

Kwaliteitsbeleidsplan Commissie Kwaliteit VRA hoofdpijnen 2011 - 2015



F.B. van de Weg , voorzitter commissie kwaliteit
C.D. van Houten, secretaris commissie kwaliteit
J. Landheer, directeur bureau VRA*

*Tot mei 2010

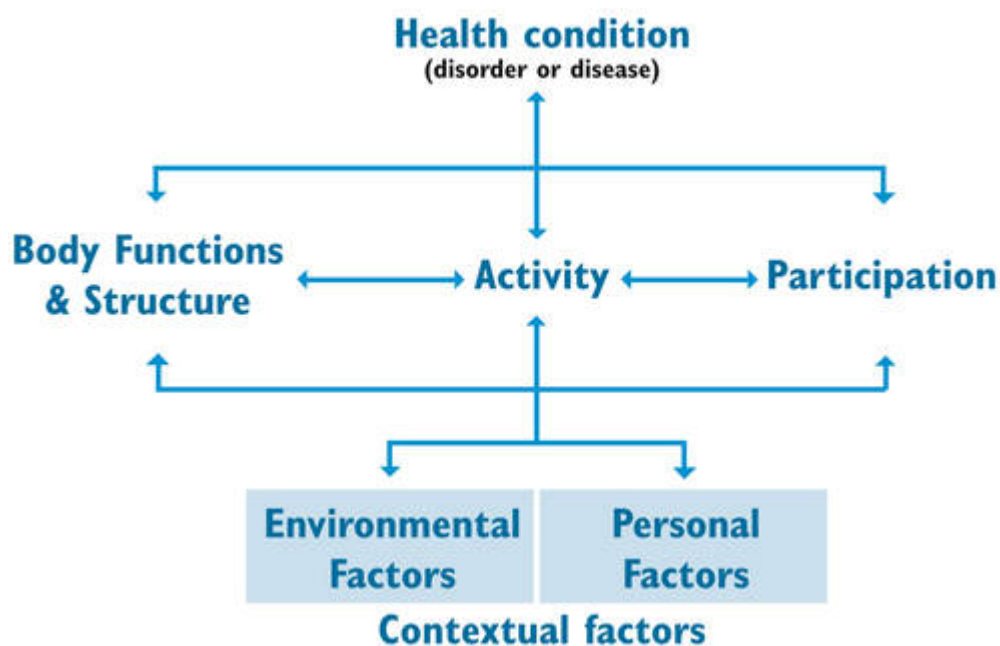
Inhoudsopgave	Pagina
Inleiding	3
Onderlegger voor VRA beleidsplan 2012 - 2017	5
Missie en visie	6
De blik naar buiten	8
Kwaliteitsbeleid nu en in 2011-2015	9
• <i>Kwaliteitsvisitaties</i>	9
• <i>Richtlijnen</i>	10
• <i>Behandelkaders</i>	12
• <i>Prestatie-indicatoren</i>	13
• <i>Harmonisatie kwaliteitszorg</i>	18
• <i>Communicatie en voorlichting</i>	19
• <i>Veiligheid</i>	20
Werkplan voor de komende jaren	21
Referenties	23

Inleiding

Voor u ligt het beleidsplan van de commissie kwaliteit (KwaCo) van de Nederlandse Vereniging van Revalidatieartsen (VRA). Het bestuur van de VRA is mede verantwoordelijk voor de kwaliteit van revalidatiegeneeskundige zorg in Nederland en wordt hierin, gevraagd en ongevraagd, terzijde gestaan door de KwaCo. In onderstaande notitie wordt een aftrap gegeven voor een kwaliteitsbeleid dat breed ondersteund wordt door de leden en dat als onderlegger kan dienen voor het nieuwe beleidsplan van de VRA. Dit beleidsplan is ook bedoeld om de belangrijkste stakeholders van de VRA (zorgverzekeraars, patiëntenverenigingen en de brancheorganisaties van zorginstellingen, zoals Revalidatie Nederland en de NVZ) te verduidelijken welke richting wij de komende beleidscyclus op willen.

In het VRA beleidsplan 2007 - 2011¹ zijn de belangrijkste uitgangspunten en doelen van de vereniging samengevat. Revalidatiegeneeskunde is het medisch specialisme dat zich richt op het voorkómen en verminderen van (te verwachten) blijvende gevolgen van ziekte, lichamelijk letsel en aangeboren afwijkingen. Bij het primair curatief gericht medisch handelen is in de eerste plaats het anatomisch-fysiologisch herstel het doel (i.e. ziektemodel). Naast dit ziektemodel richt de revalidatiearts zich op problematiek waarbij volledig herstel niet op korte termijn te verwachten is. Hoofddoel hierbij is het voorkómen van blijvende beperkingen en, waar dit niet mogelijk is, op inpassing en invoeging van de mens met zijn beperkingen in de eigen leefomgeving en in de maatschappij (het gevolgenmodel). Het uiteindelijke doel van de behandeling is om de patiënt, rekening houdend met eventuele persisterende functiestoornissen, met een zo hoog mogelijk activiteitsniveau optimaal te laten participeren in de maatschappij. Wezenskenmerk van de revalidatiesector is dan ook het, nadrukkelijk vanuit het perspectief van de patiënt, vraaggericht werken.

De revalidatiegeneeskunde beoogt door de inzet van een multidisciplinair team van professionele beroepsbeoefenaars specialistische revalidatie behandelprogramma's aan te bieden die er op zijn gericht volwassenen en kinderen met een participatieprobleem (weer) te ondersteunen bij het optimaliseren van de kwaliteit van leven en de rol die zij willen vervullen binnen de samenleving. Dit betekent expliciet dat onze aandacht niet alleen uitgaat naar de lichamelijke functiestoornissen waarmee iemand bij de revalidatieafdeling komt. Ook psychische en/of sociale problemen die door de handicap zijn ontstaan, of dreigen te ontstaan, worden behandeld. De International Classification of Functioning Disability and Health* (ICF, tabel) ligt ten grondslag aan onze handelingen en doelstellingen met de patiënt. Kortom: zorg op maat afhankelijk van de individuele behoeften en capaciteiten van de patiënt.



Tabel : ICF schema

De behoefte aan gespecialiseerde revalidatiezorg verandert én groeit. Door de verbeterde medische technologie blijven meer mensen met complexe beperkingen in leven en doen een beroep op de revalidatiegeneeskunde. Ook het overheidsbeleid is erop gericht om mensen langer zelfstandig te laten leven; denk bijvoorbeeld aan de doelstelling van de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (WMO). Bovendien oriënteren de laatste jaren een aantal andere patiëntgroepen zich in toenemende mate op de revalidatiesector, o.a. patiënten met kanker en leefstijlziekten (diabetes mellitus, metabool syndroom).

In 1989 is binnen de VRA de commissie kwaliteit opgericht met als doel: het bevorderen, bewaken, verantwoorden en, waar mogelijk, verder ontwikkelen en innoveren van de kwaliteit van revalidatiegeneeskundige zorg in Nederland. De commissie kwaliteit (KwaCo) bestaat uit 14 leden, allen praktiserend revalidatiearts. Bestuur, kerngroep en concilium hebben ieder een vertegenwoordiger in de commissie. De KwaCo is zelf vertegenwoordigd in de commissie richtlijnen en de commissie prestatie-indicatoren (RN&VRA).

Revalidatie Nederland is de branchevereniging voor de medisch specialistische revalidatiezorg in Nederland. De vereniging vertegenwoordigt de revalidatie-instellingen (revalidatiecentra en revalidatieafdelingen in ziekenhuizen) en werkt nauw samen met andere instellingen op het terrein van revalidatie. Waar de VRA zich specifiek richt op de kwaliteit van de revalidatiegeneeskundige behandeling, richt Revalidatie Nederland zich op het totaal van de geleverde zorg en het welbevinden van de revalidant in de revalidatie-instellingen. Alle zaken die aan kwaliteit van de zorg zijn gerelateerd komen binnen RN samen in de Bestuurscommissie onderzoek, innovatie en kwaliteit (BOIK). Ook hierin is de KwaCo vertegenwoordigd. Op dit terrein valt winst te behalen uit een kruisbestuiving van opvattingen en plannen tussen Revalidatie Nederland en de VRA.

