

Toekomstvisie Kwaliteitsvisitaties

Adviescommissie Kwaliteitsvisite FMS

Januari 2021

Definitieve versie

Samenvatting Toekomstvisie Kwaliteitsvisitaties

Het doel van een kwaliteitsvisitatie is het stimuleren van kwaliteitsverbetering van de geleverde zorg. De unieke methode van een kwaliteitsvisitatie is de intercollegiale beoordeling van het functioneren van een vakgroep. Dit doel en de methode staan in dit visiedocument niet ter discussie.

Dit visiedocument richt zich op een zodanige doorontwikkeling van het visitatiemodel, zodat kwaliteitsvisitaties ook in de toekomst van toegevoegde waarde blijven.

De Adviescommissie Kwaliteitsvisitatie is van mening dat het bestaande visitatiemodel met de vier domeinen evaluatie van zorg, patiëntenperspectief, vakgroepfunctioneren en professionele ontwikkeling in grote lijnen toekomstbestendig is. Kwaliteit van zorg heeft in de toekomst steeds meer te maken met uitkomstgerichte, integrale netwerkzorg en (thematische) verantwoording en reflectie. Van de vier domeinen vergen het patiëntenperspectief, in het licht van uitkomstgerichte zorg, en het functioneren van de vakgroep in zorgnetwerken de meeste aanpassing. Deze twee domeinen en de bijbehorende kwaliteitsaspecten zullen daarom verder doorontwikkeld moeten worden.

Wil de kwaliteitsvisitatie bijdragen aan het leren en verbeteren van de vakgroep, dan is het essentieel dat om de vijf jaar bij dezelfde vakgroep niet elke keer precies hetzelfde wordt getoetst. Dat betekent voor de commissie kwaliteitsvisitatie van de wetenschappelijke verenigingen: eenheid waar mogelijk en maatwerk waar nodig. Via een minimale visitatie en thematisch visiteren kunnen kwaliteitsvisitaties beter bijdragen aan (ruimte voor) kwaliteitsbevordering van de vakgroep.

Voor de toekomst van de kwaliteitsvisitatie worden de volgende aanbevelingen gedaan:

- 1 Kom tot een minimale, gemeenschappelijke set van kwaliteitsaspecten die in alle kwaliteitsvisitaties van wetenschappelijke verenigingen terugkomt.
- 2 Kom op basis van een lijst van mogelijke thema's en geïdentificeerde risico's voor kwaliteit tot een prioritering van enkele thema's voor kwaliteitsvisitaties.
- 3 Zorg dat de zelfevaluatie voldoende uitkomstgerichte informatie bevat waarbij de vakgroep een zekere vrijheid heeft om te bepalen welke informatie wordt verzameld en op welke manier.
- 4 Zorg dat in het visitatiegesprek de aangedragen kwantitatieve gegevens en de zelfevaluatie helpen om het gesprek te voeren over de terugblik, maar vooral bijdragen aan een vooruitblik.
- 5 Zorg voor een eenduidige, kernachtige rapportage van de kwaliteitsvisitatie.
- 6 Stem kwaliteitsvisitatie in de tijd beter af op andere kwaliteitsinstrumenten als opleidingsvisitatie en IFMS/GFMS door deze gelijktijdig te laten plaatsvinden en/of stukken wederzijds beschikbaar te stellen.
- 7 Neem innovatie standaard mee als kwaliteitsaspect in de minimale basisset van de kwaliteitsvisitatie.

- 8 Zorg voor betere borging en profilering van de kwaliteit van kwaliteitsvisitaties richting derden.
- 9 Voeg aan het domein vakgroepfunctioneren het functioneren van de vakgroep in netwerken toe.
- 10 Spits de kwaliteitsaspecten bij het domein patiëntenperspectief toe op uitkomstgerichte zorg en waardegedreven zorg.
- 11 Pas de kwaliteitsaspecten van het domein patiëntenperspectief zodanig aan, dat samen beslissen als uitgangspunt voor het medisch specialistisch handelen wordt genomen in alle fasen in het zorgproces.

Inhoudsopgave

Samenvatting Toekomstvisie Kwaliteitsvisitaties	2
1 Inleiding	5
2 De bestaande kwaliteitsvisitatie	6
2.1 Ontwikkelingen in het visitatiemodel	
2.2 Visitatiemethodiek en opbrengsten	
3 Aandachtspunten bij de bestaande kwaliteitsvisitatie	10
3.1 Doorontwikkeling kwaliteitsvisitatie	
3.2 Waardegedreven zorg en toegevoegde waarde voor de patiënt	
3.3 Uitkomstgerichte zorg en samen beslissen	
3.4 Netwerkgeneeskunde en functioneren van de vakgroep in netwerken	
3.5 Ontregelen kwaliteitsvisitatie	
3.6 Innovatie en visitatiethema's	
3.7 Conclusie aandachtspunten kwaliteitsvisitatie	
4 Toekomstvisie	13
4.1 Algemene uitgangspunten	
4.2 Minimale visitatie	
4.3 Thematisch visiteren	
4.4 Ontregelde visitatie	
4.5 Visitatie in samenhang met andere kwaliteitsinstrumenten	
4.6 Innovatie en kwaliteitsvisitatie	
4.7 Netwerken en kwaliteitsvisitatie	
4.8 Patiënten en kwaliteitsvisitatie	
5 Conclusie doorontwikkeling kwaliteitsvisitatie	19
6 Implementatie	20
Bijlage Leden Adviescommissie Kwaliteitsvisitatie	21

1 Inleiding

De kwaliteitsvisitatie is een belangrijk 'handelsmerk' van de medisch specialistische wetenschappelijke verenigingen. Het unieke van kwaliteitsvisitatie is de intercollegiale beoordeling van het functioneren van een vakgroep. Onder auspiciën van de eigen wetenschappelijke vereniging verrichten medisch specialistische visiteurs een peer review van vakgroepen. Deze intercollegiale toetsing is niet vrijblijvend. Resultaten van de kwaliteitsvisitatie worden gemeld bij het stafbestuur en de Raad van Bestuur van de instelling en bij het bestuur van de wetenschappelijke vereniging. Disfunctionerende vakgroepen worden aangezet tot een stevig verbetertraject. Deelname aan een kwaliteitsvisitatie is dan ook een eis bij de herregistratie van medisch specialisten.

