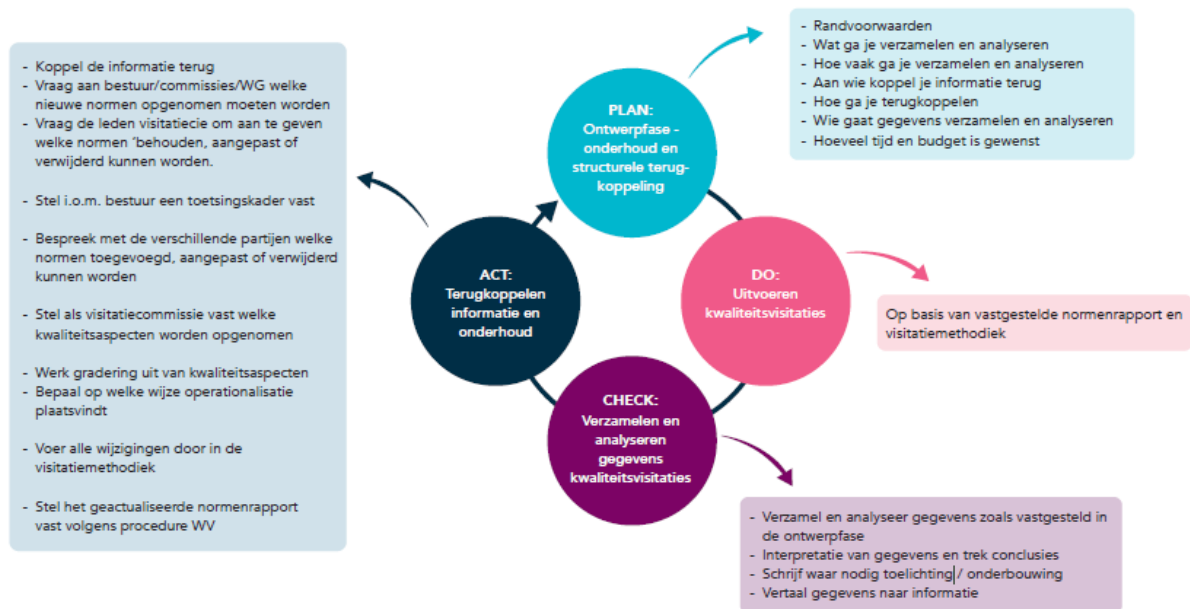


Advies Structurele Terugkoppeling

Resultaten Kwaliteitsvisitaties

(STeRK)



COLOFON

Het 'Advies - Structurele Terugkoppeling Resultaten Kwaliteitsvisitaties (STeRK)' is een uitgave van de Nederlandse Vereniging voor Dermatologie en Venereologie.

Project STeRK is gefinancierd door de Stichting Kwaliteitsgelden Medisch Specialisten (SKMS). De NVDV was penvoerder van dit project. De projectgroep bestond uit de volgende personen:

- Annemarie Hagemeijer, Hagemeijer Advies;
- Katja Soetens, Kennisinstituut van de Federatie Medisch Specialisten;
- Tessa Geltink, Kennisinstituut van de Federatie Medisch Specialisten;
- Vincent Krones, Qualicura;
- Yvonne van Mensvoort, Qualicura;
- Anouk Rozeboom, Qualicura.

Januari 2020

Inhoud

Dankwoord	4
Inleiding	5
Adviezen	7
Handleiding Structurele Terugkoppeling Resultaten Kwaliteitsvisitaties	10
BIJLAGEN.....	16

Dankwoord

Dit advies is mede tot stand gekomen dankzij de inzet van de wetenschappelijke verenigingen die geparticipeerd hebben in project STeRK:

- Nederlandse Vereniging voor Dermatologie en Venereologie (NVDV);
- Nederlandse Vereniging voor Plastische Chirurgie, Handchirurgie, Reconstructieve en Esthetische Chirurgie (NVPC);
- Nederlandse Vereniging van Maag-Darm-Leverartsen (NVMDL);
- Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde (NVK);
- Nederlandse Orthopaedische Vereniging (NOV);
- Nederland Oogheelkundig Gezelschap (NOG);
- Nederlandse Vereniging van Artsen voor Longziekten en Tuberculose (NVALT);
- Nederlandse Vereniging voor Neurologie (NVN)
- Nederlandse Vereniging voor Nucleaire Geneeskunde (NVNG);
- Nederlandse Vereniging voor Medische Microbiologie (NVMM);
- Nederlandse Vereniging voor Klinische Chemie en Laboratoriumgeneeskunde (NVKC);
- Nederlandse Vereniging voor Klinische Geriatrie (NVKG);
- Vereniging voor Keel-Neus-Oorheelkunde en Heelkunde van het Hoofd-Halsgebied (NVKNO);
- Nederlandse Vereniging voor Thoraxchirurgie (NVT).

Inleiding

Aanleiding project STeRK

In 2016 is het gezamenlijke implementatietraject van de normen- en waarderingsystematiek van de Federatie Medisch Specialisten afgerond. In dit project hebben negen wetenschappelijke verenigingen een normen- en waarderingsystematiek ontwikkeld en zijn aan de hand daarvan kwaliteitsvisitaties gaan uitvoeren. Naast deze negen wetenschappelijke verenigingen hebben de overige wetenschappelijke verenigingen ook een normen- en waarderingsystematiek geïmplementeerd in hun kwaliteitsvisitaties. Naar aanleiding van het visiteren met volgens de normen- en waarderingsystematiek heeft de vraag zich aangediend op welke wijze deze onderhouden dient te worden. In de Leidraad waarderingsystematiek (2012) is hier namelijk geen advies over opgenomen. In project STeRK stonden twee vragen centraal:

- Op welke wijze kan de data uit de kwaliteitsvisitaties effectief gebruikt worden om het kwaliteitsbeleid binnen een wetenschappelijke vereniging te onderhouden en waar nodig bij te sturen?;
- Op welke wijze kan de normen- en waarderingsystematiek binnen een wetenschappelijke vereniging onderhouden worden?

Werkwijze project STeRK

Door middel van een gezamenlijk project met 14 wetenschappelijke verenigingen is getest welke werkwijze het meest optimaal is om de normen- en waarderingsystematiek te onderhouden. Daarnaast was het doel van het project om een kwaliteitscyclus te implementeren ten aanzien van kwaliteitsvisitaties bij de participerende wetenschappelijke verenigingen. De participerende wetenschappelijke verenigingen hebben bepaald op welke wijze inhoudelijke bevindingen vanuit de kwaliteitsvisitaties geanonimiseerd en systematisch teruggekoppeld kunnen worden naar de verschillende (sub)commissies van hun wetenschappelijke vereniging om de kwaliteitscyclus meer sluitend te krijgen.

Project STeRK is gefinancierd vanuit de Stichting Kwaliteitsgelden Medisch Specialisten (SKMS) en werd begeleid door adviseurs van Qualicura, het Kennisinstituut van de Federatie Medisch Specialisten en Hagemeijer Advies.

Het project is uitgevoerd in afgebakende perioden, te weten: een voorbereidingsperiode, drie werkperioden en een afrondingsperiode. Tijdens de voorbereidingsperiode is het project vormgegeven en zijn de verschillende werkgroepen van de wetenschappelijke verenigingen samengesteld. In de werkperioden hebben de werkgroepen zich verdiept en ervaring opgedaan met het systeem van inhoudelijke terugkoppeling; te weten:

- Werkperiode 1: Op welke wijze kunnen we gegevens vanuit de kwaliteitsvisitatie terugkoppelen binnen de wetenschappelijke vereniging?
- Werkperiode 2: Op welke wijze kunnen we het normenrapport onderhouden?
- Werkperiode 3: Op basis van de ervaringen vanuit de voorgaande werkperioden bepalen welk systeem van structurele terugkoppeling van resultaten van kwaliteitsvisitaties binnen een wetenschappelijke vereniging gehanteerd gaat worden.

Tijdens de afrondingsperiode zijn de eindproducten van de verschillende wetenschappelijke verenigingen verzameld, zijn de algemene eindproducten door de projectgroep opgesteld en heeft de financiële verantwoording plaatsgevonden.

In dit project zijn leermomenten naar voren gekomen ten aanzien van het onderhoud van de normen- en waarderingsystematiek en het effectief gebruik van de data uit de visitatie om het kwaliteitsbeleid binnen een wetenschappelijke vereniging te optimaliseren. Wetenschappelijke verenigingen kunnen

deze leermomenten gebruiken voor het onderhoud van hun normen- en waarderingsystematiek. Ook kunnen zij op basis van deze leermomenten een eigen kwaliteitscyclus inrichten, zodat de data uit de visitatie effectief gebruikt kan worden in het verbeteren van het kwaliteitsbeleid. De werkwijze van het project en de leermomenten zijn bijeengebracht in een handleiding. Deze handleiding kan als stappenplan dienen. De handleiding is op pagina 10 van dit advies opgenomen.

Taakopdracht projectgroep

Op basis van de ervaringen van project STeRK een advies uitbrengen aan de Adviescommissie Visitatie. Het is vervolgens aan de Adviescommissie Visitatie om deze bevindingen te verwerken in een voorstel voor centraal beleid voor alle wetenschappelijke verenigingen en in te brengen bij de Raad Kwaliteit van de Federatie Medisch Specialisten.

Adviezen

Vanuit het projectteam zijn op basis van de opgedane ervaringen door de participerende wetenschappelijke verenigingen in project STeRK de volgende adviezen opgesteld.

Inhoudelijke kennisuitwisseling

Advies: gebruik het indexdocument ten behoeve van inhoudelijke kennisdeling tussen wetenschappelijke verenigingen

De wetenschappelijke verenigingen hebben behoefte aan inhoudelijke kennisuitwisseling met betrekking tot de kwaliteitsvisitaties. In afstemming met de participerende wetenschappelijke verenigingen is nagedacht op welke wijze de inhoudelijke kennisuitwisseling kan plaatsvinden. Dit heeft ten eerste geresulteerd in het indexdocument. Hierin staat per wetenschappelijke vereniging een overzicht beschreven van normen met bijbehorende gradering die zij hanteren ten behoeve van de visitatiemethodiek. Middels het indexdocument kunnen wetenschappelijke verenigingen kennismaken van elkaars normen en deze, waar nodig, gebruiken bij de inrichting van de eigen visitatiemethodiek en/of het onderhouden van de eigen normen- en waarderingsystematiek. De Adviescommissie Visitatie faciliteert dat het indexdocument toegankelijk is voor wetenschappelijke verenigingen via de Box. De wetenschappelijke verenigingen zijn zelf verantwoordelijk voor het actueel houden van het Indexdocument. Daarnaast dienen de wetenschappelijke verenigingen de actuele normen- en waarderingsystematiek te uploaden op de Box, met als naamgeving [naam wetenschappelijke vereniging] – [datum].

Advies: continueer het faciliteren van inhoudelijke kennisuitwisseling tussen wetenschappelijke verenigingen

Naast het Indexdocument is het wenselijk dat ook andere vormen worden ingezet om de inhoudelijke kennisuitwisseling over de kwaliteitsvisitaties tussen wetenschappelijke verenigingen te faciliteren. Deze inhoudelijke kennisuitwisseling kan op verschillende niveaus plaatsvinden, te denken aan leden van de visitatiecommissies of beleidsmedewerkers van wetenschappelijke verenigingen. Vanuit de Adviescommissie Visitatie worden halfjaarlijkse gezamenlijke visitatiebijeenkomsten georganiseerd. De participerende wetenschappelijke verenigingen waarderen deze bijeenkomsten. Daarom wordt geadviseerd om deze bijeenkomsten te continueren.

Praktische kennisuitwisseling

Advies: faciliteer kennisuitwisseling tussen wetenschappelijke verenigingen over de praktische uitvoering van kwaliteitsvisitaties.

Naast de inhoudelijke uitwisseling van kennis hebben de wetenschappelijke verenigingen ook behoefte aan praktische uitwisseling over de kwaliteitsvisitaties. Voorbeelden hiervan zijn het plannen van de kwaliteitsvisitaties, handvatten voor de voorbereiding van de kwaliteitsvisitaties door de vakgroepen, visiteren van verschillende settings en de afronding van een kwaliteitsvisitatie (visitatie rapport en voortgangsrapportages).

Variatie in normen- en waarderingssystematiek

Advies: bepaal in welke mate variatie in de normen- en waarderingssystematiek acceptabel is

Binnen het project is het signaal afgegeven dat vanaf 2012 bij de introductie van de normen- en waarderingssystematiek variatie is ontstaan tussen wetenschappelijke verenigingen. Op basis van de geactualiseerde normen- en waarderingssystematiek van de participerende wetenschappelijke verenigingen is deze variatie geanalyseerd. Uit deze analyse blijkt dat er verschil is in het aantal kwaliteitsaspecten, de naamgeving van kwaliteitsaspecten, de formulering van de kwaliteitsaspecten en de gradering van kwaliteitsaspecten ten opzichte van de Leidraad waarderingssystematiek en tussen de wetenschappelijke verenigingen onderling (zie voor de hand-out van de analyse bijlage 3). Overwogen kan worden om middels onderlinge afstemming af te spreken welke mate van variatie acceptabel is, welke normen algemeen zijn en dus voor elke wetenschappelijke vereniging geldt en welke normen specialisme specifiek zijn.

Procesmatige versus inhoudelijke normering

Advies: bepaal op welke wijze zowel procesmatige als inhoudelijke aspecten in de normen- en waarderingssystematiek een plek kan krijgen.

