

NVvR Beleidsplan Kwaliteit

2013-2017



Auteur

Nederlandse Vereniging voor Radiologie

Met ondersteuning van

Orde van Medisch Specialisten

Financiering

De ontwikkeling van dit beleidsplan kwaliteit is gefinancierd door de Stichting Kwaliteitsgelden Medisch Specialisten (SKMS).

Colofon

Kwaliteitsbeleidsplan NVvR

©2012 Nederlandse Vereniging voor Radiologie

Postbus 2082

5260 CB Vught

Tel. 073-614 1478

E-mail: nvvr@radiologen.nl

Website: www.radiologen.nl

Januari 2013

Foto omslag

Een steenmannetje is een stapel van natuursteen. Een steenmannetje wordt gebruikt om een pad of de top van een heuvel te markeren. In het verleden zouden reizigers die onherbergzame gebieden doorkruisten, de gewoonte hebben gehad om onderweg stenen op te rapen en toe te voegen aan het eerstkomende steenmannetje dat ze tegenkwamen. Vooral in landschappen en klimaten waar paden niet of nauwelijks zijn te herkennen zijn deze steenmannetjes bijzonder nuttig om de weg te kunnen vinden. Men loopt van het ene steenmannetje naar het volgende zichtbare steenmannetje. (<http://nl.wikipedia.org/wiki/Steenmannetje>)

Alle rechten voorbehouden

De tekst uit deze publicatie mag worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronische, mechanisch door fotokopieën of enige andere manier, echter uitsluitend na voorafgaande toestemming van de uitgever. Toestemming voor gebruik van tekst(gedeelten) kunt u schriftelijk of per e-mail en uitsluitend bij de uitgever aanvragen. Adres en e-mailadres: zie boven.

Samenstelling van de werkgroep

Dr F.J.A. (Erik) Beek (voorzitter), radioloog en bestuurslid

Drs. P.A.M. (Peter) Kint, radioloog en bestuurslid

Prof. dr. C. (Cornelis) van Kuijk, radioloog

Drs. J. (Jos) Noordzij, radioloog

Drs. L.F.I.J. (Louk) Oudenhoven, radioloog en bestuurslid

Prof. dr. J.A. (Jim) Reekers, radioloog

Dr. J.A. (Jan Albert) Vos, radioloog

Dr. K. (Karin) Flobbe, kwaliteitscoördinator NVvR

Vanuit OMS ondersteund door:

Ir. M.J.M. (Magda) Barnhoorn, adviseur OMS (t/m juli 2012)

Ir. T. (Teus) van Barneveld, hoofd ondersteuning professionele kwaliteit OMS

Inhoudsopgave

Samenstelling van de werkgroep	3
Inhoudsopgave	4
1. Inleiding	5
1.1. Nederlandse Vereniging voor Radiologie en kwaliteitszorg	5
1.2. Context	6
1.3. Werkwijze	8
2. Doelstellingen kwaliteitsbeleid	9
3. Organisatiestructuur	11
4. Kwaliteitsinstrumenten	13
4.1. Richtlijnen	13
4.1.1. Mandatering	14
4.1.2. Implementatie	14
4.2. Indicatoren	15
4.3. Normering	16
4.4. Kwaliteitsregistratie	17
4.4.1. Complicatieregistratie	17
4.4.2. Uitkomstregistratie	18
4.5. Kwaliteitsvisitatie	20
4.6. Onderwijs / bij- en nascholing	21
4.7. Patiënttevredenheidsinstrument	22
4.8. Nieuwe ontwikkelingen	23
5. Borging en implementatie kwaliteitsbeleid	25
5.1. Interne en externe communicatie	25
5.2. Samenwerking met derden	26
5.3. Jaarplannen	26
5.4. Financiering	26
Bijlage 1 Lijst met geïnterviewden	27
Bijlage 3 Richtlijnen	29
Bijlage 4 Interne indicatorenset NVvR (2007)	32
Bijlage 5 Jaarplan kwaliteit 2013	33

1. Inleiding

1.1. Nederlandse Vereniging voor Radiologie en kwaliteitszorg

Kwaliteit van zorg kan worden gedefinieerd als 'de mate van overeenkomst tussen criteria van goede zorg (wenselijke zorg) en de praktijk van die zorg (feitelijke zorg)'. Kwaliteitszorg omvat alle systematische en geplande activiteiten die gericht zijn op beheersing, bewaking en verbetering van de kwaliteit van zorg. Door de verleende zorg te registreren en te vergelijken met de gestelde, afgesproken en geformuleerde criteria kan de werkelijke zorg voortdurend worden bijgestuurd in de richting van de gewenste zorg. Hierbij worden de volgende dimensies onderscheiden: veiligheid, effectiviteit, efficiëntie, tijdigheid, toegankelijkheid en patiëntgerichtheid.

De Nederlandse Vereniging voor Radiologie (NVvR) is opgericht op 14 april 1901. De NVvR behartigt de belangen van radiologen in Nederland, zorgt mede voor een goede toegankelijkheid en kwaliteit van de radiologie en draagt bij aan een positieve beeldvorming rond de radiologie in Nederland. De NVvR waarborgt de beschikbaarheid van bekwame, goed opgeleide radiologen door een optimale behoefteraming en capaciteitsplanning en door het opstellen en uitvoeren van een goed opleidingsbeleid, inclusief bij- en nascholing. De NVvR waarborgt een kwalitatief hoogstaande uitvoering van het vak radiologie door het ontwikkelen en uitvoeren van beleid in wetenschappelijk onderzoek, informatie- en communicatietechnologie, medische technologie, kwaliteitszorg, interne toetsing en organisatieontwikkeling. De NVvR onderhoudt goede contacten met de politiek, overheid, wetenschappelijke verenigingen, buitenlandse zusterverenigingen en overige maatschappelijk relevante partijen teneinde de maatschappelijke positie van de radioloog en het draagvlak voor en de continuïteit van de uitvoering van het vak radiologie te waarborgen (= missie). De NVvR kent een verenigingsstructuur met een bestuur, secties, commissies en werkgroepen en een bureau dat de vereniging ondersteunt. De secties zijn ingesteld voor de bevordering van afzonderlijke aandachtsgebieden of subspecialisaties, bestaande uit: abdominale radiologie, acute radiologie, cardiovasculaire radiologie, forensische en postmortale radiologie, hoofd-hals radiologie, interventieradiologie, kinderradiologie, mammariadiologie, musculoskeletale radiologie, neuroradiologie, nucleaire geneeskunde en thoraxradiologie. De NVvR telt meer dan 950 leden, ruim 400 juniorleden en meer dan 200 emeritusleden.