De Adviescommissie Kwaliteitsvisitatie is onderdeel van en adviseert de Raad Kwaliteit van de Federatie Medisch Specialisten (FMS). Deze adviezen gaan over de samenhang tussen de kwaliteitsvisitaties en specialisme overstijgende onderwerpen. Daarbij houden wetenschappelijke verenigingen een bepaalde vrijheid in de uiteindelijke invulling. De Adviescommissie heeft de opdracht gekregen om een toekomstvisie voor de kwaliteitsvisitatie op te stellen, met speciale aandacht voor het definiëren van het doel van een visitatie en de manier waarop de kwaliteitsvisitatie kan functioneren ten opzichte van andere kwaliteitssystemen. In deze visie komt ook verminderen van administratieve lasten aan de orde.

Dit document schetst de toekomstvisie op de kwaliteitsvisitatie voor wat betreft het overkoepelende *visitatiemodel*. Het visitatiemodel beschrijft specialisme-overstijgend (niveau FMS) de kwaliteitsdomeinen met bijbehorende kwaliteitsaspecten. Naast het visitatiemodel zijn te onderscheiden:

- Visitatiemethodiek; de door een bepaalde wetenschappelijke vereniging gehanteerde werkwijze bij een kwaliteitsvisitatie. Deze methodiek is afgeleid van het visitatiemodel.
- Waarderingsystematiek; de manier waarop een visitatiecommissie de kwaliteitsaspecten beoordeelt om tot een eindoordeel te komen. De meeste wetenschappelijke verenigingen gebruiken als basis hiervoor de leidraad van de FMS.¹
- Uitkomsten; de opbrengst van de visitatie.

De visitatiemethodiek, waarderingsystematiek en uitkomsten komen in deze toekomstvisie niet of nauwelijks aan de orde.

In verschillende bijeenkomsten met de wetenschappelijke verenigingen is gewerkt aan de contouren van de toekomstvisie van de kwaliteitsvisitatie. De volgende paragraaf gaat eerst in op het bestaande model van kwaliteitsvisitatie. Vervolgens noemt de Adviescommissie een aantal aandachtspunten bij de bestaande kwaliteitsvisitatie, rekening houdend met de visie 'Medisch Specialist 2025' en andere ontwikkelingen rond zorg(kwaliteit). Tenslotte wordt de toekomstvisie voor de kwaliteitsvisitatie geschetst met daarin aanbevelingen en een implementatieparagraaf om de toekomstvisie dichterbij te brengen.

¹ <https://www.demedischspecialist.nl/file/371/download?token=WmaFu16t>

2 De bestaande kwaliteitsvisitatie

2.1 Ontwikkelingen in het visitatiemodel

De kwaliteitsvisitatie is ingevoerd in 1989. Er bestaan in die periode grote verschillen tussen de visitatiemodellen en methodieken van de diverse wetenschappelijke verenigingen. Na vijftien jaar is het model aan vernieuwing toe en ontstaat in 2005 een meer uniform visitatiemodel '(Kwaliteitsvisitatie nieuwe stijl). Er zijn vier kwaliteitsdomeinen die in elke visitatie worden getoetst. De vier domeinen zijn onderverdeeld in diverse kwaliteitsaspecten met bijbehorende instrumenten. Met name evaluatie van zorgprocessen en professioneel functioneren van medisch specialisten krijgen sinds 2005 meer aandacht² (zie de onderstaande tabel).

Kwaliteitsvisitatie nieuwe stijl 2005	
Domein	Kwaliteitsaspecten
Evaluatie van zorg	<i>Evaluatie (ongunstige) zorguitkomsten Evaluatie van zorgprocessen Evaluatie van het management van zorgprocessen</i>
Patiëntenperspectief	<i>Evaluatie patiëntenmening Evaluatie van patiëntenklachten</i>
Maatschapsfunctioneren	<i>Evaluatie van het maatschapsfunctioneren</i>
Professionele ontwikkeling	<i>Evaluatie van vakinhoudelijke kennis en vaardigheden Individueel functioneren Wetenschap en innovatie Opleiding, onderwijs</i>

Om beter (uniform) te toetsen en te verbeteren, ontstaat in 2009, na de evaluatie van de kwaliteitsvisitatie nieuwe stijl, een gestandaardiseerde oordeelsvorming op basis van drie verschillende adviezen: voorwaarden, aanbevelingen en zwaarwegende adviezen. Daaraan zijn verbeterplannen gekoppeld. Wetenschappelijke verenigingen delen sindsdien conclusies en adviezen uit de visitaties ook met de Raad van Bestuur en het Stafbestuur/Stafconvent van het ziekenhuis of de instelling.

In 2012 ontstaat de Leidraad waarderingssystematiek waarmee wetenschappelijke verenigingen hun eigen normen- en waarderingstelsel verder kunnen concretiseren en uniformeren.³ De leidraad formuleert de normen, inclusief omschrijvingen van afwijkingen in positieve en negatieve zin. Eind 2013 verschijnt het visiedocument Optimaal functioneren⁴ dat enkele mogelijkheden noemt tot het verbeteren van de visitatie.

² Orde van Medisch Specialist (2005). *Kwaliteitsvisitatie nieuwe stijl: Handboek voor wetenschappelijke verenigingen*. Fossen, A.; Hagemeyer, J.W.; Koning, J.S. de, Logtestijn, S.I. van, Lombarts, M.J.M.H. Utrecht. https://www.nvvc.nl/PDF/Visitaties/Boek_visitatie_nieuwe_stijl.pdf

³ <https://www.demedischspecialist.nl/file/371/download?token=WmaFu16t>.

