

BELEIDSPLAN KWALITEIT NVMDL 2020-2025

KWALITEITSCYCLUS

- beschrijvingen goede zorg
- toepassen en uitvoering
- meten en evalueren

Inleiding	3
Doelen/ambities kwaliteitsbeleid	3
Kwaliteitscyclus NVMDL	4
Beschrijvingen van goede zorg	5
Richtlijnen	5
- <i>Methodiek</i>	5
- <i>Onderhoud van richtlijnen en richtlijnmodules</i>	5
- <i>Patiëntenperspectief</i>	5
- <i>Implementatie van richtlijnen</i>	5
Patiënteninformatie en samen beslissen	6
Doelen/ambities beschrijvingen goede zorg	6
Toepassen en uitvoering	7
Vakinhoud en profilering	7
- <i>Spreiding en concentratie van zorg</i>	7
- <i>Taakherschikking</i>	8
- <i>Netwerkgeneeskunde</i>	8
- <i>eHealth</i>	8
Opleiding, bij- en nascholing en accreditatie	9
Doelen/ambities toepassen en uitvoeren	9
Metten en evalueren	10
Kwaliteitsvisitatie	10
Individueel Functioneren Medisch Specialist (IFMS)	10
Kwaliteitsindicatoren- en registraties	10
- <i>Indicatoren</i>	10
- <i>Kwaliteitsregistraties</i>	10
- <i>Normenkader</i>	11
De gezonde dokter	11
Kennisagenda, zorgevaluatie en wetenschappelijk onderzoek	11
Doelen/ambities meten en evalueren	12

De Nederlandse Vereniging van Maag-Darm-Lever-artsen (NVMDL) vertegenwoordigt de in Nederland werkzame MDL-artsen en hen die daarvoor in opleiding zijn. De vereniging maakt zich sterk voor het leveren van goede en veilige zorg aan patiënten met aandoeningen van het maag-darmkanaal, de lever, de galwegen en alvleesklier.

Het beleidsplan NVMDL 2018–2023 - Doelmatig, duurzaam en dichtbij - verwoordt de ambitie om goede en duurzame MDL-zorg dicht bij onze patiënt te leveren, gestuurd op basis van uitkomsten van zorg en patiëntervaringen. Het is aan de raad Kwaliteit NVMDL om voor het bestuur de lijnen voor het kwaliteitsbeleid uit te zetten en deze processen te bewaken. De raad Kwaliteit NVMDL is in 2006 geïnstalleerd. De voorzitter van de raad Kwaliteit is het bestuurslid met de portefeuille Kwaliteit binnen de NVMDL. Dit vereenvoudigt de uitwisseling van informatie tussen de raad Kwaliteit en het bestuur. Onder de leden van de raad Kwaliteit zijn verschillende portefeuilles, zoals Richtlijnen, Kwaliteitsregistraties, Accreditatie van na- en bijscholing en Kwaliteitsvisitatie onderverdeeld.

Kwaliteit staat voor: veiligheid, doelmatigheid, tijdigheid, effectiviteit en patiëntgerichtheid. De raad Kwaliteit NVMDL heeft als doel het ontwikkelen en onderhouden van een geïntegreerd kwaliteitsbeleid, waarin samenhang bestaat tussen de verschillende kwaliteitsinstrumenten. Dit helpt de MDL-arts bij het continu verbeteren

van de geleverde zorg. De raad sluit aan bij de door de vereniging geformuleerde beleidsvisie Doelmatig, duurzaam en dichtbij (Beleidsplan NVMDL 2018-2023) en bij het visiedocument Medisch Specialist 2025 (FMS, 2017). De afgelopen jaren heeft het werkgebied van de MDL-arts zich sterk ontwikkeld. Verschillende initiatieven zijn uitgerold, waaronder de kwaliteitsregistratie voor complicaties van endoscopieën, en meerdere richtlijnen zijn geschreven. Daarnaast is het bevolkingsonderzoek darmkanker succesvol geïmplementeerd en ingepast in de dagelijkse praktijk van de MDL-arts. Deze voorbeelden van kwaliteitsbeleid dragen bij om de meest optimale zorg te kunnen leveren. Echter, de andere kant van de medaille laat extra administratielast, minder tijd voor de patiënt en ICT-problematiek zien.

Het doel voor de komende jaren is om tot een geïntegreerd kwaliteitsbeleid te komen waarbij de verschillende kwaliteitsinstrumenten nauw op elkaar afgestemd worden. In het voorliggende beleidsplan kwaliteit wordt aangegeven wat voor de vereniging belangrijke terreinen zijn waarop het kwaliteitsbeleid zich moet richten in 2020-2025. Om een goed overzicht te krijgen van alle activiteiten die betrekking hebben op kwaliteit wordt een breed palet aan onderwerpen beschreven. De in dit document beschreven onderwerpen variëren echter in de mate van uitwerking als in de mate waarin andere beleidsdomeinen, zoals bijvoorbeeld wetenschap/innovatie, de opleiding tot MDL-arts en beroepsbelangen, betrokken zijn.