In januari 2007 hebben de Orde, de zorgverzekeraars (ZN) en VWS overeenstemming bereikt over de toekomstige financiering van delen van het kwaliteitsbeleid middels een opslag van € 0,50 op het uurtarief van de medisch specialist. Om de continuïteit en samenhang van het kwaliteitsbeleid tussen de verschillende wetenschappelijke verenigingen te kunnen blijven borgen, hebben VWS, de Orde en ZN afgesproken de gelden onder te brengen in de daartoe door Orde en ZN ingestelde Stichting Kwaliteitsgelden Medisch Specialisten (SKMS). Deze stichting is in 27-09-2007 opgericht. In het platform Kwaliteit van de Orde, waarin gemandateerde vertegenwoordigers van de wetenschappelijke vereniging zitting hebben, wordt een preadvies gegeven voor de projecten t.b.v. zowel het centrale als het decentrale budget. Namens de VRA neemt de voorzitter van de KwaCo deel aan dit overleg. Besluitvorming vindt plaats door het bestuur van de SKMS. Naast de financiering van projecten wordt uit de subsidie ook een vergoeding betaald om de kwaliteitsvisitaties uit te voeren.

Een consistent kwaliteitsbeleid in de zorg is niet meer weg te denken – terecht verwachten onze stakeholders dit ook van ons. Het is tijd om kritisch te reflecteren op de afgelopen jaren, te streven naar een breed gedragen missie en visie voor de toekomst en te komen tot een aantal prioriteiten en heldere beleidsvoornemens in de voorliggende periode. Als onderleggers voor dit beleidsplan werd een aantal documenten gebruikt, zoals beleidsnota's van de VRA, Revalidatie Nederland en de Orde van medisch specialisten.^{1,2,3}

Onderlegger voor VRA beleidsplan 2012-2017

De VRA richt zich op drie hoofdgebieden: de inhoud van de revalidatiegeneeskunde, de opleiding tot revalidatiearts en de positie van de revalidatiegeneeskunde. Het VRA- beleidsplan 2007-2011 geeft weliswaar in hoofdlijnen de *richting* van het kwaliteitsbeleid aan, doch geeft nog weinig handen en voeten aan de operationalisatie hiervan. Een groot deel van het beleidsplan wordt gevormd door de deelplannen van diagnosegebonden werkgroepen en commissies. Onderlinge afstemming en transparantie worden steeds belangrijker, niet alleen vanwege efficiency redenen, doch ook omdat medisch specialistische zorg steeds meer multidisciplinair en in ketenzorg wordt verleend. Voorts kan dit beleidsplan bijdragen aan de verantwoording naar externe partijen. Het biedt een kader voor de leden van de commissie kwaliteit om beleid te ontwikkelen, uit te voeren, te evalueren, én te borgen. Het beleidsplan kan bijdragen aan de informatievoorziening aan de VRA-leden en kan gebruikt worden als onderlegger voor het VRA beleidsplan 2012-2017.

Missie en visie

Huidige situatie

De KwaCo houdt zich bezig met kwaliteitsbeleid dat diagnosegroep overstijgend is en, waar mogelijk, verbanden legt met andere wetenschappelijke verenigingen om de continuïteit en samenhang van de geleverde zorg te borgen. Ook wordt reflectie gegeven naar de eigen leden over de kwaliteit van de beroepsuitoefening. Met zijn allen staan we voor de ingewikkelde opdracht om kwaliteitscriteria te benoemen waar de zorg minimaal aan moet voldoen, richtlijnen te ontwikkelen die zoveel mogelijk gebaseerd zijn op de nieuwste wetenschappelijke inzichten en indicatoren te ontwikkelen die gebruikt kunnen worden voor benchmarking, sturing en/of het afleggen van externe verantwoording. De KwaCo wil duidelijk maken wat er van de VRA mag worden verwacht op het gebied van kwaliteitsbevordering, -bewaking en -borging. Het belangrijkste instrument van de KwaCo voor de borging van de kwaliteit is de visitatie. Het deelnemen aan de kwaliteitsvisitatie is een belangrijke voorwaarde voor de revalidatiearts om voor herregistratie in het Medisch Specialistenregister in aanmerking te kunnen komen. Daarnaast heeft de KwaCo zich tot doel gesteld de verschillende initiatieven die binnen en buiten de vereniging worden genomen om de kwaliteit van de revalidatiegeneeskundige zorg te verbeteren in kaart te brengen en tot een overzichtelijk geheel te maken. De KwaCo adviseert het bestuur van de VRA, gevraagd en ongevraagd, over te nemen initiatieven, evenals over de facilitaire ondersteuning van initiatieven die de revalidatiegeneeskundige zorgverlening op een hoger plan kunnen brengen.

De afgelopen jaren is het voeren van een gedegen kwaliteitsbeleid steeds veelomvattender geworden. In toenemende mate bestaat er behoefte vanuit de beroepsgroep en vanuit extern om de geleverde zorgkwaliteit inzichtelijk te maken. De ontwikkelingen van de laatste jaren vereisen een proactieve rol van de kwaliteitscommissies van de beroepsverenigingen. Enerzijds is dit een goede zaak en een logisch gevolg van een veranderende medische wereld. Anderzijds heeft dit tot gevolg dat er prioriteiten moeten worden gesteld en keuzes worden gemaakt. De registratiedruk neemt toe doordat externe partijen als VWS, de inspectie, de zorgverzekeraars, patiëntenfora en de media in toenemende mate eisen en voorwaarden stellen m.b.t. kwaliteitsbeleid. De afgelopen jaren is de werklast voor de KwaCo als geheel en voor de individuele leden sterk verhoogd. Hiervoor zijn een aantal aanwijsbare redenen. Enerzijds is er sinds de toepassing van de visitatiemethode nieuwe stijl een forse stijging van het aantal te visiteren praktijken. De werklast is ook gestegen als gevolg van de totaal andere methodiek die nu gehanteerd wordt, waarbij een groot aantal vragenlijsten beoordeeld moet worden. Tevens is er een groei van het aantal te visiteren praktijken door de toename van het aantal locaties met poliklinische revalidatiebehandeling. Naast de visitaties komen er in toenemende mate allerlei andere kwaliteitsitems op het bordje van de KwaCo. Leden van de KwaCo zijn – in meer of mindere mate – betrokken bij de volgende veldspelers en gremia/onderwerpen:

- Commissie Prestatie-Indicatoren (actief,) en commissie BOIK (toehoorder)
- Complicatieregistratie
- Richtlijnen, inclusief deelname aan de (VRA-)Commissie Richtlijnen
- HKZ
- Behandelkaders
- Deelname platform kwaliteit
- Deelname Raad WOK
- Commissie SKMS-gelden

Vooruitblik op gewenste situatie

De KwaCo wil bij voorkeur een sturende rol innemen bij de belangrijkste kwaliteitsdossiers. Hierbij passen een aantal keuzes:

- De voorbereiding van de visitatie, het notuleren van de gesprekken en de uitwerking worden nu verzorgd door leden van de commissie. Dit is niet langer haalbaar. De ondersteuning van de kwaliteitsvisitatie zou bij voorkeur vanuit het verenigingsbureau moeten geschieden. De KwaCo heeft dringend behoefte aan een functionaris die alles kan overzien, dirigeert waar nodig en een selectie kan maken tussen urgente en minder urgente zaken. Hierdoor komt tijd vrij voor de

commissieleden om zich meer in inhoudelijke taken te verdiepen. Het bestuur van de VRA heeft inmiddels besloten een vacature te stellen voor een beleidsmedewerker kwaliteit.

- Als randvoorwaarde voor verdere ontwikkeling is taakspecificatie binnen de commissie noodzakelijk. Dit betekent mogelijk een reorganisatie van de VRA en/of de KwaCo. Dit hangt ook samen met de uitkomst van het project van de reorganisatie van het VRA-bureau. Bij andere wetenschappelijke verenigingen kan nagevraagd worden hoe zij een en ander georganiseerd hebben.
- Er worden duidelijke keuzes gemaakt. Wij vinden het belangrijk om de visitaties in de huidige vorm te handhaven, omdat peer reviews bij uitstek een middel zijn om kwaliteitsverbetering in de ruimste zin van het woord te realiseren. Wel zal de KwaCo kritisch moeten blijven ten aanzien van 'de houdbaarheid' van het systeem wanneer langer met deze visitatiemethode wordt gewerkt. Bij andere dossiers, zoals bijvoorbeeld complicatieregistratie en IFMS, zal de commissie enkel een adviserende rol kunnen vervullen. Dit betekent dat nadere afstemming moet plaatsvinden met gremia als de BOIK, commissie richtlijnen enz.
- We zullen een beroep doen op meer collega's om een steentje bij te dragen. Vele handen maken licht werk. Het aantal leden van de VRA is sterk toegenomen, evenals het aantal revalidatiepraktijken in Nederland. De omvang van de commissie is echter sinds de oprichting in 1989 slechts met 2 leden uitgebreid en bestaat uit 14 leden, allen praktiserend revalidatiearts en een vertegenwoordiger uit de Kerngroep (aios).