In 1991 stelde de NVvR een kwaliteitsbeleid op dat resulteerde in de oprichting van de commissie kwaliteitsbevordering in 1992. Deze commissie heeft i.s.m. het CBO (Centraal BegeleidingsOrgaan, Kwaliteitsinstituut voor de gezondheidszorg) een visitatiemodel en organisatiemodel ontwikkeld en is in 1999 hernoemd als commissie kwaliteitsvisitatie. Dit kwaliteitsbeleid is na 1991 niet meer herzien. In het algemeen beleidsplan "van zilver tot zand (2000)" is later de volgende doelstelling t.a.v. kwaliteitszorg opgenomen: 'de NVvR stelt zich tot doel de kwaliteit van de radiologie te verbeteren door landelijke richtlijnen en hulpmiddelen voor kwaliteitszorg te ontwikkelen en individuele afdelingen te ondersteunen bij het ontwikkelen van hun kwaliteitssysteem'.

In het voorliggende beleidsplan worden de doelstellingen en speerpunten van het kwaliteitsbeleid op verenigingsniveau beschreven voor de jaren 2013-2017.

1.2. Context

De ontwikkelingen in en rond de gezondheidszorg en binnen het vakgebied van de radiologie in het bijzonder, maken het van groot belang dat de NVvR een actueel, gedragen en integraal kwaliteitsbeleid voert. Onderstaand worden de belangrijkste ontwikkelingen besproken die aandacht vragen op het gebied van kwaliteitszorg.

specialisatie

Binnen de klinische specialismen vindt steeds verdere orgaan- en ziektegerichte differentiatie plaats en steeds vaker zijn de onderzoeksaanvragen voor radiologie gericht op een bepaalde klinische vraagstelling i.p.v. een bepaalde modaliteit. Om in multidisciplinair verband als sparring partner van de aanvragende specialist te kunnen functioneren is steeds meer gespecialiseerde kennis nodig met betrekking tot de diagnostiek en behandeling. Met de introductie van de Herziening Opleidingsplan Radiologie (HORA) in 2010, wordt deze specialisatie binnen de radiologie ingevoerd.

Deze ontwikkeling leidt echter ook tot knelpunten. Het wordt bijvoorbeeld moeilijker voor kleinere maatschappen om tijdens diensttijd, bij ziekte of vakantie, of bij een toenemend aantal patiëntbesprekingen expertise te kunnen bieden in alle radiologische aandachtsgebieden.

Daarnaast neemt de complexiteit van de zorgvraag toe, vanwege het toenemend aantal patiënten met multimorbiditeit door vergrijzing. Deze integrale problematiek van de oudere patiënt vereist ook een integrale aanpak van de dokter. Naast de kwaliteit van de specialisatie op aandachtsgebied, dient dus ook de kwaliteit van de breed georiënteerde ‘allround’ radiologie gewaarborgd te blijven.

concentratie en spreiding van zorg

Verandering van de zorgvraag door vergrijzing, toenemende specialisatie en technologische ontwikkelingen leiden tot de behoefte aan nieuwe samenwerkingsverbanden tussen specialisten en tussen ziekenhuizen. Het ordeningsprincipe in deze herinrichting van het zorglandschap is: “de juiste zorg op de juiste plaats” of “zorg dichtbij als het kan en ver weg als het moet”. Hoogcomplex, laag-volume zorg zal hierbij steeds meer worden gecentreerd in gespecialiseerde kernziekenhuizen.

Laagcomplex, hoog volume zorg kan meer worden uitgevoerd in perifere algemene ziekenhuizen. Deze ontwikkeling zal ook leiden tot een organisatorische verandering binnen de radiologische zorg, bijvoorbeeld het werken binnen regionale netwerken, en het afstemmen van scanprotocollen en indicatiestelling, en taakherschikking.

regionale netwerken

Door de toenemende specialisatie wordt het moeilijker voor kleinere maatschappen om expertise in alle radiologische aandachtsgebieden te kunnen waarborgen. Samenwerking in de vorm van ziekenhuisoverstijgende netwerken is hierbij wenselijk. Daarnaast is regionalisatie van radiologische zorg, zoals in regiomaatschappen, ook een logisch gevolg van de huidige ontwikkelingen rondom concentratie en spreiding. Goede ICT-infrastructuur m.b.v. teleconsultatie is voor deze netwerken een belangrijk instrument. Door gebruik te maken van informatietechnologie en telecommunicatie, kan de plaats waar de beeldvorming plaatsvindt losgekoppeld worden van de plaats waar de beoordeling plaatsvindt. Beelden kunnen binnen een samenwerkingsnetwerk worden verzonden ter interpretatie en bespreking. Teleconsultatie kan de kwaliteit van radiologische zorg verbeteren op het gebied van efficiëntie, doorlooptijden en kosteneffectiviteit. De NVvR zal de toepassing verder moeten onderzoeken en ontwikkelen.

beeldvorming in de 1^e lijn

De meeste patiënten worden voor beeldvorming verwezen naar de afdeling radiologie door een behandelend specialist, en een kleiner gedeelte wordt doorgestuurd via de huisarts. Technologische ontwikkelingen maken het echter mogelijk dat steeds meer beeldvorming gaat plaatsvinden in de 1^e lijn. De apparatuur wordt kleiner en makkelijker te bedienen, de interpretatie wordt makkelijker door computerondersteuning, en de uitwisseling van gegevens tussen huisartsen en ziekenhuizen is goed mogelijk. Daarnaast vindt steeds meer beeldvorming plaats in 1½ lijns instellingen, zoals zelfstandige behandelcentra (ZBC) en diagnostische centra.

