnose, staat er voldoende in het dossier en zijn de brieven aan de huisarts begrijpelijk? Op deze en andere vragen wordt door de commissie een antwoord gezocht.

Voor de **evaluatie van (ongunstige) zorguitkomsten** is eveneens gebruikgemaakt van de *evidence-based medical audit*. Met behulp van dit instrument kan worden geanalyseerd of ongunstige zorguitkomsten mogelijk veroorzaakt zijn doordat de richtlijnen niet of slechts ten dele zijn gebruikt. De gynaecologen hebben dit gebruikt bij gevallen van zwangerschaps-hypertensie.

De evidence-based medical audit kan inzicht geven in het nut en/of de noodzaak van het gebruik van richtlijnen en het kan daarmee de implementatie van richtlijnen bevorderen. Daarnaast is voor de evaluatie van (ongunstige) zorguitkomsten gebruikgemaakt van de *complicatiebespreking*. Hiermee hebben onder andere de chirurgen ervaring opgedaan. Een gestructureerde bespreking van (de registratie van) complicaties in de maatschap of vakgroep kan de kwaliteit van de patiëntenzorg verbeteren. In een recent artikel van Hollander wordt deze zienswijze bevestigd.⁴ De chirurgen hebben hiervoor een vragenlijst ontwikkeld die gaat over de registratie van complicaties.

Bij de **evaluatie van het management van zorgprocessen** gaat het om de vraag in hoeverre de maatschap aandacht besteedt aan de coördinatie, afstemming en overleg. Zowel binnen de maatschap als met verpleegkundigen, assistenten, huisartsen en in multidisciplinaire samenwerkingsverbanden. Dit blijken belangrijke aspecten te zijn en eerdere studies hebben aangetoond dat zo'n 30% van de aanbevelingen gaan over het management van deze zorgprocessen.⁵ Hiervoor is het instrument *Kwaliteitsinventarisatie en -Signalering Zorgprocessen (KISZ)* ontwikkeld.

Ook de *huisartsenenquête* kan voor de visitatie worden gebruikt. Het gaat daarbij om de mening van huisartsen over de maatschap ten aanzien van een aantal kwaliteitsaspecten van de patiëntenzorg en de samenwerking. De huisartsen kunnen zich met behulp van de enquête gericht voorbereiden op het gesprek. Soms kan de enquête het gesprek met de huisarts(en) ook vervangen. Dat is afhankelijk van de prioriteit die de wetenschappelijke vereniging en/of de maatschap geeft aan de rol van de huisartsen binnen het visitatiemodel. Ook andere enquêtes kunnen in sommige gevallen bepaalde gesprekken meer diepgang geven of eventueel vervangen. Zo hebben de gynaecologen besloten om het gesprek met de urologen te vervangen door een enquête. Hiervoor is een *urologenenquête* opgesteld.

Ook hoort een *procedureel dossieronderzoek* bij de evaluatie van het management van zorgprocessen. Hierbij gaat het met name om de opbouw van het dossier, volledigheid van documentatie en de leesbaarheid. Een goed dossier voldoet aan een aantal omschreven criteria. Deze criteria zijn verder uitgewerkt en besproken en met dit dossieronderzoek kan voor of tijdens de visitatie worden gezien of de dossiers aan deze criteria voldoen. Hiervoor is een *dossier onderzoeksformulier* ontwikkeld.

Het gebruik van *indicatoren* is voornamelijk nog een minder uitgewerkte methode van de nieuwe visitatiesystematiek. Tegelijkertijd is de evidence-based medical audit in dit handboek op twee manieren uitgewerkt, waarvan één manier vergelijkbaar is met het ontwikkelen van indicatoren. Bij de betrokken wetenschappelijke verenigingen is daarmee echter zeer beperkt ervaring opgedaan.

In het beleidsplan van de Orde wordt onder andere fors ingezet op het onderhoud van de bestaande en het ontwikkelen van betere en nieuwe indicatoren.⁶

Ook de indicatoren van de inspectie zullen komende periode inzet vragen van de medisch specialisten. Tot slot is er een project gestart om vanuit DBC's indicatoren te ontwikkelen. Het project is gericht op de ontwikkeling van één integrale set externe indicatoren per aandoening waarmee aan verschillende externe partijen verantwoording kan worden afgelegd (IGZ, zorgverzekeraars en patiënten/consumenten).

Kortom, er is veel aandacht voor indicatorontwikkeling. Dit betekent dat het gebruik van bepaalde indicatoren tijdens visitaties aan verandering onderhevig zal zijn. Voor de wetenschappelijke verenigingen betekent dit dat zij de ontwikkelingen op dat terrein in de gaten houden en daar waar nodig indicatoren inpassen in het visitatiemodel.

In dit hoofdstuk beschrijven we de ontwikkeling en het gebruik van de verschillende instrumenten, namelijk:

- KISZ-lijst,
- dossieronderzoek,
- huisartsenenquête,
- evidence-based medical audit (EBMA),
- complicatiebespreking.

Gezamenlijk geeft de uitslag van deze instrumenten de visitatiecommissie een indruk hoe het in de betreffende maatschap is gesteld met het onderdeel 'evaluatie van zorg'. Door die indruk per instrument in een getal uit te drukken dat varieert van 1 tot 5 en daarvan het gemiddelde te nemen, krijgt de visitatiecommissie de uiteindelijke score voor dit onderdeel van het kwaliteitsprofiel.

Referenties

1. Orde van Medisch Specialisten en Kwaliteitsinstituut CBO. Project Actualisatie Visitatie. Tussenrapportage. Utrecht, juli 2002.
2. Weert CM van. Development in professional quality assurance towards quality improvement: some examples of peer review in the Netherlands and the United Kingdom. International Journal for Quality in Health Care 2000;12(3):239-42.
3. Vinkenburg H. Kwaliteit in praktijk. Oktober 2004:10.
4. Hollander EJJ, Marang-van de Mheen PJ, Kieviet J. Van complicaties naar kwaliteitsverbetering. Medisch Contact 2005;9:362-5.
5. Lombarts K. Visitatie of medical specialists. Studies on its nature, scope and impact. 2003.
6. Orde van Medisch Specialisten. Kwaliteitsbeleid medisch specialisten 2007, versie november 2004.

Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde (NVK)

‘Dit model is uniek in de wereld’

‘Tedereen was wel een beetje uitgekeken op het oude visitatiemodel’, vertelt prof. dr. Tom Schulpen (1941), directeur Kwaliteitsbureau van de NVK. ‘Steeds weer dezelfde vragen over management, processen en cijfertjes en veel te weinig over wat je als specialist nu eigenlijk inhoudelijk doet. Ik denk dat veel mensen visitatiemoe waren geworden als we op de oude weg waren doorgegaan. Het nieuwe model betekent een ontzettende verdieping. Ik durf de stelling wel aan dat dit model uniek is in de wereld. Je vindt nergens zo’n kwaliteitssysteem. Vorig jaar oktober hield Kiki Lombarts, één van de initiatiefnemers van het nieuwe visitatiemodel, op het ISQua-wereldcongres (International Society for Quality in Health Care) een verhaal over kwaliteitsvisitaties. Nou, dat was gewoon een Dutch phenomenon. Buitenlandse collega’s waren stomverbaasd, dat kenden ze helemaal niet. Ze gaan wel eens bij elkaar langs, maar zo gestructureerd als wij het doen? Nergens! Kijk, opleidingsvisitaties kennen ze natuurlijk wel, die zijn gewoon verplicht en in Europees verband ook op elkaar afgestemd omdat we elkaars opleidingen erkennen. Maar kwaliteitsvisitaties? Ja, de Engelsen, Canadezen en Australiërs hebben iets wat op ons systeem lijkt, maar zij doen het lang niet zo gestructureerd als wij. Ik zou overal lezingen kunnen houden hoe wij in Nederland tegen kwaliteit aankijken. De mensen zullen van de stoel vallen van verbazing. Onze vereniging heeft ook van verschillende kanten het verzoek gekregen of zij onze protocollen mogen inzien om te kijken hoe wij het doen. Zo hebben we aan het Oostenrijkse ministerie het nieuwe model opgestuurd, wat zij zullen vertalen en hopelijk gaan gebruiken. Vonden ze fantastisch! Landen om ons heen hebben misschien andere dingen waar ze verder in zijn, wij zijn hier toevallig het verst in. We moeten er maar een mooie Engelse naam voor verzinnen en het model gaan exporteren. Dat zal zeker aanslaan, want waar groepen kinderartsen in ziekenhuizen werken en vakgroepen vormen die medisch autonoom zijn, daar kun je dan vergelijkend kwaliteitsonderzoek doen.’...

2.2 De KISZ-lijst

Drs. J.W. Hagemeyer

Dr. M.J.M.H. Lombarts

2.2.1 Inleiding op de KISZ-lijst

Het kwaliteitsdomein evaluatie van zorg heeft zowel betrekking op de evaluatie van zorguitkomsten als op evaluatie van zorgprocessen. De KISZ-lijst richt zich op het laatste. KISZ staat voor KwaliteitsInventarisatie en -Signalering Zorgprocessen.

De KISZ-lijst registreert of, en hoe effectief een maatschapsoverleg, afstemming en coördinatie van zorg in de (dagelijkse) praktijk heeft geregeld. Lombarts (2003) toonde aan dat circa 30% van de visitatieaanbevelingen voor verbetering, deze onderwerpen betreft.

Een zorgproces kan worden gedefinieerd als 'een aantal activiteiten in een logische volgorde, gericht op het doelbewust tot stand brengen van een kwalitatief goede zorgverlening'.¹ Bij het management van zorgprocessen gaat het om het bewaken en bevorderen van de kwaliteit van de afzonderlijke activiteiten in het proces en het goede verloop van het totale zorgproces.

Management van zorgprocessen betreft veelal het communiceren en samenwerken op zowel zorginhoudelijk als randvoorwaardelijk gebied ten behoeve van het zorgproces.

Wat levert het goed managen van zorgprocessen op?

- Het maakt overlap, hiaten zichtbaar,
- Het leert verder te kijken dan de eigen activiteit of werkplek,
- Het helpt de beste routines te vinden (best practices),
- Het maakt het werk toegankelijk voor verbetering (eerst weten hoe het zit en dan verbeteren),
- Het leidt daarom tot efficiencyverhoging en effectiviteitsverbetering,
- Het leidt tot een grotere beheersbaarheid (vastleggen),
- Het is de basis voor zelfsturing,
- Het maakt resultaten meetbaar en beïnvloedbaar.¹

Bij de KISZ-lijst gaat het om zelfevaluatie. De vragen vanuit de KISZ-lijst zijn belangrijk om de visitatiecommissie vertrouwen te kunnen geven in het adequaat management van (een meerderheid van) de zorgprocessen.

De KISZ-lijst richt zich op drie samenwerkingsaspecten:*

- vakinhoudelijke afstemming binnen de maatschap,
- verticale samenwerking: samenwerking met eerste- en derdelijn, met verpleegkundigen, arts-assistenten en andere medewerkers,
- horizontale samenwerking: samenwerking met collega's van andere disciplines.

* De KISZ-lijst volgt de indeling van het 'Professional Medical Practice Scheme'.² Dit classificatieschema beschrijft in vijf hoofdcategorieën en 32 aspecten de onderdelen van de medische praktijkvoering. Management van zorgprocessen is een van de hoofdcategorieën.

In de volgende paragrafen wordt de KISZ-lijst gepresenteerd. Achtereenvolgens worden beschreven:

- de KISZ-lijst: de ontwikkeling door de wetenschappelijke vereniging,
- gebruik van de KISZ-lijst door de maatschap,
- bespreking van de KISZ-lijst tijdens de visitatie,
- de score van de KISZ-lijst in het professioneel kwaliteitsprofiel,
- de meest gestelde vragen over de KISZ-lijst.

2.2.2 De KISZ-lijst: de ontwikkeling door de wetenschappelijke vereniging

Een vragenlijst ter doorlichting van het management van zorgprocessen

De ontwikkeling van de KISZ-lijst in vogelvlucht

1. Inventariseer welke aspecten bij het management van zorgprocessen van belang zijn.
2. Neem de items vanuit de algemene vragenlijst welke betrekking hebben op 'management van zorgprocessen', op in de KISZ-lijst.
3. Zet alle aspecten in het format van de KISZ-lijst.
4. Test de KISZ-lijst uit bij een aantal maatschappen.
5. Pas de KISZ-lijst aan op basis van de opgedane ervaringen.
6. Implementeer de KISZ-lijst binnen de visitatiesystematiek van de wetenschappelijke vereniging.

In het project hebben acht wetenschappelijke verenigingen geëxperimenteerd met de ontwikkeling en het gebruik van de KISZ-lijst. De wetenschappelijke verenigingen hebben een vergelijkbare methodiek gebruikt bij de ontwikkeling van de KISZ-lijst en volgden het onderstaande stappenplan.

Stap 1

Inventariseer aan de hand van de volgende onderverdeling welke aspecten bij het management van zorgprocessen binnen uw specialisme van belang zijn.

1. Vakinhoudelijke afstemming binnen de maatschap
 - a. Overdracht (rapport)
 - b. Visites
 - c. Eenheid van medisch beleid
2. Verticale samenwerking: onder meer ag(n)io, verpleegkundigen, assistenten
 - d. Assistenten (niet in opleiding)
 - e. Ander ondersteunende staf
 - f. Eerste- en derdelijnszorgverleners
3. Horizontale samenwerking:
 - g. Multi-specialistische samenwerking
 - h. Multi-disciplinaire samenwerking
 - i. Consultatie

Een bruikbare methode hiervoor is het brainstormen op basis van expertise. De betrokken leden kunnen ervaringen uitwisselen over welke aspecten bij management van zorgprocessen volgens hen van belang zijn om te inventariseren en komen vervolgens tot consensus.

Stap 2

De meeste wetenschappelijke verenigingen beschikken thans over een algemene vragenlijst die naar de te visiteren maatschap wordt gestuurd. De volgende stap is om de items in deze vragenlijst die betrekking hebben op management van zorgprocessen, op te nemen in de KISZ-lijst. Deze items kunnen worden weggelaten in de algemene vragenlijst.

Stap 3

De informatie verkregen vanuit stap 1 en 2 kan nu verwerkt worden in het ontworpen format van de KISZ-lijst (zie hiervoor het voorbeeld verderop in deze paragraaf beschreven). De vastgestelde aspecten kunnen worden omgezet in een gesloten vraag.

Stap 4

Stuur de conceptversie van de vragenlijst naar een aantal collega's en vraag aan hen of zij de lijst kritisch willen beoordelen en willen aangeven of er aspecten worden gemist in de lijst. Tevens kan ervoor worden gekozen om de vragenlijst bij een aantal maatschappen bij wijze van proef te laten invullen.

Stap 5

Gebruik de ervaringen, op- en aanmerkingen om de lijst aan te scherpen en vast te stellen.

Stap 6

Vervolgens kan de KISZ-lijst worden geïmplementeerd binnen de visitatiemethodiek van de wetenschappelijke vereniging.

Een voorbeeldvraag uit de KISZ-lijst van de Nederlandse Vereniging van Artsen voor Longziekten en Tuberculose (NVALT). Voor de complete KISZ-lijst van de NVALT wordt naar *bijlage 1* (pagina 42) verwezen.

Vraag	Feitelijke situatie (1)	Hoe waardeert u dit? (2)	Oordeel visitatie-commissie (3)	Signaalwaarde (4)
1. Wordt er een gestructureerd ochtend-rapport gehouden?	ja / nee			
1a. Zo ja, vindt deze plaats (omcirkel):	Dagelijks Voor het weekend Na het weekend			
1b. Zo ja, is het gebruikelijk dat alle long-artsen daaraan deelnemen?	ja / nee			
1c. Zo ja, is het gebruikelijk dat alle assistenten daaraan deelnemen?	ja / nee			

Tijdens het ontwikkelingsproces hebben de wetenschappelijke verenigingen minimaal twee proefvisitaties uitgevoerd om de werkbaarheid van het instrument te testen. In de KISZ-lijst wordt naar de feitelijke situatie gevraagd en naar de waardering van deze situatie. In de waardering worden meningen van zowel de maatschap als de visitatiecommissie en de eventueel beschikbare kwaliteitsnormen meegewogen. Hieruit volgt een signaalwaarde die het verbeterpotentieel uitdrukt en tijdens de visitatie besproken of toegelicht kan worden.

Methodiek in ontwikkeling

Vanuit de ervaringen tijdens de proefvisitaties is gebleken dat het voorgestelde format aanpassing vraagt. De antwoordkolom 'kwaliteitsnorm' wordt op dit moment door geen van de acht verenigingen gebruikt vanwege het ontbreken van kwaliteitsnormen voor de in de KISZ-lijst bevroegde items. Tevens is gebleken dat het in de praktijk te omslachtig is om de kolom 'oordeel visitatiecommissie' tijdens de visitatie in te vullen.

De KISZ-lijst is een instrument in ontwikkeling. Onder meer ingegeven door bovenstaande feedback, maar ook om meer eenduidigheid van methodiek tussen de instrumenten in het geactualiseerde visitatiemodel te bewerkstelligen, adviseert de projectgroep om een variant op de eerste versie van de KISZ-lijst te maken. Deze variant heeft dezelfde methodiek als de Quick Scan. Aan de hand van een stelling wordt de maatschap gevraagd, in welke mate men de stelling van toepassing vindt op de *huidige situatie* in de maatschap, en hoe *belangrijk* men het goed functioneren vindt. Op basis van deze score wordt de zogenaamde *signaalwaarde* bepaald. Deze waarde geeft aan waar verbetering mogelijk is: hoe hoger de waarde, des te groter het verbeterpotentieel. De maatschapsleden scoren individueel en men kan vervolgens de maatschapscore berekenen, waarbij de spreiding tussen de leden van de maatschap inzichtelijk is. De KISZ-lijst is hiermee primair een instrument voor zelf-evaluatie. De NIV heeft deze nieuwe variant van de KISZ-lijst ontwikkeld en getest. Hieronder volgt een voorbeeld van deze nieuwe variant.

Vakinhoudelijke afstemming binnen de maatschap	Huidige situatie (Score 1 t/m 5)	Hoe belangrijk vindt u dit aspect? (Score 1 t/m 5)	Signaalwaarde
Elke ochtend houden wij een goede, gestructureerde overdracht.			
Wij houden een dagelijks een gestructureerde avondoverdracht.			
Elk weekend vindt er een goede, gestructureerde overdracht plaats.			

In *bijlage 2* (pagina 47) is de gehele KISZ-lijst van de NIV opgenomen en in *bijlage 3* (pagina 53) is de te volgen procedure door de maatschap beschreven.

2.2.3 Het gebruik van de KISZ-lijst door de maatschap

Beschrijving van de procedure

De KISZ-lijst: aanpak in vogelvlucht

1. Vul de KISZ-vragenlijst als maatschap gezamenlijk in. Laat alle maatschapsleden als voorbereiding op de bespreking eerst de vragenlijst individueel invullen.
2. Verwerk de scores in de lijst.
3. Bespreek de bevindingen in de maatschap en formuleer conclusies en verbeteracties.
4. Maak een plan van aanpak voor het uitvoeren van de verbeteracties.
5. Stuur de resultaten naar de visitatiecommissie.
6. Bereken tijdens of na de visitatie de signaalwaarde.

Volg voor het gebruik van de KISZ-lijst de volgende procedure.

Stap 1

Maak van de KISZ-lijst net zoveel kopieën als er maatschapsleden zijn. Vraag ieder lid voorafgaande aan de bespreking van de maatschap als voorbereiding de KISZ-lijst individueel in te vullen.

Invulinstructie

Aan uw maatschap wordt gevraagd kolommen 1 en 2 in te vullen.

Kolom 1 vraagt naar een feitelijke situatie, meestal te beantwoorden met ja of nee en een enkele keer wordt gevraagd naar frequenties.

Kolom 2 vraagt naar uw mening over/ waardering van deze feitelijke situatie. De volgende scores kunt u hiervoor gebruiken:

- 1 = goed
- 2 = te verbeteren
- 3 = onvoldoende

Stap 2

Vul tijdens de bespreking de vragenlijst als collectief in zodat de mening van de gehele maatschap is verwoord.

Stap 3

Organiseer een vergadering met de maatschap en bespreek de resultaten van de KISZ-lijst; vaak zal dit tegelijk met het invullen van de lijst gepaard gaan. De bespreking zal resulteren in een prioriteitenlijst met verbeteraspecten van het management van zorgprocessen waar u zich als maatschap op gaat richten.

In totaal bestaat de KISZ-lijst uit een groot aantal vragen, verdeeld over drie onderdelen. U kunt de resultaten op verschillende manieren rangschikken en prioriteren. U bent vrij daarin een keuze te maken. Laat u leiden door wat het meest zinvol is voor uw maatschap.

Voorbeelden van het opstellen van uw prioriteitenlijst

- Prioriteit wordt gegeven aan de tien hoogste scores van het *totaal* van alle aspecten.
- Prioriteit wordt gegeven aan de twee hoogste scores van *elk onderdeel*.

De KISZ-lijst is een hulpmiddel om inzicht te krijgen in hoe effectief een maatschap overlegt, afstemt en coördineert en identificeert welke bottlenecks het meeste risico met zich meebrengen voor de kwaliteit van zorg (die met de hoogste signaalwaarde).

Belangrijk is dat de maatschap zelf, op basis van de onderlinge bespreking, bepaalt op welke verbeterpunten men zich gaat richten. Het gaat erom dat de maatschapsleden gezamenlijk beslissen welke aspecten ze de komende periode willen gaan verbeteren.

Stap 4

Maak met elkaar een realistisch verbeterplan.

Tip

Denk bij het formuleren van een verbeterplan aan de hierna volgende zaken.

- formuleer uw doel duidelijk en in meetbare termen, hanteer hiervoor de SMART-eisen:
 - S = specifiek
 - M = meetbaar
 - A = acceptabel
 - R = resultaatgerichtheid
 - T = tijdgebonden
- formuleer de verbeteracties (dus welke stappen dienen gezet te worden en door wie).
- stel een verantwoordelijke aan die het verbeterproces bewaakt.
- spreek af wanneer en hoe je gaat evalueren.

Stap 5

Stuur de ingevulde KISZ-lijst en het verbeterplan tijdig aan de visitatiecommissie.

Stap 6

Na bespreking van de resultaten van de KISZ-lijst met de visitatiecommissie, waarbij de visitatie haar oordeel heeft kenbaar gemaakt, kan u de signaalwaarde berekenen. Maak één lid van de maatschap verantwoordelijk voor het berekenen van deze waarde.

Voor de berekening van de signaalwaarde maakt u gebruik van de hiernavolgende items.

- Hoe waardeert u dit?
 - 1 = goed
 - 2 = te verbeteren
 - 3 = onvoldoende
- Oordeel visitatiecommissie
 - 1 = goed
 - 2 = te verbeteren
 - 3 = onacceptabel

Om de signaalwaarde te berekenen, vermenigvuldigt men de twee scores met elkaar.

Dus: score ‘waardering’ x score ‘oordeel visitatiecommissie’. Waarbij de minimale score 1 en maximale score 9 bedraagt. Hoe hoger de score, hoe belangrijker het is om hier een verbetering op te bewerkstelligen.

Aan de hand van een voorbeeld lichten we toe hoe de signaalwaarde wordt bepaald.

Stel dat u de ‘waardering’ (tweede kolom) en het ‘oordeel visitatiecommissie’ (derde kolom) van de vraag ‘Wordt er een ochtendrapport gehouden?’ scoort. De score is respectievelijk 2, 2. Dan komt er een signaalwaarde uit van $2 \times 2 = 4$

Vraag	Feitelijke situatie (1)	Hoe waardeert u dit? (2)	Oordeelvisitationcommissie (3)	Signaalwaarde (4)
1. Wordt er een gestructureerd ochtendrapport gehouden?	ja	2	2	4

2.2.4 Bespreking van de KISZ-lijst tijdens de visitatie

Procedure en inhoud

Tijdens de visitatie worden de resultaten van de KISZ-lijst en het opgestelde verbeterplan besproken met de visitatiecommissie. In het dagprogramma van de visitatie is ongeveer dertig minuten ingeruimd voor de bespreking van de KISZ-lijst.

Tijdens dit gesprek zal de commissie zicht proberen te krijgen op de wijze waarop de maatschap het management van zorgprocessen evalueert en zo nodig verbetert.

De vragen die de visitatiecommissie stelt, zullen veelal gaan over (enkele van de) volgende onderwerpen:

- de door de maatschap gevolgde *procedure* bij het uitvoeren van de KISZ-lijst,
- de *inhoudelijke bevindingen* van de KISZ-lijst; de scores en/of de geformuleerde verbeteracties,
- het *verbeterplan* van de maatschap.

Indien in de KISZ-lijst de kolom ‘oordeel visitatiecommissie’ is opgenomen, kan de visitatiecommissie tijdens of na afloop van het gesprek de afzonderlijke items scoren.

2.2.5 De score van de KISZ-lijst in het professioneel kwaliteitsprofiel

In het professioneel kwaliteitsprofiel is als één van de vier kwaliteitsdomeinen evaluatie van zorg opgenomen. Het domein is onderverdeeld in een aantal kwaliteitsaspecten waarvan evaluatie van het management van zorgprocessen er één is. In het huidige model is voor de zelfevaluatie van dit deelaspect de KISZ-lijst beschikbaar.

Net als de meeste andere evaluatie-instrumenten van het kwaliteitsvisitatiemodel, is de KISZ-lijst een hulpmiddel voor zelfevaluatie. Met behulp van de KISZ-lijst wordt geïnventariseerd of, en hoe effectief een maatschap overleg, afstemming en coördinatie van zorg in de (dagelijkse) praktijk heeft geregeld.

De visitatiecommissie spreekt een oordeel uit over de zorg voor kwaliteit.

De vraag die de commissie moet beantwoorden bij het beoordelen van het kwaliteitsdomein evaluatie van zorg, deelaspect evaluatie van het management van zorgprocessen luidt:

In welke mate besteedt de maatschap serieus aandacht aan het management van zorgprocessen?

De commissie beantwoordt deze vraag zowel kwantitatief als kwalitatief.

Een deel van het antwoord van de commissie wordt uitgedrukt in een score, volgens onderstaand schema.

1. KISZ-lijst is niet ingevuld.
2. KISZ-lijst is door alle vakgroepsleden ingevuld, en resultaten zijn in de vakgroep besproken.
3. Resultaten zijn besproken, prioriteiten zijn gesteld en vervolg-/verbeteracties zijn gepland.
4. De geplande acties zijn uitgevoerd en (worden) geëvalueerd.
5. KISZ-lijst wordt periodiek gedaan en de resultaten zijn gekoppeld aan het maatschapsbeleidsplan en -jaarsverslag.

De score drukt uit of een maatschap (voldoende) aandacht heeft voor de evaluatie van het management van zorgprocessen.

De commissie baseert haar oordeel over het deelaspect ‘evaluatie van het management van zorgprocessen’ op meerdere bronnen. Het gebruik van de KISZ-lijst door de maatschap zelf, en het gesprek hierover met de commissie, vormt er slechts één van. Andere bronnen waaruit de commissie put zijn onder meer:

- de gesprekken met de medewerkers, (eventueel) arts-assistenten, verwijzend huisartsen, vertegenwoordigers van de medische staf en/of de Raad van Bestuur,

- documenten van de maatschap, zoals protocollen, een beleidsplan of jaarverslag,
- dossieronderzoek,
- huisartsenenquête.

Naast de score die de commissie geeft voor 'evaluatie van het management van zorgprocessen', is er in het visitatierapport, zoals ook nu gebruikelijk is, voldoende ruimte voor het beschrijven van conclusies en aanbevelingen. In dit deel van het visitatierapport kunnen specifieke en genuanceerde bevindingen en opmerkingen worden genoteerd. Waar nodig zal de commissie aanbevelingen voor verbetering formuleren.

2.2.6 De meest gestelde vragen over de KISZ-lijst

1. *Wat is het doel van de KISZ-lijst?*

Doel van de KISZ-lijst is om zicht te krijgen op welke wijze en hoe effectief een maatschap overleg, afstemming en coördinatie van zorg in de (dagelijkse) praktijk heeft geregeld.

De volgende onderdelen komen aan bod:

1. Vakinhoudelijke afstemming binnen de maatschap
 - a. overdracht (rapport)
 - b. visites
 - c. eenheid van medisch beleid
2. Verticale samenwerking: onder meer ag(n)io, verpleegkundigen, assistenten
 - d. assistenten (niet in opleiding)
 - e. ander ondersteunende staf
 - f. eerste- en derdelijnszorgverleners
3. Horizontale samenwerking:
 - g. multi-specialistische samenwerking
 - h. multi-disciplinaire samenwerking
 - i. consultatie

2. *Hoe kunnen we als maatschap de KISZ-lijst het beste invullen?*

Vraag ieder lid voorafgaande aan de bespreking van de maatschap als voorbereiding de KISZ-lijst individueel in te vullen. Vul tijdens de bespreking de vragenlijst als collectief in zodat de mening van de gehele maatschap is verwoord.

3. *Hoe berekenen we als maatschap de signaalwaarde van de KISZ-lijst?*

Voor de berekening van de signaalwaarde maakt men gebruik van de volgende items:

Hoe waardeert u dit? (kolom 2)

- 1 = goed
- 2 = te verbeteren
- 3 = onvoldoende

Oordeel visitatiecommissie (kolom 3)

- 1 = goed
- 2 = te verbeteren
- 3 = onacceptabel

Om de signaalwaarde te berekenen vermenigvuldigt men de twee scores met elkaar.

Dus: score 'waardering' X score 'oordeel visitatiecommissie'. Waarbij de minimale score 1 en maximale score 9 bedraagt. Hoe hoger de score, hoe belangrijker het is om hier een verbetering op te bewerkstelligen.

4. *Hoe moeten we de scores van de KISZ-lijst interpreteren?*

De KISZ-lijst is een hulpmiddel in het verkrijgen van inzicht op welke wijze en hoe effectief een maatschap overleg, afstemming en coördinatie van zorg in de (dagelijkse) praktijk heeft geregeld. Het is een instrument voor zelfevaluatie; wat u sterke en zwakke punten vindt, hoeft niet overeen te komen met wat uw omgeving (patiënten, collega's, huisartsen) van uw functioneren vindt.

5. *Hoe kunnen we de resultaten het beste binnen de maatschap bespreken?*

Er is niet één standaard werkwijze om de resultaten binnen de maatschap te bespreken. Dat ze worden besproken met de gehele maatschap en dat iedereen hierin zijn of haar inbreng kan hebben, is wel belangrijk. Organiseer een vergadering met de maatschap en bespreek de resultaten van de KISZ-lijst, vaak zal dit tegelijk met het invullen van de lijst gepaard gaan. De bespreking zal resulteren in een prioriteitenlijst met verbeteraspecten van het management van zorgprocessen waar u zich als maatschap op gaat richten.

De leidraad voor de bespreking zou één van, of een combinatie van, de volgende uitgangspunten kunnen zijn:

- bespreking van bijvoorbeeld vijf vragen waar men de feitelijke situatie met een 'nee' heeft beantwoord en een onvoldoende score op de waardering. Er kan voor worden gekozen dit per onderdeel te doen.
- bespreking van de vijf vragen waar men de feitelijke situatie met een 'nee' heeft beantwoord en een onvoldoende score op de waardering maar waar men geen verbetering op gaat behalen.

6. *Hoe selecteren we als maatschap de punten voor verbetering?*

Het gaat erom dat de maatschap beslist welke aspecten van het management van zorgprocessen de komende periode worden verbeterd. Belangrijk is dat de maatschap zelf bepaalt, op basis van de onderlinge bespreking, op welke verbeterpunten men zich gaat richten. Het gaat erom dat de maatschapsleden gezamenlijk beslissen welke aspecten ze de komende periode willen gaan verbeteren. Denk aan de volgende criteria:

- Is iedereen het erover eens?
- Zijn we ertoe in staat?
- Moeten er eerst andere zaken worden aangepakt voordat we dit punt kunnen verbeteren?
- Is het financieel en organisatorisch haalbaar?

In totaal bestaat de KISZ-lijst uit een groot aantal vragen, verdeeld over drie onderdelen. De maatschap kan de resultaten op verschillende manieren rangschikken en prioriteren. Zij is vrij daarin een keuze te maken. Laat u leiden door wat het meest zinvol is voor uw maatschap.

Voorbeelden van het opstellen van uw prioriteitenprogramma

- Prioriteit wordt gegeven aan de tien hoogste scores van het *totaal* van alle aspecten,
- Prioriteit wordt gegeven aan de twee hoogste scores van *elk onderdeel*.

7. Hoe beoordeelt de visitatiecommissie de resultaten van de KISZ-lijst?

De wetenschappelijke verenigingen hebben op dit moment nog geen kwaliteitsnormen voorhanden voor het beoordelen van het management van zorgprocessen. De vereniging verwacht wel dat de maatschap de KISZ-lijst heeft ingevuld. De visitatiecommissie zal hiernaar vragen en met de maatschap van gedachten wisselen over de resultaten en de hieruit volgende verbeterinitiatieven. Uiteindelijk zal de commissie de maatschap volgens onderstaand schema een score toekennen.

1 = KISZ-lijst is niet ingevuld.

2 = KISZ-lijst is door alle vakgroepsleden ingevuld, en resultaten zijn in de vakgroep besproken.

3 = Resultaten zijn besproken, prioriteiten zijn gesteld en vervolg-/verbeteracties zijn gepland.

4 = De geplande acties zijn uitgevoerd en (worden) geëvalueerd.

5 = KISZ-lijst wordt periodiek gedaan en de resultaten zijn gekoppeld aan het maatschapsbeleidsplan en -jaarverslag.

Deze score zegt niets over hoe goed of slecht de maatschap functioneert op het kwaliteitsaspect 'management van zorgprocessen'. Het drukt uit of u (voldoende) aandacht heeft voor de evaluatie van management van zorgprocessen. Voor de visitatie geldt in het algemeen dat geen uitspraak wordt gedaan (kan worden gedaan) over de kwaliteit van zorg, maar gekeken wordt naar de zorg voor kwaliteit.

8. Kan de KISZ-lijst worden gebruikt voor vergelijking met andere maatschappen?

Nee, de KISZ-lijst heeft alleen waarde voor de eigen maatschap. Vergelijking met andere maatschappen heeft geen zin omdat de score van de KISZ-lijst sterk contextgebonden is en niet gebaseerd is op een harde, meetbare kwaliteitsnorm die voor externe vergelijking een vereiste is.

9. Hoe vaak moeten we als maatschap het invullen van de KISZ-lijst herhalen?

Als onderdeel van de visitatie wordt van de maatschap verwacht dat zij de KISZ-lijst eens per vijf jaar uitvoert. Daarmee voldoet zij aan de visitatieverplichting. Het is echter aan te bevelen om de KISZ-lijst ook tussentijds uit te voeren. Bijvoorbeeld eens per jaar ter evaluatie van het afgelopen jaar en/of ter voorbereiding op het maken van het jaarplan voor de maatschap.

Referenties

1. Dorr DC. Presteren met processen. Procesmanagement voor dienstverlenende organisaties. Kluwer 2000/2001.
2. Lombarts MJMH, Klazinga NS. Inside self regulation: peer review (visitatie) by Dutch medical specialist. Clinical Governance: an International Journal 2003;8(4):318-30.

Nederlandse Orthopaedische Vereniging (NOV)

‘Zo’n rollenspel werkt ongelooflijk verhelderend’

Een aanvulling op het bestaande systeem. Zo kwalificeert dr. Lex Vosmaer (1946), voorzitter van de visitatiecommissie NOV, het nieuwe visitatiemodel. Dus nog niet in plaats van. Vosmaer: ‘Het model nodigt uit tot het zelf zoeken naar verbeterpunten. Daar is zelfreflectie voor nodig en dat biedt het nieuwe model. Dat is ook het aantrekkelijke ervan. Aan de andere kant moeten er nog heel wat verbeterpunten in het model worden doorgevoerd. Maar dit model biedt zeker meer mogelijkheden tot zelfreflectie, met de nadruk op het woordje ‘zelf’.

Wij bezoekers kunnen geen inhoud geven aan zorg, dat moeten de maatschappen zelf doen. Maar we kunnen het wél toetsen. En dat toetsen kun je op verschillende manieren doen: meegaand, begripvol, confronterend of directief. En daarin zie ik een ontwikkeling. Vroeger zaten we met z'n allen alleen maar in dat meegaan. Je wilde als commissie vooral niet te veel opvoeden. Maar ik constateer dat we nu steeds vaker de weg kiezen van spiegelend optreden. Dan ga je als visiteur dus op een hoger plan zitten. Hoe je dat doet, is natuurlijk zeer persoonsgebonden. We hebben daar training in gehad door onder andere een rollenspel te spelen. Dat was ongelooflijk verhelderend. Als je een stijl hanteert waarbij je maar blijft doorvragen en er steeds bovenop zit, kan dat ertoe leiden dat je uiteindelijk vrij weinig te horen krijgt. Dan is een wat softere, meegaande stijl veel effectiever. Het is geweldig interessant om die gesprekstechnieken te beheersen.

Of onze leden enthousiast zijn over dit model? Nee, zeker niet. Alwéér een verandering is een veelgehoorde reactie. Ook is de materie nogal euh, wollig. En dat ligt ons snijders niet zo goed. Dat geitenwollensokken gepraat wekt enige weerzin op. Ik heb er zelf ook een tijdje voor nodig gehad om eraan te wennen. Mijn advies aan andere verenigingen is: houdt het overzichtelijk en simpel. Begin niet met alle instrumenten tegelijk, en vraag hulp van het CBO. Dat voorkomt dat je gaat zwemmen.’

Bijlage I.

KISZ-lijst van de Nederlandse Vereniging van Artsen voor Longziekten en Tuberculose (NVALT)

Deel I

Management van zorgprocessen: vakinhoudelijke afstemming binnen de maatschap

Vragen betreffende:

1. overdracht,
2. visites,
3. eenheid van medisch beleid.

De kolommen worden als volgt ingevuld/gescoord:

- | | |
|---|--|
| 1. Feitelijke situatie beantwoorden (met ja of nee) | 3. Oordeel visitatiecommissie
1 = goed
2 = te verbeteren
3 = onacceptabel |
| 2. Hoe waardeert u dit?
1 = goed
2 = te verbeteren
3 = onvoldoende | 4. Signaalwaarde: (2) * (3) = (4) |

Vraag	Feitelijke situatie (1)	Hoe waardeert u dit? (2)	Oordeel visitatie-commissie (3)	Signaalwaarde (4)
4. Zijn er protocollen voor diagnostische technieken?	ja / nee			
5. Zijn er protocollen voor behandeling?	ja / nee			
6. Werkt u allen volgens de NVALT-richtlijn maligne pleuravocht?	ja / nee			
7. Zorgt iedere longarts uitsluitend voor de eigen patiënten?	ja / nee			
8. Worden complicaties geregistreerd?	ja / nee			
9. Vindt er periodiek een complicatie-bespreking plaats?	ja / nee			
10. Vindt er periodiek een necrologie-bespreking plaats?	ja / nee			
10a. Zijn de longartsen bij alle obducties aanwezig?	ja / nee			
10b. Worden alle obducties besproken?	ja / nee			
10c. Zo ja, worden de bevindingen geregistreerd?	ja / nee			

Vraag	Feitelijke situatie (1)	Hoe waardeert u dit? (2)	Oordeel visitatie-commissie (3)	Signaalwaarde (4)
1. Wordt er een gestructureerd ochtend-rapport gehouden?	ja / nee			
1a. Zo ja, vindt deze plaats (omcirkel):	Dagelijks Voor het weekend Na het weekend			
1b. Zo ja, is het gebruikelijk dat alle longartsen daaraan deelnemen?	ja / nee			
1c. Zo ja, is het gebruikelijk dat alle assistenten daaraan deelnemen?	ja / nee			
2. Wordt er dagelijks visite gelopen bij alle patiënten?	ja / nee			
3. Wordt er door de longartsen visite gelopen?	ja / nee			
3a. Zo ja, hoe vaak per week?	... x per week			

Deel II

Management van zorgprocessen: samenwerking met medewerkers, arts-assistenten en eerste- en derdelijn

De kolommen worden als volgt ingevuld/gescoord:

- | | |
|---|--|
| 1. Feitelijke situatie beantwoorden (met ja of nee) | 3. Oordeel visitatiecommissie
1 = goed
2 = te verbeteren
3 = onacceptabel |
| 2. Hoe waardeert u dit?
1 = goed
2 = te verbeteren
3 = onvoldoende | 4. Signaalwaarde: (2) * (3) = (4) |

Vraag	Feitelijke situatie (1)	Hoe waardeert u dit? (2)	Oordeel visitatie-commissie (3)	Signaalwaarde (4)
1. Vindt er regelmatig gestructureerd overleg plaats met verpleegkundigen over <i>organisatorische</i> zaken?	ja / nee			
2. Vindt er regelmatig gestructureerd overleg plaats met verpleegkundigen over <i>patiëntgebonden</i> zaken?	ja / nee			
3. Zijn de werkafspraken met de verpleegkundigen gedocumenteerd?	ja / nee			
4. Vindt er regelmatig gestructureerd overleg plaats met de polikliniek-assistenten?	ja / nee			
5. Vindt er regelmatig gestructureerd overleg plaats met de behandelkamer-assistenten?	ja / nee			
6. Vindt er periodiek overleg plaats met de huisartsen?	ja / nee			
7. Zijn er schriftelijke werkafspraken met de huisartsen?	ja / nee			
8. Zijn de landelijke transmurale afspraken voor astma en COPD besproken met de huisartsen?	ja / nee			
9. Kunnen huisartsen longfunctieonderzoek aanvragen?	ja / nee			
9a. Zo ja, worden deze beoordeeld door de longarts?	ja / nee			
9b. Worden deze patiënten door de longarts gezien?	ja / nee			
9c. Wordt hiervoor een korte kaart verstrekt?	ja / nee			
10. Werkt de maatschap samen met de thuiszorg?	ja / nee			
11. Werkt de maatschap samen met het IKC?	ja / nee			

Vraag	Feitelijke situatie (1)	Hoe waardeert u dit? (2)	Oordeel visitatie-commissie (3)	Signaalwaarde (4)
12. Werkt de maatschap samen met de GGD tuberculosebestrijding?	ja / nee			
13. Nemen de arts-assistenten deel aan de complicatiebespreking?	ja / nee			
14. Doen de arts-assistenten consulten op andere afdelingen?	ja / nee			
14a. Zo ja, worden deze altijd besproken met een longarts?	ja / nee			
15. Heeft de dienstdoende ag(n)io voor de SEH ook de zorg voor alle afdelingen in het ziekenhuis?	ja / nee			
16. Zijn de instructies aan de arts-assistenten schriftelijk vastgelegd?	ja / nee			
17. Is er gestructureerd onderwijs voor arts-assistenten?	ja / nee			
18. Vindt er periodiek overleg plaats met de Raad van Bestuur?	ja / nee			

Deel III

Management van zorgprocessen: multi-specialistische samenwerking

Vragen betreffende:

1. multi-specialistische samenwerking,
2. consulten.

De kolommen worden als volgt ingevuld/gescored:

<ol style="list-style-type: none"> 1. Feitelijke situatie beantwoorden (met ja of nee) 2. Hoe waardeert u dit? 1 = goed 2 = te verbeteren 3 = onvoldoende 	<ol style="list-style-type: none"> 3. Oordeel visitatiecommissie 1 = goed 2 = te verbeteren 3 = onacceptabel 4. Signaalwaarde: (2) * (3) = (4)
---	--

Vraag	Feitelijke situatie (1)	Hoe waardeert u dit? (2)	Oordeel visitatie-commissie (3)	Signaalwaarde (4)
1. Is er een dagelijkse bespreking met de radiologen?	ja / nee			
1a. Zijn de arts-assistenten hierbij aanwezig?	ja / nee			
2. Zijn er regelmatig gestructureerde besprekingen met de internisten?	ja / nee			
3. Zijn er gestructureerde besprekingen met de (thorax)chirurgen?	ja / nee			
3a. Zijn de longartsen aanwezig bij de longoperaties?	ja / nee			
3b. Is de longarts verantwoordelijk voor de peri-operatieve zorg?	ja / nee			
4. Zijn er gestructureerde besprekingen met de cardiologen?	ja / nee			
5. Zijn er gestructureerde besprekingen met de pathologen?	ja / nee			
6. Is er een oncologiebespreking?	ja / nee			
6a. Participeren er longartsen vanuit het IKC in de oncologiebespreking?	ja / nee			
7. Participeren de longartsen in een gestructureerde IC-bespreking?	ja / nee			
8. Is er een SEH dienstlijst voor longartsen?	ja / nee			
9. Bestaat er een ziekenhuisbreed protocol voor de behandeling van longembolie?	ja / nee			
10. Bestaat er een ziekenhuisbreed protocol voor de behandeling van pneumonie?	ja / nee			
11. Bestaat er een ziekenhuisbreed NR-protocol?	ja / nee			

Bijlage 2.

KISZ-lijst van de Nederlandsche Internisten Vereeniging (NIV)

Deel I

Management van zorgprocessen: vakinhoudelijke afstemming binnen de maatschap

Vragen betreffende:

1. overdracht,
2. visites,
3. eenheid van medisch beleid

Gelieve de kolommen als volgt in te vullen/scoren:

<p>Voor de <i>huidige situatie</i> geldt dat de situatie beschreven in de stelling:</p> <p>1 = in zeer geringe mate van toepassing is op u of uw maatschap</p> <p>2 = in geringe mate van toepassing is op u of uw maatschap</p> <p>3 = enigszins van toepassing is op u of uw maatschap</p> <p>4 = in hoge mate van toepassing is op u of uw maatschap</p> <p>5 = altijd van toepassing is</p>	<p>Voor de waardering van het belang geldt dat u de situatie beschreven in de stelling:</p> <p>1 = zeer onbelangrijk vindt</p> <p>2 = onbelangrijk vindt</p> <p>3 = enigszins van belang vindt</p> <p>4 = belangrijk vindt</p> <p>5 = zeer belangrijk vindt</p>
---	---

De signaalwaarde hoeft u niet direct in te vullen, deze kan later worden berekend!

Vakinhoudelijke afstemming binnen de maatschap	Huidige situatie (Score 1 t/m 5)	Hoe belangrijk vindt u dit aspect? (Score 1 t/m 5)	Signaalwaarde
1.1 Elke ochtend houden wij een goede, gestructureerde overdracht.			
1.2 Wij houden dagelijks een gestructureerde avondoverdracht.			
1.3 Elk weekend vindt er een goede, gestructureerde overdracht plaats.			
1.4 Al onze patiënten worden elke dag door een internist bezocht.			
1.5 Op werkdagen lopen wij altijd voor alle interne patiënten visite.			
a. Elke (werk)dag loopt een van de internisten visite.			
b. In het weekend wordt er altijd visite gelopen.			
c. Als een internist visite loopt, lopen de ag(n)io's altijd de visite mee.			
d. Ag(n)io's lopen geregeld zelfstandig visite.			
1.6 We houden als internisten periodiek een gezamenlijke (papieren) visite c.q. we bespreken onze probleempatiënten gezamenlijk.			
1.7 In onze praktijk worden alle complicaties geregistreerd.			
1.8 Al onze complicaties worden periodiek besproken.			

Deel II

Management van zorgprocessen: samenwerking met medewerkers, arts-assistenten en eerste- en derde lijn

Gelieve de kolommen als volgt in te vullen/scoren:

Voor de *huidige situatie* geldt dat de situatie beschreven in de stelling:

- 1 = in zeer geringe mate van toepassing is op u of uw maatschap
- 2 = in geringe mate van toepassing is op u of uw maatschap
- 3 = enigszins van toepassing is op u of uw maatschap
- 4 = in hoge mate van toepassing is op u of uw maatschap
- 5 = altijd van toepassing is

Voor de waardering van het belang geldt dat u de situatie beschreven in de stelling:

- 1 = zeer onbelangrijk vindt
- 2 = onbelangrijk vindt
- 3 = enigszins van belang vindt
- 4 = belangrijk vindt
- 5 = zeer belangrijk vindt

De signaalwaarde hoeft u niet direct in te vullen, deze kan later worden berekend!