In de normen- en waarderingssystematiek wordt uitgegaan van een procesmatige gradering (de zorg voor kwaliteit). De inhoudelijke gradering ontbreekt (de kwaliteit van zorg). In de huidige systematiek worden bij enkele kwaliteitsaspecten nadere inhoudelijke eisen in een vragenlijst of instrument gespecificeerd. Het is echter niet mogelijk om op basis hiervan te graderen. Een vakgroep die bijvoorbeeld de Quick Scan eenmaal per 5 jaar doet, verbeteracties opstelt en uitvoert voldoet aan de norm (gradering goed). Deze gradering zegt echter niets over hoe de vakgroep inhoudelijk gezien functioneert. Datzelfde voorbeeld geldt voor het patiëntenperspectief in kaart brengen. Een vakgroep kan het patiëntenperspectief jaarlijks in kaart brengen, verbeteracties opstellen en uitvoeren. Echter dit zegt niets over de mate van tevredenheid van de patiënten. Binnen de kwaliteitsvisitaties zouden beide aspecten (procesmatige en inhoudelijke) belicht moeten worden en dus verwerkt zijn in de normen- en waarderingssystematiek.

Vermindering registratielast

Advies: bepaal op welke wijze registratielast in de kwaliteitsvisitaties verminderd kan worden door vermindering van het aantal kwaliteitsaspecten, vermindering van het aantal instrumenten en vragenlijsten en door voorkoming van overlap met andere kwaliteitssystemen.

Binnen het project hebben de participerende wetenschappelijke verenigingen aandacht geschonken aan het verminderen van registratielast. De leidraad normen en waarderingssystematiek (2012) omvat in totaal 26 kwaliteitsaspecten. Vanuit de geactualiseerde normenrapporten is het aantal kwaliteitsaspecten gemiddeld genomen gelijk gebleven ten opzichte van de leidraad. Echter 9 wetenschappelijke verenigingen hebben het aantal kwaliteitsaspecten gereduceerd naar 17-24. Veel wetenschappelijke verenigingen hebben kwaliteitsaspecten verwijderd die in andere kwaliteitssystemen reeds worden uitgevraagd. Zo is het kwaliteitsaspect IFMS en het aanleveren van de nascholingspunten (GAIA) geschrapt, omdat dit al getoetst wordt bij de herregistratie van de

individuele medisch specialist. Een groot aantal wetenschappelijke verenigingen heeft de keuze gemaakt om de KISZ-lijst als een instrument uit de methodiek te halen. De reden hiervoor is dat veel onderwerpen uit de KISZ-lijst terugkomen in het normenrapport. Aangezien de normen-en waarderingssystematiek wordt ingezet als instrument, werd dit als overlap ervaren met de KISZ-lijst. Daarnaast zijn kwaliteitsaspecten die (bijna) altijd uitstekend of goed gescoord werden verwijderd.

Advies: bepaal op welke wijze de bevindingen vanuit de visitatie kort en bondig gerapporteerd kunnen worden in het visitatierapport.

Diverse wetenschappelijke verenigingen hebben momenteel lange visitatierapporten met veel standaard tekst (totale omvang van 70 pagina's is gangbaar). Dit levert veel administratieve last op en het is onduidelijk waar vakgroepen behoefte aan hebben qua terugkoppeling in het rapport. Wellicht zijn de conclusies en adviezen het meest essentieel en is deze informatie mogelijk voldoende voor een visitatierapport.

Visitatiereglement - inhoudelijke terugkoppeling

Advies: voeg aan het visitatiereglement een passage toe over het gebruik van geanonimiseerde resultaten van kwaliteitsvisitaties in de kwaliteitscyclus van de wetenschappelijke vereniging

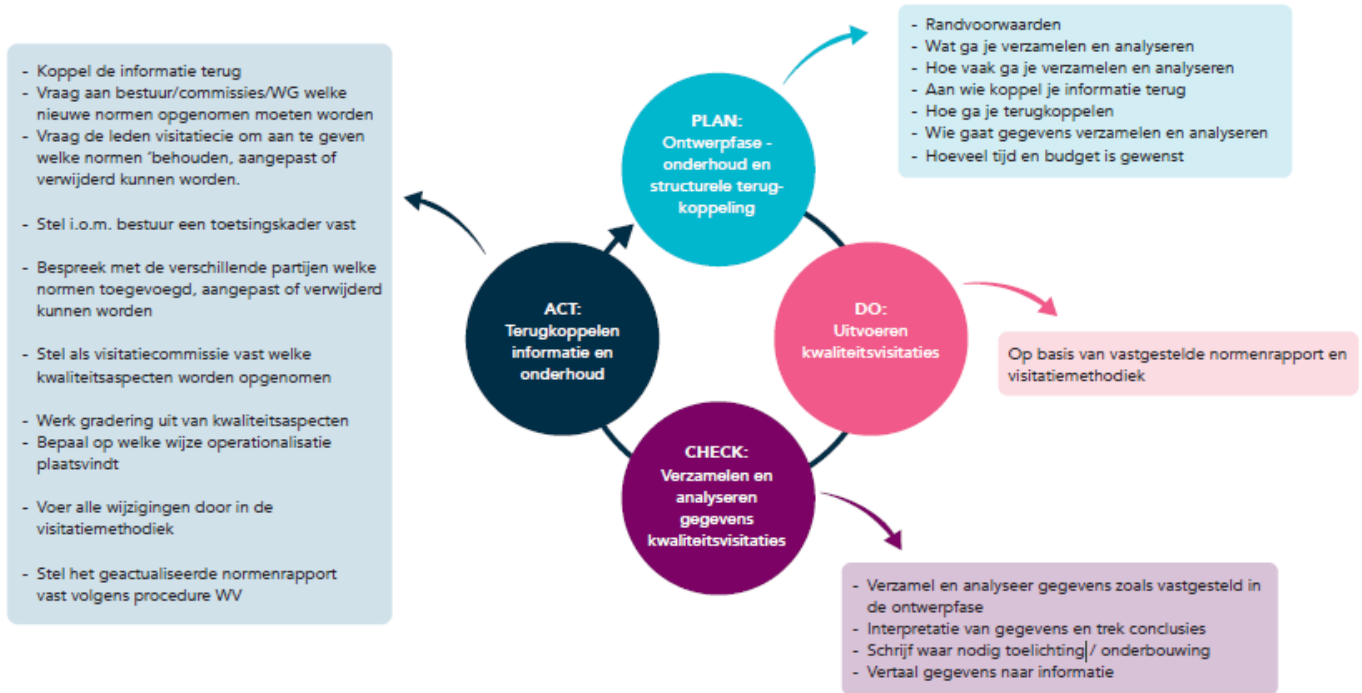
In het standaard format van het visitatiereglement van de FMS staat geen passage opgenomen over het gebruik van geanonimiseerde resultaten van kwaliteitsvisitaties in de kwaliteitscyclus van de wetenschappelijke vereniging. Vanuit project STeRK wordt de volgende tekst voorgesteld om op te nemen in het standaard format: 'De geanonimiseerde visitatierapporten en de bijbehorende/aangeleverde gegevens voor de kwaliteitsvisitaties kunnen door de wetenschappelijke vereniging op geaggregeerd niveau worden geanalyseerd en ingezet om het kwaliteitsbeleid van de wetenschappelijke vereniging verder vorm te geven (hierbij valt te denken aan het ontwikkelen, onderhouden en optimaliseren van kwaliteitsnormen, richtlijnen en het visitatieproces). Dit heeft als doel de kwaliteit van zorg, welke geleverd wordt door de leden van de wetenschappelijke vereniging, te verbeteren.'

Systeem van onderhoud en inhoudelijke terugkoppeling

Advies: gebruik de handleiding 'structurele terugkoppeling resultaten kwaliteitsvisitaties' voor het ontwikkelen en toepassen van het systeem van onderhoud en terugkoppeling.

Op basis van de ervaringen van de participerende wetenschappelijke verenigingen is een handleiding opgesteld (zie onderstaand). Het doel van de handleiding is om wetenschappelijke verenigingen een stappenplan - ook wel handvatten - aan te reiken om een systeem van structurele inhoudelijke terugkoppeling van resultaten en bevindingen vanuit de kwaliteitsvisitatie te ontwikkelen.

Handleiding Structurele Terugkoppeling Resultaten Kwaliteitsvisitaties



Figuur 1 Schematische weergave systeem van onderhoud en terugkoppeling

DEFINITIES

De norm:	Waar goede zorg aan voldoet. Wat een patiënt en andere zorgverleners wat betreft kwaliteit van een vakgroep mogen verwachten.
Gradering/waarderingssystematiek:	De benaming van de categorieën in de vijfpuntsschaal. In het project is gekozen om de vijf categorieën als oordeel te benoemen (uitstekend/goed voorbeeld, goed, matig/voldoende, onvoldoende en zwaar onvoldoende). Bij de laatste drie categorieën is een consequentie gekoppeld (aanbeveling, zwaarwegend advies en voorwaarde).
Kwaliteitsaspecten:	Onderwerpen op het gebied van kwaliteit die zijn opgenomen in de normen- en waarderingssystematiek waarvoor een norm is opgesteld – ook wel normen of set van waarden.
Kwaliteitsvisitatie:	Een intercollegiale doorlichting op locatie waarbij de omstandigheden waaronder en de manier waarop collegae het beroep uitoefenen worden beoordeeld op basis van door de wetenschappelijke vereniging vastgestelde kwaliteitsnormen en met het meest recente visitatiemodel. Deelname is verplicht voor de herregistratie.
Normen- waarderingssystematiek:	Het document waarin de afspraken staan over wat kwaliteit is voor een vakgroep medisch specialisten van één discipline; ook wel normenrapport.
Plenaire Visitatiecommissie:	De commissie van visitatoren, die door het bestuur van de wetenschappelijke vereniging als zodanig zijn benoemd voor de kwaliteitsvisitaties.
Visitatiecommissie ad hoc:	Een voor iedere visitatie afzonderlijk te formeren commissie van ten minste twee visitatoren die de visitatie verrichten.
Visitatie instrumenten:	De instrumenten die worden ingezet bij een visitatie om de kwaliteitsaspecten te operationaliseren en die onderdeel uitmaken van de visitatiemethodiek. Bijvoorbeeld dossieronderzoek, medical audit/richtlijntoets, Quickscan, Team Climate Inventory of KiSZ lijst.
Visitatierapport:	De opgestelde rapportage over de visitatie.
Visitatiemethodiek:	Het geheel van normen- en waarderingssystematiek, visitatie instrumenten, visitatiereglement en visitatierapport.
Visiteurs/visitatoren:	De medisch specialisten die de visitatie vanuit de wetenschappelijke vereniging uitvoeren.

Structurele Terugkoppeling Resultaten Kwaliteitsvisitatie

Het systeem van Structurele Terugkoppeling Resultaten Kwaliteitsvisitatie is uitgewerkt aan de hand van de P-D-C-A-cyclus. In elke fase van deze cyclus zijn stappen aangegeven die doorlopen kunnen worden bij het ontwikkelen van het vereniging specifieke systeem. In de bijlage van de handleiding zijn voorbeelden opgenomen die ter inspiratie en als voorbeeld dienen.

1. PLAN – ontwerpfase - structurele terugkoppeling en onderhoud

A. Keuzes bij het verzamelen en analyseren van gegevens:

1. Randvoorwaarden

Bepaal op welke wijze rekening gehouden gaat worden met de volgende randvoorwaarden:

- Privacy en anonimiteit;
- Efficiëntie.

2. Wat ga je verzamelen en analyseren?

Bepaal op welke niveau de gegevens verzameld en geanalyseerd gaan worden:

- Graderingsniveau (gradering van de normen);
- Instrumentniveau;
- Kerngegevens/algemene gegevens;
- Sub-groepsanalyse;
- Visitatieproces;
- Functioneren visitateurs/visitatiecommissie.

Bepaal welke bronnen je gaat gebruiken (op welke wijze verzamel je data):

- Exata;
- Evaluatie met de gevisiteerde;
- Ervaringen visitateurs;
- Visitatierapporten;
- Etc.

3. Wie gaat het verzamelen en analyseren van de gegevens uitvoeren?

a. Bepaal wie vanuit de plenaire visitatiecommissie aanspreekpersoon is voor het systeem van onderhoud en terugkoppeling;

b. Bepaal welke ondersteuning gewenst is vanuit het bureau van de wetenschappelijke vereniging;

c. Bepaal welke ondersteuning gewenst is vanuit ICT-partner:

- Overleg met de ICT-partner welke informatie met welke frequentie aangeleverd wordt;
- Overleg met de ICT-partner of het systeem eenvoudig ingericht kan worden t.b.v. de analyse (laat het systeem zodanig inrichten dat het efficiënt en gebruikersvriendelijk werkt (zelf overzichten kunnen genereren).

4. Hoe vaak ga je verzamelen en analyseren?
Bepaal de frequentie waarin de gegevens verzameld, geanalyseerd en teruggekoppeld gaan worden aan de hand van de volgende aspecten/factoren:

- Aard onderhoud (groot, klein, etc.);
- Aantal visitaties (na 10 – 15 - 20 visitaties);
- Ontwikkelingen in het veld (beroepsontwikkelingen, richtlijn).

<i>VOORBEELD FREQUENTIE:</i>
<i>5 jaar – een totale terugkoppeling over de visitatiecyclus – ook wel groot onderhoud</i>
<i>2,5 jaar – een tussentijdse terugkoppeling – ook wel klein onderhoud</i>
<i>1 jaar – jaarverslag</i>

5. Aan wie koppel je de informatie terug?
Bepaal aan welke partijen binnen de vereniging welke informatie wordt teruggekoppeld:

- Bestuur;
- Visitatiecommissie;
- Andere commissies (kwaliteit, BBC, etc.);
- Werkgroepen (richtlijnen);
- Leden;
- Anders, bijvoorbeeld FMS (adviescommissie visitaties).