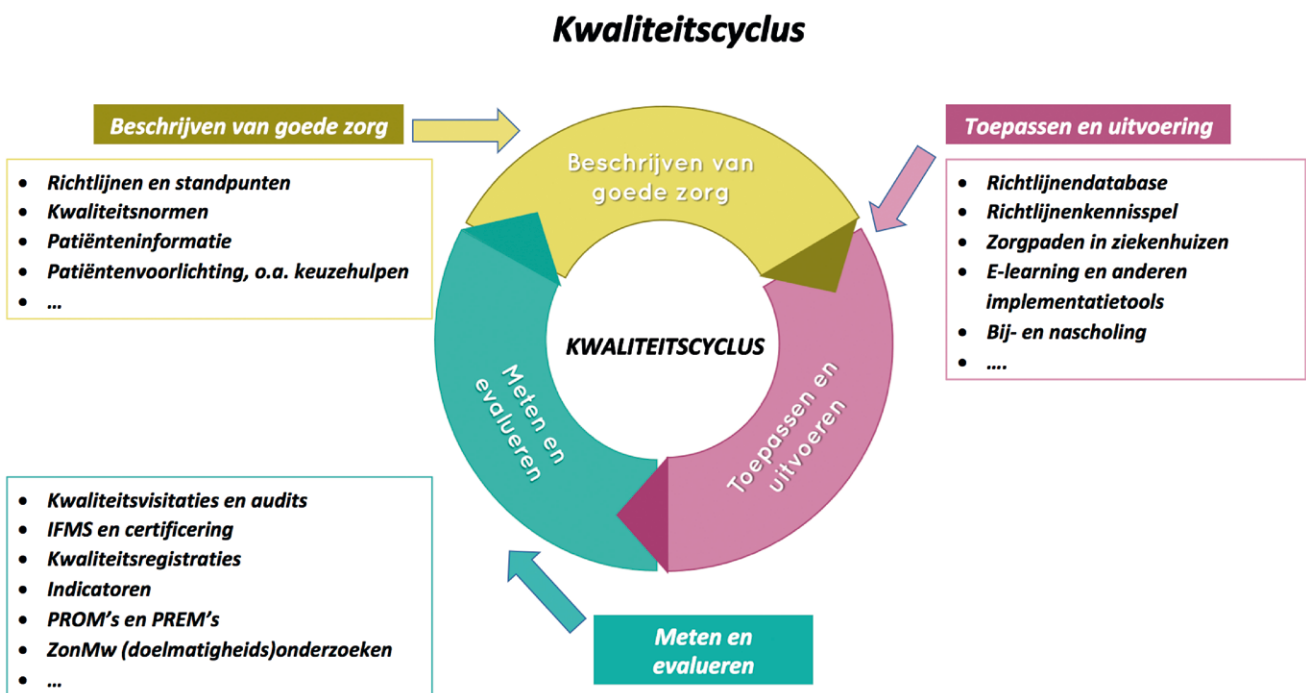
Doelen/ambities kwaliteitsbeleid

- Er is een samenhangend beleid met betrekking tot kwaliteitszorg, waarin ook onderhoud en borging van de kwaliteitsinstrumenten een plaats heeft.
- De kwaliteitsinstrumenten van de NVMDL zijn up-to-date.
- De MDL-artsen in Nederland zijn op de hoogte van het kwaliteitsbeleid van de NVMDL en participeren daarin actief.
- MDL-zorg vindt plaats op de juiste plek.
- Evaluatie van het kwaliteitsbeleid door de MDL-arts vindt plaats middels de PDCA-cyclus.

De kwaliteitscyclus beschrijft in opeenvolgende stadia (figuur 1): wat goede zorg is; hoe we die toepassen (implementeren); en op welke wijze we dat meten en evalueren. Door dit proces te doorlopen wordt duidelijk wat er reeds voorhanden is en wat er mogelijk ontbreekt in de cyclus. De cyclische en continue aanpak leidt tot een geïntegreerd kwaliteitsbeleid met als uiteindelijke doel de kwaliteit en doelmatigheid van de zorg te verbeteren. Als voorbeeld: een richtlijn wordt ontwikkeld, waarin goede

zorg, indien voorhanden evidence based, voor een bepaalde aandoening wordt beschreven. Vervolgens wordt de richtlijn geïmplementeerd in de praktijk (toepassen en uitvoering) en worden er gegevens geregistreerd met bijvoorbeeld kwaliteitsindicatoren (meten en evalueren) of wordt er zorgevaluatie-onderzoek uitgezet. Deze resultaten kunnen vervolgens gebruikt worden in de beschrijvingen van goede zorg middels een update van de richtlijn (evaluatie).

Figuur 1. Kwaliteitscyclus



Richtlijnen

Evidence-based richtlijnen zijn wetenschappelijk onderbouwde, (inter)nationaal geldende, vakinhoudelijke aanbevelingen voor optimale zorg. Richtlijnen zijn de hoeksteen van het kwaliteitsbeleid en bieden artsen en andere zorgverleners ondersteuning bij de klinische besluitvorming. Richtlijnen kunnen klinische aspecten betreffen, maar ook veiligheid, doelmatigheid, patiëntvoorkeuren, kostenoverwegingen, ethische overwegingen, juridische overwegingen en aspecten van implementatie.