Samenwerking met medewerkers, arts-assistenten en eerste- en derde lijn	Huidige situatie (Score 1 t/m 5)	Hoe belangrijk vindt u dit aspect? (Score 1 t/m 5)	Signaalwaarde
2.1 Er zijn duidelijke schriftelijke werkafspraken met de verpleegkundigen.			
2.2 Bij een opname worden alle opdrachten schriftelijk gegeven.			
2.3 Opdrachten voor medicatie worden altijd schriftelijk gegeven.			
2.4 Er is altijd een verpleegkundige aanwezig bij een slechtnieuwsgesprek.			
2.5 Het overleg met de polikliniekassistenten verloopt goed.			
2.6 We voeren gestructureerd overleg over de samenwerking met de thuiszorg.			
2.7 Er zijn duidelijke schriftelijke werkafspraken met de huisartsen.			
2.8 We voeren regelmatig gestructureerd overleg met de huisartsen.			
2.9 Ten minste een paar keer per jaar worden de huisartsen in ons ziekenhuis uitgenodigd voor bijeenkomsten met de medische staf.			
2.10 De huisartsen nodigen ons geregeld uit voor bijeenkomsten met de samenwerkende huisartsen.			
2.11 Wij zijn voor huisartsen telefonisch altijd goed bereikbaar.			
2.12 Onze maatschap werkt goed samen met de thuiszorg.			
2.13 Onze maatschap/vakgroep heeft periodiek overleg met de Raad van Bestuur.			

Deel III

Management van zorgprocessen: multi-specialistische samenwerking

Gelieve de kolommen als volgt in te vullen/scoren:

Voor de *huidige situatie* geldt dat de situatie beschreven in de stelling:

- 1 = in zeer geringe mate van toepassing is op u of uw maatschap
- 2 = in geringe mate van toepassing is op u of uw maatschap
- 3 = enigszins van toepassing is op u of uw maatschap
- 4 = in hoge mate van toepassing is op u of uw maatschap
- 5 = altijd van toepassing is

Voor de waardering van het belang geldt dat u de situatie beschreven in de stelling:

- 1 = zeer onbelangrijk vindt
- 2 = onbelangrijk vindt
- 3 = enigszins van belang vindt
- 4 = belangrijk vindt
- 5 = zeer belangrijk vindt

De signaalwaarde hoeft u niet direct in te vullen, deze kan later worden berekend!

Multi-specialistische samenwerking	Huidige situatie (Score 1 t/m 5)	Hoe belangrijk vindt u dit aspect? (Score 1 t/m 5)	Signaalwaarde
3.1 De gestructureerde bespreking met de radiologen verloopt goed.			
a. De aanwezigheid van internisten op de vergaderingen is goed.			
b. De aanwezigheid van arts-assistenten op de vergaderingen is goed.			
3.2 Het overleg met de chirurgen verloopt goed.			
a. De agendering van de bespreking is goed verzorgd.			
b. De besluiten worden goed gedocumenteerd.			
c. De aanwezigheid van internisten op de vergaderingen is goed.			
d. De aanwezigheid van arts-assistenten op de vergaderingen is goed.			
3.3 De participatie van de internisten in de gestructureerde IC-bespreking is goed.			
a. De agendering van de bespreking is goed verzorgd.			
b. De besluiten worden goed gedocumenteerd.			
c. De aanwezigheid van internisten op de vergaderingen is goed.			
d. De aanwezigheid van arts-assistenten op de vergaderingen is goed.			

Multi-specialistische samenwerking	Huidige situatie (Score 1 t/m 5)	Hoe belangrijk vindt u dit aspect? (Score 1 t/m 5)	Signaalwaarde
3.4 De participatie van de internisten in de oncologiebespreking met de externe consultants is goed.			
3.5 De oncologiebespreking zonder externe consultants verloopt goed.			
3.6 De communicatie met de pathologen in de gestructureerde pathologiebespreking is goed.			
a. De agendering van de bespreking is goed verzorgd.			
b. De besluiten worden goed gedocumenteerd.			
c. De aanwezigheid van internisten op de besprekingen is goed.			
d. De aanwezigheid van arts-assistenten op de besprekingen is goed.			
3.7 Er is een goed lopende gestructureerde oncologiebespreking.			
a. De agendering van de bespreking is goed verzorgd.			
b. De besluiten worden goed gedocumenteerd.			
c. De aanwezigheid van internisten op de besprekingen is goed.			
d. De aanwezigheid van arts-assistenten op de besprekingen is goed.			
3.8 Er is sprake van een goede structurele samenwerking op het gebied van de hematologie.			
3.9 Er is sprake van een goede structurele samenwerking op het gebied van de oncologie.			
3.10 Er is sprake van een goede structurele samenwerking op het gebied van de endocrinologie.			
3.11 Er is sprake van een goede structurele samenwerking op het gebied van de MDL.			
3.12 Er is sprake van een goede structurele samenwerking op het gebied van de nefrologie.			
3.13 Er is sprake van een goede structurele samenwerking op het gebied van de IC.			
3.14 Er is sprake van een goede structurele samenwerking op het gebied van de infectieziekten.			
3.15 De participatie van de internisten in de infectiecommissie is goed.			

Multi-specialistische samenwerking	Huidige situatie (Score 1 t/m 5)	Hoe belangrijk vindt u dit aspect? (Score 1 t/m 5)	Signaalwaarde
a. De frequentie van deze bespreking is goed.			
b. De agendering van de bespreking is goed verzorgd.			
c. De besluiten worden goed gedocumenteerd.			
3.16 Er is een goede participatie van de internisten in de geneesmiddelencommissie.			
a. De frequentie van deze bespreking is goed.			
b. De agendering van de bespreking is goed verzorgd.			
c. De besluiten worden goed gedocumenteerd.			
3.17 Het preoperatief onderzoek wordt altijd volgens de richtlijn uitgevoerd.			
3.18 Ag(n)io's zijn uitstekend in staat zelf consulten te doen.			
3.19 Er is een ziekenhuisbreed NR-protocol waaraan al onze internisten zich houden.			

Bijlage 3.

Het gebruik van de KISZ-lijst (nieuwe variant) door de maatschap

Beschrijving van de procedure

- De KISZ-lijst: aanpak in vogelvlucht
1. Laat alle maatschapsleden de KISZ-lijst individueel invullen.
 2. Verwerk de individuele scores tot een maatschapsscore.
 3. Bespreek de bevindingen in de maatschap en formuleer conclusies en verbeteracties.
 4. Maak een plan van aanpak voor het uitvoeren van de verbeteracties.
 5. Stuur de resultaten naar de visitatiecommissie.

Volg voor het gebruik van de KISZ-lijst de volgende procedure:

Stap 1

Vraag ieder lid van de maatschap om de KISZ-lijst in te vullen. Dit kan op twee manieren:

- a. per persoon de gegevens direct invoeren in de beschikbare (Excel) spreadsheet,
- b. handmatig.

Ad a.

De gegevens kunnen snel en eenvoudig worden verwerkt met behulp van de beschikbare Excel spreadsheet, te zijner tijd te verkrijgen via de website van de NIV. U hoeft nu alleen de data in te voeren.

Ad b.

Maak van de KISZ-lijst (zie verder 1) net zoveel kopieën als er maatschapsleden zijn. Vul per persoon de KISZ-lijst in.

Stap 2

Maak een maatschapslid verantwoordelijk voor de verwerking van de gegevens. Deze persoon kan de gegevens ook weer op twee manieren verwerken:

- a. met behulp van beschikbare software (Excel spreadsheet),
- b. handmatig.

Ad a.

Indien alle specialisten hun eigen scores hebben ingevoerd in de spreadsheet, kunnen de maatschapsresultaten van de KISZ-lijst als een overzichtelijk histogram worden uitgeprint. Ga hiermee door naar stap 3.

Ad b.

Indien u liever de gegevens handmatig verwerkt, dan volgt hieronder de berekeningswijze.

Het uitgangspunt voor de berekening is dat de gewenste situatie de score 5 krijgt. De kloof tussen de gewenste (5 punten) en de huidige situatie (uw score) vermenigvuldigd met het belang dat is toegekend aan de stelling (kolom 2), bepaalt de prioriteit.

Aan de hand van een voorbeeld lichten we toe hoe de prioriteit per stelling wordt bepaald. Stel dat u de huidige situatie (eerste kolom) en het belang (tweede kolom) van vragen 2.3, 2.4 en 2.5 heeft gewaardeerd zoals in het voorbeeld. De prioriteit berekent u dan volgens de formule:

De maximaal haalbare score (= 5) minus uw score in kolom 1 maal uw score in kolom 2 = prioriteit.

Kortweg: $5 - / - (\text{kolom } 1) * (\text{kolom } 2) = (\text{kolom } 3)$

Stelling	Kolom 1 Huidige situatie	Kolom 2 Belang	Kolom 3 prioriteit
2.3 Opdrachten voor medicatie worden altijd schriftelijk gegeven.	4	5	5 (5-4)*5
2.4 Er is altijd een verpleegkundige aanwezig bij een slechtnieuwsgesprek.	3	5	10 (5-3)*5
2.5 Het overleg met de polikliniekassistenten verloopt goed.	2	3	9 (5-2)*3

Het aspect met de hoogste uitkomst heeft de hoogste prioriteit. In dit voorbeeld dus de aanwezigheid van een verpleegkundige bij het slechtnieuwsgesprek.

Bereken eerst de prioriteit per stelling per maatschapslid. Tel daarna deze prioriteiten van alle specialisten op. Dit is de maatschapsscore van prioriteiten.

Stap 3

Beleg een maatschapsvergadering ter bespreking van de uitkomsten. Resultaat van deze bespreking is een prioriteitenlijst met die aspecten van het management van zorgprocessen die u (als eerste) wilt gaan aanpakken.

In totaal bestaat de KISZ-lijst uit veertig stellingen (sommige stellingen kennen substellingen die dieper op het onderwerp ingaan), verdeeld over drie aandachtsgebieden. U kunt de resultaten op verschillende manieren rangschikken en prioriteren. U bent vrij daarin een keuze te maken. Laat u leiden door wat het meest zinvol is voor uw maatschap.

Voorbeelden van het opstellen van uw prioriteitenprogramma

- Prioriteit wordt gegeven aan de zes hoogste scores van het *totaal* van alle stellingen.
- Prioriteit wordt gegeven aan de twee hoogste scores van *elk aandachtsgebied*.

De KISZ-lijst is een hulpmiddel in het blootleggen van hoe, en hoe effectief, het *zorginhoudelijk overleg*, de *afstemming* en de *coördinatie* van zorg in de praktijk is geregeld, *volgens de leden van de maatschap!* De KISZ-lijst identificeert van welke bottlenecks een maatschap de meeste hinder ondervindt (die met de hoogste prioriteit).

Belangrijk is dat de maatschap zelf, op basis van de onderlinge bespreking, bepaalt wat het definitieve prioriteitenprogramma is. Het gaat erom dat de maatschapsleden gezamenlijk beslissen welke aspecten ze de komende periode willen gaan versterken. De suggestie van de KISZ-lijst is eenvoudig: indien een maatschap wil verbeteren, begin dan met die zaken die de grootste verbetering met zich meebrengen.

Stap 4

Maak met elkaar een realistisch plan van aanpak voor de verbetering van die aspecten die u gezamenlijk in stap 3 hebt geïdentificeerd.

Tip

Denk bij het formuleren van een verbeterplan aan de volgende zaken:

- formuleer het doel duidelijk en in meetbare termen

(Niet: communicatie huisartsen verbeteren.

Wel: twee keer per jaar een bijeenkomst met de huisartsen organiseren ter bespreking van een inhoudelijk onderwerp.),

- zorg voor haalbare plannen,
- stel een verantwoordelijke aan,
- spreek af wanneer en hoe u gaat evalueren.

Stap 5

Stuur de uitkomsten van de KISZ-lijst en het plan van aanpak tijdig aan de visitatiecommissie. De 'uitkomsten' bestaan tenminste uit de maatschapsscore, bij voorkeur een uitdraai van het histogram, en de (geanonimiseerde) individuele scores.

2.3 Het dossieronderzoek

Drs. S.I. van Logtestijn

2.3.1 Inleiding op dossieronderzoek

Onderzoek naar de wijze van dossiervorming is een onderdeel van de visitatie bij de wetenschappelijke verenigingen. Dossiervoering is een belangrijk onderdeel van de kwaliteit van de patiëntenzorg. Het dossieronderzoek is één van de beschikbare instrumenten om inzicht te krijgen in het kwaliteitsdomein evaluatie van zorg.

In de Wet Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (WGBO) staat beschreven dat de hulpverlener een dossier inricht met betrekking tot de behandeling van de patiënt. Hij houdt in het dossier aantekening van de gegevens over de gezondheid van de patiënt en de uitgevoerde verrichtingen en neemt andere stukken met gegevens daarin op, voorzover dit voor een goede hulpverlening noodzakelijk is (artikel 454, WGBO 1995). In het kader van de informatieplicht vanuit de WGBO dient de patiënt redelijkerwijze op de hoogte te zijn van:

- aard en doel van het onderzoek of de behandeling,
- de te verwachten gevolgen en risico's daarvan,
- andere methoden van onderzoek of behandeling die in aanmerking komen,
- staat van en de vooruitzichten met betrekking tot de gezondheid.

De WGBO schrijft niet voor wat er precies in het dossier dient te staan. Hierdoor kan onduidelijkheid ontstaan over dossiervorming.

Het gaat in de meeste dossiers om drie zaken.¹

1. Het verzamelen van feiten. Het betreft vooral objectieve feiten, aangevuld met onderzoekgegevens. Geeft tevens een overzicht van de ziektegeschiedenis.
2. Het overleg. Bijvoorbeeld overleg met de patiënt en andere hulpverleners. Het gaat hierbij om welke informatie aan de patiënt is gegeven. Het gaat hier ook om mogelijke risico's en complicaties, alternatieve behandelmethoden en toekomstverwachtingen.
3. Definitieve besluitvorming. Feiten en hypothesen leiden uiteindelijk tot formulering van een conclusie.

In het kader van het project Actualisatie Visitatie is in eerste instantie met drie betrokken wetenschappelijke verenigingen, te weten de verenigingen van kinderartsen, gynaecologen en chirurgen, afgesproken om dossieronderzoek verder uit te werken. In de tweede fase zijn ook de internisten en de longartsen met de uitwerking van het dossieronderzoek aan de slag gegaan.

Het doel van het dossieronderzoek is te bevorderen dat medisch specialisten zo goed en volledig mogelijk patiëntendossiers bijhouden. Er is niet zo zeer sprake van een externe gestandaardiseerde toetsing, de nadruk ligt op een zelfevaluatie door en voor de maatschap.

Er kan onderscheid worden gemaakt tussen 1) procedureel en 2) inhoudelijk dossieronderzoek.

Ad 1. Procedureel onderzoek

Bij deze vorm van dossieronderzoek staat de *volledigheid* van het dossier centraal. Is alle voor de diagnostiek en behandeling van deze patiënt noodzakelijke en relevante informatie gedocumenteerd? Procedureel onderzoek is vooral gericht op zelfevaluatie door de maatschap, maar kan ook door de visitatiecommissie worden uitgevoerd. Hiervoor is een evaluatieformulier opgesteld waarin relevante onderwerpen worden genoemd voor de beoordeling van het dossier. Aan de hand van het evaluatieformulier kan de maatschap per onderwerp worden beoordeeld of het 1) goed is, 2) te verbeteren of 3) onvoldoende is. Het gaat erom of de genoemde onderwerpen aanwezig zijn, goed terug te vinden zijn in het dossier en of het dossier leesbaar is. Het onderzoek wordt door de gevisiteerde maatschap zelf – voorafgaande aan de visitatie – uitgevoerd. Belangrijk is dat de aspecten voor de visitatie worden teruggekoppeld aan de visitatiecommissie zodat de resultaten (Wat is goed in mijn dossiervoering en wat kan beter) tijdens de visitatiedag kunnen worden besproken (zie volgende paragrafen).

Ad 2. Inhoudelijk onderzoek

Bij inhoudelijk onderzoek staat de vraag centraal of de visiteur zonder problemen de behandeling van de patiënt op basis van het dossier kan overnemen. Er wordt doorgaans door de visitatiecommissie naar de inhoud, onder andere de diagnose, verslaglegging en de brieven, gekeken. De wetenschappelijke vereniging kan ervoor kiezen om het inhoudelijk dossieronderzoek door de maatschap zelf te laten uitvoeren. Maatschapsleden kunnen bijvoorbeeld elkaars dossiers bekijken. Er is dan geen sprake van een extern oordeel maar van een interne zelfevaluatie.

Om een goed inhoudelijk oordeel te kunnen geven, zijn normen nodig aan de hand waarvan inhoudelijke toetsing kan plaatsvinden. Tot op heden zijn deze normen nog onvoldoende ontwikkeld. Het onderzoek wordt tijdens de visitatiedag door de visitatiecommissie (of door één van de bezoekers) uitgevoerd aan de hand van de centrale vraag.

Het onderscheid tussen procedureel en inhoudelijk onderzoek is gemaakt, omdat voor procedureel onderzoek eenvoudiger onderwerpen zijn te benoemen. Voor inhoudelijke beoordeling is dit zover nog niet mogelijk, omdat hiervoor geen normen zijn. Verder kan onderscheid worden gemaakt naar onderzoek tussen klinische en poliklinische dossiers.

In de volgende paragrafen wordt het dossieronderzoek verder gepresenteerd. Het onderzoek is van toepassing op het papieren dossier, maar het zal voor een groot deel ook toepasbaar zijn bij digitale dossiervoering.

Achtereenvolgens worden beschreven:

- het dossieronderzoek: de ontwikkeling door de wetenschappelijke vereniging,
- gebruik van dossieronderzoek door de maatschap,
- bespreking van het dossieronderzoek tijdens de visitatie,
- de score van het dossieronderzoek in het professioneel kwaliteitsprofiel,
- de meest gestelde vragen over het dossieronderzoek.

2.3.2 Het dossieronderzoek: de ontwikkeling door de wetenschappelijke vereniging

Evaluatieformulier voor procedureel dossieronderzoek

De ontwikkeling van het evaluatieformulier in vogelvlucht

1. Inventariseer de onderwerpen die u in het evaluatieformulier voor dossieronderzoek aan de orde wilt laten komen.
2. Bepaal de te hanteren beoordeling: 'afvinken' of gradatie in waardering.
3. Zet alle aspecten in het format van het evaluatieformulier.
4. Maak een duidelijke handleiding met instructies voor de maatschap.

De wetenschappelijke vereniging kan het volgende stappenplan gebruiken bij het ontwikkelen van een checklist voor dossieronderzoek.

Stap 1

Inventariseer binnen uw vereniging welke onderwerpen u in de checklist voor dossieronderzoek wilt opnemen (zie hiervoor de voorbeelden van de NIV en de NVOG in de *bijlage 4 en 5* (pagina 65 en 67)). Maak zo nodig onderscheid tussen klinisch en poliklinisch dossieronderzoek.

Stap 2

Bepaal de beoordelingsmethode voor de evaluatie, waarbij twee mogelijkheden zijn:

1. per onderwerp een waardering aangeven 1) goed, 2) te verbeteren of 3) onvoldoende.
2. afvinken (aankruisen) per onderwerp (al dan niet aanwezig).

U kunt er ook voor kiezen om de beoordelingsmethoden te combineren.

Stap 3

De informatie verkregen uit stap 1 en 2 kunt u verwerken in het ontworpen format van de checklist (zie bijlagen).

Stap 4

Schrijf een duidelijke handleiding met instructies voor de maatschap.

Neem hierin de volgende aspecten op:

- poliklinisch en/of klinisch dossieronderzoek,
- selectie dossiers,
- aantal dossiers, bijvoorbeeld 25,
- procedure evaluatie van de dossiers,
- bespreking in de maatschap,
- plan van aanpak.

2.3.3 Het gebruik van dossieronderzoek door de maatschap

Beschrijving van de procedure

Het dossieronderzoek in vogelvlucht

1. Maak een selectie uit de dossiers.
2. Evalueer de dossiers aan de hand van de onderwerpen en vul het evaluatieformulier in.
3. Bespreek de bevindingen in de maatschap en formuleer conclusies en verbeteracties.
4. Maak een plan van aanpak voor het uitvoeren van de verbeteracties.
5. Stuur de resultaten naar de visitatiecommissie.

Volg voor het gebruik van het evaluatieformulier voor dossieronderzoek de volgende procedure.

Stap 1

Ga allereerst goed na of om procedureel of inhoudelijk dossieronderzoek of beide onderzoeken wordt gevraagd. Stel voor de selectie allereerst vast of om poliklinische of klinische dossiers wordt gevraagd. Selecteer voor de evaluatie van de dossiers het door uw wetenschappelijke vereniging afgesproken aantal klinische en/of poliklinische dossiers. Neem een aselechte steekproef van klinische en/of poliklinische dossiers. Zorg ervoor dat ten minste twee poliklinische en/of twee klinische dossiers per specialist worden geselecteerd.

Stap 2

Evalueer met de maatschap per dossier de onderwerpen op het evaluatieformulier. Spreek van te voren met elkaar af of dit gezamenlijk plaatsvindt of dat een afvaardiging van de maatschap de evaluatie op zich neemt. Het evalueren van de dossiers van je collega's levert meer informatie op dan wanneer iedere specialist alleen zijn of haar eigen dossiers evalueert. Ook praktisch gezien is het verstandig dat een afvaardiging deze taak op zich neemt. Bij de meeste vragen gaat het om het toetsen van de aanwezigheid van gevraagde informatie in het dossier. Afhankelijk van de opzet van het evaluatieformulier en de vragen vult u per onderwerp een cijfer in op het formulier (1) goed, 2) te verbeteren en 3) onvoldoende) of zet u een kruisje in het betreffende hokje op het formulier (afvinken). Let op de instructie van uw wetenschappelijke vereniging.

Ter verduidelijking kunt u uw oordeel toelichten of motiveren. Zorg ervoor dat de hele maatschap op de hoogte is van de uitkomsten.

Stap 3

Bespreek de bevindingen naar aanleiding van de evaluatie in de maatschap. Wat gaat goed in de dossiervoering en wat kan beter. Geef aan ten aanzien van welke onderwerpen verbeteringen in gang kunnen worden gezet. Noteer de conclusies en verbetervoorstellen.

Stap 4

Maak met elkaar een realistisch verbeterplan.

Tip

Denk bij het formuleren van een verbeterplan aan de volgende zaken:

- formuleer uw doel duidelijk en in meetbare termen (SMART),
- formuleer de verbeteracties (dus welke stappen dienen te worden gezet en door wie),
- stel een verantwoordelijke aan die het verbeterproces bewaakt,
- spreek af wanneer en hoe u gaat evalueren.

Stap 5

Stuur de resultaten van het dossieronderzoek naar de visitatiecommissie.

2.3.4 Bespreking van het dossieronderzoek tijdens de visitatie

Tijdens de visitatie worden de resultaten van het dossieronderzoek en het opgestelde verbeterplan besproken met de visitatiecommissie. In het dagprogramma van de visitatie zal hiervoor tijd worden ingeruimd. Het is daarom zinvol dat de gevisiteerde maatschap de resultaten van het dossieronderzoek van tevoren opstuurt naar de visitatiecommissie.

Tijdens dit gesprek zal de commissie zicht proberen te krijgen op de wijze waarop de maatschap het management van zorgprocessen evalueert en zo nodig verbetert.

De vragen die de visitatiecommissie stelt, zullen veelal gaan over (enkele van de) volgende onderwerpen:

- de door de maatschap gevolgde *procedure* bij het hanteren van het evaluatieformulier en de evaluatie van de dossiers,
- de *inhoudelijke bevindingen* van de evaluatie van de dossiers: de uitkomsten en/of de geformuleerde verbeteracties,
- het *verbeterplan* van de maatschap.

Afhankelijk van de visitatiesystematiek van de wetenschappelijke vereniging zal de visitatiecommissie tijdens de visitatiedag het inhoudelijk dossieronderzoek uitvoeren.

2.3.5 De score van het dossieronderzoek in het professioneel kwaliteitsprofiel

In het professioneel kwaliteitsprofiel is als één van de vier kwaliteitsdomeinen evaluatie van zorg opgenomen. Het dossieronderzoek is een van de beschikbare instrumenten om inzicht te krijgen in de evaluatie van zorg. Net als de meeste andere evaluatie-instrumenten van het kwaliteitsvisitatiemodel, is het dossieronderzoek een hulpmiddel voor zelfevaluatie.

De visitatiecommissie spreekt op basis van de evaluatie een oordeel uit over de (zorg voor de) kwaliteit van de dossiervoering.

De vraag die de commissie zal beantwoorden bij het beoordelen van het kwaliteitsdomein evaluatie van zorg, deelaspect evaluatie van het management van zorgprocessen luidt: *In welke mate besteedt de maatschap serieus aandacht aan het management van zorgprocessen?*

De commissie beantwoordt deze vraag zowel kwantitatief als kwalitatief.

Een deel van het antwoord van de commissie wordt uitgedrukt in een score, volgens onderstaand schema.

1 = Er heeft geen dossieronderzoek plaatsgevonden.

2 = Dossieronderzoek heeft in de maatschap plaatsgevonden en resultaten zijn in de vakgroep besproken.

3 = De resultaten zijn besproken, prioriteiten zijn gesteld en vervolg-/verbeteracties zijn gepland.

4 = De geplande acties zijn uitgevoerd en (worden) geëvalueerd.

5 = Er worden periodiek dossiers geëvalueerd en de resultaten zijn gekoppeld aan het beleid.

De score drukt uit of een maatschap (voldoende) aandacht heeft voor de evaluatie van het management van zorgprocessen. De commissie baseert haar oordeel over het deelaspect 'evaluatie van (het management van) zorgprocessen' op meer bronnen. Het gebruik van het evaluatieformulier voor dossieronderzoek door de maatschap zelf, het gesprek hierover met de commissie en aanvullend het inhoudelijk onderzoek, is een onderdeel. Andere bronnen waaruit de commissie put, zijn onder meer:

- de gesprekken met de medewerkers, (eventueel) arts-assistenten, verwijzend huisartsen, vertegenwoordigers van de medische staf en/of de Raad van Bestuur,
- documenten van de maatschap, bijvoorbeeld protocollen, een beleidsplan of jaarverslag,
- evidence-based medical audit,
- KISZ-lijst,
- huisartsenenquête,
- complicatiebespreking.

Naast de score die de commissie geeft voor 'evaluatie van het management van zorgprocessen', is er in het visitatierapport, zoals ook nu gebruikelijk is, voldoende ruimte voor het beschrijven van conclusies en aanbevelingen. In dit deel van het visitatierapport kunnen specifieke en genuanceerde bevindingen en opmerkingen worden genoteerd. Waar nodig zal de commissie aanbevelingen voor verbetering formuleren.

2.3.6 De meest gestelde vragen over dossieronderzoek

1. Wat is het doel van het dossieronderzoek?

Het doel van het dossieronderzoek is te bevorderen dat medisch specialisten zo goed en volledig mogelijk patiëntendossiers bijhouden ter bevordering van de kwaliteit van de patiëntenzorg. Er is niet zo zeer sprake van een externe toetsing aan de hand van normen,

maar de nadruk ligt op een zelfevaluatie aan de hand van een aantal relevante onderwerpen door de maatschap.

2. *Moet ieder zijn of haar eigen dossiers beoordelen?*

Dit heeft niet de voorkeur. Juist het beoordelen van elkaars dossiers levert meer relevante informatie op. Er wordt dan 'door een andere bril' naar de dossiers gekeken, waardoor er eerder blinde vlekken of discrepanties kunnen worden opgespoord. Spreek van tevoren in de maatschap af of de maatschap als geheel of een afvaardiging van de maatschap het dossieronderzoek uitvoert. Praktisch gezien is het verstandig een afvaardiging van de maatschap het dossieronderzoek uit te laten voeren. Wel is het van belang dat de resultaten terug worden gekoppeld aan de hele maatschap.

3. *Hoe kunnen we de uitkomsten het beste binnen de maatschap bespreken?*

Er is niet één standaard werkwijze om de resultaten binnen de maatschap te bespreken. Dat ze besproken worden met de gehele maatschap en dat iedereen hierin zijn of haar inbreng kan hebben, is wel belangrijk. Organiseer na het uitvoeren van het onderzoek een vergadering met de maatschap en bespreek de resultaten van het dossieronderzoek.

U kunt bijvoorbeeld de onderwerpen bespreken die als te verbeteren of onvoldoende zijn gewaardeerd of niet zijn aangevinkt. De bespreking zal resulteren in een prioriteitenlijst met verbeteraspecten ten aanzien van dossiervoering waar u zich als maatschap of als individu op gaat richten.

4. *Hoe beoordeelt de visitatiecommissie de resultaten van het dossieronderzoek?*

De visitatiecommissie zal tijdens de visitatie nagaan hoe u de checklist heeft toegepast, wat de uitkomsten zijn en wat u als maatschap ter verbetering gaat aanpakken. De visitatiecommissie kijkt in welke mate door u als maatschap aandacht is besteed aan goede dossiervorming.

De wetenschappelijke verenigingen hebben geen expliciete normen voor het beoordelen van poliklinische en klinische dossiers.

5. *Hoe vaak moeten we dossieronderzoek doen?*

Als onderdeel van de visitatie wordt verwacht dat u het dossieronderzoek één keer in de vijf jaar uitvoert. Het is echter zinvol om het dossieronderzoek frequenter uit te voeren en het onderdeel te maken van het kwaliteitssysteem van de maatschap/vakgroep.

6. *Bekijkt de visitatiecommissie zelf ook dossiers?*

Ten behoeve van het inhoudelijke dossieronderzoek kan de visitatiecommissie tijdens de visitatie dossiers opvragen om in te zien.

7. *Wil de commissie de door ons zelf geëvalueerde dossiers ook inkijken?*

Dit zal de visitatiecommissie voorafgaand aan de visitatie of op de visitatiedag zelf bepalen. Het is daarom wel raadzaam om de dossiers die u heeft onderzocht tijdens de visitatie bij de hand te houden.

8. *Onze klinische dossiers worden hoofdzakelijk door arts-assistenten bijgehouden. Wat betekent dat voor het dossieronderzoek?*

Het dossieronderzoek kan op dezelfde wijze plaatsvinden. Ook dan is het goed om het dossier aan de hand van de verschillende aspecten te beoordelen en om de resultaten te bespreken met de arts-assistenten.

Referentie

1. Beek JLM van der. Rekbare grenzen. Medisch Contact 2001;(56)45: 1650-1.

Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde (NVK)

‘Een opener en constructievere manier van visiteren’

‘Het nieuwe visitatiemodel is ontzettend leuk omdat het leidt tot een heel andere manier van visiteren dan het oude model’, vertelt Henk van Dijk (1949), voorzitter van de visitatiecommissie van de NVK. ‘In het oude model was de visitatie meer een controlemiddel waarbij de commissie moest speuren bij welke maatschap de zaken wel, en bij welke de zaken niet goed liepen. Het oude model had ook een beetje een repressief karakter, al was dat niet de bedoeling. Het nieuwe model dwingt vakgroepen en maatschappen naar zichzelf te kijken via zelfevaluaties en dat levert in mijn ogen veel opener en constructievere gesprekken op. Dat blijkt ook uit de proefvisitaties die we hebben gehouden. Problemen lijken beter boven tafel te komen, zelfs bij visitaties van goede praktijken. Bovendien zetten de praktijken minder dan in het verleden hun hakken in het zand omdat ze al naar zichzelf hebben gekeken. Omdat ze al een bepaald probleem hebben gesignaleerd en al in een bepaalde oplossing denken. En ik denk dat er daardoor veel meer kwaliteitsverbetering wordt gerealiseerd dan met de oude wijze van visiteren.’

‘Of dit model meer confronterend is voor onze leden? Nee, dat geloof ik niet. Maar dat hangt natuurlijk ook sterk af hoe je het hanteert. Ik denk dat de belangrijkste confrontatie al gebeurt vóórdat de visitatiecommissie op bezoek komt; namelijk als men de resultaten onderling bespreekt. Want je ziet zelf op welke punten je als vakgroep of maatschap niet goed functioneert. Het is als introspectieve confrontatie minder heftig naar buiten toe, maar veel effectiever naar binnen toe. Want als die introspectieve confrontatie al heeft plaatsgevonden, merk ik dat mensen meer geneigd zijn om met elkaar van gedachten te wisselen. Kijk, vroeger kwam alles wat de commissie allemaal niet goed vond als een soort Deus ex machina. Nu zie je dat mensen zelf al aangeven dat bepaalde dingen niet goed gaan. Dat maakt het voor de commissie ook vele malen leuker om te doen.’

Bijlage 4.

Voorbeeld dossieronderzoek NIV

Checklist klinisch dossieronderzoek	Datum: .../.../...		Naam evaluator(en): ...	
	1	2	3	4
Onderwerpen	1	2	3	4
1 Anamnese				
2 Lichamelijk onderzoek				
3 Samenvatting/DD				
4 Behandeling				
5 Aanvullend onderzoek (röntgen/lab)				
6 Decursus				
7 Informatie aan patiënt/familie				
8 Voorlopige ontslagbrief ...weken				
9 Definitieve ontslagbrief ...weken				
10 Identificatie van de schrijver in de status				
11 Alles overziend, hoe waardeert u dit dossier?				
	5	6	7	8
	9	10	11	12
	13	14	15	16
	17	18	19	20
	21	22	23	24
	25			

Toelichting

Hier hebt u de mogelijkheid om per dossier een toelichting of onderbouwing te geven. Geef bij de toelichting duidelijk aan over welk onderwerp (1 t/m 11) het gaat.

Dossier	Toelichting
1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	
9	
10	
11	
12	
13	
14	
15	
16	
17	
18	
19	
20	
21	
22	
23	
24	
25	

Bijlage 5.

Voorbeeld dossieronderzoek NVOG

Beoordeling dossiervoering kwaliteitsvisitaties NVOG

Poliklinisch	1	2	3	4	5
Identificatie zorgverlener?	ja / nee	ja / nee	ja / nee	ja / nee	ja / nee
Leesbaarheid notities?	ja / nee	ja / nee	ja / nee	ja / nee	ja / nee
Duidelijkheid vraagstelling?	ja / nee	ja / nee	ja / nee	ja / nee	ja / nee
Diagnose gesteld?	ja / nee	ja / nee	ja / nee	ja / nee	ja / nee
Voorlichting aan patiënt genoteerd?	ja / nee	ja / nee	ja / nee	ja / nee	ja / nee
Toe-/instemming patiënt genoteerd?	ja / nee	ja / nee	ja / nee	ja / nee	ja / nee
Overzichtelijkheid algemeen?	ja / nee	ja / nee	ja / nee	ja / nee	ja / nee
Geprint/digitaal bericht huisarts?	ja / nee	ja / nee	ja / nee	ja / nee	ja / nee
Opmerkingen					
Klinisch	1	2	3	4	5
Identificatie zorgverlener?	ja / nee	ja / nee	ja / nee	ja / nee	ja / nee
Leesbaarheid notities?	ja / nee	ja / nee	ja / nee	ja / nee	ja / nee
Duidelijkheid opname indicatie?	ja / nee	ja / nee	ja / nee	ja / nee	ja / nee
Voorlichting aan patiënt genoteerd?	ja / nee	ja / nee	ja / nee	ja / nee	ja / nee
Toe-/instemming patiënt genoteerd?	ja / nee	ja / nee	ja / nee	ja / nee	ja / nee
Decursus?	ja / nee	ja / nee	ja / nee	ja / nee	ja / nee
Overzichtelijkheid algemeen?	ja / nee	ja / nee	ja / nee	ja / nee	ja / nee
Geprint/digitaal OK-verslag?	ja / nee	ja / nee	ja / nee	ja / nee	ja / nee
Opmerkingen					

Beoordeling bibliotheek voorzieningen kwaliteitsvisitaties NVOG

Multidisciplinaire bibliotheek in ziekenhuis?	ja / nee
Recente (< 5 jr. oud) algemene medische boeken en literatuur aanwezig?	ja / nee
Bibliotheek toegankelijk voor gynaecologen?	ja / nee
Literatuur zoekstelsel aanwezig/toegankelijk	ja / nee
CD-rom/aansluiting internet beschikbaar	ja / nee
Minimaal 5 recente (< 5 jr. oud) O&G boeken in bibliotheek of bij gynaecologen?	ja / nee
Minimaal 1 algemeen O&G tijdschrift beschikbaar in bibliotheek of bij gynaecologen?	ja / nee
Opmerkingen	

2.4 De huisartsenenquête

Drs. S.I. van Logtestijn

2.4.1 Inleiding op de huisartsenenquête

Binnen het kwaliteitsdomein evaluatie van zorg wordt met behulp van onder meer de huisartsenenquête inzicht verkregen in het kwaliteitsaspect evaluatie van het management van zorgprocessen.

De huisarts is een belangrijke samenwerkingspartner van de medisch specialisten. Een groot aantal patiënten wordt verwezen door de huisarts. Het gaat om het systematisch evalueren van zorgverlening en/of samenwerking door het vragen naar de meningen van de betrokken huisartsen. Feedback vanuit de huisartsen naar de medisch specialisten komt meestal niet vanzelf, daarom is het goed huisartsen actief te benaderen.

Tot op heden worden huisartsen niet systematisch schriftelijk geënquêteerd door de wetenschappelijke vereniging of maatschap als voorbereiding op de visitatie. Wel vindt bij de meeste visitaties een gesprek plaats tussen een afvaardiging van de huisartsen en de visitatiecommissie. Een aantal wetenschappelijke verenigingen hanteert voor dit gesprek een checklist met onderwerpen die tijdens het gesprek aan de orde kunnen komen. Deze checklist wordt meestal meegestuurd met de uitnodiging naar de huisartsen zodat de huisartsen zich gericht kunnen voorbereiden op de visitatie en hun achterban kunnen raadplegen. Sommige Regionale Huisartsen Verenigingen (RHV'en) beschikken zelf over een vragenlijst die zij uitzetten bij de huisartsen ter voorbereiding op de visitatie.

Het doel van de huisartsenenquête als onderdeel van het nieuwe visitatiemodel is om de huisartsen als belangrijke samenwerkingspartners, structureel en systematisch te betrekken bij de evaluatie van de kwaliteit van zorg. Door een schriftelijke enquête kan tevens een grotere groep huisartsen worden bereikt. Daarnaast kunnen de huisartsen vrij hun mening op papier zetten. Er zal altijd sprake blijven van een persoonlijke mening van de individuele huisarts of groep huisartsen. Het gaat erom dat de gevisiteerde maatschap op basis van de verkregen informatie een indruk krijgt van de mate van waardering van de huisartsen over de samenwerking met de (individuele leden van de) maatschap. De maatschap kan de uitkomsten van de enquête gebruiken bij de evaluatie van zorg en het opstellen van verbeteracties waaraan de maatschap wenst te gaan werken.

Tijdens het project Actualisatie Visitatie hebben twee wetenschappelijke verenigingen, te weten de Nederlandse Vereniging van Kindergeneeskunde (NVK; zie *bijlage 6* op pagina 77) en de Nederlandse Vereniging van Obstetrie en Gynaecologie (NVOG; zie *bijlage 7* op pagina 81), ervaringen opgedaan met de huisartsenenquête. De NVK heeft ervoor gekozen om tijdens de proefvisitaties het gesprek met de huisartsen te laten vervallen. Uit de proefvisitaties blijkt dat de huisartsenenquête een bruikbaar instrument is. Wel kwam de vraag naar voren of de huisartsenenquête daadwerkelijk het gesprek met de huisarts kan vervangen of dat het van toegevoegde waarde is. Voordelen van het achterwege laten van het gesprek met de huisarts zijn, dat geen beroep op een van de huisartsen hoeft te worden gedaan en dat op de visitatiedag tijd wordt bespaard. Als het gesprek wel plaatsvindt, kan de visitatiecommissie

aan de hand van de schriftelijk verkregen informatie dieper op een aantal onderwerpen of knelpunten ingaan.

Een ander aspect waarover is gesproken, is of de huisartsenenquête al dan niet anoniem ingevuld dient te worden. De NVK en de NVOG hebben besloten om te vragen naar de naam van de huisarts en/of Hagro. Een voordeel hiervan is dat zo nodig om verduidelijking kan worden gevraagd en dat veranderingen en verbeteringen vanuit de maatschap op grond van de verkregen feedback rechtstreeks kunnen worden teruggekoppeld aan de geënquêteerde(n). Een nadeel kan zijn dat de betrokken huisarts of Hagro zich enigszins geremd voelt bij het beantwoorden van de vragen. Daarom is het van groot belang dat vanuit de betrokken wetenschappelijke vereniging en maatschap wordt aangegeven wat er met de verkregen informatie gebeurt, voor wie het is in te zien is en hoe hierover wordt teruggekoppeld naar de betrokken huisartsen en/of Hagro's.

De betrokken wetenschappelijke verenigingen hebben aangegeven dat het goed zou zijn om het systematisch evalueren van zorgverlening en/of samenwerking met de betrokken huisartsen landelijk op te zetten met medewerking van de betreffende koepelorganisaties. Gedacht wordt aan een landelijke vragenlijst die door de ziekenhuizen voor alle medisch specialismen periodiek zal worden uitgezet onder de betrokken huisartsen in de regio. De resultaten van een dergelijk onderzoek onder huisartsen en het verbeterplan opgesteld door de te visiteren maatschap kan van tevoren naar de visitatiecommissie worden gestuurd en tijdens de visitatie worden besproken. Dit zou inhouden dat niet voor elke visitatie vanuit het betreffende specialisme apart de huisartsen hoeven te worden benaderd. Dit voorstel is in dit stadium nog niet verder uitgewerkt.

In de volgende paragrafen wordt de huisartsenenquête gepresenteerd. Achtereenvolgens worden beschreven:

- de huisartsenenquête: de ontwikkeling door de wetenschappelijke vereniging,
- het gebruik van de huisartsenenquête door de maatschap,
- bespreking van de huisartsenenquête tijdens de visitatie,
- de score van de huisartsenenquête in het professioneel kwaliteitsprofiel,
- de meest gestelde vragen over de huisartsenenquête.

2.4.2 De huisartsenenquête: de ontwikkeling door de wetenschappelijke vereniging

Beschrijving van de procedure

De ontwikkeling van de huisartsenenquête in vogelvlucht

1. Inventariseer de aandachtsgebieden waarover u de mening van de huisarts wilt weten.
2. Bepaal alle onderwerpen die u bij elk aandachtsgebied aan de orde wilt laten komen.
3. Bepaal de te hanteren beoordelingschaal.
4. Vertaal de onderwerpen in duidelijke vragen.
5. Neem ruimte op in de enquête voor algemene gegevens.
6. Zorg voor een goede lay-out.
7. Schrijf een duidelijke aanbiedingsbrief.
8. Bepaal of u enkel de enquête toepast, of ook een gesprek tijdens de visitatie wilt.

De wetenschappelijke vereniging kan het volgende stappenplan gebruiken bij het ontwikkelen van de huisartsenenquête.

Stap 1

Inventariseer binnen uw vereniging welke aandachtsgebieden u van belang vindt bij het management van zorgprocessen en waarover u de mening van de huisarts wilt weten. Denk bijvoorbeeld aan aandachtsgebieden als kwaliteit van de patiëntenzorg, kwaliteit rondom de verwijzing en communicatie tussen huisartsen en medisch specialisten.

Stap 2

Formuleer de onderwerpen die u bij elk aandachtsgebied aan de orde wilt laten komen. Ga bij elk onderwerp na of het onderwerp relevant is en of de betrokken huisarts hierover daadwerkelijk een mening kan geven. Neem alleen die onderwerpen waarbij dat het geval is.

Stap 3

Bepaal de te hanteren beoordelingschaal. Een schaal van 1 t/m 10 (rapportcijfer) of een vijfpuntsschaal (1 = slecht en 5 = uitstekend).

Stap 4

Vertaal de onderwerpen in heldere, goed leesbare vragen voor de huisartsen. Zorg ervoor dat vragen niet op meerdere manieren zijn te interpreteren. Bedenk bij het formuleren van de vragen of het een 'score'-vraag, een 'ja/nee'-vraag of een 'open'-vraag betreft. Houd de vragenlijst zo kort en duidelijk mogelijk.

Stap 5

Vraag naar de naam van de huisarts en Hagro op de enquête. Neem vervolgens de vraag op of de ingevulde antwoorden 1) de persoonlijke mening van de huisarts, of 2) de mening van de Hagro is.

Stap 6

Zorg voor een goede lay-out, zodat de antwoorden goed zijn aan te geven (denk aan omcirkelen 1-5, aankruisen ja/nee). Geef bij open vragen voldoende ruimte op papier, zodat de huisarts zijn/haar antwoord kan opschrijven.

Zorg dat bovenaan de enquête de naam van het ziekenhuis en de datum kan worden weergegeven. De in dit hoofdstuk opgenomen huisartsenenquête kan als voorbeeld dienen.

Stap 7

Schrijf als wetenschappelijke vereniging een duidelijke aanbiedingsbrief die de maatschap als begeleidend schrijven mee kan sturen naar de betrokken huisartsen.

Zorg dat in de aanbiedingsbrief de volgende punten staan beschreven:

- invulinstructies,
- advies of de enquête per huisarts of Hagro (of beide mogelijkheden aangeven) dient te worden ingevuld,
- advies over het al dan niet anoniem invullen van de enquête,
- datum (ruimte voor open laten) waarvoor de enquêtes dienen te worden geretourneerd,
- duidelijk gegevens (NAW), faxnummer en e-mail (digitale versie) noemen waarnaar de ingevulde enquêtes kunnen worden geretourneerd (hiervoor ruimte open laten zodat de maatschap dit kan invullen);
- aangeven wat er met de verkregen informatie gaat gebeuren,
- aangeven of de huisartsen worden geïnformeerd over de uitkomsten en de daaruit voortkomende veranderingen,
- bedanken voor de medewerking.

Stap 8

Bepaal binnen uw wetenschappelijke vereniging of u voor het verkrijgen van feedback alleen de huisartsenenquête toepast of dat er tijdens de visitatie ook een gesprek plaatsvindt met (een) (vertegenwoordiging van) huisarts(en).

2.4.3 Het gebruik van de huisartsenquête door de maatschap

Beschrijving van de procedure

Het gebruik van de huisartsenquête in vogelvucht

1. Verspreid de enquête onder de huisartsengroepen (Hagro's).
2. Verwerk de uitkomsten van de geretourneerde enquêtes.
3. Bespreek de bevindingen in de maatschap en formuleer conclusies en verbeteracties.
4. Maak een plan van aanpak voor het uitvoeren van de verbeteracties.
5. Stuur de resultaten naar de visitatiecommissie.

Volg voor het gebruik van de huisartsenquête de volgende procedure:

Stap 1

Maak van de huisartsenquête net zoveel kopieën als u wilt verspreiden naar de Hagro's in uw regio. Het aantal is mede afhankelijk van de hoeveelheid Hagro's waarmee u samenwerkt. Uit ervaring blijkt dat op basis van de verkregen feedback van tien uitgezette enquêtes (respons meestal lager) een goede indruk kan worden verkregen. Neem zo nodig contact op met de regionale huisartsenvereniging om af te stemmen over de manier van verspreiding. Maak de aanbiedingsbrief van de wetenschappelijke vereniging compleet voor uw maatschap. Met andere woorden, vul in de aanbiedingsbrief de datum in waarvoor de enquêtes geretourneerd moeten worden en vul tevens alle gegevens in waarnaar de enquêtes gestuurd kunnen worden. U kunt desgewenst een antwoordenvolp toevoegen. Verstuur de enquêtes met de aanbiedingsbrief naar de betrokken Hagro's van uw maatschap. Zo mogelijk kan dit elektronisch, via de e-mail, worden verspreid.

Stap 2

Maak een lid van de maatschap verantwoordelijk voor de verwerking van de gegevens uit de ingevulde enquêtes. Deze persoon maakt een samenvatting van de gegevens.