De blik naar buiten

Onze omgeving is sterk in beweging. We hebben niet alleen te maken met ontwikkelingen binnen ons vakgebied sec, maar ook met ontwikkelingen in de volle breedte van de gezondheidszorg, zowel inhoudelijke, technische als juridische ontwikkelingen. Het zijn allemaal factoren die op de één of andere manier van invloed zijn op de zorg die wij (moeten) bieden. In de tabel hebben we de meest belangrijke factoren op een rijtje gezet, overigens zonder de illusie te hebben dat dit een volledig overzicht is!

Ontwikkelingen in maatschappij, gezondheidszorg en wetgeving

Binnen revalidatiegeneeskunde	Binnen gezondheidszorg	Binnen Maatschappij
Toenemend aantal parttimers	Wijzigingen in de financiering van de zorg	Vergrijzing
Discussie grenzen aan het vak*	Marktwerking*	Verandering sociale wetgeving
Doorontwikkeling behandelkaders*	Extramuralisering/Ketenzorg	Toename aantal allochtonen
Verdere ontwikkeling Richtlijnen*	Toename aantal chronisch zieken	Marktwerking ziektekostenverzekeraars
DBC's revalidatie	Transparantiebehoefte*	Patiënt als zorgconsument*
EPD-revalidatie*	Toename informatiebehoefte patiënt*	
Tekort aan revalidatieartsen*	Meer aandacht voor Veiligheid van de zorgverlening*	

* De KwaCo heeft, al dan niet zijdelings, te maken met alle met gearceerde factoren, die allen - direct of indirect - te maken hebben met de kwaliteit van zorg én de zorg voor kwaliteit. De patiënt als zorgconsument, bijvoorbeeld, komt terug in het domein patiëntsatisfactie bij de visitatie. We bevinden ons in een sterk veranderende zorgmarkt wat de nodige flexibiliteit vergt van de vereniging, haar leden en van de KwaCo.

Kwaliteitsbeleid nu en in 2011-2015

Uit het kwaliteitsprogramma van de Orde van Medisch Specialisten en het meerjarenbeleidsplan van de VRA zijn de hoofdlijnen van het huidige kwaliteitsbeleid, voor zover van belang voor de KwaCo, hieronder op een rijtje gezet. Per onderwerp wordt kort een overzicht gegeven van de definitie en ontstaansgeschiedenis. Vervolgens wordt beschreven wat de huidige stand van zaken is binnen de KwaCo / VRA. Er wordt afgesloten met een beschrijving van de doelstellingen voor 2011-2015. De ordening is niet willekeurig en volgt – in afnemende volgorde – de mate waarin de KwaCo een actieve rol, dan wel een rol als adviseur/toehoorder, voor zichzelf weggelegd ziet.

Kwaliteitsvisitaties

Kwaliteitsvisitatie is een op het functioneren van de maatschap/vakgroep gerichte vorm van intercollegiale toetsing.

Van de medische specialist wordt verwacht dat hij zijn professionele competenties bijhoudt. De wetenschappelijke verenigingen zijn verantwoordelijk voor het toezicht hierop en geven dit o.a. vorm door het uitvoeren van kwaliteitsvisitaties. Sinds januari 2006 is deelname aan kwaliteitsvisitatie verplicht voor herregistratie van medische specialisten (kaderbesluit CCMS december 2005). Sinds die tijd heeft de KwaCo ook de opleidingsziekenhuizen en –centra opgenomen in het visitatieschema. Het aantal te verrichten kwaliteitsvisitaties per jaar is daardoor verdubbeld.

Visitaties worden verricht bij alle praktijken in ziekenhuizen en revalidatiecentra, met uitzondering van praktijken waar minder dan vijf dagdelen per week een revalidatiearts aanwezig is. Een praktijk waar poliklinische revalidatiebehandeling plaatsvindt wordt altijd gevisiteerd. Daarnaast worden de instellingen zelf ook getoetst op kwaliteit, hetzij via certificatie volgens het HKZ-model (Harmonisatie Kwaliteitsbeoordeling in de Zorgverlening), hetzij via het accreditatiesysteem van het NIAZ (Nederlands Instituut voor Accreditatie in de Zorg). Zie ook het hoofdstuk Harmonisatie Kwaliteit Zorginstellingen, verderop in deze nota.

Kwaliteitsvisitaties zijn en blijven “core business” voor de KwaCo. Vanaf 2005 heeft de KwaCo geparticipeerd in het project “actualisatie visitatie” van het kwaliteitsinstituut voor de gezondheidszorg CBO, in samenwerking met de Raad voor Wetenschap, Onderwijs en Kwaliteit van de Orde. Dit heeft geleid tot een nieuw visitatiemodel, waarmee begin 2007 de eerste proeven zijn gedaan⁴. Naast een inhoudelijke verandering is ook het visitatieschema aangepast. Sinds 2008 worden revalidatienetwerken gevisiteerd. Hierdoor wordt een beter zicht gekregen op de onderlinge samenhang en afstemming in de zorg en de kwaliteit van zorg. Het complete visitatieschema voor de komende jaren is te raadplegen op de website van de VRA evenals het stappenplan voor de te visiteren praktijk en alle instrumenten die nodig zijn voor de voorbereiding van de visitatie.

Idealiter gaat het nieuwe visitatiemodel onderdeel uitmaken van een permanente verbetercyclus van de praktijken en het persoonlijk functioneren van de revalidatiearts. Een dergelijke verbetercyclus geldt ook voor de KwaCo. Nieuwe instrumenten moeten worden ontwikkeld n.a.v. de komst van nieuwe richtlijnen, behandelkaders, complicatieregistraties etc.

Kansen:

- borgen richtlijnen en behandelkaders;
- koppeling met externe audits, interne audits en op termijn opleidingsvisitatie, waar mogelijk en relevant;
- borgen van de complicatieregistratie;
- inhoudelijk en operationeel ondersteunen cq. advies geven aan de gevisiteerde praktijken;
- doorontwikkeling kwaliteitsnormen;
- verantwoording naar externe partijen, zowel per praktijk als voor het gehele vakgebied.

Bedreigingen:

- bot worden van het instrument;
- afnemende compliance, zowel bij individuele praktijkhouders als netwerken;
- model onvoldoende gedifferentieerd voor verschillende praktijktypen; hierbij kan bijvoorbeeld gedacht worden aan het instrument professionele ontwikkeling (dat een hele andere betekenis heeft in een groot revalidatiecentrum dan in een kleine perifere praktijk);
- organisatorische knelpunten bij verdere verzelfstandiging revalidatiepraktijken;
- te zware last voor leden van de KwaCo; visitatie van twee ziekenhuizen en één centrum nemen al twee dagen in beslag, voorbereiding en uitwerken ook minimaal één dag.

Richtlijnen

Een richtlijn is een document met aanbevelingen, adviezen en handelingsinstructies ter ondersteuning van de besluitvorming van professionals in de zorg en patiënten, berustend op resultaten van onderzoek met daarop gebaseerde discussie en aansluitende meningsvorming, gericht op het expliciteren van doeltreffend en doelmatig medisch handelen.

Richtlijnen zijn een leidraad voor preventieve, diagnostische, therapeutische of organisatorische procedures. Richtlijnen worden ontwikkeld om:

- de medische kwaliteit en de doelmatigheid te verbeteren (management);
- de inter-doktervariatie terug te dringen: het handelen moet meer op bewijs gestoeld zijn dan op ervaringen of meningen (professionalisering, professionaliteit versus intuïtie);
- het hoofd te kunnen bieden aan de hoeveelheid literatuur die voorhanden is;
- het handelen transparanter te maken (accountability: Wat mag je van elkaar verwachten?).

De wetenschappelijke verenigingen zijn overeengekomen dat richtlijnontwikkeling en -implementatie geschiedt volgens de 'Consensus over Medisch Specialistische Richtlijnen 1996'.

Plannen voor richtlijnontwikkeling die bij de SKMS voor financiering worden ingediend, moeten gericht zijn op de ontwikkeling en implementatie van een evidence based richtlijn. Evidence based wil zeggen dat er niet voor alles sprake moet zijn van harde bewijzen, maar wel dat de beschikbare evidence op gestructureerde wijze is gewogen en is gebruikt bij de ontwikkeling van de richtlijn. Dit in tegenstelling tot de 'consensus based richtlijnen' die voorheen gebruikelijk waren. Om de methode van evidence based richtlijnontwikkeling aan te leren is er een speciale cursus voor Evidence Based Richtlijn Ontwikkeling (EBRO). De EBRO-cursus is in opdracht van de Orde van Medisch Specialisten ontwikkeld door het Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO, in samenwerking met het Dutch Cochrane Centre. Meer informatie over deze cursus is te verkrijgen via het bureau van de Orde van Medisch Specialisten en het bureau van het CBO.