Methodiek

Om patiënten de beste zorg te kunnen geven, is het van belang dat richtlijnen gebaseerd zijn op de meest recente ontwikkelingen in de wetenschap. De internationale AGREE-II-criteria (Appraisal of Guidelines for REsearch & Evaluation II), zoals ook weergegeven in het handboek Richtlijnen 2.0 van de adviesraad Richtlijnen, is de basis voor toonaangevende richtlijnen. Waar mogelijk worden richtlijnen ontwikkeld met met de GRADE-methodiek ('Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation'). GRADE is een methode om de kwaliteit van het bewijs en de sterkte van de aanbevelingen in richtlijnen transparanter weer te geven. Nieuwe richtlijnen en richtlijnen die worden gereviseerd, worden (inter)nationaal zoveel mogelijk modulair opgebouwd. Een module bestaat uit een uitgangsvraag met een aanbeveling, de wetenschappelijke onderbouwing, de overwegingen en verantwoordingsinformatie.

Goede buitenlandse richtlijnen kunnen gebruikt worden als basis en zo nodig aangepast worden aan de Nederlandse situatie. Er moet in dat geval kritisch worden gekeken of de richtlijn voldoet aan vooraf vastgestelde criteria, zoals een transparante zoekstrategie en duidelijkheid over mogelijke belangenverstremming. Het adviesrapport Adapteren van internationale richtlijnen naar de Nederlandse situatie (Kennisinstituut, 2016) kan hierbij helpen.

Voor patiënten worden bij de daarvoor geschikte richtlijnen patiënteninformatie en/of keuzehulp ontwikkeld.

Onderhoud van richtlijnen en richtlijnmodules

Voor een groot deel van de MDL-zorg bestaan momenteel richtlijnen. Deze zijn toegankelijk via de NVMDL website (<https://www.mdl.nl/richtlijnen>). Het ontwikkelen en up-to-date houden van richtlijnen is een tijdsintensief en kostbaar traject. In de komende jaren zal de focus voornamelijk komen te liggen op het up-to-date houden van het huidige richtlijnenbestand. Voor thema's waarvoor (nog) geen richtlijn bestaat, moet kritisch wor-

den onderzocht of een eventueel te ontwikkelen richtlijn wenselijk is en bijdraagt aan de kwaliteit van zorg. Recent ontwikkelde richtlijnen van de NVMDL bestaan uit modules en worden ook gepubliceerd op de Richtlijnen-database van de Federatie Medisch Specialisten (www.richtlijnen-database.nl). Het op deze nieuwe manier van ontwikkelen en publiceren van onze richtlijnen biedt de NVMDL de mogelijkheid om over te stappen op het modulair onderhouden van richtlijnen. Door modulair onderhoud is het niet noodzakelijk om een gehele richtlijn te herzien en kan ervoor worden gekozen om alleen verouderde modules/onderdelen van een richtlijn te herzien. Dit zorgt ervoor dat richtlijnen makkelijk up-to-date blijven. Met een meerjarenagenda is de ontwikkeling en herziening van richtlijnen en richtlijnmodules enigszins te plannen, en worden richtlijnen tijdig beoordeeld op actualiteit.

Patiëntenperspectief

Voor de ontwikkeling van een richtlijn is het van belang dat patiënten of vertegenwoordigers van patiëntenorganisaties meedenken in de verschillende stadia van richtlijnontwikkeling (van knelpuntinventarisatie tot commentarenfase). Dankzij de inbreng van patiënten kan de richtlijn beter aansluiten op de wensen van de patiënt, de kwaliteit verbeteren en de implementatie van richtlijnen bevorderen. Patiëntenparticipatie kan onder meer worden geborgd door een afgevaardigde van de voor de richtlijn relevante patiëntenvereniging of de koepelorganisatie Patiëntenfederatie Nederland, in de werkgroep op te nemen. Wanneer mogelijk worden ook knelpunten van de patiënten zelf gehoord. Dit kan bijvoorbeeld vormgegeven worden in een patiëntfocusgroep of via de knelpunteninventarisatie tijdens een invitationale conference.

Implementatie van richtlijnen

Richtlijnen worden opgenomen in de Richtlijnen-database van de NVMDL en van de Federatie Medisch Specialisten. Een nieuwe of gereviseerde richtlijn zal onder de aandacht van de leden worden gebracht, bijvoorbeeld middels een presentatie op de voor- of najaarsvergadering van de NVMDL, een bericht in de nieuwsbrief of het publiceren van een artikel in een vakblad. Bij een richtlijn behoort een implementatieplan te worden ontwikkeld, waarbij factoren in kaart worden gebracht die de aanbevelingen kunnen belemmeren of juist kunnen bevorderen.