Stap 3

Beleg een vergadering met de maatschap ter bespreking van de uitkomsten. Resultaat van deze bespreking is een prioriteitenlijst met die aspecten die u (als eerste) wilt gaan aanpakken. Belangrijk is dat de maatschap zelf, op basis van de onderlinge bespreking, bepaalt op welke verbeterpunten men zich gaat richten. Het gaat erom dat de maatschapsleden gezamenlijk beslissen welke aspecten ze de komende periode willen gaan verbeteren.

Stap 4

Maak met elkaar een realistisch plan van aanpak voor de verbetering van die aspecten van zorgverlening die u gezamenlijk in stap 3 hebt geïdentificeerd.

Tip

Denk bij het formuleren van een verbeterplan aan de volgende zaken:

- formuleer uw doel duidelijk en in meetbare termen (SMART) (Niet: communicatie huisartsen verbeteren. Wel: twee keer per jaar een bijeenkomst met de huisartsen organiseren ter bespreking van een inhoudelijk onderwerp),
- formuleer de verbeteracties (dus welke stappen dienen gezet te worden en door wie),
- stel een verantwoordelijke aan die het verbeterproces bewaakt,
- spreek af wanneer en hoe u gaat evalueren.

Stap 5

Stuur de uitkomsten van de huisartsenquête en het plan van aanpak tijdig naar de visitatiecommissie, zodat de resultaten tijdens de visitatie kunnen worden besproken.

2.4.4 Bespreking van de huisartsenquête tijdens de visitatie

Tijdens de visitatie worden de resultaten van de huisartsenquête en het opgestelde verbeterplan besproken met de visitatiecommissie. In het dagprogramma van de visitatie worden ongeveer vijftien minuten ingeruimd voor de bespreking van de huisartsenquête.

Tijdens dit gesprek zal de commissie zicht proberen te krijgen op de wijze waarop de samenwerking tussen de huisartsen en de medisch specialisten plaatsvindt en hoe de maatschap dit evalueert en zo nodig verbetert.

De vragen die de visitatiecommissie stelt, zullen veelal gaan over (enkele van de) volgende onderwerpen:

- de door de maatschap gevolgde *procedure* bij het uitvoeren van de huisartsenquête,
- de *inhoudelijke bevindingen* van de huisartsenquête: de uitkomsten en/of de geformuleerde verbeteracties,
- het *verbeterplan* van de maatschap.

2.4.5 De score van de huisartsenquête in het professioneel kwaliteitsprofiel

In het professioneel kwaliteitsprofiel is als één van de vier kwaliteitsdomeinen evaluatie van zorg opgenomen. Het domein is onderverdeeld in een aantal kwaliteitsaspecten waarvan evaluatie van het management van zorgprocessen er één is. In het huidige model is voor de (zelf)evaluatie van dit deelaspect o.a. de huisartsenquête beschikbaar.

Net als de meeste andere evaluatie-instrumenten van het kwaliteitsvisitatiemodel, is de huisartsenenquête een hulpmiddel voor evaluatie om een indruk te krijgen van de samenwerking tussen de maatschap en de huisartsen.

De vraag die de commissie zal beantwoorden bij het beoordelen van het kwaliteitsdomein evaluatie van zorg, deelaspect evaluatie van het management van zorgprocessen luidt: *In welke mate besteedt de maatschap serieus aandacht aan het management van zorgprocessen?*

De commissie beantwoordt deze vraag zowel kwantitatief als kwalitatief.

Een deel van het antwoord van de commissie wordt uitgedrukt in een score, volgens onderstaand schema.

1 = Huisartsenenquête is niet door de maatschap uitgezet.

2 = Huisartsenenquête is door de maatschap uitgezet en resultaten zijn in de maatschap besproken.

3 = Resultaten zijn besproken, prioriteiten zijn gesteld en vervolg-/verbeteracties zijn gepland.

4 = De geplande acties zijn uitgevoerd en (worden) geëvalueerd.

5 = Huisartsenenquête wordt periodiek uitgevoerd en de resultaten worden gekoppeld aan het beleid.

De score drukt uit of een maatschap (voldoende) aandacht heeft voor de evaluatie van het management van zorgprocessen. De commissie baseert haar oordeel over het deelaspect 'evaluatie van het management van zorgprocessen' op meerdere bronnen. Het gebruik van de huisartsenenquête door de maatschap zelf, het gesprek hierover met de commissie en eventueel het gesprek met de huisarts, vormt er een van. Andere bronnen waar de commissie uit put, zijn onder meer:

- de gesprekken met de medewerkers, (eventueel) arts-assistenten, vertegenwoordigers van de medische staf en/of de Raad van Bestuur,
- de documenten van de maatschap, bijvoorbeeld protocollen, een beleidsplan of jaarverslag,
- KISZ-lijst,
- dossieronderzoek.

Naast de score die de commissie geeft voor evaluatie van het management van zorgprocessen, is er in het visitatierapport, zoals ook nu gebruikelijk is, voldoende ruimte voor het beschrijven van conclusies en aanbevelingen. In dit deel van het visitatierapport kunnen specifieke en genuanceerde bevindingen en opmerkingen worden genoteerd. Waar nodig zal de commissie aanbevelingen voor verbetering formuleren.

2.4.6 De meest gestelde vragen over de huisartsenenquête

1. *Waarom zouden we dit instrument gebruiken tijdens de visitatie?*

De huisarts is een belangrijke samenwerkingspartner van de medisch specialisten. Een groot aantal patiënten wordt verwezen door de huisarts. Het gaat om het systematisch evalueren van zorgverlening en/of samenwerking door het vragen naar de meningen van de betrokken

huisartsen. Feedback vanuit de huisartsen naar de medisch specialisten komt meestal niet vanzelf, daarom is het goed huisartsen actief te benaderen.

2. *Wat is het doel van de huisartsenenquête?*

Het doel van de huisartsenenquête als onderdeel van het nieuwe visitatiemodel is om de huisartsen als belangrijke samenwerkingspartner, structureel en systematisch te betrekken bij de evaluatie van de kwaliteit van zorg.

3. *Is het instrument gevalideerd?*

Het instrument is niet gevalideerd. De enquête is door medisch specialisten vormgegeven naar een voor hen toepasbare lijst. De betrokken verenigingen hebben keuzes gemaakt in de te bevragen onderwerpen met betrekking tot de samenwerking, de mate van detail en de scoringsschaal. De enquêtes zijn derhalve ongeschikt om te gebruiken voor wetenschappelijk onderzoek; voor het verkrijgen van feedback van de huisartsen over de samenwerking zijn ze wel waardevol. De resultaten geven dan ook een *indruk* van de huisartsenwaardering.

4. *Kan de enquête anoniem worden ingevuld door de huisartsen?*

Ja, de enquête kan desgewenst anoniem worden ingevuld, maar dit hoeft niet. Voordeel is dat de geënuquëeerde ongeremd antwoord kan geven, omdat het niet te herleiden is.

Een nadeel is dat niet om verduidelijking kan worden gevraagd en dat veranderingen en verbeteringen vanuit de maatschap op grond van de verkregen feedback niet rechtstreeks kunnen worden teruggekoppeld aan de geënuquëeerden.

5. *Hoeveel Hagro's kunnen we benaderen?*

Het is belangrijk dat u de Hagro's benadert met wie u veel samenwerkt. In principe hoeft u niet alle Hagro's te benaderen. Uit ervaring blijkt dat op basis van de verkregen feedback van tien uitgezette enquêtes (respons meestal lager) een goede indruk kan worden verkregen over de samenwerking.

6. *Vervangt de enquête het gesprek met de huisarts tijdens de visitatie?*

De enquête kan het gesprek met de huisarts vervangen. Hierdoor kan tijd worden bespaard tijdens de visitatiedag. Er kan ook worden gekozen om de huisartsen zowel schriftelijk te benaderen als een gesprek met (een afvaardiging van) hen te voeren. De verkregen schriftelijke feedback kan goed ter voorbereiding op het gesprek worden gebruikt. Tijdens het gesprek kan de visitatiecommissie dieper op een aantal onderwerpen of knelpunten ingaan.

7. *Is het zinvol om de enquête regelmatig uit te zetten?*

Tijdens de visitatie zal worden gevraagd of er inzicht is in de mening van huisartsen en wat de maatschap heeft gedaan met de resultaten. Het is echter zinvol om een huisartsenenquête niet te beperken tot de visitatiemomenten, maar om het onderdeel te maken van het kwaliteitsstelsel van de maatschap/vakgroep. Jaarlijks, of eens per twee jaar, een onderzoek geeft voldoende inzicht in de verbetermogelijkheden.

8. Komt er in de toekomst een landelijke vragenlijst voor huisartsen?
Dit hangt af in hoeverre de betrokken partijen de meerwaarde inzien van een landelijke vragenlijst ten opzichte van de huidige systematiek.

Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie (NVOG)

‘Het is een ontwikkelingsmodel, geen star systeem’

‘Voor mij is het herziene visitatiemodel een ontwikkelingsmodel’, zegt Frans Reijnders (1953). Reijnders, voorzitter van de visitatiecommissie van de NVOG: ‘De wetenschappelijke verenigingen hebben zelf alle vrijheid om het model verder door te ontwikkelen. Het is geen star systeem en overigens ook niet echt nieuw; er heeft een verschuiving plaatsgevonden van het toetsen van randvoorwaarden richting het toetsen van inhoud van zorg. Een groot voordeel van dit model is de participatie van de hele maatschap. Vroeger kreeg een maatschap een stapel formulieren, vulde één lid al die formulieren in en keek de commissie of dat goed was gebeurd. Nu, en dat vind ik een groot voordeel, ben je als maatschap gedwongen om met elkaar te bespreken hoe bepaalde dingen zijn aangepakt. En daardoor heeft zo’n visitatie ook een educatief effect. De maatschap beoordeelt immers zichzelf, stelt zelf een verbeterplan op en spreekt de uitkomsten ervan door met de visitatiecommissie. Wij als commissie toetsen vervolgens of die kwaliteitscyclus goed draait. En na één jaar sturen we reminders: dat en dat hebben we besproken en geadviseerd, heeft u er iets mee kunnen doen? Die follow up is mijns inziens noodzakelijk, want we willen een continue proces van kwaliteitsverbetering op gang houden.

‘Wat er nog aan het model verbeterd kan worden? Ik denk dat het voor alle verenigingen een uitdaging is om de visitatie zo efficiënt mogelijk uit te voeren. Je moet goed oppassen dat je de mensen niet overvraagt en overspoelt met een hoop papier. Er zou wat mij betreft ook wel wat meer aandacht besteed kunnen worden aan de ict-ondersteuning. Mijn advies aan verenigingen die het model nog niet gebruiken is: houd een aantal proefvisitaties en pas het model aan het eigen karakter van de vereniging aan. En leg de voordelen van dit nieuwe programma duidelijk uit aan je leden. Maar vergis je niet: veel leden zijn na tien, vijftien jaar visiteren eigenlijk ook wel toe aan vernieuwing. Ik verwacht dan ook niet dat er grote weerstanden te overwinnen zullen zijn.’

Bijlage 6.

Voorbeeld vragenlijst huisartsen Nederlandse Vereniging van Kindergeneeskunde (NVK)

VRAGENLIJST HUISARTSEN

Betreft: **visitatie vakgroep Kindergeneeskunde**

ziekenhuis:

d.d.:

Naam huisarts:

Hagro:

De hieronder ingevulde antwoorden zijn:

- uw persoonlijke mening
- de mening van de Hagro (...personen)

Geef uw mening over de volgende onderdelen van de patiëntenzorg door het cijfer van uw beoordeling te omcirkelen: 1=slecht; 5= uitstekend

A. Kwaliteit patiëntenzorg

- | | |
|---|-------------------|
| 1. diagnostiek | 1 - 2 - 3 - 4 - 5 |
| 2. behandeling | 1 - 2 - 3 - 4 - 5 |
| 3. uitleg/voorlichting | 1 - 2 - 3 - 4 - 5 |
| 4. follow-up | 1 - 2 - 3 - 4 - 5 |
| 5. bejegening/communicatie tussen de specialist en de patiënt | 1 - 2 - 3 - 4 - 5 |

Geef hieronder eventueel uw toelichting bij vraag 1 tot en met 5:

6. Bestaan er volgens u knelpunten ten aanzien van het functioneren van de polikliniek en/of afdeling welke met de patiëntenzorg te maken hebben?
- ja
 - nee

Licht uw antwoord eventueel hieronder toe:

.....
.....

- | | |
|---|-------------------|
| 7. Hoe schat u de tevredenheid van de ouders over het functioneren van de kinderartsen? | 1 - 2 - 3 - 4 - 5 |
|---|-------------------|

8. Indien u zelf iets te melden hebt betreffende de kwaliteit van de patiëntenzorg dat niet bij het hier bovenstaande ondergebracht kan worden, dan graag uw opmerking(en)/suggesties:

.....

B. Kwaliteit rondom de verwijzing

Geef uw mening over de volgende onderdelen van verwijzing door het cijfer van uw beoordeling te omcirkelen:

9. Hoe beoordeelt u de terugrapportage van de specialist op inhoudelijk aspect? (toelichting: uw tevredenheid over de verslaglegging) 1 - 2 - 3 - 4 - 5

10. Hoe beoordeelt u de terugrapportage van de specialist op tijdsaspect? (toelichting: moet u lang wachten op een brief of niet?) 1 - 2 - 3 - 4 - 5

11. Bent u tevreden over de wijze waarop de afspraak tussen patiënt en specialist totstandkomt?
 ja
 nee

Licht uw antwoord eventueel toe.

.....

Er kan sprake zijn van een wachttijd voor het eerste consult (ook wel toegangstijd genoemd).

12. Is er een wachttijd voor het eerste consult bij deze vakgroep?
 ja
 nee, ga naar vraag 17

13. Heeft u wel eens contact met de vakgroep over deze wachttijd?
 ja
 nee

14. Is er sprake van eventuele voorkeursbehandeling van bepaalde patiëntencategorieën bij deze vakgroep?
 ja
 nee, ga naar vraag 15

15. Welke patiëntencategorie(ën) krijg(en(t))een voorkeursbehandeling?

.....

16. Heeft u zicht op het tot stand komen van de wachttijd?
 ja
 nee

17. Is er bij de vakgroepleden onderling nog een opmerkelijk verschil in wachttijd?
 ja
 nee

18. Verwijst u naar de vakgroep of specifiek naar bepaalde personen? vakgroep/personen- Indien naar bepaalde personen kunt u dit toelichten?

.....

Er kan sprake zijn van een wachttijd voor verdere behandeling nádat de patiënt door de specialist gezien is.

19. Is er een wachttijd voor verdere behandeling bij deze vakgroep?
 ja
 nee

20. Heeft u wel eens contact met de vakgroep over deze wachttijd?
 ja
 nee

21. Is er sprake van eventuele voorkeursbehandeling van bepaalde patiëntencategorieën bij deze vakgroep?
 ja
 nee, ga naar vraag 21

22. Welke patiëntencategorie(ën) krijg(en(t)) een voorkeursbehandeling?

.....

23. Heeft u u zicht op het totstandkomen van deze wachttijd?
 ja
 nee

24. Hoe beoordeelt u het terugverwijsbeleid van de kinderartsen?
 tijdig
 te laat
 te vroeg

C. Kwaliteit contact huisarts – specialist

25. Kent u de vakgroepsleden persoonlijk?

- ja, ga naar vraag 26
- nee

26. Kies uit de twee volgende mogelijkheden:

- alléén in de uitoefening van het beroep
- ook privé

Geef uw mening over de volgende onderdelen van het contact tussen huisarts en specialist door het cijfer van uw beoordeling te omcirkelen:

27. Hoe beoordeelt u de *telefonische bereikbaarheid* van de specialist? 1 – 2 – 3 – 4 – 5
(ook 's nachts)

28. Hoe beoordeelt u het *'huisartsgeneeskundig inzicht'* van de specialist? 1 – 2 – 3 – 4 – 5
Eventueel uw toelichting:

29. Hoe beoordeelt u de *communicatie van de vakgroep met u als huisarts?* 1 – 2 – 3 – 4 – 5
Indien er binnen de vakgroep sterke verschillen zijn, dan deze graag hier benoemen:

.....
.....

30. Hoe vindt u de betrokkenheid van de kinderartsen bij de nascholing voor de huisartsen? 1 – 2 – 3 – 4 – 5

31. Heeft u ten aanzien van het contact huisarts-specialist nog aanvullende opmerkingen/suggesties m.b.t. deze vakgroep, dan graag hier aangeven.

.....
.....

Hartelijk dank voor het invullen van deze vragenlijst!

Bijlage 7.

Voorbeeld vragenlijst huisartsen Nederlandse Vereniging van Obstetrie en Gynaecologie (NVOG)

Vragenlijst Huisartsen voor kwaliteitsvisitaties door de NVOG

Naam huisarts:

Hagro:

De hieronder ingevulde antwoorden zijn:

- uw persoonlijke mening
- de mening van de Hagro (...pers.)

Geef uw mening over de volgende onderdelen van de patiëntenzorg en communicatie door het cijfer van uw beoordeling te omcirkelen:

1 = slecht, 5 = uitstekend

Geef in de tweede kolom het belang aan van het item:

1 = onbelangrijk, 2 =redelijk belangrijk, 3 = heel belangrijk

Gebruik a.u.b. de ruimte voor opmerkingen, met name indien er binnen de vakgroep grote onderlinge verschillen bestaan.

Kwaliteit patiëntenzorg	Mening	Belang
Diagnostiek	1 – 2 – 3 – 4 – 5	1 – 2 – 3
Behandeling	1 – 2 – 3 – 4 – 5	1 – 2 – 3
Eenheid in beleid	1 – 2 – 3 – 4 – 5	1 – 2 – 3
De maatschap gaat mee met moderne ontwikkelingen	1 – 2 – 3 – 4 – 5	1 – 2 – 3
Uitkomst van zorg, gemeten aan het aantal complicaties	1 – 2 – 3 – 4 – 5	1 – 2 – 3
Tevredenheid van de patiënt met betrekking tot:		
Uitleg/voorlichting	1 – 2 – 3 – 4 – 5	1 – 2 – 3
Bejegening	1 – 2 – 3 – 4 – 5	1 – 2 – 3
Behandeling	1 – 2 – 3 – 4 – 5	1 – 2 – 3
Bejegening/communicatie tussen specialist en patiënt	1 – 2 – 3 – 4 – 5	1 – 2 – 3

Opmerkingen:

.....
.....

Kwaliteit rondom verwijzing	Mening	Belang
Bereikbaarheid		
Overdag	1 - 2 - 3 - 4 - 5	1 - 2 - 3
Tijdens de dienst	1 - 2 - 3 - 4 - 5	1 - 2 - 3
Toegangstijd voor poliklinisch consult	1 - 2 - 3 - 4 - 5	1 - 2 - 3
Toegangstijd voor spoedconsult	1 - 2 - 3 - 4 - 5	1 - 2 - 3
Doorlooptijd voor behandeling	1 - 2 - 3 - 4 - 5	1 - 2 - 3
Aandachtgebieden van de gynaecologen voldoende ontwikkeld	1 - 2 - 3 - 4 - 5	1 - 2 - 3
Terugrapportage inhoudelijk voldoende	1 - 2 - 3 - 4 - 5	1 - 2 - 3
Terugrapportage binnen acceptabele termijn	1 - 2 - 3 - 4 - 5	1 - 2 - 3
Terugverwijsbeleid van de maatschap	1 - 2 - 3 - 4 - 5	1 - 2 - 3

Opmerkingen:

.....

.....

Kwaliteit contact huisarts – specialist	Mening	Belang
De communicatie met u als huisarts	1 - 2 - 3 - 4 - 5	1 - 2 - 3
Structureel overleg vindt plaats	1 - 2 - 3 - 4 - 5	1 - 2 - 3
Maatschap staat open voor kritiek	1 - 2 - 3 - 4 - 5	1 - 2 - 3
Bejegening naar de huisartsen	1 - 2 - 3 - 4 - 5	1 - 2 - 3
Betrokkenheid bij nascholing van huisartsen	1 - 2 - 3 - 4 - 5	1 - 2 - 3
Berichtgeving bij calamiteiten	1 - 2 - 3 - 4 - 5	1 - 2 - 3

Opmerkingen:

.....

.....

Uw mening over deze vragenlijst:

.....

.....

2.5 Evidence-based medical audit

Dr. J.S. de Koning

Drs. J.A. Fossen

2.5.1 Inleiding op evidence-based medical audit

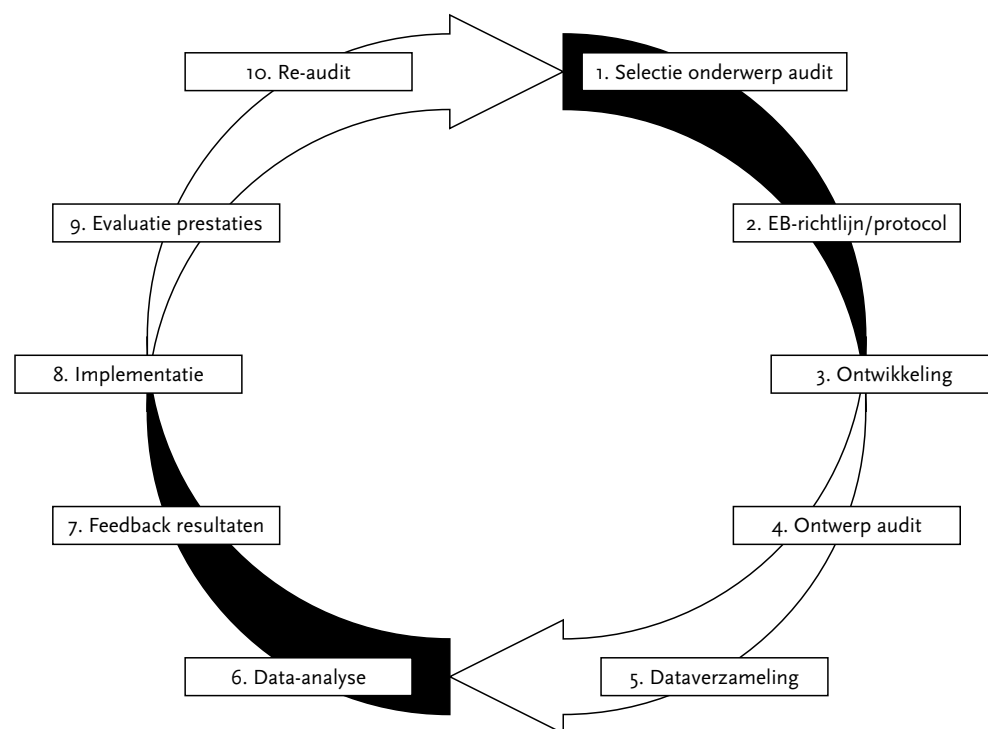
Evidence-based medical audit (EBMA) is een methode waarbij op een systematische en kritische wijze het handelen van de zorgverlener wordt geanalyseerd. Hoewel er meerdere definities worden gehanteerd, is de volgende definitie het meest gangbaar: 'Een systematische, kritische analyse van de kwaliteit van zorg, inclusief de procedures gebruikt voor diagnose en behandeling, het gebruik van middelen, en de daaropvolgende uitkomst en kwaliteit van leven voor de patiënt'.

Het primaire doel van EBMA is het op een systematische wijze verbeteren van zorguitkomsten door middel van het verbeteren van het professioneel handelen van zorgverleners en kwaliteit van zorg in het algemeen. Naast het primaire doel worden bij EBMA ook een aantal secundaire doelen nagestreefd, waaronder de toename van de vakkundigheid en scholing, het inzichtelijk maken van het eigen handelen en dat van collega's, een bijdrage leveren aan persoonlijke en professionele ontwikkeling, het enthousiasmeren en stimuleren van specialisten om aan kwaliteitsverbetering te werken en het leveren van een bijdrage aan een bevredigende en efficiënte werkwijze in de dagelijkse praktijk. Op basis van de resultaten die voortkomen uit EBMA kunnen op een systematische wijze 'gerichte' verbeteringen in het zorgproces worden doorgevoerd, resulterend in een verbetering van de kwaliteit van zorg en verbeterde zorguitkomsten voor de patiënt. Deze methode biedt de specialisten een effectief instrument om de kwaliteit van het eigen handelen, maar ook dat van collega's, met betrekking tot een gekozen zorgtraject te beoordelen en te verbeteren.

De positieve effecten van EBMA berusten op het mechanisme van een toenemende bewustwording van mogelijke discrepanties die bestaan tussen wat men denkt te doen of zou willen doen, en hoe het daadwerkelijk in de praktijk wordt uitgevoerd. Het is een actieve vorm van het geven van feedback. Naast het identificeren c.q. transparant maken van tekortkomingen in het zorgproces worden de resultaten vergezeld van een interpretatie en kwaliteitsbeoordeling, en van educatieve informatie waarbij informatie over 'best practices' een belangrijke rol speelt.

EBMA maakt gebruik van (evidence-based) richtlijnen en bevordert de invoering ervan in de praktijk. Uit onderzoek is gebleken dat de invoering van nieuwe inzichten en werkwijzen zoals beschreven in richtlijnen, niet eenvoudig is en dat er vele factoren zijn die de implementatie van richtlijnen beïnvloeden. Een effectieve werkwijze voor het bevorderen van de implementatie van richtlijnen is het geven van actieve en gestructureerde feedback over de werkelijke zorg die aan de patiënt wordt gegeven. Hierbij wordt de kennis opgedaan uit wetenschappelijk onderzoek gecombineerd met professionele ontwikkeling van de zorgverlener, met als gevolg verbetering van de kwaliteit van zorg.

Met de integratie van EBMA in het nieuwe visitatiemodel is een duidelijke stap voorwaarts gedaan ten aanzien van de evaluatie van de kwaliteit van medisch specialistische zorg. Echter,



Figuur 1. Audit-cyclus

de implementatie van EBMA in de dagelijkse praktijk zal sterk afhankelijk zijn van zowel de betrokkenheid van de individuele specialisten, de werkomgeving en het klimaat waarin zij werken en de ondersteuning die zij hierbij zullen ontvangen van de medisch wetenschappelijk verenigingen. Met deze handleiding hopen wij dan ook medisch wetenschappelijk verenigingen een handvat te bieden bij de ontwikkeling en ondersteuning van EBMA-activiteiten in de praktijk van de medisch specialist.

In dit hoofdstuk worden achtereenvolgens de volgende onderdelen besproken:

- evidence-based medical audit: de ontwikkeling door de wetenschappelijke vereniging,
- het gebruik van evidence-based medical audit door de maatschap,
- bespreking van evidence-based medical audit tijdens de visitatie,
- de score van evidence-based medical audit in het professioneel kwaliteitsprofiel,
- de meest gestelde vragen over evidence-based medical audit.

2.5.2 Evidence-based medical audit: de ontwikkeling door de wetenschappelijke vereniging

Ontwikkeling EBMA in vogelvlucht

1. Selecteer de aanbevelingen uit de gekozen richtlijn (stap 1 – 4).
2. Zet de aanbevelingen om in review-criteria of indicatoren (stap 5).
3. Bepaal de methode van onderzoek (stap 6 – 8).
4. Ontwikkel de vragenlijst (stap 9).
5. Vul de checklist in (stap 10)
6. Test de vragenlijst in de praktijk (stap 11).

In deze korte handleiding voor wetenschappelijke verenigingen wordt stapsgewijs uitgelegd op welke wijze EBMA in het nieuwe visitatiemodel kan worden toegepast. Dit wordt gedaan aan de hand van de twee methoden.

Ad 1. Methode 1

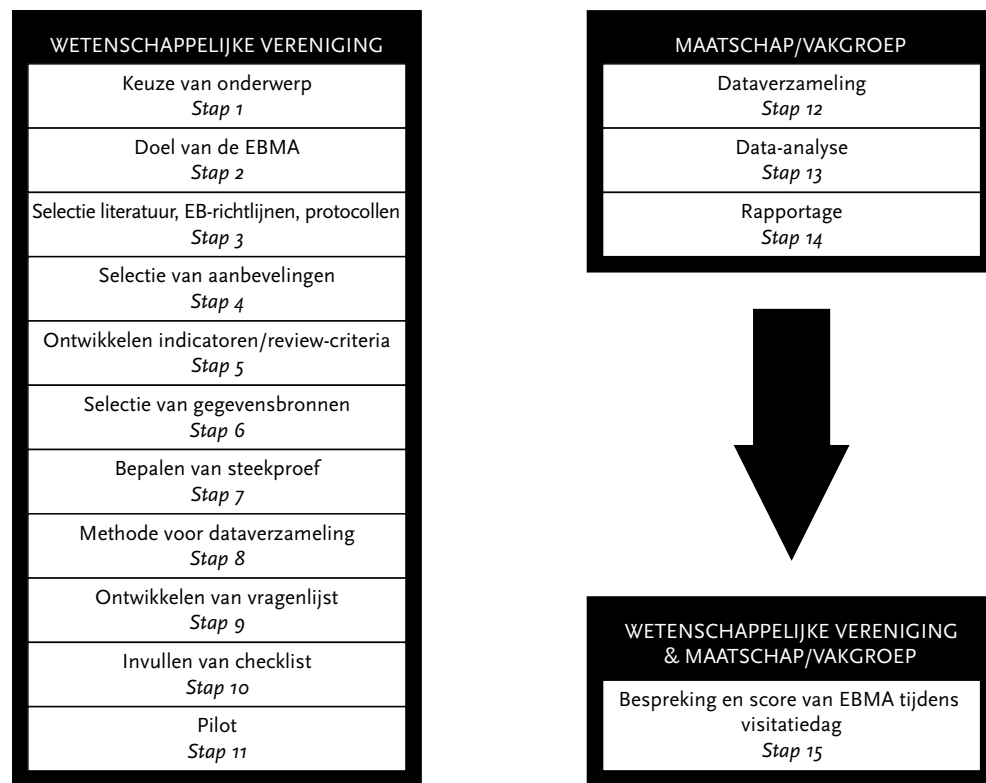
Methode 1 beschrijft de standaard vorm van EBMA. Deze methode richt zich op de systematische en kritische analyse van de kwaliteit van zorg aan een geselecteerde groep patiënten met overeenkomstige karakteristieken (bijvoorbeeld patiënten met diabetes, patiënten met een hartinfarct). Aan de hand van een beperkt aantal indicatoren wordt, prospectief of retrospectief, de kwaliteit van zorg beoordeeld (indicator = een meetbaar element van de zorgverlening dat een aanwijzing geeft over de mate van kwaliteit). Met deze vorm van EBMA kan bijvoorbeeld worden onderzocht of de oogartsen patiënten met glaucoom behandelen volgens de daarvoor geldende richtlijn(en), of orthopeden de behandeling van gecompliceerde fracturen uitvoeren overeenkomstig de internationale standaarden.

Ad 2. Methode 2

Methode 2 richt zich met name op 'significante gebeurtenissen' of 'ongunstige zorguitkomsten' in de zorg. Hierbij gaat het om individuele gevallen waar een significante gebeurtenis (niet noodzakelijkerwijs een ongunstige zorguitkomst) heeft plaatsgehad, zoals bijvoorbeeld een gemiste diagnose of te voorkomen complicaties. Door deze gebeurtenissen of uitkomsten in de zorg op een systematische en gedetailleerde wijze te analyseren en vervolgens te bespreken, wordt gekeken waar individuele en/of een groep van zorgverleners kan leren van de kwaliteit van de geleverde zorg. Op basis hiervan kunnen verbeteringen in de zorg worden doorgevoerd met als doel deze gebeurtenissen in de toekomst te voorkomen. Voor deze methode gebruikt men review-criteria. Deze aanpak is met name geschikt om retrospectief op een 'case-by-case'-basis de kwaliteit van zorg aan individuele patiënten te beoordelen, beschrijven specifiek besluiten, acties of zorguitkomsten.

De korte handleiding bevat een stappenplan waarin de verschillende fasen en activiteiten van EBMA worden beschreven. Per stap worden de activiteiten behorende bij methode 1 en methode 2 besproken. Voorafgaand aan het stappenplan (zie verder) wordt een overzicht gepresenteerd waarin wordt aangegeven welke stappen dienen te worden uitgevoerd door de wetenschappelijke vereniging en welke door de maatschap/vakgroep.

Overzicht stappenplan



Stap 1. Keuze van het onderwerp

Methode 1

In principe zijn er veel onderwerpen geschikt voor EBMA, waarbij onderscheid kan worden gemaakt in onderwerpen die betrekking hebben op de structuur (beschikbaarheid en organisatie van middelen en personeel), het proces (zorgactiviteiten) en de zorguitkomst (het effect van de zorg op de gezondheid van de patiënt). In deze eerste stap wordt geïnventariseerd welke onderwerpen in aanmerking kunnen komen en hoe wij hierin tot een keuze kunnen komen. Relevante vragen voor het op tafel krijgen van geschikte onderwerpen zijn bijvoorbeeld: Welke procedures voeren wij frequent uit? Welke behandelingen zijn risicovol? Welke procedures zijn kostbaar en hoe efficiënt gaan wij hiermee om? Tabel 1 beschrijft voor een aantal domeinen criteria die van belang zijn bij de keuze van het onderwerp.

Tabel 1. Criteria voor onderwerpkeuze

Klinische relevantie	klinisch relevante diagnose of behandeling (groot risico voor patiënt) grote variatie in zorg gebeurtenissen die vaak voorkomen (frequentie) niet gehaalde gezondheidswinst hoog risico procedures (grote impact) complex/moeilijk zorgtrajecten
Praktische relevantie	problemen in zorgtraject/praktijkvoering meetbaar beschikbaarheid data verbetering mogelijk
Professionele relevantie	enthousiasme onderwerp aanwezigheid expertise acceptabele belasting
Financiële relevantie	kostbare procedures ernstige financiële gevolgen

Bij de keuze van het onderwerp is het belangrijk rekening te houden met de ‘beschikbaarheid van bestaande richtlijnen en protocollen’. Evidence-based richtlijnen vormen namelijk een goede bron voor het ontwikkelen van indicatoren omdat, naast het gebruik van wetenschappelijke kennis over ‘best practice’, aanbevelingen in de richtlijn eenvoudig kunnen worden omgezet in bijvoorbeeld procesindicatoren.

Prioriteren van onderwerp

Met behulp van de criteria in tabel 1 kunnen de leden van de deelnemende wetenschappelijke verenigingen een of meer onderwerpen bespreken en prioriteren op basis van belangrijkheid. Een hulpmiddel hierbij is het toekennen van een score die gebaseerd is op bijvoorbeeld frequentie, risico en urgentieniveau. Onderwerpen die hoog scoren op deze criteria hebben een hoge prioriteit voor audit. Het scoren van de onderwerpen op andere criteria (bijvoorbeeld beschikbaarheid van wetenschappelijke bewijskracht, keuze van de patiënt, kosten) kan leiden tot geheel andere uitkomsten. Onderlinge overeenstemming over welke criteria te gebruiken is hierbij uiteraard belangrijk.

Voorbeeld

In dit voorbeeld wordt de behandeling van astma als hoogste prioriteit voor audit aangewezen. Dit wordt gedaan aan de hand van het toekennen van een score (0 – 10) aan een drietal vooraf gekozen criteria (in dit geval frequentie, risico, kosten). Na toekenning van de scores worden de totaalscores met elkaar vergeleken.

Onderwerp	Frequentie	Risico	Kosten	Totaal
Astma	7/10	6/10	8/10	21/30
Pijn op de borst	6/10	8/10	5/10	19/30
Hartfalen	5/10	6/10	4/10	15/30

Methode 2

Omdat het bij deze methode gaat om ‘significante gebeurtenissen’ of ‘ongunstige zorguitkomsten’ zijn de criteria voor onderwerpkeuze vooraf enigszins bepaald. Het betreft in deze methode onderwerpen die klinisch ‘zeer’ relevant zijn en een grote impact hebben op de patiënt of zorgverlener (bijvoorbeeld overlijden of ernstige complicaties die voorkomen hadden kunnen worden). Prioriteren van onderwerpen zoals beschreven bij methode 1 is hierbij minder relevant. Wanneer er uiteindelijk echter meer onderwerpen in aanmerking komen, kan ook hier prioritering plaatsvinden.

Voor alle duidelijkheid: criteria als beschikbaarheid van data, enthousiasme voor het onderwerp of financiële gevolgen (*tabel 1*) blijven relevant. Bij dit type audit is de voornaamste reden voor de audit echter klinische relevantie (grote impact op patiënt of zorgverlener).

Stap 2. Doel van de EBMA

Methode 1

Het is belangrijk om het doel van de audit nauwkeurig te omschrijven om zodoende tot een haalbaar resultaat te komen. Een duidelijk omschreven doel maakt het mogelijk om na het uitvoeren van de audit na te kunnen gaan of het doel uiteindelijk is bereikt. Een helder en duidelijk geformuleerd doel (en eventueel subdoelen) maakt het mogelijk om de indicatoren voor de beoordeling van de kwaliteit van zorg te identificeren en precies te formuleren.

Een bekend hulpmiddel bij het formuleren van doelen is de zogenaamde ‘SMART-formule’:

S = specifiek,

M = meetbaar,

A = acceptabel,

R = resultaatgerichtheid,

T = tijdgebonden.

Daarnaast kunnen de onderstaande voorbeeld vragen eveneens een hulpmiddel zijn bij de formulering van doel(en) voor EBMA.

- Behandelen wij patiënten met diabetes volgens de daarvoor geldende richtlijnen?
- Is onze methode van behandeling van gecompliceerde fracturen overeenkomstig de internationale standaarden?
- Is de wijze waarop wij onze patiëntenregistratie voeren acceptabel?
- Krijgen onze patiënten met een verdenking op een hartinfarct tijdige en effectieve behandeling?

Audits met als voornaamste doel het verbeteren van de kwaliteit van zorg worden gekoppeld aan aspecten van kwaliteit, zoals toegankelijkheid, gelijkheid, geschiktheid, acceptatie, tijdigheid, effectiviteit, doeltreffendheid en efficiëntie.

Methode 2

Ook bij methode 2 is het belangrijk om het doel van de audit nauwkeurig te omschrijven om tot een haalbaar resultaat te komen (zie boven). Het voornaamste doel echter bij deze vorm van audit is tekortkomingen in de zorg aan het licht te brengen die mogelijk of waarschijnlijk hebben bijgedragen tot de gebeurtenis. Welke factoren of tekortkomingen in de zorg hebben geleid tot de gebeurtenis en op welke wijze kunnen wij dit in de toekomst voorkomen?

Stap 3. Selecteren van literatuur/EB-richtlijnen/protocollen

Methode 1 en 2

Om na te gaan wat er in de literatuur, EB-richtlijnen en/of protocollen beschreven staat over het onderwerp vindt een systematische zoekactie plaats. Voor deze zoekactie kan worden gebruikgemaakt van verschillende elektronische databases (bijvoorbeeld Medline, Embase, Pubmed, Cinahl), richtlijnen (CBO, NHG, Guidelines International Network (GIN), Amerikaanse /national Guidelines Clearinghouse), systematische reviews (bijv. Cochrane library, Clinical Evidence, British National Institute for Clinical Excellence (NICE)) en registratiebestanden (bijvoorbeeld Landelijk Informatie Netwerk Huisartsen (LINH), nationale Studies (NIVEL), Nationaal Kompas Volksgezondheid (RIVM)).

Bij de keuze van een richtlijn is het belangrijk om de volgende twee criteria in de selectie van de richtlijn mee te laten wegen.

1. Is de richtlijn door de beroepsgroep als geheel formeel geaccepteerd en geïmplementeerd?
2. Zijn er concurrerende richtlijnen over het onderwerp binnen de beroepsgroep? (diverse richtlijnen die inhoudelijke verschillen vertonen, kunnen door professionals worden gehanteerd).

Stap 4. Selectie van aanbevelingen

Methode 1

Kernaanbevelingen uit de richtlijn worden uiteindelijk gebruikt om de indicatoren te ontwikkelen. In EB-richtlijnen is de wetenschappelijke relatie tussen het zorgproces (de aanbeveling) en de uitkomst van zorg nauwkeurig beschreven. Het aanbevolen proces van handelen heeft in dit geval een duidelijke invloed op de zorguitkomst van de patiënt. Maar ook omgekeerd heeft de zorguitkomst een duidelijke relatie met het handelen geformuleerd in de aanbeveling. Omdat de indicatoren – ontwikkeld op basis van EB-richtlijnen – gebaseerd zijn op een nauwkeurige review van relevante wetenschappelijke literatuur, zullen de criteria die hieruit worden ontwikkeld daarom valide zijn.

Voor indicatoren, ontwikkeld op basis van geformaliseerde behandelprotocollen, systematische zoekopdracht van relevante artikelen, of systematische reviews, is dit minder evident. Wanneer wij uit deze producten review-criteria willen ontwikkelen is het verstandig de volgende regels te hanteren:

1. selecteer die aanbevelingen die een grote impact hebben op de gezondheid van de patiënt,
2. selecteer aanbevelingen uit de richtlijn die gebaseerd zijn op wetenschappelijke literatuur en op consensus van experts, liefst met een zo hoog mogelijke bewijskracht (voldoende wetenschappelijk bewijs),
3. selecteer aanbevelingen die ‘relevant’, ‘specifiek’ en ‘meetbaar’ zijn.

In methode 1 vindt de systematische en kritische analyse van de kwaliteit van zorg aan een geselecteerde groep patiënten normaliter plaats aan de hand van een beperkte set van aanbevelingen. Gewoonlijk wordt dan bij een grotere groep patiënten gekeken of aan bepaalde processen voor van optimale zorg wordt voldaan (bijvoorbeeld Volgen wij de richtlijn?).

Methode 2

Hoewel de selectie van relevante aanbevelingen overeenkomstig is met die van methode 1, zal bij methode 2 de set uitgebreider zijn. Hier wordt immers gekeken naar de kwaliteit van de gehele zorg die aan de patiënt is gegeven. Met andere woorden, een analyse van de kwaliteit van zorg, veelal bij kleine groep patiënten, waarbij de totale zorg wordt beoordeeld.

Stap 5. Ontwikkelen van indicatoren/review-criteria

Methode 1

De geselecteerde set van aanbevelingen uit Stap 4 wordt in Stap 5 omgezet in een set indicatoren. Uiteindelijk zijn het deze indicatoren die bij wijze van ‘meetlat’ langs de geleverde zorg worden gelegd om de kwaliteit ervan te beoordelen.

Na het selecteren van een of meer aanbevelingen uit de literatuur, richtlijn, of behandelprotocol is de volgende stap te komen tot toetscriteria. Met andere woorden, de geprioriteerde en geselecteerde aanbevelingen moeten op hun beurt worden omgezet in meetbare elementen die in de audit kunnen worden gebruikt. Dit houdt in dat expliciet moet worden beschreven onder welke condities de aanbevelingen wel of niet van toepassing zijn (bijvoorbeeld leeftijd, geslacht, comorbiditeiten). Vervolgens worden de teller en de noemer van de indicator gespecificeerd. In de teller beschrijft men de groep waarvan men een indruk wil krijgen, in de noemer de totale populatie waaruit deze groep is geselecteerd (zie volgend voorbeeld).

Voorbeeld

% Decubitus (ziekenhuisbreed)	
Teller	Het aantal gevallen van decubitus (graad 2 tot en met 4), ontstaan in het ziekenhuis, op een vast tijdstip in het afgelopen jaar
Noemer	Alle opgenomen patiënten in het ziekenhuis op datzelfde tijdstip

% Transfusiereacties	
Teller	Het aantal transfusiereacties bij patiënten in het ziekenhuis van 1 januari tot en met 31 december
Noemer	Het totaal aantal getransfundeerde eenheden in het ziekenhuis van 1 januari tot en met 31 december

Methode 2

In methode 2 wordt de kwaliteit van zorg beoordeeld aan de hand van een set van review-criteria. Deze beschrijven een belangrijk deel van een zorgproces voor één patiënt met één bepaalde ziekte of afwijking. Review-criteria zijn met name geschikt om retrospectief op een ‘case-by-case’-basis de kwaliteit van zorg aan individuele patiënten te beoordelen; zij beschrijven specifiek besluiten, acties of zorguitkomsten. Review-criteria kunnen worden ingedeeld in de volgende domeinen (conform indeling richtlijn):

- preventie/risico-inventarisatie,
- indicatiestelling/opname,
- diagnostiek,
- therapie,
- ontslag,
- follow-up/nazorg.

Review-criteria zijn opgebouwd uit de onderdelen in de volgende tabel.

Element van zorg	Elementen van zorg (bijvoorbeeld onder het domein diagnostiek: aanvullend bloedonderzoek bij patiënt met verhoogd HbA1c-waarde) die belangrijk zijn voor een goede proceskwaliteit.
Aanbevolen handwijze	Gedetailleerde procedures/handelingen die de zorgverlener dient uit te voeren om te voldoen aan de richtlijn (bijvoorbeeld weigering patiënt, slechte prognose, leeftijd > 75 jaar, ongeschikt consult).
Gegevensbron	Gegevensbron waaruit de zorggegevens worden gedestilleerd (patiëntendossier) (bijvoorbeeld specialistenbrief, patiëntendossier, geheugen, operatieverslag).
Acceptabel alternatief	Vaak voorkomende situatie en/of legitieme reden voor een zorgverlener om af te wijken van de richtlijn (bijvoorbeeld ≤ 6 maanden na diagnose; onderzoek van systemen van hart, longen, nieren, neuromusculair; algemeen bloedonderzoek).

Sensitiviteit review-criteria

Een review-criterium is sensitief wanneer het een hoog percentage overeenstemming detecteert in die gevallen waarbij de richtlijn ook daadwerkelijk wordt gevolgd. Het produceert een hoog percentage echt-positieven wanneer aan het criterium wordt voldaan en een laag percentage fout-negatieven indien wordt afgeweken van het criterium.

Specificiteit review-criteria

Een review-criterium is specifiek wanneer het een hoog percentage overeenstemming detecteert in die gevallen waarbij de richtlijn ook daadwerkelijk niet wordt gevolgd. Het produceert

een laag percentage fout-positieven wanneer aan het criterium wordt voldaan en een hoog percentage echt-negatieven indien wordt afgeweken van het criterium.

Voorbeeld 1

Tijdens de proefvisitatie van de Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie (NVOG) hebben de leden van de wetenschappelijke vereniging zwangerschapshypertensie als onderwerp gekozen. Uit de richtlijn hebben zij review-criteria ontwikkeld waarvan in onderstaand tabel een aantal voorbeelden staat beschreven.

REVIEW-CRITERIA DIAGNOSTIEK

Element van zorg	Acceptabel alternatief	Gegevensbron	Aanbevolen handelswijze
Onderzoek proteïnurie bij suspecte klachten of verhoogde bloeddruk	Eiwit/creatinineratio portie; 24-uursonderzoek urine	Medisch dossier Lab-uitslagen	Albustix op portie, indien positief kwantitatieve bepaling
Uitvoering onderzoek proteïnurie	Geen	Medisch dossier Lab-uitslagen	Aangeven wat voorgeschreven handelswijze is!
Lab-onderzoek bij suspecte klachten of pathologisch verhoogde bloeddruk (> 170/110 mmHg)	Extra aanvullende onderzoeken met overeenkomstige doelstellingen (voorbeelden/ specificatie?)	Medisch dossier Ziekenhuisinformatiesysteem (lab-uitslagenregistratie)	Bepalen van: • hemoconcentratie (minimaal Hb, Ht), • nierfunctiestoornis (minimaal UZ, Na, K, Creat, proteïnurie), • leverenzymstoornissen (minimaal transaminasen, LDH); hemostaseafwijkingen (minimaal trombocyten) als...?
Foetale bewaking bij verandering toestand of behandeling moeder	Afhankelijk van vitaliteit foetus en zwangerschapsduur niet of met doptone	Medisch dossier CTG-registratie	CTG-bewaking verandering van klinisch beeld of medicatie (doptone?)

Voorbeeld 2

De chirurgen hebben tijdens de proefvisitatie gekozen voor een andere dan in deze handleiding beschreven vorm van EBMA. Zij hebben voor de beoordeling van de kwaliteit van zorg geen indicatoren of review-criteria ontwikkeld, maar aan de hand van een vragenlijst onderzocht in welke mate zij de richtlijn Liesbreuk volgen. Besloten werd om uit deze richtlijn de meest belangrijke aanbevelingen te selecteren en deze vervolgens om te zetten in vragen.