In het licht van deze vorm van herinrichting van het zorglandschap zullen radiologen als beroepsgroep, i.s.m. patiëntenorganisaties, zelf kwaliteitsnormen op moeten stellen voor het uitvoeren en verslaan van beeldvormende diagnostiek, om invloed te houden op de kwaliteit. Aan de hand van deze criteria kan ze vervolgens andere zorgverleners, maar ook zichzelf, hierop aanspreken. Er dienen voorts goede afspraken gemaakt te worden over de financiering en de verantwoordelijkheden t.a.v. de radiologische diagnostiek in de 1^e en 1½ lijn.

stralingsbelasting

Het aantal radiologische onderzoeken m.b.v. röntgenstraling neemt gestaag toe, en er wordt meer gebruik gemaakt van geavanceerde technieken zoals computer tomografie. Deze technieken bieden een betere beeldkwaliteit en meer diagnostische informatie, maar tegelijkertijd neemt de stralingsbelasting van patiënten toe. In het kader van de kwaliteitszorg dient daarom structureel aandacht uit te gaan naar een doelmatige indicatiestelling en minimalisering van stralingsbelasting. Onderdeel hiervan is de borging en implementatie van diagnostische referentieniveaus, zoals opgesteld voor een aantal standaardprocedures. Daarnaast is er behoefte aan praktijkrichtlijnen die de zorg landelijk kunnen uniformeren.

transparantie van kwaliteit

Sinds de invoering van het nieuwe zorgstelsel is de behoefte aan openbare gegevens over de kwaliteit van zorg sterk toegenomen. Verzekeraars, toezichthouders en patiëntenorganisaties dringen hier sterk op aan. Het is van groot belang voor de kwaliteit en de doelmatigheid van de zorg dat deze kwaliteitstransparantie is gebaseerd op zinvolle kwaliteitsindicatoren. De medisch specialist heeft een actieve en verantwoordelijke rol bij het ontwikkelen van deze indicatoren en bij het transparant maken van de kwaliteit van de zorg. T.a.v. de radiologische zorg bevindt deze ontwikkeling zich in een beginstadium.

Naast de geschetste ontwikkelingen in de zorg, zijn ook de beleidskaders en standpunten van externe partners zoals de Kwaliteitskoepel Medisch Specialisten, de Orde van Medisch Specialisten en Raad Kwaliteit, het Nederlands Zorginstituut, de Regieraad en andere wetenschappelijke verenigingen, in acht genomen bij het ontwikkelen van dit beleidsplan. Ten slotte zijn de maatschappelijke wensen en noden t.a.v. kwaliteitsverbetering meegenomen, door patiëntenverenigingen, zorgverzekeraars, Inspectie voor de Gezondheidszorg en andere relevante zorgpartners te betrekken.

In het voorliggende beleidsplan worden de doelstellingen en speerpunten van het kwaliteitsbeleid op verenigingsniveau beschreven voor de jaren 2013-2017. Op basis van dit beleid worden jaarplannen opgesteld met concrete activiteiten. Het beleid is gericht op de volgende onderwerpen: integratie en afstemming van kwaliteitsinstrumenten, prioritering van onderwerpen en projecten, verdere

professionalisering van het kwaliteitsbeleid, vergroting van draagvlak en betrokkenheid bij de leden en heldere communicatie met externen.

De NVvR neemt haar verantwoordelijkheid door dit beleid en doelstellingen op te stellen en dit te verspreiden en implementeren onder haar leden. De toepassing van dit beleid op de werkvloer zal door de vereniging worden gemonitord, maar is primair de verantwoordelijkheid van de leden zelf. De vereniging wil hierbij graag contact onderhouden met haar leden, en hen waar mogelijk ondersteuning bieden.

1.3. Werkwijze

Inhoudelijke input voor dit beleidsplan kwaliteit is vergaard uit interviews met 13 verschillende partijen binnen de vereniging en 13 belanghebbenden buiten de vereniging. Een overzicht van deze gesprekken, die zijn gevoerd tussen januari en mei 2012, staat vermeld in bijlage 1.

Het interne kader omvat expertleden en opinieleiders zoals voorzitters van commissies en secties en radiologen betrokken bij eerdere beleidsvorming binnen de NVvR. Het externe kader bestaat uit collega-wetenschappelijke verenigingen, zorgverzekeraars, de Inspectie voor de Gezondheidszorg, brancheorganisaties en patiëntenorganisaties.

De inhoudelijke input uit deze interviews is aangevuld met, en gespiegeld aan, de huidige landelijke ontwikkelingen en beleidskaders van externe partners. De geraadpleegde rapporten en visiedocumenten zijn opgenomen in de bronvermelding in bijlage 2.

Voorts is de inhoud besproken en bediscussieerd met de werkgroep. Daarna is het plan voorgelegd aan het algemeen bestuur van de NVvR en de pilotwerkgroep (adviesorgaan van het bestuur).

Ten slotte is het beleidsplan kwaliteit op 7 februari 2013 geaccordeerd tijdens de algemene ledenvergadering van de NVvR.

De ontwikkeling van dit beleidsplan kwaliteit is gefinancierd uit de Stichting Kwaliteitsgelden Medisch Specialisten (SKMS), en is ondersteund vanuit de Orde van Medische Specialisten.

2. Doelstellingen kwaliteitsbeleid

De NVvR voert een samenhangend en integraal kwaliteitsbeleid dat is gericht op goede patiëntenzorg, met aandacht voor de ontwikkeling, het onderhoud en de borging van de verschillende kwaliteitsinstrumenten. Hierbij gaat de NVvR planmatig en proactief te werk. Ten behoeve van de ontwikkeling van dit plan is een inventarisatie gedaan van de reeds beschikbare kwaliteitsinstrumenten. Uit deze inventarisatie blijkt dat de NVvR participeert in een groot aantal ziektespecifieke richtlijnen, waarmee een groot deel van het vakgebied wordt gedekt. Er is behoefte aan een betere beschikbaarheid en implementatie van de radiologische aanbevelingen uit deze richtlijnen. Voorts bestaat de behoefte aan actuele praktijkrichtlijnen voor indicatiestelling en scanprotocollen, waarmee de praktijkvariatie van radiologische diagnostiek kan worden gemeten en teruggedrongen.

De visitatiemethodiek is actueel en wordt regelmatig geëvalueerd en geactualiseerd door de commissie kwaliteitsvisitatie. Op dit moment wordt een nieuwe set interne prestatie-indicatoren ontwikkeld; maar de bekendheid van de bestaande set bij leden of het gebruik van indicatoren buiten de visitatie is nu nog gering. Conform de maatschappelijke vraag zal de NVvR een actief beleid voeren t.a.v. transparantie van zorg. Complicatieregistraties en volumennormen worden momenteel voornamelijk gebruikt binnen het aandachtsgebied van de interventieradiologie, waarbij de wens bestaat om deze verder te ontwikkelen voor de diagnostische radiologie. Meer informatie over de status van de kwaliteitsinstrumenten en bijbehorende beleidsdoelstellingen wordt besproken in hoofdstuk 4.

Met de ontwikkeling van dit document wordt kwaliteitszorg verder geprofessionaliseerd binnen de vereniging. Er wordt een commissie kwaliteit opgericht welke in opdracht van het bestuur de uitvoer en borging van het kwaliteitsbeleid zal bewaken. Daarnaast zullen de oude werkgroepen richtlijnen, complicatieregistratie en indicatoren in een nieuwe vorm een doorstart maken.