De implementatie van richtlijnen blijkt in de praktijk lastig. Om de implementatie te ondersteunen is in 2017 gestart met het zogenaamde “Kennisspel van richtlijnen”. Het inmiddels geaccrediteerde Kennisspel blijkt een efficiënte manier om kennisoverdracht te bewerkstelligen. Professionals krijgen twee keer per week een meerkeuzevraag per e-mail toegestuurd waarbij in het antwoord meteen feedback wordt gegeven met verwijzing naar de bron. De vragen voor het Kennisspel komen uit de vigerende richtlijnen. De vakkennis wordt met een minimale tijdsinvestering op een breed terrein vergroot. Feedback uit het spel kan worden ingezet om de richtlijnen te verbeteren en om zorgverleners gerichter te informeren. Bij nieuwe of gereviseerde richtlijnen zullen vragen worden ontwikkeld die opgenomen kunnen worden in het Kennisspel. De continuatie en doorontwikkeling van het Kennisspel zal in 2020 verder vorm worden gegeven.

Patiënteninformatie en samen beslissen

Het belang van de patiënt is het uitgangspunt in het MDL-zorgproces. De patiënt staat centraal en is betrokken en mede-deskundige in het denken over en het komen tot besluiten. Samen Beslissen (gedeelde

besluitvorming, shared decision making) is het proces waarin de arts en de patiënt gezamenlijk bespreken welk medisch beleid het beste bij de patiënt past, waarbij alle opties, voor- en nadelen, patiëntvoorkeuren en omstandigheden worden meegenomen. Gezamenlijke besluitvorming met de patiënt zou moeten plaatsvinden tijdens de verschillende fases van het zorgproces. Een goed gesprek is hierbij de basis. Wanneer dit goed gebeurt, kan de MDL-arts een meer coachende rol nemen richting de patiënt. De raad Kwaliteit NVMDL is voornemens om in samenwerking met patiëntenverenigingen inzichtelijk te maken hoe gezamenlijke besluitvorming kan worden gestimuleerd.

Betrouwbare patiënteninformatie draagt bij aan gezamenlijke besluitvorming. Bij een hiervoor geschikte richtlijn wordt patiënteninformatie gemaakt, waarin in eenvoudige bewoordingen de kern van de richtlijn wordt weergegeven. Een lekensamenvatting van een richtlijn wordt in principe ontsloten op de website Thuisarts.nl. Een andere vorm van patiënteninformatie zijn keuzehulpen, bijvoorbeeld een Consultkaart. Deze hulpmiddelen kunnen ook bijdragen aan gezamenlijke besluitvorming.

Doelen/ambities beschrijvingen goede zorg

- Nieuwe Nederlandse richtlijnen of richtlijnen die worden gereviseerd, worden modulair ontwikkeld volgens Richtlijnen 2.0 of de daaropvolgende criteria.
- Internationale richtlijnen zonder Nederlands equivalent worden beoordeeld op toepasbaarheid in de Nederlandse zorgsetting en worden na eventuele amendering opgenomen in de Richtlijnen-database
- Het Kennisspel wordt gecontinueerd en doorontwikkeld. De NVMDL draagt het succes van het Kennisspel uit naar andere wetenschappelijke verenigingen.
- Een meerjarenagenda wordt opgesteld voor richtlijnontwikkeling.
- Door voorlichting wordt kennis bereikbaar en bruikbaar gemaakt voor de MDL-patiënt.

Vakinhoud en profilering

De MDL-arts heeft generalistische kennis en heeft daarnaast verdere specialisatie in één van de aandachtsgebieden (MDL oncologie, hepatologie, neurogastro-enterologie en motiliteit (NGM) of inflammatoire darmziekten). Binnen een vakgroep wordt gezocht naar een evenwichtige verdeling van algemene MDL-kennis en aandachtsgebieden, zodat alle MDL-patiënten passende zorg kunnen krijgen. Dit kan ook georganiseerd worden binnen een intercollegiaal (regionaal) netwerk. Dit geldt ook voor geavanceerde endoscopische verrichtingen. Omdat het onderwerp voeding buiten bovengenoemde aandachtsgebieden valt, maar wel een belangrijk onderdeel is van de MDL-zorg, is dit als beleidsspeerpunt benoemd (zie kader 1).

Binnen het ziekenhuis functioneert de MDL-arts in multidisciplinaire teams. Binnen dergelijke teams dienen er voldoende mogelijkheden te zijn om inhoudelijk de regie over het zorgproces te voeren bij patiënten met aandoeningen van het maagdarmkanaal, lever, galwegen en alvleesklier.

Spreiding en concentratie van zorg

Spreiding en concentratie van zorg beogen de kwaliteit en doelmatigheid van de zorg te verbeteren, met aan de ene kant concentratie van hoog-complexe zorg en aan de andere kant spreiding van chronische, acute en electieve zorg. De kwaliteit van zorg is hierbij leidend; de patiënt moet ervan kunnen profiteren. Het uitgangspunt is: de juiste zorg op de juiste plek voor iedere patiënt.

Het is van belang dat centra samenwerken zodat er een regionaal of zelfs nationaal netwerk ontstaat. Het doel is zorgen voor kennisconcentratie in plaats van zorgconcentratie: de patiënt wordt bij voorkeur in het ziekenhuis van eigen keuze behandeld. Daarbij kan gebruik worden gemaakt van kennis en faciliteiten elders.