Enkele vragen uit de lijst zijn:

1. Welk type operatie hebt u toegepast?
 - 1a. Is dit conform de NVvH-richtlijn of uw eigen protocol?
2. Heeft de patiënt antibioticaprofylaxe gekregen?
3. Hebt u een matje geplaatst?

Het uiteindelijke resultaat was een vragenlijst, bestaande uit zeven hoofdvragen. Deze werd voor tien patiënten die een liesbreukoperatie ondergingen, ingevuld. De complete vragenlijst is opgenomen in *bijlage 10*, pagina 118.

Stap 6. Selectie van gegevensbronnen

Methode 1 en 2

Bij EBMA worden in de meeste gevallen kwantitatieve gegevens verzameld. Soms wordt aanvullend kwalitatieve informatie verzameld om in geval van complexe situaties (bijvoorbeeld inclusie van meningen en ervaringen van patiënten) een beter beeld van de kwaliteit van de geleverde zorg te krijgen. Diverse gegevensbronnen kunnen hiervoor worden gebruikt:

- documenten (dossiers, gegevensbestanden, productiecijfers),
- patiënten/cliënten,
- collega's en andere zorgverleners.

Stap 7. Bepalen van een steekproef

Methode 1

Idealiter worden alle patiënten die in aanmerking komen geïnccludeerd in de audit. Als blijkt dat de populatie die in aanmerking komt kleiner is dan honderd, dan is het de overweging waard om alle patiënten hierin mee te nemen (bijvoorbeeld in geval van dossieronderzoek met een beperkt aantal criteria). Voor veel professionals is het verzamelen van informatie over honderd patiënten echter een te grote inspanningsvereiste, waardoor het trekken van een steekproef noodzakelijk blijkt. Wanneer de basispopulatie groter is dan honderd (bijvoorbeeld 600 patiënten), dan is het trekken van een steekproef hoogstwaarschijnlijk de enige optie.

Bij steekproeftrekking is het belangrijk ervoor te zorgen dat de steekproef representatief is voor de totale populatie. Hierbij zijn een aantal aspecten belangrijk:

1. *Identificatie van de doelgroep*
 Identificatie van een specifieke patiëntenpopulatie waarvan de kwaliteit van de geleverde zorg wordt getoetst. Deze patiënten hebben overeenkomstige patiëntenkarakteristieken, zoals de aandoening, geslacht, leeftijdscategorie, type behandeling etc.
2. *Beslissing wel of niet steekproef*
 Wanneer het aantal groter is dan honderd (in sommige gevallen groter dan duizend), dan is de keuze om een steekproef te trekken evident. Het besluit om een steekproef te trekken bij kleinere aantallen wordt mede bepaald op basis van ernst en beschikbare tijd. Relevante vragen hierbij zijn: – Hoe ernstig is het aspect van zorg/uitkomst? Zo ernstig dat de zorg aan iedere patiënt moet worden beoordeeld? en – Hoeveel tijd is er beschikbaar voor de audit?

3. *Steekproefgrootte*

In vergelijking met wetenschappelijke onderzoeken naar kwaliteit van zorg worden in audits relatief kleine steekproeven gebruikt. In de literatuur en handboeken over audit wordt in het hoofdstuk waarin de steekproefgrootte wordt beschreven naar het schema in *tabel 1* verwezen. Let wel, dit is duidelijk een ‘common sense approach’.

Tabel 1. Steekproefgrootte

Totale populatie	Steekproefgrootte 95%BI (+/-5%)	Steekproefgrootte 90%BI (+/-10%)
50	44	42
100	80	73
150	108	97
200	132	114
250	152	130
300	169	143
350	183	153
400	196	162
450	207	169
500	217	176
600	234	187
700	248	195
800	260	202
900	269	208
1000	278	213
1500	306	229
2000	322	238
3000	341	248
4000	351	254
5000	357	257

Let op: in de meeste audits wordt een 90% betrouwbaarheidsinterval gekozen met een +/-5% acceptabele afwijking...!

Voorbeeld

Een groep gynaecologen wil retrospectief een audit uitvoeren naar de kwaliteit van zorg voor patiënten met zwangerschapshypertensie. Omdat zij niet de tijd hebben om alle statussen van deze patiënten (n=150) te bekijken, hebben zij besloten naar één belangrijk aspect van zorg te kijken, namelijk bloeddrukmeting na 26 weken iedere 3-4 weken. Zij zijn bereid om 10% onbetrouwbaarheid als gevolg van de steekproef te accepteren en een afwijking van ca. 10% van de gevonden waarde. Volgens bovenstaand tabel moet de steekproefgrootte dan minimaal 97 patiënten zijn. Uit de audit blijkt dat in 70% van de gevallen de gynaecologen de bloeddruk na 26 weken iedere 3-4 weken hebben gemeten. Dit betekent dat met 90% zekerheid kan worden gesteld dat de feitelijke waarde tussen de 60% en 80% ligt.

4. *Procedure voor het trekken van een steekproef (eenvoudige methode)*

Voor het trekken van een steekproef kan de volgende eenvoudige methode worden toegepast. Bijvoorbeeld: neem per keer één nummer van links naar rechts (2,0,1,7,4, etc), of twee tegelijk van boven naar beneden (20,74,04,22, etc). Deze patiënten (20ste, 74ste, 4de 22ste) vormen de steekproef.

2 0 1 7 4 2 2 8 2 3 1 7 5 9 6 6 3 8 6 1 0 2 1 0 9 6 1 0 5 1 5 5 9 2 5 2 4 4 2 5
 7 4 4 9 0 4 4 9 0 3 0 4 1 0 3 3 5 3 7 0 2 1 5 4 4 7 8 6 9 4 6 0 9 4 4 9 5 7 3 8
 0 4 7 0 4 9 3 1 3 8 6 7 2 3 4 2 2 9 6 5 4 0 8 8 7 8 7 1 3 7 1 8 4 7 8 4 0 5 4 7
 2 2 4 4 8 9 6 5 6 8 9 5 3 2 5 2 3 8 3 7 1 5 1 2 5 4 0 2 0 1 3 7 5 6 8 7 6 5 8 9

Stap 8. Methode voor dataverzameling

Methode 1 en 2

Nadat nauwkeurig is omschreven hoe de gewenste zorg eruit moet zien, op welke punten de zorg zal worden gemeten en van welke patiënten we daarvoor gegevens nodig hebben, is de volgende stap het bepalen van de wijze waarop de gegevens worden verzameld. Er bestaan diverse methoden voor dataverzameling, bijvoorbeeld:

- dossieronderzoek (doornemen van patiëntenbestand of een elektronisch medisch dossier),
- observatie (meelopen, audio- en video-opnamen),
- (zelf)registratie (schriftelijke formulieren),
- patiëntenvragenlijst (mondeling, schriftelijk).

In de meeste gevallen wordt bij EBMA gebruikgemaakt van het retrospectief dossieronderzoek. Hierbij worden gegevens uit het patiëntendossier verzameld die betrekking hebben op de zorg die in het verleden is gegeven. Het prospectief verzamelen en registreren van zorggegevens is natuurlijk ook mogelijk. Zo kunnen bijvoorbeeld specialisten besluiten om ten aanzien van een specifieke procedure de komende zes maanden, na ieder consult van de patiënt, gegevens te verzamelen en te analyseren. Beide methoden, prospectief en retrospectief, hebben voor- en nadelen (*tabel 2*).

Tabel 2. Voor- en nadelen van prospectieve en retrospectieve onderzoeksmethoden

	Retrospectief	Prospectief
Definitie	Verzamelen van gegevens over wat in het verleden aan zorg is geleverd	Verzamelen van gegevens over toekomstige zorg vanaf een gekozen moment in de toekomst
Wanneer te gebruiken	Bij het onderzoeken van wat in het verleden aan zorg is geleverd	3. Wanneer gegevens niet beschikbaar zijn (niet geregistreerd) Wanneer de kwaliteit van de gegevens laag is of incompleet zijn
Voordeel	Relatief snel uit te voeren Levert een baseline	Voorkomt gebruik van slechte data Gelegenheid om vooraf een goed instrument voor dataverzameling te ontwikkelen
Nadeel	4. Gebruikers in het verleden hebben er geen voordeel bij Gegevens mogelijk moeilijk te verzamelen	Levert geen baseline Kan tijdrovend zijn

Stap 9. Ontwikkelen van een dataregistratieformulier/vragenlijst

Methode 1

Voor het verzamelen van adequate zorggegevens wordt gebruikgemaakt van een dataregistratieformulier waarin de afzonderlijke indicatoren staan vermeld (papieren of elektronische versie).

De lijst is zo opgesteld dat:

- het een accurate invulling van gegevens in de vragenlijst bevordert,
- het de kans op 'items gegevens onbekend' beperkt,
- het mogelijk is de gegevens eventueel in de computer in te voeren.

Het meest overzichtelijk is wanneer de volgorde waarin de gegevens dienen te worden genoteerd op het registratieformulier overeenkomt met die van patiëntendossier. Deze kunnen het best per onderdeel worden geordend (bijvoorbeeld diagnostiek, behandeling, follow-up).

Methode 2

Bij methode 2 wordt in de vragenlijst de mogelijkheid geboden aan te geven of aan een review-criterium (specifiek besluiten, acties of zorguitkomsten) is voldaan. Het gaat er bij deze methode immers vooral om of de specialist ten aanzien van een specifiek aspect van zorg voor één patiënt met één bepaalde ziekte afwijkt van hetgeen in het review-criteria is gedefinieerd.

Voorbeeld

Op basis van de review-criteria voor zwangerschapshypertensie hebben de leden van de wetenschappelijke vereniging van de NVOG een vragenlijst ontwikkeld. Hieronder wordt een gedeelte uit deze vragenlijst die betrekking heeft op de diagnostiek beschreven. Tijdens het invullen van de vragenlijst beantwoordden de gynaecologen tevens of er aan het criterium was voldaan.

Diagnostiek (vragen 8 t/m 12 uit vragenlijst zwangerschapshypertensie):

8. Had de patiënt suspect klachten of een verhoogde bloeddruk?

- Ja
- Nee
- Onbekend

Evt. toelichting:

9. Zo ja, is er onderzoek verricht naar proteïnurie?

- Ja
- Nee
- Onbekend

Evt. toelichting: Voldaan?

CRITERIUM 1	
-------------	--

10. Zo ja, op welke wijze heeft dit plaatsgevonden? (Specificatie nodig...!)

..... Voldaan?

CRITERIUM 2	
-------------	--

11. Indien de patiënt suspecte klachten en een pathologische verhoogde bloeddruk had (hoger dan 170/110 mmHg), werden de volgende laboratoriumonderzoeken = verricht?

- Hb, Na proteïnurie LDH
- Ht, K transaminasen
- UZ, Creat trombocyten
- Overigen:

12. De bovengenoemde onderzoeken die zijn uitgevoerd, vonden deze plaats één keer per week of bij verandering van het klinisch beeld?

- éénmaal per week
- bij verandering klinisch beeld

Evt. toelichting: Voldaan?

CRITERIUM 3	
-------------	--

Stap 10. Invullen checklist

Methode 1 en 2

Voor methode 1 en methode 2 is het belangrijk om in deze fase na te gaan of er bij de ontwerpers van de audit binnen de wetenschappelijke vereniging overeenstemming en duidelijkheid bestaat over zowel opzet en praktische uitvoering van de audit. Hiervoor kan worden gebruikgemaakt van de 'Checklist', zie *bijlage 8* (pagina 107). In deze checklist komen de volgende onderwerpen aan de orde:

- het onderwerp van de audit,
- doel en eventueel subdoelen van de audit,

- geraadpleegde literatuur,
- geraadpleegde richtlijnen,
- de steekproef,
- methode van dataverzameling en standaarden.

Stap 11. Pilot

Methode 1 en 2

Voorafgaand aan de feitelijke audit, het verzamelen van zorggegevens en beoordelen van de kwaliteit van zorg, is het uittesten van de dataverzameling, methode en kwaliteit van de data, belangrijk. Het vooraf uittesten levert meestal direct informatie op over mogelijke praktische problemen of knelpunten in de dataverzameling. De pilot geeft inzicht in hoeverre de gegevens die worden verzameld voldoende zijn om het doel waarvoor de audit wordt uitgevoerd, te bereiken en of het instrument hiervoor geschikt en bruikbaar is.

2.5.3 Het gebruik van evidence-based medical audit door de maatschap

Stap 12. Dataverzameling

Methode 1 en 2

De maatschap/vakgroep selecteert a) patiënten die voldoen aan de patiëntenpopulatie zoals eerder gedefinieerd, en b) het aantal patiënten dat is vastgesteld in de steekproef.

Methode 2

De maatschap/vakgroep selecteert drie tot vijf patiënten die voldoen aan de patiëntenpopulatie zoals eerder gedefinieerd. Gebruik hiervoor het patiëntendossier. Dit kan zowel door de specialist als de (praktijk)assistent worden gedaan. Over het algemeen kost dit niet veel tijd, zeker niet wanneer de administratie up-to-date is en de desbetreffende patiëntengroep in het dossier is gemarkeerd.

Stap 13. Data-analyse

Methode 1 en 2

De analysemethoden die bij EBMA worden toegepast zijn doorgaans eenvoudig, hiervoor zijn geen additionele trainingen of cursussen statistiek noodzakelijk. Immers, het doel dat wordt nagestreefd is gericht op het stimuleren van veranderingen/verbeteringen van de kwaliteit van zorg op de werkvloer. De auditresultaten moeten daarom begrijpelijk en interpreteerbaar zijn voor diegenen die bij de audit zijn betrokken.

Data-analyse is een manier om de resultaten uit de audit samen te vatten, waarbij het de bedoeling is dat na het uitvoeren van de analyses uitspraken kunnen worden gedaan of conclusies kunnen worden getrokken ten aanzien van:

- de kwaliteit van zorg (algemeen),
- in welke mate richtlijnen worden gevolgd en standaarden worden gehaald,
- de mate waarin tekortkomingen aanwijsbaar zijn,
- in geval van het niet voldoen aan standaarden/volgen van richtlijnen, waarom dit het geval is.

In veel gevallen is men vooral geïnteresseerd in de vraag of de richtlijnen worden gevolgd en of de standaarden worden gehaald. Voorbeelden hiervan zijn:

- % patiënten waarbij standaard is gehaald (berekend op basis van de totale steekproef).
- % patiënten waarbij standaard niet is gehaald (berekend op basis van de totale steekproef).
- % patiënten waarbij standaard niet van toepassing was.
- % patiënten waarbij standaard van toepassing was en waarbij standaard is gehaald.
- % patiënten waarbij standaard van toepassing was en waarbij standaard niet is gehaald.

Bij de toepassing van beschrijvende statistiek worden numerieke data gebruikt voor bijvoorbeeld het beschrijven van het vóórkomen van bepaalde handelingen en/of gebeurtenissen (uitgedrukt in frequenties), of het bepalen van een gemiddelde, mediaan (meest voorkomend), of spreidingsmaten, zoals een range of standaarddeviatie (variatie tussen individuele resultaten). Statistische tests worden vaak uitgevoerd om na te kunnen gaan of er een statistisch significant verschil bestaat tussen de situatie voor en na de audit (voor- en nameting). Maar ook om aan te kunnen tonen of de auditresultaten zijn gebaseerd op willekeur. Wanneer men tijdens een audit gebruik heeft gemaakt van vragenlijsten met open vragen, dan zal men gebruikmaken van kwalitatieve analysemethoden.

Stap 14. Rapportage

Methode 1 en 2

Auditrapport:

Nadat de analyses zijn uitgevoerd worden de resultaten samengevat in een auditrapport. Bij voorkeur wordt het auditrapport conform onderstaand voorbeeld opgebouwd.

Titelpagina

Naam organisatie/maatschap
 Titel project
 Deelnemers
 Datum

Inhoudsopgave (wanneer rapport langer is dan 10 pagina's)

Korte samenvatting (een kort paragraaf, niet langer dan 10% van totale lengte van het rapport, met daarin het onderwerp, de belangrijkste bevindingen, conclusies en aanbevelingen en vervolgacties).

Achtergrond (beschrijving van de reden voor de audit, motivatie/keuze van onderwerp met mogelijke referenties etc.)

Doel van de audit (aangeven wat wordt beoogd met deze audit)

Criteria/standaarden (toegepaste criteria/standaarden in deze audit en waarop deze zijn gebaseerd)

Methode (populatie, specificatie steekproef, prospectief/retrospectief, identificatie van patiënten, dataverzameling, analyses)

Resultaten (patiënteninclusie, mogelijke statistische test, grafische presentatie etc.)

Conclusie(s) (samenvatting belangrijkste conclusies)

Aanbeveling(en)

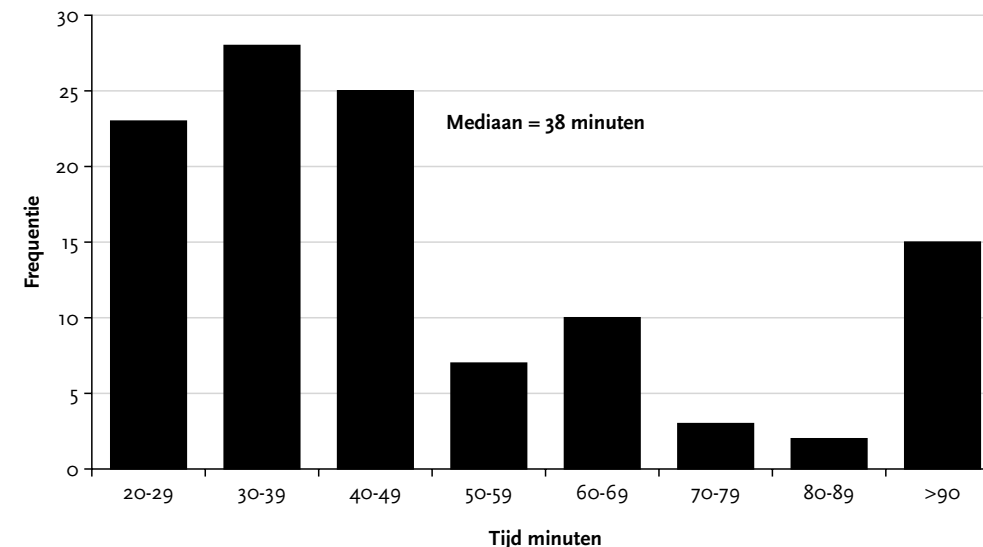
Actieplan (aangegeven plannen voor welke veranderingen, door wie en wanneer)

Grafische presentatie:

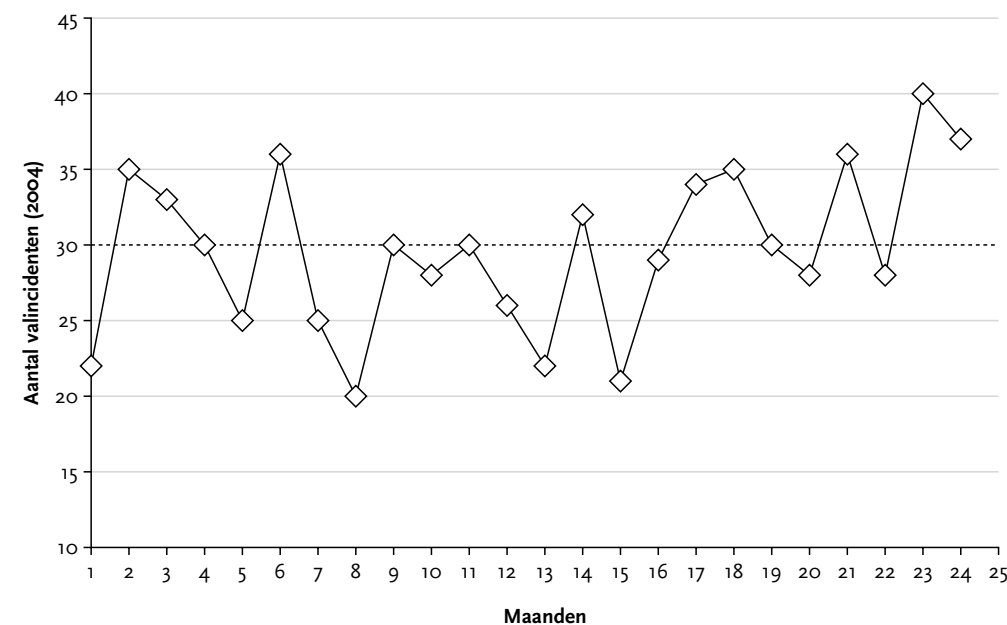
Wat geldt voor de analyses geldt ook voor de grafische presentatie van de auditresultaten; houd deze eenvoudig en overzichtelijk. Hiervoor zijn verschillende technieken beschikbaar, maar de meest gebruikte zijn de lijngrafiek, het histogram en de controlekaart (zie voorbeelden). In de lijngrafiek worden de resultaten chronologisch in een grafiek uitgezet. Het uitzetten van de auditresultaten in een lijngrafiek ondersteunt de beeldvorming, bijvoorbeeld de mate van variatie in de geleverde zorg. Ook het histogram is een veelvoorkomende visualiseringstechniek. Waar een lijngrafiek de gegevens chronologisch weergeeft, geeft een histogram de frequentie of het aantal keren dat een gegeven voorkomt weer.

Naast lijngrafieken en histogrammen kunnen controlekaarten eveneens behulpzaam zijn voor de interpretatie van auditresultaten. Een controlekaart is het meest bekende statistische instrument in het kader van statische proces beheersing (SPC). De controlekaart is sim-

pelweg een grafiek met op de verticale as de waarde van het kwaliteitskenmerk en op de horizontale as het tijdstip waarop de zorg heeft plaatsgehad. Regelgrenzen geven hierbij de bandbreedte van de procesinherente variatie aan.



Figuur 1. Histogram; management van trombolysemedicatie op de afdeling spoedeisende hulp



Figuur 2. Lijngrafiek; valincidenten in 2004

2.5.4 Bespreking van evidence-based medical audit tijdens de visitatie

Stap 15. Bespreking en score van EBMA tijdens de visitatiedag

Tijdens de visitatiedag worden de resultaten van de medical audit en het door de maatschap opgestelde verbeterplan besproken met de visitatiecommissie. De commissie zal aan de hand van de gerapporteerde activiteiten en resultaten inzicht proberen te krijgen in a) de wijze waarop de maatschap medical audit gebruikt om verbeteringen in de praktijk door te voeren, en b) de kwaliteit van de geleverde zorg door de individuele maatschapsleden en de maatschap in zijn geheel.

De vragen die de visitatiecommissie stelt, hebben betrekking op (enkele van) de volgende onderwerpen:

- de door de maatschap gevolgde procedure bij het uitvoeren van EBMA,
- de inhoudelijke bevindingen van de medical audit,
- het plan van aanpak voor de implementatie van geplande vervolg-/verbeteracties.

2.5.5 De score van evidence-based medical audit in het professioneel kwaliteitsprofiel

De maatschap krijgt van de visitatiecommissie een score. Deze score geeft aan in welke fase de maatschap zich bevindt met betrekking tot het gebruik van EBMA. Let op: deze score geeft dus geen oordeel over de kwaliteit van de geleverde zorg.

De score die de visitatiecommissie geeft varieert van 1 tot 5:

1 = EBMA is niet uitgevoerd.

2 = EBMA is uitgevoerd en resultaten zijn in de maatschap besproken.

3 = Resultaten zijn besproken en vervolg-/ verbeteracties zijn gepland.

4 = Geplande acties zijn uitgevoerd en (worden) geëvalueerd.

5 = EBMA wordt jaarlijks gedaan en de resultaten zijn gekoppeld aan het jaarverslag en/of het maatschapsbeleidsplan.

De uiteindelijke score in het kwaliteitsprofiel voor het onderdeel evaluatie van zorg wordt bepaald door het gemiddelde van scores die de maatschap krijgt voor de verschillende onderdelen.

2.5.6 De meest gestelde vragen over evidence-based medical audit

1. *Wat is een EBMA?*

EBMA is gericht op de feitelijk verleende zorg door de zorgverlener. Het is een verbeterinstrument waarmee op basis van expliciete criteria die zijn ontleend aan (bij voorkeur evidence-based) richtlijnen, het zorgproces wordt geanalyseerd, beoordeeld en verbeterd. Dit gebeurt op een uiterst gestructureerde en systematische wijze.

2. *Wat is het doel van EBMA?*

Primair richt EBMA zich op het systematisch verbeteren van zorguitkomsten voor patiënten door middel van het verbeteren van het professioneel handelen van zorgverleners en kwaliteit van zorg in het algemeen. Daarnaast probeert men met EBMA een toename van vakkundigheid en scholing tot stand te brengen, het eigen handelen en dat van collega's inzichtelijk te maken, een bijdrage te leveren aan persoonlijke en professionele ontwikkeling, en specialisten te enthousiasmeren en te stimuleren aan kwaliteitsverbetering te werken.

3. *Hoe kies je een geschikt onderwerp voor EBMA?*

Dat hangt ervan af welke criteria worden gehanteerd. Zo kan men bijvoorbeeld kijken naar behandelingen die grote risico's met zich meebrengen of waarmee veel gezondheidswinst kan worden behaald. Zo kan men ook kijken naar het enthousiasme dat er binnen de beroepsgroep bestaat voor het uitvoeren van audit ten aanzien van een specifiek onderwerp.

4. *Op welke manieren kun je EBMA inzetten?*

EBMA kan worden ingezet om te onderzoeken of de specialisten zich aan de richtlijn houden. Hierbij kan aan de hand van een beperkt aantal indicatoren de kwaliteit van zorg worden beoordeeld. Anderzijds kan men EBMA inzetten om 'significante gebeurtenissen' of 'ongunstige zorguitkomsten' in de zorg te analyseren. Op basis van de analyses en bespreking van de auditresultaten wordt bekeken waar de zorg kan worden verbeterd.

5. *Wat zijn review-criteria, hoe kom je eraan en wat doe je ermee?*

Review-criteria zijn aanbevelingen uit een richtlijn die zodanig zijn geformuleerd dat er de 'aanbevolen handelswijze' uit kan worden gehaald, het 'acceptabel alternatief' (een soort 'second best'-handelswijze) en de gegevensbron (waar de auditor de gegevens over die handelswijze kan vinden). Review-criteria worden ontwikkeld door als het ware de aanbevelingen die in de richtlijn staan 'uit te pluizen' en onder te verdelen in deze drie aspecten. De review-criteria kunnen worden omgezet in vragen over de aanbevolen handelswijze. Op deze manier wordt een antwoord verkregen op de vraag of men zich aan de handelswijze heeft gehouden en/of aan het alternatief.

6. *Kun je EBMA inzetten zonder dat daaraan een richtlijn ten grondslag ligt?*

Naast richtlijnen kan ook worden gebruikgemaakt van geformaliseerde behandelprotocollen of literatuur/onderzoek van goede kwaliteit (bijvoorbeeld systematische reviews of RCTs). Het gebruik van (evidence-based) richtlijnen heeft echter de voorkeur. Het gebruik van evidence-based richtlijnen heeft als voordeel dat het de implementatie van nieuwe technologieën en wetenschappelijke inzichten in de praktijk bevordert. Daarnaast worden landelijke richtlijnen in de meeste gevallen door de gehele beroepsgroep gezien als 'best practice'. Het gebruik van landelijke richtlijnen voor EBMA voorkomt dat verschillende maatschappen voor hetzelfde onderwerp verschillende sets van indicatoren/review-criteria ontwikkelen.

7. *Werkt EBMA alleen monodisciplinair?*

Nee, EBMA kan ook worden ingezet voor multidisciplinaire audits. Binnen de beroepsverenigingen van medisch specialisten zie je echter dat het instrument met name monodisciplinair wordt ingezet omdat ook de visitaties monodisciplinair worden georganiseerd.

8. *Wat zijn mogelijke nadelen van EBMA?*

Een nadeel van EBMA kan zijn dat de geïnvesteerde middelen zich niet terugbetalen in termen van verbeterde kwaliteit van zorg voor de patiënt. Met andere woorden, verspilling van tijd en moeite...! In de meeste gevallen kan dit worden voorkomen door EBMA op een gestructureerde wijze, met ondersteuning van voldoende middelen en het management, uit te voeren. Verspilling van tijd en moeite kan in de meeste gevallen worden voorkomen.

9. *Hoe past EBMA binnen een visitatieprogramma?*

Het doel van visiteren is het stellen van de diagnose en het stimuleren tot verbeterinitiatieven over 'de zorg voor kwaliteit' maar ook 'de kwaliteit van de zorg'. EBMA is een instrument dat het stellen van die diagnose vergemakkelijkt doordat EBMA kijkt naar het gebruik van richtlijnen en protocollen en de wijze waarop de zorg aan de patiënt wordt geleverd. Daarom past EBMA goed binnen een visitatieprogramma. Het is echter aan te raden EBMA niet te beperken tot de visitatiemomenten (eenmaal in de vijf jaar) maar ook tussentijds uit te voeren.

10. *Wie voert de EBMA uit?*

De wetenschappelijke verenigingen spelen een belangrijke rol bij de opzet en uitvoering van EBMA. Met name in de beginfase waarin de opzet, onderwerpskeuze, de meetinstrumenten (indicatoren en review-criteria) worden ontwikkeld. De uitvoering vindt normaliter plaats in de praktijk, daar waar de professionals werkzaam zijn. Het is mogelijk om het door een extern persoon te laten uitvoeren. (Hierbij is het wel van belang dat het in nauw overleg met de maatschap gebeurt, zodat zij 'eigenaar' blijven van de uitkomsten.)

11. *Hoe vaak wordt EBMA uitgevoerd?*

EBMA zou op regelmatige basis en voor verschillende zorgprocessen of ziektebeelden kunnen worden gedaan. Een en ander hangt af van wat men ermee wil bereiken. Zo kan maandelijks een audit worden uitgevoerd om de zorg voor een bepaalde patiëntencategorie goed te monitoren. Maar ook een jaarlijkse update kan voldoende zijn om te weten waar de maatschap of vakgroep staat met betrekking tot de zorgverlening aan bepaalde patiëntencategorieën.

12. *Wanneer is een EBMA een succes?*

Men zou kunnen zeggen dat EBMA een succes is als veel verbeteringen kunnen worden doorgevoerd. Blijkbaar was de audit dan een aanleiding om het professioneel handelen te verbeteren en daardoor ook de zorguitkomsten. Maar evengoed kun worden gezegd dat het een succes is als blijkt dat er weinig kan worden verbeterd. Het is dan meer een bevestiging dat de kwaliteit van de geleverde zorg goed is.

13. *Kun je EBMA gebruiken om maatschappen met elkaar te vergelijken?*

Dat zou kunnen. Als blijkt dat uitkomsten van zorg bij bepaalde maatschappen beter scoren kan het interessant zijn te weten wat deze maatschappen anders doen. Op deze wijze kun je komen tot de meest optimale zorg en kan dat zelfs betekenen dat de richtlijn moet worden aangescherpt. Een kanttekening hierbij is dat de auditresultaten kunnen worden vertekend door factoren die niet direct gerelateerd zijn aan de kwaliteit van zorg. Bijvoorbeeld, verschillen in case-mix kunnen mogelijk verantwoordelijk zijn voor verschillen in kwaliteit van zorg.

Referenties

- Principles for best practice in clinical audit, national institute for clinical excellence. Editors..?.., uitgever., 2005.
- Morell C, Harvey G. The clinical audit handbook. RCN Institute Oxford, UK, Baillière Tindall, 1992.
- Baker RW, Hearnshaw MH, Robertson N. Implementing Change with Clinical Audit. John Wiley & Sons, 1999.

Nederlandse Vereniging voor Dermatologie en Venereologie (NVDV)

‘Je krijgt een indruk, geen keihard bewijs’

Lang hoeft Auguste Glastra (1948), voorzitter van de visitatiecommissie van de NVDV, niet na te denken als haar wordt gevraagd naar het nieuwe visitatiemodel. ‘Ik ben er zelf erg gelukkig mee’, zegt ze. ‘Het geeft meer inhoud aan de visitatie. Maar goed, we hebben nog maar twee proefvisitaties gehad en we moeten nog evalueren hoe het model in de praktijk werkt. Maar ik ben erg enthousiast over de verbreding en de verdieping ervan. Toen ik het model begin juni 2005 voor onze vereniging heb gepresenteerd, werd er wel kritiek geleverd op het vele werk dat met de voorbereiding van de visitatie gepaard gaat. Maar de andere kant van de medaille is - en dat geldt zeker voor onze vereniging - dat men het niet alleen maar voor de visitatie hoeft te gebruiken. Eén van de instrumenten die wij gebruiken is bijvoorbeeld de Medical Audit (MA) lichttherapie bij psoriasis. Zo’n audit kun je elk jaar zelf gebruiken om te kijken of je het goed doet. Dat hoef je helemaal niet te beperken tot het moment van visitatie.

Mijn stelling is: wat je ook doet op het gebied van visitatie, het heeft altijd zijn beperkingen. Wat er écht gebeurt in een ziekenhuis, maatschap of vakgroep zie je pas in het werk. Je krijgt als visitatiecommissie een indruk, geen keihard bewijs. Maar als ik kijk naar de evolutie van de visitaties, zie ik dat er veel ontwikkeld is en dat er veel openheid is ontstaan. En dat heeft weer op een positieve manier bijgedragen aan kwaliteitsverbetering. Mensen houden zich meer aan de regels en spiegelen zich meer aan anderen dan in het verleden. Neem nou de MA. Ik denk dat het voor heel veel mensen een eye opener zal worden en zal leiden tot het besef van: we hebben het eigenlijk niet goed georganiseerd, laten we dat eens beter doen. En dat moet je nu doen, niet over vijf jaar als je gevisiteerd wordt!’

Bijlage 8.

Checklist audit

Onderwerp van de audit:

Datum:

Deelnemers:

1.
2.
3.
4.
5.
6.

Audit-coördinator:

1. *Introductie/Achtergrond*
 (Welke gebeurtenissen hebben geleid tot het besluit om deze audit uit te voeren? Waarom is deze audit belangrijk? Hoe kan deze audit bijdragen aan verbetering van de patiëntenzorg? Welke voordelen heeft de verwachte uitkomst van deze audit voor de patiënt? etc.

2. *Doel van de audit*
 (Wat is het belangrijkste doel van de audit; wat willen wij ermee bereiken?)

Hoofddoel

1.

Subdoelen:

1.
2.
3.
4.
5.

3. *Literatuuronderzoek/Referenties*

(Is er voor het identificeren van ‘best practice’ een literatuuronderzoek uitgevoerd? Geef aan van welke belangrijkste referenties is gebruikgemaakt en of deze referenties op een kritische wijze zijn beoordeeld op kwaliteit).

Referentie(s)	Beoordeling
1.	ja / nee
2.	ja / nee
3.	ja / nee
4.	ja / nee
5.	ja / nee

4. *Standaarden/richtlijnen/‘Best practice/Evidence-based*

(Aan welke standaarden/targets wordt de geleverde kwaliteit van zorg gemeten? Door wie zijn deze standaarden ontwikkeld? Zijn dit lokale, nationale of internationale standaarden?)

Invullen formulier ‘Standaarden’...!

5. *Steekproef*

1. Uit welke bronnen worden de patiënten geselecteerd? (bijvoorbeeld: uit het patiëntendossier, registratiegegevens van de afdeling etc. Indien van toepassing met ICD-codes of bijvoorbeeld codes voor operaties).

2. Welke in- en exclusiecriteria zijn gebruikt voor de selectie van de populatie? (bijvoorbeeld leeftijdsgrenzen, geslacht, type behandeling, ICD-codes etc.).

3. Over welke periode worden gegevens verzameld? (bijvoorbeeld: alle patiënten opgenomen in de periode 01-01-2001 tot 01-12-2003).

4. Hoeveel patiënten worden in de audit geïncludeerd? (bijvoorbeeld: 150 patiënten in totaal of, maandelijks 100 patiënten die de kliniek bezoeken).

5. Hoe is de steekproef berekend? (betrouwbaarheidsinterval en -niveau, verwachte percentage dat voldoet aan criterium etc.).

6. *Dataverzameling*

1. Hoe worden de gegevens verzameld? (bijvoorbeeld: speciaal ontworpen dataverzamelformulieren, dossiers, patiëntenvragenlijsten, interviews etc.)

2. Welke gegevens moeten worden verzameld en zijn deze direct beschikbaar? (het is belangrijk dat alle gegevens die nodig zijn om antwoord te krijgen op de vraagstelling/doel van de audit worden verzameld)
Ontwerp formulier voor dataverzameling...!

1. Wie verzamelt de data?

2. Hoe worden de gegeven geanalyseerd?

3. Specificeer hoe de methode voor dataverzameling wordt uitgetest?

STANDAARDEN

Nr.	Criterium/indicator	Target (%)	Uitzondering	Bron & bewijskracht*	Instructies/gegevensbron
1.	Bijv. de eerste afspraak vindt plaats ≤ 3 werkdagen na ontvangst van verwijfsbrief van de huisarts	100	Besluit patiënt	Richtlijn Mammacarcinoom (publicatie... 2004)	Verwijsbrief in patiëntendossier

* wetenschappelijk bewijskracht

- A...
- B...
- C...
- D...

Bijlage 9.

Voorbeeld evidence-based medical audit van de Nederlandse Vereniging voor Dermatologie en Venereologie (NVDV)

BEOORDELINGSFORMULIER KWALITEIT VAN ZORG

Foto(chemo)therapie en systemische therapie bij ernstige chronische plaque psoriasis

Patiëntgegevens

ID-Nummer:

Geslacht: man / vrouw

Diagnose:

Zorggegevens

1. Preventie

Indien het om een behandeling met UVB gaat, begint u bij vraag 6.

Indien het om een behandeling met PUVA gaat begint u bij een vrouwelijke patiënt bij vraag 1, bij een mannelijke patiënt bij vraag 5.

Vragen 1 t/m 6 hebben betrekking op de volgende criteria:

PREVENTIE

Element van zorg	Acceptabel alternatief	Gegevensbron	Aanbevolen handelswijze
1. Zwangerschap uitsluiten	Zwangerschapstest	Medisch dossier Laboratoriumbepaling	Navragen mogelijkheid zwangerschap en/of verrichten zwangerschapstest
2. Effectieve anticonceptie tijdens en na psoraleen-gebruik	Geen	Medisch dossier Patiënteninformatie	Adviseren of voorschrijven anticonceptiemiddel
3. Afdekken van de ogen tot 8 uur na inname psoralenen	Geen	UV-protocol Patiënteninformatie	Dragen UVA-beschermende bril op dag van belichting
4. Beschermen ogen en genitaliën tijdens UV-belichting	Geen	UV-protocol Patiënteninformatie	UV-bril dragen tijdens belichting Bescherming genitaliën

1. Bent u voor deze patiënt voorafgaand aan de PUVA-therapie nagegaan of er sprake is van een (mogelijke) zwangerschap?

- Ja
- Nee
- Onbekend

Evt. toelichting:

CRITERIUM 1

2. Is er voorafgaand aan de PUVA-therapie een zwangerschapstest gedaan?

- Ja
- Nee
- Onbekend

Evt. toelichting:

CRITERIUM 1

3. Hebt u deze patiënt geïnstrueerd om tijdens PUVA-therapie voor effectieve anticonceptie te zorgen?

- Ja
- Nee
- Onbekend

Evt. toelichting:

CRITERIUM 2

4. Is de anticonceptie tot drie maanden na staken van de PUVA-therapie gehandhaafd?

- Ja
- Nee
- Onbekend

Evt. toelichting:

CRITERIUM 2

5. Hebt u de patiënt geïnstrueerd na inname van psoralenen gedurende 8 uur adequate bescherming van de ogen toe te passen?

- Ja
- Nee
- Onbekend

Evt. toelichting:

CRITERIUM 3

6. Is tijdens de UV-therapie bij deze patiënt consequent bescherming van ogen en genitaliën toegepast?

- Ja
- Nee
- Onbekend

Evt. toelichting:

CRITERIUM 4

2. Indicatiestelling

Vragen 7 t/m 14 hebben betrekking op de volgende criteria:

INDICATIESTELLING

Element van zorg	Acceptabel alternatief	Gegevensbron	Aanbevolen handelswijze
5. Ineffectiviteit of ernstige bijwerkingen bij UV-therapie in het verleden is contra-indicatie	Geen	Medisch dossier	Anamnese afnemen Gegevens effectiviteit eerdere UV-lichttherapie
6. Bekende lichtovergevoeligheid in voorgeschiedenis	MED-/MPD-meting	Mmedisch dossier Patiënteninformatie	Anamnese MED-/MPD-meting
7. Aanwezigheid huidmaligniteiten (in het verleden)	Geen	Medisch dossier PA-verslag	Lichamelijk onderzoek voorafgaand aan UV-therapie
8. Fotosensibiliserende/foto-toxische medicatie	Geen	Medisch dossier	Navragen medicatiegebruik
9. Controle hemogram, lever- en nierfunctie bij PUVA-therapie	Geen	Medisch dossier ZIS	Bepalen hemogram, Lever- en nierfunctie

7. Zijn/waren voor deze patiënt de resultaten van voorafgaande UV-therapieën bekend?

- Ja
- Nee
- Onbekend

Evt. toelichting:

CRITERIUM 5	
-------------	--

8. Is patiënt bekend met een lichtovergevoeligheid?

- Ja
- Nee
- Onbekend

Evt. toelichting:

CRITERIUM 6	
-------------	--

9. Heeft patiënt in het verleden een huidmaligniteit gehad?

- Ja
- Nee
- Onbekend

Evt. toelichting:

10. Had deze patiënt bij aanvang van de UV-therapie een huidmaligniteit?

- Ja
- Nee
- Onbekend

Evt. toelichting:

CRITERIUM 7	
-------------	--

11. Is bekend welke medicatie patiënt gebruikt?

- Ja
- Nee
- Onbekend

Evt. toelichting:

12. Is de patiënt geïnstrueerd veranderingen in medicatie tijdens de UV-therapie te melden?

- Ja
- Nee
- Onbekend

Evt. toelichting:

CRITERIUM 8	
-------------	--

13. Is voor deze patiënt voorafgaand aan de PUVA-behandeling controle van hemogram, lever- en nierfunctie verricht?

- Ja
- Nee (Ga door naar vraag 15)
- Onbekend

Evt. toelichting:

Indien ja:

14. Werden/worden deze controles gedurende de lichttherapie herhaald?

Ja Met welke frequentie

- Nee
- Onbekend

Evt. toelichting:

CRITERIUM 9	
-------------	--

3. Diagnostiek

Vragen 15 t/m 17 hebben betrekking op de volgende criteria:

DIAGNOSTIEK

Element van zorg	Acceptabel alternatief	Gegevensbron	Aanbevolen handelswijze
10. MED-/MPD-bepaling voorafgaand aan UV-therapie	Huidtype	Medisch dossier MED-/MPD-meting	MED-/MPD-apparatuur

15. Beschikt u over apparatuur voor MED- of MPD-meting?

- Ja
- Nee
- Onbekend

Evt. toelichting:

16. Werd bij deze patiënt voorafgaand aan de UV-therapie MED- of MPD-meting verricht?

- Ja
- Nee
- Onbekend

Evt. toelichting:

17. Hebt u voor deze patiënt het huidtype bepaald?

- Ja
- Nee
- Onbekend

Evt. toelichting:

CRITERIUM 10

4. Therapie

Vragen 18 t/m 26 hebben betrekking op de volgende criteria:

THERAPIE

Element van zorg	Acceptabel alternatief	Gegevensbron	Aanbevolen handelswijze
11. TLo1-belichting is eerste keus bij UVB-therapie	TL12-belichting	UVB-apparaat Medisch dossier	Aanwezigheid UVB TLo1-belichtingscabine
12. Aanpassen belichtings-schema bij kortetermijn-bijwerkingen	Geen	Medisch dossier Belichtings-schema	Navragen effect voorafgaande belichting Lichamelijk onderzoek
13. Onderhoudstherapie wordt niet aangeraden	Geen	Medisch dossier Belichtings-schema	Staken therapie bij bereiken remissie/ forse verbetering
14. Regelmatige controle door arts bij thuis-belichting	Geen	Medisch dossier Belichtings-schema	Lichamelijk onderzoek Controle belichtings-schema

18. Hebt u voor deze patiënt gebruikgemaakt van TLo1-belichtingsapparatuur?

- Ja (ga door naar vraag 20)
- Nee
- Onbekend

Evt. toelichting:

Indien nee

19. Hebt u voor deze patiënt gebruikgemaakt van TL12-belichtingsapparatuur?

- Ja
- Nee
- Onbekend

Evt. toelichting:

CRITERIUM 11

20. Werd voor deze patiënt gebruikgemaakt van standaard belichtings-schema's?

- Ja
- Nee
- Onbekend

Evt. toelichting:

21. Werd de belichtingstijd aangepast aan de hand van het resultaat van de vorige belichting?

- Ja
- Nee
- Onbekend

Evt. toelichting:

CRITERIUM 12

22. Werd een onderhoudsbehandeling met UVB/PUVA toegepast?

- Ja Aantal belichtingen per UV-therapiekuur is:
- Nee
- Onbekend

Evt. toelichting:

CRITERIUM 13

23. Maakte deze patiënt gebruik van thuisbelichting?

- Ja
- Nee (ga door naar vraag 27)
- Onbekend

Evt. toelichting:

Indien ja

24. Zag/ziet u de patiënt regelmatig voor tussentijdse controle terug?

- Ja
- Nee
- Onbekend

Evt. toelichting:

25. Kreeg/krijgt u (tussentijdse) schriftelijke rapportage?

- Ja
- Nee
- Onbekend

Evt. toelichting:

26. Hebt u inzicht in het toegepaste belichtingsschema?

- Ja
- Nee
- Onbekend

Evt. toelichting:

CRITERIUM 14	
--------------	--

5. Follow-up/nazorg

Vragen 27 t/m 29 hebben betrekking op de volgende criteria:

THERAPIE

Element van zorg	Acceptabel alternatief	Gegevensbron	Aanbevolen handelswijze
15. Cumulatieve dosis	Geen	Medisch dossier UV-belichtingsformulier	Berekenen totale fluence UV-kuur
16. Controle huidmaligniteiten	Controle patiënten na meerdere UV-kuren in voorgeschiedenis	Medisch dossier	Lichamelijk onderzoek op huidmaligniteiten
17. Controle langetermijneffecten UV-therapie	Controle patiënten na meerdere UV-kuren in voorgeschiedenis	Medisch dossier	Controle patiënten na meerdere UV-kuren in voorgeschiedenis

27. Is na het stoppen van de belichtingskuur de cumulatieve dosis berekend?

- Ja
- Nee
- Onbekend

Evt. toelichting:

CRITERIUM 15	
--------------	--

28. Is de patiënt (na UV-therapie in het verleden) gecontroleerd op huidmaligniteiten?

- Ja
- Nee
- Onbekend

Evt. toelichting:

CRITERIUM 16	
--------------	--

29. Is de patiënt (na UV-therapie in het verleden) gecontroleerd op langetermijnhuidveranderingen?

- Ja
- Nee
- Onbekend

Evt. toelichting:

CRITERIUM 17	
--------------	--

6. Organisatie en faciliteiten

Vragen 30 t/m 32 hebben betrekking op de volgende criteria:

THERAPIE

Element van zorg	Acceptabel alternatief	Gegevensbron	Aanbevolen handelswijze
18. UV-therapieprotocol	Geen	Protocollenboek	Aanwezigheid schriftelijk protocol voor UVB- en PUVA-behandeling
19. Controle van apparatuur	Controle patiënten na meerdere UV-kuren in voorgeschiedenis	Informatie technische dienst	Technische controle UV-apparatuur: ijking etc.

30. Wordt er gebruikgemaakt van een schriftelijk UV-belichtingsprotocol?

- Ja
- Nee (ga door naar vraag 32)
- Onbekend

Evt. toelichting:

Indien ja

31. Staat hierin een stappenplan beschreven voor aanpassing van het belichtingsschema bij het optreden van kortetermijnbijwerkingen?

- Ja
- Nee
- Onbekend

Evt. toelichting:

CRITERIUM 18	
--------------	--

32. Vindt er controle van de UV-apparatuur plaats?

- Ja Door wie: Frequentie:
- Nee
- Onbekend

Evt. toelichting:

CRITERIUM 19	
--------------	--

Bijlage 10.