⁴ <https://www.demedischspecialist.nl/sites/default/files/Optimaal%20functioneren%20van%20medisch%20specialisten.pdf>, pp. 15,16

Aanbevelingen voor de kwaliteitsvisitatie uit Optimaal Functioneren (2013, pp. 15,16)

- *meer aandacht voor de professionele omgeving van de medisch specialist;*
- *het vooraf aanleveren van gegevens aan de visitatiecommissie, inclusief een zelfevaluatie door de vakgroep;*
- *andere (vak-)groepen hun mening laten geven over het functioneren van de te visiteren vakgroep;*
- *verbeteradviezen ook op andere dan puur medisch-inhoudelijke competenties;*
- *visitatie zien als een kans tot verbetering, met inzicht in knelpunten en verbeterpunten;*
- *het delen van conclusies en verbeterpunten met Medisch Stafbestuur en Raad van bestuur van de instelling;*
- *verbinding leggen tussen kwaliteitsvisitatie en de persoonlijke ontwikkelpunten (POP's) van de vakgroepleden (met behulp van het systeem voor Individueel Functioneren Medisch Specialisten (IFMS)⁵ of het als groep delen en bespreken van IFMS (GFMS)).⁶*

De Adviescommissie Kwaliteitsvisitatie van FMS heeft deze aanbevelingen stapsgewijs de afgelopen jaren verkend en nader uitgewerkt. Zo is onder andere onderzocht of het toevoegen van een externe deskundige aan de visitatiecommissie meerwaarde heeft.⁷ De aangedragen punten voor optimaal functioneren zijn ook door afzonderlijke wetenschappelijke verenigingen opgepakt. Dat heeft nog niet geleid tot wezenlijke wijzigingen in het visitatiemodel.

In het project STeRK⁸ heeft een veertiental wetenschappelijke verenigingen zich gebogen over het als wetenschappelijke vereniging onderhouden van de normen- en waarderingssystematiek en het terugkoppelen van inhoudelijke bevindingen vanuit de verrichte kwaliteitsvisitaties. Uit hun analyse blijkt dat er tussen wetenschappelijke verenigingen behalve overeenkomsten tussen de te toetsen kwaliteitsaspecten ook grote verschillen bestaan. Er is bijvoorbeeld verschil in het aantal kwaliteitsaspecten, de naamgeving en de formulering van de kwaliteitsaspecten. Het rapport STeRK beveelt aan te bepalen in welke mate variatie in de normen- en waarderingssystematiek acceptabel is.

2.2 Visitatiemethodiek en opbrengsten

Wat maakt de kwaliteitsvisitatie nu uniek? In de vergadering van de Raad Kwaliteit (3 okt 2019) is de aanwezigen gevraagd naar de unieke eigenschappen van de kwaliteitsvisitatie. Figuur 1 vat de respons samen.

⁵ IFMS is gericht op het evalueren en verbeteren van het individuele professionele handelen van medisch specialisten. Dit gebeurt door in een periodiek gesprek de omgevingsfeedback en het eigen portfolio te bespreken en te gebruiken als eventuele input voor een individueel verbeterplan. In 2014 is de Leidraad IFMS gepubliceerd. In aanvulling op IFMS wordt ook aangeraden de resultaten van IFMS als groep te delen en te evalueren (GFMS), wat kan bijdragen aan een constructief verbeterklimaat. Dat is relevant voor de kwaliteitsvisitatie, omdat een vakgroep mede aanspreekbaar is op en medeverantwoordelijk voor het individueel functioneren van de leden.

⁶ Per 1 januari 2020 geldt het voldoen aan een vorm van evaluatie van het individueel functioneren als eis voor de herregistratie. In 2019 is de Leidraad IFMS geëvalueerd en is een advies voor (Ont)regel IFMS geformuleerd.

⁷ In het project Visiteren met een niet-medisch specialist.

⁸ Advies Structurele Terugkoppeling Resultaten Kwaliteitsvisitaties (STeRK) (2020).



Figuur 1 Raad Kwaliteit 3 oktober 2019. Wordcloud over de vraag: Wat maakt de kwaliteitsvisiteatie uniek?

Het intercollegiale spiegelen van het functioneren van de vakgroep en het reflecteren in een vertrouwde en veilige omgeving motiveren tot kwaliteitsverbetering en leren. Deze unieke kenmerken hebben vooral te maken met de **visitatiemethodiek**:

- een toets op het functioneren van de vakgroep door collega's van hetzelfde specialisme (peer review);
- de aandacht voor de harde kant van kwaliteit én voor de zachte kanten van het functioneren van de vakgroep, zoals communicatie en samenwerking;
- de actieve betrokkenheid van de wetenschappelijke vereniging bij het uitvoeren van visitaties;
- een continu verbeterproces en het actief bijdragen aan een goede kwaliteitscyclus.

De opbrengst die deelnemers van de Raad Kwaliteit toekennen aan de kwaliteitsvisiteatie is weergegeven in Figuur 2. De opbrengst van de kwaliteitsvisiteatie betreft vooral de unieke inzichten in het eigen functioneren en het intercollegiaal functioneren. Dat draagt bij aan kwaliteitsbewustzijn en mogelijke verbeterpunten. Soms levert een kwaliteitsvisiteatie echter weinig op en gaat de kwaliteitsvisiteatie gepaard met irritatie, frustratie en stress. Verbetering van de kwaliteit van zorg wordt niet expliciet als opbrengst genoemd. Mogelijk komt dat doordat er naast de kwaliteitsvisiteatie diverse andere kwaliteitsinstrumenten hun intrede hebben gedaan, waardoor de toegevoegde waarde van specifiek de kwaliteitsvisiteatie minder zichtbaar is.



Figuur 2 Raad Kwaliteit 3 oktober 2019 Wordcloud over de vraag: Wat is de opbrengst van kwaliteitsvisitaties?

Juist de kwaliteitsvisitatie kan bijdragen aan kwaliteitsbevordering door:

- het verleggen van de focus van hoe de kwaliteit van zorg is naar of er zorg is voor kwaliteit;
- het stimuleren van het borgen van kwaliteit;
- het positioneren van de vakgroep zowel binnen het ziekenhuis/de instelling als binnen de beroepsgroep;
- het periodiek terugkoppelen en toetsen op verbeterpunten;
- het bieden van input voor beleid van de beroepsgroep en de wetenschappelijke vereniging dat aansluit bij wat er speelt op de werkvloer.