Door de VRA wordt als voorwaarde gesteld dat één, maar bij voorkeur meerdere personen uit de werkgroep die een richtlijn gaat ontwikkelen, deze EBRO-cursus heeft gevolgd, dan wel dat op andere wijze voldoende 'EBRO-kennis' aanwezig is binnen de werkgroep.

Naast de landelijke ontwikkelingen zijn de organisaties die zich met richtlijnontwikkeling bezig houden ook internationaal meer gaan samenwerken, hetgeen in 2003 heeft geleid tot de oprichting van het Guidelines International Network (GIN). Doelstelling is faciliteren van kennisoverdracht en verbeteren methoden en betere coördinatie. Zie ook www.g-i-n.net.

Door het bestuur van de VRA is een Commissie Richtlijnen in het leven geroepen met als taakstelling:

- adviseren / signaleren aan bestuur op welke onderdelen van het vakgebied nog geen richtlijnen zijn ontwikkeld, waar dat wel noodzakelijk wordt geacht of op zijn minst aanbeveling verdient; eventueel aangevuld met adviezen hoe dit te realiseren zou zijn;
- up to date houden van de bestaande richtlijnen: in kaart brengen welke richtlijnen wanneer door wie zijn ontwikkeld en de destijds gemandateerde persoon of werkgroep binnen de VRA vragen naar de actualiteit;

- adviseren over draagvlak- en implementatiebevorderende activiteiten; tevens procesgang bewaken.

In deze commissie zijn twee leden van de kwaliteitscommissie vertegenwoordigd. De commissie richtlijnen heeft de procedures rondom de ontwikkeling van VRA-richtlijnen op schrift gesteld, evenals zaken m.b.t. implementatie en de procedurele gang van zaken binnen de VRA. De commissie heeft ervoor gekozen dit te doen in de vorm van een brochure, die - aan de hand van voortschrijdend inzicht en nieuwe ontwikkelingen – regelmatig wordt geactualiseerd.

Gezien het belang van een goede begeleiding bij het traject voor het ontwikkelen van een richtlijn stelt de VRA de samenwerking met een erkend instituut als voorwaarde. Het CBO voldoet aan de voorwaarde dat ze werkt via de systematiek van evidence based medicine, en daarin veel ervaring heeft, vanuit de organisatie het gehele proces kan ondersteunen en goede samenwerkingscontacten heeft met nationale en internationale organisaties op dit terrein.

In geval een werkgroep een andere ondersteunende organisatie wil inschakelen zal de beoordeling van het betreffende instituut nauwkeurig dienen te worden getoetst. De Commissie Richtlijnen adviseert in deze het bestuur. Diverse leden van de VRA zijn ondertussen actief betrokken (geweest) bij het opstellen van diverse, veelal multidisciplinaire richtlijnen.

Voor het onderdeel “evaluatie van zorg” bij de kwaliteitsvisite wordt de toepassing van voor het vakgebied en de betreffende praktijk relevante richtlijnen getoetst. Voor volwassenen zijn dit bijvoorbeeld de richtlijnen CRPS-I en revalidatie na een beroerte, voor kinderen de richtlijn cerebrale parese. Onderzoek heeft aangetoond dat het zeer onwaarschijnlijk is dat alleen het ontwikkelen van richtlijnen de praktijkvoering zal beïnvloeden. Daarom zullen implementatiebevorderende interventies worden ingezet om de kloof te verkleinen tussen de autorisatie van de richtlijn door de ledenvergadering van de betreffende wetenschappelijke vereniging(en) en het in de dagelijkse praktijk ermee werken. Het toezien op deze ontwikkelingen, meedenken over een raamwerk, is primair een taak van de commissie richtlijnen.

Een combinatie van verschillende interventies, zoals verspreiding, voorlichting, training, gedragsbeïnvloeding en eventuele aanpassing op organisatorisch gebied, vergroten de kans op succesvolle invoering van een richtlijn. Een systematisch implementatieonderzoek (pilotstudie) kan bij de opstelling van het implementatieplan houvast bieden. Op basis van de hieruit verkregen inzichten kan de betreffende werkgroep van een richtlijn aanbevelingen doen voor een implementatietraject op grote schaal.

Kansen:

- biedt handvatten voor evidence-based praktijkvoering;
- mogelijke kwaliteitsverbetering individueel, op praktijkniveau, en landelijk;
- mogelijkheden voor benchmarking;
- richtlijnen vormen de grondlegger van indicatorenontwikkeling;
- instrument dat gebruikt kan worden in de opleiding en bij/nascholing;
- richtlijnen kunnen richting geven aan onderzoeksdoelen en –lijnen;
- expliciteren c.q. verantwoorden van de bestaande praktijk;
- internationale uitwisseling en benchmarking;
- toenemende wens van externe partijen (vooral Overheid, Zorgverzekeraars Nederland, patiëntenverenigingen en NVZ) voor transparantie;
- richtlijnen bieden handvatten voor het inzetten van praktijkondersteuners zoals physician-assistants en nurse practitioners;
- biedt aanknopingspunten voor het afvoeren van aantoonbare ineffectieve behandelingen;
- goed instrument om de “taal” (begrippenkader) tussen verschillende disciplines op elkaar af te stemmen.

Bedreigingen:

- richtlijnen kunnen een dode letter vormen. Uit onderzoek is gebleken dat de richtlijnimplementatie dé achilleshiel vormt en dat hier zeer veel in geïnvesteerd moet worden;
- richtlijnontwikkeling is kostbaar;
- verspreiding, borging en actualisatie;

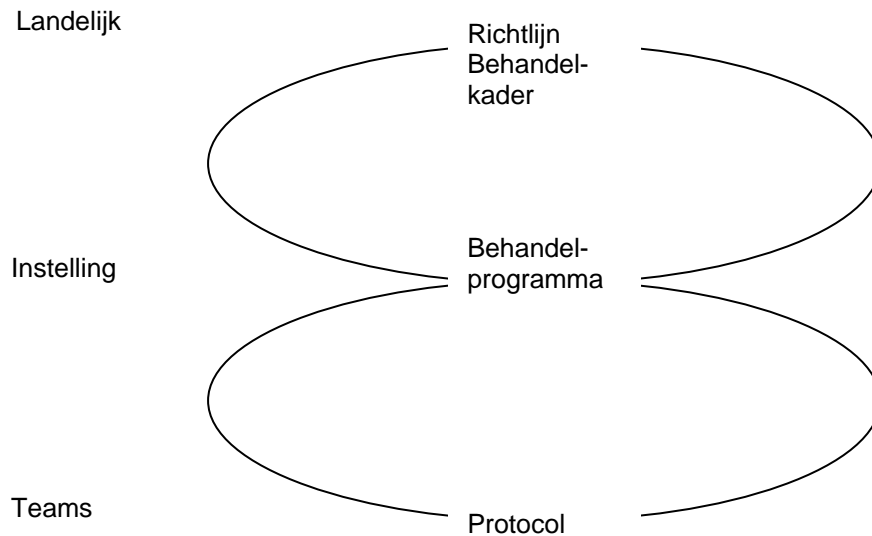
- beperkte toepasbaarheid in kleine praktijken met lage prevalenties van de betreffende aandoening;
- in het ongunstigste geval dreigt een soort “kookboekgeneeskunde” te ontstaan;
- oppositie door het veld of het afkalven van het draagvlak;
- oververzadiging;
- beperkte houdbaarheid. De richtlijnen dienen “levend” te zijn en in wezen doorlopend aangepast te kunnen worden. De praktijk leert dat dit moeilijk gaat.

Behandelkaders

Een behandelkader is een landelijke set van minimale eisen met betrekking tot de behandeling van een vooraf gedefinieerde patiëntendoelgroep.

Het behandelkader is het kader aan de hand waarvan behandelprogramma's, welke op lokaal niveau worden ontwikkeld, kunnen worden getoetst en geborgd. Het behandelkader is bedoeld om publiek verantwoording af te kunnen leggen over het leveren van de zorg ten aanzien van een specifieke patiëntendoelgroep. Bij het opstellen van een behandelkader is de richtlijn maatgevend. Als er bijvoorbeeld een behandelkader wordt ontwikkeld voor de behandeling van CVA-patiënten dan is de richtlijn beroerte van de Hartstichting daarbij het uitgangspunt. Sinds 1999 nemen Revalidatie Nederland en de VRA initiatieven om te komen tot behandelkaders (voorheen kwaliteitsprofielen).

De relatie tussen richtlijnen, behandelkaders, behandelprogramma's en protocollen kan als volgt worden geschetst:



De beoogde functies van een behandelkader zijn:

- toetsen en borgen van behandelprogramma's op instellingsniveau aan de hand van het behandelkader;
- transparantie bieden over welke zorg met betrekking tot een specifieke patiëntendoelgroep al dan niet kan worden verwacht;
- vergelijking van het behandelaanbod tussen instellingen onderling;
- een handvat bieden om de meer specialistische revalidatie te omschrijven;
- een middel om de revalidatiegeneeskunde te profileren.