Voorbeeld NVvH: evaluatie van de kwaliteit van zorg met behulp van de richtlijn
Behandeling liesbreuk

Algemeen:
Volgt u de NVvH-richtlijn Behandeling liesbreuk? ja / nee
Zo nee, beschikt u over een eigen protocol voor de behandeling van liesbreuken? ja / nee

Wilt u voor 10 liesbreukoperaties, geteld vanaf de eerste maand, onderstaande vragen beantwoorden?

Vraag	Patiënt 1	Patiënt 2	Patiënt 3	Patiënt 4	Patiënt 5	Patiënt 6	Patiënt 7	Patiënt 8	Patiënt 9	Patiënt 10
1. Welk type operatie hebt u toegepast?										
1a. Is dit conform de NVvH-richtlijn of uw eigen protocol?	ja / nee	ja / nee	ja / nee	ja / nee	ja / nee	ja / nee	ja / nee	ja / nee	ja / nee	ja / nee
2. Heeft de patiënt antibioticaprofylaxe gekregen?	ja / nee	ja / nee	ja / nee	ja / nee	ja / nee	ja / nee	ja / nee	ja / nee	ja / nee	ja / nee
3. Hebt u een matje geplaatst?	ja / nee	ja / nee	ja / nee	ja / nee	ja / nee	ja / nee	ja / nee	ja / nee	ja / nee	ja / nee
4. Welke vorm van anesthesie hebt u gebruikt?										
5. Hebt u of een collega een gesprek met de patiënt bij ontslag gevoerd?	ja / nee	ja / nee	ja / nee	ja / nee	ja / nee	ja / nee	ja / nee	ja / nee	ja / nee	ja / nee
5a. Is dit gedocumenteerd in het dossier?	ja / nee	ja / nee	ja / nee	ja / nee	ja / nee	ja / nee	ja / nee	ja / nee	ja / nee	ja / nee
6. Is de patiënt bij ontslag onderzocht?	ja / nee	ja / nee	ja / nee	ja / nee	ja / nee	ja / nee	ja / nee	ja / nee	ja / nee	ja / nee
6a. Is dit gedocumenteerd in het dossier?	ja / nee	ja / nee	ja / nee	ja / nee	ja / nee	ja / nee	ja / nee	ja / nee	ja / nee	ja / nee
7. Heeft de patiënt instructies gehad voor na het ontslag?	ja / nee	ja / nee	ja / nee	ja / nee	ja / nee	ja / nee	ja / nee	ja / nee	ja / nee	ja / nee
7a. Is dit gedocumenteerd in het dossier?	ja / nee	ja / nee	ja / nee	ja / nee	ja / nee	ja / nee	ja / nee	ja / nee	ja / nee	ja / nee

2.6 De complicatiebespreking

Dr. M.J.M.H. Lombarts

2.6.1 Inleiding op de complicatiebespreking

Complicaties zijn ongewenste effecten van zorg die voor de patiënt én voor de zorg belastend zijn. Preventie van complicaties betekent gezondheidswinst voor burgers, kwaliteitswinst voor professionals en doelmatigheidswinst voor ziekenhuizen.

Iedereen wil complicaties dan ook graag voorkómen. De ervaring leert dat door het evalueren van complicaties er mogelijkheden ontstaan voor verbetering van de zorg. Dit veronderstelt dat complicaties worden geregistreerd en dat ze systematisch worden beoordeeld. Beide activiteiten zijn moeilijker dan op het eerste gezicht wellicht lijkt. Want, wat is een complicatie, hoe registreer je die en hoe analyseer je die vervolgens?

De definitie die in Nederland vaak wordt aangehaald is die van de Nederlandse Vereniging voor Heelkunde: een onbedoelde en ongewenste gebeurtenis of toestand tijdens of volgend op medisch specialistisch handelen, die voor de gezondheid van de patiënt dusdanig nadelig is dat aanpassing van het medisch (be)handelen noodzakelijk is, dan wel dat er sprake is van onherstelbare schade. Deze definitie wordt overgenomen door andere wetenschappelijke verenigingen en de Orde van Medisch Specialisten bij de ontwikkeling van specialisme-specifieke complicatieregistraties.

Met een complicatieregistratie wordt beoogd betrouwbare informatie te verzamelen over complicaties, factoren te vinden die aangrijpingspunten vormen om complicaties te voorkómen en een kwaliteitscyclus te realiseren die gericht is op preventie.

Een complicatieregistratie operationeel hebben is één van de indicatoren van de Basisset Prestatie-indicatoren Ziekenhuizen 2003.

In 1999 heeft de Orde van Medisch Specialisten het initiatief genomen voor het landelijk ontwikkelen van systemen voor complicatieregistraties.* Het project Complicatieregistraties, gefinancierd door het ministerie van VWS, gaat over het voor en door medisch specialisten realiseren van complicatieregistraties. Het project heeft landelijke standaarden voor het registreren van complicaties opgeleverd. De Orde ondersteunt wetenschappelijke verenigingen bij de realisatie van een complicatieregistratie volgens deze landelijke standaarden. De wetenschappelijke verenigingen zijn verantwoordelijk voor de realisatie van de 'eigen' complicatieregistratie in de praktijk.

In *tabel 1* worden de resultaten van de wetenschappelijke verenigingen van eind 2004 en de verwachtingen voor eind 2005 weergegeven. Bij deze verwachtingen wordt uitgegaan van de continuering van de financiering van het Ministerie van VWS.

* Zie voor meer info over dit onderwerp de website van de Orde van Medisch Specialisten: www.orde.artsennet.nl.

Tabel 1. Stand van zaken wetenschappelijke verenigingen (n=26)¹ eind 2004 en verwachting eind 2005

Resultaten	Eind 2004	Eind 2005
1. Gestart met de ontwikkeling	60%	65%
2. 'pilots' gestart	20%	30%
3. Landelijke implementatie gestart	3%	10%

1) Exclusief drie erkende medisch specialismen waarvoor de complicatieregistratie niet geschikt is.

De verwachting dat eind 2004 20% van de wetenschappelijke verenigingen met 'pilots' is gestart, betekent dat voor een dekking van meer dan 30% van de medisch specialisten 'pilots' zijn gestart. Voor eind 2005 is de verwachting dat de 30% van de wetenschappelijke verenigingen die dan 'pilots' zijn gestart respectievelijk hebben voltooid, meer dan 60% van de medisch specialisten dekt. De Nederlandse Vereniging voor Anesthesiologie (NVA), de Nederlandsche Internisten Vereeniging (NIV), de Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde (NVK), de Nederlandse Vereniging voor KNO-heelkunde en heelkunde van het hoofd-halsgebied (NVvH) en de Nederlandse Vereniging van Neurochirurgen (NVvN) hebben de inhoud voor de complicatieregistratie gereed en zijn begonnen met 'pilots' om de inhoud te toetsen. Overigens is de complicatieregistratie geen geschikt kwaliteitsinstrument gebleken voor alle erkende medische specialismen. Zo moet sprake zijn van direct contact tussen medisch specialist en patiënt. Voor de artsen klinische chemie, pathologen en medisch-microbiologen is de complicatieregistratie niet geschikt.

De NVvH ontwikkelde als eerste wetenschappelijke vereniging bijna tien jaar geleden de Landelijke Heelkundige Complicatie Registratie (LHCR), die uitgaat van de hiervoor genoemde definitie van een complicatie. De LHCR wordt thans in ruim 30% van de klinieken gehanteerd. De verdere invoering stuit op problemen, vaak van technische aard, zoals de incompatibiliteit met ziekenhuisinformatiesystemen.

De voorsprong van de NVvH ten aanzien van de complicatieregistratie verklaart wellicht het feit dat de NVvH op dit moment de enige vereniging is die in het nieuwe visitatieprogramma expliciet aandacht besteedt aan de complicatieregistratie. Voor de bewaking en verbetering van de kwaliteit van zorg aan patiënten benadrukt de NVvH het belang van een goede analyse van complicaties, bij voorkeur aan de hand van de LHCR.

Voor de analyse van complicaties worden diverse methoden geraadpleegd.¹ Evidence-based medical audit is een manier, die elders in deze handleiding wordt besproken. Een andere methode is de evaluatie van de complicatiebespreking. De NVvH heeft twee vragenlijsten samengesteld aan de hand waarvan de maatschap inzicht kan krijgen in de opgetreden complicaties, in de wijze van complicaties registreren en in het beleid ten aanzien van (specifieke) complicaties.

In de eerste vragenlijst ligt de nadruk op algemene vragen over de wijze waarop de maatschap complicaties registreert. De tweede vragenlijst is toegespitst op de cholecystectomie. De bedoeling is aan de hand van de complicatieregistratie het beleid rondom de behandeling van het galblaaslijden uit te diepen.

Het gebruik van de vragenlijsten zal de komende jaren door de NVvH in de visitatiepraktijk worden getoetst.

In dit hoofdstuk komen achtereenvolgens aan de orde:

- evaluatie van de complicatieregistratie door de maatschap,
- bespreking van complicatieregistratie tijdens de visitatie,
- de score van complicatieregistratie in het professioneel kwaliteitsprofiel.

2.6.2 Evaluatie van de complicatieregistratie door de maatschap

Beschrijving van de procedure

Evaluatie van de complicatiebespreking in vogelvlucht

1. Vul de beide vragenlijsten over de complicatieregistratie in. De eerste vragenlijst is algemeen van aard, de tweede vraagt specifiek naar de cholecystectomie.
2. Bespreek de bevindingen in de maatschap en formuleer conclusies en verbeteracties.
3. Maak een plan van aanpak voor het uitvoeren van de verbeteracties.
4. Stuur de resultaten naar de visitatiecommissie.

Volg voor de bespreking van de complicatieregistratie de volgende procedure.

Stap 1

Vul de beide vragenlijsten in (zie *bijlage 11*, pagina 126).

In de eerste vragenlijst ligt de nadruk op algemene vragen over de wijze waarop de maatschap complicaties registreert. Ook wordt gevraagd voor een aantal ingrepen de wondinfectiepercentages te noteren. Voor de liesbreukoperaties wordt nog een aantal aanvullende vragen voorgelegd.

De tweede vragenlijst is toegespitst op de cholecystectomie. De bedoeling is aan de hand van uw complicatieregistratie het beleid rondom de behandeling van het galblaaslijden uit te diepen. Het gaat hierbij niet alleen om een getalsmatige weergave van de complicaties. De interesse gaat vooral uit naar afspraken over het beleid en de verwerking en implementatie van maatregelen naar aanleiding van eventuele complicaties.

Stap 2

Bespreek de ingevulde vragenlijsten in de maatschap. Formuleer conclusies en besluiten en eventuele verbeteracties.

Stap 3

Indien u verbeteracties hebt geformuleerd, maak een realistisch plan van aanpak voor de uitvoering van deze plannen.

Stap 4

Stuur de documenten (de ingevulde vragenlijsten en de resultaten van de maatschapbespreking) tijdig aan de visitatiecommissie.

2.6.3 Bespreking van de complicatieregistratie tijdens de visitatie

Tijdens de visitatie worden de resultaten van de complicatiebespreking en de eventueel opgestelde verbeterplannen besproken met de visitatiecommissie.

Ten behoeve van de visitatie is ervoor gekozen aan de hand van uw complicatieregistratie het algemene beleid ten aanzien van complicaties en het specifieke beleid rondom de behandeling van het galblaaslijden uit te diepen.

Het gaat de visitatiecommissie vooral om de afspraken over het beleid en de verwerking en implementatie van maatregelen naar aanleiding van eventuele complicaties.

Ter illustratie: de commissie is niet alleen geïnteresseerd in het percentage conversies van laparoscopisch naar open techniek maar ook in de relevante afspraken die gelden ten aanzien van de preoperatieve keuze voor laparoscopische of open cholecystectomie en welke afspraken er bestaan bij eventuele complicaties.

De ingevulde vragenlijsten en de resultaten van de bespreking daarvan in de maatschap dienen als leidraad voor de gesprekken met de visitatiecommissie.

2.6.4 De score van de complicatieregistratie in het professioneel kwaliteitsprofiel

In het professioneel kwaliteitsprofiel is als één van de vier kwaliteitsdomeinen evaluatie van zorg opgenomen. De complicatiebespreking is een van de beschikbare instrumenten om inzicht te krijgen in de evaluatie van zorguitkomsten. Evidente-based medical audit is een ander instrument.

Net als de meeste andere evaluatie-instrumenten van het kwaliteitsvisitiemodel, zijn de twee vragenlijsten over de complicatiebespreking een hulpmiddel bij zelfevaluatie.

De visitatiecommissie doet op basis van de vragenlijsten geen uitspraak over de feitelijk verleende kwaliteit van zorg door de maatschap. Wel beoordeelt de commissie de zorg die maatschap heeft voor de bewaking en verbetering van de kwaliteit.

De vraag die de commissie moet beantwoorden bij het beoordelen van het kwaliteitsdomein evaluatie van zorg luidt: *In welke mate besteedt de maatschap serieus aandacht aan het systematisch bewaken en verbeteren van de kwaliteit van de feitelijk verleende patiëntenzorg?*

De commissie beantwoordt deze vraag zowel kwantitatief als kwalitatief.

Een deel van het antwoord van de commissie wordt uitgedrukt in een score, volgens onderstaand schema.

1 = Er is geen systematische complicatieregistratie.

2 = Complicaties worden systematisch geregistreerd, maar niet systematisch besproken.

3 = Alle complicaties worden met de gehele maatschap (en eventueel anderen) besproken, en besluiten/adviezen worden genotuleerd.

4 = Bespreking van de complicaties heeft geleid tot aantoonbare beleidsaanpassingen en/of verbeteracties.

5 = Beleidsaanpassingen en/of verbeteracties worden periodiek geëvalueerd en zo mogelijk verankerd in afgesproken medisch beleid (bijvoorbeeld in protocollen).

De score drukt uit of een maatschap (voldoende) aandacht heeft voor de evaluatie van zorguitkomsten.

De commissie baseert haar oordeel over het kwaliteitsdomein evaluatie van zorg op diverse bronnen. De evaluatie van de complicatiebespreking (aan de hand van beide vragenlijsten) door de maatschap zelf, en het gesprek hierover met de commissie, vormt slechts één daarvan.

Andere bronnen waaruit de commissie put zijn onder meer:

- evidence-based medical audit (zie elders in deze handleiding),
- het dossieronderzoek (idem),
- de KISZ-lijst (idem),
- gesprekken met de medewerkers, (eventueel) arts-assistenten, verwijzend huisartsen, vertegenwoordigers van de medische staf en/of de raad van bestuur.

Naast de score die de commissie geeft voor de evaluatie van zorg, is er in het visitatierapport, zoals ook nu gebruikelijk is, voldoende ruimte voor het beschrijven van conclusies en aanbevelingen. In dit deel van het visitatierapport kunnen specifieke en genuanceerde bevindingen en opmerkingen worden genoteerd. Waar nodig zal de commissie aanbevelingen voor verbetering formuleren.

Referenties

1. Hollander EFJ, Marang-van de Mheen PJ, Kievit J. Van complicaties naar kwaliteitsverbetering. Medisch Contact 2005;60;262-5.

Nederlandse Vereniging voor Heelkunde (NVvH)

‘Moeilijk om het patiëntenperspectief in het kader te plaatsen’

‘Ik zal heel eerlijk zeggen dat ik aanvankelijk wat sceptisch over het nieuwe model was’, zegt Pieter Gerritsen (1946), voorzitter van de visitatiecommissie van de NVvH. ‘Het leek mij buitengewoon bureaucratisch. Het CBO heeft een wat, hoe zal ik het zeggen, andere invalshoek dan wij chirurgen. Wij duiken ergens op, halen de narigheid weg en daarmee is het klaar. Maar als je eenmaal de taal van de CBO’ers snapt, dan zit er best iets in wat zij zeggen. Al met al ben ik ook positief over het model. Zo vind ik de Quick Scan (QS) een waardevolle aanvulling omdat het een maatschap zelf aan het denken zet. De KISZ-lijst vind ik ook een goed ding, vooral omdat het structuur brengt in een aantal vragen die wij voorheen toch wat minder ordelijk hadden opgesteld. En de complicatieregistratie helpt om een beter inzicht te krijgen in je eigen performance. Het minste instrument vind ik - en dat is niet negatief bedoeld - de patiëntenquête. Het gaat heel vaak over de wachttijd in de spreekkamer en dat de dokter niet zo aardig was, maar het zegt zo weinig over kwaliteit. Nu weet ik wel dat moderne kwaliteitsnormen ook over de attitude van de dokter gaan en over zijn communicatieve vaardigheden, maar het blijft voor ons moeilijk het patiëntenperspectief goed in het visitatiekader te plaatsen.

Ik heb het gevoel dat onze leden dit nieuwe visitatiemodel een beetje over zich heen hebben laten komen, ondanks onze informatie op bijeenkomsten en in het Tijdschrift voor Heelkunde. Pas recentelijk heeft het consilium chirurgicum (bestuur van de opleiders) een commissie opgericht die de implementatie van de kwaliteitsvisitatie in opleidingsklinieken samen met de opleidingsvisitatie gaat begeleiden en invoeren. En ik denk dat daar nog wel wat rimpelingen in de vijver zullen ontstaan. Vooral wanneer academische ziekenhuizen met het nieuwe model te maken krijgen. De verbanden zijn daar heel anders en dat zal repercussies hebben op de visitatie. We zullen ons dan ook nog moeten beraden of dit model onverkort richting de academische ziekenhuizen kan gaan.’

Bijlage II.

**Evaluatie van de complicatiebespreking:
een algemene evaluatie en de evaluatie van de cholecystectomie**

1. Complicatiebespreking: algemene evaluatie

1. Welke complicatieregistratie gebruikt u?

- LHCR
- een alternatief, namelijk

2. Welke afspraken zijn er gemaakt ten aanzien van de registratie van complicaties?

.....

3. Wie registreert en welke definitie voor een complicatie hanteert u?

.....

4. Hoe worden de complicaties besproken?

.....

5. Hoe vaak?

.....

6. Heeft een uitkomst van de complicatieregistratie geleid tot actie in de vorm van maatregelen, bijvoorbeeld protocolwijziging?

.....

7. Kunt u door raadplegen van uw complicatieregistratie het percentage wondinfecties aangeven voor de hieronder vermelde groepen? Is dat aanleiding geweest voor nader onderzoek?

.....

Ingreep	Wondinfecties %	Aanleiding voor onderzoek	Toelichting
Colonchirurgie (eventueel scopisch)		ja / nee	
Vaatchirurgie		ja / nee	
Niet-geperforeerde appendicitis	Open	ja / nee	
	Scopisch	ja / nee	
Wel-geperforeerde appendicitis	Open	ja / nee	
	Scopisch	ja / nee	
Cholecystectomie	Open	ja / nee	
	Scopisch	ja / nee	
Liesbreukchirurgie	Open	ja / nee	
	Scopisch	ja / nee	
Nosocomiale infecties (urine- infecties, luchtweginfecties)		ja / nee	

Specifieke vragen over de complicatieregistratie voor de groep liesbreuken

1. Aantal hematomen Re-interventies?
Aantal seromen Punctie? ja / nee

2. Wondinfecties oppervlakkig + %
diep + %

3. Wat is uw beleid bij de diepe infecties ten aanzien van handhaven van de mat?

.....

4a. Hebt u een poliklinische complicatieregistratie? Ja / nee

4b. Zo ja, verwacht u dat het voeren daarvan invloed heeft op de resultaten? ja / nee

5. Kunt u een betrouwbare schatting geven over het voorkomen van testisatrofie/orchitis?

.....

2. Complicatiebespreking: evaluatie van de cholecystectomie

Pre-operatieve diagnostiek

Voor welke modaliteit kiest u, in welke volgorde en voor welke patiëntengroepen?

	Leeftijd	ASA classificatie	Symptomatisch galsteenlijden	Gecompliceerd galsteenlijden
Transabdominale echografie				
ERCP + beleid t.a.v. sfincterotomieën				
MRI-cholangiografie (MRCP)				
Endo-echografie				
Percutane transhepatische cholangiografie (PTC)				

Welke planning geldt voor het tijdsverloop na een procedure als ERCP ten aanzien van een eventuele volgende cholecystectomie?

Afspraken/stroomschema's pre-operatief/selectie patiënten

- Gebruikt u een stroomdiagram? (zoals bijvoorbeeld Leerboek Gastro-intestinale Chirurgie en Gastro-enterologie. Editors: Lanschot JJB van, Gouma DJ, Schouten WR, Tijtgat GMJ, Jansen PLM. Bohn Stafleu Van Loghum, Houten/Diegem 1999, p.143)
.....
.....
- Hebt u ten aanzien van bepaalde patiëntengroepen afspraken gemaakt over de behandeling met de gastro-enteroloog/internist
 - Wanneer ERCP?
 - Welke leeftijdsgroepen?
 - Welke patiëntenselectie?
- Welke contra-indicaties gelden voor welke operatieve therapie?
 - Leeftijd/ASA-classificatie?
 - Langer dan 5 dagen bestaande cholecystitis?
- Welke afspraken gelden voor uw groep ten aanzien van de keuze voor laparoscopische dan wel open cholecystectomie?
- Geldt deze afspraken voor de gehele groep of is dit individueel aangepast aan de vaardigheden?

Pre-operatief en operatie

Aantal cholecystectomieën	In 2002	In 2003
Aantal laparoscopisch		
Aantal open	Primair gepland =	Secondair =
Aantal patiënten > 60 jaar [zie: NTVG 2003;25 jan;146-9]		
Patiënten in welke ASA-classificaties?		
Aantal galblaascarcinomen in pathologie-uitslagen?		
Aantal met gecompliceerd galblaaslijden		
Aantal acute cholecystitis		
Aantal met cholangitis		
Aantal pre-operatieve ERCP-procedures		
Aantal patiënten bij wie is gekozen voor percutane operatie		

Operatieve therapie/complicaties

Complicatie	Aantallen
Bloeding per-/postoperatief	
Choledochusletsel	
Cholangitis/pancreatitis	
Wondinfectie	
Gallekkage	
Choledochusreststenen	

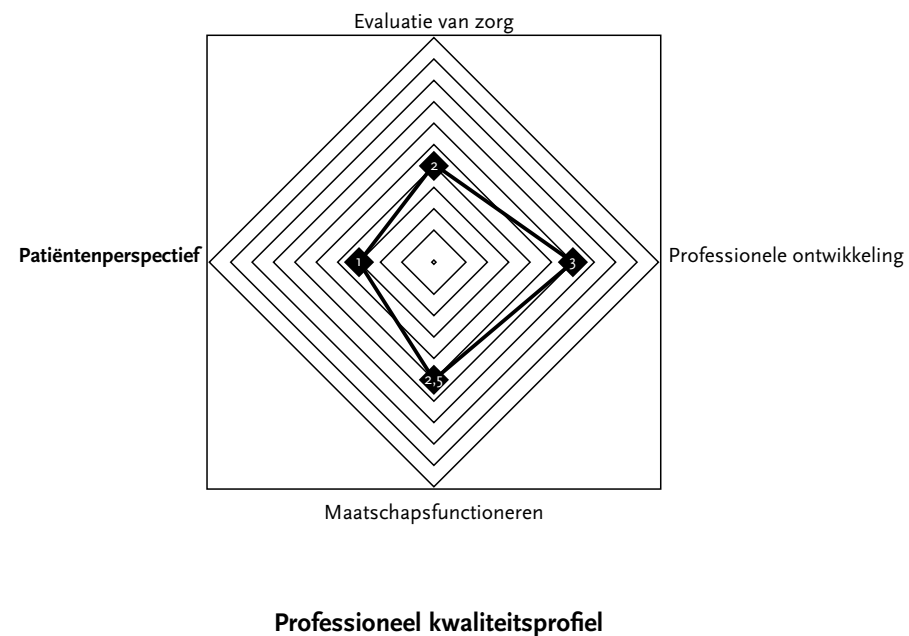
- Welke maatregelen hebt u genomen ter voorkoming van nabloeding bijvoorbeeld uit het leverbed?
.....
.....
- Controle stollingsparameters?
.....
.....
- Welk beleid is er ten aanzien van het voorkomen van choledochusletsel zoals het creëren van een 'critical view of safety'?
.....
.....

- 4. Pre-operatieve opnamevideo?
.....
.....
- 5. Foto's cruciale fase?
.....
.....
- 6. Is er een beleid ten aanzien van galkweken en/of antibiotische bescherming tijdens ingrepen?
.....
.....
- 7. Is er een beleid ten aanzien van reststenen in de choledochus?
.....
.....
- 8. Wanneer wordt er een preoperatieve cholangiografie uitgevoerd?
.....
.....
- 9. Zo ja, met welke consequenties?
.....
.....
- 10. Wat zijn de veranderingen in uw beleid op grond van uw complicatieregistratie geweest?
.....
.....
- 11. Hebt u een beleid ontwikkeld voor de gevolgchirurgie bij choledochusletsel?
 - a. Eigen expertise?
 - b. Referentie ziekenhuis/academische contacten?

Hoofdstuk 3

Het patiëntenperspectief

Drs. J.A. Fossen



3.1 Inleiding op het patiëntenperspectief

De laatste jaren krijgen klanten en patiënten een meer belangrijke rol toebedeeld in de beoordeling van (zorg)producten en diensten. Patiënten/consumenten worden steeds meer als serieuze partner gezien, ze organiseren zich beter en worden meer zelfbewust. Het verzamelen van meningen en wensen van gebruikers is een belangrijk kenmerk van de recente ontwikkelingen in de maatschappij. Sinds het begin van de jaren negentig van de vorige eeuw verricht men in de gezondheidszorg onderzoek naar methoden om oordeel en meningen van patiënten te inventariseren.

De wetgever volgt deze ontwikkelingen. Dat is onder meer te merken aan de wetgeving die halverwege de jaren negentig van kracht is geworden, zoals de Wet op de geneeskundige behandelovereenkomst (WGBO, 1995), de Wet klachtrecht cliënten zorgsector (WKCZ, 1995), de Wet medezeggenschap cliënten zorginstellingen (WMCZ, 1996) en de Kwaliteitswet zorginstellingen (1996). Deze wetten stellen de patiënt centraal en verstevigen de positie van de patiënt in de gezondheidszorg. Daarnaast zijn op landelijk en regionaal niveau financiële middelen beschikbaar gesteld aan patiënten-/consumentenorganisaties voor kwaliteitsprojecten.

Vanuit de Inspectie voor de Gezondheidszorg is in 2003 een basisset prestatie-indicatoren ontwikkeld.¹ Daarin vormt patiënttevredenheid één van de indicatoren. De Inspectie wil daarbij van ziekenhuizen weten of de tevredenheid van patiënten systematisch wordt gemeten en hoeveel klachten worden ingediend bij de klachtencommissie.

Ook internationaal zijn er ontwikkelingen die erop duiden dat patiënten steeds vaker worden betrokken, onder andere met korte vragenlijsten om behoeften van patiënten te inventariseren voor het eerste consult, focusgroepen om de patiëntvisie mee te nemen bij het ontwikkelen van richtlijnen en onderzoeken die patiëntenfeedback verzamelen voor zorgverleners.²

Dit zijn redenen om ook binnen het nieuwe visitatiemodel een duidelijke rol toe te kennen aan de patiënt. Dat kan in de vorm van *patiëntenfeedback*.

Naast patiëntenfeedback is er in het kwaliteitsdomein Patiëntenperspectief ook ruimte ingebouwd voor het volgende kwaliteitsaspect: *evaluatie van patiëntenklachten*. Dit onderdeel is in het huidige project nog niet verder uitgewerkt. Wel is er eind 2004 een Klachtenrichtlijn Gezondheidszorg verschenen met daarin concrete aanbevelingen die ook geschikt zijn voor het gebruik in maatschappen/vakgroepen.³

Wat is patiëntenfeedback?

Feedback betekent letterlijk terugkoppeling. Patiëntenfeedback in de visitatiecontext is de terugkoppeling van de patiënt op het handelen van de arts.

Hierdoor is de arts in staat zijn handelen kritisch onder de loep te nemen en zo nodig aan te passen. We kunnen feedback zien als een kans om te leren. De kunst is om ervoor open te staan, de signalen op te pikken en te bepalen welke feedback nuttig is om te vertalen naar acties.

Patiëntenfeedback komt meestal niet vanzelf; patiënten worden daarvoor actief benaderd.

Wat vinden patiënten belangrijk?

Uit onderzoek van het NIVEL in acht Utrechtse ziekenhuizen blijkt dat patiënten de kwaliteit van hun relatie met de arts en verpleegkundige het belangrijkste vinden.⁴ Serviceaspecten komen op de tweede plaats. Het allergrootste belang hechten patiënten aan het vertrouwen in de arts, de kwaliteit van de informatie en de mate van respect waarmee zij worden bejegend.

Bij de ontwikkeling van medisch-inhoudelijke kwaliteitsindicatoren voor de consument werd een onderzoek gedaan onder gynaecologische patiënten.⁵ Daaruit bleek dat in de kwaliteitsperceptie van de doelgroep met betrekking tot de medische zorg twee factoren een dominante rol spelen: vertrouwen in de kwaliteit van de Nederlandse gezondheidszorg, zowel in de artsen als in de ziekenhuizen. De relatie met de verwijzend en de behandelend arts is bepalend voor het vertrouwen dat de patiënt in zijn behandeling stelt. Dat vertrouwen is vooral gebaseerd op de indruk die de arts maakt als mens en professional. Ook bleek uit dat onderzoek dat patiënten niet zozeer geïnteresseerd zijn in statistische informatie zoals sterftecijfers en medische missers, maar wel in *structuur*informatie over de medische zorg, zoals:

- de behandelingen en technieken die de arts en het ziekenhuis kunnen aanbieden,
- de organisatie van de medische zorg in de betreffende instelling,
- het pijnbestrijdingsbeleid (met name belangrijk bij verloskunde),
- de ervaring en specialisatie van de arts,
- de stijl van de arts (kiest snel voor een operatie, of is juist afwachtend).

Doel van patiëntenfeedback

Doel van het verzamelen van feedback van patiënten is om de zorg meer patiëntgericht te verlenen. Patiëntenfeedback kan zich volgens Wensing en Elwyn op verschillende aspecten richten: voorkeuren (ideeën over wat er moet gebeuren), evaluaties (beoordelen van aspecten van de zorg) en verslagen (objectieve observaties van de organisatie van de zorg of het zorgproces, bijvoorbeeld het registreren hoelang ze moeten wachten in de wachtkamer). Als suggesties van patiënten over het verbeteren van de kwaliteit van zorg in de praktijk worden doorgevoerd, zal de zorg meer patiëntgericht worden verleend.

In een recent onderzoek van het NIVEL wordt een aantal internationale meetinstrumenten geselecteerd die de patiëntgerichtheid van de Nederlandse gezondheidszorg zouden kunnen monitoren.⁶ Dit onderzoek vond plaats in opdracht van het Ministerie van VWS. Hierin wordt aangegeven dat de CAHPS-/QUOTE-meetinstrumenten (zie verderop in dit hoofdstuk), de vragenlijsten van het Picker Institute (een internationaal onderzoeks- en ontwikkelinstituut dat het patiëntenperspectief promoot) en de vragenlijst van de World Health Organisation (WHO) gemeen hebben dat er niet rechtstreeks naar tevredenheid wordt gevraagd, maar naar feitelijke *ervaringen of tekortkomingen* op bepaalde aspecten van de zorg.

De EUROPEP (Wensing et al., 2000) meet de waardering van patiënten van specifieke aspecten van de huisartsenzorg en verschilt daarmee van de bovengenoemde instrumenten.

Later in dit hoofdstuk wordt verder ingegaan op de CAHPS-/QUOTE-meetinstrumenten.

Methoden

Er bestaan verschillende methoden om feedback te krijgen van patiënten (zie kader). De methoden verschillen in doel en aanpak en de effecten variëren.

Patiëntenenquête

Bij een patiëntenenquête kunnen patiënten hun oordeel geven over aspecten van de zorgverlening. Dat doen ze door het invullen van een vragenlijst. Vragenlijsten kunnen worden onderverdeeld in twee typen: lijsten waarin voornamelijk naar tevredenheid van consumenten/patiënten wordt gevraagd, en andere richten zich op het meten van ervaringen van consumenten/patiënten.⁷

Mystery guest

Een 'mystery guest' komt zonder dat de behandelaar het weet. Enigszins te vergelijken met de Michelin-sterren die bij restaurants worden uitgedeeld en waarbij 'gasten' komen eten. De apothekers (KNMP) werken daarmee. Apothekers die deelnemen aan het 'mystery guest'-onderzoek kunnen eens in de twee maanden bezoek verwachten van een 'klant'. Deze klant kijkt naar bejegening, controle door en adviezen van de apothekers(assistent). Bevindingen worden teruggekoppeld en afgezet tegen een landelijk gemiddelde.

Walk-through

Dit is een manier om te ervaren wat patiënten en familieleden ervaren als ze zorg ontvangen op een bepaalde afdeling. De afdeling weet dat dit gebeurt en dat is het verschil met een 'mystery guest'. Het is van belang dat de 'patiënt' en zijn familie dezelfde route doorlopen als andere patiënten. De twee 'patiënten' kijken goed om zich heen, stellen zichzelf veel vragen en bespreken na afloop gezamenlijk wat hen is opgevallen. Ze schrijven vervolgens op welke verbeteringen mogelijk zijn. Dit proces is beschreven door Gustafson.⁸

Focusgroepen

Een focusgroep is een gestructureerde methode om de mening van een groep (ex)patiënten te achterhalen. Door groepsgewijs thema's aan de orde te stellen en daarover te discussiëren, krijg je een beeld over wat er bij deze groep leeft aan wensen en verwachtingen. Het is een beproefde methode om de inhoud van voorlichtingsmateriaal te bepalen bij een aantal beroepsverenigingen. Bij het ontwikkelen van richtlijnen worden focusgroepen gebruikt om belangrijke items vanuit patiëntenperspectief te inventariseren. Zo is bijvoorbeeld een aantal COPD-focusgroepen gestart bij het ontwikkelen van de richtlijn. De methode is onder andere beschreven door Van Assema.⁹

Patiënten als (lijfelijk) onderdeel van het visitatietraject

Door patiënten onderdeel te maken van het visitatietraject, worden zij actief betrokken. Dit kan op verschillende manieren:

1. Patiënten als lid van de visitatiecommissie

Dit betekent dat patiënten vanuit hun perspectief, samen met de andere commissieleden, de patiëntenzorg kunnen beoordelen. Op deze wijze zijn zij geïncorporeerd in het traject.

2. Patiënten als gesprekspartner tijdens de visitatie

Door een gesprek te hebben met een aantal (ex)patiënten krijgt de visitatiecommissie een indruk van de mening van patiënten over de betreffende maatschap. Dit kan het beeld van de visitatiecommissie completeren. De focusgroepmethode (zie hierboven) zou hier eventueel kunnen worden gebruikt.

Spiegelbijeenkomsten

Een spiegelbijeenkomst vindt plaats in de vorm van een kringgesprek onder leiding van een gespreksleider. Er zitten acht tot twaalf (ex)patiënten in de kring en daaromheen de toehoorders: direct bij deze patiënten betrokken medewerkers zoals medisch, paramedisch of ondersteunend personeel. De (ex)patiënten geven feedback over hun ervaringen in de aanwezigheid van medewerkers. Het doel is een meer klantgerichte houding en werkwijze te bewerkstelligen. Deze methode is beschreven door Witman.¹⁰

Wensing en Elwyn geven in hun artikel aan dat als het gaat om het gebruik van patiëntenfeedback voor het verbeteren van de kwaliteit van de medische zorg, er drie methodieken kunnen worden gebruikt. Deze indeling is deels overlappend met de hiervoor beschreven methoden en bestaat uit:

- schriftelijke enquêtes,
- klachtenprocedures,
- patiëntenparticipatiegroepen.

Deze feedback kan volgens de auteurs worden gebruikt voor continue educatie en serviceverbeteringen. Vergelijking met andere zorgverleners kan de prioritering van verbetermogelijkheden vergemakkelijken.

In de praktijk bleek dat de participerende wetenschappelijke verenigingen de voorkeur gaven aan een patiëntenenquête. Deels heeft dat te maken met de bekendheid met het instrument en deels met de te verwachten resultaten. Bovendien is een enquête goed in te passen in de visitatie. Mogelijk dat in de toekomst ook andere methodieken op hun bruikbaarheid zullen worden getest en worden opgenomen in het visitatiemodel. Deze handleiding beperkt zich dan ook alleen tot de enquête.

De EUROPEP-vragenlijst

De EUROPEP-vragenlijst is uitgebreid getest en toegepast in acht Europese landen, waaronder Nederland. Bij de ontwikkeling van de vragenlijst is expliciet gekeken naar die aspecten die relevant zijn voor patiënten, in die zin dat een groot aantal van de patiënten ervaring heeft met dat betreffende aspect.¹¹ Het instrument meet de waardering van patiënten van specifieke aspecten van de huisartsenzorg. De EUROPEP-vragenlijst is met name gericht op het *handelen van de arts* en minder op de *organisatie van de praktijk*. Dit is te verklaren doordat

het onderzoek een internationaal karakter had, waarbij de organisatie van de praktijk per land nogal van elkaar verschilt. Daardoor kon men over de organisatie van de praktijk niet gemakkelijk vragen stellen. Ten behoeve van de visitatie is er wel (beperkte) aandacht voor de organisatie van de praktijk, maar ligt het accent op het handelen van de arts. De EUROPEP-vragenlijst is in het project Actualisatie Visitatie omgezet naar de setting van de medisch specialist. Het uitgangspunt bij de ontwikkeling is een vragenlijst voor de polikliniek.

Patiëntentevredenheid of patiëntenervaringen?

De laatste tijd verschuift het accent bij de ontwikkeling van vragenlijsten voor patiënten steeds meer van het meten van *tevredenheid* naar het meten van *patiëntenervaringen*. Het probleem bij het vragen naar tevredenheid is dat consumenten bijna altijd in grote getale tevreden zijn over de verleende zorg. Dat is een mooie opsteker voor het betrokken management en de hulpverleners in kwestie, maar biedt weinig aanknopingspunten voor verbetering van de zorg. Meetinstrumenten van een 'nieuwe generatie' vragen daarom naar concrete ervaringen van patiënten. Zowel de Amerikaanse CAHPS-vragenlijsten als de in Nederland ontwikkelde QUOTE-vragenlijsten zijn voorbeelden van wetenschappelijk gefundeerde meetinstrumenten die vragen naar concrete ervaringen van consumenten met de zorg. Het ziet ernaar uit dat op deze methodiek gebaseerde vragenlijsten de nieuwe standaard zullen worden in de Nederlandse gezondheidszorg.

Wat is CAHPS en wat is QUOTE?

CAHPS staat voor 'Consumer Assessment of Health Plan Surveys'. Het gaat om vragenlijsten die in de Verenigde Staten zijn ontwikkeld om patiëntenervaringen met de gezondheidszorg en met de zorgverzekeraar te meten.

In Amerika is het gebruik van de CAHPS verplicht voor de verzekeraars in de publieke sector. Met toepassing van de CAHPS krijgt de verzekeraar een beeld over hoe het bijvoorbeeld staat met de toegang tot de zorg, de tijdigheid, een globale waardering, informatieverstrekking en dergelijke. Verder vindt in Amerika 'benchmarking' tussen verzekeraars plaats. Dit is mogelijk omdat alle verzekeraars hetzelfde systeem hanteren.

QUOTE staat voor 'Quality Of care Through the patient' Eyes. De eerste QUOTE-meetinstrumenten zijn medio jaren negentig ontwikkeld binnen het 'Netherlands Organization for Scientific Research'-(NWO-)onderzoeksprogramma Kwaliteit van Zorg. Het doel was om te komen tot valide en betrouwbare meetinstrumenten voor de kwaliteit van zorg vanuit patiëntenperspectief.¹² Uiteindelijk heeft dit vier schriftelijke vragenlijsten opgeleverd voor het meten van kwaliteit van zorg vanuit vier categorieën gebruikers van zorgvoorzieningen (patiënten met astma, patiënten met reuma, gehandicapten en ouderen). Sindsdien zijn QUOTE-meetinstrumenten ontwikkeld voor een groot aantal andere aandoeningen en zorgaanbieders.

Tussen juni 2003 en februari 2005 heeft Agis Zorgverzekeringen samen met relevante veldpartijen vragenlijsten ontwikkeld, waarbij de CAHPS- en de QUOTE-vragenlijsten als uitgangspunt zijn genomen.

Bij de ontwikkeling van deze nieuwe vragenlijsten is uitgegaan van het inkoopbeleid van de verzekeraar, de richtlijnen van de beroepsverenigingen en uitkomsten van kwalitatief onderzoek onder klantenpanels. Er zijn tot op heden vier vragenlijsten op deze manier ontwikkeld:

- een lijst voor patiënten met diabetes die sterk voortbouwt op de QUOTE Diabetes,
- een ziekenhuislijst gebaseerd op de Amerikaanse 'Hospital CAHPS', die wordt uitgezet onder mensen die opgenomen zijn geweest in een ziekenhuis,
- een nieuw ontwikkelde lijst voor patiënten met maagklachten,
- een algemene vragenlijst die wordt uitgezet onder verzekerden in het algemeen en die een vertaling vormt van de Amerikaanse 'CAHPS 3.0 Adult Consumer Questionnaire'.

De afdeling sociale geneeskunde van de universiteit van Amsterdam en het NIVEL hebben nu ook een opdracht gekregen voor de ontwikkeling van aandoeningsspecifieke vragenlijsten gebaseerd op CAHPS en QUOTE. Binnen dat onderzoeksprogramma wordt gewerkt aan het doorontwikkelen van de vragenlijst voor patiënten met diabetes en worden drie nieuwe vragenlijsten ontwikkeld rond aandoeningen op de DBC B-lijst, te weten voor:

- patiënten die een cataractoperatie hebben ondergaan,
- patiënten die een nieuwe heup hebben gekregen,
- patiënten die een nieuwe knie hebben gekregen.

Nadat de validatiefase is afgerond (eind 2005), kunnen deze CAHPS-vragenlijsten periodiek worden gebruikt door patiënten-/consumentenorganisaties, overheidsorganen, zorgverzekeraars en zorgaanbieders om de ontwikkeling in de indicatoruitkomsten te monitoren. Indien wenselijk kunnen individuele verzekeraars en zorginstellingen of koepels van zorgverleners afspraken over CAHPS-uitkomsten in de zorgcontracten opnemen, al of niet gekoppeld aan prestatiebeloning. Omdat de onderzoeken rond aandoeningsspecifieke vragenlijsten nog lopen, zijn er nog geen resultaten bekend. Wel is inmiddels een korte webpublicatie beschikbaar over de ervaringen die zijn opgedaan met de Nederlandse vertaling van de Amerikaanse 'CAHPS 3.0 Adult Commercial questionnaire'. Deze vragenlijst heeft betrekking op ambulante medische zorg die wordt geleverd door huisartsen en specialisten op de polikliniek, en bestaat uit vijf onderdelen:

- toegankelijkheid, ervaringen en waardering van de persoonlijke arts/huisarts,
- toegankelijkheid, ervaringen en waardering van de specialist,
- toegankelijkheid, ervaringen en waardering van gebruikte ambulante medische zorg in de afgelopen twaalf maanden,
- service, klantgerichtheid en waardering van de zorgverzekeraar,
- achtergrondkenmerken van de respondent.

Punt 2 en 3 kunnen relevant zijn voor het gebruik binnen de context van visitatie. Hiervoor zijn onder andere de volgende vragen gebruikt.

- Besteedde de arts voldoende tijd aan u?
- Toonde de arts respect voor wat u te zeggen had?
- Legde de arts dingen uit op een manier die u begreep?
- Luisterde de arts met aandacht naar u?
- Waren praktijkmedewerkers behulpzaam?
- Werde u beleefd behandeld door praktijkmedewerkers?
- Bent u binnen vijftien minuten toegelaten tot de spreekkamer?

Voor de waardering van de specialist konden patiënten een cijfer geven van 1-10. Dit werd gerelateerd aan de waardering die consumenten gaven aan de zorgverzekeraar, de persoonlijke arts en de waardering van de zorg in de afgelopen twaalf maanden. Bij selectief gebruik van vragen uit deze vragenlijst zal de vragenlijst als geheel niet valide meer zijn. Wel zullen de antwoorden een betrouwbaar beeld opleveren van de ervaringen die patiënten hebben opgedaan met de zorg(verleners). De betreffende wetenschappelijke verenigingen kunnen gebruikmaken van deze vragenlijst.¹

Dit betekent dat bij de verdere ontwikkeling van het instrument patiëntenenquête binnen de visitatiesystematiek, er mogelijk meer accent zal komen te liggen op patiëntenervaringen. Overigens wordt in de voorbeelden die in dit handboek zijn opgenomen, anders dan de kopjes doen vermoeden, toch ook al veel naar ervaringen van patiënten gevraagd.

In dit hoofdstuk worden achtereenvolgens besproken:

- de patiëntenenquête: de ontwikkeling door de wetenschappelijke vereniging,
- het gebruik van de patiëntenenquête door de maatschap,
- bespreking van de patiëntenenquête tijdens de visitatie,
- de score van de patiëntenenquête in het professioneel kwaliteitsprofiel,
- de meest gestelde vragen over de patiëntenenquête.

3.2 De patiëntenenquête: de ontwikkeling door de wetenschappelijke vereniging

De wetenschappelijke vereniging bepaalt welke aspecten van belang zijn

Ontwikkeling patiëntenenquête in vogelvlucht

1. Bepaal welke aspecten uit de EUROPEP-vragenlijst van belang zijn om naar te vragen.
2. Bepaal welke andere aspecten van belang zijn om naar te vragen die niet in de EUROPEP-vragenlijst staan, onderverdeeld naar handelingen van de medisch specialist en overige aspecten.
3. Bepaal de antwoordcategorieën.
4. Stel de vragenlijst op.
5. Maak een voorbeeld van een aanbiedingsbrief voor de patiënt en een instructiebrief voor het personeel.
6. Test de vragenlijst in de praktijk.

¹ Voor meer informatie over deze vragenlijst en de eerste resultaten, zie: Delnoij D, et al. Wat vinden Nederlanders van de gezondheidszorg en de zorgverzekering? Eerste landelijke resultaten van de Nederlandse vertaling van de CAHPS 3.0 Adult Commercial Questionnaire op <http://www.nivel.nl/oc2/page.asp?PageID=5054>. De Amerikaanse versie van de vragenlijst is te vinden op de volgende website: www.cahps-sun.org.

Als u terugkijkt naar de afgelopen 12 maanden, wat vindt u dan van de specialist en de praktijk als het gaat om

	Slecht		Uitstekend			n.v.t./niet relevant
	1	2	3	4	5	
1. u het gevoel geven dat hij/zij tijd voor u had tijdens consulten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. belangstelling tonen voor uw persoonlijke situatie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ervoor zorgen dat u hem/haar gemakkelijk over uw problemen kon vertellen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. u betrekken bij beslissingen over uw medische behandeling?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. naar u luisteren?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. het vertrouwelijk houden van aantekeningen en gegevens over u?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. het snel verlichten van uw klachten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. het bieden van hulp zodat u zich goed genoeg voelt voor uw normale dagelijkse bezigheden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. een zorgvuldige en degelijke aanpak?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. lichamelijk onderzoek doen bij u?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. het aanbieden van hulp bij het voorkómen van ziekten (bijvoorbeeld bevolkingsonderzoek, periodieke gezondheidscontrole, inentingen)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. uitleg geven over wat de bedoeling is van onderzoeken en behandelingen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. u vertellen wat u wilde weten over uw klacht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. hulp bij het omgaan met emotionele problemen die te maken hebben met uw gezondheidstoestand?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. het u duidelijk maken waarom het belangrijk is om zijn/haar advies op te volgen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. weten wat hij/zij heeft gedaan of u heeft verteld tijdens voorgaande bezoeken?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. u voorbereiden op wat u kunt verwachten van de specialist of het ziekenhuis?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. de behulpzaamheid van de medewerkers (anderen dan de arts)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. het krijgen van een afspraak op een moment dat u schikt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. de mogelijkheid om de huisarts aan de telefoon te krijgen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. de telefonische bereikbaarheid van de praktijk?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. de wachttijd in de wachtkamer?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. het verlenen van hulp bij gezondheidsproblemen die onmiddellijke aandacht vragen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bij de ontwikkeling van de enquête is het van belang het doel scherp te formuleren. Uitgangspunten bij de ontwikkeling van het instrument zijn de volgende:

- de enquête genereert verbetermogelijkheden; dat wil zeggen dat deze een indruk geeft van de patiëntenwaardering. Het is dus geen wetenschappelijk onderzoek,
- de vragen zijn in korte tijd in te vullen,
- de vragen hebben betrekking op aspecten waarop de specialist invloed heeft,
- maatschappen/vakgroepen kunnen eigen vragen toevoegen.