6. Hoe ga je de gegevens/ informatie terugkoppelen/presenteren?
Bepaal op welke wijze de informatie teruggekoppeld gaat worden; te denken aan:

- Jaarverslag (voorbeeld zie bijlage 1);
- Presentatie ALV (voorbeeld zie bijlage 2);
- Nieuwsbulletin (voorbeeld zie bijlage 3).

7. Hoeveel tijd en/of budget is gewenst?
 ○ *Bepaal hoeveel tijd en budget om de inhoudelijke terugkoppeling te realiseren;*
 ○ *Maak een planning (voorbeeld zie bijlage 4).*

Hetgeen tijdens de PLAN-fase - ontwerpfase is bepaald kan in onderstaand schema overzichtelijk weergegeven worden (voorbeeld uitwerking zie bijlage ...):

<i>Hoe vaak</i>	<i>Kwaliteitsaspect</i>	<i>Wat</i>	<i>Aan wie</i>	<i>Welke wijze</i>	<i>Door wie</i>

2. DO – Uitvoeren Kwaliteitsvisitaties

- B. Voer de visitaties uit aan de hand van het vastgestelde normenrapport (ook wel normen- en waarderingsystematiek).

3. CHECK – Verzamelen en Analyseren gegevens kwaliteitsvisitatie

- C. Verzamel en analyseer de gegevens volgens de werkwijze zoals vastgesteld in de ontwerpfase.

VOORBEELD TOETSINGSKADER ONDERHOUD NORMENRAPPORT KLINISCHE GERIATRIE 2019

- *Verminderen van de registratielast (less is more);*
- *Kwaliteitsvisitatie zoveel mogelijk laten aansluiten bij de dagelijkse praktijk van de klinisch geriater;*
- *Kwaliteitsvisitatie is uniek t.o.v. andere kwaliteitssystemen; namelijk:*
 - o *Naleven van richtlijnen;*
 - o *Uitkomsten van zorg;*
 - o *Samenwerking binnen de vakgroep – zachte kanten van het functioneren;*
- *Kwaliteit van zorg (inhoudelijke eisen) en zorg voor kwaliteit (PDCA);*
- ...

- D. Interpretatie van gegevens en trek conclusies.

- E. Schrijf waar nodig een toelichting.

- F. Vertaal de gegevens naar informatie/ Bepaal de presentatiewijze van informatie (grafisch, tabellen ect.):

- o Jaarverslag (voorbeeld zie bijlage 1);
- o Presentatie ALV (voorbeeld zie bijlage 2);
- o Nieuwsbulletin (voorbeeld zie bijlage 3).

4. ACT – Terugkoppelen informatie en onderhoud

- G. Koppel de informatie terug zoals vastgesteld in de ontwerpfase.

- H. Bespreek de informatie met de verschillende partijen waaraan teruggekoppeld wordt:

- o Bestuur – tijdens bestuursvergadering;
- o Visitatiecommissie – tijdens een commissievergadering, heidag of visitatietraining;
- o Commissies (kwaliteit, BBC, visitatie, etc.) – tijdens regulier geplande vergaderingen;
- o Werkgroepen (richtlijnen);
- o Leden – bijv. op de ALV of een sessie;
- o Anders, bijvoorbeeld FMS (adviescommissie visitaties).

- I. Vraag aan de partijen aan wie bij punt H informatie aan teruggekoppeld wordt, om aan te geven welke (nieuwe) kwaliteitsaspecten (en op basis van welk beleidsdocument, richtlijn, etc.) opgenomen zouden kunnen worden in het normenrapport.

- J. Stel een overzicht op van alle kwaliteitsaspecten met vermelding ‘behouden’ – ‘behouden maar hoeft aanpassing’ – ‘verwijderen of schrappen’ (voorbeeld zie bijlage 6) en laat de leden van de visitatiecommissie dit overzicht invullen.

- K. Stel in overleg met bestuur van de wetenschappelijke vereniging een toetsingskader vast die behulpzaam is bij het vaststellen van het normenrapport (per onderhoudsmoment vaststellen of het toetsingskader aanpassing behoeft).
- L. Bespreek met de visitatiecommissie en eventueel met de andere relevante partijen welke kwaliteitsaspecten toegevoegd, aangepast of verwijderd kunnen worden en stel dit vast
- M. Stel als visitatiecommissie vast welke kwaliteitsaspecten toegevoegd/ aangepast, verwijderd worden in het normenrapport
- N. Werk in overleg met een aantal leden van de visitatiecommissie:
 - De gradering van de kwaliteitsaspecten uit;
 - Bepaal op welke wijze de kwaliteitsaspecten van het normenrapport, geoperationaliseerd moeten worden en ontwikkel of past een vragenlijst aan. Wees kritisch over de hoeveelheid vragen en instrumenten die ontwikkeld worden. Stel als commissie steeds de vraag welke informatie heeft de commissie nodig om zich een beeld te kunnen vormen en een uitspraak te doen over de kwaliteit van zorg en zorg voor kwaliteit.
- O. Koppel op gezette tijden de geactualiseerde kwaliteitsaspecten terug aan de visitatiecommissie.
- P. Stel het geactualiseerde normenrapport volgens de vigerende procedure binnen de vereniging vast.
- Q. Voer alle wijzigingen door in de visitatiemethodiek (zie hiervoor ook de handleiding project 'implementatie normen- en waarderingssystematiek voor kwaliteitsvisitaties' (2017) – link BOX opnemen)

BIJLAGEN

Bijlage 1 – Voorbeeld schematische uitwerking

Voorbeeld schematische weergave ontwerpfase inhoudelijke terugkoppeling

Hoe vaak	Kwaliteitsaspect	Wat	Aan wie	Welke wijze	Door wie
Jaarlijks	Alle	Graderingsniveau	<ul style="list-style-type: none"> - Bestuur - Commissie Kwaliteit - Commissie Visitatie - Leden 	Jaarverslag: Draaitabel gradering Draaitabel setting	Visitatiecommissie m.b.v. ondersteuning bureau
Jaarlijks	Aspecten gegradeerd als goede voorbeelden	Expliciete toelichting van de goede voorbeelden	<ul style="list-style-type: none"> - Bestuur - Commissie Kwaliteit - Commissie Visitatie - Leden 	Jaarverslag: Toelichting/uitwerking van de goede voorbeelden	idem
Jaarlijks	Aspecten gegradeerd als Voorwaarde	Graderingsniveau	<ul style="list-style-type: none"> - Bestuur - Commissie Kwaliteit - Commissie Visitatie - Leden 	Jaarverslag: Draaitabel gradering	idem
Jaarlijks	Aspecten gegradeerd als Zwaarwegend advies	Graderingsniveau	<ul style="list-style-type: none"> - Bestuur - Commissie Kwaliteit - Commissie Visitatie - Leden 	Jaarverslag: Draaitabel gradering	idem
Jaarlijks	Aspecten gegradeerd als Aanbeveling	Graderingsniveau	<ul style="list-style-type: none"> - Bestuur - Commissie Kwaliteit - Commissie Visitatie - Leden 	Jaarverslag: Draaitabel gradering	idem
Jaarlijks	Naleven van richtlijnen	Instrumentniveau: medical audit - items 1 - 2 - 3	<ul style="list-style-type: none"> - Commissie Visitatie 	Excel bestand -	idem
Jaarlijks	Quick Scan	Instrumentniveau	<ul style="list-style-type: none"> - Commissie Visitatie 	TOP 10	idem
Jaarlijks	Dossiervoering	Instrumentniveau	<ul style="list-style-type: none"> - Commissie Visitatie 	Excel bestand -	idem

Bijlage 2 - Voorbeeld overzicht van alle kwaliteitsaspecten – behouden, aanpassen of schrappen

Instructies, kruis aan:

Welke kwaliteitsaspecten vind je goed en kunnen in de huidige vorm behouden blijven (groene kolom)?

Welke kwaliteitsaspecten zijn onduidelijk en zou je graag beter/specifieker formuleren (gele kolom)?

Welke kwaliteitsaspecten moeten volgens jou absoluut geschrapt worden bij visitaties (rode kolom)?

Voorbeeld format - Overzicht t.a.v. van het individueel scoren van de kwaliteitsaspecten

<i>Huidige kwaliteitsaspecten</i>				
<i>Nr.</i>	<i>Kwaliteitsaspect</i>	<i>Behouden</i>	<i>Aanpassen</i>	<i>Schrappen</i>
1				
2				
3				
4				
5				
6				
<i>Mogelijke nieuwe kwaliteitsaspecten</i>				
<i>Nr.</i>	<i>Kwaliteitsaspect</i>	<i>Motivatie</i>		<i>Beleidsnotitie</i>
1				
2				
3				

Voorbeeld format - Totaaloverzicht onderhoud van de kwaliteitsaspecten t.b.v. de bespreking

<i>Huidige kwaliteitsaspecten</i>							
<i>Nr.</i>	<i>Kwaliteitsaspect</i>	<i>Behouden</i>	<i>Aanpassen</i>	<i>Schrappen</i>	<i>Besluit</i>	<i>Taakverdeling t.a.v. uitwerking</i>	<i>Deadline</i>
1							
2							
3							
4							
5							
6							

<i>Mogelijke nieuwe kwaliteitsaspecten</i>							
<i>Nr.</i>	<i>Kwaliteitsaspect</i>	<i>Motivatie</i>		<i>Beleidsnotitie</i>	<i>Besluit</i>	<i>Taakverdeling t.a.v. uitwerking</i>	<i>Deadline</i>
<i>1</i>							
<i>2</i>							
<i>3</i>							

Eventuele nieuwe normen:

Bijlage 3 analyse normen- en waarderingssystematiek participerende vv-en



Aanleiding

- ▶ Opdracht registratielast kwaliteitsvisitaties verminderen
- ▶ Verzoek verenigingen meer met elkaar te delen en meer uit te wisselen → indexformulier voor opgesteld
- ▶ Signaal dat, vanaf de introductie van de normen- en waarderingssystematiek van de FMS in 2012, veel variatie is ontstaan
- ▶ De normen- & waarderingssystematiek zijn herzien



Hagemeijer
Advies



Analyse - aanpak

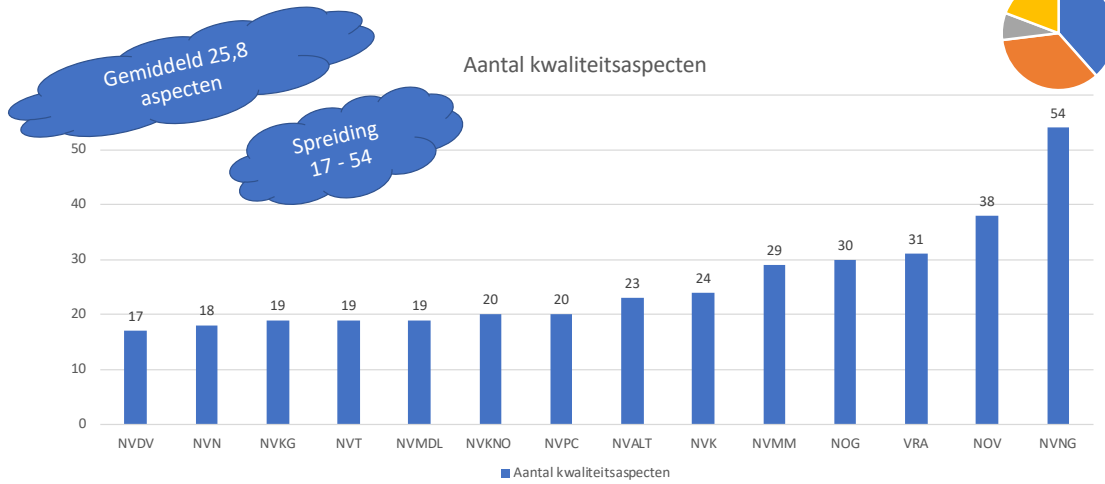
- ▶ Totaal aantal kwaliteitsaspecten per WV
- ▶ Totaal aantal kwaliteitsaspecten per kwaliteitsdomein per WV
- ▶ Per kwaliteitsdomein gekeken naar de verschillen en overeenkomsten in kwaliteitsaspecten
- ▶ Per overeenkomstig kwaliteitsaspect gekeken naar de verschillen en overeenkomsten in formulering en gradering

Hagemeijer
Advies

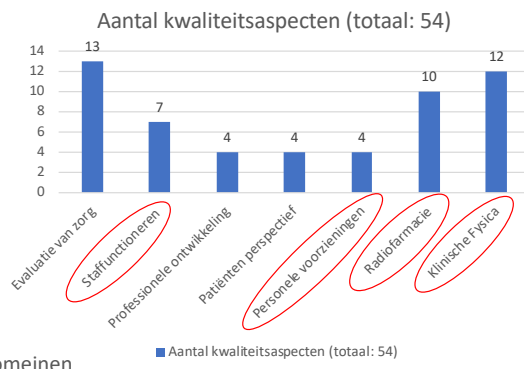
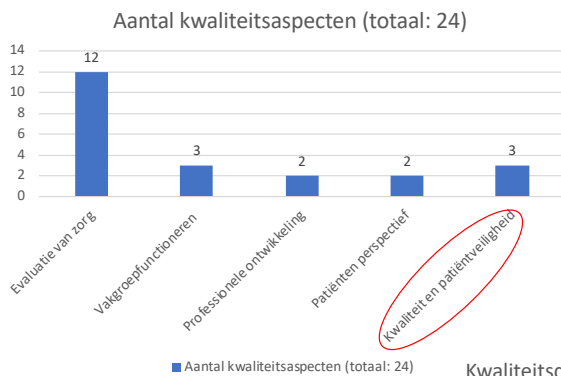


Totaal aantal kwaliteitsaspecten

Aantal kwaliteitsaspecten Leidraad (n = 26)