Er zijn verschillende gebruikers van het behandelkader te onderscheiden. De instellingen en de revalidatieartsen zijn de belangrijkste gebruikers van het behandelkader. Zij kunnen toetsen in hoeverre de behandelprogramma's voldoen aan de eisen uit het behandelkader. De VRA en RN kunnen het behandelkader gebruiken voor de profilering van de revalidatiegeneeskunde.

Consumenten, zorginkopers en beleidsmakers kunnen de behandelkaders gebruiken om het behandel aanbod tussen de verschillende instellingen onderling met elkaar te vergelijken. Het behandel aanbod kan zo worden gelegitimeerd en verantwoord.

Een behandelkader moet aan de volgende eisen moet voldoen:

- inzicht geven in de eisen waaraan het aanbod voor een patiëntendoelgroep moet voldoen;
- afgestemd zijn op landelijk ontwikkelde richtlijnen;
- aansluiten bij en kaderstellend voor behandelprogramma's;
- behandel doelen zijn omgezet in meetbare indicatoren waarbij voor zover mogelijk wordt aangesloten bij de basisset prestatie-indicatoren revalidatie;
- overzichtelijk van opzet en makkelijk leesbaar;
- herkenbaar zijn voor en worden gedragen door instellingen en revalidatieartsen;
- eenduidig gebruik van begrippen;
- omschrijving van de doelgroepen moet aansluiten bij de Diagnose Behandel Combinaties (DBC's).

Een behandelkader moet regelmatig geëvalueerd worden op basis van nieuwe inzichten. Zo is in 2007 en begin 2008 op initiatief van het platform Cognitieve Revalidatie een herziening gemaakt van het behandelkader cognitieve revalidatie.

De KwaCo heeft een adviserende rol naar het VRA-bestuur (en ledenvergadering) ten aanzien van conceptbehandelkaders. Het al dan niet hanteren van de behandelkaders is ook structureel opgenomen in de visitatie-instrumenten. De geaccrediteerde werkgroepen van de VRA zijn leidend in het opstellen en het bewaken van de actualiteit van de behandelkaders.

Parallel aan de goedkeuringsprocedure binnen de VRA loopt een instemmingstraject bij Revalidatie Nederland. Hier is de Bestuurscommissie Onderzoek, Innovatie en Kwaliteit (BOIK) adviserend naar het bestuur van RN (en de ledenvergadering). Behandelkaders gaan nl. ook in op de eisen waaraan een instelling of de medewerkers van een instelling minimaal moeten voldoen om de adequate behandeling te kunnen geven.

Kansen:

- vergroten van inzicht in verwijsmogelijkheden en transparantie voor cliënt en verwijzer;
- realiseren van de juiste zorg op het juiste moment, onafhankelijk van geografische omstandigheden;
- bieden van handvatten voor het afstemmen binnen netwerk van de verschillende locaties ten aanzien van het doelgroepenbeleid;
- waardering extern;
- transparantie over welke patiëntengroepen de verschillende intensiteit en deskundigheid in de behandeling krijgen.

Bedreigingen:

- "uitsluiten van kleine praktijken" voor bepaalde patiëntengroepen;
- bij gebrek aan praktische toepasbaarheid "dode letter";
- eventuele kosten die gemaakt moeten worden om aan de eisen te voldoen.

Prestatie-indicatoren (PI)

Indicatoren zijn meetbare elementen van de kwaliteit van zorg, af te leiden uit de richtlijnen. Indicatoren betreffen de kernactiviteiten van het zorgproces, maken onderdeel uit van de zorgprofielen van de DBC's en zijn de maat voor uitkomsten van de zorg.

Een indicator beschouwt men als een meetbaar element van de zorgverlening dat aanwijzing geeft over de mate van de kwaliteit van zorg. Je zou kunnen spreken over een "lakmoesproef" om de kwaliteit van zorg in een instelling te bepalen. Kernpunten zijn dat een indicator meetbaar is en informatie geeft over de mate van kwaliteit. Indicatoren kunnen gebruik worden voor:

- Benchmarking: door te meten en te vergelijken komt vast te staan of men aan de gestelde criteria of doelen voldoet. De resultaten kunnen een aanleiding zijn om het betreffende proces te

verbeteren of te herontwerpen. Zijn de gestelde criteria gehaald dan is het zaak het betreffende proces te borgen.

- Sturing: indicatoren zijn essentieel om efficiënt te kunnen sturen. Sturen kan in principe op professioneel niveau, organisatorisch niveau, op satisfactie of op financiële resultaten.
- Afleggen van externe verantwoording: de toepassing van indicatoren maakt het mogelijk om aan te tonen of de gewenste doelstellingen zijn behaald. Zo kunnen instellingen naar externe partijen verantwoording van hun daden afleggen. Bij het ontwikkelen van indicatoren dient men rekening te houden met een aantal criteria:
 - De indicator moet relevant zijn voor de klinische praktijk.
 - De indicator kan leiden tot acties ter verbetering van de zorg.
 - De indicator moet valide en betrouwbaar zijn en voldoende discriminerend vermogen hebben.

Ruwweg zijn er twee typen indicatoren te onderscheiden: interne indicatoren en externe indicatoren. *Interne indicatoren* zijn bedoeld voor het beoordelen van de eigen zorgprocessen, met als voornaamste doel de kwaliteit van de geleverde zorg te verbeteren. Door het meten van de prestaties gedurende langere tijd kan de eigen zorg kritisch onder de loep worden genomen en kunnen ontwikkelingen worden gevolgd.

Externe indicatoren zijn bedoeld om verantwoording af te leggen over de kwaliteit van de zorg. Dit kan gebeuren richting patiënten, zorgverzekeraars, de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) en vele andere partijen. Externe indicatoren moeten veel uitputtender worden geëvalueerd.

Vergelijkingen tussen zorgaanbieders moeten immers reëel zijn en mogen niet worden veroorzaakt door verschillen in populatie of in manier van meten.

Sinds 2004 rapporteren revalidatiecentra over de kwaliteit van de door hen geleverde zorg met behulp van de Basisset Prestatie-indicatoren Revalidatiecentra. Deze basisset is ontwikkeld omdat de revalidatiecentra behoefte hadden aan een set PI die was toegesneden op de zorg die in revalidatiecentra wordt verleend. De basisset PI die in algemene ziekenhuizen wordt gehanteerd, zegt namelijk weinig tot niets over de revalidatiegeneeskundige zorg. Met een combinatie van kwaliteitsnormen, getoetst in de "lange golf" van de certificering en een jaarlijkse rapportage (de "korte golf") over de uitkomsten die met behulp van bestaande structuren en processen worden bereikt, kan worden voldaan aan de doelstellingen die Revalidatie Nederland en VRA bij de introductie van het fenomeen prestatie-indicatoren hebben geformuleerd:

1. de mogelijkheid bieden aan buitenstaanders om op relatief eenvoudige wijze 'vanaf de buitenkant' de 'gezondheid' van de Nederlandse revalidatiecentra te kunnen beoordelen en vast te kunnen stellen of deze hun maatschappelijke rol goed (kunnen) vervullen;
2. de mogelijkheid bieden aan revalidatiecentra en professionals om gebruik te maken van de ervaringen van collega-instellingen met het doel de kwaliteit van de revalidatiezorg in het algemeen te verhogen.

Om revalidatie-instellingen met elkaar te kunnen vergelijken op grond van hun uitkomsten, is het noodzakelijk dat er overeenstemming ontstaat over de aard en de samenstelling van uitkomstindicatoren voor de effectiviteit van zorg. Deze worden in de literatuur gedefinieerd als *veranderingen in de gezondheidstoestand en het welbevinden van een patiënt die aan een interventie, of het uitblijven daarvan, kunnen worden toegeschreven.*

Om valide uitspraken over de effectiviteit van de zorg te doen, is het belangrijk dat gehanteerde indicatoren ook wérkelijk iets zeggen over de resultaten van de toegepaste interventie. Dat is in de revalidatiegeneeskunde niet eenvoudig. De vele aspecten van de revalidatiegeneeskundige behandeling en de vele variabelen die de uitkomsten van die behandeling bepalen, maken onderlinge vergelijkingen moeilijk.

Het is dan ook niet vreemd dat het, ondanks de al langer bestaande behoefte aan landelijke invoering van instrumenten voor evaluatie van de revalidatiebehandeling, lastig is gebleken om overeenstemming te bereiken voor brede invoering van meetinstrumenten die tot de state of the art van de revalidatiegeneeskunde kunnen gaan behoren.