De NVMDL stelt na ledenraadpleging kwaliteitseisen voor op basis van de stand van wetenschap en praktijk. Dit zijn randvoorwaarden en criteria waarmee kwaliteit, veiligheid, doelmatigheid en continuïteit van zorg kunnen worden geborgd. Een dergelijk voorstel leidt niet tot toewijzing of afwijzing van centra waar zorg geleverd moet worden.

Kader 1: Voeding en preventie

Leefstijlgerelateerde klachten zijn een groeiend probleem in de samenleving. Voeding speelt in de dagelijkse praktijk van de MDL-arts een grote rol en de MDL-arts is bij uitstek deskundig op dit gebied. Om de patiënt goed te kunnen begeleiden, is kennis van voeding daarom noodzakelijk. De afgelopen periode zijn reeds verschillende initiatieven opgezet, zoals de ontwikkeling van de richtlijnen Enterale toegang, Prikkelbare darmsyndroom en Coeliakie. Daarnaast is in de Kennisagenda van de NVMDL is een voedingsonderwerp geprioriteerd als kennishiaat en zijn in veel ziekenhuizen tegenwoordig voedingsteams aanwezig.

Voeding, als onderdeel van leefstijlmanagement en preventie, heeft desalniettemin structureel meer aandacht in MDL-praktijk en opleiding. Er zal in samenwerking met de NVMDL-commissie Voeding een plan van aanpak worden opgesteld om voeding een meer prominente plek te geven in de opleiding en bijscholing.

Voeding in de zin van leefstijl is breder dan MDL-zorg. De MDL-arts moet daarom gebruik kunnen maken van de mogelijkheden in de ketenzorg, waarin is belegd wie hoofverantwoordelijk is voor voedingsproblematiek.

Taakherschikking

Taakherschikking betekent het structureel herverdelen van taken, bevoegdheden en verantwoordelijkheden tussen verschillende beroepsgroepen, bijvoorbeeld van een arts naar een physician assistant of verpleegkundig specialist. Deze zijn zelfstandig bevoegd, hebben een eigen verantwoordelijkheid voor het handelen en zijn tucht-rechtelijk aanspreekbaar. Het primaire doel van taakherschikking is om het zorgverleningsproces doelmatiger te organiseren om zo de bestaande personele en materiële capaciteit efficiënter te kunnen inzetten.

Door de inzet van verpleegkundig specialisten en physician assistants heeft er reeds een taakherschikking plaatsgevonden. Zorg die zich hiervoor leent heeft een beperkte complexiteit, kan routinematig worden verricht en de risico's zijn te overzien. De kwaliteit van de zorg die overgedragen wordt, moet echter gewaarborgd blijven. Hiervoor is toegang tot geschikte na- en bijscholing noodzakelijk. Leden van de beroepsvereniging van de physician assistants kunnen reeds lid worden van de NVMDL, wat de toegang tot na- en bijscholing vereenvoudigt.

Netwerkgeneeskunde

Er wordt steeds vaker zorg aan de patiënt verleend in samenwerking met hemzelf, zijn naasten en andere zorgprofessionals in multidisciplinaire zorgketens. Zorg wordt in de toekomst echter niet alleen in zorgketens van opeenvolgende zorgprofessionals geleverd, maar in toenemende mate georganiseerd in een zorgnetwerk rondom de patiënt; oftewel netwerkgeneeskunde. Bij netwerkgeneeskunde kijken zorgprofessionals vanuit de eerste, tweede en derde lijn, en met de patiënt, welke zorg de patiënt wanneer nodig heeft (zie kader 2). Hierbij stuurt de behoefte aan zorg wat er uiteindelijk geleverd wordt. Met name chronische en/of multi-morbide patiënten zijn gebaat bij adequate netwerkgeneeskunde. Om dit goed van de grond te krijgen, zijn (regionale) afspraken nodig.

eHealth

De raad Kwaliteit NVMDL houdt de ontwikkelingen op ICT-gebied in de gaten, zal nieuwe initiatieven ondersteunen en waar mogelijk aansluiten bij projecten om dit in goede banen te leiden. Echter, de onzekerheden over bijvoorbeeld de inzet, patiënttevredenheid en vergoe-

Kader 2: Good practices netwerkgeneeskunde

In verschillende regio's lopen initiatieven om netwerkgeneeskunde vorm te geven. Een paar voorbeelden worden hieronder uitgelicht.

Radboudumc Nijmegen

Het Radboudumc ontwikkelde een e-learning om patiënten beter te informeren over maagklachten. Het doel hiervan is om het aantal gastroscopieën voor maagklachten te verminderen door patiënten beter te informeren. In een gerandomiseerde studie wordt momenteel het effect van deze e-learning onderzocht. Patiënten die door de huisarts worden doorverwezen voor een gastroscopie krijgen ofwel de e-learning of een gastroscopie. Voorlopige resultaten laten zien dat educatie van patiënten middels de e-learning een effectieve strategie is om het aantal gastroscopieën voor maagklachten te verminderen.

HagaZiekenhuis Den Haag

In het HagaZiekenhuis wordt sinds kort de huisarts aangeboden een teleconsult voor chronische buikpijn/prikkelbare darmsyndroom of leverenzymstoornissen. Hierdoor hoeft de patiënt niet fysiek naar het ziekenhuis te komen en wordt er advies op afstand gegeven. De evaluatie moet nog plaatsvinden.

dingen maken dat er nu geen concrete doelen voor worden gesteld.