Uit de inventarisatie uit de interviews is gebleken dat het vergroten van het draagvlak voor kwaliteitszorg binnen de beroepsgroep nodig is voor het succesvol uitvoeren van dit beleid. Er zal dan ook grote zorg besteed worden aan de verspreiding van dit plan en de monitoring van de voortgang op basis van jaarplannen. Ook de verspreiding en borging van projectresultaten en kwaliteitsinstrumenten, zoals nieuwe richtlijnen, zijn hierbij belangrijke aandachtspunten.

Om nauw contact te houden met het veld wordt gestreefd naar één aanspreekpunt voor kwaliteitszorg per maatschap of vakgroep radiologie. Ook per sectie van de vereniging zal een aanspreekpunt t.a.v. kwaliteit worden aangesteld. Deze aanspreekpunten vormen samen het “kwaliteitsnetwerk” van de vereniging.

De organisatorische inbedding van kwaliteitszorg staat verder beschreven in hoofdstuk 3.

Doelstellingen op het gebied van borging en implementatie worden besproken in hoofdstuk 5.

Het kwaliteitsbeleid biedt aanknopingspunten voor meer samenhang en dwarsverbanden tussen de inhoudelijke radiologische aandachtsgebieden, die vertegenwoordigd worden door secties. De uitwisseling van ideeën en wensen tijdens de interviewronde heeft geresulteerd in betere begripsvorming over kwaliteitszorg voor radiologie en een lange lijst met breed gedragen ideeën voor kwaliteitsbevordering. Er wordt gestreefd naar het opzetten en uitvoeren van minimaal twee kwaliteitsprojecten per jaar, waarin geparticipeerd wordt door een variërende groep actieve leden. Bij de keuze van de onderwerpen worden de jaarplannen aangehouden.

Algemene doelstellingen 2013-2017

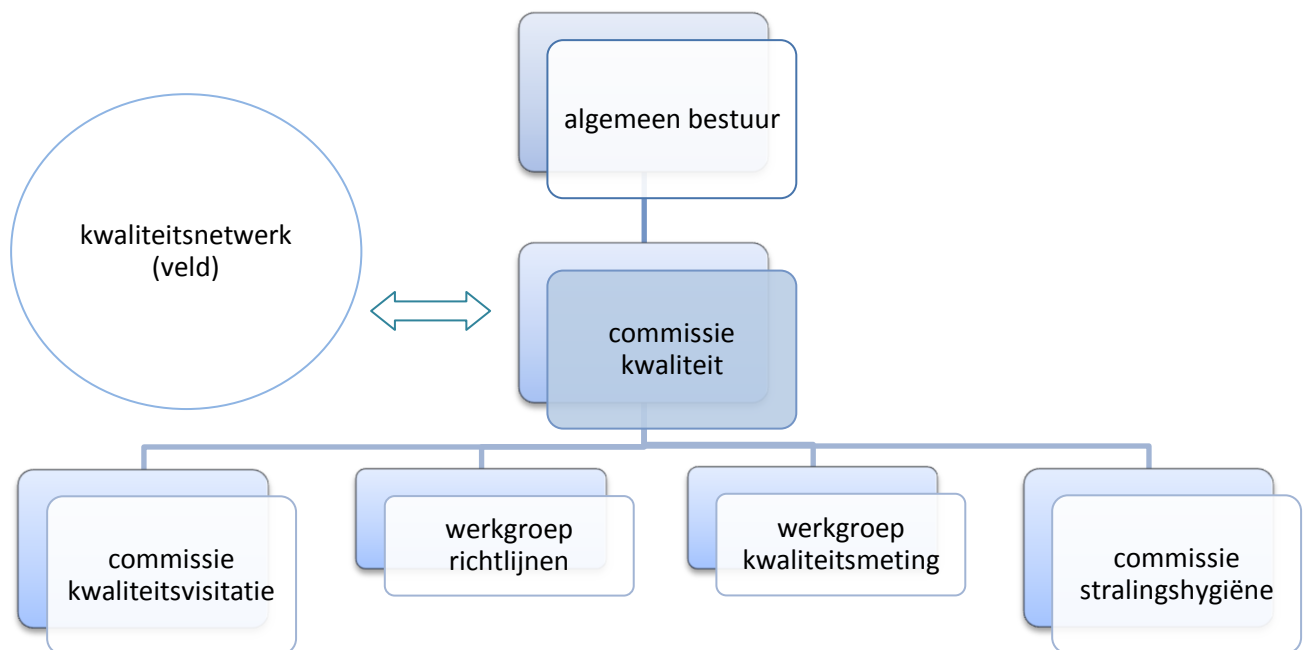
- De NVvR voert een samenhangend en integraal kwaliteitsbeleid gericht op goede patiëntenzorg , waarin aandacht bestaat voor de ontwikkeling, het onderhoud en de borging van de verschillende kwaliteitsinstrumenten;
- De NVvR voert een actief beleid t.a.v.:
 - a. implementatie van kwaliteitsproducten;
 - b. transparantie van kwaliteit van zorg;
 - c. zichtbaar maken en reduceren van praktijkvariatie in radiologische diagnostiek;
- De leden zijn op de hoogte van de inhoud van dit kwaliteitsbeleid (draagvlak);
- Elke maatschap of vakgroep radiologie heeft één aanspreekpunt voor kwaliteitszorg , die deel uitmaakt van het NVvR kwaliteitsnetwerk (jaarplan 2013).
- Elke NVvR sectie heeft één aanspreekpunt voor kwaliteitszorg, die deel uitmaakt van het NVvR kwaliteitsnetwerk (jaarplan 2013).
- Jaarlijks worden minimaal twee kwaliteitsprojecten uitgevoerd. In deze projecten wordt actief geparticipeerd door leden.

3. Organisatiestructuur

Kwaliteitszorg wordt geprofessionaliseerd en ingebed binnen de NVvR door de oprichting van een commissie kwaliteit. De commissie acteert in opdracht van het algemeen bestuur en is verantwoordelijk voor een structureel en planmatig beleid t.a.v. kwaliteitszorg en de coördinatie en bewaking van de uitvoer daarvan.

De commissie kwaliteit legt de uitvoerende taken t.a.v. kwaliteitszorg neer bij de volgende organen: de commissie kwaliteitsvisitatie, de werkgroep richtlijnen, de werkgroep kwaliteitsmeting en de commissie stralingshygiëne. De commissie kwaliteitsvisitatie is belast met de planning en uitvoering van kwaliteitsvisitaties. De werkgroep richtlijnen is verantwoordelijk voor de organisatie en uitvoering van het beleid rondom richtlijnontwikkeling, waaronder mandatering. De werkgroep kwaliteitsmeting is een samensmelting van de huidige werkgroepen complicatieregistratie en indicatoren en houdt zich bezig met de uitkomsten van zorg. In tegenstelling tot de commissie kwaliteit en commissie kwaliteitsvisitatie zullen de werkgroepen enkel ad hoc bijeengeroepen worden op basis van actuele, interne of externe beleids- en vraagstukken.