Uit bovenstaande mag blijken dat ook prestatie-indicatoren op belangstelling van de KwaCo kunnen rekenen. De KwaCo heeft een vaste vertegenwoordiging in de commissie prestatie-indicatoren.

Het kiezen en toepassen van prestatie-indicatoren is een eerste stap in de gewenste richting. Ook ná die keuze is er immers nog een weg te gaan. Het is realistisch om te stellen dat het na implementatie nog zeker enkele jaren zal duren voordat de uitkomstindicatoren voor de revalidatie ontwikkeld zijn. De basisset Prestatie-indicatoren is een goede aanzet. Deze is voorwaardenscheppend om te komen tot indicatoren die daadwerkelijk iets zeggen over de geleverde zorg. Op basis van uitgebreide praktijkervaringen en veel meetresultaten kan op termijn bepaald worden of de gegevens die voortkomen uit het gebruik van gekozen instrumenten representatief kunnen zijn voor de kwaliteit van de revalidatiegeneeskundige behandeling en ook nog onderling vergelijkbaar zijn. Pas dan bieden de uitkomsten ook daadwerkelijk de mogelijkheid voor centra en professionals om van elkaar te leren hoe de kwaliteit van de zorg te verbeteren.

Het is het continue proces van gebruik, evaluatie en bijstelling, dat van de scores, de uitkomsten van het meetinstrument, bruikbare indicatoren maakt. Op termijn zal dit moeten leiden tot 'inzicht in uitkomst' en daarmee een handvat voor continue verbetering van de kwaliteit van zorg.

Kansen:

- het vergroten van het inzicht in de kwaliteit van de geleverde zorg c.q. de transparantie;
- benchmarking; het objectief vergelijken van producten wordt gefaciliteerd;
- externe partijen hechten sterk aan relevante prestatie indicatoren;
- grotere mogelijkheid om te richten op patiëntperspectief;
- het belang van indicatoren voor de medisch specialistische praktijkvoering, bij voorbeeld voor DBC's, complicatieregistratie en visitatie is groot. Zij zijn mede een basis voor het ontwikkelen van patiëntenvoorlichting, DBC-zorgprofielen, zorgpaden, het elektronische patiëntendossier (EPD), etc;
- het proces van indicatorontwikkeling kan ook richting geven aan wetenschappelijk onderzoek, omdat het inzichtelijk maakt op welke gebieden er bewijs (evidence) voor gepast medisch handelen moet komen;
- indicatoren zijn net als richtlijnen bouwstenen voor de medische beslisgeving en de informatie- en communicatietechnologie (ICT).

Bedreigingen:

- verkeerde interpretatie c.q. misbruik van het meetinstrument;
- registratiedruk;
- onderhoud systeem;
- dreiging onoverzichtelijkheid;
- overschatting instrument;
- ondermijnen van basisvertrouwen.

Prestatie-indicatoren die momenteel ontwikkeld en toegepast worden binnen RN en de VRA zijn de complicatieregistratie, USER en PEDI. USER staat voor "Utrechtse Schaal voor de Evaluatie van Klinische Revalidatie". Dit meetinstrument is ontwikkeld en getest door het Kenniscentrum van De Hoogstraat. Het wordt gebruikt om het resultaat van de klinische revalidatie zichtbaar te maken voor de revalidant en het team.

PEDI is de afkorting van Pediatric Evaluation of Disability Inventory en wordt als algemeen meetinstrument gezien voor de kinderrevalidatiegeneeskunde.

Het individueel functioneren medisch specialist (IFMS) systeem wordt op instellingsniveau gezien als een toekomstige proces prestatie-indicator.

1. Prestatie-indicator Complicatieregistratie

Een complicatie is een onbedoelde en ongewenste gebeurtenis of toestand tijdens of volgend op medisch specialistisch handelen, die voor de gezondheid van de patiënt zodanig nadelig is dat aanpassing van het medisch handelen noodzakelijk is dan wel dat er sprake is van onherstelbare schade.

Complicatieregistratie is één van de indicatoren van de basisset prestatie-indicatoren ziekenhuizen. Preventie van complicaties betekent gezondheidswinst voor burgers, kwaliteitswinst voor professionals en doelmatigheidswinst voor ziekenhuizen.

In 2006 is door een werkgroep van de KwaCo een complicatieregistratie van de intra-articulaire schouderinjectie opgezet. Bij de kwaliteitsvisiteatie komt het gebruik van deze registratie aan de orde. Tevens is de KwaCo vertegenwoordigd in de landelijke werkgroep complicatieregistratie van de OMS. In 2009 is besloten te wachten met de verdere ontwikkeling van een complicatieregistratie aangezien het verbeterpotentieel in de revalidatiegeneeskunde gering is. Nauwlettend worden de landelijke plannen in de gaten gehouden. Afgewacht wordt of de voorstellen van de landelijke werkgroep complicatieregistratie door de Raad WOK geaccordeerd worden. Samengevat bestaan de plannen uit een stappenplan voor een wetenschappelijke vereniging om te kijken of complicatieregistratie in het betreffende vakgebied zinvol is en hoe deze dan op te zetten. Tevens ligt er een plan om tot een landelijk registratiesysteem te komen. En niet onbelangrijk is het voorstel om een kenniscentrum in te richten waar wetenschappelijke verenigingen met hun vragen omtrent complicatieregistratie terecht kunnen. De complicatieregistratie voor ons vakgebied zal de komende jaren zeker aandacht krijgen vanuit de KwaCo, maar heeft niet de allerhoogste urgentie.

Kansen:

- opbouwen van een database met betrouwbare informatie over de belangrijkste complicaties die binnen het vakgebied optreden;
- hieruit voortkomende factoren kunnen een aangrijpingspunt zijn voor preventie;
- het realiseren van een doorlopende kwaliteitscyclus;
- kennis over complicaties kan tevens een bijdrage leveren bij het ontwikkelen van richtlijnen en daarop gebaseerde lokale protocollen;
- registratie van complicaties en terugkoppeling daarvan is van belang voor de persoonlijke verantwoording van de kwaliteit van het medisch specialistisch handelen, alsook voor de bij- en nascholing.

Bedreigingen:

- registratiedruk/compliance;
- verkeerde interpretatie;
- onderhoud van het systeem is tijdrovend.

2. Prestatie-indicator USER

Een multidisciplinair instrument dat een breed overzicht geeft van zowel functionele aspecten als van subjectieve klachten die relevant zijn in de klinische revalidatie. USER staat voor "Utrechtse Schaal voor de Evaluatie van Klinische Revalidatie".

Het bestuur van de VRA heeft in januari 2008 aan het bestuur van Revalidatie Nederland laten weten de verdere ontwikkeling van het meetinstrument USER als klinimetrisch instrument te ondersteunen maar (voorlopig) niet als prestatie-indicator. Inmiddels is ervaring opgedaan met de USER in revalidatiecentra als meetinstrument voor de klinische revalidatie en wordt momenteel ook gewerkt aan een poliklinische versie van de USER als meetinstrument.

Het is het voornemen om het gebruik van dit instrument voor het meten van de uitkomsten van de zorg nauwlettend te volgen. De vraag of de USER ook in ziekenhuizen toepasbaar is, is daarbij ook van belang, evenals welke andere specifieke meetinstrumenten nog ingezet kunnen worden. Een aantal geaccrediteerde werkgroepen van de VRA heeft bij de lancering van de USER in 2007 te kennen gegeven dat het gebruik van de USER bij bepaalde groepen patiënten weinig tot geen nut heeft. Met name de WPN (Werkgroep Pijnrevalidatie Nederland) en de Werkgroep Neuromusculaire Ziekten gaven aan dat de vragen die gesteld worden bij de USER niets zeggen over de kwaliteit van de geleverde behandeling. Een patiënt met een progressieve spierziekte bijvoorbeeld kan een optimale behandeling hebben verkregen, maar toch geen zichtbare vorderingen hebben gemaakt. De behandeling heeft wellicht verdere achteruitgang vertraagd, maar verbetering zal – gezien de aard van de ziekte – niet te verwachten zijn. De werkgroepen zijn uitgenodigd om voorstellen aan te dragen voor specifieke meetinstrumenten. Een aantal werkgroepen is daarop ingegaan.

3. Prestatie-indicator PEDI

PEDI is de afkorting van Pediatric Evaluation of Disability Inventory en wordt als algemeen meetinstrument gezien voor de kinderrevalidatiegeneeskunde.