3 Aandachtspunten bij de bestaande kwaliteitsvisitatie

3.1 Doorontwikkeling kwaliteitsvisitatie

De Adviescommissie Kwaliteitsvisitatie verwacht dat visitatie in de toekomst een krachtig instrument blijft ten opzichte van andere kwaliteitsbewakende of – bevorderende systemen. De voornaamste reden hiervoor is dat medisch specialisten intrinsiek gemotiveerd zijn voor deelname aan een kwaliteitsvisitatie. Doordat collega's elkaar beoordelen in een open, veilige sfeer aan de hand van normen krijgen vakgroep, visitatiecommissie, Stafbestuur en Raad van Bestuur een goede inkijk in het functioneren van de vakgroep en de werkpraktijk. Kortom, doordat de visitatie een instrument is van de beroepsgroep zelf over de uitoefening van het vak, staat de kwaliteitsvisitatie als zodanig niet ter discussie. Tegen andere kwaliteitsinstrumenten die van buitenaf worden opgelegd, bestaat meer weerstand.

De kwaliteitsvisitatie is echter geen statisch gebeuren. De opvatting over wat hoort bij een goede praktijkvoering is aan wetenschappelijke, technische, politieke en maatschappelijke ontwikkelingen onderhevig en heeft daardoor een dynamisch karakter. Een aantal belangrijke (beleids)ontwikkelingen en hun impact op de kwaliteitsvisitatie worden hier samengevat.

3.2 Waardegedreven zorg en toegevoegde waarde voor de patiënt

Waardegedreven zorg richt zich op het realiseren van toegevoegde waarde voor de patiënt.⁹ Toegevoegde waarde is te omschrijven als: uitkomsten die er voor de patiënt toe doen. Dit betreft medisch-technische uitkomsten, maar ook 'zachtere' uitkomsten die passen bij een breed perspectief op gezondheid, waaronder kwaliteit van leven en positieve gezondheid.¹⁰ Voor het domein patiëntenperspectief zijn deze zachtere uitkomsten van belang, maar ook de harde uitkomsten die patiënten zelf rapporteren.

3.3 Uitkomstgerichte zorg en samen beslissen

Het programma uitkomstgerichte zorg¹¹ is niet alleen gericht op verbetering van de kwaliteit van leven voor de patiënt, maar ook op het leveren van kwaliteit door en verhoging van het werkplezier van de zorgverlener. Uitkomstinformatie draagt bij aan samen beslissen¹², dat wil zeggen dat medisch specialisten patiënten goed informeren en actief betrekken bij de besluitvorming rond hun behandeling zodat ze gezamenlijk vanuit hun verschillende expertise de best passende behandeloptie kiezen. Samen beslissen draagt bij aan zorgen voor 'de juiste zorg

⁹ https://nfukwaliteit.nl/pdf/Bouwstenen_voor_werken_aan_waardegedreven_zorg.pdf

¹⁰ RIVM (2019). *Het gebruik van brede gezondheidsconcepten. Inspirerend en uitdagend voor de praktijk.* https://iph.nl/wp-content/uploads/2020/01/factsheet-brede-gezondheidsconcepten_rivm_dec-2019a_def.pdf

¹¹ <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2018/07/02/ontwikkeling-uitkomstgerichte-zorg-2018-2022>

¹² <https://www.demedischspecialist.nl/onderwerp/samen-beslissen-0>

op de juiste plek'.¹³ Samen beslissen hoort ook een kwaliteitsaspect in de kwaliteitsvisitatie te zijn.

3.4 Netwerkgeneeskunde en functioneren van de vakgroep in netwerken

Rond patiënten met multiproblematiek ontstaan zorgnetwerken met een geheel eigen dynamiek. Het gaat hier vooral om aandoeningsgerichte netwerken, georganiseerd vanuit de zorgverleners. Medisch specialisten werken hierbij samen met patiënten en hun naasten en andere zorgverleners. Ook ontstaan vormen van netwerkzorg door de concentratie van zorg. Bij de ontwikkeling van zorgnetwerken nemen medisch specialisten steeds meer het voortouw, zowel fysiek als digitaal.¹⁴ De meeste vakgroepen functioneren bovendien in meer, verschillende zorgnetwerken. Door de directe samenwerking in zorgnetwerken verandert de omgeving van de maatschap of de vakgroep. De veranderende netwerkomgeving waarin de medisch specialisten functioneren, moet bij het domein vakgroepfunctioneren explicieter aan bod komen.

3.5 Ontregelen kwaliteitsvisitatie

De kwaliteitsvisitaties kosten een vakgroep veel voorbereidingstijd. De administratielast zorgt regelmatig voor irritatie en frustratie. Het programma (Ont)Regel de Zorg wil de door zorgprofessionals ervaren regeldruk merkbaar verminderen.¹⁵ De regeldruk rond de kwaliteitsvisitatie is te beperken door de focus te leggen op de toegevoegde waarde voor de vakgroep. Waar andere accreditaties zich bewegen op het niveau van de instelling of het ziekenhuis als geheel, richt de visitatie zich puur op kwaliteitsaspecten waar de vakgroep iets mee moet en kan. Met name in de voorbereiding van visitaties is tijdwinst te halen door te putten uit reeds beschikbare informatie (bijvoorbeeld van andere accreditaties). Daarnaast kunnen wetenschappelijke verenigingen vakgroepen meer vrijheid geven in de aan te leveren informatie en zelfevaluatie. Dit kan wel betekenen dat de visitatiecommissie méér voorbereidingstijd nodig heeft.

3.6 Innovatie en visitatiethema's

Vernieuwing kan zich op verschillende manieren voordoen in de vorm van producten (medicatie of medische technologie), diensten (behandelmethode), modellen (financiering en samenwerking) of in sociale veranderingen (cultuur). Een kwaliteitsvisitatie moet vakgroepen in algemene zin stimuleren tot innovaties en de implementatie daarvan in de praktijk. Innovaties

¹³ <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2018/04/01/de-juiste-zorg-op-de-juiste-plek>;

¹⁴ <https://www.demedischspecialist.nl/sites/default/files/Visiedocument%20Medisch%20Specialist%202025-DEF.pdf>