Voorts onderhoudt de commissie kwaliteit nauw contact met de commissie stralingshygiëne over vraagstukken die betrekking hebben op stralingsbelasting. Ten slotte vindt informatie-uitwisseling plaats tussen de commissie kwaliteit en het "kwaliteitsnetwerk" van de vereniging, waarin aanspreekpunten van NVvR secties, maatschappen en vakgroepen radiologie vertegenwoordigd zijn.



Figuur: organogram kwaliteitszorg binnen de NVvR

De commissie heeft een kernbestuur bestaande uit een voorzitter en een secretaris. Daarnaast nemen zitting: het algemeen bestuurslid kwaliteit, de voorzitter (of lid) van de commissie kwaliteitsvisitatie, twee leden die op voordracht van de commissie worden benoemd door de Algemene Vergadering. Bij voorkeur zijn de werkgroepen richtlijnen en kwaliteitsmeting door deze leden vertegenwoordigd in de commissie. De commissie wordt ondersteund door de kwaliteitscoördinator van de vereniging.

De belangrijkste taken van de commissie kwaliteit zijn:

- het vormen en opvolgen van het kwaliteitsbeleid,

- het initiëren en coördineren van kwaliteitsprojecten,
- interne en externe communicatie van kwaliteitsgerelateerde onderwerpen,
- het signaleren en prioriteren van mogelijke nieuwe ontwikkelingen,
- het vertegenwoordigen van de NVvR in op kwaliteitszorg gerichte organen van externe partners, zoals de Orde van Medisch Specialisten.

Op basis van het beleidsplan stelt de commissie jaarplannen op waarin de belangrijkste thema's en concrete projectideeën per jaar worden uitgewerkt. De taakstelling en bevoegdheden staan verder beschreven in het reglement van de commissie.

Algemene doelstellingen 2013-2017

- De commissie kwaliteit bewaakt en coördineert de uitvoering van het kwaliteitsbeleid.
- De commissie kwaliteit stelt jaarlijks een jaarplan op met de geplande activiteiten.

4. Kwaliteitsinstrumenten

Voor de uitvoering van het kwaliteitsbeleid worden samenhangende instrumenten ingezet met als doel de kwaliteit van de radiologische zorg te meten, verbeteren, borgen of normeren. De rol van de volgende instrumenten binnen het vakgebied van de radiologie worden hieronder besproken: richtlijnen, indicatoren, kwaliteitsregistraties (van complicaties of uitkomsten), kwaliteitsvisitatie, onderwijs en bij- en nascholing, normering en patiënttevredenheidsmetingen. Voorts wordt de rol van nieuwe ontwikkelingen besproken. Voor elk instrument wordt kort de huidige stand van zaken besproken en worden doelstellingen opgesteld t.a.v. het kwaliteitsbeleid 2013-2017.

4.1. Richtlijnen

Richtlijnen vormen de basis van het kwaliteitsbeleid van medisch specialisten en slaan een brug tussen wetenschap en praktijk. Richtlijnen die de beroepsgroep heeft opgesteld en geautoriseerd, zijn het uitgangspunt bij medisch handelen. Een richtlijn is een document met aanbevelingen, berustend op systematische samenvattingen van wetenschappelijk onderzoek en afwegingen van voor- en nadelen van de verschillende zorgopties, aangevuld met expertise en ervaringen van zorgprofessionals en zorggebruikers, gericht op het verbeteren van kwaliteit van zorg. Naast klinische aspecten wordt ook aandacht besteed aan veiligheid, doelmatigheid, patiëntenvoorkeuren, kostencomponenten en aspecten van implementatie. Evidence-based richtlijnen zijn primair bedoeld voor het verbeteren van de kwaliteit van zorg door de klinische besluitvorming te ondersteunen. Hieraan gerelateerde doelen zijn: het verminderen van de praktijkvariatie, het klinisch handelen meer baseren op wetenschappelijk bewijs en het handelen transparanter te maken. Richtlijnen worden ontwikkeld volgens de EBRO-methodiek (Evidence-based Richtlijnontwikkeling) en voldoen aan de AGREE-criteria (Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation).

De radiologie is een medisch specialisme met een ondersteunende functie. Het vakgebied kent daardoor relatief weinig eigen richtlijnen t.a.v. het medisch handelen, maar is wel betrokken bij vele multidisciplinaire richtlijnen. Een overzicht van alle richtlijnen waar de NVvR aan heeft meegewerkt, zoals toegankelijk via de website van de Kwaliteitskoepel (www.kwaliteitskoepel.nl), is opgenomen in bijlage 3. Alleen van de richtlijn *Voorzorgsmaatregelen bij jodiumhoudende contrastmiddelen* is de NVvR de initiatiefnemende wetenschappelijke vereniging. Het ligt niet in de verwachting dat de NVvR in de toekomst andere monodisciplinaire, evidence-based richtlijnen zal gaan ontwikkelen.

Uit de inventarisatie is gebleken dat er behoefte is aan actuele nationale praktijkrichtlijnen en uniforme scanprotocollen voor de uitvoering van beeldvormende modaliteiten. Hierbij kunnen internationale richtlijnen voor de meest voorkomende radiologische verrichtingen, bijvoorbeeld zoals beschreven door de European Society of Radiology, als uitgangspunt dienen. Implementatie van nationale standaarden zal de praktijkvariatie van radiologisch handelen kunnen terugbrengen. Voordat de praktijkvariatie bij deze verrichtingen bepaald kan worden, dient echter eerst een acceptabele bandbreedte bepaald te worden.

Voorts is er behoefte aan eenvoudige toegang tot de radiologische aanbevelingen die zijn verwerkt in de ziekte-specifieke richtlijnen. De specifieke radiologische aanbevelingen zijn in het kader van een SKMS project recent geselecteerd uit de vigerende richtlijnen en zullen via de website aan de leden beschikbaar worden gemaakt.