Kwaliteitsdomeinen



Kwaliteitsdomeinen Leidraad

- Evaluatie van zorg
- Vakgroepfunctioneren
- Professionele ontwikkeling
- Patiëntenperspectief



Gemiddeld 6,4 aspecten

Spreiding
3 - 13

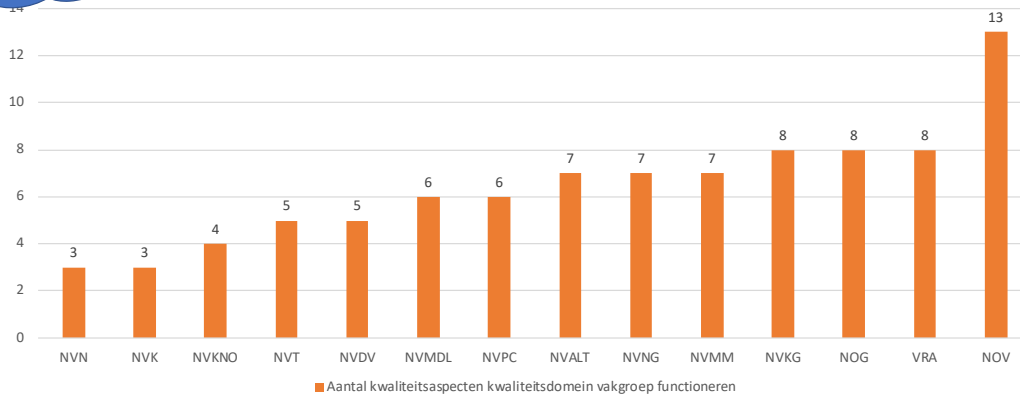
Vakgroep functioneren

Kwaliteitsaspecten Leidraad



- Evaluatie van zorg
- Vakgroepfunctioneren
- Professionele ontwikkeling
- Patiëntenperspectief

Aantal kwaliteitsaspecten kwaliteitsdomein vakgroep functioneren



Gemiddeld 11,5 aspecten

Spreiding
6 - 18

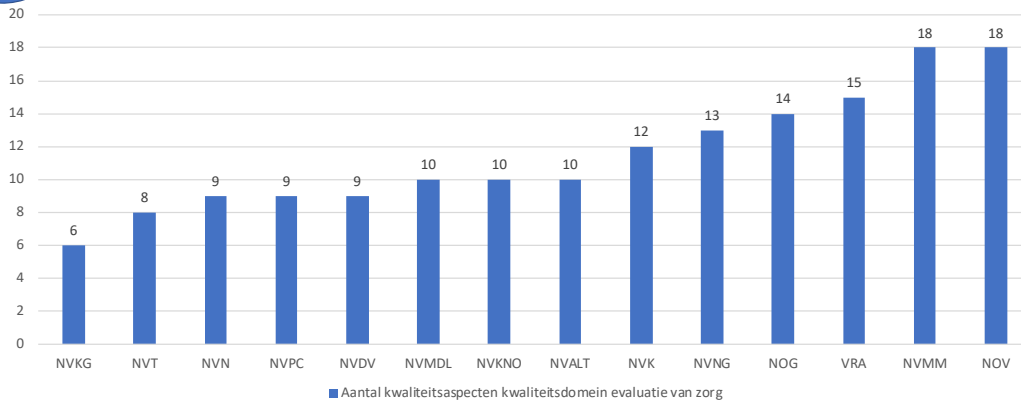
Evaluatie van zorg

Kwaliteitsaspecten Leidraad



- Evaluatie van zorg
- Vakgroepfunctioneren
- Professionele ontwikkeling
- Patiëntenperspectief

Aantal kwaliteitsaspecten kwaliteitsdomein evaluatie van zorg



Gemiddeld 3 aspecten

1 – 5 Spreiding

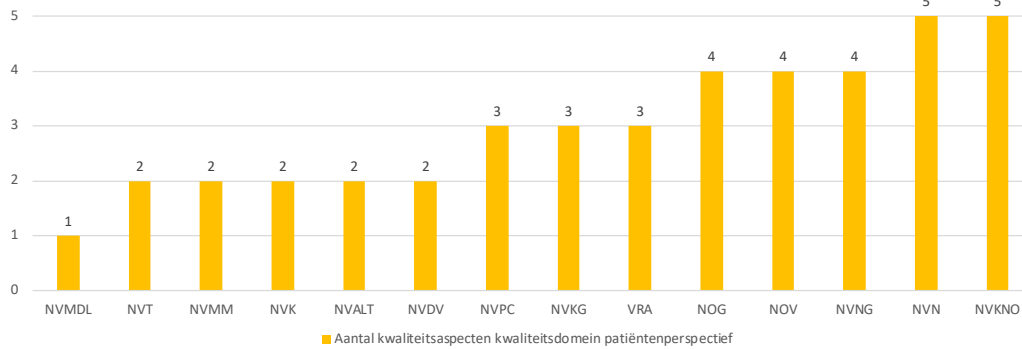
Patiëntenperspectief

Kwaliteitsaspecten Leidraad



- Evaluatie van zorg
- Vakgroepfunctioneren
- Professionele ontwikkeling
- Patiëntenperspectief

Aantal kwaliteitsaspecten kwaliteitsdomein patiëntenperspectief



Aantal kwaliteitsaspecten kwaliteitsdomein patiëntenperspectief

Gemiddeld 2,5 aspecten

1 – 5 Spreiding

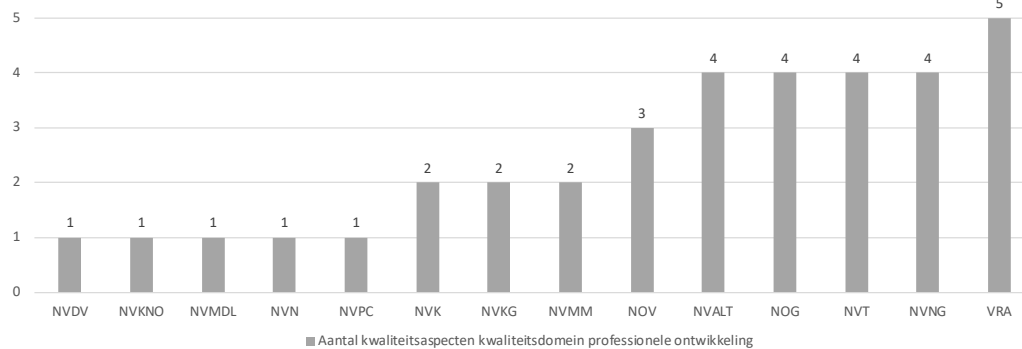
Professionele ontwikkeling

Kwaliteitsaspecten Leidraad



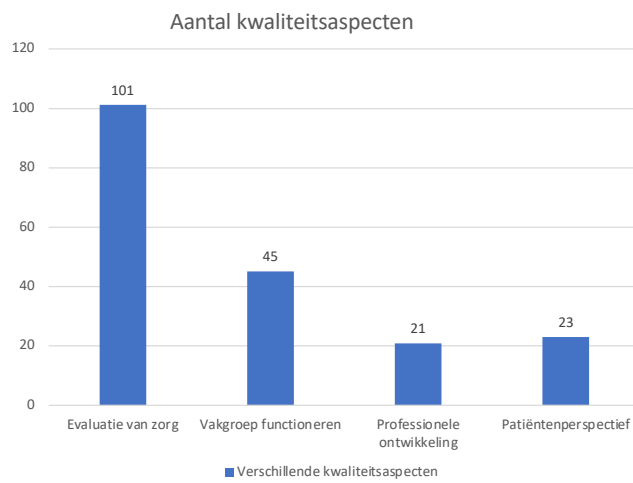
- Evaluatie van zorg
- Vakgroepfunctioneren
- Professionele ontwikkeling
- Patiëntenperspectief

Aantal kwaliteitsaspecten kwaliteitsdomein professionele ontwikkeling

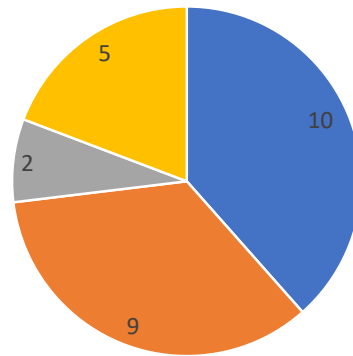


Aantal kwaliteitsaspecten kwaliteitsdomein professionele ontwikkeling

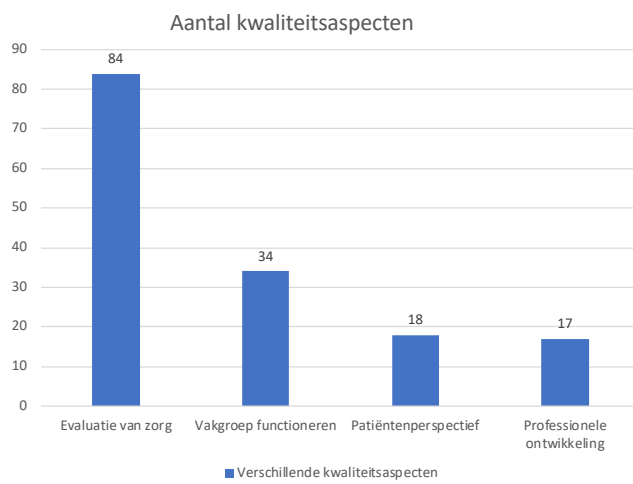
Totaal aantal kwaliteitsaspecten



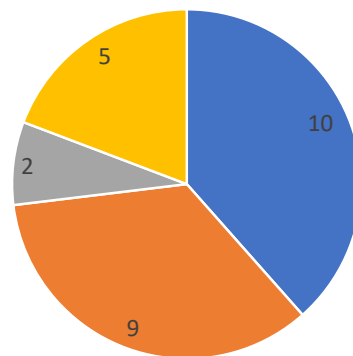
Aantal kwaliteitsaspecten Leidraad (n= 26)



Gecorrigeerd totaal aantal kwaliteitsaspecten



Aantal kwaliteitsaspecten Leidraad (n= 26)



Kwaliteitsdomein vakgroepfunctioneren - verschillen en overeenkomsten

Kwaliteitsdomein vakgroepfunctioneren	NOG	NOV	NVALT	NVMDL	VRA	NVDV	NVK	NVKG	NVKNO	NVMM	NVN	NVNG	NVPC	NVT	#
Teamklimaat														x	1
Quickscan	x				x										2
Organisatie en zelfevaluatie functioneren vakgroep											x				1
Zelfevaluatie vakgroep			x				x								2
Onderlinge verhoudingen												x			1
Onderlinge samenwerking en communicatie				x		x			x						3
Samenwerking binnen de vakgroep	x														1
Toetsing vakgroepfunctioneren								x		x		x			3
Team evaluatie													x		1
Samenwerking vakgroep met medewerkers	x														1
Samenwerking met verpleegkundig specialist(en) en physician assistant(s)								x							1
Personele ondersteuning en ruimtelijke en medische voorzieningen	x														1
Intervisie in de groep		x													1
Deelname aan intervisiegroep (bij een vakgroep bestaande uit één revalidatiearts)					x										1
Werkdruk			x												1
belasting/belastbaarheid		x				x		x		x		x	x		6
Aanspreken op ongewenst gedrag/ intercollegiale reflectie		x	x				x					x			4
Veilig en open werkklimaat								x					x		2
(Meerjaren)beleidsplan/jaarplan/jaarverslag	x		x				x								3
(meerjaren)beleidsplan/jaarverslag		x			x	x			x		x				5
(meerjaren)beleidsplan/jaarplan				x											1
(meerjaren)beleidsplan								x					x	x	3
Eenduidig medisch beleid								x							1
Revalidatiegeneeskundig handelen					x										1
Betrokkenheid beleidscyclus												x			1

Kwaliteitsdomein vakgroepfunctioneren - verschillen en overeenkomsten

48 verschillende kwaliteitsaspecten

Kwaliteitsdomein vakgroepfunctioneren	NOG	NOV	NVALT	NVMDL	VRA	NVDV	NVK	NVKG	NVKNO	NVMM	NVN	NVNG	NVPC	NVT	#
Vakgroepsvergaderingen	x	x	x		x	x		x	x	x				x	9
Teamvergaderingen					x								x		2
Teamoverleg (bij een vakgroep bestaande uit één revalidatiearts)					x										1
Contacten in- en extern		x	x			x			x	x	x		x	x	8
Samenwerking vakgroep met interne en externe partijen	x														1
Samenwerking vakgroep met raad van bestuur en stafbestuur	x														1
Overleg medewerkers endoscopieafdeling				x											1
Overleg medewerkers verpleegafdeling				x											1
Perinatale audit							x								1
Medische eindverantwoordelijkheid laboratorium										x					1
Leiding geven aan (onderdelen van) het laboratorium										x					1
Verdeling taken en verantwoordelijkheden										x					1
Melden aan Stafbestuur en Raad van Bestuur/directie		x													1
Openheid over incidenten				x											1
Melden incidenten								x							1
Tevredenheid aanvragers												x			1
Verantwoordelijkheid nucleair geneeskundige												x			1
Regionale afspraken (kinderen, oncologie, wervelfracturen en PJI)		x													1
Afspraak over deelname traumatologie		x													1
Mate orthopedische differentiatie		x													1
Wetenschappelijk werk		x													1
Deelname audits georganiseerd binnen de instelling		x													1
Positionering van de vakgroep in het regionaal zorgnetwerk					x										1

Kwaliteitsdomein vakgroepfunctioneren - verschillen en overeenkomsten

Kwaliteitsdomein vakgroepfunctioneren
Teamklimaat
Quickscan
Organisatie en zelfevaluatie functioneren vakgroep
Zelfevaluatie vakgroep
Onderlinge verhoudingen
Onderlinge samenwerking en communicatie
Samenwerking binnen de vakgroep
Toetsing vakgroepfunctioneren
Team evaluatie



Andere benaming voor (ongeveer) hetzelfde aspect



Hoe is het gesteld met de gradering?