¹⁵ <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/kamerstukken/2019/10/04/kamerbrief-over-voortgang-programma-ontregel-de-zorg>. Ook in 'Blijk van vertrouwen' pleit de Raad voor Volksgezondheid en Samenleving ervoor dat de verantwoording door de medisch specialist anders en eenvoudiger kan. <https://www.raadvsv.nl/documenten/publicaties/2019/05/14/advies-blijk-van-vertrouwen---anders-verantwoorden-voor-goede-zorg>

zijn aan de ene kant noodzakelijk, maar aan de andere kant ook risicovol omdat het vaak om nog niet bewezen zorg gaat. In visitaties zou daarom rekening gehouden moeten worden met algemene innovaties, maar ook met innovaties specifiek voor een bepaalde vakgroep. Algemene innovaties lenen zich goed voor een thematische visitatie. Ook de IGJ is meer thematisch toezicht gaan houden. Wellicht kunnen visitatiethema's worden afgeleid uit de aandachtsgebieden van FMS, IGJ (en mogelijk ook ZN). Op deze manier kan een actueel overzicht van relevante visitatiethema's worden samengesteld, waar wetenschappelijke verenigingen voor hun medisch specialisme uit kunnen putten. Dat zou visitaties voor instellingen wellicht ook waardevoller maken. Er zijn signalen dat raden van bestuur nu maar weinig doen met de uitkomsten van kwaliteitsvisitaties. En dat is zonde.

3.7 Conclusie aandachtspunten kwaliteitsvisitatie

Kwaliteit van zorg heeft in de toekomst steeds meer te maken met uitkomstgerichte, integrale netwerkzorg en (thematische) verantwoording en reflectie. De Adviescommissie Kwaliteitsvisitatie is van mening dat het bestaande visitatiemodel met de vier domeinen en kwaliteitsaspecten in algemene zin behouden kan blijven. Van de vier domeinen spelen het patiëntenperspectief en het functioneren van de vakgroep nog het minst in op uitkomstgerichte, integrale netwerkzorg. Deze twee domeinen en bijbehorende kwaliteitsaspecten zullen verder doorontwikkeld moeten worden.

Wil de kwaliteitsvisitatie bijdragen aan het leren en verbeteren van de vakgroep, dan is het essentieel dat om de vijf jaar bij dezelfde vakgroep niet elke keer precies hetzelfde wordt getoetst. Dat betekent voor een commissie kwaliteitsvisitatie van een wetenschappelijke vereniging: eenheid waar mogelijk en maatwerk waar nodig. Via een minimale visitatie en thematisch visiteren kunnen kwaliteitsvisitaties beter bijdragen aan (ruimte voor) kwaliteitsbevordering van de vakgroep.

4 Toekomstvisie

4.1 Algemene uitgangspunten

Een kwaliteitsvisitatie is een gewaardeerd kwaliteitsinstrument, waarvan de toegevoegde waarde niet ter discussie staat. Het doel van een kwaliteitsvisitatie is het stimuleren van kwaliteitsverbetering van de geleverde zorg. Het intercollegiale spiegelen van het functioneren van de vakgroep en het reflecteren in een vertrouwde en veilige omgeving motiveren tot kwaliteitsverbetering en leren. Behalve aan het leren en verbeteren van de vakgroep draagt de kwaliteitsvisitatie bij aan het zelfreinigend vermogen van de wetenschappelijke vereniging.

Een algemene conclusie uit verschillende bijeenkomsten met de wetenschappelijke verenigingen - en ook uit het rapport STeRK – is dat de kwaliteitsvisitatie onbedoeld kan neigen naar afvinken wat wel of niet wordt gedaan. De achterliggende vraag naar het kwaliteitsbeleid van de vakgroep blijft soms onderbelicht. Het verschuiven van de focus naar leren en verbeteren en zorg voor kwaliteit kan voor de vakgroep stimulerend werken.

Het voorbereiden van de kwaliteitsvisitatie gaat gepaard met administratieve ballast en dat leidt soms tot frustratie en irritatie. Voor niet-medisch specialisten is de toegevoegde waarde van de kwaliteitsvisitatie ten opzichte van andere kwaliteitssystemen niet altijd duidelijk. Het beter zichtbaar maken van het unieke karakter van de kwaliteitsvisitatie, het zoveel mogelijk benutten van beschikbare informatie en voorkomen van dubbel werk kan de ervaren lastendruk verminderen.

4.2 Minimale visitatie

In de toekomst is het wenselijk dat wetenschappelijke verenigingen gebruik maken van een minimale set van basisgegevens die in ieder geval bij elke vakgroep getoetst wordt tijdens een kwaliteitsvisitatie. Het is een set gegevens die niet door andere instanties of andere kwaliteitssystemen wordt uitgevraagd. De minimale set raakt de verschillende kwaliteitsaspecten en kwaliteitsdomeinen en vormt als het ware de harde kern van de kwaliteitsvisitatie. In het project STeRK is nagegaan welke kwaliteitsaspecten in de visitatie regelmatig bij wetenschappelijke verenigingen terugkomen en welke kwaliteitsaspecten slechts bij enkele wetenschappelijke verenigingen worden uitgevraagd.

Aanbeveling 1: Kom tot een minimale, gemeenschappelijke set van kwaliteitsaspecten die in alle kwaliteitsvisitaties van wetenschappelijke verenigingen terugkomt.

De minimale visitatie bestaat uit kwaliteitsaspecten bij de vier domeinen die niet via andere kwaliteitsinstrumenten worden getoetst. Daarmee is ook de garantie af te geven dat in een kwaliteitsvisitatie vanuit FMS deze kwaliteitsaspecten aandacht krijgen.

4.3 Thematisch visiteren

Naast de harde kern van de 5-jaarlijkse terugkerende minimale visitatie, zal de toekomstige visitatie zich richten op risicogebieden en (eenmalige) thema's. Bij risicogebieden valt te denken aan medicatiebeleid. Momenteel kiezen vakgroepen soms zelf al thema's die ze als collega's onderling willen bespreken. Ook is het mogelijk dat vanuit de beroepsgroep(en) thema's worden geïdentificeerd. Thema's kunnen voortvloeien uit best practices, zoals rond doelmatigheid, dure geneesmiddelen, zorgpaden, kwaliteitscultuur, en positieve gezondheid. Thema's zijn ook af te leiden uit risico's voor de kwaliteit zoals de Inspectie voor Gezondheid en Jeugd (IGJ), Zorginstituut Nederland (ZIN) en Zorgverzekeraars Nederland (ZN) die formuleren. Innovatie in brede zin kan ook een thema zijn. De FMS kan – via de Adviescommissie Kwaliteitsvisitation – een rol spelen in het formuleren van thema's. De uiteindelijke keuze ligt bij de wetenschappelijke verenigingen al dan niet in overleg met de te visiteren vakgroep. Van de visitatie (kerneel + themadeel) wordt één verslag gemaakt. Dit verslag wordt niet gedeeld met derden anders dan nu al het geval is.