4.1.1. Mandatering

Bij participatie van de NVvR aan multidisciplinaire richtlijnontwikkeling, wordt het verzoek om afvaardiging, op basis van aandachtsgebied, door het NVvR bureau bij de betreffende sectie neergelegd. Autorisatie van richtlijnen vindt plaats tijdens de algemene ledenvergadering. Uit een inventarisatie blijkt dat niet alle vigerende richtlijnen waar de NVvR aan heeft bijgedragen ook zijn geautoriseerd door de vereniging. Voorts blijkt dat soms ook een bijdrage aan richtlijnontwikkeling wordt geleverd door radiologen op persoonlijke titel, waarbij de vereniging niet is betrokken. Het komt de kwaliteit ten goede wanneer de procedures voor afvaardiging en mandatering van leden aan richtlijncommissies helder worden vastgelegd en worden gecommuniceerd naar de leden. Vooral bij controversiële onderwerpen zijn goede afspraken over de mandatering van belang.

De werkgroep richtlijnen voert het beleid uit t.a.v. richtlijnontwikkeling en mandatering. Er zal hierbij worden gestreefd naar een variatie in diversiteit van afgevaardigde leden vanuit een sectie over de tijd. Beschikbare nieuwe richtlijnen dienen te worden teruggekoppeld naar de commissie kwaliteit, die verantwoordelijk is voor het organiseren van de commentaarprocedure en het informeren van de het algemeen bestuur.

4.1.2. Implementatie

De verspreiding van nieuwe richtlijnen vindt momenteel plaats via de website, op de radiologedagen en bij autorisatie tijdens de algemene ledenvergadering. Daarnaast zijn de richtlijnen beschikbaar via de website van de Kwaliteitskoepel. Uit de inventarisatie t.b.v. dit beleidsplan is gebleken dat er meer aandacht gewenst is voor implementatie van richtlijnen binnen de vereniging. Vooral de rol van richtlijnen binnen het onderwijs en (bij-en na-)scholing verdient meer aandacht.

Doelen 2013-2017

- De NVvR stelt de radiologische aanbevelingen uit richtlijnen beschikbaar aan de leden (jaarplan 2013).
- Voor de meest voorkomende modaliteiten en toepassingen worden nationale praktijkrichtlijnen en standaarden opgesteld (jaarplan 2013).
- De NVvR heeft een heldere procedure voor mandatering van leden aan richtlijncommissies.
- Er is meer aandacht voor actieve verspreiding en implementatie van richtlijnen.
- Richtlijnimplementatie wordt geïntegreerd in onderwijs en (bij-en na-)scholing (jaarplan 2013).

4.2. Indicatoren

Het transparant maken van de kwaliteit van zorg met behulp van indicatoren is een belangrijk onderdeel van de kwaliteitszorg. Goede kwaliteitsinformatie blijkt een krachtige katalysator te zijn van wenselijke veranderingen in de zorg zoals het terugdringen van praktijkvariatie, verminderen van het aantal complicaties, concentratie van zorg wanneer dat de kwaliteit en doelmatigheid ten goede komt, en de maatschappelijke vraag naar transparantie.

Een indicator is een meetbaar element van de zorgverlening met een signalerende functie aangaande de kwaliteit van de betreffende zorg(aanbieder), vaak uitgedrukt in een teller en een noemer. Een indicator kan informatie geven over voorzieningen (structuurindicator), een zorgproces (procesindicator) of resultaat van de zorg (uitkomstindicator). Voorbeelden zijn: alle traumafoto's worden 7 dagen per week beoordeeld door de radioloog (structuurindicator), het percentage mammografieverlagen waarin een BIRADS classificatie is vermeld (procesindicator), en het percentage correcte radiologische diagnoses bij geopereerde buiken (uitkomstindicator).

Men onderscheidt interne indicatoren die bedoeld zijn voor de eigen beroepsgroep en externe indicatoren die bestemd zijn voor het afleggen van verantwoording naar buiten.

Met indicatoren kunnen prestaties gedurende langere termijn worden gevolgd of prestaties van afdelingen of maatschappen onderling worden vergeleken (benchmarking).

Het is van groot belang voor de kwaliteit en de doelmatigheid van de zorg dat kwaliteitstransparantie is gebaseerd op zinvolle kwaliteitsindicatoren. Medisch specialisten dienen hierbij de regie te nemen en te houden. Klinische uitkomstregistraties kunnen daarbij een belangrijke rol spelen.

Om de radiologische zorg transparanter te maken is in 2007 door de vereniging een interne indicatorenset ontwikkeld die sinds 2008 wordt uitgevraagd tijdens de kwaliteitsvisitaties. Eind 2011 is de indicatorenset geëvalueerd in het kader van een SKMS project en in 2013 zal deze worden geactualiseerd. De huidige set bestaat voornamelijk uit structuurindicatoren en procesindicatoren, en een enkele uitkomstindicator (zie bijlage 4). Tijdens de interviews t.b.v. dit beleidsplan is gebleken dat veel leden, mogelijk niet recent gevisiteerd, niet bekend zijn met deze indicatorenset. Er is meerdermaals aangegeven dat zij vooral behoefte hebben aan uitkomstindicatoren als maat voor de geleverde zorg. Het ontwikkelen van radiologische uitkomstindicatoren is echter lastig en complex gebleken. Voor interventieradiologie is dit tot op zekere hoogte mogelijk, maar radiologische diagnostische procedures zijn onderdeel van een zorgketen en daardoor moeilijk apart te meten. De uitkomsten van radiologisch handelen zijn moeilijk meetbaar en casemix correctie is noodzakelijk, o.a. door een aandeel foutieve indicatiestellingen. In het kader van het kwaliteitsbeleid zal de komende jaren meer tijd en aandacht besteed worden aan het verkennen van de mogelijkheden tot het ontwikkelen van uitkomstindicatoren.

Uit het SKMS evaluatieproject van de huidige interne indicatorenset, blijkt dat bespreking van de indicatoren tijdens de visitatie als zeer waardevol wordt ervaren door gevisiteerde radiologen. 87% van de respondenten geeft aan hiermee nuttige (nieuwe danwel reeds bekende) informatie over de kwaliteit van zorg te krijgen. Voorts wordt door 73% van de respondenten aangegeven dat ze deze informatie ook voor interne evaluatie van kwaliteit van zorg op hun afdeling gebruikt. 53% gebruikt deze gegevens t.b.v. externe evaluatie (bv raad van bestuur of Inspectie voor de Gezondheidszorg). Uit deze evaluatie blijkt voorts dat de verzameling van gegevens uit informatiesystemen t.b.v. deze indicatoren lastig wordt gevonden.

Naast de rol binnen de kwaliteitsvisitaties, zal in het kader van dit beleidsplan het gebruik van indicatoren voor eigen gebruik en benchmark worden gestimuleerd. De NVvR zal hiervoor een handleiding en een format ontwikkelen waarmee leden hun eigen gegevens, bij voorkeur prospectief, kunnen verzamelen en analyseren. Daarnaast zal de bekendheid en het draagvlak voor gebruik van de indicatoren onder de leden moeten worden vergroot.