Netwerkgeneeskunde betekent dat de MDL-arts mogelijk op andere manieren zorg gaat leveren, bijvoorbeeld via telemedicine of juist zorg biedt buiten het ziekenhuis en dicht bij de patiënt. De bekostiging en de ICT-problematiek zijn de grootste knelpunten voor netwerkgeneeskunde. Een landelijk EPD lijkt er vooralsnog niet te komen, terwijl veilige digitale gegevensuitwisseling een voorwaarde is voor netwerkgeneeskunde. Landelijke ontwikkelingen zijn gaande om de patiënt in de toekomst meer mogelijkheden te bieden om in een separaat digitaal systeem verantwoordelijkheid te nemen om zijn gezondheidsinformatie te verzamelen. Wij verwachten dat hierbij ook plaats komt voor netwerkgeneeskunde-initiatieven.

Opleiding, bij- en nascholing en accreditatie

Sinds 2019 is het nieuwe landelijke MDL-opleidingsplan NOVUM in werking. In het plan is aandacht voor MDL-zorg in de breedte, met verdieping en subspecialisatie waar en wanneer dat gewenst is. Na de opleiding is vervolgens het bijhouden of verkrijgen van kennis of nieuwe vaardigheden onderdeel van een continu leerproces. Bij- en nascholing is daarmee ook een onderdeel van de kwaliteitscyclus. Het verwerven van accreditatiepunten is een vereiste voor herregistratie. Dit kan bijvoorbeeld middels de beschikbare e-learnings of congresbezoeken. De Commissie Accreditatie bepaalt op aanvraag van de aanbieder van bij- en nascholing het aantal accreditatiepunten.

Doelen/ ambities toepassen en uitvoeren

- De MDL-arts heeft immer generalistische kennis, of heeft dit in de vakgroep of het netwerk gewaarborgd. Dit is bij voorkeur vastgelegd.
- Binnen de opleiding en bij- en nascholing komt meer aandacht voor voeding in het vakgebied.
- De toepassingen van netwerkgeneeskunde worden verder onderzocht en geïmplementeerd.
- Er is duidelijkheid over de borging van kwaliteit en de inzet van physician assistants en verpleegkundig specialisten in het MDL-vak.

Kwaliteitsvisitatie

Het evalueren en verbeteren van het individuele professionele handelen van de MDL-arts wordt op twee niveaus ondersteund: individueel via de IFMS systematiek (IFMS = Individueel Functioneren Medisch Specialisten) en op het niveau van de maatschap/vakgroep door middel van de kwaliteitsvisitaties, georganiseerd door de NVMDL. Visitaties geven inzicht in de huidige praktijkvoering en stimuleren individuele reflectie bij de MDL-arts. De basis voor de kwaliteitsvisitatie is een door de vereniging opgesteld normenrapport. De kwaliteitsvisitaties verlopen volgens de leidraad Waarderingsystematiek voor de kwaliteitsvisitatie. Hierbij is er duidelijke aandacht voor de verschillende kwaliteitsdomeinen, te weten Evaluatie van zorg, Vakgroep functioneren, Patiëntenperspectief en Professionele ontwikkeling. Doorontwikkeling van de visitatiemethodiek richt zich bij voorkeur ook op het optimaliseren van ICT-koppelingen, het digitaliseren en zo min mogelijk dubbelingen met de visitaties voor opleiding en bevolkingsonderzoek darmkanker. Ook wordt bekeken hoe best practices in kaart kunnen worden gebracht en gedeeld.

Individueel Functioneren Medisch Specialisten (IFMS)

(Groeps-) Individueel Functioneren Medisch Specialisten (IFMS) wordt vanuit het ziekenhuis georganiseerd. Hiermee wordt het eigen functioneren gereflecteerd: hoe wordt omgegaan met patiënten, diens naasten, collega's en andere betrokkenen? Ook op deze manier probeert de MDL-arts de kwaliteit van zijn werk steeds te verbeteren. Een veilig leer- en werkklimaat is hierbij een voorwaarde.

Kwaliteitsindicatoren- en registraties

Indicatoren

Indicatoren (prestatie- of kwaliteitsindicatoren) zijn meetbare elementen die aanwijzingen geven over de kwaliteit van de geleverde zorg. Een indicator heeft een signaalfunctie: het is geen directe maat voor kwaliteit maar wijst op een bepaald aspect van presteren en kan aanleiding zijn tot nader onderzoek. Er zijn drie typen indicatoren te onderscheiden: structuur-, proces- en uitkomstindicatoren en deze kunnen voor interne of externe doeleinden gebruikt worden. Van intern gebruik van indicatoren is sprake wanneer een zorgverlener resultaten vergelijkt met zichzelf, zodat hij de eigen zorg kan monitoren en verbeteren. Van extern gebruik is sprake wanneer resultaten