De PEDI (Pediatric Evaluation of Disability Inventory) is een instrument, ontwikkeld in de Verenigde Staten, waarmee dagelijkse functionele vaardigheden van kinderen en de mate van zelfstandige uitvoering ervan goed in kaart kunnen worden gebracht. Het project dat in het kader van PERRIN wordt uitgevoerd is gericht op de adaptatie en normering van de PEDI voor de Nederlandse situatie (PEDI-NL). De Nederlandse vertaling en aanpassing van de PEDI is inmiddels gereed. Ook de Nederlandse normgegevens zijn beschikbaar.

De Commissie Prestatie-indicatoren heeft zich vanaf de start gerealiseerd dat met een keuze voor de USER en de PEDI-NL niet alle patiëntgroepen even goed geëvalueerd kunnen worden. Er treden soms ongewenste plafondeffecten op, bij bijvoorbeeld pijnpatiënten, of er is sprake van een progressieve spierziekte waardoor vooruitgang niet te meten is. Het uitgangspunt is steeds geweest om eerst te voorzien in een meetinstrument voor de grootste groep patiënten. Allereerst om teveel focus op de uitzondering te voorkomen. Ten tweede om goed onderscheid te maken tussen de doelstelling van de prestatie-indicatoren, zijnde benchmarking op instellingsniveau en de doelstelling van klinimetrie (metingen ten behoeve van het individu). In een aantal gevallen is er evenwel voldoende aanleiding om een aanvullend meetinstrument voor een specifieke doelgroep te hanteren in de zoektocht naar geschikte uitkomstindicatoren. De geaccrediteerde werkgroepen van de VRA worden dan ook nog steeds van harte uitgenodigd om deze diagnosespecifieke meetinstrumenten kenbaar te maken bij de Commissie Prestatie-indicatoren.

Kansen:

- transparantie van de zorg;
- geeft aanknopingspunten voor verbetering van de zorg.

Bedreigingen:

- registratiemoedeheid in het werkveld.

4. Prestatie-indicator IFMS

Een door de Orde van Medisch Specialisten ontwikkeld systeem ter evaluatie van de zeven competentiegebieden van de individuele medisch specialist.

De Orde heeft in pilot-ziekenhuizen diverse methodieken om het individueel functioneren van de medische specialist in kaart te brengen getoetst. Er zijn uiteindelijk twee methodieken goed toepasbaar: appraisal and assessment en multisource feedback.

Het streven van de Orde is om implementatie van het individueel functioneren van de medisch specialist zoveel mogelijk door de instellingen zelf te laten ontwikkelen en uitvoeren. Desgevraagd kan de Orde hierbij wel ondersteuning geven.

In het najaarsoverleg bestuur/concilium/KwaCo van 2008 is besloten dat de VRA het belang van een IFMS-traject onderschrijft. De KwaCo is voornemens vanaf 2010 de huidige vragenlijsten structureel aan te passen. De KwaCo inventariseert tijdens de visitaties nu al of de praktijk deelneemt aan een vorm van IFMS. Ontwikkeling en implementatie van IFMS is echter primair de verantwoordelijkheid van de praktijk/de instelling zelf.

Kansen:

- integratie in overig kwaliteitsbeleid;
- integratie percepties van de omgeving.

Bedreigingen:

- toepassing bij revalidatiearts werkzaam in revalidatiecentrum én ziekenhuis;
- potentieel conflict tussen revalidatiestaf en hiërarchische organisatiestructuur revalidatiecentrum ("who is in the lead?").

Harmonisatie Kwaliteit zorginstellingen (HKZ)

In januari 2006 heeft Revalidatie Nederland een aanvraag ingediend bij de Stichting Harmonisatie Kwaliteitsbeoordeling in de Zorgsector (Stichting HKZ) voor de ontwikkeling van een certificatieschema voor Medisch Specialistische Revalidatiezorg.

Revalidatie Nederland heeft in de afgelopen tien jaar een eigen Beoordelingskader Externe Toetsing Revalidatiezorg gehanteerd. Alle revalidatiecentra zijn twee keer getoetst aan de hand van objectieve en onafhankelijke kwaliteitscriteria. Wat de kwaliteitsvisitaties zijn voor de praktijken van revalidatieartsen, zijn de externe toetsing, resp. de certificatieschema's HKZ voor de instellingen.

Stichting HKZ heeft in overleg met een werkgroep van Revalidatie Nederland, een delegatie uit diverse maatschappelijke organisaties en een VRA-delegatie uit de KwaCo, een model certificatieschema Medisch Specialistische Revalidatiezorg ontwikkeld.

HKZ-schema's zullen periodiek geëvalueerd worden op basis van nieuwe inzichten en ontwikkelingen die zich binnen de sector of binnen Stichting HKZ voordoen. Het Centraal College van Deskundigen in de Zorgsector en Welzijnsector (CCvD-Z/W) heeft vastgesteld dat de werkingsduur van de HKZ-certificatieschema's drie jaar is. Na drie jaar zullen de organisaties die aan de werkgroep hebben deelgenomen worden benaderd met de vraag of aanpassingen noodzakelijk zijn. Daarnaast zal Stichting HKZ jaarlijks bij de aanvragende partijen informeren of er ontwikkelingen zijn die in het certificatieschema verwerkt moeten worden.

Bij de ontwikkeling van dit certificeringssysteem zijn zoals gezegd twee leden van de KwaCo nauw betrokken geweest. Tijdens een algemene vergadering van de voltallige KwaCo is een presentatie verzorgd door HKZ. De KwaCo heeft kritische kanttekeningen geplaatst bij de toepasbaarheid van het HKZ-systeem voor zelfstandige ziekenhuispraktijken, veelal gevestigd in een instelling waar het NIAZ-accreditatiesysteem gehanteerd wordt. Mede op basis van het advies van de Kwaco hebben proefcertificaties in een tweetal revalidatiepraktijken in ziekenhuizen plaatsgevonden. Leden van de KwaCo hebben als toehoorder de proefcertificaties bijgewoond en de stichting HKZ geadviseerd over de toepassingen van het model ziekenhuispraktijk.

Conclusies van deze proefcertificaties zijn:

- het certificatieschema is geschikt voor revalidatieafdelingen van ziekenhuizen met PRB en voldoende (>1 fte) formatie revalidatiearts;
- het certificatieschema heeft meerwaarde op het vlak van het primaire proces van de afdeling revalidatiegeneeskunde;
- de procesbeschrijvingen die door NIAZ gevraagd worden zijn, indien reeds aanwezig, bruikbaar. Betere afstemming tussen NIAZ en HKZ blijft wenselijk;
- het is van groot belang dat een kwaliteitsfunctionaris, die bekend is met het ziekenhuis en het revalidatienetwerk, de audit mee voorbereidt;
- het kostenaspect kan voor een revalidatieafdeling in een NIAZ-geaccrediteerd ziekenhuis, een knelpunt worden om een HKZ-audit aan te vragen.

Er blijft daarnaast echter overlap met de kwaliteitsvisitatie ten aanzien van ruimtes en outillage, dossieronderzoek, prestatie-indicatoren, hanteren van behandelkaders en richtlijnen, tevredenheidsonderzoek, samenwerking ketenpartners. Daarbij gaat de HKZ weliswaar meer in op processen en de kwaliteitsvisitatie meer op de inhoud (middels de door de praktijk uitgevoerde zelfevaluatie instrumenten).

De KwaCo blijft de ontwikkelingen op dit terrein volgen en zo nodig het VRA-bestuur van advies voorzien.

Kansen:

- transparantie van de zorg;
- in gang zetten van continue kwaliteitscyclus.

Bedreigingen:

- registratie / visitatie moeheid;
- tegenstrijdige belangen instelling – praktijk (proces op orde of inhoud op orde?).

Communicatie en voorlichting

De kwaliteitssystemen, kwaliteitsinstrumenten en kwaliteitsactiviteiten, die de Wetenschappelijke Verenigingen samen met de Orde gedurende vele jaren hebben ontwikkeld zijn op diverse plaatsen beschikbaar, zoals:

- Websites met richtlijnen, indicatoren en best practices, zie bijvoorbeeld
 - www.cbo.nl
 - www.orde.nl
 - www.trimbos.nl
 - www.zonmw.nl
 - www.cochrane.nl
- Vertaling van richtlijnen en indicatoren voor leken
- Patiëntenvoorlichting
- Ordenieuws en Vademecum van de Orde.

Een website voor de financiering van het kwaliteitsbeleid via de SKMS is in aanbouw.

Zowel voor de revalidatieartsen zelf als voor de afstemming met de kwaliteitssystemen, kwaliteitsinstrumenten en kwaliteitsactiviteiten van andere partijen en organisaties is het van belang dat uitwisseling van informatie tussen de VRA-geaccrediteerde werkgroepen, bestuur, concilium, commissie kwaliteit, en de Commissie Prestatie-Indicatoren, alsmede de BOIK van Revalidatie Nederland soepel tot stand komt.