Gradering verschillen en overeenkomsten

Uitstekend/Excellent	Streefnorm	5	1	
Goed	Basisnorm	4	2	
Matig/Voldoende	Aanbeveling	3	3	
Onvoldoende	Zwaarwegend advies	2	4	
Zware onvoldoende	Voorwaarde	1	5	



Is dat wenselijk?

Kwaliteitsdomein vakgroepfunctioneren - verschillen en overeenkomsten

Leidraad: De vakgroep voert de Quick Scan van het vakgroep functioneren jaarlijks uit en heeft een regeling om uitkomsten te analyseren, verbeteracties vast te stellen en uit te voeren. De resultaten zijn gekoppeld aan het beleidsplan en jaarverslag van de vakgroep

Evalueren van het functioneren van de vakgroep		
Overeenkomsten	<ul style="list-style-type: none"> Evaluatie uitvoeren Resultaten analyseren en bespreken Verbeterplan/-acties Evalueren verbeteracties 	WAT
Verschillen	<ul style="list-style-type: none"> Frequentie (1xpj – 1x5jr, periodiek) Methodiek (QS, alternatief, gestructureerde wijze) Enkele WV naast procesmatige formulering (PDCA) ook inhoudelijke formulering 	HOE

Kwaliteitsdomein vakgroepfunctioneren - verschillen en overeenkomsten

Verschil in gradering

- Enkele WV-en hebben geen gradering uitstekend - verschil formulering uitstekend:

VRA: Door de vakgroep wordt de Quick Scan voor evaluatie van het vakgroep functioneren structureel (minimaal 1x per 3 jaar) ingevuld, besproken, geëvalueerd en er wordt een verbeterplan gemaakt en uitgevoerd (S).

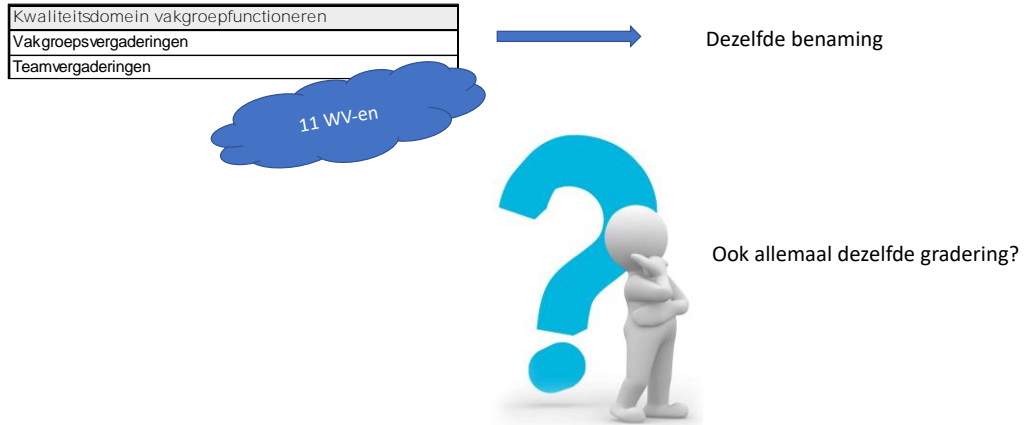
NVKG: De vakgroep voert regelmatig een evaluatie van het vakgroep functioneren uit a.d.h.v. een instrument en/of gestructureerde methodiek. De uitkomsten worden geanalyseerd, verbeteracties vastgesteld, uitgevoerd en geëvalueerd. De resultaten zijn gekoppeld aan het beleidsplan van de vakgroep (E).

- Verschil in gradering Voldoende – Onvoldoende

NOG: De Quickscan wordt ten minste iedere vijf jaar uitgevoerd, maar de resultaten worden niet besproken.

NOV: De Quickscan wordt ten minste iedere vijf jaar uitgevoerd, maar de resultaten worden niet besproken.

Kwaliteitsdomein vakgroepfunctioneren - verschillen en overeenkomsten



Kwaliteitsdomein vakgroepfunctioneren - verschillen en overeenkomsten

Vakgroepsvergaderingen	
Overeenkomsten	<ul style="list-style-type: none"> • Agenda • Notulen • Monitoren van besluiten
Verschillen	<ul style="list-style-type: none"> • Frequentie (geen, 4xpj – 8-10xpj) • Gradering

Leidraad: Er is een systeem waarmee de vakgroepsvergaderingen worden geëvalueerd en waarbij de uitkomsten worden gebruikt om de vakgroepsvergaderingen te verbeteren

Verskil in gradering

- Verschil in gradering Goed – Onvoldoende

NVDV: De vakgroep heeft minimaal viermaal per jaar een vakgroepsvergadering. De vergaderingen worden geagendeerd, genotuleerd en de uitvoering van de besluiten wordt gemonitord.

VRA: Er worden vakgroepsvergaderingen gehouden, maar zonder duidelijke structuur en/of adequate verslaglegging en/of met een frequentie van minder dan 5 x per jaar (ZA).



Concluderend: inhoud van kwaliteitsaspect grotendeels hetzelfde maar net anders verwoord door het gebruik van woorden als gestructureerd, incidenteel, duidelijk, adequaat.

Kwaliteitsdomein evaluatie van zorg - verschillen en overeenkomsten

Kwaliteitsaspecten	NOG	NOV	NVALT	NVMDL	VRA	NVDV	NVK	NVKG	NVKNO	NVMM	NVN	NVNG	NVPC	NVT	#
Kwaliteitsdomein Evaluatie van zorg															
Werken volgens richtlijnen/ naleven van richtlijnen		x	x	x		x	x	x	x				x		8
Naleven van richtlijnen (medical audit) en behandelkaders					x										1
Implementatie richtlijnen										x					1
Multidisciplinair overleg							x	x		x		x	x	x	6
Multidisciplinair overleg - consultatie en participatie	x														1
Discipline overstijgend overleg tussen vakgroepen		x													2
Multidisciplinaire teambespreking met adequate verslaglegging					x										1
Patiëntbesprekingen binnen de vakgroep										x					1
Overlegstructuren binnen vakgroep		x													1
Benigne MDL chirurgische bespreking				x											1
Traumatologie overleg		x													1
Dossievoering	x	x	x	x	x	x			x		x		x	x	11
Dossievoering; beoordeling en verslaglegging												x			1
Dossievoering; evaluatie onderling en met aanvragers												x			1
Endoscopieverslaglegging				x											1
Verslaglegging		x													1
Bereikbaarheid KNF											x				1
Continuïteit van patiëntenzorg	x	x	x	x			x	x	x	x	x		x	x	11
Continuïteit van patiëntenzorg (klinisch)					x										1
Continuïteit van patiëntenzorg (poliklinische zorg/ziekenhuisvakgroep)					x										1
Continuïteit van patiëntenzorg (vervanging bij ziekte en vakantie)					x										1
Continuïteit van patiëntenzorg en bereikbaarheid						x									1
Continuïteit patiëntenzorg en bezetting locaties												x			1
Supervisie door de oogarts bij zelfstandige spreekuren door optometristen, ANIOS en PA's	x														1
Vervangingsregeling												x			1
Berichtgeving aan de huisarts/verwijzers			x			x			x						3
Klinische ontslagbrief							x								1

Naleven van richtlijnen - 10 WV-en

Multidisciplinair overleg - 10 WV-en

Dossievoering - 12 WV-en

Continuïteit van patiëntenzorg - 11 WV-en

Kwaliteitsdomein evaluatie van zorg - verschillen en overeenkomsten

Kwaliteitsaspecten	NOG	NOV	NVALT	NVMDL	VRA	NVDV	NVK	NVKG	NVKNO	NVMM	NVN	NVNG	NVPC	NVT	#
Randvoorwaarden voor goede zorgverlening			x			x			x						2
Personele ondersteuning, ruimtelijke en materiële voorzieningen									x						1
Basismedische zorg					x										1
Werkafspraken voor physician assistants en verpleegkundig specialisten					x				x						2
Taakherschikking			x								x				2
Oncologie-overleg				x											1
Oncologische zorg			x												1
COPD			x												1
Bronchoscopie			x												1
Longfunctie			x												1
OSAS			x												1
Zorgprocessen en/of protocollen	x					x	x								3
Protocollen en werkafspraken									x						1
Protocollen													x		1
Protocollen, richtlijnen en uniform medisch beleid											x				1
Behandelprotocollen		x													2
Zorgpaden		x											x		1
Medewerkers en organisatie						x									1
Kwaliteitsindicatoren	x	x			x				x		x				5
Kwaliteitsregistratie	x														1
Kwaliteitsregistratie en bespreking														x	1
Dateregistratie														x	1
Onafhankelijke diepe infectieregistratie		x													1
Meten kwaliteit (uitkomsten) van zorg							x								1
Medebehandeling kinderarts							x								1
Up-to-date zorg- of behandelplan							x								1

Protocollen - 7 WV-en

Kwaliteitsdomein evaluatie van zorg - verschillen en overeenkomsten

Kwaliteitsaspecten	NOG	NOV	NVALT	NVMDL	VRA	NVDV	NVK	NVKG	NVKNO	NVMM	NVN	NVNG	NVPC	NVT	#
Voorbehouden handelingen							x								1
Delegeren van voorbehouden handelingen - verpleegkundigen	x														1
Delegeren van voorbehouden handelingen - PA	x														1
Bekwaamheidsverklaringen												x			1
Bezetting neonatologieverpleegkundigen							x								1
Kwaliteitskeurmerk										x					1
Consultfunctie in de volle breedte										x					1
Consultfunctie m.b.t. uitbesteed onderzoek aan derden										x					1
Consultfunctie m.b.t. uitgevoerd onderzoek van derden										x					1
Consultregistratie										x					1
Eenheid van beleid										x					1
antimicrobieel beleid										x					1
Antimicrobial stewardship										x					1
Informeren aanvragers over diagnostische mogelijkheden										x					1
Samenwerking infectiepreventie										x					1
Activiteiten infectiepreventie										x					1
Openbare gezondheidszorg										x					1
Zorgproces CGA - polikliniek-kliniek-medebehandeling								x							1
Beoordeling aanvragen												x			1
Wegkijken studies												x			1
Normtijd verslaglegging												x			1
Melden bevindingen												x			1
Nascholing omtrent hulpmiddelen												x			1
Uitvoering nucleair geneeskundig onderzoek												x			1
Risico's en uitkomsten van zorg				x											1

Kwaliteitsdomein evaluatie van zorg - verschillen en overeenkomsten

Kwaliteitsaspecten	NOG	NOV	NVALT	NVMDL	VRA	NVDV	NVK	NVKG	NVKNO	NVMM	NVN	NVNG	NVPC	NVT	#
Complicatieregistratie en melden van incidenten												x			1
Complicatieregistratie		x		x	x	x		x	x		x		x		8
Melden van incidenten (VIMMIP)	x	x			x								x		4
Melden van incidenten (VIMMIP) en calamiteiten						x									1
Melden van incidenten en klachten										x					1
Melden van complicaties, incidenten, calamiteiten en juridische procedures									x						1
Klachten en juridische procedures	x														1
Prospectieve risico-inventarisaties		x													1
Regio samenwerken										x					1
Batch nummer herleidbaar	x														1
Normtijden acute oogheelkunde	x														1
Niet algemeen erkende therapieën in Nederland	x														1
Aandacht voor netwerk								x							1
Type gewichtsprothese		x													1
Heropnames vanwege orthopedische ingreep binnen 4 weken na ontslag		x													1
Verwijzersbevraging						x									1
Fysiek individueel contact met de patiënt (algemene medisch specialistische revalidatie)						x									1
Fysiek individueel contact met de patiënt (interdisciplinaire medisch specialistische revalidatie)						x									1
Time-out procedure															1
Evidence-based werken															1
Innovatie															1
Bestuurlijke en organisatorische verantwoordelijkheid KNF															1
KNF competenties															1

Complicatieregistratie -
9 WV-en

Melden incidenten -
8 WV-en

101 verschillende
kwaliteitsaspecten

Kwaliteitsdomein evaluatie van zorg - verschillen en overeenkomsten

Naleven van richtlijnen	
Overeenkomsten	<ul style="list-style-type: none"> Nakomen van richtlijnen Beargumenteed afwijken Vastleggen in dossier Nieuwe RL-en in de vakgroep bespreken (bij merendeel van de WV-en)
Verschillen	<ul style="list-style-type: none"> Naamgeving: werken, naleven of implementatie NVDV, NVK - frequentie uitvoeren medical audit NVALT, NVMM - geen score uitstekend Formulering gradering

Leidraad: De richtlijnen van de wetenschappelijke vereniging worden wel nagekomen dan wel beargumenteed van afgeweken en het wordt in het patiëntendossier vastgelegd (Goed).

Verskil in formulering van de gradering onvoldoende

NVKG: De vakgroep is op de hoogte van het bestaan van de richtlijn maar heeft deze niet binnen de vakgroep besproken. Het nakomen dan wel beargumenteed afwijken van de geautoriseerde richtlijn wordt niet in het patiëntendossier vastgelegd.

NVPC: De richtlijnen van de NVPC worden nagekomen, maar niet beargumenteed van afgeweken en vastgelegd in het patiëntendossier.

NOV: De richtlijnen van de wetenschappelijke vereniging worden incidenteel niet nagekomen en dit wordt niet structureel in het patiëntendossier vastgelegd.