Aanbeveling 2: Kom op basis van een lijst van mogelijke thema's en geïdentificeerde risico's voor kwaliteit tot een prioritering van enkele thema's voor kwaliteitsvisitationes.

Op basis van een actuele lijst van geprioriteerde thema's kunnen wetenschappelijke verenigingen en vakgroepen een thema selecteren voor het visiteren.

4.4 Ontregelde visitatie

Het invullen van enquêtes, KISZ-lijsten en scans wordt vaak als grote registratielast gezien door gevisiteerden. Het toepassen van meetinstrumenten en de uitkomsten daarvan heeft in de loop der jaren vaak tot boekwerken geleid. Er zijn verschillende goede voorbeelden van wetenschappelijke verenigingen die voor het meten van de kwaliteitsaspecten de inzet van instrumenten en de vragenlijsten hebben vereenvoudigd en administratieve verplichtingen voor de zelfevaluatie hebben geschrapt.

Vaak leggen wetenschappelijke verenigingen nu nog vast welke informatie op welke manier moet worden aangeleverd voordat het gesprek plaatsvindt. De adviescommissie ziet voor de vakgroepen zelf een belangrijke taak in het bijhouden van de door hen geleverde kwaliteit. De vakgroep kan op eigen wijze uitkomsten inzichtelijk maken, zonder dat bepaalde meetinstrumenten verplicht worden opgelegd. Vanuit bijvoorbeeld kwaliteitsregistraties en EPD's is veel data beschikbaar die bijdraagt aan transparantie, doelmatigheid en een betere kwaliteit van zorg. Deze bestaande kwaliteitsregistratie zijn goed bruikbaar en de resultaten zijn direct terug te koppelen naar de zorgverleners.

Aanbeveling 3: Zorg dat de zelfevaluatie voldoende uitkomstgerichte informatie bevat waarbij de vakgroep een zekere vrijheid heeft om te bepalen welke informatie wordt verzameld en op welke manier.

Geef meer vrijheid aan de vakgroep hoe zij de zelfevaluatie verricht en schrap opgelegde administratieve verplichtingen.

De kwaliteitsvisitatie is zowel bedoeld om het functioneren van vakgroepen te toetsen als vakgroepen te stimuleren tot leren en verbeteren. Controleren en stimuleren tot betere patiëntenzorg gaan daarmee hand in hand.

Aanbeveling 4: Zorg dat in het visitatiegesprek de aangedragen kwantitatieve gegevens en zelfevaluatie helpen om het gesprek te voeren over de terugblik, maar vooral bijdragen aan een vooruitblik.

Gegevens zijn geen doel op zich, maar helpen in de voorbereiding als spiegel om zodoende een beter gesprek te kunnen voeren over leren en verbeteren. Waar werkt de vakgroep naar toe?

Een mogelijke 'quick win' op het gebied van reductie administratieve lasten is het visitatierapport. Tussen de wetenschappelijke verenigingen bestaan grote verschillen in de omvang en aard van de rapportage. Het is wenselijk daar een handreiking voor te ontwikkelen.

Aanbeveling 5: Zorg voor een eenduidige, kernachtige rapportage van de kwaliteitsvisitatie.

Beperk de rapportage tot de zaken die ertoe doen voor het voorhouden van de spiegel en het leren en verbeteren.

4.5. Visitatie in samenhang met andere kwaliteitsinstrumenten

Medisch specialisten werken mee aan diverse, deels overlappende informatie-, controle- en accreditatiecycli om de kwaliteit van zorg te waarborgen en inzichtelijk te maken. Sinds het ontstaan van de kwaliteitsvisitatie zijn er alleen maar meer kwaliteitssystemen bijgekomen. Dat maakt het noodzakelijk om duidelijk af te bakenen wat wel tot de kwaliteitsvisitatie hoort en wat niet. Resultaten van opleidingsvisitaties of instrumenten die voor andere kwaliteitsdoeleinden worden gebruikt, zijn goed als input voor de zelfevaluatie te gebruiken, zodat het werk niet over hoeft te worden gedaan. Als het ziekenhuis waar de vakgroep werkzaam is bijvoorbeeld heeft gekozen voor bepaalde certificering of accreditatie, zou het auditrapport voor de vakgroep een bron met sturingsinformatie kunnen zijn. Gebruik van dit soort informatie helpt bij het 'ontregelen' van de kwaliteitsvisitatie.

Deelname aan evaluatie van het individueel functioneren (IFMS) is een aparte eis geworden voor herregistratie. Daarom hoeft het geen onderdeel meer te zijn van het domein professionele ontwikkeling van de kwaliteitsvisitatie. Wel is het wenselijk de informatie uit IFMS/GFMS te

gebruiken.¹⁶ Dat kan bijvoorbeeld door individuele doelen en ontwikkelplannen (als de medisch specialist dat toestaat) in de groep te bespreken en/of door vragen over de vakgroep toe te voegen aan de vragen over het individu, zoals nu in sommige ziekenhuizen al gebeurt. Dergelijke collegiale groepsevaluaties van individueel functioneren kunnen zinvolle informatie opleveren voor de kwaliteitsvisite. Een dergelijke afstemming van kwaliteitsvisite en IFMS/GFMS bevordert bovendien de uitvoering van de individuele ontwikkelplannen.

Aanbeveling 6: Stem kwaliteitsvisite in de tijd beter af op andere kwaliteitsinstrumenten als opleidingsvisite en IFMS/GFMS door deze gelijktijdig te laten plaatsvinden en/of stukken wederzijds beschikbaar te stellen.

Kijk of kwaliteitsvisite en opleidingsvisite in hetzelfde tijdvak kunnen plaatsvinden, waardoor de administratieve belasting voor beide visites minder wordt. Dat geldt ook voor IFMS/GFMS.