Naast bovengenoemde algemene informatienetwerken heeft de VRA ook nog de volgende informatiekanalen:

- Website: www.revalidatiegeneeskunde.nl
- Periodiek: Revalidata
- Internationale wetenschappelijke tijdschriften van en voor revalidatieartsen, zoals Clinical Rehabilitation, Journal of Rehabilitation Medicine en Disability and Rehabilitation
- VRA-nieuwsbrief
- Algemene Leden Vergadering, 2 x per jaar.

De KwaCo heeft alle informatie over het kwaliteitsvisitatiesysteem op de website gepubliceerd. Ook de bestaande complicatieregistratie is beschikbaar via de website. Verder worden de leden regelmatig op de hoogte gehouden van activiteiten van en ontwikkelingen binnen de kwaliteitscommissie via Revalidata, de nieuwsbrief en presentaties tijdens de ALV.

Kansen:

- leden betrokken houden bij kwaliteitscommissie;
- leden continu informeren over ontwikkelingen op kwaliteitsgebied;
- leden stimuleren om deze ontwikkelingen te implementeren.

Bedreigingen:

- informatiemoeheid;
- vele informatiewegen leiden tot een doolhof aan informatie; tegenstrijdige informatie door vele informatiekanalen.

Veiligheid

Veiligheid is een essentieel onderdeel van kwaliteit en maakt dus onderdeel uit van alle kwaliteitssystemen, kwaliteitsinstrumenten en kwaliteitsactiviteiten.

De Wetenschappelijke Verenigingen hebben als wensen aangegeven bij het ontwikkelen, implementeren en onderhouden van alle kwaliteitssystemen, kwaliteitsinstrumenten en kwaliteitsactiviteiten ook het veiligheidsperspectief te betrekken en zonodig aanpassingen te plegen.

Er zijn 10 thema's vastgesteld. Vier van deze thema's kunnen volgens de KwaCo van directe relevantie zijn voor de revalidatiegeneeskunde:

- voorkómen van medicatiegerelateerde fouten, met gerichte aandacht voor de momenten van overdracht;
- voorkómen van onbedoelde vermijdbare schade bij de oudere patiënt met specifieke aandacht voor valpreventie;
- voorkómen van mobiliteitsverlies;
- voorkómen van onnodig lijden van patiënten door pijn.

In de Basisset Prestatie-indicatoren is aandacht besteed aan de volgende onderwerpen:

- Basis medische zorg
- Ondervoeding (vanaf 2010)
- Infectiepreventie
- Complicatieregistratie
- Decubitus prevalentie
- Decubitus incidentie bij patiënten met een dwarslaesie
- Medicatieveiligheid (vanaf 2010)

VRA en KwaCo zullen de landelijke ontwikkelingen volgen en, waar nodig, initiatieven ontplooiën om de veiligheid in het vakgebied te optimaliseren.

Kansen:

- transparantie van zorg.

Bedreigingen

- veel tijd en energie in systeem dat voor ons vakgebied waarschijnlijk van weinig relevant zal zijn.

Werkplan voor de komende jaren

Hoofdtaken - sturende rol

Kwaliteitsvisitaties

Aanpassingen van het visitatiemodel voor de extramuraal praktiserende medisch specialisten.
Doel: een werkbaar model voor visitatie ontwikkelen dat bruikbaar is buiten de rationele setting van revalidatiecentrum en academisch/perifeer ziekenhuis.
Termijn: eind 2014.

Afstemming van het model met het model van de opleidingsvisitaties.
Doel: zo min mogelijk doublures in werkwijze om registratie-/visitatiemoetheid te voorkomen
Termijn: eind 2012.

Inzet van een functionaris met aandachtsgebied kwaliteit ten behoeve van organisatie en rapportage van kwaliteitsvisitatie.
Doel: werkdruk verlagen voor commissieleden.
Termijn: eind 2011.

Ontwikkelen van een web-based applicatie voor de kwaliteitsvisitaties.
Doel: zo goed mogelijk faciliteren visitaties.
Termijn: eind 2015.

Richtlijnen

Continue afvaardiging in commissie richtlijnen.
Doel: goed afstemming over ontwikkelen en onderhouden van richtlijnen, ontwikkeling van generieke zorgpaden bij richtlijnen; implementatie van nieuwe en gereviseerde richtlijnen.
Termijn: going concern.

Behandelkaders

Continueren adviserende rol naar VRA-bestuur van nieuw ontwikkelde behandelkaders. Nauwe samenwerking met diagnosegebonden werkgroepen.
Doel: toetsen van behandelkaders op diverse kwaliteitsaspecten.
Termijn: going concern.

Reorganisatie

Actieve rol bij de reorganisatie van VRA / VRA-bureau.
Doel: realiseren van goede afstemming tussen alle gremia die zich met een (deel)aspect van kwaliteit bezighouden. Verminderen van de werkdruk van de leden van de KwaCo door inzet van een functionaris met aandachtsgebied kwaliteit.
Termijn: eind 2010.

Neventaken - adviserende rol

Complicatieregistratie

Stand van zaken landelijk project complicatieregistratie van de Orde blijven volgen.

Doel: Uitvoering van het model voor complicatieregistratie van de landelijke commissie complicatieregistratie, afhankelijk van accordering door de Raad WOK.

Termijn: eind 2012 is duidelijk of invoering van complicatieregistratie voor de revalidatiegeneeskunde toegevoegde waarde heeft.

Zo nee, dan wordt bij de voorjaarsvergadering van 2013 het stopzetten van het project complicatieregistratie gepresenteerd aan de leden van de VRA.

Zo ja, dan wordt bij de najaarsvergadering van 2014 de complicatieregistratie gepresenteerd aan de leden van de VRA.

Prestatie-indicatoren / PEDI / USER/ IFMS

Handhaven van permanente afvaardiging in commissie PI.

Doel: beoordelen toegankelijkheid specifieke indicatoren voor alle soorten werksettings van revalidatieartsen.

Termijn: going concern.

Revalidatiestaven hebben zelf de verantwoordelijkheid om IFMS in te voeren.

Doel: marginale toetsing hantering IFMS in de kwaliteitsvisite. Kwaliteitsvisite is in beginsel niet gericht op het *individueel functioneren* van de medisch specialist, tenzij hierdoor het functioneren van de vakgroep / maatschap in het gedrang komt.

Termijn: going concern.

HKZ

Actieve deelname bij herevaluatie HKZ certificatieschema.

Doel: blijven beoordelen of HKZ certificatie van toegevoegde waarde is, in het bijzonder t.a.v. de perifere revalidatiepraktijk.

Termijn: evaluatie eind 2012.

Communicatie en voorlichting

Goede informatievoorziening aan leden van de VRA omtrent kwaliteitsbeleid en –instrumenten.

Doel: het ontwikkelen van softwarematige toepassingen van kwaliteitsinstrumenten.

Termijn: afhankelijk van de invulling van formatie op het VRA bureau. Een alternatief is dat de KwaCo hiervoor input levert en de uitwerking – als project ingediend bij de SKMS – voor rekening komt van een externe partij.

Veiligheid

Volgen van ontwikkelingen op gebied van veiligheidsaspecten met raakvlak revalidatiegeneeskunde.

Doel: VRA bestuur gevraagd en ongevraagd van advies dienen over veiligheidkwesties, voor zover deze een raakvlak hebben met kwaliteitsdomeinen. Het adviseren van bestuur omtrent concept indicatorenset en praktijkgids van het VMS veiligheidsprogramma.

Termijn: going concern.

Zichtbare Zorg

Bij de andere wetenschappelijke verenigingen is men volop bezig met het ontwikkelen van indicatoren in het kader van het project Zichtbare Zorg. Deze indicatoren zouden in de zeer nabije toekomst de basis moeten gaan vormen voor de zorginkoop door Zorgverzekeraars. Revalidatie Nederland heeft aangegeven de voorkeur te geven aan een eigen traject. De VRA is hierin in eerste instantie volgend. Overigens is ten tijde van schrijven nog niet bekend of de overige wetenschappelijke verenigingen bereid zijn zich op termijn te committeren aan Zichtbare Zorg. De indruk bestaat dat de regie hiervan in toenemende mate door VWS wordt geleid, hetgeen oorspronkelijk niet de bedoeling was.

Referenties en gebruikte bronnen

1. VRA beleidsplan 2007 - 2011 "Revalidatiegeneeskunde: vanuit een goede inhoud naar een goed profiel"
2. Notitie 'Revalidatie toekomstverkenning 2015' van Revalidatie Nederland
3. Beleidsplan kwaliteitszorg van de Orde van Medisch specialisten (10 december 2007)
4. Een verslag van de proefvisitaties is te vinden in Revalidata nr.31 (2007)