Kwaliteitsdomein professionele ontwikkeling - verschillen en overeenkomsten

21 verschillende kwaliteitsaspecten

Kwaliteitsdomein professionele ontwikkeling	NOG	NOV	NVALT	NVMDL	VRA	NVDV	NVK	NVKG	NVKNO	NVMM	NVN	NVNG	NVPC	NVT	#
(Her)registratie		x													1
Deskundigheidsbevordering	x											x			2
Overlegstructuren en onderwijs			x												1
Kennisdeling				x	x	x		x		x	x		x	x	8
Professionele ontwikkeling en kennisdeling		x													1
Kennisdeling en profilering aandachtsgebieden									x						1
Optimaal functioneren			x												1
Individueel functioneren (IFMS/GFMS)	x	x			x										3
Jaargespreeken							x								1
Scholing in emergency care voor kinderen							x								1
Onderwijs					x						x				2
Onderwijs en opleiding														x	1
Bij- en nascholing			x												1
Nascholing		x													1
Wetenschappelijk onderzoek					x									x	2
Innovatie					x										1
Activiteiten binnen de Nederlandse Vereniging voor Klinische Geriatrie (NVKG)								x							1
Inhoudelijke kennis nucleair geneeskundige staf												x			1
Stralingshygiëne en deskundigheidsbevordering												x			1
Volumenormen NOG	x														1
Richtlijnen Educatie Programma (REP)	x														1

Kennisdeling overeenkomstig bij 10 WV-en

Kwaliteitsdomein professionele ontwikkeling - verschillen en overeenkomsten

Leidraad: De vakgroep besteedt systematisch aandacht aan de professionele ontwikkeling van haar vakgroepleden en zorgt ervoor dat individuele kennis en kwaliteiten ten goede komen aan alle vakgroepleden en alle patiënten van de vakgroep en evalueert het systeem regelmatig (goed)

Kennisdeling	
Overeenkomsten	<ul style="list-style-type: none"> • Aandacht besteden aan • Ten goede komen aan collega's en patiënten
Verschillen	<ul style="list-style-type: none"> • Systematisch / periodiek / structureel • Kennis óf Kennis en Kwaliteiten • Gradering uitstekend (n=3) en zware onvoldoende (n=4) ontbreekt

Kwaliteitsdomein professionele ontwikkeling - verschillen en overeenkomsten

Verschil in gradering

- Verschil in gradering Onvoldoende – zware onvoldoende

NVKNO: Er is geen aandacht voor kennisdeling en profilering.

NVMM: De vakgroep besteedt periodiek aandacht aan de professionele ontwikkeling van haar leden van de vakgroep, maar zorgt er niet voor dat individuele kennis en kwaliteiten ten goede komen aan alle leden van de vakgroep en alle patiënten van de vakgroep.

NVKNO: n.v.t.

NVMM: De vakgroep besteedt geen aandacht aan de gezamenlijke professionele ontwikkeling van haar leden van de vakgroep en er wordt geen kennis gedeeld.

Kwaliteitsdomein patiëntenperspectief - verschillen en overeenkomsten

23 verschillende kwaliteitsaspecten

Kwaliteitsdomein patiëntenperspectief	NOG	NOV	NVALT	NVMDL	VRA	NVDV	NVK	NVKG	NVKNO	NVMM	NVN	NVNG	NVPC	NVT	#
Patiënttevredenheid/patiëntenperspectief	x	x	x	x	x	x		x	x		x	x	x		11
In kaart brengen van patiëntervaringen m.b.t. uitkomsten van zorg									x						1
Klachten claims			x				x								2
Klachten en signalen van onvrede		x			x									x	3
Klachtenafhandeling									x						1
Afhandelen van klachten en juridische procedures		x									x				2
Formele en informele klachten								x					x		2
Incidenten en complicaties							x								1
Medisch beleid vanuit de patiënt			x												1
Toegangstijden				x							x				2
Toegangstijd en wachttijd diagnostiek en behandeling					x			x	x						3
Toegangstijd en doorlooptijd												x			1
Wachttijd in de wachtruimte						x									1
Informatievoorziening/ informeren patiënten									x			x			2
Patiëntinformatie en voorlichtingsmateriaal													x	x	2
Informed consent en patiëntinformatie											x				1
Veiligheid - VMS	x														1
Veiligheid - laserprotocol	x														1
Veiligheid - stickers actueel onderhoud op apparatuur	x														1
Uitleg vertrouwelijkheid jongeren							x								1
Eigen regie patiënt							x								1
Communicatie/correspondentie aan derden											x				1
Medicatie: Klaarmaken en toedienen van parenteralia (inclusief radiofarmaca)															1

Patiënttevredenheid overeenkomstig bij 11 WV-en

Aspecten betrekking hebben op klachten bij 10 WV-en

Kwaliteitsdomein patiëntenperspectief - verschillen en overeenkomsten

Leidraad: De vakgroep brengt het patiëntenperspectief in kaart, bespreekt de uitkomsten en gebruikt deze om verbeteracties uit te voeren (Goed).

Patiëntenperspectief in kaart brengen	
Overeenkomsten	<ul style="list-style-type: none"> In kaart brengen Uitkomsten bespreken Verbeteracties uitvoeren en evalueren
Verschillen	<ul style="list-style-type: none"> Frequentie (regelmatig, 1xpj – 2xpj, 1xp5j) Gradering

Verschil in gradering

NOG: De vakgroep brengt het patiëntenperspectief niet in kaart.

NVMDL: De vakgroep brengt het patiëntenperspectief eenmaal per twee jaar in kaart, maar bespreekt de uitkomsten niet en gebruikt deze niet om verbeteracties uit te voeren (ZA).

NVMDL: De vakgroep brengt het patiëntenperspectief niet in kaart (V).

Kwaliteitsdomein patiëntenperspectief - verschillen en overeenkomsten

Klachten	
Overeenkomsten	<ul style="list-style-type: none"> • Analyseren • Bespreken • Verbeteracties vaststellen en uitvoeren
Verschillen	<ul style="list-style-type: none"> • Naamgeving; formele - informele klachten, claims, signalen van onvrede • Gebruik van term systeem of regeling • Gradering

Leidraad: De vakgroep heeft een regeling om klachten en signalen van onvrede te analyseren en te bespreken, verbeteracties vast te stellen en uit te voeren (Goed).

Verskil in formulering van de gradering voldoende

NVK: De vakgroep heeft een systeem (of maakt gebruik van een systeem van de instelling) om klachten en claims te analyseren en te bespreken, verbeteracties vast te stellen en uit te voeren.

NVT: De vakgroep analyseert klachten, signalen van onvrede en civiel-, straf- of tuchtrechtelijke procedures verband houdend met de zorgverlening, maar bespreekt deze niet.

NVKNO: De vakgroep/ zorginstelling heeft een regeling om de uitkomsten van klachten verband houdend met de zorgverlening te analyseren en te bespreken, maar er worden geen verbeteracties vastgesteld en uitgevoerd.



Stelling

- ▶ Er is teveel variatie in:
 - ▶ aantal kwaliteitsaspecten
 - ▶ naamgeving kwaliteitsaspecten
 - ▶ formulering van de kwaliteitsaspecten
 - ▶ gradering kwaliteitsaspecten

1^e Nieuwsbrief STeRK

Structurele Terugkoppeling Resultaten Kwaliteitsvisitatie

Op dinsdag 6 maart jl. heeft de eerste gezamenlijke bijeenkomst van het project STeRK plaatsgevonden waarin 14 wetenschappelijke verenigingen participeren. In deze nieuwsbrief geven we u een samenvatting van de bijeenkomst en informatie over de eerste werkperiode.

Kwaliteitsvisitaties binnen de kwaliteitscyclus – Project STeRK

Bij de opening van de bijeenkomst lichtte Alice Langeveld (voorzitter van de bijeenkomst) toe dat het project een vervolg is op het project waarin de Leidraad 'Normen- en waarderingssystematiek voor kwaliteitsvisitaties' door negen wetenschappelijke verenigingen werd geïmplementeerd. Bij project STeRK richt zich op: 'hoe onderhouden we onze normen- en waarderingssystematiek?' en 'hoe kunnen we de data uit de visitaties effectief gebruiken om het kwaliteitsbeleid binnen een wetenschappelijke vereniging bij te sturen?'

Vervolgens werden de verwachtingen van de deelnemers besproken aan de hand van 16 stellingen. Middels een interactief systeem konden alle aanwezigen aangeven of zij het met de stellingen eens of oneens waren. Dit werd telkens gevolgd door een discussie.

Over de stelling 'de visitaties zijn te arbeidsintensief' was de nodige discussie (39% eens en 61% oneens). Aangegeven werd dat ondanks de digitalisering de voorbereiding van een visitatie veel werk is, zowel voor visiteurs als gevisiteerden. Voor de gevisiteerden voelt dit vaak als piekbelasting. Het meer efficiënt maken van visitaties zal in project STeRK een punt van aandacht zijn.

Bij de stelling: 'de normenrapporten van alle specialismen moeten uniform zijn' gaf 19% van de aanwezigen aan het hiermee eens te zijn, echter in de discussie bleek dat consensus was over het feit dat in de basis meer uniformiteit moet zijn in visitatierapporten, maar dat ook ruimte voor specialisme-specifieke normen moet zijn.

Over de stelling: 'een norm waar alle vakgroepen aan voldoen moet verwijderd worden uit het normenrapport' was men zeer verdeeld (50%-50%). Tijdens de discussie bleek dat dit zeer afhankelijk is van de norm. Dit punt wordt ook binnen het project meegenomen.

Alle aanwezigen waren het eens met de stelling: 'informatie uit de visitaties moet gebruikt worden voor het kwaliteitsbeleid binnen de wetenschappelijke vereniging'. Het blijkt echter dat dit binnen de wetenschappelijke verenigingen nog geen gangbare praktijk betreft maar wel duidelijk behoefte naar is.

Werkwijze project / Inventarisatie

Door het projectteam werd uitleg gegeven over het project. In het 'werkdocument' en in de presentatie 'project STeRK' is deze informatie terug te vinden (zie ProjectPlace – 1^e gezamenlijke bijeenkomst of bij de bijlage bij deze nieuwsbrief).

Tevens werd een inventarisatie gepresenteerd over de huidige stand van zaken ten aanzien van het visiteren met normen- en waarderingssystematiek. Hieruit bleek dat slechts enkele wetenschappelijke verenigingen een systematische aanpak hebben voor het onderhoud van het normenrapport. De

terugkoppeling van visitatiebevindingen binnen de wetenschappelijke verenigingen bleek zeer beperkt.



Voorbeelden van kwaliteitscycli

Door 3 externe sprekers werden ter inspiratie voorbeelden van kwaliteitscycli besproken, waarbij elementen gebruikt kunnen worden bij de inrichting van een eigen kwaliteitscycli ten behoeve van de kwaliteitsvisitaties.

Allereerst werd door mw. Franken (adviseur Kwaliteit en Veiligheid bij Haaglanden Medisch Centrum) een toelichting gegeven over de kwaliteitscyclus met betrekking tot de interne audits binnen Haaglanden Medisch Centrum. In dit ziekenhuis worden in een cyclus van vier jaar 250 interne audits verricht. Besproken werd hoe de audits uitgevoerd worden en hoe de ziekenhuisbrede terugkoppeling van de resultaten van de audits plaatsvindt.



Elementen uit de presentatie die wij in het project kunnen gebruiken zijn:

- *Het duidelijk vastleggen van welke informatie uit de visitaties, wanneer en aan wie wordt teruggekoppeld binnen de wetenschappelijke vereniging;*

- *Het efficiënt inrichten van de analyse van visitatiegegevens;*
- *Bij het actualiseren van het normen- en waarderingsstelsel kan gebruik gemaakt worden van verschillende informatiebronnen, waaronder de speerpunten van de wetenschappelijke vereniging, nieuwe richtlijnen en de analyse van de scores in het huidige normen- en waarderingsstelsel.*

Door mw. van Beeck-Musters (adviseur Kwaliteit en Veiligheid bij het Bravis Ziekenhuis) werd een toelichting gegeven over hoe het ziekenhuis een systeembeoordeling geïntroduceerd heeft voor het kwaliteit- en veiligheidssysteem. Middels deze systeembeoordeling kunnen ziekenhuis brede risicothema's benoemd worden. Hierdoor kan informatie teruggekoppeld worden op microniveau (bijvoorbeeld naar de individuele dokter), maar ook op macroniveau (bijvoorbeeld naar de centrale VIM-commissie). Op basis van de informatie en risicothema's kunnen gerichte verbeteracties uitgezet worden.

Elementen uit de presentatie die wij in het project kunnen gebruiken zijn:

- *Hoe de belangrijkste verbeterpunten benoemd kunnen worden op basis van verschillende informatiebronnen en bij wie de informatie uit een systematische analyse terecht moet komen.*

Tot slot werd door dhr. van Dun (directeur NIAZ) een toelichting gegeven over de kwaliteitscyclus van het NIAZ. Bij een eerste NIAZ-aanvraag begeleidt het NIAZ de instelling gedurende 47 maanden en toetsen zij slechts 1 maand. De accreditatie van een instelling bestaat uit vier stappen: zelfevaluatie, interne toetsing, externe audit door NIAZ en het borgen van de voortgang. Daarnaast staat leren van elkaar hoog in het vaandel bij de NIAZ. De normen van de NIAZ worden periodiek voorgelegd aan het werkveld om deze te beoordelen op juistheid en te prioriteren.