Vervolgens zal binnen de vereniging jaarlijks één onderwerp als speerpunt gekozen worden, waarbij alle maatschappen en afdelingen kunnen participeren in een prospectieve registratie van de betreffende indicator gedurende een aantal maanden, en waarbij resultaten via een benchmark naar hen wordt teruggekoppeld. Hierbij zal worden gefocust op een indicator die aanbevolen radiologisch handelen uit een richtlijn weergeeft. Mogelijk kan de evaluatie multidisciplinair worden opgezet, door andere wetenschappelijke verenigingen die betrokken zijn bij dezelfde zorgketen, te betrekken. Het toekennen van accreditatiepunten bij aanlevering van een ingevulde indicatorenset, kan een stimulans vormen tot deelname. Omdat op afdelingen radiologie door meerdere instanties audits gehouden worden waarbij indicatoren worden uitgevraagd, dient de ontwikkeling van indicatoren tussen deze partijen te worden afgestemd. Uniformering van de verschillende indicatorensets kan de “registratielast” van afzonderlijke vakgroepen en maatschappen reduceren.

Doelen 2013-2017

- De indicatorenset t.b.v. kwaliteitsvisitatie is geactualiseerd (jaarplan 2013).
- Er is een registratieformat en handleiding t.b.v. indicatorenset beschikbaar voor gebruik door individuele leden/ maatschappen/afdelingen (jaarplan 2013).
- Er is specifieke aandacht voor de ontwikkeling van uitkomstindicatoren.
- Het draagvlak voor en kennis van de radiologische indicatoren is vergroot.
- De NVvR kiest jaarlijks één onderwerp waarvoor gedurende een aantal maanden landelijk indicatoren worden geregistreerd, en via een benchmark worden teruggekoppeld.

4.3. Normering

Normen zijn regels die na een zorgvuldige procedure door professionals zijn aanvaard op basis van gezamenlijk opgestelde waarden. Normen worden in toenemende mate vastgelegd in richtlijnen. Dit kunnen absolute minimumnormen zijn, maar ook relatieve streefnormen. Minimumnormen omschrijven een ondergrens, waar iedere zorgaanbieder minimaal aan moet voldoen, bijvoorbeeld het aantal uitgevoerde verrichtingen. Een volume-indicator geeft dan aan hoeveel verrichtingen van een bepaald type in een ziekenhuis of door een arts worden uitgevoerd, en de volumenorm geeft de ondergrens voor dit aantal verrichtingen. Minimumnormen zijn vooral gericht op kwaliteitshandhaving. Streefnormen impliceren het streven naar een hoger en beter zorgniveau. Ze zijn gebaseerd op wat met de beschikbare kennis, middelen en menskracht haalbaar is gebleken en zijn meer gericht op kwaliteitsverbetering.

De normstelling in de Nederlandse gezondheidszorg is door de overheid grotendeels neergelegd bij de beroepsgroep zelf. Steeds meer wetenschappelijke verenigingen maken hun set met, veelal aandoeningspecifieke, normen openbaar. Gezien de centrale rol van de diagnostiek binnen de zorgketens worden hierbij regelmatig normen opgenomen die betrekking hebben op de toegankelijkheid en beschikbaarheid van radiologische zorg. De NVvR dient meer actief betrokken te zijn bij het opstellen van deze normen.

Binnen de radiologie zelf is normering nog beperkt tot het aandachtsgebied interventieradiologie, via het Nederlands Genootschap voor Interventie Radiologie (NGIR). Hun kwaliteitscriteria zijn gericht op behandelingen van aandoeningen in de slagaders van benen, bekken, buik en hals en zijn o.a. opgenomen in het vaatkeurmerk, dat samen met de patiëntenorganisatie Hart&Vaatgroep is ontwikkeld. Ook voor andere aandachtsgebieden zouden dergelijke kwaliteitskeurmerken kunnen worden ontwikkeld, i.s.m. de betrokken medisch specialismen en patiëntorganisaties.

Uit de interviews met het interne kader is gebleken dat er ook binnen de diagnostische radiologie behoefte is aan interne kwaliteitsnormen. De NVvR zal de komende jaren meer aandacht besteden aan de ontwikkeling van (volume)normen voor ieder radiologisch aandachtsgebied. De secties dienen hierbij actief betrokken te zijn als inhoudelijke experts. Er zullen uniforme kaders en randvoorwaarden moeten worden opgesteld, om afstemming en samenhang te bewaken tussen de verschillende aandachtsgebieden. Ook dient steeds aandacht te bestaan voor de haalbaarheid van normen door “niet-expert” radiologen en kleinere afdelingen radiologie.

De kwaliteitsvisite is één van de instrumenten waarmee radiologische normen gemeten kunnen worden. In het SKMS evaluatieproject van de prestatie-indicatoren is een viertal bestaande indicatoren mogelijk geschikt bevonden voor het ontwikkelen van normering.

Doelen 2013-2017

- Secties zijn actief betrokken bij het opstellen van normen: per aandachtsgebied worden 1-3 normen voor diagnostische radiologie opgesteld.
- De NVvR zoekt actief contact met andere veldpartijen zoals wetenschappelijke verenigingen, om veldnormen t.a.v. radiologische zorg af te stemmen.

4.4. Kwaliteitsregistratie

4.4.1. 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 (be-)handelen noodzakelijk is dan wel dat er sprake is van onherstelbare schade. De complicatie is geconstateerd gedurende de behandeling of bij de direct daarop volgende poliklinische controle, dan wel binnen een door de wetenschappelijke vereniging bepaalde periode vanaf het begin van de behandeling (definitie Orde van Medisch Specialisten).” Complicaties schaden de kwaliteit van zorg en doen kosten stijgen, reden waarom zij in toenemende mate in de belangstelling staan bij alle belanghebbende partijen: patiënten, zorgverleners, ziekenhuizen, verzekeraars, Inspectie voor de Gezondheidszorg en de Orde van Medisch Specialisten. Registratie van complicaties en de terugkoppeling daarvan zijn belangrijk voor interne verbetering van de patiëntenzorg en externe verantwoording, en is als indicator opgenomen in de Basisset kwaliteitsindicatoren ziekenhuizen van de Inspectie voor de Gezondheidszorg. Voorwaarde voor een effectieve, open bespreking van complicaties is een omgeving en systeem waarin deze veilig gemeld kunnen worden. Essentieel hierbij is dat een maatschap of vakgroep ervan verzekerd is dat de resultaten van de registratie vertrouwelijk zijn en niet door derden ingezien kunnen worden.