4.6. Innovatie en kwaliteitsvisite

Innovatie is de sleutel om de zorg ook voor de toekomst kwalitatief hoogwaardig en toegankelijk te houden. Innovatie is essentieel voor leren en verbeteren en de blik op de toekomst. Daarom is het van belang innovatie op het vakgebied standaard onderdeel te maken van de minimale basisset voor de kwaliteitsvisite. Dit maakt een heldere visie van de vakgroep op een actieve rol bij innovatie van groot belang.

Aanbeveling 7: Neem innovatie standaard mee als kwaliteitsaspect in de minimale basisset van de kwaliteitsvisite.

Innovatie wordt als kwaliteitsaspect toegevoegd aan de minimale basisset.

De kwaliteitsvisite kan pas echt een krachtig instrument zijn als het door stakeholders als IGJ, Raden van Bestuur en Stafbestuur ook als zodanig wordt ervaren. De resultaten en de indringende betekenis van de kwaliteitsvisite lijken nog onvoldoende door hen te worden erkend. Eerste vereiste is natuurlijk dat de inhoud van de kwaliteitsvisite op orde is en dat de kwaliteit van de kwaliteitsvisite is geborgd. Vervolgens is het wenselijk dat wetenschappelijke verenigingen afzonderlijk en in FMS-verband de kwaliteitsvisite als handelsmerk uitdragen richting derden.

Aanbeveling 8: Zorg voor betere borging en profilering van de kwaliteit van kwaliteitsvisites richting derden.

De kwaliteitsvisite medisch specialisten moet garant staan voor kwaliteit.

¹⁶ Uit: 'Advies (Ont)regel IFMS' oktober 2019.

4.7 Netwerken en kwaliteitsvisitatie

Netwerkgeneeskunde is een belangrijke invalshoek voor de kwaliteitsvisitatie van de toekomst. Er bestaan al voorbeelden waarin zorgpaden of netwerken van zorgverleners worden gevisiteerd, zoals bijvoorbeeld SEH-visitaties en visitaties van laboratoria.

In deze netwerkzorg is relevant dat er een duidelijke afbakening is van wat onder het netwerk wordt verstaan, wie daar onderdeel van uitmaakt en welke rol de beroepsgroep daarin speelt. Er zijn netwerken die bepaalde thema's of aandoeningen clusteren, zoals dementie en COPD en die de basis vormen voor normering, best practice of zorgpad. Meer specifiek is na te gaan hoe de vakgroep participeert in het netwerk en wordt ervaren door andere zorgprofessionals in het netwerk, bijvoorbeeld als het gaat om verwijzingen en gegevensdeling. Een en ander is nu reeds te vinden in een van de vier domeinen van kwaliteitsaspecten, maar nog te weinig gericht op het functioneren van de vakgroep in het netwerk.

Een aandachtspunt bij het functioneren van de vakgroep is toetsing van de kwaliteit van de zorg die in toenemende mate wordt geleverd door aanverwante beroepsgroepen, zoals verpleegkundig specialisten, nurse practitioners, physician assistants, fysiotherapeuten en andere paramedici. Van belang is daarbij oog te houden voor de invloedssfeer van het medisch specialisme zelf. De Adviescommissie is van mening dat voor nu de kwaliteitsvisitatie zich primair moet blijven richten op de betreffende vakgroep van medisch specialisten. In de visitatie moet wel nadrukkelijk aandacht zijn voor de samenwerking tussen medisch specialisten en andere beroepsgroepen.

Voor beide zaken (netwerkgeneeskunde en aandacht voor andere beroepsgroepen) geldt dat het niet mag leiden tot een toename van registratielast!

Aanbeveling 9: Voeg aan het domein vakgroepfunctioneren het functioneren van de vakgroep in netwerken toe.

Ga na hoe de vakgroep bijdraagt aan netwerkgeneeskunde en samenwerkt met andere disciplines.

4.8 Patiënten en kwaliteitsvisitatie

Naar aanleiding van verschillende besprekingen in de Adviescommissie en met de Patiëntenfederatie valt nog niet te concluderen of het toevoegen van patiënten aan de visitatiecommissie meerwaarde heeft. De resultaten van pilots die op dit moment lopen, wachten we met belangstelling af. Niettemin vindt de adviescommissie dat het patiëntenperspectief om doorontwikkeling vraagt. De relatie tussen patiënt en medisch specialist is in de toekomst met name gericht op het optimaliseren van de kwaliteit van leven voor de patiënt, positieve gezondheid en het bevorderen van preventie. Dit is meer dan alleen de behandeling van de ziekte. Veel meer dan nu het geval is, vraagt dit van de medisch specialist om een holistische benadering van iedere, unieke patiënt. De relatie van de medisch specialist met de patiënt verschilt per medisch specialisme. De ondersteunende medisch specialismen hebben te maken met een breder cliënt/klantperspectief ten behoeve van de patiënt als uiteindelijke eindgebruiker.

Met name voor het domein patiëntenperspectief kunnen de kwaliteitsaspecten zich meer onderscheiden ten opzichte van andere kwaliteitsinstrumenten.

Aanbeveling 10: Spits de kwaliteitsaspecten bij het domein patiëntenperspectief toe op uitkomstgerichte zorg en waardegedreven zorg.

In de kwaliteitsaspecten van het domein patiëntenperspectief staan centraal medische en niet-medische uitkomstgerichte informatie en de wijze waarop die worden gebruikt voor het kwaliteitsbeleid.

Daarnaast verdient de samenwerking en gezamenlijke besluitvorming met de patiënt in alle fasen van het zorgproces bijzondere aandacht. De bestaande toets op het uitvoeren van patiëntenquêtes sluit niet aan bij de manier waar op de medisch specialist zich ontwikkelt tot partner van de patiënt. Ook hier geldt dat ondersteunende medisch specialismen niet direct in verbinding staan met de patiënt. Naast het eerder genoemde bredere cliëntperspectief, kent het patiëntenperspectief ook een collectief belang. De kennisontwikkeling en innovatie van de vakgroep kan behalve aan de individuele patiënt ook ten goede komen aan dit collectieve patiëntenperspectief.

Aanbeveling 11: Pas de kwaliteitsaspecten van het domein patiëntenperspectief zodanig aan, dat samen beslissen als uitgangspunt voor het medisch specialistisch handelen wordt genomen in alle fasen in het zorgproces.