Elementen uit de presentatie die wij in het project kunnen gebruiken zijn:

- *Ook binnen de WV-en zijn er instrumenten die weinig worden gebruikt i.r.t. het kwaliteitsbeleid, zoals kwaliteitsregistraties. Hiervan zou een afweging gemaakt kunnen worden om mee te nemen in visitaties.*
- *Voor het bereiken van verbetering is meer nodig dan alleen één bezoek in de vijf jaar.*
- *Mogelijk hebben de WV-en al impliciete normen vanuit andere commissies die gebruikt kunnen worden in de kwaliteitsvisitaties.*

Werkperiode 1 - werkinstructies

Door middel van een korte gezamenlijke opdracht kregen de aanwezigen handvatten om aan de slag te gaan in de eerste werkperiode (10-03-2018 t/m 01-11-2018):

- Vaststellen welke kwaliteitsaspecten en instrumenten gebruikt kunnen worden om informatie terug te koppelen binnen de WV (welke);
- Vaststellen welke informatie relevant is om terug te koppelen binnen de WV (wat);
- Vaststellen aan wie welke informatie teruggekoppeld gaat worden binnen de WV (wie); Vaststellen hoe de informatie teruggekoppeld gaat worden (hoe);
- Vaststellen van voorwaarden waarbinnen de terugkoppeling kan plaatsvinden; invulling geven aan onder meer de volgende aspecten: structureel, systematisch, efficiënt/niet arbeidsintensief, integraal, verbondenheid, draagvlak;
- Testen op kleine schaal – bijv. 1 of 2 kwaliteitsaspecten terugkoppelen aan commissie richtlijnen of overzicht van de gradering van de adviezen op een ALV.

VOLGENDE GEZAMENLIJKE BIJeenKOMST

Werkperiode 1 wordt afgesloten met de tweede gezamenlijke bijeenkomst. Deze zal plaatsvinden op dinsdag 30 oktober 2018 en van 16.00 uur tot 20.00 uur.

PROJECTINFORMATIE

- Uw projectadviseur zal contact met u opnemen om een eerste overleg met uw werkgroep te agenderen.
- Alle werkgroepsleden zullen deze week een uitnodiging voor de digitale omgeving ProjectPlace ontvangen. Tijdens de eerste bijeenkomst met uw adviseur zal ProjectPlace verder worden toegelicht.
- Op Projectplace vindt u ook alle presentaties die tijdens de eerste gezamenlijke bijeenkomst zijn gehouden.
- Voor vragen over ProjectPlace kunt u terecht bij v.hercules@nvdv.nl – 030 2006 801

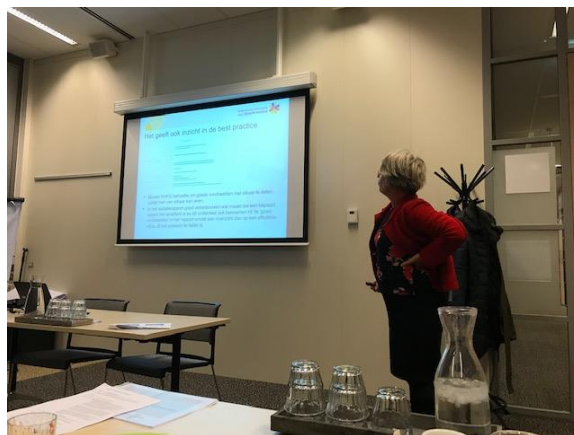
2^e Nieuwsbrief STeRK

Structurele Terugkoppeling Resultaten Kwaliteitsvisite

In deze nieuwsbrief geven wij u een update van de voortgang van het project STeRK. Wat heeft er de eerste werkperiode plaatsgevonden en wat staat er op de planning in de tweede werkperiode?

Tweede gezamenlijke bijeenkomst van 30 oktober jl.

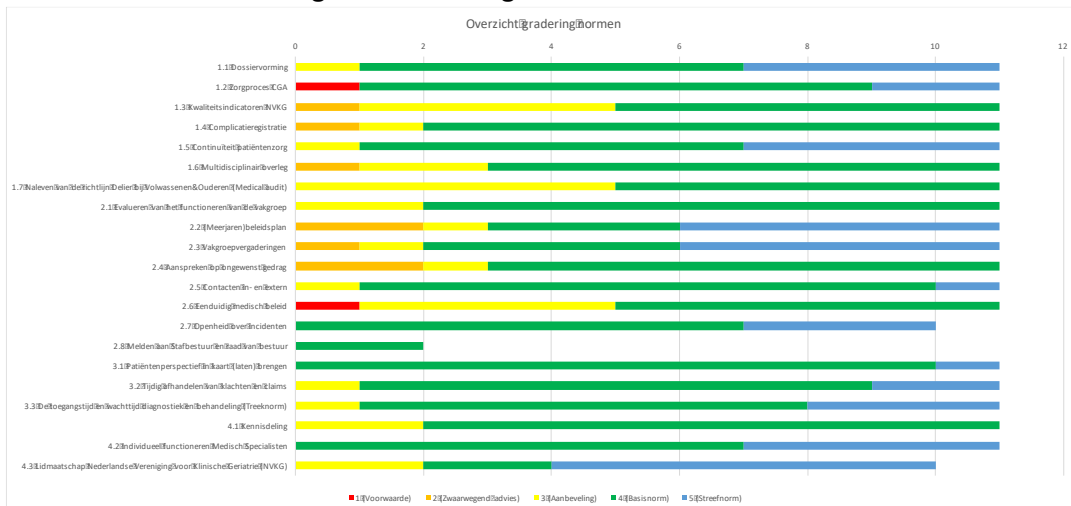
Op dinsdag 30 oktober jl. heeft de tweede gezamenlijke bijeenkomst plaatsgevonden. Voorafgaand aan de bijeenkomst hebben de werkgroepen vastgesteld welke kwaliteitsaspecten en instrumenten gebruikt kunnen worden om informatie uit de kwaliteitsvisites terug te koppelen binnen de eigen wetenschappelijke vereniging. Tevens zijn de resultaten van de kwaliteitsvisites geanalyseerd en deze resultaten zijn teruggekoppeld tijdens de gezamenlijke bijeenkomst.



Relevante bevindingen uit de eerste werkperiode:

- Het is interessant om een overzicht op te stellen met hoe tijdens kwaliteitsvisites gescoord is ten aanzien van de normen (zie voorbeeld volgende pagina). Dit overzicht van scores kan binnen de wetenschappelijke vereniging teruggekoppeld worden door bijvoorbeeld een jaarverslag en/of een presentatie tijdens een algemene ledenvergadering. Het digitale ondersteuningssysteem dient hierbij zodanig ingericht te worden dat op een efficiënte wijze een dergelijk overzicht gegenereerd kan worden. Bij

het ontwikkelen van normen en het bepalen van welke informatie uit de kwaliteitsvisitaties inhoudelijke teruggekoppeld wordt binnen de wetenschappelijke vereniging, is samenwerking met andere commissies en werkgroepen binnen een wetenschappelijke vereniging wenselijk. De participerende wetenschappelijke verenigingen hebben ervaren dat op dit moment het opstellen van het normenrapport nog ‘teveel’ een aangelegenheid van de visitatiecommissie is. Terwijl het juist een document behoort te zijn waarvoor alle commissies en werkgroepen input dienen aan te leveren en daarbij ook dienen aan te geven welke informatie zijn graag vanuit de kwaliteitsvisitatie terug willen ontvangen.



Voorbeeld van een overzicht van de score op de normen bij 11 kwaliteitsvisitatie van de NVKG

- Het is wenselijk dat gesignaleerde Best Practices (ook wel Goede Voorbeelden) vanuit de kwaliteitsvisitaties binnen de wetenschappelijke vereniging worden gedeeld. Het delen van Best Practices heeft een leereffect en de positieve ervaring kan andere vakgroepen stimuleren. Tijdens het voorjaarscongres van de wetenschappelijke vereniging zouden hierover sessies georganiseerd kunnen worden, zodat de collega’s met elkaar hierover in gesprek gaan.
- Om een norm inhoudelijk te kunnen analyseren is het gebruik van een instrument aan te bevelen. Om bijvoorbeeld zinvolle informatie over het al dan niet volgen van richtlijnen in de praktijk te kunnen analyseren, is het van belang om een bijvoorbeeld een ‘goede’ medical audit te ontwikkelen. Deze zou bij voorkeur in samenwerking met de richtlijnencommissie van de wetenschappelijke vereniging ontwikkeld moeten worden. De deelnemers van de tweede gezamenlijke bijeenkomst vragen zich af of de huidige medical audit hier het geëigende instrument voor is. De medical audits die op dit moment worden ingezet richten zich namelijk sterk op zorgvuldige dossiervoering.
- Tijdens de kwaliteitsvisitaties van de verschillende wetenschappelijke verenigingen komt naar voren dat de werkbelasting van de medisch specialisten een punt van aandacht is. Mogelijk kan vanuit de Federatie Medisch Specialisten een instrument worden aanbevolen waarmee de werkbelasting op een objectieve manier transparant kan worden gemaakt.

Hoe kun je een normenrapport onderhouden?

Tijdens het tweede gedeelte van de bijeenkomst zijn de werkgroepleden stond het onderhoud van het normenrapport centraal. Relevante bevindingen die zijn besproken:

Organiseer aan het begin van elk kalenderjaar een heidag met de leden van de visitatiecommissie en bespreek dan onder meer:

- de gradering van de normen (is de formulering van de norm en de bijbehorende vijfpuntsschaal (gradering) nog actueel);
- de evaluatie van de bevindingen van gevisiteerde vakgroepen en visiteurs (stuur evaluaties direct na uitvoering van een visitatie uit, omdat men dan nog zeer concreet kan aangegeven wat men als positief en minder positief heeft ervaren);
- of de normen duidelijk zijn of eventueel (tekstuele) aanpassing vergen;
- of de ingezette instrumenten duidelijk zijn of eventueel (tekstuele) aanpassing vergen;
- de relevantie van de normen (voldoen ze nog of niet, om de x aantal jaren) en actualiseer het normenrapport periodiek (frequentie binnen de vereniging vaststellen) om deze vervolgens te autoriseren in de algemene ledenvergadering.
- welke nieuwe normen eventueel toegevoegd zouden kunnen worden.

Betrek bij herziening van het normenrapport andere commissies en werkgroepen binnen de wetenschappelijke vereniging.

Vanuit de participerende wetenschappelijke verenigingen werd het belang onderstreept om de resultaten van de herziening van de normen binnen dit project met elkaar te delen, zodat men van elkaar kan leren.



Werkperiode 2 actualiseren van de normen- en waarderingssystematiek

De tweede werkperiode loopt van 1 november 2018 tot en met 25 juni 2019. Tijdens deze werkperiode gaan de werkgroepen hun normen- en waarderingssystematiek actualiseren. Op basis van de opgedane ervaringen wordt een aanzet gedaan voor het opstellen van een bijbehorende methodiek.

Volgende gezamenlijke bijeenkomst

Werkperiode 2 wordt afgesloten met de derde gezamenlijke bijeenkomst. Deze zal plaatsvinden op dinsdag 25 juni 2019 en van 17.00 uur tot 20.00 uur. Reserveer deze alvast in uw agenda.

3^e Nieuwsbrief STeRK

Structurele Terugkoppeling Resultaten Kwaliteitsvisitatie

In deze nieuwsbrief geven wij u een update van de voortgang van het project STeRK. Wat heeft er de tweede werkperiode plaatsgevonden en wat staat er op de planning in de derde werkperiode?

Derde gezamenlijke bijeenkomst van 25 juni

In de tweede werkperiode hebben de werkgroepen de normenrapporten en visitatie-instrumenten herzien. Op dinsdag 25 juni jl. heeft de derde gezamenlijke bijeenkomst plaatsgevonden. Tijdens deze bijeenkomst hebben de werkgroepen hun ervaringen ten aanzien van het herzien van de normenrapporten en visitatie-instrumenten met elkaar gedeeld.

Ervaringen herzien normenrapporten

- Beleidsplan/jaarverslag: Sommige WV-en hebben gekozen om deze norm aan te passen en het 'jaarverslag' te verwijderen, want "wat zegt het hebben van een jaarverslag over de kwaliteit?". Andere WV-en vinden het van belang dat vakgroepen een jaarverslag hebben, omdat zij hierdoor kunnen reflecteren op hetgeen een vakgroep heeft gedaan in de afgelopen periode. De NOV behoudt het jaarverslag in de norm en wilt vakgroepen op weg helpen door een sjabloon jaarverslag te ontwikkelen.
- Samenwerking met medewerkers: Het NOG heeft hierover een norm toegevoegd. De NVDV heeft ook een dergelijke norm. Deze norm kan heel breed gehanteerd worden, van communicatie op de werkvloer tot de organisatie van sociale uitjes. Enkele WV-en hebben een vergelijkbare norm, waarbij de nadruk ligt op het geven van onderwijs aan medewerkers en de overlegstructuur met medewerkers.
- IFMS: Veel WV-en schrappen deze norm, omdat IFMS vanaf 2020 verplicht wordt voor de herregistratie, dus is het niet langer nodig om dit bij de kwaliteitsvisitatie te toetsen. Het NOG behoudt deze norm en heeft hier de G(roep)-FMS aan toegevoegd.
- Nascholing: Veel WV-en hebben gekozen om de overzichten van de nascholingspunten (GAIA) niet langer op te vragen. Het is veel werk voor de visitatiecommissie om dit per specialist te bekijken, zeker bij grote vakgroepen. Daarnaast wordt door de RGS getoetst of een specialist voldoende nascholing gevolgd heeft. In het kader van het verminderen van de administratieve lasten vinden enkele WV-en het goed om dit niet dubbel te doen en schrappen deze norm.
- Dossiervoering: De NVKG schrapt deze norm, omdat deze altijd goed gescoord werd, maar toch voelt het als een 'stoere' keuze om dit te laten vervallen. De NVKG maakt bij de norm 'zorgproces CGA' wel gebruik van het instrument dossieronderzoek waarin ook een aantal elementen van de norm dossiervoering zijn onder gebracht.
- Ongewenst gedrag: Deze norm is door meerdere WV-en geschrapt of aangepast. De NVKG en de NVPC hebben dit veranderd in een norm over een 'veilig en open werkklimaat' en de NVALT heeft dit veranderd in 'onprofessioneel gedrag', waarbij het onderdeel uitmaakt van de aanspreekcultuur binnen een vakgroep.
- Additionele & essentiële vereisten: De NVN heeft de gradering veranderd in additionele en essentiële vereisten, zodat de standaard teksten in het normenrapport ingekort

worden. Voor meer informatie hierover, neem contact op met Tessa Geltink via t.geltink@kennisinstituut.nl

Succesfactoren bij het herzien van normenrapporten

- Een jaarlijkse heidag met de visitatiecommissie organiseren, met voorafgaand een digitale inventarisatie.
- Met een klein groepje het voorbereidende werk verrichten.
- Veel schrappen = Vermindering administratielast.
- Tijdens het traject samenwerken en afstemmen met bestuur en andere relevante commissie en werkgroepen.