Bij de ontwikkeling van het instrument dat is gebruikt in de ‘pilots’ heeft de internationaal gebruikte en gevalideerde EUROPEP-vragenlijst (zie vorige pagina) als basis gediend. Deze vragenlijst voldoet aan bovengenoemde uitgangspunten.

Op basis van deze vragen is het zinvol te bepalen welke aspecten onvoldoende aandacht krijgen in deze vragenlijst. Dat is onderverdeeld in *handelingen van de medisch specialist* en *andere aspecten*, zoals accommodatie, organisatie e.d. Op basis hiervan kan een definitieve lijst worden samengesteld.

Over welke handelingen zouden nieuwe vragen moeten worden geformuleerd?

Handelingen van de medisch specialist:
I.
2.

Over welke andere aspecten, zoals organisatie, accommodatie e.d. zouden nieuwe vragen moeten worden geformuleerd?

Andere aspecten	Vragen over
1. Accommodatie	<ul style="list-style-type: none"> • Bewegwijzering • Inrichting wachtkamer • Sfeer wachtkamer • Stoelen wachtkamer • Netheid en hygiëne polikliniek • Privacy aan de balie, in spreekkamer
2. Organisatie afspraak	<ul style="list-style-type: none"> • Telefonische bereikbaarheid polikliniek (ep) • Wachtijd tussen maken afspraak en bezoek aan de specialist • Mogelijkheid om afspraak naar wens te maken (ep) • Klantvriendelijkheid medewerker aan de telefoon • Wachtijd in de wachtkamer (ep) • Informatie over extra wachttijd • Mogelijkheid van een afspraak op (zeer) korte termijn

Andere aspecten	Vragen over
3. Informatievoorziening balie-/spreekuurassistente, doktersassistente, ...	• Mondeling, schriftelijk, tekeningen/platen
4. Persoonlijk contact balie-/spreekuurassistente, doktersassistente, ...	
5. Deskundigheid balie-/spreekuurassistente, doktersassistente, ...	
6. Totaal oordeel poli	
7. ...	

De eerste drie beroepsverenigingen (NVOG, NVvH en NVK) hebben verschillende keuzes gemaakt in welke aspecten ze hierbij willen meenemen en welke antwoordmogelijkheden ze willen gebruiken. Dat heeft geresulteerd in drie verschillende vragenlijsten (zie *bijlage 12*, pagina 150). Deze vragenlijsten zijn niet opnieuw gevalideerd. In het tijdsbestek van dit project was dat niet haalbaar. Mogelijk dat dit op een later moment kan worden opgepakt. De vragenlijsten worden ondersteund door een Excel-bestand zodat de uitslag per vraag uit een grafiek kan worden afgelezen.

3.3 Het gebruik van de patiëntenenquête door de maatschap

Beschrijving van de procedure

Patiëntenenquête in vogelvlucht
1. Zorg dat alle maatschapsleden 30 ingevulde enquêtes terugkrijgen.
2. Verwerk de individuele scores tot een maatschapsscore.
3. Bespreek de bevindingen in de maatschap en formuleer conclusies en verbeteracties.
4. Maak een plan van aanpak voor het uitvoeren van de verbeteracties.
5. Stuur de resultaten naar de visitatiecommissie.

Indien patiëntenmeningen over de praktijk(voering) al door het ziekenhuis worden gemeten dan kan de maatschap deze resultaten voor de visitatie gebruiken, mits de ziekenhuisenquête ten minste dezelfde vragen stelt als de enquête van de wetenschappelijke vereniging. Stuur hiervoor de (blanco) ziekenhuisenquête ter beoordeling naar de vereniging.

Stap 1

De maatschap krijgt ruim vóór de visitatiedag de beschikking over het instrument.

Dat bestaat uit de volgende onderdelen:

- de vragenlijst,
- de aanbiedingsbrief voor de patiënt,

- instructiebrief voor het polikliniekpersoneel,
- het ondersteunende Excel-bestand met bijbehorende handleiding.

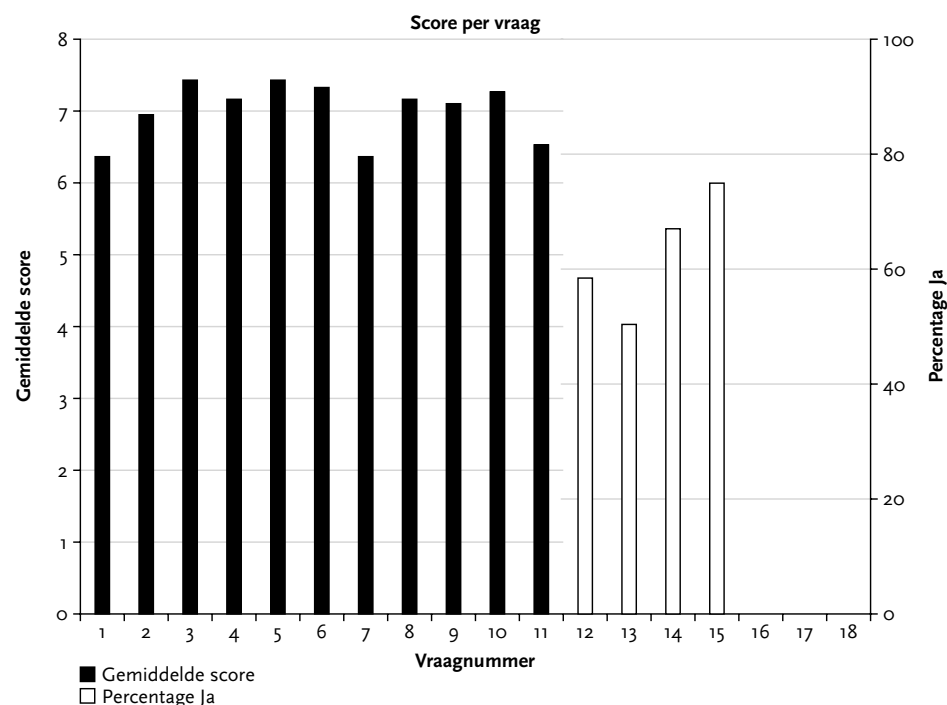
Met behulp van deze materialen kan de maatschap de enquête a-select laten uitzetten onder patiënten. De instructiebrief bevat het protocol dat hiervoor moet worden gevolgd. Per specialist worden dertig ingevulde enquêtes terugverwacht. Patiënten krijgen na afloop van het spreekuur de enquête van het ondersteunend personeel, vullen deze ter plaatse in en kunnen dat anoniem weer inleveren (de ‘schoenendoos’).

De betrouwbaarheid van de gegevens

De betrouwbaarheid van de uitslag wordt niet alleen bepaald door het aantal enquêtes. De selectie van patiënten die voor dit onderzoek worden gevraagd, is ten minste even belangrijk. Juist de combinatie van het aantal patiënten per specialist en de a-selecte steekproef op de polikliniek zorgt voor een betrouwbaar resultaat. Er is gekozen voor dertig patiënten per specialist omdat dan de wet van grote aantallen geldt.*

Stap 2

Alle enquêtes worden per specialist in het Excel-bestand ingevoerd. Dit betekent dat niet alleen de cijfers moeten worden ingevuld, maar ook de opmerkingen die patiënten geven. Als



Voorbeeld 1. Gemiddelde score per vraag voor de maatschap

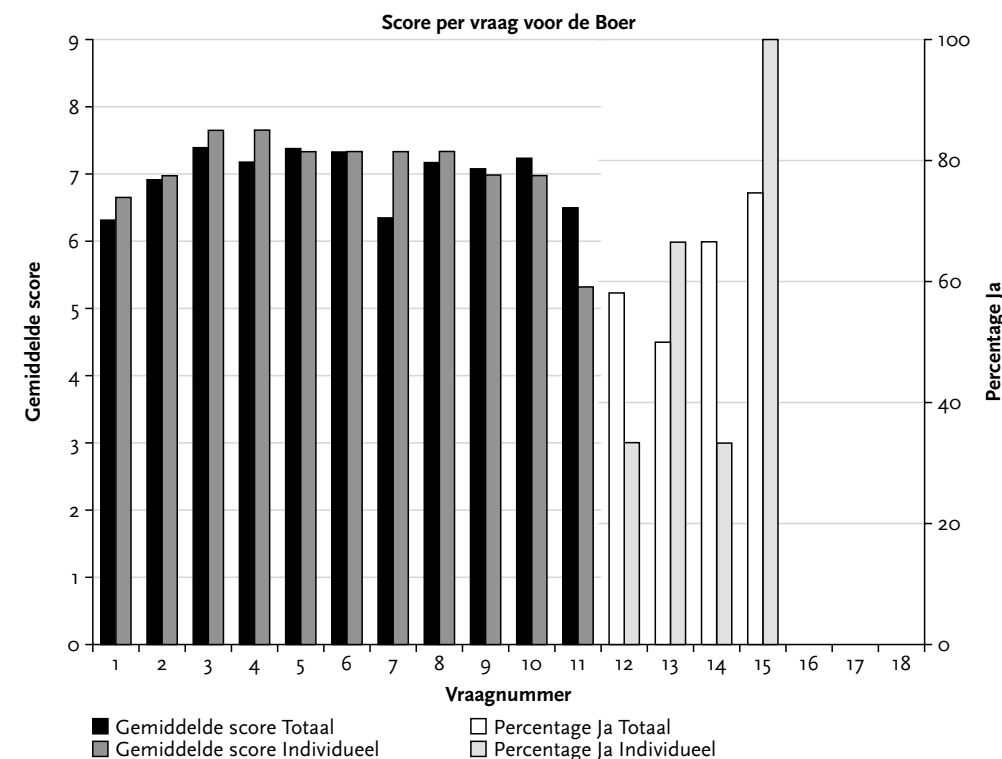
* In een statistische context, zeggen wetten van grote aantallen dat het gemiddelde van een steekproef uit een grote populatie, met hoge waarschijnlijkheid weinig verschilt van het gemiddelde van totale populatie.

men enigszins bekend is met het Excel-bestand kost invullen van gegevens van 30 enquêtes maximaal een uur.

De uitslag bestaat uit twee onderdelen:

- de grafiek met per vraag het gemiddelde cijfer voor de maatschap,
- de opmerkingen per vraag.

Daarnaast kan iedere specialist in een grafiek (voor zichzelf) zien in hoeverre zijn/haar score op de vragen afwijkt van het gemiddelde van de maatschap.



Voorbeeld 2. Individuele score De Boer afgezet tegen de gemiddelde score van de maatschap.

Stap 3

In een overleg met de maatschapsleden wordt de totale maatschapsscore besproken. Dat kan op de hierna volgende wijze.

- Welke scores geven aanleiding om verbeteringen door te voeren op maatschapsniveau?
- Welke opmerkingen geven aanleiding om verbeteringen door te voeren op maatschapsniveau?
- Welke scores en opmerkingen geven voor iedere individuele specialist aanleiding om verbeteringen door te voeren?

Valkuilen bij de interpretatie van de uitslagen

Patiënten hebben de neiging om bij dit type onderzoek hoog te scoren. Dit heeft te maken met de neiging van patiënten om sociaalwenselijke antwoorden te geven. Er zullen geen of weinig cijfers onder de zeven gegeven worden. Het gaat dus niet zozeer om de absolute, als wel om de relatieve uitkomsten.¹³ Aspecten die verhoudingsgewijs het laagst scoren komen in aanmerking voor verbetering.

Bij zessen en zevens liggen de grootste kansen voor verbetering. Maar het verdient aanbeveling ook kritisch te kijken naar de hogere scores.

Daarnaast wordt vaak onevenredig veel aandacht gegeven aan de ‘opmerkingen’. Dat is niet altijd terecht. Maar psychologisch werkt het klaarblijkelijk zo dat opmerkingen eerder worden gelezen en meer blijven hangen dan cijfers.

Stap 4

Maak met elkaar een realistisch plan van aanpak voor de verbetering van de aspecten die u gezamenlijk in stap 3 hebt bepaald.

Denk bij het formuleren van het verbeterplan aan de volgende zaken:

- formuleer het doel duidelijk en in meetbare termen en bepaal de acties en het tijdsplan,
- zorg voor haalbare plannen,
- stel een verantwoordelijke aan,
- spreek af wanneer en hoe u gaat evalueren.

Stap 5

Stuur dit verbeterplan tijdig naar de visitatiecommissie. Stuur daarbij ook het histogram van de maatschap en de (geanonimiseerde) histogrammen van de individuele specialisten mee.

3.4 Bespreking van de patiëntenenquête tijdens de visitatie

Procedure, inhoud en implementatie

Tijdens de visitatie worden de resultaten van de patiëntenenquête en de opgestelde verbeterplannen besproken met de visitatiecommissie.

Tijdens dit gesprek zal de commissie zicht proberen te krijgen op de wijze waarop de maatschap de patiëntenenquête gebruikt om verbeteringen in de praktijk door te voeren.

De vragen die de visitatiecommissie stelt, zullen veelal gaan over (enkele van de) volgende onderwerpen:

- de door de maatschap gevolgde *procedure* bij het uitvoeren van de patiëntenenquête (zie stap 1 tot en met 5 in de vorige paragraaf van dit hoofdstuk),
- de *inhoudelijke bevindingen* van de patiëntenenquête, namelijk de scores en/of de geformuleerde verbeteracties,
- het *plan van aanpak voor de implementatie* van de voornemens van de maatschap.

Procedure

Hierbij vraagt de commissie naar de ervaringen van de maatschap bij het gebruik van dit instrument. Er wordt onder andere mogelijk gevraagd naar

- het aantal ingevulde vragenlijsten,
- de periode waarover de enquêtes zijn verspreid,
- de tijdsinvestering,
- de rol van het ondersteunend personeel,
- het gebruik Excel-bestand.

Deze vragen zijn enerzijds van belang om als commissie feedback te krijgen op de procedure bij het gebruik van dit instrument, anderzijds vormen deze vragen een natuurlijk opstapje voor de vragen over de inhoud van het verbeterplan.

Inhoudelijke bevindingen en plan van aanpak voor de implementatie

Hierbij vraagt de commissie naar een toelichting op het verbeterplan. Daarbij kan de commissie ingaan op de concreetheid van het verbeterplan, maar ook op aspecten die niet in het plan aan de orde komen, maar daarvoor wellicht wel in aanmerking komen. Mogelijke vragen zijn:

- Waarom deze conclusies?
- Welk doel wilt u precies bereiken?
- Wie gaat dat opzetten/uitvoeren?
- Hoe gaat u dat aanpakken?
- Is het tijdsplan haalbaar?
- Welke andere maatregelen zijn op basis van deze conclusies denkbaar en/of besproken?

Op deze wijze krijgt de visitatiecommissie helder wat de overwegingen van de maatschap zijn geweest om tot deze verbeteringen over te gaan. De visitatiecommissie kan zich hiermee een oordeel vormen in hoeverre de feedback van patiënten daadwerkelijk tot verbetervoorstellen heeft geleid.

Daarnaast kan de commissie vragen of er (individuele) specialisten zijn die op basis van de uitslag voor zichzelf verbeteringen willen doorvoeren. De enquête heeft immers als meerwaarde dat iedere specialist zijn of haar score kan vergelijken met het gemiddelde van de maatschap.

Tot slot verdient het aanbeveling te vragen of de maatschap van plan is dit onderzoek na enige tijd te herhalen. De volgende mogelijkheden zijn denkbaar en eventueel als suggesties mee te geven aan de maatschap.

- Jaarlijks deze meting doen geeft de patiënten structureel de mogelijkheid om de maatschap van feedback te voorzien.
- Doorlopend deze meting doen, bijvoorbeeld iedere dag één patiënt enquêteren en regelmatig de uitslagen in de maatschap bespreken, geeft de mogelijkheid om voortdurend kleine verbeteringen door te voeren die dan bij de volgende meting effect moeten hebben gehad.
- Eén specialist die een bepaald aspect van zijn vakuitoefening wil verbeteren, kan met behulp van deze enquête bezien of de veranderingen tot het gewenste effect leiden.

Wetenschappelijke verenigingen hebben geen norm voor patiënttevredenheid geformuleerd voor maatschappen, bijvoorbeeld dat de gemiddelde score meer moet zijn dan een acht. Op basis van de patiëntenfeedback kan en zal de commissie geen uitspraak (kunnen) doen over de mate van tevredenheid van patiënten.

3.5 De score van de patiëntenenquête in het professioneel kwaliteitsprofiel

De maatschap krijgt van de visitatiecommissie een score. Deze score zegt iets over de mate waarin de maatschap actief is in het plannen, uitvoeren en evalueren van verbeteracties die op basis van feedback van patiënten worden ingezet. Het zegt dus niks over of patiënten tevreden zijn of niet. De score die de visitatiecommissie kan geven varieert van 1-5.

1 = Patiëntenenquête is niet uitgezet.

2 = Patiëntenenquête is voor alle maatschapsleden afgenomen, en resultaten zijn in de maatschap besproken.

3 = Resultaten zijn besproken en vervolg-/verbeteracties zijn gepland.

4 = Geplande acties zijn uitgevoerd en (worden) geëvalueerd.

5 = Patiëntenenquête wordt periodiek gedaan en de resultaten zijn gekoppeld aan het maatschapsbeleidsplan.

De uiteindelijke score in het kwaliteitsprofiel voor het onderdeel *patiëntenperspectief*, wordt bepaald door het gemiddelde van scores die de maatschap krijgt voor de verschillende onderdelen. Op dit moment is de patiëntenenquête het enige instrument. Mogelijk dat daar in de toekomst onderdelen aan toegevoegd worden, zoals bijvoorbeeld het bespreken van patiëntenklachten in de maatschap.

3.6 De meest gestelde vragen over de patiëntenenquête

1. *Waarom zouden wij dit instrument gebruiken tijdens visitaties?*

Een van de uitgangspunten bij de ontwikkeling van dit instrument is dat het met name vraagt naar die zaken waarop de specialist invloed heeft. Dat betekent dat verbetermogelijkheden door de maatschap zelf kunnen worden ingezet en niet, zoals soms het geval is bij andere vragenlijsten, dat er met de directie of de medische staf veel overleg noodzakelijk is voordat verbeteringen kunnen worden gerealiseerd.

2. *Is het instrument gevalideerd?*

Het instrument is afgeleid van de internationaal gevalideerde EUROPEP-vragenlijst die voor huisartsen wordt gebruikt. Deze is door medisch specialisten 'vertaald' naar de situatie van medisch specialisten. De beroepsverenigingen hebben verschillende keuzes gemaakt in de te bevragen aspecten van de medische praktijkvoering, de mate van detail en de scoringsschaal. De vragenlijsten zijn in hun nieuwe versies (nog) niet gevalideerd. De enquêtes zijn derhalve ongeschikt om te gebruiken voor wetenschappelijk onderzoek; voor het inventariseren van verbetermogelijkheden zijn ze echter wel waardevol. De resultaten geven dan ook een indruk van de patiëntenwaardering.

3. *Is dit de enige manier om feedback van patiënten te krijgen?*

Nee, er zijn meer wegen die naar Rome leiden. Bij de ontwikkeling van dit onderdeel van het visitatiemodel zijn ook andere mogelijkheden besproken, zoals bijvoorbeeld spiegelbijeenkomsten en focusgroepen. Bij deze vormen worden op een gestructureerde manier, door middel van groeps gesprekken, ervaringen van patiënten geïnventariseerd. Vooralsnog is ervoor gekozen ons te beperken tot de patiëntenenquête. Klaarblijkelijk wordt door specialisten aan dit instrument de meeste waarde toegekend.

4. *Kan ik ook zien wat patiënten van mij persoonlijk vinden?*

Ja, naast de maatschapsscore is het eveneens mogelijk om per arts de score te bekijken en uit te draaien. Iedereen kan dan voor zichzelf bekijken waarop hij goed scoort en waarop verbeteringen mogelijk zijn.

5. *Hoe kan ik mijzelf vergelijken met mijn maten?*

Als de gegevens van alle artsen zijn ingevoerd, kan iedereen kijken wat zijn of haar score is ten opzichte van de gemiddelde score van de maatschap. Op deze wijze kunt u inzicht krijgen in uw sterke en uw verbeterpunten ten opzichte van de andere leden van de maatschap.

6. *Hoeveel tijd kost het invoeren van de gegevens?*

Gevraagd wordt om per arts dertig enquêtes te laten invullen. Het verwerken van de gegevens in het Excel-bestand kost per enquête één à twee minuten. Dit betekent dat het invoeren van gegevens voor één arts maximaal een uur kost.

7. *Hoe komen we aan relevante verbeterpunten?*

Patiënten hebben de neiging hun mening naar boven af te ronden en dat betekent dat juist ook 'gemiddelde' scores aanleiding kunnen zijn om verbeteringen door te voeren. Het is aan te raden om de individuele en maatschapsscores in een vergadering te bespreken, conclusies te trekken en relevante verbeterpunten op te nemen in het beleidsplan van de maatschap/vakgroep.

8. *Is het zinvol om de enquête regelmatig te gebruiken?*

Tijdens de visitatie zal worden gevraagd of er inzicht is in de mening van patiënten en wat de maatschap heeft gedaan met de resultaten. Het is echter zinvol om een patiëntenenquête niet te beperken tot de visitatiemomenten, maar om het onderdeel te maken van het kwaliteitsstelsel van de maatschap. Jaarlijks, of eens per twee jaar, een onderzoek geeft voldoende inzicht in de verbetermogelijkheden.

Vanzelfsprekend is het ook zinvol om een enquête in te zetten om te bezien of verbeteringen in de praktijkvoering effect hebben op de score die patiënten toekennen, bijvoorbeeld bij een verbouwing van de polikliniek of een nieuwe spreekuurplanning. Dat kan voor de gehele maatschap, maar een individuele arts kan ook nieuwsgierig zijn naar eventuele verbeteringen in de scores, bijvoorbeeld om te bezien of intensivering van zijn/haar voorlichting effect heeft.

9. *Kunnen de resultaten van mijn praktijk worden vergeleken met de resultaten van andere maatschappen/praktijken?*

In principe is het mogelijk om maatschappen met elkaar te vergelijken. De cijfers die patiënten toekennen aan de verschillende aspecten geven daarvoor voldoende mogelijkheden. Op het niveau van de beroepsvereniging is het mogelijk om te onderzoeken waarin de goed scorende praktijken verschillen van de minder scorende. Deze minder scorende praktijken kunnen zo concrete aanbevelingen krijgen om de praktijk patiëntgericht te maken.

10. *Hoe selecteer ik de 30 patiënten per specialist?*

Het meest zuiver is om deze taak te delegeren aan het ondersteunend personeel. Daarbij is het van belang dat zij per specialist 30 willekeurige patiënten selecteren. Dat kunt u bevorderen door de 30 patiënten te verdelen over minimaal drie spreekuren en per spreekuur systeem aan te brengen in de selectie van patiënten, bijvoorbeeld de eerste tien.

11. *We hebben veel niet-Nederlandssprekende patiënten, kunnen zij ook meedoen aan de enquête?*

Nee, er is geen vertaling beschikbaar van deze vragenlijst. Wel kan een maatschap zelf een vertaling (laten) maken of de wetenschappelijke vereniging vragen dit te doen.

12. *Onze maatschap wil eigenlijk nog wel een paar vragen toevoegen aan de enquête. Kan dat?*

Ja, dat kan. Er is een mogelijkheid ingebouwd om maximaal drie vragen aan de enquête toe te voegen met de standaard antwoordmogelijkheid van 1-10.

13. *Zijn we verplicht om de resultaten terug te koppelen aan patiënten? Zo ja, hoe kunnen wij dat doen?*

Het is een logische stap om de resultaten van de patiëntenenquête terug te koppelen aan patiënten. Het is daarbij voldoende dat patiënten (en hun organisaties) over de algemene uitkomsten worden geïnformeerd, dat wil zeggen dat de algemene conclusies worden bekendgemaakt, bijvoorbeeld aan een regionaal patiëntenplatform. Een vergelijkbaar antwoord geldt voor de visitatie als geheel, zoals wordt beschreven in het boek 'Bezoek of bezoeking? Juridische aspecten van visitatie'.

Referenties

1. Basisset prestatie-indicatoren ziekenhuizen, Inspectie voor de Gezondheidszorg, 2003.
2. Wensing M, Elwyn G. Research on patients' views in the evaluation and improvement of quality of care. *Qual Saf Health Care* 2002;11:153-7.
3. Klachtenrichtlijn Gezondheidszorg. Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO, Universiteit Maastricht sectie Gezondheidsrecht, Stichting Ondersteuning Klachtopvang Gezondheidszorg, 2004. Van Zuiden Communications, Alphen aan den Rijn. ISBN 90-8523-042-X.
4. Friele RD, Andela M. Visie patiënten op kwaliteit ziekenhuiszorg. Gaat het patiënten vooral om de capuccino? *Medisch Contact* 2000;55:129-32.

5. Lips JP. Ongrijpbare zorg. Ontwikkelen van externe kwaliteitsindicatoren vereist inspanning. *Medisch Contact* 2002;50:1860-3.
6. Brouwer W, Delnoij DMJ. Verdiepingsstudie prestatie-indicatoren consumenttevredenheid en patiënttevredenheid, NIVEL 2004.
7. Brouwer W, Delnoij DMJ. Meten van patiëntgerichtheid – hoe houden we het overzicht? *Kwaliteit in beeld* 2005;1:[pag].
8. Gustafson D. How to Conduct a Walk-Through. University of Wisconsin, Madison 2001.
9. Assema P van, Mesters I, Kok G. Het focusgroep-interview: een stappenplan. *Tijdschrift Sociale Gezondheidszorg* 1992;70:431-7.
10. Witman Y. Op spreekuur bij de patiënt. Patiënten houden artsen een spiegel voor. *Medisch Contact* 2001;19:739-41.
11. Wensing M, Mainz J, Grol R, for the EUROPEP group. A standardized instrument for patient evaluations of general practice care in Europe. *Eur J Gen Pract* 2000;6:82-7.
12. Sixma HJ, Campen C van, Kerssens JJ, Peters L. De QUOTE-vragenlijsten. Kwaliteit van zorg vanuit patiëntenperspectief; vier nieuwe meetinstrumenten. NWO/NIVEL, Utrecht, 1998.
13. Eindrapport werkgroep cliëntenraadpleging. NIZW, Platform kwaliteit, 1997.

Bijlage 12.

Patiëntenquêtes van de kinderartsen, chirurgen en gynaecologen

Patiënten-tevredenheidsonderzoek polikliniek kindergeneeskunde		
Nummer:		
Naam arts:		
Datum bezoek:		
De organisatie	Score	Opmerkingen
1. Werd er bij het maken van een (telefonische afspraak) rekening gehouden met uw wensen?		
2. Wat vindt u van de wachttijd in de wachtkamer?		
Medewerkers	Score	Opmerkingen
3. Hoe behulpzaam waren de polimedewerkers?		
Arts	Score	Opmerkingen
<i>Heeft de arts u duidelijk uitgelegd:</i>		
4. wat uw kind mankeert?		
5. wat het onderzoek/ de behandeling inhoudt?		
6. wat de vooruitzichten/verwachtingen zijn?		
7. wat er gebeurt bij niet behandelen?		
8. waarom het van belang is de adviezen op te volgen?		
9. Nam de arts voldoende tijd voor u en uw kind?		
10. Luisterde de arts naar u?		
11. Kreeg u voldoende gelegenheid vragen te stellen?		
12. Werden de klachten serieus genomen?		
13. Wat vindt u van de wijze waarop de arts uw kind lichamenlijk onderzocht?		
14. Werd uw kind op kindvriendelijke wijze benaderd?		
15. Heeft de arts u betrokken bij de beslissing over het onderzoek/de behandeling?		
16. Heeft de arts u toestemming gevraagd voor het onderzoek/de behandeling?		
17. Toonde de arts belangstelling voor de gezins- en opvoedingssituatie?		
18. Kreeg u emotionele steun van de arts?		
Indien het kind oud genoeg is:	Score	Opmerkingen
19. Luisterde de arts ook naar uw kind?		
20. Heeft de arts uw kind kunnen uitleggen wat hij/zij ging doen?		
21. Heeft de arts uw kind om toestemming gevraagd voor het onderzoek/ de behandeling?		
Indien u onze polikliniek al eerder bezocht in de afgelopen periode (12 maanden):	Score	Opmerkingen
22. Hoe beoordeelt u het vertrouwelijk omgaan van de arts met de gegevens van het kind?		
23. Vindt u de aanpak van de arts zorgvuldig en degelijk?		
24. Wekt de arts de indruk dat hij weet wat er bij het vorige bezoek is besproken?		
25. Zou u ouders van andere patiënten adviseren naar deze dokter te gaan?		
26. Zou u andere patiënten adviseren naar deze dokter te gaan?		

Patiënten-tevredenheidsonderzoek polikliniek chirurgie		
Nummer:		
Naam arts:		
Datum bezoek:		
De organisatie		
<i>Wat vindt u van:</i>	Score	Opmerkingen
1. de telefonische bereikbaarheid van de praktijk?		
2. het krijgen van een afspraak op een moment dat u schikt?		
3. de wachttijd tot de afspraak, vanaf bellen tot bezoek?		
4. de wachttijd in de wachtkamer?		
5. de tijd tussen het eerste consult en de behandeling?		
De verpleegkundigen en baliemedewerkers		
<i>Wat vindt u van:</i>	Score	Opmerkingen
6. de behulpzaamheid van de verpleegkundigen/baliemedewerkers?		
De specialist		
<i>Wat vindt u van:</i>	Score	Opmerkingen
7. de tijd die hij/zij voor u heeft?		
8. hoe hij/zij luistert naar uw problemen?		
9. de zorgvuldigheid van zijn/haar aanpak?		
10. de privacy in de spreekkamer?		
11. de uitleg over wat de bedoeling is van de onderzoeken en het behandelingsplan?		
	Ja/nee	
12. Heeft de behandelend arts u verteld wat u wilde weten over uw klacht?		
13. Heeft de behandelend arts u betrokken bij beslissingen over uw medische behandeling?		
14. Heeft de behandelend arts u duidelijk gemaakt waarom het belangrijk is om zijn/haar advies op te volgen?		
15. Zou u bij een nieuwe klacht naar dezelfde behandelend arts gaan?		

Patiënten-tevredenheidsonderzoek polikliniek gynaecologie en verloskunde		
	Uw mening	Hoe belangrijk
	1 = slecht	1 = onbelangrijk
	2 = onvoldoende	2 = van belang
	3 = voldoende	3 = zeer belangrijk
	4 = goed	
De organisatie		
<i>Wat vindt u van:</i>		
1. de telefonische bereikbaarheid van de polikliniek?		
2. de wachttijd tussen het maken tot het hebben van de afspraak?		
3. de wachttijd in de wachtkamer?		
4. de informatie over de wachttijd in de wachtkamer?		
De verpleegkundigen en baliemedewerkers		
<i>Wat vindt u van:</i>		
5. de hulp van de verpleegkundigen/ baliemedewerkers?		
6. de deskundigheid van de verpleegkundigen/baliemedewerkers?		
De specialist		
<i>Wat vindt u van:</i>		
7. de tijd die hij/zij voor u heeft?		
8. de mate waarin hij/zij luistert naar uw problemen?		
9. de mate waarin hij/zij openstaat voor uw klachten?		
10. de zorgvuldigheid van de dokter?		
11. de bejegening door de dokter?		
12. de privacy in de spreekkamer?		
13. de uitleg over het lichamelijk onderzoek?		
14. de uitleg over het doel van onderzoeken?		
15. de uitleg over doel en de risico's of bijwerkingen van de behandeling?		
16. de uitleg over andere onderzoeken en/of behandelingsmogelijkheden?		
17. de uitleg over wat er aan de hand is?		
18. de schriftelijke informatie die u hebt gekregen?		
19. de informatie over de praktische gang van zaken bij de behandeling?		
20. de algehele zorg door uw arts (bedenk of u bij een nieuwe klacht weer naar dezelfde dokter zou gaan)?		

Nederlandsche Internisten Vereeniging (NIV)

‘We kijken kritisch wat er uitkomt’

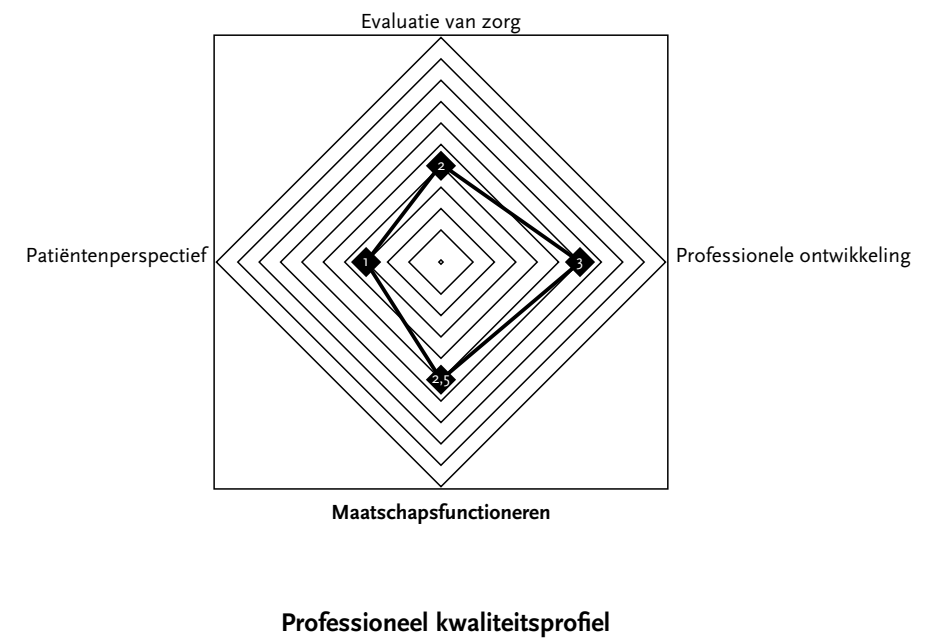
‘Ik vind het nieuwe model omslachtig’, zegt Frits Schuitemaker (1956), voorzitter van de visitatiecommissie van de NIV. ‘Omslachtig omdat er extra werk gedaan moet worden. Het probleem is ons inziens dat je eerst werk gaat creëren en dat je vervolgens die secundair gegenereerde gegevens gaat bekijken. Als ik dat afzet tegen ons bestaande visitatiemodel, dat hoofdzakelijk peer review gericht is, dan vraag ik me af of dit nieuwe model een verbetering is. We zijn er een beetje sceptisch over, omdat we de meerwaarde op voorhand niet inzien. Dat gaan we de komende tijd onderzoeken. We hebben vier proefvisitaties uitgezet waarin we het nieuwe model testen. De uitkomsten daarvan, wat levert het op, wat is de meerwaarde en wat moet je ervoor doen, zullen we samen met de meer beleidsmatige kant van het nieuwe model uitgebreid evalueren. En dat zal dan leiden tot een voorstel op onze ledenvergadering of we verder gaan met dit model. Maar laat ik het zo zeggen: als er geen beweging vanuit het CBO was gekomen, zouden wij vrolijk op de oude voet zijn doorgegaan met onze manier van visiteren. Voorlopig doen we echter mee en kijken we kritisch wat er uitkomt.

De hele visitatie is in een ander daglicht komen te staan door het besluit van de KNMG om er een formele status aan toe te kennen in het kader van de herregistratie. En dat is een beetje ondoordacht geweest, denk ik. Visiteren is bij elkaar kijken en toetsen aan de normen van de vereniging. Dan gaat het vooral om randvoorwaardelijke zaken. Inhoudelijk kunnen we geen enkel oordeel hebben. Ook met het nieuwe systeem niet. Want daarvoor moet je veel beter administreren dan nu het geval is. Ik denk dat daar het grootste probleem zit van het nieuwe model: het niet naadloos aansluiten bij de dagelijkse praktijk en het niet makkelijk oproepbaar zijn van de gegevens.’

Hoofdstuk 4

Het maatschapsfunctioneren

Dr. M.J.M.H. Lombarts



4.1 Inleiding op de Quick Scan

Een maatschap van goede specialisten, maakt nog geen goede maatschap.

Alom wordt erkend dat het leveren van goede kwaliteit van zorg een goede samenwerking vereist.¹ Dat geldt ook voor de samenwerking tussen leden van een maatschap. Velen hebben de ervaring en overtuiging dat een goed functionerende maatschap een positieve invloed heeft op de kwaliteit van de patiëntenzorg. Uit onderzoek blijkt echter dat het maatschapsfunctioneren vaak beter kan en moet. Analyse van visitatieaanbevelingen laat zien dat ongeveer een derde van de aanbevelingen betrekking heeft op dit maatschapsfunctioneren.² Dit is de reden dat evaluatie van het maatschapsfunctioneren onderdeel is van de kwaliteitsvisitatie.

Tot op heden is het maatschapsfunctioneren tijdens de visitaties aan bod gekomen in de vorm van feitelijke vragen over met name de organisatie van de praktijk en de manier van werken. De volgende vragen zijn waarschijnlijk herkenbaar: Worden periodiek maatschapsvergaderingen gehouden? Worden deze vergaderingen genotuleerd? Heeft de maatschap (een van de leden) zitting in staf- en/of ziekenhuiscommissies?

Vaak vormen eigen ervaringen, gebruikelijke, veelvoorkomende structuren en (impliciete) kennis over de organisatie van maatschappen het referentiekader van waaruit de praktijken van collega's worden gevisiteerd en geadviseerd. Dit biedt voordelen in termen van het snel kunnen aanreiken van praktische oplossingen voor herkenbare problemen. Veel maatschappen hebben hier de afgelopen jaren de vruchten van kunnen plukken. Deze praktische benadering schiet echter tekort als het gaat om het systematisch in kaart brengen van alle aspecten van het maatschapsfunctioneren.

Een instrument dat hierin wel voorziet is de zogenaamde Quick Scan voor het maatschapsfunctioneren. De Quick Scan is een nieuw onderdeel van de kwaliteitsvisitatie.

De Quick Scan stelt maatschappen in staat om zelf op een systematische manier te komen tot een diagnose van het maatschapsfunctioneren. De resultaten van de meting kunnen zij gebruiken voor het stellen van prioriteiten voor verbetering van de onderlinge samenwerking. Bij de Quick Scan gaat het om zelfevaluatie. De keuze hiervoor is zowel principieel als pragmatisch. Wetenschappelijke verenigingen kunnen en willen geen uitspraak doen over wat 'de beste maatschapsorganisatie en samenwerking is'. Er bestaat geen 'kwaliteitsnorm' voor het functioneren van maatschappen. Vele wegen leiden naar Rome als het gaat om een goede praktijkvoering. Wel hanteren verenigingen nu dus de norm dat beroepsgenoten kritisch hun eigen maatschapsfunctioneren moeten meten en verbeteren.

De eerste Quick Scan is eind negentiger jaren ontwikkeld in het kader van een kwaliteitsproject waarin ook de NVK, NVOG en NVvH participeerden.³ Sindsdien is ruime ervaring opgedaan met de toepassing van het instrument. In het kader van de modernisering van het visitatiemodel is de Quick Scan door de participerende specialisten geactualiseerd. Het instrument is eerder beproefd en succesvol bevonden in de visitatiepraktijk.

De 'harde en zachte kanten' van de samenwerking.

De samenwerking binnen een maatschap kan verschillende vormen aannemen, van heel los tot zeer hecht. Welke vorm goed en nodig is, wordt bepaald door de eisen die de maatschapsleden zelf stellen aan hun onderlinge samenwerking en ook door de eisen die andere bij de maatschap betrokkenen (patiënten, collega's, medewerkers, ziekenhuisbestuurders, verzekeraars, overheid) stellen aan de samenwerking met de groep.

Een goede samenwerking is niet vanzelfsprekend en geen statisch gegeven. Ontwikkeling en behoud van een goed functionerende maatschap vergt dat bepaalde zaken geregeld worden en dat wordt geïnvesteerd in een positief samenwerkingsklimaat.

Voor de evaluatie van het maatschapsfunctioneren maakt de Quick Scan onderscheid tussen 'harde' en 'zachte' kanten van het maatschapsfunctioneren. 'Harde kanten' hebben betrekking op de wijze van besluitvorming, afspraken over registratie, administratie, het organiseren van vergaderingen etc. Het goed regelen van de harde kanten kan onder andere resulteren in duidelijke plannen en slagvaardig optreden van een maatschap. Daarnaast zijn een goede 'mentale fundering' en een positief samenwerkingsklimaat, de zogenaamde 'zachte kanten', van belang om als maatschap effectief te functioneren.

In dit hoofdstuk komt achtereenvolgens aan de orde:

- de Quick Scan: het instrument,
- het gebruik van de Quick Scan door de maatschap,
- bespreking van de Quick Scan tijdens de visitatie,
- de score van de Quick Scan in het professioneel kwaliteitsprofiel,
- de meest gestelde vragen over de Quick Scan.

4.2 De Quick Scan: het instrument

Vijf vragenlijsten ter doorlichting van het maatschapsfunctioneren

De Quick Scan is een zelfevaluatie instrument

De Quick Scan is opgebouwd uit een vijftal vragenlijsten met uitspraken die op de 'harde en zachte' kanten van het functioneren van een maatschap betrekking hebben. Alle maatschapsleden worden geacht de vragenlijsten (zie *bijlage 13*, pagina 167) in te vullen.

De volgende aspecten van het functioneren worden in de Quick Scan bevraagd:

1. gedeelde doelen/taakopdracht,
2. maatschapsstructuur,
3. besluitvorming en ondersteunende systemen,
4. communicatie en klimaat,
5. resultaten en reputatie.

Over het eerste aspect worden bijvoorbeeld de volgende vragen voorgelegd.

Gedeelde doelen/ taakopdracht	Huidige situatie	Belang	Prioriteit
1.1 We hebben als maatschap duidelijk voor ogen wat we over vijf jaar willen hebben bereikt.			
1.2 We weten wat onze prioriteiten zijn.			
1.3 We treden als eenheid naar buiten.			
1.4 Iedereen voelt zich medeverantwoordelijk voor het resultaat van de maatschap.			

Alle maatschapsleden worden geacht de vragenlijsten in te vullen. Per stelling dienen beide kolommen te worden ingevuld. In de eerste kolom wordt gevraagd in welke mate de invuller de stelling van toepassing vindt op de *huidige situatie* in zijn of haar maatschap. In de tweede kolom wordt gescoord hoe *belangrijk* de invuller het goed verlopen/functioneren van de in de stelling omschreven situatie vindt.

Voor de waardering van de stellingen, op een schaal van 1 tot 5, geldt voor de *huidige situatie* (kolom 1) dat:

- 1 = de situatie in zeer geringe mate geldt voor u of uw maatschap,
- 2 = in geringe mate van toepassing is op u of uw maatschap,
- 3 = enigszins van toepassing is op u of uw maatschap,
- 4 = in hoge mate van toepassing is op u of uw maatschap,
- 5 = de situatie in zeer hoge mate van toepassing is op u of uw maatschap.

En voor de waardering van het *belang* van de stelling geldt dat (kolom 2):

- 1 = de stelling zeer onbelangrijk voor u is,
- 2 = niet belangrijk voor u is,
- 3 = enigszins van belang is,
- 4 = belangrijk voor u is,
- 5 = de stelling zeer belangrijk voor u is.

Het resultaat van de Quick Scan is een prioriteitenlijst (kolom 3) van aspecten van het maatschapsfunctioneren waarvan de maatschap vindt dat ze voor verbetering vatbaar zijn. De bedoeling is dat deze resultaten worden gebruikt bij het opstellen van (een agenda voor) verbeteracties waaraan de maatschap de komende periode wenst te werken.

In de volgende paragrafen wordt de Quick Scan gepresenteerd. Achtereenvolgens worden beschreven:

- hoe de Quick Scan door de maatschap wordt gebruikt: stapsgewijze beschrijving van de procedure,
- bespreking van de Quick Scan (resultaten) tijdens de visitatie,
- beoordeling van het kwaliteitsdomein 'het maatschapsfunctioneren',
- de meest gestelde vragen over de Quick Scan.

Het volledige instrument is als *bijlage 13* opgenomen op pagina 167.

4.3 Het gebruik van de Quick Scan door de maatschap

Beschrijving van de procedure

De Quick Scan-aanpak in vogelvlucht

1. Laat alle maatschapsleden de Quick Scan individueel invullen.
2. Verwerk de individuele scores tot een maatschapsscore.
3. Bespreek de bevindingen in de maatschap en formuleer conclusies en verbeteracties.
4. Maak een plan van aanpak voor het uitvoeren van de verbeteracties.
5. Stuur de resultaten naar de visitatiecommissie.

Volg voor het gebruik van de Quick Scan de volgende procedure.

Stap 1

Vraag ieder lid van de maatschap om de Quick Scan in te vullen volgens de beschrijving in de volgende paragraaf. Dit kan op twee manieren:

- a. per persoon de gegevens direct invoeren in de beschikbare (Excel) spreadsheet,
- b. handmatig.

Ad a.

De gegevens kunnen snel en eenvoudig worden verwerkt door middel van de beschikbare Excel spreadsheet, te verkrijgen via de website van de Orde van Medisch Specialisten. www.orde.artsennet.nl > kwaliteit > visitatie. Enkele wetenschappelijke verenigingen hebben de Quick Scan ook op de eigen website staan. U kunt dat voor uw eigen vereniging nakijken. U hoeft nu alleen de data in te voeren.

Ad b.

Maak van de Quick Scan (zie bijlage) net zoveel kopieën als er maatschapsleden zijn. Vul per persoon de Quick Scan in.

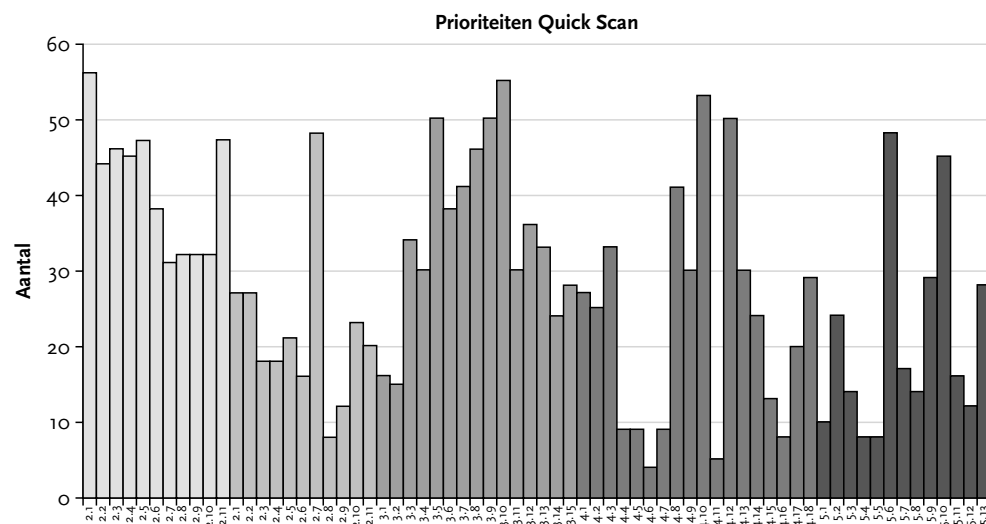
Stap 2

Maak een maatschapslid verantwoordelijk voor de verwerking van de gegevens. Deze persoon kan de gegevens ook weer op twee manieren verwerken:

- a. met behulp van beschikbare software (Excel-spreadsheet),
- b. handmatig.

Ad a.