worden vergeleken met andere zorgverleners. Dat kan binnen de beroepsgroep zijn, maar ook daarbuiten voor bijvoorbeeld keuze-informatie voor patiënten. Kwaliteitsindicatoren dragen bij aan het transparant maken van de kwaliteit van zorg. Het is een belangrijk onderdeel van de kwaliteitszorg omdat het (interne) spiegelinformatie geeft en eventuele praktijkvariatie inzichtelijk maakt. In de basisset van de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) is een indicator opgenomen over ERCP's en op de Transparantiekalender van het Zorginstituut heeft de NVMDL twee indicatorensets: coeliakie en IBD. Deze worden zo nodig verder ontwikkeld. Het uitgangspunt bij de doorontwikkeling van indicatorensets is dat een indicator iets meet waarop de kwaliteit getoetst kan worden en dat een indicator kwaliteitsonderscheidend is. Getracht wordt om meer patiënt-gerelateerde uitkomstmaten, zoals Patient Reported Outcome Measures (PROM) en Patient Reported Experience Measures (PREM) op te nemen in de indicatorensets, met als doel in te zetten bij zorgevaluatie. Hierbij moet in ogenschouw worden genomen dat eventuele nieuwe indicatoren kunnen worden uitgevraagd zonder of met nauwelijks toename van registratielast. Bij de ontwikkeling van indicatoren is het belangrijk dat de leden van de vereniging de voorgestelde indicatoren ook ondersteunen.

Kwaliteitsregistraties

Bij kwaliteitsregistraties worden structureel en systematisch data, waaraan de kwaliteit van zorg kan worden afgeleid, aan de bron verzameld. Naast gegevens over het proces en de uitkomsten van zorg worden ook patiëntkarakteristieken verzameld, zodat casemixcorrectie kan worden toegepast. Met kwaliteitsregistraties kan de kwaliteit van zorg worden geëvalueerd. Benchmarking van uitkomsten uit deze registraties geeft inzicht in de eigen uitkomsten vergeleken met die van andere MDL-artsen en specialisten, en daarmee in mogelijkheden voor verbetering van de kwaliteit van zorg.

De NVMDL heeft de afgelopen jaren ingezet op drie kwaliteitsregistraties en de implementatie daarvan. Het complicatieregister, de Dutch Registration of Complications in Endoscopy (DRCE), registreert complicaties van endoscopieën. De Dutch Gastrointestinal Endoscopy Audit (DGEA) heeft als doel inzicht in de kwaliteit van coloscopieën te verkrijgen. Beide registraties zijn ondergebracht bij DICA en in werking sinds 2016. Daarnaast is er de registratie voor Endoscopische Retrograde Cholangio- en Pancreaticografie (ERCP), ondergebracht bij VREST. Het bewerkstelligen van koppelingen tussen het EPD en kwaliteitsregistraties is noodzakelijk

voor een acceptabele registratielast. Bij een groot aantal ziekenhuizen zijn daarom ondertussen koppelingen gemaakt met het ICT-systeem en de DGEA. Hierdoor is registratie aan de bron een feit voor deze registratie en dit zal bijdragen aan de implementatie en de vulling van de registratie. De komende periode zal gebruikt worden om de dekkingsgraad verder te vergroten.

De verzameling van data is weliswaar gaande, maar voor de terugkoppeling van data is er nog een slag te maken. Het gebruik van data richt zich nu nog voornamelijk op wetenschappelijk onderzoek, terwijl het doel om de kwaliteit te verbeteren enigszins achterblijft. Daadwerkelijke benchmarking en terugkoppeling van verbeterpunten, maar ook van zaken die goed gaan, kunnen de kwaliteit bevorderen. Naast spiegelinformatie kunnen de resultaten ook gebruikt worden voor bijvoorbeeld de beschrijvingen van goede zorg, zoals in een richtlijn of keuzehulp. Op deze manier wordt de kwaliteitscyclus sluitend en worden kwaliteit en veiligheid nog beter verankerd in de MDL-zorg. De komende jaren zal de NVMDL niet primair inzetten op nieuwe registraties. Wel zal aandacht worden besteed aan de verdere inbedding van de registraties binnen de NVMDL en de optimalisatie daarvan. Daartoe dient nauwe afstemming te zijn tussen de clinical audit boards van de registraties, de raad Kwaliteit NVMDL en het bestuur. Betrokken medisch specialisten zijn vertegenwoordiger namens de vereniging en geven advies aan de NVMDL. Afstemming dient te bestaan over wat wordt geregistreerd tussen bestuur en de gemandateerde vertegenwoordiger(s).

Normenkader

Endoscopie units worden beschouwd als hoog risicoafdelingen waar de kans op het optreden van incidenten bovengemiddeld groot is. De NVMDL heeft met ingang van 2018 het werken volgens het normenkader Patiëntveiligheid voor Endoscopieafdelingen (volgens HKZ) verplicht gesteld. Het verkrijgen van een certificaat hiervoor kan door de NVMDL niet worden verplicht aan de ziekenhuizen of instellingen. Het standpunt van de NVZ/NFU aan haar leden is om separate trajecten voor certificering niet langer te honoreren. Dit standpunt wordt door de NVMDL gerespecteerd en past in de gezamenlijk geuite wens om administratie- en registratielast en kosten te reduceren. In het kader van de zowel door medisch specialisten als instellingen als (te) hoog ervaren last aan administreren en registreren wordt gezamenlijk