Knelpunten bij het herzien van normenrapporten

- Veel nieuwe leden binnen commissie kan leiden tot weinig consensus.
- Te veel gremia binnen WV die willen meedenken met aanpassen van normen leidt tot vertraging.
- Herzien kost veel tijd en over tijd beschikken de commissieleden maar in beperkte mate.

Indexdocument

Aan het einde van project STeRK zal een indexdocument worden opgeleverd, met daarin een overzicht van alle kwaliteitsaspecten van de wetenschappelijke verenigingen. Dit is afgestemd met de Adviescommissie Kwaliteitsvisite van de FMS. Hiermee wordt kennisuitwisseling tussen WV-en gefaciliteerd. Het indexdocument zal op de Box geplaatst worden. Het is de verantwoordelijkheid van de WV-en om haar eigen index actueel te houden.

Norm 'samenwerken binnen de vakgroep'

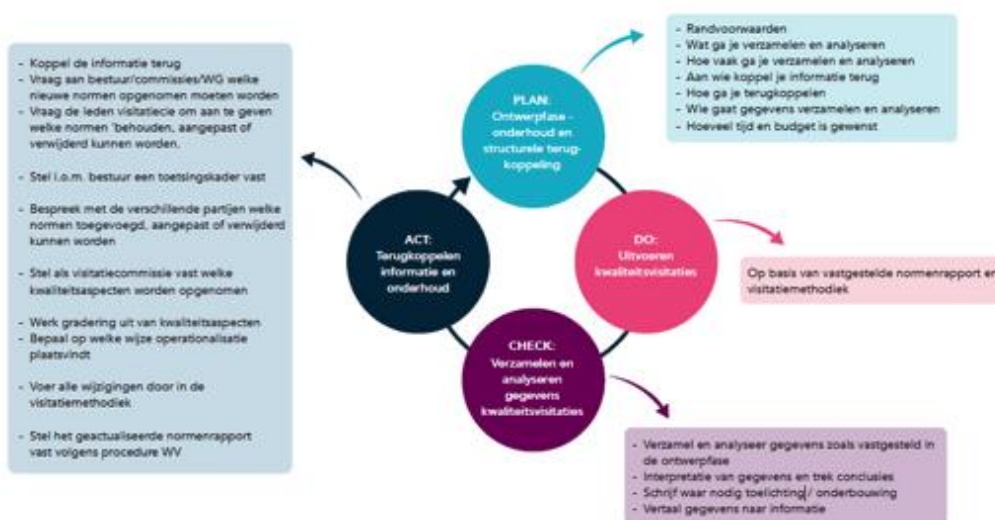
Bijna alle WV-en gebruiken de Quick Scan in de kwaliteitsvisites om de norm 'evaluatie van het vakgroepfunctioneren' te operationaliseren. Echter, de norm is procesmatig ingestoken. Een vakgroep kan aan de norm voldoen door periodiek de Quick Scan te gebruiken, maar toch problemen in de samenwerking ondervinden. Het is lastig om hier een inhoudelijke norm voor te formuleren. Sommige WV-en lossen dit op door adviezen te geven over samenwerking, maar deze adviezen vallen dan buiten het normenkader. De aanwezigen van de bijeenkomst stellen dat het essentieel is dat je als visiteur alle 'ruwe data' van de Quick Scan ter beschikking hebt, zodat je ook naar onderlinge verschillen kunt kijken en hierover kunt spiegelen en in gesprek kan gaan met de vakgroep. Het is onduidelijk wat het minimaal en maximaal aantal ingevulde Quick Scan vragenlijsten is voor een betrouwbaar resultaat. Daarnaast staan er items in de Quick Scan die meer over organisatie (harde kant van vakgroep functioneren) gaan. Een groot aantal wetenschappelijke verenigingen heeft besloten om de gevisiteerde vakgroepen vrij te laten in hun keuze welke instrument zij willen gebruiken bij deze norm. Hetgeen besproken is over de norm 'samenwerken binnen de vakgroep' zal teruggekoppeld worden aan de Adviescommissie Kwaliteitsvisite van de FMS .

Rapportage

Veel WV-en hebben lange visitatierapporten (70 pagina's). Er worden ideeën gepresenteerd om dit in te korten. De aanwezigen geven aan dat de informatie die momenteel in de rapporten staat toch essentieel is. Er kan beter gekeken worden hoe de rapporten visueel meer aantrekkelijk gemaakt kunnen worden in plaats van informatie te schrappen.

Handleiding: Inhoudelijk systeem terugkoppeling en onderhoud

De concept handleiding inhoudelijke terugkoppeling en onderhoud wordt gepresenteerd. Schematisch is het systeem al volgt weergegeven:



In de komende werkperiode zullen de WV-en hun eigen systeem vaststellen. De WV-en worden uitgenodigd om feedback te geven op de handleiding.

Werkperiode 3

De derde werkperiode loopt van 25 juni 2019 tot 29 oktober 2019. Tijdens deze werkperiode gaan de werkgroepen het systeem voor inhoudelijke terugkoppeling vaststellen en borgen en het geactualiseerde normenrapport implementeren.

Volgende gezamenlijke bijeenkomst

Werkperiode 3 wordt afgesloten met de vierde (laatste) gezamenlijke bijeenkomst. Deze zal plaatsvinden op dinsdag 29 oktober 2019 en van 16.30 uur tot 20.00 uur. Reserveer deze datum alvast in uw agenda.

4^e Nieuwsbrief STeRK

Structurele Terugkoppeling Resultaten Kwaliteitsvisitatie

In deze nieuwsbrief geven wij u een update van de voortgang van het project STeRK. Wat heeft er de laatste werkperiode plaatsgevonden?

Vierde gezamenlijke bijeenkomst van 29 oktober

In de derde werkperiode hebben de werkgroepen het systeem voor inhoudelijke terugkoppeling vastgesteld en zo mogelijk een aanvang gemaakt met de implementatie van het geactualiseerde normenrapport. Op dinsdag 29 oktober jl. heeft de gezamenlijke slotbijeenkomst plaatsgevonden. Tijdens deze bijeenkomst hebben de werkgroepen hun ervaringen met elkaar gedeeld.

Ervaringen met systeem van terugkoppeling

NVALT: Vanuit de NVALT zijn de bevindingen vanuit de kwaliteitsvisitaties over de werkdruk beschreven in het artikel 'Water staat de longarts aan de lippen' - Medisch Contact (oktober 2019). Deze conclusies zijn getrokken op basis van de geaggregeerde resultaten van de Quick Scan waaruit blijkt dat altijd een zeer hoge prioriteit door de gevisiteerde vakgroepen wordt toegekend aan het verlagen van werkdruk <https://www.medischcontact.nl/nieuws/laatste-nieuws/artikel/water-staat-de-longarts-aan-de-lippen.htm>. Dit is een voorbeeld van hoe bevindingen uit kwaliteitsvisitaties gebruikt kunnen worden om trends te signaleren binnen een beroepsgroep. Binnen de NVALT heeft de visitatiecommissie een terugkoppeling gegeven aan het bestuur, die vervolgens de keuze heeft gemaakt om hierover een artikel in het Medisch Contact te publiceren.

NVDV: De NVDV heeft in hun vakblad een artikel gepubliceerd over hun visitatiemethode, onder de titel 'Spiegeltje, spiegeltje aan de wand' (zie bijlage). In het artikel worden de scores op de normen gepresenteerd vanuit 46 kwaliteitsvisitaties, waarbij de vraag gesteld wordt of de normen een goede afspiegeling geeft van de kwaliteit van de dermatologische praktijken. De NVDV maakt tevens een jaarverslag van de resultaten van de kwaliteitsvisitaties.

Evaluatie kwaliteitsvisitaties

Het evalueren van kwaliteitsvisitaties door middel van enquêtes bij gevisiteerde vakgroepen kan een onderdeel zijn van het systeem van terugkoppeling. De evaluatie kan zich richten op het functioneren van de visitatiecommissie, de inhoud van de normen- en waarderingssystematiek en het doorlopen van het visitatieproces. Binnen veel wetenschappelijke verenigingen worden reeds enquêtes afgenomen. Het terugkoppelen van de resultaten hiervan vraagt echter nog aandacht.

Stelsel inhoudelijk terugkoppeling

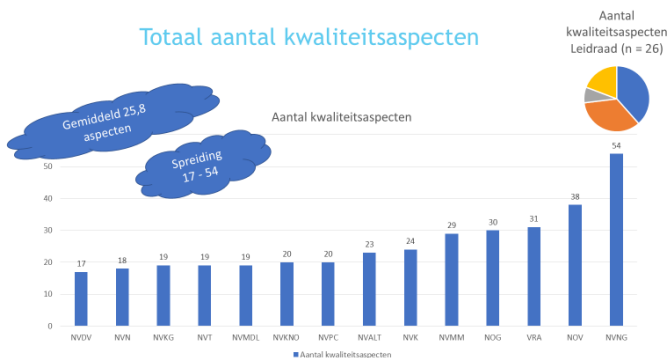
De handleiding inhoudelijke terugkoppeling en onderhoud wordt gepresenteerd en akkoord bevonden door de aanwezigen. De handleiding zal opgenomen worden in het Advies vanuit project STeRK aan de Adviescommissie Visitatie FMS. De Adviescommissie zal bepalen in hoeverre aanpassingen wenselijk zijn en of het voorgesteld zal worden als landelijke beleid t.a.v. de kwaliteitsvisitaties. Het Advies van project STeRK zal in de box geplaatst worden.

Indexformulier

Aan het einde van project STeRK zal een indexdocument worden opgeleverd, met daarin een overzicht van alle kwaliteitsaspecten van de wetenschappelijke verenigingen. Dit is afgestemd met de Adviescommissie Kwaliteitsvisitatie van de FMS. Hiermee wordt kennisuitwisseling tussen WV-en gefaciliteerd. Het indexdocument zal op de Box geplaatst worden. Het is de verantwoordelijkheid van de WV-en om haar eigen index actueel te houden.

Diversiteit in de normen- en waarderingssystematiek

Vanuit het project kwam het signaal dat vanaf de introductie van de normen- en waarderingssystematiek van de FMS in 2012 mogelijk veel variatie is ontstaan. Het projectteam heeft de herziene normenrapporten van de deelnemende wetenschappelijke verenigingen geanalyseerd en stelt dat veel variatie is in aantal, naamgeving, formulering en gradering van kwaliteitsaspecten. Een voorbeeld van diversiteit is het aantal kwaliteitsaspecten (zie onderstaande dia's). De gehele presentatie van de analyse zal opgenomen worden in het Advies STeRK.



Gradering verschillen en overeenkomsten

Gradering	Streefnorm	5	1	
Uitstekend/Excellent	Streefnorm	5	1	Green
Goed	Basisnorm	4	2	Yellow-Green
Matig/Voldoende	Aanbeveling	3	3	Yellow
Onvoldoende	Zwaarwegend advies	2	4	Orange
Zware onvoldoende	Voorwaarde	1	5	Red

Variatie in de aanduiding van de gradering



Is dat wenselijk?

Vragen

Door middel van PollEverywhere is aan de deelnemers gevraagd om te reageren op enkele vragen:

Wat vinden jullie sterk aan de huidige manier van visiteren?



Bovenstaande items die vaak genoemd worden als sterk punt, zoals het intercollegiale karakter van de visitaties, zouden behouden moeten blijven in de kwaliteitsvisitaties van de toekomst.

Wat vinden jullie zwak aan de huidige manier van visiteren?



De punten die vaak genoemd worden al zwak punt, zoals tijdrovend, zouden aandacht moeten krijgen bij het verbeteren van de kwaliteitsvisitaties in de toekomst.

Daarnaast is gevraagd in hoeverre de meest gangbare instrumenten al dan niet als zinvol worden ervaren – en dus behouden zouden moeten worden. Hieruit kwam naar voren dat de Quick Scan, de Medical audit en het dossieronderzoek als zinvol worden ervaren. De instrumenten KISZ-lijst, patiëntenenquête en huisartsenenquête worden als niet zinvol ervaren en een substantieel aantal verenigingen heeft er voor gekozen om enkele van deze instrumenten niet meer toe te passen in hun methodiek.

Afsluiting

Wat vonden jullie sterk aan STeRK?



Ter afsluiting is met de participerende verenigingen geëvalueerd hoe zij deelname aan project STeRK hebben ervaren. De ervaringen waren overwegend positief zoals blijkt uit bovenstaande sheet. Punten die ter verbetering werden aangegeven is dat het traject door enkele als te traag en te lang is ervaren. Daarnaast ligt de grote uitdaging om het systeem van terugkoppeling daadwerkelijk te implementeren.



Als bedankje hebben alle deelnemers aan de slotbijeenkomst een kadootje ontvangen als ondersteuning bij de invoering van STeRK!