Indien alle specialisten hun eigen scores hebben ingevoerd in de spreadsheet, kunnen de maatschapsresultaten van de Quick Scan als een overzichtelijk histogram worden uitgeprint. Ga hiermee door naar stap 3. Een voorbeeld van een dergelijk histogram ziet u in *figuur 1*:



Figuur 1. Histogram maatschapsresultaten Quick Scan

Ad b.

Indien u liever de gegevens handmatig verwerkt, dan volgt hieronder de berekeningswijze. Het uitgangspunt voor de berekening is dat de gewenste situatie de score 5 krijgt. De kloof tussen de gewenste (5 punten) en de huidige situatie (uw score) vermenigvuldigt met het belang dat is toegekend aan de stelling (kolom 2) bepaalt de prioriteit.

Aan de hand van een voorbeeld lichten we toe hoe de prioriteit per stelling wordt bepaald. Stel dat u de huidige situatie (eerste kolom) en het belang (tweede kolom) van vragen 3.1, 3.2 en 3.3 heeft gewaardeerd zoals in het voorbeeld. De prioriteit berekent u dan volgens de formule: maximaal haalbare score (= 5) minus uw score in kolom 1 maal uw score in kolom 2 = prioriteit; kortweg: $5 - (\text{kolom 1}) * (\text{kolom 2}) = (\text{kolom 3})$.

Stelling	Kolom 1 Huidige situatie	Kolom 2 Belang	Kolom 3 Prioriteit
3.1 De planning van de werk- en dienstroosters is goed verzorgd.	4	5	5 (5-4)*5
3.2 Vergaderingen zijn zelden overbodig en/of inefficiënt.	3	5	10 (5-3)*5
3.3 Agendering en voorzitterschap zijn goed verzorgd.	2	3	9 (5-2)*3

Het aspect met de hoogste uitkomst heeft de hoogste prioriteit. In dit voorbeeld dus het verbeteren van de planning en efficiëntie van vergaderingen.

Bereken eerst de prioriteit per stelling per maatschapslid. Tel daarna deze prioriteiten van alle specialisten op. Dit is de maatschapsscore van prioriteiten.

Stap 3

Beleg een maatschapsvergadering ter bespreking van de uitkomsten. Resultaat van deze bespreking is een prioriteitenlijst met die aspecten van het maatschapsfunctioneren die u (als eerste) wilt gaan aanpakken.

In totaal bestaat de Quick Scan uit 68 stellingen, verdeeld over vijf maatschapsaspecten. U kunt de resultaten op verschillende manieren rangschikken en prioriteren. U bent vrij daarin een keuze te maken. Laat u leiden door wat het meest zinvol is voor uw maatschap.

Voorbeelden van het opstellen van uw prioriteitenprogramma:

- prioriteit wordt gegeven aan de tien hoogste scores van het *totaal* van alle stellingen,
- prioriteit wordt gegeven aan de twee hoogste scores van *elk maatschapsaspect*.

De Quick Scan is niet bedoeld om uitspraken te doen over ‘goede’ en ‘slechte’ maatschappen. Het is een hulpmiddel in het blootleggen van die samenwerkingsaspecten die, volgens de leden van de maatschap, effectiever, doelmatiger of met meer plezier kunnen worden uitgevoerd. De Quick Scan identificeert van welke bottlenecks een maatschap de meeste hinder ondervindt (die met de hoogste prioriteit).

Belangrijk is dat de maatschap zelf, op basis van de onderlinge bespreking, bepaalt wat het definitieve prioriteitenprogramma is. Het gaat erom dat de maatschapsleden gezamenlijk beslissen welke samenwerkingsaspecten ze de komende periode willen gaan versterken. De suggestie van de Quick Scan is eenvoudig: indien een maatschap wil verbeteren, begin dan met die zaken die de grootste verbetering met zich meebrengen.

Stap 4

Maak met elkaar een realistisch plan van aanpak voor de verbetering van die maatschapsaspecten die u gezamenlijk in stap 3 hebt geïdentificeerd.

Tip

Denk bij het formuleren van een verbeterplan aan de volgende zaken:

- formuleer het doel duidelijk en in meetbare termen
(Niet: communicatie huisartsen verbeteren. Wel: twee keer per jaar een bijeenkomst met de huisartsen organiseren ter bespreking van een inhoudelijk onderwerp),
- zorg voor haalbare plannen,
- stel een verantwoordelijke aan,
- spreek af wanneer en hoe u gaat evalueren.

Stap 5

Stuur de uitkomsten van de Quick Scan en het plan van aanpak tijdig aan de visitatiecommissie. De ‘uitkomsten’ bestaan ten minste uit de maatschapsscore, bij voorkeur een uitdraai van het histogram, en de (geanonimiseerde) individuele scores.

4.4 Bespreking van de Quick Scan tijdens de visitatie

Procedure, inhoud en implementatie

Tijdens de visitatie worden de resultaten van de Quick Scan en de opgestelde verbeterplannen besproken met de visitatiecommissie.

Tijdens dit gesprek zal de commissie zicht proberen te krijgen op de wijze waarop de maatschap haar samenwerking evalueert en zo nodig verbetert, en met welk succes. Veronderstelling is dat een goede onderlinge samenwerking voorwaarde is voor het continu leveren van verantwoorde zorg.

De vragen die de visitatiecommissie stelt zullen veelal gaan over (enkele van de) volgende onderwerpen:

- de door de maatschap gevolgde *procedure* bij het uitvoeren van de Quick Scan (zie stap 1 tot en met 5 in de vorige sectie van dit hoofdstuk),
- de *inhoudelijke bevindingen* van de Quick Scan, namelijk de scores en/of de geformuleerde verbeteracties,
- het *plan van aanpak voor de implementatie* van de voornemens van de maatschap.

Wetenschappelijke verenigingen hebben geen objectieve 'kwaliteitsnorm' voor het functioneren van maatschappen geformuleerd. Op basis van de Quick Scan kan en zal de commissie geen uitspraak (kunnen) doen over de kwaliteit van het functioneren van een maatschap.

4.5 De score van de Quick Scan in het professioneel kwaliteitsprofiel

In het professioneel kwaliteitsprofiel is als één van de vier kwaliteitsdomeinen 'het maatschapsfunctioneren' opgenomen. In het huidige model is voor de (zelf)evaluatie van dit kwaliteitsdomein de Quick Scan beschikbaar.

Net als de meeste andere evaluatie-instrumenten van het kwaliteitsvisitatiemodel, is de Quick Scan een hulpmiddel voor zelfevaluatie. De Quick Scan beoogt bij te dragen aan het goed functioneren van maatschappen. De resultaten van de Quick Scan zeggen niets over de kwaliteit van een maatschap noch over de kwaliteit van de patiëntenzorg.

De visitatiecommissie spreekt wel een oordeel uit over de zorg voor kwaliteit.

De vraag die de commissie moet beantwoorden bij het beoordelen van het kwaliteitsdomein 'het maatschapsfunctioneren' luidt: *In welke mate besteedt de maatschap serieus aandacht aan het goed laten functioneren van de onderlinge samenwerking?*

De commissie beantwoordt deze vraag zowel kwantitatief als kwalitatief.

Een deel van het antwoord van de commissie wordt uitgedrukt in een score, volgens onderstaand schema.

- 1 = Quick Scan is niet ingevuld; de maatschap evalueert haar functioneren al dan niet op andere wijze.
- 2 = Quick Scan is door alle vakgroepsleden ingevuld, en resultaten zijn in de vakgroep besproken.
- 3 = Resultaten zijn besproken, prioriteiten zijn gesteld en vervolg-/verbeteracties zijn gepland.
- 4 = De geplande acties zijn uitgevoerd en (worden) geëvalueerd.

5 = Quick Scan wordt jaarlijks gedaan en de resultaten zijn gekoppeld aan het vakgroepbeleidsplan en -jaarverslag.

De score drukt uit of een maatschap (voldoende) aandacht heeft voor de evaluatie van haar onderlinge samenwerking.

De commissie baseert haar oordeel over het maatschapsfunctioneren op meer bronnen. Het gebruik van de Quick Scan door de maatschap zelf, en het gesprek hierover met de commissie, vormt er slechts één van. Andere bronnen waaruit de commissie put zijn onder meer:

- de gesprekken met de medewerkers, (eventueel) arts-assistenten, verwijzend huisartsen, vertegenwoordigers van de medische staf en/of de Raad van Bestuur,
- maatschapsdocumenten, zoals bijvoorbeeld protocollen, een beleidsplan of jaarverslag.

Naast de score die de commissie geeft voor het maatschapsfunctioneren, is er in het visitatierapport, zoals ook nu gebruikelijk is, voldoende ruimte voor het beschrijven van conclusies en aanbevelingen. In dit deel van het visitatierapport kunnen specifieke en genuanceerde bevindingen en opmerkingen worden genoteerd. Waar nodig zal de commissie aanbevelingen voor verbetering formuleren.

4.6 De meest gestelde vragen over de Quick Scan

1. *Kan de Quick Scan ook anoniem worden ingevuld?*

Ja, dat kan. Het eenvoudigste is om de Quick Scan-vragenlijst voor elk maatschapslid te kopiëren en deze anoniem in te vullen. De geanonimiseerde vragenlijsten kunnen dan ingevuld worden geretourneerd bij bijvoorbeeld de maatschapssecretaresse. Zij kan vervolgens de scores overnemen in de Quick Scan-Excel-spreadsheet en de maatschapsscores uitdraaien. Als aan elke specialist een code wordt toegekend kunnen, zonder verlies van anonimiteit, toch de onderlinge verschillen zichtbaar worden gemaakt.

2. *Hoe bereken ik de scores van de Quick Scan?*

De beschikbare Excel-spreadsheet rekent voor u de scores in de derde kolom (de prioriteiten) automatisch uit. U hoeft daarvoor alleen de eerste twee kolommen in te vullen: uw score voor de 'huidige situatie' van het betreffende maatschapsaspect en uw score voor 'het belang' dat u hecht aan het in de stelling beschreven aspect.

U kunt de scores ook handmatig berekenen. De formule die hiervoor wordt gebruikt, stelt dat

1. hoe beter de maatschap het naar uw mening doet op een bepaald aspect (kolom 1), des te lager de prioriteit voor verbetering zal zijn, en
2. hoe belangrijker u dit aspect vindt (kolom 2), hoe hoger de prioriteit voor verbetering moet zijn.

Dit leidt tot de volgende formule:

Verbeterprioriteit = maximale score van kolom 1 (= 5) minus uw score in kolom 1 x uw score in kolom 2

Kortweg: $[5 - / - (\text{kolom } 1)] * (\text{kolom } 2) = (\text{kolom } 3)$.

3. *Hoe moeten de scores worden geïnterpreteerd?*

De Quick Scan is niet bedoeld om uitspraken te doen over 'goede' en 'slechte' maatschappen. Het is een hulpmiddel in het blootleggen van die samenwerkingsaspecten die, *volgens de leden van de maatschap*, effectiever, doelmatiger of met meer plezier kunnen worden uitgevoerd. De hoogste scores (langste staafdiagrammen) geven aan dat dit de aspecten van het maatschapsfunctioneren zijn die *volgens u* (de individuele scores) en/of *uw maatschap* (de maatschapsscores) het meest dringend verbetering behoeven. Het zijn die punten die u belangrijk vindt en die onvoldoende functioneren binnen uw maatschap. 'Onvoldoende' is een relatieve en subjectieve waardering. Het gaat om de waardering, beter nog, uw waardering, van de verschillende aspecten van het maatschapsfunctioneren. De lage scores betreffen die aspecten die u erg goed vindt functioneren binnen uw maatschap en/of die aspecten die u niet belangrijk vindt. Het totaal aan scores kan zo worden beschouwd als een sterkte/zwakke-analyse van het maatschapsfunctioneren. Let wel, de Quick Scan is een instrument voor zelfevaluatie; wat u sterke en zwakke punten vindt, hoeft niet overeen te komen met wat uw omgeving (patiënten, collega's, huisartsen) van uw functioneren vindt.

4. *Hoe kunnen we de resultaten het beste bespreken?*

Verschillende wegen leiden naar Rome. Er is niet een beste manier om de resultaten te bespreken. Dat ze besproken worden met de gehele maatschap en dat iedereen hierin zijn of haar inbreng kan hebben, is wel belangrijk. De leidraad voor de bespreking zou één van, of een combinatie van de volgende uitgangspunten kunnen zijn:

- bespreking van de 10 stellingen met de hoogste scores van de Quick Scan,
- bespreking van de twee hoogste scores per aspect van het maatschapsfunctioneren (de vijf deelgebieden),
- bespreking van hoogste scores van de maatschap en van de twee hoogste scores per persoon,
- bespreking van de stellingen met de grootste variatie tussen de individuele specialisten, anders gezegd, die stellingen waarover het minste consensus bestaat binnen de maatschap.

5. *Hoe selecteren we de punten voor verbetering?*

Het gaat erom dat uw maatschap beslist welke aspecten van het maatschapsfunctioneren de komende periode (bijvoorbeeld een jaar) worden versterkt. De suggestie van de Quick Scan is eenvoudig: begin dan met die zaken die de grootste verbetering met zich meebrengen. Het is echter te simpel om te stellen dat dit dus altijd de vijf punten met de hoogste score moeten zijn. Denk ook aan de volgende criteria:

- Is iedereen het erover eens?
- Zijn we ertoe in staat?
- Moeten er eerst andere zaken worden gedaan voordat we dit punt kunnen verbeteren?
- Is het financieel en organisatorisch haalbaar?

6. *Kunnen we beroep doen op ondersteuning bij de uitvoering van de verbeteracties?*

Voor het verbeteren van uw praktijk of maatschapsfunctioneren bieden de wetenschappelijke verenigingen geen begeleiding. U kunt wel contact opnemen met uw vereniging voor verwijzing naar relevante literatuur, naar (externe) adviseurs of wellicht naar collega's die bereid zijn

hun ervaringen met het invoeren van verbeteracties te delen. De kans is ook groot dat u binnen uw ziekenhuis terecht kunt bij een interne adviseur of kwaliteitsfunctionaris.

7. *Is de Quick Scan ook geschikt voor hele grote of hele kleine maatschappen?*

Zelfs een maatschap van twee specialisten kan de Quick Scan gebruiken. De berekening van de maatschapsscore biedt dan echter weinig toegevoegde waarde. De individueel ingevulde lijsten kunnen in een collegiaal gesprek over de onderlinge samenwerking worden vergeleken en besproken. Voor zover ons bekend is er nog geen ervaring met de Quick Scan opgedaan door zeer grote maatschappen van vijftien of meer leden. Principiële belemmeringen zijn er niet. Het is verstandig ter voorbereiding van de discussie in ieder geval aandacht te besteden aan de variatie tussen de individuele scores vanwege het nivellerende effect van de grote getallen. De discussie over de resultaten zal strak moeten worden geleid, maar dat geldt voor alle besprekingen met een grote groep.

8. *Hoe beoordeelt de visitatiecommissie de resultaten van de Quick Scan?*

De wetenschappelijke verenigingen hebben geen kwaliteitsnorm voor het beoordelen van het functioneren van uw maatschap. De vereniging verwacht wel dat u de Quick Scan heeft uitgevoerd met elkaar. De visitatiecommissie zal hiernaar vragen en met u van gedachten wisselen over de resultaten en de hieruit volgende verbeterinitiatieven. Uiteindelijk zal de commissie uw maatschap volgens onderstaand schema een score toekennen.

- 1 = Quick Scan is niet ingevuld; de maatschap evalueert haar functioneren al dan niet op andere wijze.
- 2 = Quick Scan is door alle vakgroepsleden ingevuld, en resultaten zijn in de vakgroep besproken.
- 3 = Resultaten zijn besproken, prioriteiten zijn gesteld en vervolg-/verbeteracties zijn gepland.
- 4 = De geplande acties zijn uitgevoerd en (worden) geëvalueerd.
- 5 = Quick Scan wordt jaarlijks gedaan en de resultaten zijn gekoppeld aan het vakgroep-beleidsplan en -jaarverslag.

Deze score zegt niets over hoe goed of slecht uw maatschap functioneert. Het drukt uit of u (voldoende) aandacht heeft voor de evaluatie van het functioneren van uw maatschap. Voor de visitatie geldt in het algemeen dat geen uitspraak wordt gedaan (kan worden gedaan) over de kwaliteit van zorg, maar er wordt gekeken naar de zorg voor kwaliteit.

9. *Kan de Quick Scan worden gebruikt voor vergelijking met andere maatschappen?*

Nee, de Quick Scan heeft alleen waarde voor uw eigen maatschap. Vergelijking met andere maatschappen heeft geen zin, omdat de Quick Scan per definitie subjectief is en niet is gebaseerd op een harde, meetbare kwaliteitsnorm die voor externe vergelijking vereist is.

10. *Hoe vaak moeten we de Quick Scan doen?*

Als onderdeel van de visitatie wordt van u verwacht dat u de Quick Scan eens per vijf jaar uitvoert. Daarmee voldoet u aan de visitatieverplichting. Het is echter aanbevelenswaardig om de Quick Scan ook tussentijds uit te voeren. Bijvoorbeeld eens per jaar ter evaluatie van het voorbije jaar en/of ter voorbereiding op het maken van het jaarplan voor de maatschap.

Referenties

1. Clemmer TP, Spuhler VJ, Berwick DM, Nolan TW. Cooperation: the foundation of improvement. *Ann Intern Med* 1998;128;1004-9.
2. Lombarts MJMH, Klazinga NS. Inside self-regulation: peer review (visitatie) by Dutch medical specialists. *Clinical Governance: an International Journal* 2003;8;4:318-30.
3. Damhuis G, Lombarts K. Het managen van de maatschap. *DamhuisElshoutVerschure, 's-Hertogenbosch*, september 2001.

Nederlandse Vereniging van Artsen voor Longziekten en Tuberculose (NVALT)

‘Je moet selectiever zijn en goed je voorwerk doen’

‘Zelf heb ik me tijdens de proefvisitatie vooral beziggehouden met de Quick Scan (QS) van de maatschap’, vertelt Albert van der Heijden (1951), voorzitter van de visitatiecommissie van de NVALT. ‘Ik vond dat een buitengewoon interessant instrument, omdat je snel inzicht krijgt op de wijze waarop een maatschap zich naar buiten toe profileert, waar hun sterke en zwakke punten liggen en hoe de core business van de maatschap verloopt. Aan dit instrument hebben we veel tijd en aandacht besteed. Overigens verliep de tweede visitatie op een heel andere manier; daar kwamen weer andere aandachtspunten naar voren. We moeten in onze commissie nog een duidelijke uitspraak doen hoe we met dit soort zaken omgaan. Als visitatiecommissie heb je natuurlijk een becommentariërende en adviserende rol, maar aan de andere kant zit je daar tijdens zo’n bezoek toch ook een beetje als collega’s onder elkaar. Dat kan overigens ook heel vervelend zijn als je voor moeilijke beslissingen komt te staan. Tijdens de proefvisitatie bleek dat de maatschap door de QS zelf echter al een paar harde noten had gekraakt. Dan hoeft als commissie hen alleen maar te ondersteunen en aan te moedigen ook in de toekomst met die zelfevaluatie door te gaan.

Waar wij nog aan moeten wennen denk ik, is dat het nieuwe model voor iedereen een flinke hoeveelheid werk betekent. Dus ook voor ons als commissie. Tijdens de proefvisitatie liepen we daardoor tegen een enorm tijdsprobleem aan. De QS kostte ons te veel tijd waardoor er onvoldoende tijd was om alle kwaliteitsdomeinen door te nemen. In de visitatie ‘oude stijl’ waren we namelijk gewend om alle vragen stap voor stap met de leden van de maatschap door te nemen. Dat lukt je nu niet meer. Je moet dus selectiever zijn, goed je voorwerk doen en een duidelijk onderscheid maken in zaken die goed gaan en die minder goed gaan. Op dat gebied moeten wij als commissie ook nog leren.’

Bijlage 13.

De Quick Scan

De Quick Scan: het instrument

1. Gedeelde doelen/taakopdracht	Huidige situatie	Belang
1.1 We hebben als maatschap duidelijk voor ogen wat we over vijf jaar willen hebben bereikt.		
1.2 We weten wat onze prioriteiten zijn.		
1.3 We treden als eenheid naar buiten.		
1.4 Iedereen voelt zich medeverantwoordelijk voor het resultaat van de maatschap.		
1.5 De leden van onze maatschap zijn goed op de hoogte van relevante ontwikkelingen in het ziekenhuis, de regio en in het land.		
1.6 Mijn collega's kennen mijn ambities, kwaliteiten en zwakke punten.		
1.7 Ik ken de ambities, kwaliteiten en zwakke punten van mijn collega's.		
1.8 We maken gebruik van elkaars sterke kanten.		
1.9 We weten op welke punten van het maatschapsfunctioneren we sterker en zwakker zijn dan onze collega-maatschappen in de regio.		
1.10 In onze maatschap is uitgesproken wat een ieder verwacht van het lid-maatschap van de maatschap.		
1.11 We hebben afgestemde opvattingen over diagnostiek, behandeling en nazorg.		
2. Maatschapsstructuur	Huidige situatie	Belang
2.1 We hebben duidelijke afspraken over de verdeling van organisatorische taken.		
2.2 Het is duidelijk wie van ons aanspreekpunt is voor de verpleging, de staf, de directie en extern.		
2.3 De manier waarop wij zijn georganiseerd, past goed bij mij (mijn persoonlijkheid).		
2.4 We weten waar we elkaar op kunnen aanspreken.		
2.5 Onze organisatievorm is effectief en doelmatig.		
2.6 De organisatorische taken die ik heb, kan ik goed aan.		
2.7 We hebben duidelijke afspraken, die ik onderschrijf, over de vakinhoudelijke werkverdeling.		
2.8 We nemen adequaat het werk van elkaar over.		
2.9 Onze werkbelasting levert geen structurele problemen op.		
2.10 Patiëntoverdrachten zijn goed geregeld en worden adequaat bezocht.		
2.11 Ik ben tevreden over de verdeling van het werk over de verschillende locaties.		

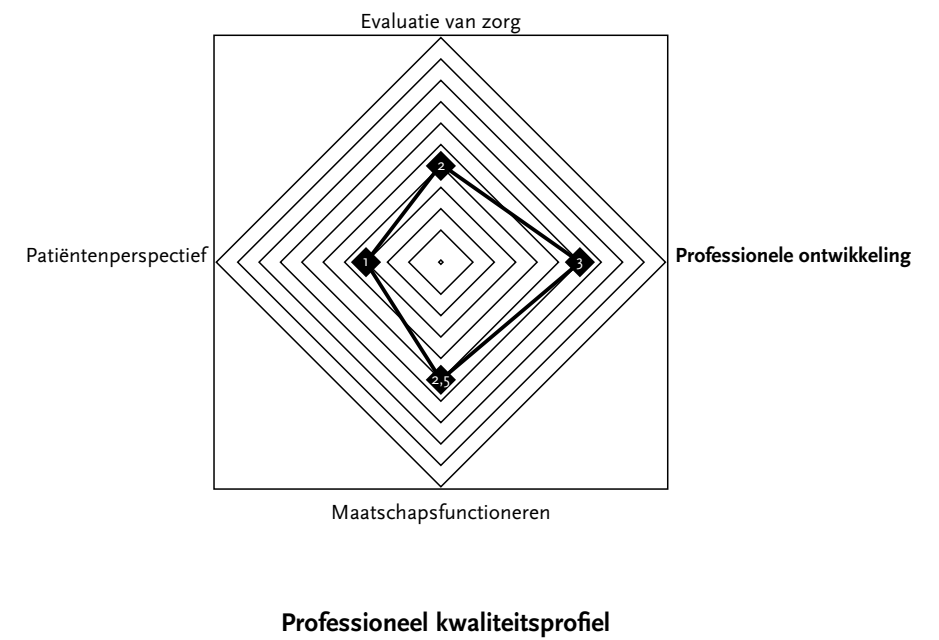
3. Besluitvorming en ondersteunende systemen	Huidige situatie	Belang
3.1 De planning van de werk- en dienstroosters is goed verzorgd.		
3.2 De werk- en dienstroosters worden goed nageleefd.		
3.3 Maatschapsvergaderingen zijn zelden overbodig en/of inefficiënt.		
3.4 Agendering en voorzitterschap zijn goed verzorgd.		
3.5 Onze vergaderingen gaan altijd door.		
3.6 Ik beschik tijdig en over voldoende informatie voor een maatschapsvergadering.		
3.7 We bereiden de vergaderingen goed voor.		
3.8 De besluitvorming verloopt helder en efficiënt.		
3.9 Besluiten worden in samenspraak genomen.		
3.10 Afspraken worden nagekomen.		
3.11 Detailzaken worden snel afgehandeld of gedelegeerd.		
3.12 Van een besluit wordt de afhandeling bewaakt.		
3.13 De aanwezigheid op vergaderingen is goed.		
3.14 Onze praktijkondersteuning is goed georganiseerd.		
3.15 We zijn in staat om taken te delegeren.		
4. Communicatie en klimaat	Huidige situatie	Belang
4.1 Ieder krijgt voldoende ruimte om een inbreng te leveren in de maatschap.		
4.2 Er wordt goed naar elkaar geluisterd.		
4.3 Er heerst een open en veilige sfeer.		
4.4 De communicatie met de rest van de staf verloopt goed.		
4.5 De communicatie met de afdeling verloopt goed.		
4.6 Het overleg met het secretariaat verloopt goed.		
4.7 Er heerst een productief, taakgericht klimaat.		
4.8 Fouten zijn goed bespreekbaar en we durven ze te bespreken en corrigeren.		
4.9 We zijn op de hoogte van elkaars vakgerelateerde externe activiteiten (bijv. deelname aan trials).		
4.10 Iedereen houdt zich aan het afgesproken medisch beleid.		
4.11 Niemand loopt de kantjes eraf.		
4.12 We signaleren conflicthaarden tijdig en reageren alert.		
4.13 Waardering voor elkaar (elkaars werk) wordt getoond.		
4.14 We spreken elkaar rechtstreeks aan op ongewenst gedrag.		
4.15 Over eventuele klachten en/of tuchtzaken wordt in de maatschap openlijk gesproken.		
4.16 Ik ben met plezier lid van deze maatschap.		
4.17 We ondernemen regelmatig gezamenlijk sociale activiteiten.		
4.18 Ik ben tevreden over de inzet van alle maatschapsleden.		

5. Resultaten en reputatie	Huidige situatie	Belang
5.1 Ten aanzien van onze primaire taken (zorg en (eventueel) onderwijs en onderzoek) leveren we goede kwaliteit.		
5.2 We leveren een goede bijdrage aan de organisatie van de medische staf en het ziekenhuis.		
5.3 Onze reputatie bij de huisartsen is goed.		
5.4 Onze reputatie op de arbeidsmarkt (binnen de beroepsgroep) is goed.		
5.5 Onze reputatie bij patiënten/in ons adherentiegebied is goed.		
5.6 We hebben een duidelijke invloed op het ziekenhuisbeleid.		
5.7 Collega-specialisten werken graag met ons samen.		
5.8 De maatschap is tevreden over mijn bijdrage aan de productie (zorg, en (eventueel) onderwijs en onderzoek).		
5.9 Ik ben tevreden over mijn beloning vanuit de maatschap/het ziekenhuis.		
5.10 We hebben goed inzicht in onze eigen uitkomsten van zorg.		
5.11 Wij rapporteren over onze klachten en MIP-meldingen.		
5.12 De Raad van Bestuur en medewerkers op de afdelingen zien ons als goede specialisten.		
5.13 We rapporteren periodiek over onze uitkomsten van zorg.		

Hoofdstuk 5

Professionele ontwikkeling

Dr. M.J.M.H. Lombarts



5.1 Inleiding

Hoewel professionele ontwikkeling niet eenduidig wordt gedefinieerd, bestaat er geen discussie over het feit dat het méér omvat dan het bijhouden van de vakliteratuur en het bezoeken van congressen. Het Centraal College Medisch Specialismen (2003) heeft voor de opleidingen vastgesteld dat elke individuele specialist zich dient te bekwaamen respectievelijk bekwaam dient te zijn op elk van de volgende zeven professionele gebieden: medisch handelen, communicatie, samenwerking, kennis en wetenschap, maatschappelijk handelen, organisatie en professionaliteit.

Het integraal kwaliteitsbeleid medisch specialisten zoals dat voor 2007 en verder is neergezet door de Orde van Medisch Specialisten sluit aan bij dit competentiemodel. Het model is ontleend aan het Canadese systeem van de *Royal College of Physicians and Surgeons* (RCPS) en is aangevuld en aangepast aan de Nederlandse situatie.¹ Naast de vakinhoudelijke competenties wordt er aandacht besteed aan algemene competenties die voor iedere medisch specialist dezelfde zijn.

Gelijksoortige ontwikkelingen zijn ook zichtbaar in andere westerse landen. Ter illustratie staan de gehanteerde omschrijvingen van ‘medische professionals’ in de Verenigde Staten, Canada en Groot-Brittannië opgesomd in *tabel 1*. De gehanteerde terminologie loopt enigszins uiteen maar – op de keper beschouwd – is er weinig variatie tussen de gedefinieerde professionele rollen of sets van competenties. De lijn is duidelijk: een dokter wordt niet langer ‘slechts’ aangesproken op (de toepassing van) zijn medische expertise, maar wordt geacht al zijn professionele kwaliteiten – aantoonbaar – te ontwikkelen.

Tabel 1. Definitie van professionele aandachtsgebieden van medisch specialisten in drie landen

USA ²	Canada (RCPS)	UK: Good Medical Practice ³
1. Patiëntenzorg	1. Medisch expert en besluitvormer	1. Klinische zorg
2. Medische kennis en de toepassing ervan in de patiëntenzorg	2. Communicator	2. Praktijkvoering
3. Interpersoonlijke en communicatieve vaardigheden	3. Manager	3. Relatie met patiënten
4. Professionalisme	4. Professional	4. Collegiale samenwerking
5. Leren en verbeteren in de praktijk	5. Samenwerker	5. Onderwijs en opleiding
6. Contextgebonden praktijkvoering	6. Wetenschapper	6. Persoonlijke gezondheid
	7. Health advocate	7. Rechtschapenheid, oprechtheid

De afgelopen jaren is er door de in het project Actualisatie Visitatie betrokken medisch specialisten meermalen gedebatteerd over de vraag of individuele professionele ontwikkeling respectievelijk het individueel functioneren van specialisten, moet worden getoetst. Hiertegen werd door de deelnemers principieel en volmondig ja gezegd. Of dit past binnen een maatschapsgerichte visitatie die is gericht op kwaliteitsbevordering, is echter zeer de vraag. Het lijkt meer gepast om evaluatie van het individueel functioneren als separaat onderdeel van het beoordelingssysteem van het kwaliteitsbeleid van de wetenschappelijke verenigingen te ontwikkelen. Een definitieve keuze is daarin nog niet gemaakt; allereerst dienen beschikbare evaluatie-instrumenten te worden geïnventariseerd, geëvalueerd, aangepast, getest en gevalideerd voor de Nederlandse situatie.

5.2 Evaluatie van het individueel functioneren

Het beoordelen van beroepsbeoefenaren op hun individueel professioneel functioneren is niet eenvoudig, omdat het betrekking heeft op complexe kwaliteiten (zoals communicatie, samenwerking, professionaliteit). Daarom wordt bij de ontwikkeling van evaluatie- en beoordelingsinstrumenten veel aandacht besteed aan de ‘klassieke criteria’ van validiteit en betrouwbaarheid. Voor een verantwoorde evaluatie is dit inderdaad noodzakelijk. Het is echter niet voldoende. Evaluatie van individueel professioneel functioneren kan niet worden beschouwd als louter een ‘meetgegeven’. In toenemende mate wordt daarom ook aandacht besteed aan de context en inbedding van de evaluatie: de educatieve impact van de te kiezen methode, de acceptatiegraad bij de gebruikers en de benodigde investeringen. Helaas scoort geen enkele methode hoog op alle criteria. Elke evaluatiemethode heeft sterke en zwakke kanten en de keuze voor een methode betekent altijd dat er compromissen moeten worden gesloten.⁴ Het instrument met de grootste educatieve impact kan bijvoorbeeld onbetaalbaar blijken, of de meest betrouwbare methode, onacceptabel.

Van der Vleuten *et al.*⁵ beschrijven in een recente publicatie een aantal nieuwe inzichten op het gebied van performance evaluaties, die gevolgen hebben voor de keuze en het gebruik van evaluatiemethoden. Zo signaleren zij onder andere dat evaluaties zich meer richten op het handelen in de dagelijkse setting/praktijk, dat evaluaties vaker gericht zijn op algemene (niet specifiek voor medici) professionele kwaliteiten, op het integreren van competenties, dat ze globaler van aard zijn en meer rekening houden met de context. Ze maken ook melding van de nieuwere, populaire evaluatiemethoden, zoals zelfevaluatie, intercollegiale evaluaties, *multisource feedback* (360° feedback), *appraisal and assessment* en portfolio-evaluatie. Kwalitatieve evaluaties worden steeds belangrijker.

De kern van de bevindingen is wellicht dat er een beweging gaande is richting holistische professionele beoordeling, die nodig is om complexe competenties te kunnen evalueren. Om deze en andere redenen pleiten Van der Vleuten *et al.* voor een verschuiving van de aandacht van (de psychometrische karakteristieken van) enkelvoudige, geïsoleerde evaluatie-instrumenten naar evaluatieprogramma’s. Het bewerkstelligen van een verantwoorde evaluatie gaat dan niet alleen meer over het ontwikkelen van het perfecte instrument (dat niet bestaat), maar om het ontwerpen van een combinatie van evaluatie-instrumenten die tezamen een goed beeld geven van het functioneren van een individuele beroepsbeoefenaar in zijn specifieke context.

De Raad voor Wetenschap, Onderzoek en Kwaliteit (Raad WOK) van de Orde heeft in het voorjaar van 2005 een commissie geïnstalleerd aan wie is gevraagd een advies uit te brengen over de mogelijkheden, de meetinstrumenten en het beleid ten aanzien van individuele evaluatie van medisch specialisten. De commissie heeft de opdracht meegekregen de evaluatie van het individueel functioneren van medisch specialisten in bovengeschetst perspectief te bezien. Met andere woorden, de te ontwikkelen evaluatiemethode is per definitie noch perfect (dat wil zeggen valide, betrouwbaar, acceptabel, toepasbaar en educatief) noch allesomvattend (dat wil zeggen alle relevante competenties betreffende), maar is wél relevant en heeft toegevoegde waarde in het geheel van de evaluatie van het functioneren van medisch specialisten.

5.3 Betekenis voor de kwaliteitsvisitatie nieuwe stijl

Het kwaliteitsdomein professionele ontwikkeling omvat een viertal kwaliteitsaspecten: de evaluatie van

1. vakinhoudelijke kennis en vaardigheden,
2. wetenschap en innovatie,
3. opleiding en onderwijs,
4. het individueel functioneren.

Voor uitwerking van het vierde kwaliteitsaspect, de evaluatie van het individueel functioneren, wordt gewacht op het advies van de hierboven genoemde commissie. Voor de evaluatie van de andere drie aspecten zijn geen nieuwe evaluatie-instrumenten ontwikkeld.

Ook in de huidige kwaliteitsvisitatie wordt reeds ruim aandacht besteed aan de deskundigheid van specialisten (bij- en nascholing), hun participatie in staf- en ziekenhuiscommissies, hun betrokkenheid bij onderzoek en onderwijs en de rol die zij spelen binnen de eigen wetenschappelijke vereniging. Binnen het nieuwe model blijven dit punten van aandacht. Tijdens de visitatie zal echter meer dan voorheen worden gekeken naar de onderlinge samenhang en afstemming van de professionele activiteiten van de individuele medisch specialisten. Dit betekent dat er zal worden gevraagd of en hoe individuele activiteiten van specialisten zijn ingebed in en worden gedragen door de gehele maatschap, hoe besluiten over participatie van specialisten in activiteiten (vaak ook buitenshuis (denk aan verenigingswerk, bestuurstaken)) worden genomen, hoe informatie onderling wordt uitgewisseld en hoe verantwoording wordt afgelegd aan elkaar.

Zo zal bijvoorbeeld bij de bespreking van de gevolgde bij- en nascholing van individuele maatschapsleden, het scholingsbeleid van de maatschap ter sprake kunnen komen. De volgende vragen zijn dan bijvoorbeeld relevant.

- Worden er afspraken gemaakt over wie welke conferentie of cursus bijwoont?
- (Hoe) houden deze afspraken rekening met het aandachtsgebied/subspecialisatie van de individuele maten?
- Wordt de opgedane kennis ook (systematisch) in de maatschap gebracht? Op welke manier?
- Heeft de opgedane kennis consequenties voor het patiëntenbeleid?
- Hoe wordt nieuwe kennis in de gehele maatschap en de patiëntenzorg geïmplementeerd?
- (Hoe) wordt geëvalueerd of de nieuwe kennis wordt toegepast?

Het past in de kwaliteitsvisitatie nieuwe stijl om dit soort vragen over het individueel optreden van specialisten, in de context van hun maatschap, te bespreken. Het benadrukt de gezamenlijk, individueel waar te maken verantwoordelijkheid van maatschapsleden voor de kwaliteit van de patiëntenzorg.

5.4 Scoren van professionele ontwikkeling in het kwaliteitsprofiel

De vraag die de visitatiecommissie moet beantwoorden bij het beoordelen van het kwaliteitsdomein 'professionele ontwikkeling' luidt: *In welke mate besteedt de maatschap systematisch aandacht aan de professionele ontwikkeling van haar maatschapsleden en zorgt ze ervoor dat individuele kennis en kwaliteiten ten goede komen aan alle maten en alle patiënten van de maatschap?*

De visitatiecommissie beantwoordt deze vraag door de vier kwaliteitsaspecten die bij dit domein behoren te bespreken en te beoordelen op de eerder in dit boek geïntroduceerde vijfpuntsschaal. De scores staan hier per kwaliteitsaspect uitgeschreven, met uitzondering van de scores voor het aspect 'individueel functioneren' dat immers nog niet is uitgewerkt in het nieuwe model.

Scoren voor kwaliteitsaspect 1: vakinhoudelijke kennis en vaardigheden

- 1 = Niet elke specialist voldoet aantoonbaar aan het minimaal te behalen aantal accreditatiepunten voor bij- en nascholing.
- 2 = Elk maatschapslid voldoet aan het vereiste aantal accreditatiepunten voor bij- en nascholing; de invulling van de gevolgde scholing is een zaak van de individuele specialist.
- 3 = De maatschap heeft expliciete afspraken over de ontwikkeling van specialistische vakinhoudelijke kennis ten behoeve van de praktijk; deze zijn vastgelegd.
- 4 = De maatschapsafspraken met betrekking tot de ontwikkeling van kennis en vaardigheden worden aantoonbaar opgevolgd en geëvalueerd.
- 5 = De evaluatie en (zo nodig) verbetering van de vakinhoudelijke kennis en vaardigheden, zijn vast onderdeel van het beleid van de maatschap en zijn verwerkt in het maatschapsbeleidsplan en -jaarverslag.

Scoren voor kwaliteitsaspect 2: wetenschap en innovatie

- 1 = Er wordt niet geparticipeerd in wetenschappelijke activiteiten.
- 2 = Participatie in wetenschappelijke activiteiten is een zaak van de individuele specialist.
- 3 = De maatschap heeft expliciete afspraken over participatie in wetenschappelijke en/of innovatieve activiteiten.
- 4 = Bespreking van voortgang en resultaten van wetenschappelijke en/of innovatieve activiteiten wordt regelmatig geagendeerd.
- 5 = Ontwikkeling, uitvoering en evaluatie van wetenschap en innovatie is vast onderdeel van het beleid van de maatschap en is verwerkt in het maatschapsbeleidsplan en -jaarverslag.

Scoren voor kwaliteitsaspect 3: opleiding en onderwijs

- 1 = Er wordt niets gedaan aan opleiding en/of onderwijs.
- 2 = Opleidings- en onderwijsactiviteiten zijn een zaak van de individuele specialist.

- 3 = De maatschap heeft expliciete afspraken over de taakverdeling en het beleid met betrekking tot opleiding en/of onderwijs.
- 4 = Bespreking van ontwikkeling, voortgang en resultaten van opleiding en/of onderwijs wordt regelmatig geagendeerd op de maatschapsvergadering.
- 5 = Ontwikkeling, uitvoering en evaluatie van opleiding en/of onderwijs is een vast onderdeel van het beleid van de maatschap en is verwerkt in het maatschapsbeleidsplan en -jaarverslag.

De visitatiecommissie vormt haar oordeel aan de hand van de gesprekken die zij voert met de maatschap en de door de individuele maatschapsleden aangeleverde documentatie over hun eigen professionele activiteiten. Naast de waardering in het kwaliteitsprofiel zal de commissie haar conclusies en – waar nodig – aanbevelingen voor verbetering van onderhavig kwaliteitsdomein in het visitatierapport van de maatschap opnemen.

Referentie

1. Canadian Medical Education Directions for Specialists 2000. CanMEDS 2000.
2. Medical Education 2004;38. Special issue.
3. Conlon M. Appraisal: the catalyst of personal development. BMJ 2003;8:389-91.
4. Hays RB, et al. Selecting performance assessment methods for experienced physicians. Med Educ 2002;36;910-17.
5. Vleuten CPM van der, Scuwirth LWTT. Assessing professional competence: from methods to programs. Med Educ 2005;39;309-17.

Hoofdstuk 6

Het visitatierapport

Drs. J.W. Hagemeyer

6.1 Inleiding op het visitatierapport

Het geactualiseerde visitatiemodel richt zich op vier professionele kwaliteitsdomeinen: evaluatie van zorg, patiëntenperspectief, maatschapsfunctioneren en professionele ontwikkeling. De visitatiecommissie vormt zich een oordeel over deze domeinen door middel van:

- bestudering van vooraf toegestuurde documentatie over de praktijk, de maatschap en haar leden,
- bestudering van de door de maatschap uitgevoerde zelfevaluaties en gemaakte verbeterplannen,
- het voeren van gesprekken over de twee eerste punten met de maatschap,
- het voeren van gesprekken met (vertegenwoordigers van) Raad van Bestuur, medische staf, verpleegkundig hoofd, secretariaat, huisarts, arts-assistent en andere betrokken hulpverleners/medewerkers,
- het inzien van medische dossiers,
- een rondleiding over afdeling.

De visitatiecommissie spreekt haar oordeel primair uit over ‘de zorg voor kwaliteit’: *in welke mate is deze maatschap aantoonbaar systematisch en gestructureerd bezig met het bewaken en bevorderen van de kwaliteit van de patiëntenzorg in haar praktijk?*

Waar mogelijk zal de commissie ook een uitspraak doen over de ‘kwaliteit van zorg’: *Levert deze maatschap patiëntenzorg van een verantwoord niveau?*

Na alle voorbereidende activiteiten en de visitatiedag worden de bevindingen door de visitatiecommissie beschreven in het visitatierapport. Het visitatierapport zal een reële weergave zijn van de werkelijkheid zoals de commissie deze heeft aangetroffen. De bevindingen en conclusies worden zo specifiek en genuanceerd mogelijk beschreven. Tevens zal de commissie, waar nodig, aanbevelingen voor verbetering formuleren. Gedurende de visitatiedag worden aantekeningen gemaakt van de verschillende gesprekken en tussendoor hebben de commissieleden onderling overleg om hun belangrijkste bevindingen te bespreken. Sommige commissies maken gebruik van een notulist maar als deze niet voorhanden is, notuleren de commissieleden zelf. Het is belangrijk dat een duidelijke taakverdeling vooraf is afgesproken.

In de volgende twee paragrafen van dit hoofdstuk wordt ingegaan op de structuur van het visitatierapport en de meest gestelde vragen over het visitatierapport.

6.2 De structuur van het visitatierapport

De structuur van het visitatierapport sluit aan bij het kwaliteitsprofiel, bestaande uit de kwaliteitsdomeinen en bijbehorende instrumenten. De volgende onderdelen komen achter-eenvolgens in het visitatierapport aan de orde:

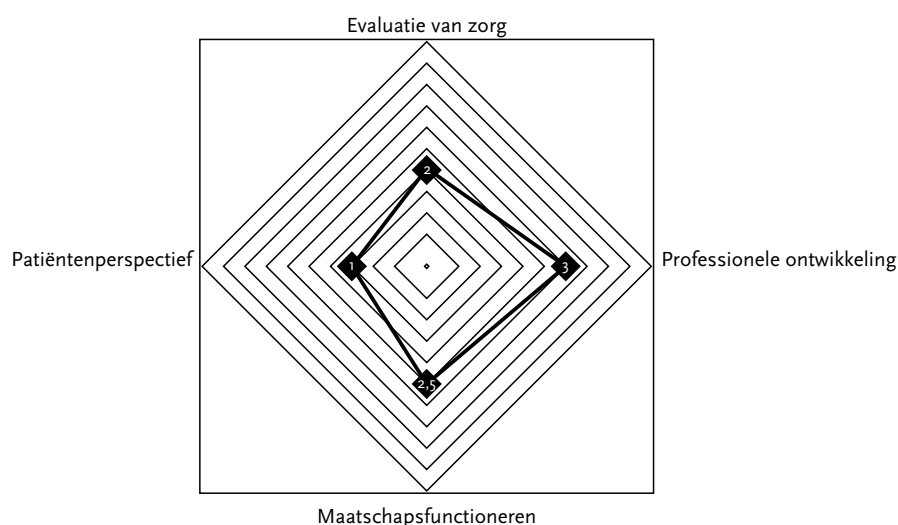
- titelblad,
- samenvattend professioneel kwaliteitsprofiel (het ‘spinnenweb’),
- onderbouwing van het kwaliteitsprofiel,
- beknopte verslagen van de interviews met derden,
- algemene informatie,
- conclusies per kwaliteitsdomein,
- aanbevelingen ter verbetering per kwaliteitsdomein.

Onderdeel 1

Op het titelblad kan onder meer de volgende informatie worden beschreven: de visitatiedatum, de aard van de visitatie, de gevisiteerde artsen van de maatschap, de bezochte instelling en eventueel de locaties en als slot de namen van de leden van de visitatiecommissie.

Onderdeel 2

Het samenvattend professioneel kwaliteitsprofiel wordt grafisch weergegeven (figuur 1). Het profiel geeft een waardering voor de manier waarop de maatschap doende is met de evaluatie van de vier professionele kwaliteitsdomeinen (de ‘zorg voor kwaliteit’). Deze score is alleen gebaseerd op de uitgevoerde zelfevaluaties, waarvoor nieuwe instrumenten zijn aangereikt. De waardering wordt uitgedrukt op een vijfpuntsschaal; de betekenis is beschreven per



Figuur 1. Professioneel kwaliteitsprofiel

instrument (zie voor verdere uitleg ‘de onderbouwing van het kwaliteitsprofiel’). In algemene zin betekent score 1 dat er geen aandacht is voor evaluatie van het kwaliteitsdomein, en score 5 dat evaluatie van het domein aantoonbaar systematisch en gestructureerd plaatsvindt.

Onderdeel 3

Bij de onderbouwing van het kwaliteitsprofiel worden de behaalde scores in het kwaliteitsprofiel beschreven. Hierbij wordt de onderverdeling kwaliteitsdomein, instrument en score in het kwaliteitsprofiel gebruikt (tabel 1).

Tabel 1. Onderbouwing kwaliteitsprofiel

Kwaliteitsdomein	Instrumenten	Score in kwaliteitsprofiel
Maatschapsfunctioneren	Quick Scan (QS) voor het maatschap-functioneren	1 = QS is niet ingevuld 2 = QS is door alle maatschapsleden ingevuld, en resultaten zijn NIET in de maatschap besproken (vandaar score 1,5) 3 = resultaten zijn besproken, prioriteiten zijn gesteld en vervolgv/verbeteracties zijn gepland 4 = de geplande acties zijn uitgevoerd en (worden) geëvalueerd 5 = QS wordt jaarlijks gedaan en de resultaten zijn gekoppeld aan het maatschapsbeleidsplan en -jaarverslag

De vetgedrukte teksten geven de scores weer die volgens de commissie van toepassing zijn op de gevisiteerde maatschap. Indien meerdere instrumenten per domein zijn gehanteerd zijn (bijvoorbeeld bij het kwaliteitsdomein evaluatie van zorg), is het gemiddelde van deze scores de eindscore, zoals samengevat in het kwaliteitsprofiel. Per wetenschappelijke vereniging is een selectie van instrumenten gemaakt. Instrumenten die op het moment niet worden gebruikt door de wetenschappelijke vereniging, worden vermeld als ‘niet van toepassing’ (nvt). In bijlage 14 (pagina 182) is het complete overzicht opgenomen.