door NVMDL met de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ) en de Federatie Medisch Specialisten (FMS) bekeken waar “geschrap” kan worden met behoud van de beoogde kwaliteit van zorg. Dat neemt niet weg dat endoscopie-afdelingen nog steeds dienen te voldoen aan de hierboven gestelde NVMDL-normen. Duidelijk is dat wanneer zich incidenten voordoen, de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd zal toezien op het werken volgens het door MDL-artsen gekozen kwaliteitsnormenkader. Wanneer een afdeling niet HKZ-gecertificeerd is, ligt de bewijslast bij de instelling (ziekenhuis of ZBC) die de zorg verleent. Het blijvend voldoen aan het normenkader is een continu proces met als doel om de kwaliteit te verbeteren dan wel op niveau te houden. Individuele endoscopiecertificaten (betreffende specifieke endoscopische verrichtingen) die de NVMDL vereniging uitgeeft, worden cyclisch geëvalueerd en doorontwikkeld.

De gezonde dokter

Medisch specialisten staan vaak onder hoge werkdruk, en bijna 20% van de MDL-artsen in opleiding heeft burn-out gerelateerde klachten. De NVMDL streeft naar vermindering van werkdruk en registratielast. De maatschappelijke vraag naar transparantie moet worden afgewogen tegen de werklast om alle gegevens te registreren (administratielast). De vermindering van administratielast is een NVMDL-breed thema. Optimale (ICT-)randvoorwaarden, zoals registratie aan de bron, zijn hierbij essentieel. Er worden geen nieuwe initiatieven ten aanzien van registratie(s) gehonoreerd zonder vooraf gemaakte afspraken en adequate borging met betrekking tot IT-ondersteuning. Visitaties van onze beroepsgroep (onder andere kwaliteits-, opleidings- en BVO-darmkankervisitaties) worden inhoudelijk doorontwikkeld en beter op elkaar afgestemd met als doel het “dubbele” werk eruit te halen.

Kennisagenda, zorgevaluatie en wetenschappelijk onderzoek

Met zorgevaluatie wordt bestaande zorg beoordeeld en wordt antwoord gegeven op de vraag welke zorg onder de gegeven omstandigheden het meest effectief is. Zorgevaluatie levert gezondheidswinst op voor de patiënt; onderbouwt richtlijnen en instrumenten voor gezamenlijke besluitvorming. Zorgevaluatie is een essentieel onderdeel van het medisch specialistisch kwaliteitsbeleid. De systematische literatuur searches die worden uitgevoerd bij richtlijnontwikkeling geven inzicht in de vraag voor welke aspecten bewijs is en voor welke aspecten geen

onderzoeksbevindingen voorhanden zijn. Bij elke module in de richtlijn zal de commissie nagaan welk vervolgonderzoek wenselijk is. Door het uitvoeren van deze onderzoeken wordt de kwaliteitscirkel gesloten en is het mogelijk om bij een herziening van de richtlijn het bewijs vanuit het uitgevoerde onderzoek te verwerken in de geactualiseerde richtlijn. De NVMDL heeft in 2018 een kennisagenda gepubliceerd waarin een overzicht wordt gegeven van bestaande kennishiaten. Deze kennisagenda wordt onder de aandacht gebracht onder subsidieverstrekkers (denk bijvoorbeeld aan ZonMw) om financiële

middelen te genereren. Er zijn reeds verschillende initiatieven opgestart en voor een aantal projecten is honorering toegekend. Voor het wetenschappelijk onderzoek dat antwoord kan bieden op deze kennishiaten, zijn (onderzoeks)netwerken nodig. Om deze te bevorderen neemt de NVMDL deel aan een multidisciplinair project dat de mogelijkheden verkent. De NVMDL stimuleert haar leden om mee te werken aan wetenschappelijk onderzoek en zorgevaluatieonderzoek.

Doelen/ ambities meten en evalueren

- Data van kwaliteitsregistraties en kwaliteitsvisitaties worden gebruikt voor evaluatie, onderhoud en doorontwikkeling.
- MDL-artsen gebruiken de PDCA-cyclus (onder andere IFMS en kwaliteitsvisitatie) om zichzelf te verbeteren.
- Getracht wordt om meer patiënt-gerelateerde uitkomstmaten, zoals Patient Reported Outcome Measures (PROM's) en Patient Reported Experience Measures (PREM's) op te nemen in de indicatorensets.
- De registratielast wordt geïnventariseerd en waar mogelijk verminderd.
- De kennisagenda wordt verder geïmplementeerd en tijdig geüpdatet.

**Colofon**

Beleidsplan Kwaliteit NVMDL 2020 - 2025

© 2019 Nederlandse Vereniging van Maag-Darm-Leverartsen

Postbus 657

2003 RR HAARLEM

Tel. 023-5513016

E-mail: kwaliteit@mdl.nl

Website: www.mdl.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 vereniging.

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

De richtlijnontwikkeling werd gefinancierd uit de Stichting Kwaliteitsgelden Medisch Specialisten (SKMS). Het Kennisinstituut van de Federatie Medisch Specialisten heeft het project ondersteund.