Ga na hoe de vakgroep de individuele patiënt/cliënt actief betreft in het zorgproces en/of oog heeft voor het collectieve patiëntenperspectief.

5 Conclusie doorontwikkeling kwaliteitsvisitatie

Deze toekomstvisie op kwaliteitsvisitatie richt zich op het visitatiemodel en bouwt daarop voort. De methodiek van intercollegiale toetsing en de waarderingsystematiek blijven ongewijzigd. Het doel van de kwaliteitsvisitatie is het stimuleren van kwaliteitsverbetering van de geleverde zorg. Door de intercollegiale toets en zo nodig aanwijzingen tot verbetering draagt de kwaliteitsvisitatie bij aan het zelfreinigend vermogen van de wetenschappelijke vereniging.

Het visitatiemodel bestaat uit vier domeinen. Gelet op de ontwikkelingen in de zorg zijn met name aanpassingen nodig van de kwaliteitsaspecten in het domein patiëntenperspectief en vakgroepfunctioneren. Dat is weergegeven in onderstaande tabel over de doorontwikkeling van de kwaliteitsvisitatie 2020.

Doorontwikkeling Kwaliteitsvisitatie 2020			
Domein	Kwaliteitsaspecten minimale visitatie	Zelfevaluatie	Thematische visitatie
Evaluatie van zorg	Evaluatie zorguitkomsten Evaluatie zorgprocessen Evaluatie management van zorgprocessen	Meer vrijheid vakgroep: welke informatie en in welke vorm	Lijst van actuele thema's
Patiëntenperspectief	Uitkomstgerichte zorg Samen beslissen	Medische en niet-medische uitkomstgerichte informatie	Lijst van actuele thema's
Vakgroepfunctioneren	Evaluatie van het vakgroepfunctioneren Functioneren vakgroep in netwerken	Meer vrijheid vakgroep	Lijst van actuele thema's
Professionele ontwikkeling	Innovatie Evaluatie van vakinhoudelijke kennis en vaardigheden Wetenschap Onderwijs Afstemming met GAIA Afstemming met IFMS Afstemming met GFMS Afstemming met Opleidingsvisitatie	Meer vrijheid vakgroep Gebruik bestaande gegevens GAIA, IFMS, GFMS en opleidingsvisitatie	Lijst van actuele thema's

6 Implementatie

Deze toekomstvisie schetst in hoofdlijnen de doorontwikkeling van de kwaliteitsvisite. De vertaling van deze hoofdlijnen naar de praktijk van de kwaliteitsvisite van alledag is een hoofdstuk apart. De vertaling naar de praktijk is sterk afhankelijk van hoe de diverse wetenschappelijke verenigingen de aanbevelingen willen opvolgen en de vrijheid die vakgroepen krijgen om een en ander in praktijk te brengen. Bovendien zijn niet alle aanbevelingen voor elke medisch discipline even relevant. Zo zullen voor de ondersteunende specialismen of de solistisch werkzame medisch specialismen aanbevelingen anders uitpakken. Niettemin is een algemene doorontwikkelingsagenda te formuleren voor de implementatie van deze toekomstvisie.

Op deze agenda staan de volgende thema's die een nadere uitwerking behoeven:

- De kwaliteitsaspecten die behoren tot de minimale visite.
- Het komen tot thematische visites. Gedacht kan worden aan het maken van een eerste algemene lijst van actuele kwaliteitsthema's. Wetenschappelijke verenigingen hebben ook eigen thema's die ze mogelijk in de kwaliteitsvisite terug willen laten komen. Het is aan de wetenschappelijke vereniging om thema's te kiezen die in de visite van de wetenschappelijke vereniging worden meegenomen.
- Het domein patiëntenperspectief en de daarbij te hanteren kwaliteitsaspecten: uitkomstgericht zorg en samen beslissen. Bij de uitwerking van het domein patiëntenperspectief zal worden voortgebouwd op de ervaringen van wetenschappelijke verenigingen met hoe nu hiermee wordt omgegaan en welke knelpunten en mogelijkheden worden gezien.
- Uitkomstgerichte zorg richt zich niet alleen op de patiënt, maar ook op verhoging van het werkplezier van de zorgprofessional. Het verhogen van het werkplezier van de medisch specialist is in deze Toekomstvisie nog niet onder de loep genomen. Het is wenselijk om te gaan verkennen op welke wijze de kwaliteitsvisite meer aandacht kan besteden aan de verhoging van het werkplezier.
- Het gebruik van informatie die door andere kwaliteitsinstrumenten beschikbaar is en het beperken van kwaliteitsaspecten (met name in het domein professionele ontwikkeling) die uniek zijn voor de kwaliteitsvisite.
- Het uitwerken van de mogelijkheden voor instellingsvisite en de administratieve lastenverlichting die daaruit voortvloeit voor de kwaliteitsvisite.
- Uitwerken van het vakgroepfunctioneren in netwerken. Hiervoor is reeds een SKMS-aanvraag uitgezet waarvan begin 2021 duidelijk wordt of deze wordt gehonoreerd. Een element dat ook bij het vakgroepfunctioneren hoort, is hoe toetsing van kwaliteit plaatsvindt van de zorg die in toenemende wordt geleverd door andere beroepsgroepen maar wel onder verantwoordelijkheid van een vakgroep.
- Het nadere duiden van de administratieve lastenverlichting en wat er daadwerkelijk geschrapt wordt bij de doorontwikkelde kwaliteitsvisite.
- Het ontwikkelen van een format voor de kernachtige rapportage over een kwaliteitsvisite.
- De planning van bovenstaande thema's die een nadere uitwerking behoeven.

Bijlage Leden Adviescommissie Kwaliteitsvisitatie

Arjen Noordzij (voorzitter) (NVU)

Robert van Haastert /Joeri Buwalda (KNO)

Fleur Goezinne (NOG)

Maurits van der Veen (NVVC)

Gerard de Kort (NVvR)

Roald Schaad (NVA)

Elisabeth Blokhuis (NVOG)

George Nossent (NVALT)

Michiel van der Horst (NVVP)

Hein Verberne (NVNG)

Carolien Over-Meijer (FMS)

Cisca Joldersma (FMS)