Onderdeel 4

Het vierde onderdeel van het visitatierapport bestaat uit beknopte verslagen van de interviews met ‘derden’.

Onderdeel 5

Bij het vijfde onderdeel kan de visitatiecommissie de informatie beschrijven die betrekking heeft op meer algemene zaken zoals de ruimte, apparatuur of productie- en adherentiecijfers.

Onderdeel 6

Vervolgens worden de conclusies per kwaliteitsdomein beschreven. Deze zijn gebaseerd op alle geraadpleegde bronnen zoals ook genoemd in de inleiding van dit hoofdstuk.

Onderdeel 7

Als laatste onderdeel van het visitatierapport worden de aanbevelingen voor verbetering per kwaliteitsdomein geformuleerd. Deze zijn, evenals de conclusies, gebaseerd op alle geraadpleegde bronnen.

De visitatiecommissie begint met een algemene uitspraak over welk beeld zij heeft over de zorg voor kwaliteit van de gevisiteerde maatschap en over de kwaliteit van de geboden patiëntenzorg.

Vervolgens zal de visitatiecommissie specifieke aanbevelingen formuleren voor de verdere verbetering, bewaking en bevordering van de kwaliteit van de patiëntenzorg.

6.3 De meest gestelde vragen over het visitatierapport

1. *Wat is het doel van het visitatierapport?*

Het visitatierapport is een reële weergave van het werkelijke functioneren van de maatschap. Het geeft de maatschap suggesties en aanbevelingen voor verbetering van de zorg voor kwaliteit. Dit alles met de bedoeling om de zorg voor kwaliteit én de kwaliteit van de patiëntenzorg binnen de maatschap te bewaken en te bevorderen.

2. *Moeten de notulen van de gesprekken eerst nog naar de gesprekspartner?*

Vanuit zorgvuldigheidsoverwegingen is dit aan te raden, maar een verplichting is het natuurlijk niet.

3. *Hoe kunnen we als visitatiecommissie het beste het visitatierapport opstellen?*

Het is als visitatiecommissie belangrijk om voorafgaande aan de visitatie een duidelijke taakverdeling af te spreken. Wanneer de visitatiecommissie de beschikking heeft over een notulist worden alle gesprekken door desbetreffende persoon genotuleerd. Mocht de commissie zelf notuleren, dan is het raadzaam om duidelijk af te spreken wie welk gesprek zal notuleren. Deze notulen worden zo snel mogelijk na de visitatiedag uitgewerkt en één lid van de commissie, de secretaris, wordt aangesteld om uit alle gesprekken de conclusies en aanbevelingen te beschrijven, natuurlijk gebruikmakend van de al getrokken conclusies en gegeven aanbevelingen tijdens de visitatiedag.

De secretaris stuurt het concept van het visitatierapport naar de andere leden van de visitatiecommissie zodat zij commentaar en aanvullingen kunnen geven, die de secretaris vervolgens zal verwerken. Eventueel kan het, bijvoorbeeld bij een zeer moeizaam verlopen visitatie, verstandig zijn om bij elkaar te komen en gezamenlijk de laatste hand aan het visitatierapport te leggen.

4. *Hoe vullen we als visitatiecommissie het kwaliteitsprofiel in?*

Het kwaliteitsprofiel bestaat uit vier kwaliteitsdomeinen. De evaluatie van zorg, het patiëntenperspectief, het maatschapsfunctioneren, en de professionele ontwikkeling.

Met behulp van de ontwikkelde meetinstrumenten wordt inzicht in deze domeinen verkregen. Voor het scoren in het kwaliteitsprofiel wordt een vijfpuntsschaal gehanteerd:

1 = instrument is niet ingevuld,

2 = instrument is door alle maatschapsleden ingevuld, en resultaten zijn in de maatschap besproken,

3 = resultaten zijn besproken, prioriteiten zijn gesteld en vervolg-/verbeteracties zijn gepland,

4 = de geplande acties zijn uitgevoerd en (worden) geëvalueerd,

5 = de zelfevaluatie wordt jaarlijks gedaan en de resultaten zijn gekoppeld aan het maatschapsbeleidsplan en -jaarverslag.

In algemene zin betekent score 1 dat er geen aandacht is voor evaluatie van het kwaliteitsdomein en score 5 dat evaluatie van het domein aantoonbaar systematisch en gestructureerd plaatsvindt.

Indien meerdere instrumenten per domein zijn gehanteerd (bijvoorbeeld bij het kwaliteitsdomein evaluatie van zorg), is het gemiddelde van deze scores de eindscore zoals samengevat in het kwaliteitsprofiel.

5. *Is het visitatierapport alleen voor de gevisiteerde maatschap of kan bijvoorbeeld de directie inzage eisen?*

Het visitatierapport is een verslag van de visitatie door terzake deskundige medisch specialisten en heeft een collegiaal en vertrouwelijk karakter. Het collegiaal vertrouwelijke karakter houdt in dat het rapport slechts wordt toegestuurd aan de gevisiteerde specialisten en dat het besluit om het rapport al dan niet aan 'derden' te laten lezen alleen door de gevisiteerde collega's wordt genomen.¹

Dit beleid, dat door de meeste verenigingen zal worden gevolgd, laat onverlet dat er op lokaal niveau afspraken kunnen bestaan met betrekking tot het overleggen of ter inzage geven van het visitatierapport aan bijvoorbeeld de Raad van Bestuur of het Stafbestuur. In het boek 'Bezoek of bezoeking? Juridische aspecten van visitatie' wordt deze materie verder besproken.

Referenties

1. Lombarts MJMH. Openbaarmaking van visitatierapporten. Raad van State doorbreekt collegiale karakter visitaties. Medisch Contact 1997;22:997-9.

Bijlage 14.

Overzicht kwaliteitsdomeinen, instrumenten en score in het kwaliteitsprofiel

Kwaliteitsdomein	Instrumenten	Score in kwaliteitsprofiel
Evaluatie van zorg	Bespreking complicatieregistratie	1 = Er is geen systematische complicatieregistratie. 2 = Complicaties worden systematisch geregistreerd, maar niet systematisch besproken. 3 = Alle complicaties worden met de gehele maatschap (en eventueel met anderen) besproken, en besluiten/adviezen worden genotuleerd. 4 = Bespreking van de complicaties heeft geleid tot aantoonbare beleidsaanpassingen en/of verbeteracties. 5 = Beleidsaanpassingen en/of verbeteracties worden periodiek geëvalueerd en zo mogelijk verankerd in afgesproken medisch beleid (bijvoorbeeld in protocollen).
	Evidence-based medical audit	1 = Er zijn (actuele) richtlijnen/protocollen beschikbaar, maar het werken volgens richtlijnen wordt niet systematisch geëvalueerd. 2 = Het verplichte aantal dossiers is aan de hand van de geformuleerde review-criteria voor de gekozen EB-richtlijn geëvalueerd. 3 = Het verplichte aantal dossiers is aan de hand van de (door de vereniging geformuleerde) review-criteria voor meerdere EB-richtlijnen geëvalueerd; de resultaten worden besproken in de maatschap en er worden plannen gemaakt voor vervolg-/verbeteracties. 4 = De vervolg-/verbeteracties worden uitgevoerd en de resultaten ervan inzichtelijk gemaakt. 5 = Medical audit op basis van EB-richtlijnen is een vast, periodiek uitgevoerd onderdeel van de evaluatie van het medisch handelen.
	KISZ-lijst	1 = Management van zorgprocessen wordt niet (gezamenlijk) geëvalueerd; KISZ-lijst is niet ingevuld. 2 = KISZ-lijst is ingevuld, en resultaten zijn in de maatschap besproken. 3 = Resultaten zijn besproken, prioriteiten zijn gesteld en vervolg-/verbeteracties zijn gepland. 4 = De geplande acties zijn uitgevoerd en (worden) geëvalueerd. 5 = KISZ-lijst wordt periodiek ingevuld en de resultaten worden verwerkt in het maatschapsjaarplan en -jaarsverslag.
	Dossieronderzoek	1 = Iedere specialist houdt naar eigen goeddunken het medische dossier bij; het dossieronderzoek is niet uitgevoerd. 2 = Dossieronderzoek is uitgevoerd, en resultaten zijn in de maatschap besproken. 3 = Resultaten zijn besproken, prioriteiten zijn gesteld en vervolg-/verbeteracties zijn gepland. 4 = De geplande acties zijn uitgevoerd en (worden) geëvalueerd. 5 = Dossieronderzoek wordt periodiek uitgevoerd en de resultaten worden verwerkt in het maatschapsjaarplan en -jaarsverslag.
	Huisartsenenquête	1 = Huisartsenenquête is niet door de maatschap uitgezet. 2 = Huisartsenenquête is door de maatschap uitgezet en resultaten zijn in de maatschap besproken. 3 = Resultaten zijn besproken, prioriteiten zijn gesteld en vervolg-/verbeteracties zijn gepland. 4 = De geplande acties zijn uitgevoerd en (worden) geëvalueerd. 5 = Huisartsenenquête wordt periodiek uitgevoerd en de resultaten worden gekoppeld aan het beleid.

Patiëntenperspectief	Patiënten-enquête	1 = De patiëntenenquête is niet door de maatschap uitgevoerd. 2 = Patiëntenenquête is voor alle specialisten uitgevoerd, en resultaten zijn in de maatschap besproken. 3 = Resultaten zijn besproken, prioriteiten zijn gesteld en vervolg-/verbeteracties zijn gepland. 4 = De geplande acties zijn uitgevoerd en (worden) geëvalueerd. 5 = Patiëntenenquête wordt jaarlijks gedaan en de resultaten zijn gekoppeld aan het maatschapsbeleidsplan en -jaarsverslag.
	Bespreking van (het management van) patiëntenklachten	nvt
Maatschapsfunctioneren	Quick Scan (QS) voor het maatschapsfunctioneren	1 = Het maatschapsfunctioneren wordt niet systematisch doorgelicht; QS is niet ingevuld. 2 = QS is door alle maatschapsleden ingevuld, en resultaten zijn in de maatschap besproken. 3 = Resultaten zijn besproken, prioriteiten zijn gesteld en vervolg-/verbeteracties zijn gepland. 4 = De geplande acties zijn uitgevoerd en (worden) geëvalueerd. 5 = QS wordt jaarlijks gedaan en de resultaten zijn gekoppeld aan het maatschapsbeleidsplan en -jaarsverslag.
Professionele ontwikkeling	Visitatievragenlijst en interview met de maatschap	1 = Niet elke specialist voldoet aantoonbaar aan het minimaal te behalen aantal accreditatiepunten voor bij- en nascholing. 2 = Elk maatschapslid voldoet aan het vereiste aantal accreditatiepunten voor bij- en nascholing; de invulling van de gevolgde scholing is een zaak van de individuele specialist. 3 = De maatschap heeft expliciete afspraken over de ontwikkeling van specialistische vakinhoudelijke kennis ten behoeve van de praktijk; deze zijn vastgelegd. 4 = De maatschapsafspraken ten aanzien van de ontwikkeling van kennis en vaardigheden worden aantoonbaar opgevolgd en geëvalueerd. 5 = De evaluatie en (zo nodig) verbetering van de vakinhoudelijke kennis en vaardigheden, zijn vast onderdeel van het beleid van de maatschap en zijn verwerkt in het maatschapsbeleidsplan en -jaarsverslag.
	Multisource feedback (MSF)	nvt
	Appraisal en assessment (A&A)	nvt
	Visitatievragenlijst en interview met maatschap	1 = Er wordt niet geparticipeerd in wetenschappelijke activiteiten. 2 = Participatie in wetenschappelijke activiteiten is een zaak van de individuele specialist. 3 = De maatschap heeft expliciete afspraken over participatie in wetenschappelijke en/of innovatieve activiteiten. 4 = Bespreking van voortgang en resultaten van wetenschappelijke en/of innovatieve activiteiten wordt regelmatig geagendeerd. 5 = Ontwikkeling, uitvoering en evaluatie van wetenschap en innovatie is vast onderdeel van het beleid van de maatschap en is verwerkt in het maatschapsbeleidsplan en -jaarsverslag.
	Visitatievragenlijst en interview met maatschap en anderen (assistenten, verpleging, huisartsen)	1 = Er wordt niets gedaan aan opleiding en/of onderwijs. 2 = Opleidings- en onderwijsactiviteiten zijn een zaak van de individuele specialist. 3 = De maatschap heeft expliciete afspraken over de taakverdeling en het beleid ten aanzien van opleiding en/of onderwijs. 4 = Bespreking van ontwikkeling, voortgang en resultaten van opleiding en/of onderwijs wordt regelmatig geagendeerd op de maatschapsvergadering. 5 = Ontwikkeling, uitvoering en evaluatie van opleiding en/of onderwijs is vast onderdeel van het beleid van de maatschap en is verwerkt in het maatschapsbeleidsplan en -jaarsverslag.

Nederlandse Vereniging voor Pathologie (NVVP)

‘Ik voel niet veel voor die adviserende rol als visiteur’

Hans Peterse (1950), voorzitter van de visitatiecommissie van de NVVP, heeft gemengde gevoelens over het nieuwe visitatiemodel. Peterse: ‘Bij de introductie van visitaties richtten wij ons voornamelijk op inventariseren. Dat was heel voorzichtig, er werden niet te veel conclusies aan verbonden. Vervolgens kregen we het CCKL-model en nu komt de CBO-ontwikkeling erbij. Het nieuwe model kenmerkt zich door meer zelfevaluatie, gevolgd door een visitatie waarbij de resultaten van de zelfonderzoeken worden besproken en van adviezen worden voorzien. Wij als visiteurs hebben dus een meer adviserende rol gekregen. Daar voel ik niet veel voor en ik denk dat dit voor veel van mijn beroepsgenoten geldt. Die adviseurrol doet geen recht aan het hele visitatieproces. Het is te subjectief. Zelf denk ik dat de optimale visitatie moet toetsen of het beroep van klinisch patholoog degelijk wordt uitgeoefend. Dat kan bij ons via het eindproduct: het pathologieverslag, de kwaliteit ervan en de rol van de patholoog in de kliniek. Dáárop moet de toets gericht zijn, niet op een advies hoe het een en ander beter zou kunnen. We kunnen overigens ook heel moeilijk adviseren omdat er in onze vereniging nog geen consensus is over de normen en waarden van hoe het product eruit zou moeten zien. Natuurlijk wordt er bij ons protocollair gewerkt, maar er bestaat gelukkig ook zoiets als vrijheid van handelen. En zonder een norm is het moeilijk te adviseren om op een andere werkwijze over te gaan.

Deze bedenkingen staan niet in de weg dat onze vereniging momenteel bezig is met de shift van een meer inventariserende visitatie naar een meer inhoudelijke visitatie. Dat we ons als pathologenvisiteurs meer gaan richten op de beroepsinhoudelijke kanten van het vak, en niet alleen op het laboratoriummanagement, is goed. Hoe we dat precies invulling gaan geven is nog niet duidelijk: we hebben ons visitatiemodel nog niet helemaal uitontwikkeld en nog geen ervaring met proefvisitaties. Maar dat we een aantal onderdelen van het nieuwe model zullen overnemen, is duidelijk.’

Hoofdstuk 7

Afstemming van de opleidingsvisitatie MSRC met de kwaliteitsvisitatie van de wetenschappelijke verenigingen

Dr. E.J. Buurke, secretaris MSRC

Dr. C.A.F. Jansveld, secretaris MSRC

7.1 Inleiding

Kwaliteitsvisitaties werden in de beginjaren alleen verricht in niet-opleidingsklinieken. In de jaren negentig van de vorige eeuw zijn wetenschappelijke verenigingen ook de visitaties die waren gericht op de kwaliteit van zorg, gaan verrichten bij opleidingsklinieken vanuit de gedachte dat een goede opleiding nog geen garantie is voor goede patiëntenzorg.

Enkele wetenschappelijke verenigingen, zoals de Nederlandse Vereniging van Artsen voor Longziekte en Tuberculose (NVALT), hebben de kwaliteitsvisitatie verplicht gesteld voor alle klinieken, dus ook voor academische opleidingsklinieken. Vanuit de visie dat goede patiëntenzorg een voorwaarde is voor een goede opleiding heeft het Centraal College Medische Specialisten (CCMS) in het kaderbesluit een aantal artikelen opgenomen die zowel voor de herregistratie als voor de erkenning van opleiders, plaatsvervangend opleiders en opleidingsinrichtingen deelname aan het kwaliteitsprogramma van de wetenschappelijke verenigingen verplicht stelt. Daarbij speelt de opvatting dat het beoordelen van de kwaliteit van zorg niet het domein is van de Medisch Specialisten Registratie Commissie (MSRC). Het opstellen van normen en richtlijnen en het toezicht op het handelen volgens de professionele standaard is bij uitstek een taak van de wetenschappelijke verenigingen.

Ten aanzien van de erkenning voor opleiding zijn in het Kaderbesluit de volgende artikelen opgesteld:

Art.C.2.b.ii. over eisen te stellen aan de opleidingsgroep:

- zij voldoen bij de uitoefening van het specialisme aan de kwaliteitseisen van de betreffende wetenschappelijke medisch specialisten vereniging,

Art.C.7.e. over eisen aan de opleidingsinrichting:

- zij draagt zorg voor deelname van de leden van de opleidingsgroep aan de kwaliteitsvisitatie van de betreffende wetenschappelijke medisch specialistenvereniging volgens de systematiek van die wetenschappelijke vereniging.

Omdat de beoordeling van de kwaliteit van zorg tot de taak behoort van de wetenschappelijke vereniging heeft de MSRC bij de opleidingsvisitaties vooralsnog geen beleidsregel dat de rapporten van de kwaliteitsvisitatie worden ingezien of opgevraagd door de visitatiecommissie van de MSRC. De rapporten zijn namelijk gericht op verbetering van de kwaliteit van de zorg zonder expliciet een beoordeling te geven of de kwaliteit van zorg voldoende of onvoldoende is. De adviezen zijn tot nu toe gebaseerd op consensus van *peers* en niet op standaarden of normen, vandaar dat vooralsnog geen betrouwbare beoordeling van de kwaliteit van zorg kan worden gegeven.

7.2 Uitvoering

Bij de herziening van de procedure *erkenning* voor de opleiding enerzijds en van de actualisatie van het visitatiekader *kwaliteitsvisitatie* anderzijds is van meet af aan aandacht geschonken aan de afstemming van de beide visitaties. Opleidingsklinieken hebben immers te maken met zowel opleidings- als kwaliteitsvisitaties. Voor beide visitaties wordt een uitgebreide voorbereiding gevraagd, waarbij dikwijls dezelfde gegevens, in verschillende vorm, moeten worden aangeleverd. In beide gevallen worden ten minste twee dagdelen uitgetrokken voor de visitatie. De afstemming richt zich daarom op twee aspecten:

1. afstemming van gegevens te verstrekken aan de visitatiecommissie,
2. afstemming van het dagprogramma respectievelijk gezamenlijke visitatie.

Ad 1. Gegevens verstrekt aan de visitatiecommissie

In de erkenningprocedure van de MSRC nieuwe stijl worden bij de erkenningsaanvraag alleen gegevens gevraagd indien deze leiden tot een beoordeling op grond van regelgeving. Omdat de registratiecommissies een publiekrechtelijke taak hebben en bij hun handelen zijn onderworpen aan de Algemene Wet Bestuursrecht (AWB) kunnen de bij de opleidingsvisitatie gevraagde gegevens door de opleider en opleidingsinrichting ook ter beschikking worden gesteld aan de visitatiecommissie van de wetenschappelijke vereniging. Vanuit praktisch oogpunt zal het de opleider zijn die deze gegevens ter beschikking stelt aan de visitatiecommissie van de wetenschappelijke vereniging. Gezien de aard van de visitatie, het beoordelen van de opleider, plaatsvervangend opleider en opleidingsinrichting is het ter beschikking stellen van het volledige rapport van de opleidingsvisitatie aan de kwaliteitscommissie niet zinvol.

Ad 2. Afstemming van het dagprogramma of gezamenlijke visitatie

Het verschil in wettelijk kader van de beide visitaties houdt in dat het afzonderlijke visitaties zijn met twee afzonderlijke commissies en visitatierapporten.

De *kwaliteitsvisitatie* is gericht op een maatschap of een samenwerkingsverband, staat onder verantwoordelijkheid van de wetenschappelijke vereniging en berust op een privaatrechtelijke afspraak zonder wettelijke verplichting. Het doel is verbetering van kwaliteit van zorg.

De *opleidingsvisitatie* maakt deel uit van de procedure tot erkenning van een medisch specialist als opleider respectievelijk plaatsvervangend opleider, die gekoppeld is aan de erkenning van de zorginstelling tot opleidingsinrichting. De bevoegdheid tot het verlenen van deze erkenningen berust bij de MSRC die hierin een publiekrechtelijke taak heeft, voortkomend uit een wettelijke verplichting. De opleidingsvisitatie is een onderdeel van de procedure om vast te stellen of de (beoogd) opleider, plaatsvervangend opleider en zorginrichting voldoen aan de gestelde eisen en verplichtingen en of de erkenning daarom voor het eerst of opnieuw kan worden verleend of voortgezet.

Hoewel de visitaties door afzonderlijke commissies worden verricht, staat het de te visiteren opleidingsinrichting vrij om de beide visitaties om praktische redenen op dezelfde dag te laten plaatsvinden. Verschillende wetenschappelijke verenigingen (NIV, NVALT) hanteren een voorbeeld van een dagprogramma waarbij de beide visitatiecommissie soms gezamenlijk, dan weer apart optreden. Een en ander zal per wetenschappelijke vereniging verschillen aangezien gesprekspartners verschillend zijn. In de Beleidsregels Erkenningen van de MSRC (www.knmg.nl) is aangegeven met welke gesprekspartners minimaal een gesprek wordt gevoerd.* In het bijgaande voorbeeld van een dagprogramma opleidingsvisitatie zijn deze gesprekspartners opgenomen. De MSRC kan per wetenschappelijke vereniging aanvullende beleidsregels opstellen die aangeven met welke andere hulpverleners ook gesprekken moeten worden gevoerd. Het dagprogramma moet daaraan natuurlijk worden aangepast.

In de *tabel 1 en 2* worden voorbeelden gegeven van een dagprogramma van een opleidingsvisitatie en een gecombineerde visitatie.

*Artikel 2. lid 3.e. Tijdens de visitatie voert de visitatiecommissie gesprekken met de opleider, de plaatsvervangend opleider, de leden van de opleidingsgroep, de Raad van Bestuur c.q. de directie van de opleidingsinrichting, de voorzitter van de medische staf of van het stafconvent en de voorzitter, of bij diens afwezigheid een medisch specialist die lid is van de centrale opleidingscommissie.

Tabel 1. Voorbeeld dagprogramma visitatie opleidingsklinieken MSRC

Onderdeel programma	Van	Tot
Vooroverleg visitatiecommissie*	09:30 uur	09:45 uur
Gesprek met de opleider/opleidingsgroep over de opleiding en de erkenningaanvraag**	09:45 uur	10:30 uur
Gesprekken met aio's*** afzonderlijk (naar keuze van visitatiecommissie)	10:30 uur	12:00 uur
Gesprek met aio's*** gezamenlijk	12:00 uur	12:30 uur
Lunch	12:30 uur	13:30 uur
Bespreking met Raad van Bestuur/directie****	13:30 uur	13:50 uur
Bespreking met centrale opleidingscommissie/leden medische staf	13:50 uur	14:15 uur
Inspectieronde inclusief verslaglegging en verslaggeving	14:15 uur	15:15 uur
Nabespreking visitatiecommissie	15:15 uur	15:30 uur
Slotbespreking met opleidingsgroep	15:30 uur	16:00 uur
Einde	16:00 uur	

* De visitatiecommissie bereidt zich bij voorkeur voor op de visitatie door het bespreken van de erkenningaanvraag in een telefonisch vooroverleg. De sterke en zwakke punten van de opleiding kunnen hierin aan de orde komen. Ook kan de erkenningaanvraag geagendeerd worden voor een vergadering van de plenaire visitatiecommissie die aan de visitatie voorafgaat. In het vooroverleg ter plaatse vat de voorzitter de aandachtspunten samen en worden de taken van de leden van de visitatiecommissie verdeeld.

** In dit gesprek geeft de visitatiecommissie de opleider/plaatsvervangend opleider/opleidingsgroep de gelegenheid de opleiding nader toe te lichten. De in de voorbespreking naar voren gekomen aandachtspunten worden aan de orde gesteld en er wordt nagegaan hoe de eventuele adviezen van de vorige visitatie zijn uitgewerkt.

*** Het gesprek vindt plaats met alle assistenten in opleiding (aios), tenzij er dringende redenen zijn voor afwezigheid. Dit naar het oordeel van de visitatiecommissie. Als de gesprekken met de aios afzonderlijk worden gehouden wordt aanbevolen ter afsluiting een gezamenlijk gesprek te houden om een gezamenlijk oordeel van de aios te kunnen formuleren.

**** Het gesprek met de Raad van Bestuur vindt plaats met ten minste één lid van de Raad, dan wel van het bestuursorgaan dat de inrichting in rechte vertegenwoordigt (bijvoorbeeld directie). Onder lid van de Raad van Bestuur wordt ook verstaan een persoon die door de Raad van bestuur respectievelijk directie gemandateerd is.

Het programma in tabel 1 geeft een voorbeeld van een dagprogramma. Het staat de visitatiecommissie vrij de volgorde of de duur van de programmaonderdelen te wijzigen. Ook kunnen op verzoek van de visitatiecommissie nog meer gesprekspartners (bijvoorbeeld andere hulpverleners) voor een gesprek worden uitgenodigd.

De aanvragend specialist draagt er zorg voor dat de genoemde gesprekspartners op de hoogte zijn van het dagprogramma en dat eventuele wijzigingen worden doorgegeven aan de visitatiecommissie.

Bij een bestaande erkenning wordt de opleider geadviseerd het blanco visitatiewerkdocument en de erkenningaanvraag van opleider (deel I) en opleidingsinrichting (deel II) ter inzage aan aio's aan te bieden om hen in de gelegenheid te stellen zich op de vragen voor te bereiden. Ook kan de visitatiecommissie de aio's afzonderlijk of gezamenlijk verzoeken de antwoorden op de vragen in het visitatiewerkdocument per e-mail op te sturen.

Tabel 2. Voorbeeld van een gezamenlijk dagprogramma opleidings- en kwaliteitsvisitation

Onderdeel programma	Visitation-commissie	Tijd	Duur
Vooroverleg visitatoren, vaststellen dagprogramma	O+K	9:30-9:45 uur	15 min
Voorbespreking met opleider en opleidingsgroep	O	9:45-10:30	45 min
Gesprek met verpleegkundigen, paramedici, vertegenwoordiging aio's etc	K	9:45-10:30	45 min
Gesprek met aio's	O	10:30-12:15	1uur 45 min
Gesprek met maatschap/samenwerkingsverband	K	10:30-12:15	1uur 45 min
Gesprek met leden medische staf/stafbestuur	O+K	12:15-12:30	15 min
Lunch	O+K	12:30-13:30	1 uur
Gesprek met Raad van Bestuur/directie	O+K	13:30-13:50	20 min
Gesprek met centrale opleidingscommissie	O	13:50-14:15	25 min
Gesprek met verwijzers	K	13:50-14:15	25 min
Inspectieronde, onderzoek verslaglegging en verslaggeving	O/K	14:15-15:15	60 min
Nabespreking visitatiecommissies	O/K	15:15-15:30	15 min
Nabespreking met opleidingsgroep apart of gezamenlijk, voorlopige feed back	O/K	15:30-16:00	30 min

O= visitatiecommissie opleiding MSRC
K= commissie kwaliteitsvisitation

O+K beide commissies gezamenlijk
O/K beide commissies apart

Hoofdstuk 8

De introductie en implementatie van de nieuwe kwaliteitsvisitatie binnen de Nederlandse Vereniging voor Heelkunde

Dr. C.D. van Duyn, chirurg en voormalig secretaris kwaliteit NVvH

Het doel van het ontwikkelen van een nieuw visitatiemodel was dat na de verbetering van bestaande procedures en instrumenten, er zowel in de opleidings- als niet-opleidingsziekenhuizen volgens het nieuwe model wordt gevisiteerd.

Het ontwikkelen van een nieuw visitatiemodel is één, het bereiken van de situatie waarin alle klinieken volgens dat model worden gevisiteerd, is een tweede. De Nederlandse Vereniging voor Heelkunde (NVvH) was één van de drie wetenschappelijke verenigingen die in de eerste ronde als proeftuin participeerden in het project Actualisatie Visitatie. De daarbij binnen de NVvH gevolgde procedures en de opgedane ervaringen kunnen goed als voorbeeld en mogelijk als leidraad dienen voor die verenigingen die nog moeten beginnen met het proces of midden in dat proces verkeren.

8.1 De uitgangssituatie bij de Nederlandse Vereniging voor Heelkunde

Bij de Nederlandse Vereniging voor Heelkunde (NVvH) was er, zoals bij vele andere wetenschappelijke verenigingen, sprake van gescheiden en sterk verschillende visitaties bij de opleidings- en niet-opleidingsziekenhuizen. De verantwoording voor de uitvoering van de visitaties van de opleidingsziekenhuizen ligt bij de plenaire visitatiecommissie van het Concilium Chirurgicum.

De visitatie van de niet-opleidingsziekenhuizen begon bij de NVvH in 1989 onder verantwoording van het Concilium Chirurgicum. Sedert 1992 is dit de taak van de toen opgerichte Commissie Visitatie Niet-opleidingsziekenhuizen (CVNOZ). De 32 leden van deze commissie zijn voor het grootste deel afkomstig uit de niet-opleidingsziekenhuizen. Daarnaast zijn er leden die zijn benoemd vanuit de verschillende subverenigingen en het Concilium Chirurgicum. Het visitatierapport dat door de CVNOZ wordt gebruikt, is destijds totstandgekomen op basis van de Kwaliteitsnormen Heelkunde en Kwaliteitsnormen Aandachtsgebieden.^{1,2} Tot de aandachtsgebieden behoren de gastro-intestinale chirurgie, de traumatologie, de vaatchirurgie, de longchirurgie, de oncologische chirurgie en de kinderchirurgie. Voor ieder aandachtsgebied bestaat er binnen de NVvH een subvereniging. Voordat vanuit de Orde van Medisch Specialisten (OMS) het project Actualisatie Visitatie werd gestart, waren er

binnen de NVvH al enige pogingen geweest de visitatie van de opleidingsklinieken en niet-opleidingsklinieken meer met elkaar in overeenstemming te brengen. Er was een concept voor een gemeenschappelijk visitatierapport, wat echter nog nooit was gebruikt.

8.2 De verschillende fasen van het project

Binnen het project Actualisatie Visitatie kunnen vier fasen worden onderscheiden: de ontwikkeling van nieuwe instrumenten ten behoeve van de visitatie, het creëren van draagvlak voor deze ontwikkelingen binnen de vereniging door het verstrekken van informatie, het verrichten van enige proefvisitaties en de verankering van het nieuwe visitatiemodel als onderdeel van het kwaliteitsbeleid van de wetenschappelijke vereniging.

Na de uitnodiging van de OMS aan de NVvH om deel te nemen aan het project Actualisatie Visitatie, werd binnen de NVvH een werkgroep gevormd bestaande uit de secretaris kwaliteit van het bestuur van de NVvH, twee leden uit het Concilium Chirurgicum en twee leden uit de CVNOZ. De werkzaamheden en besprekingen van deze werkgroep werden begeleid door een medewerkster van het CBO die medeverantwoordelijk was voor het project.

De leden van deze werkgroep namen deel aan de bijeenkomsten en workshops die in het kader van het project plaatsvonden. Daarnaast vonden onderlinge besprekingen plaats ter voorbereiding op deze bijeenkomsten en om de zaken verder af te handelen. De leden van deze werkgroep informeerden de commissies en besturen namens wie zij in de werkgroep participeerden.

8.2.1 De informatievoorziening

Voorwaarde voor het met succes introduceren van een nieuw visitatiemodel binnen de vereniging is het creëren van voldoende draagvlak daarvoor onder de leden. En een voorwaarde voor het verkrijgen van draagvlak is het verstrekken van goede informatie aan die leden. De leden van de werkgroep vormden de eerste schakels in de keten volgens welke de informatieverstrekking verliep. Door hen werden het bestuur van de vereniging, het Concilium Chirurgicum en de CVNOZ geïnformeerd over de voortgang van het project en de daarbij spelende zaken. De daarop gekomen commentaren werden weer binnen de werkgroep besproken. Gezien het feit dat het nieuwe visitatiemodel de grootste verandering voor de opleidingsklinieken betekende, werden de opleiders geïnformeerd door een voordracht op één van de opleidersvergaderingen.

Ledenvergaderingen zijn de gelegenheden bij uitstek om leden te informeren over ontwikkelingen binnen de vereniging. Bij de NVvH zijn er jaarlijks twee van deze bijeenkomsten. De secretaris kwaliteit van het bestuur krijgt dan de gelegenheid informatie te verstrekken over het kwaliteitsbeleid van de vereniging. Sinds enige jaren is het vanwege de volle agenda gebruikelijk de leden ruim voor de vergadering een notitie te zenden die op de ledenvergadering nader wordt toegelicht. Op deze wijze werden de leden ook geïnformeerd over de voortgang van het project Actualisatie Visitatie.

Jaarlijks wordt in het voorjaar een twee dagen durende wetenschappelijke bijeenkomst van de NVvH gehouden: de 'chirurgendagen'. Tijdens deze dagen wordt in het merendeel van de ziekenhuizen door de chirurgen volgens een zondagsdienstschema gewerkt, zodat zoveel mogelijk chirurgen en arts-assistenten in opleiding deze bijeenkomst kunnen bijwonen. Op de chirurgendagen in 2004 werd een minisymposium gehouden met als onderwerpen het project Actualisatie Visitatie en de nieuwe opleidingsvisiteatie.

Het Nederlands Tijdschrift voor Heelkunde is het contactorgaan van de NVvH en dus het medium bij uitstek om de leden te informeren. De voorzitter van de CVNOZ en lid van de werkgroep heeft daarvan dankbaar gebruikgemaakt en in december 2004 in het tijdschrift een artikel gepubliceerd over het nieuwe visitatiemodel.³ Daarvoor was in augustus 2004 in Medisch Contact een publicatie verschenen van Lombarts et al. over het nieuwe visitatiemodel.⁴ Ook door dit artikel werden de leden van de NVvH onder de lezers geïnformeerd.

8.2.2 De proefvisitaties

Proefvisitaties, bedoeld om het nieuw ontwikkelde model in de praktijk te testen, vormden een belangrijk element binnen het project Actualisatie Visitatie.

In het najaar van 2003 werden alle maatschappen chirurgie per brief uitgenodigd aan een proefvisiteatie deel te nemen. Circa vijftien maatschappen reageerden daarop positief. In de oorspronkelijke opzet zou binnen het project één proefvisiteatie kunnen plaatsvinden bij respectievelijk een opleidings- en een niet-opleidingsziekenhuis. Gelukkig bleek het uiteindelijk mogelijk in totaal vier proefvisitaties te verrichten.

De proefvisiteatie werd zorgvuldig voorbereid. De te visiteren maatschap kreeg uitgebreide documentatie toegezonden. Ruim vóór de visitatie werd de maatschap bezocht door één van de chirurgen van de werkgroep en de begeleidster van het CBO. Vooral dit persoonlijke contact bleek zeer waardevol voor het slagen van de proefvisiteatie.

De visitatiecommissie bestond uit drie visitatoren en een begeleider vanuit het CBO. Gezien de nieuwe elementen die aan het oude visitatiemodel van de CVNOZ waren toegevoegd, was het gebruikelijke programma van de visitatie aangepast. In het programma van de visitatiedag werd ruim tijd gereserveerd voor evaluatie van het verloop van de visitatie.

De ervaringen met de proefvisitaties waren positief. De niet-opleidingsziekenhuizen, die ruime ervaring hebben met de kwaliteitsvisiteatie, waren enthousiast over de nieuw ontwikkelde instrumenten. De opleidingsziekenhuizen ervoeren de voor hen nieuwe elementen, zoals de gesprekken met huisartsen en vertegenwoordigers van de verpleging en de nadruk die gelegd wordt op het maatschapsfunctioneren, als positief. Wel werden er doublures met de 'oude' opleidingsvisiteatie geconstateerd. Maar dankzij de afstemming van de nieuwe opleidingsvisiteatie met de nieuwe kwaliteitsvisiteatie binnen het project Actualisatie Visitatie zal zich dat in de toekomst niet meer voordoen. De proefvisitaties werden mondeling en schriftelijk zowel bij de gevisiteerde maatschappen als de visitatiecommissies geëvalueerd. Naar aanleiding daarvan werd het nieuwe visitatiemodel aangepast.

8.2.3 De verankering

De laatste fase van het project Actualisatie Visitatie betreft de verankering van het nieuwe model als onderdeel van het kwaliteitsbeleid van de vereniging. Als gevolg van het kaderbesluit van de MSRC dat deelname aan de kwaliteitsvisitatie een voorwaarde is voor herregistratie en dat de opleidingsinrichting deelname aan de kwaliteitsvisitatie dient te bevorderen, wordt de implementatie eenvoudiger gemaakt. Het NIAZ (Nederlands instituut voor accreditatie van ziekenhuizen) heeft als voorwaarde voor accreditatie van het ziekenhuis gesteld dat er kwaliteitsvisitaties door de wetenschappelijke verenigingen plaatsvinden.

In de praktijk betekent dit dat deelname aan de kwaliteitsvisitatie van de wetenschappelijke verenigingen verplicht is. Deze conclusie werd door het bestuur van de NVvH onderschreven en op de ledenvergadering in het najaar van 2004 werd dit aan de leden kenbaar gemaakt. Het bleek geen aanleiding voor discussie te zijn.

Er blijft sprake van twee verschillende visitaties, de opleidingsvisitatie en de kwaliteitsvisitatie. De opleidingsvisitatie wordt verricht onder verantwoordelijkheid van het Concilium Chirurgicum, de kwaliteitsvisitatie bij de niet-opleidingsziekenhuizen onder verantwoordelijkheid van de CVNOZ. Op welke wijze en in welke vorm de visitaties bij de opleidingsziekenhuizen moeten plaatsvinden, is nog onderwerp van discussie. Voor beide visitaties wordt bijvoorbeeld van dezelfde administratieve gegevens van het ziekenhuis gebruikgemaakt. Zo zal ook moeten worden vastgesteld onder wiens verantwoordelijkheid de kwaliteitsvisitatie bij de opleidingsziekenhuizen zal plaatsvinden. Om deze, de praktische uitvoering betreffende, zaken te regelen, is binnen de NVvH een commissie ingesteld waarin leden van het Concilium Chirurgicum en van de CVNOZ zitting hebben. De opdracht aan deze commissie is om voor het bestuur van de vereniging een advies op te stellen betreffende de praktische uitvoering van deze zaken. De eventuele noodzakelijke wijzigingen in huishoudelijk reglement van de vereniging, het reglement van de CVNOZ en het visitatiereglement zullen daarna moeten plaatsvinden.

Een bijzondere plaats nemen de academisch medische centra in. Vaak kennen zij al een interne kwaliteitsvisitatie en er is geen sprake van maatschappen zoals in de niet-academische ziekenhuizen. De OMS heeft een commissie ingesteld die hierover een advies zal opstellen. De NVvH zal deze ontwikkelingen afwachten alvorens daarover als vereniging een beslissing te nemen.

Als ook de hiervoor genoemde zaken geregeld zijn, kan binnen de NVvH het project Actualisatie Visitatie voorlopig als afgesloten worden beschouwd. Voorlopig, want kwaliteitsbeleid is een zaak die voortdurend aan verandering onderhevig is. Ook de kwaliteitsvisitatie, zijnde een belangrijk onderdeel van het kwaliteitsbeleid, zal daaraan niet ontkomen. Maar dat betreft de toekomst.

Referenties

1. Nederlandse Vereniging voor Heelkunde 1996. Kwaliteitsnormen Heelkunde.
2. Nederlandse Vereniging voor Heelkunde 1999-2000. Kwaliteitsnormen Aandachtsgebieden.
3. Gerritsen GP, Lombarts MJMH. Actualisatie van de visitatie met de nadruk op zorg voor kwaliteit. Ned Tijdschrift voor Heelkunde 2004;13:178-9.
4. Lombarts MJM, Bik MCM, Klundert JLM van de. Meten bij de maten, kwaliteitsvisitatie gemoderniseerd. Medisch Contact 2004;95:1350-4.

Epiloog

In 2001 werd groen licht gegeven voor de modernisering van het visitatiemodel. In 2002 is het project daadwerkelijk gestart. In drie jaar tijd hebben de wetenschappelijke verenigingen van gynaecologen, chirurgen, kinderartsen, internisten, dermatologen, orthopeden, longartsen en pathologen een nieuw visitatiemodel neergezet. Wij, de leden van de projectgroep, hebben in dit traject de verenigingen mogen (bege)leiden. Er is in drie jaar veel gebeurd.

- Zes werkconferenties: van Almen via Ermelo naar Zeist en Bunnik.
- Negen trainingen en instructiedagen.
- Zo'n vijftien bijeenkomsten van de begeleidingscommissie.
- Achttien proefvisitaties bij ongeveer zestig specialisten.
- Tientallen vergaderingen met de acht verenigingen.
- Meer dan veertig projectgroepvergaderingen.
- Honderden telefoontjes en duizenden e-mails.

Er is veel gediscussieerd over de uitgangspunten van het nieuwe model. Er is ook veel ontwikkeld, getest en geëvalueerd.

Er een basis gelegd voor een nieuwe wijze van visiteren. Dat doel is bereikt: de blauwdruk voor een eigentijds visitatiemodel ligt voor u. Een model dat gericht is op de praktiserend medisch specialist, dat het vakinhoudelijk handelen onder de loep neemt, dat rekening houdt met patiëntenervaringen én met de samenwerking in de maatschap of vakgroep.

Het zal ongetwijfeld wennen zijn voor visiterend Nederland. De instrumenten zijn nieuw, de toepassing ervan vereist betrokkenheid van alle maatschapsleden en de voorbereiding van de visitatie vraagt meer tijd dan het 'oude' visitatiemodel. De rol van de visitatiecommissies en de aard van de discussies tijdens het collegiale bezoek veranderen: de visitatiecommissie bespreekt op welke wijze de door de maatschap gemaakte verbeterplannen kunnen worden uitgevoerd, geëvalueerd en aangescherpt.

Wij denken dat deze vernieuwingen de kwaliteit van de kwaliteitsvisitatie ten goede komen. We zijn daarom tevreden met het bereikte resultaat. Dit laat onverlet dat er kritische kanttekeningen zijn te plaatsen bij het nieuwe model. Bijvoorbeeld daar waar het de validiteit en betrouwbaarheid van nieuwe instrumenten betreft, de keuze van kwaliteitsaspecten, de volledigheid van het instrumentarium en de toepasbaarheid van instrumenten in de academische setting.

Er zijn in dit visitatiemodel (nog) geen goede afspraken gemaakt over het gebruik van klachten van patiënten als input voor kwaliteitsverbetering. Ook patiëntveiligheid wordt niet expliciet besproken, terwijl dat een actueel en belangrijk onderwerp is in de gezondheidszorg. De ICT-ondersteuning van visitaties is onderbelicht gebleven. Nu het model zich inhoudelijk heeft uitgekristalliseerd, zal dat als eerste worden opgepakt.

Wij hebben vertrouwen in de mogelijkheden van dit nieuwe visitatiemodel. Wij hebben vertrouwen in de wetenschappelijke verenigingen die dit model verder ontwikkelen, uittesten en verbeteren. En wij hebben vertrouwen in de synergie tussen de visitatiecommissie en de gevisiteerden. Want dáár moet het gebeuren, dááruit komen de verbeterideeën, dáár worden collega's gestimuleerd om veranderingen door te voeren. Zodanig dat de patiënt vertrouwen zal blijven stellen in de het werk van medisch specialisten. En dat het de kwaliteit van de patiëntenzorg ten goede komt. Want daar is het ons allemaal om te doen.

Wij realiseren ons dat met de publicatie van dit handboek het project Actualisatie Visitatie weliswaar wordt afgesloten, maar voor veel wetenschappelijke verenigingen nu een nieuw hoofdstuk in hun kwaliteitsbeleid gaat beginnen. Rest ons de verenigingen daarbij veel succes en plezier te wensen.

De projectgroep Actualisatie Visitatie,

Drs. J.A. (Jan) Fossen, adviseur Kwaliteitsinstituut voor de gezondheidszorg CBO

Drs. J.W. (Annemarie) Hagemeyer, adviseur Kwaliteitsinstituut voor de gezondheidszorg CBO

S.J.C. (Sabrina) Kwint, secretaresse Kwaliteitsinstituut voor de gezondheidszorg CBO

Drs. S.I. (Sabine) van Logtestijn, adviseur Kwaliteitsinstituut voor de gezondheidszorg CBO

Dr. M.J.M.H. (Kiki) Lombarts, zelfstandig adviseur kwaliteitsbeleid medisch specialisten

Utrecht, oktober 2005

Over de auteurs



Drs. J.A. (Jan) Fossen

Jan Fossen is gezondheidswetenschapper en als adviseur werkzaam geweest in de kwaliteitszorg bij diverse thuiszorgorganisaties, een academisch ziekenhuis en de koepel van patiëntenorganisaties. Sinds enige jaren is hij verbonden aan het Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO. Hij is betrokken bij de programma's Doorbraak, Richtlijnen & Visitatie en is projectleider van het project Actualisatie Visitatie.



Drs. J.W. (Annemarie) Hagemeyer

Annemarie Hagemeyer is verpleegkundige en gezondheidswetenschapper. Zij heeft zich beziggehouden met kwaliteitszorg binnen de verpleging en het onderwijs. Zij is werkzaam geweest als verpleegkundige binnen verschillende settings, als docent en kwaliteitsmedewerker aan de Hogeschool Windesheim te Zwolle. Op dit moment is zij werkzaam als adviseur bij het Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO bij het programma Richtlijnen & Visitatie. Zij is als adviseur betrokken bij het project Actualisatie Visitatie.



Dr. J.S. (Johan) de Koning

Johan de Koning werkt als consultant bij de *public health consultancy* groep ETC Crystal en als wetenschappelijk onderzoeker in het AMC. Naast een *Master in Public Health*-opleiding promoveerde hij in 2003 aan de Erasmus Universiteit Rotterdam. Als adviseur was hij betrokken bij het project Actualisatie Visitatie. Hierbij ondersteunde hij de projectgroep bij de integratie van *evidence-based medical audit* in het geactualiseerde visitatiemodel.



Drs. S.I. (Sabine) van Logtestijn

Sabine van Logtestijn heeft *Beleid en Management Gezondheidszorg* gestudeerd en is enige jaren werkzaam geweest in ziekenhuizen en als adviseur bij een adviesbureau in de gezondheidszorg. Op dit moment is zij werkzaam als adviseur bij het Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO, bij het programma Richtlijnen & Visitatie. Zij is als adviseur betrokken bij het project Actualisatie Visitatie.



Dr. M.J.M.H (Kiki) Lombarts

Kiki Lombarts is zelfstandig adviseur en wetenschappelijk onderzoeker in het AMC. Zij houdt zich al bijna 15 jaar bezig met kwaliteitszorg in het algemeen en visitatie in het bijzonder. In 2003 promoveerde zij op een proefschrift over visitatie van medisch specialisten. Haar huidige aandachtsgebieden zijn het medisch specialistische kwaliteitsbeleid, de professionele ontwikkeling van maatschappen en medisch specialisten en externe kwaliteitstoetsing van ziekenhuizen. Zij is als adviseur betrokken bij het project Actualisatie Visitatie.