Omdat complicaties direct betrekking hebben op de patiënt is een complicatieregistratie minder geschikt als kwaliteitsinstrument voor die specialismen waarbij geen sprake is van direct contact tussen medisch specialist en patiënt. Binnen de radiologie is de complicatieregistratie dan ook voornamelijk gericht op de interventieradiologie (NGIR), waarbij de radioloog als behandelaar optreedt. Het gebruik van een complicatieregistratie voor interventieradiologie wordt getoetst tijdens de kwaliteitsvisite. Daarnaast wordt in het rapport 'Good Clinical Practice' van de NVvR (SKMS project 2012) geadviseerd een "complicatieregister in te richten en bij te houden, en geregistreerde complicaties onderling te bespreken en daarvan notulen op te maken. Tevens behoren radiologen zo nodig en waar mogelijk maatregelen te treffen om herhaling van complicaties te voorkomen".

Uit de interviews met het interne kader blijkt dat er veel behoefte is aan de beschikbare definities van complicatie, calamiteit, incident en verwijtbare fout, toegepast op de (diagnostische) radiologie. De vigerende definities (zie boven) zijn namelijk grotendeels gericht op complicaties tijdens behandeling.

Ondanks dat de meeste geïnterviewden tevreden zijn over het functioneren van de complicatieregistratie op hun eigen ziekenhuisafdeling, is er vraag naar een door de vereniging geadviseerde format. Binnen de kwaliteitszorg zal daarom een landelijke inventarisatie plaatsvinden van huidige formats en zal een best practice worden bepaald en aanbevolen. Leden zijn voorts geïnteresseerd in eventuele deelname aan een anonieme, digitale registratie op verenigingsniveau, bedoeld ter lering en kwaliteitsverbetering.

Tijdens de interviews is veelvuldig aangegeven dat het registreren en bespreken van complicaties ook binnen het aandachtsgebied van de diagnostische radiologie een belangrijke rol heeft. Daarbij is men verdeeld over het standpunt of gemiste diagnoses hierbij zouden moeten worden opgenomen. Om de kwaliteit van zorg meer inzichtelijk en transparant te maken, wil de NVvR het voeren van een structurele registratie en bespreking van diagnostische complicaties en gemiste of foutieve interpretatie van afwijkingen binnen elke vakgroep of maatschap radiologie stimuleren.

Doelen 2013-2017

- De NVvR stelt bestaande definities aan leden beschikbaar t.a.v. complicatie, calamiteit, incident en een verwijtbare fout, zoals van toepassing op de radiologie (jaarplan 2013).
- De NVvR adviseert de leden over een best practice model van een complicatieregistratie voor interventieradiologie (jaarplan 2013).
- Elke maatschap of vakgroep radiologie voert een structurele registratie en bespreking van complicatie t.a.v. interventieradiologie.
- De NVvR adviseert de leden over een best practice model van een registratie voor diagnostische complicaties, gemiste of foutieve interpretatie van afwijkingen (jaarplan 2013).
- Elke maatschap of vakgroep radiologie voert een structurele registratie en bespreking van diagnostische complicaties en gemiste of foutieve interpretatie van afwijkingen.

4.4.2 Uitkomstregistratie

Goede kwaliteitsinformatie wordt gezien als een krachtige katalysator van wenselijke veranderingen in de zorg. Het uitvoeren van klinische uitkomstregistraties kan leiden tot kwaliteitsverbetering en kostenbesparingen. Voorts draagt het bij aan betere transparantie van de geleverde zorg en kan het de praktijkvariatie terugdringen.

Het rapport van The Boston Consulting Group (2011) meldt dat medische resultaten inzichtelijk gemaakt moeten worden in de vorm van uitkomstindicatoren, om de uitdagingen van suboptimale medische resultaten en de sterk stijgende zorgkosten het hoofd te kunnen bieden. Hierbij kunnen ziekenhuizen en specialisten hun kwaliteit onderling vergelijken en best practices vaststellen. BCG gebruikt hiervoor de Zweedse registratiesystemen als voorbeeld. Ook in Nederland bestaan uitkomstregistraties in de zorg, zoals de registraties van de Dutch Institute of Clinical Auditing (DICA). Door een leidende rol te spelen bij het vaststellen van kwaliteitsindicatoren en het valideren van de data uit uitkomstregistraties, wordt het draagvlak onder medisch specialisten vergroot.

Sinds 2009 worden alle behandelingen van patiënten met een colorectaal carcinoom vastgelegd in de Dutch Surgical Colorectal Audit (DSCA), inmiddels zijn ook kwaliteitsregistraties opgezet voor mammacarcinoom (Dutch Breast Cancer Audit-BCSA), slokdarm- en maagcarcinoom (Dutch Upper GI Cancer Audit-DUCA) en longchirurgie (Dutch Lung Surgery Audit-DLSA). Deze webbased systemen worden het hele jaar door gevuld met patiëntgegevens en koppelen periodiek gegevens terug naar de behandelaren zelf.

In de huidige DICA registraties is beperkt radiologische informatie opgenomen. De DICA is in gesprek met wetenschappelijke verenigingen, waaronder de NVvR, over uitbreiding van de registratie en eventuele samenwerking.

De kankerregistratie van het Integraal Kankercentrum Nederland is een ander voorbeeld van een landelijk dekkende uitkomstregistratie binnen de oncologie. Hierin zijn nu vooral tumorgegevens en behandelgegevens opgenomen. De NVvR wordt betrokken bij de actualisatie van deze dataset, door mandatering van radiologen in nieuwe multi-disciplinaire, landelijke werkgroepen. Opname van nieuwe radiologische informatie in de kankerregistratie zal de kwaliteit van de oncologische radiologie transparanter kunnen maken.

In het vakgebied van de radiologie zijn uitkomstregistraties verder onontgonnen terrein. Tijdens de interviews bleek men terughoudend te zijn in het voeren van registraties vanwege de registratielast. Wel worden veel voordelen gezien van het gebruik van registraties t.b.v. benchmarks, transparantie van zorg en voor het aanleveren van indicatoren bij de kwaliteitsvisities. Aansluiting bij multidisciplinaire en aandoenings specifieke audits is gewenst, mede vanwege de centrale positie van de radiologie in de zorgketen. In het kader van dit beleidsplan zal een inventarisatie gedaan worden van de belangrijkste (niet-oncologische) aandoeningen of verrichtingen waarbij evaluatie van radiologische zorg relevant en gewenst is, en van de beschikbare registratiesystemen. Dit zal inzicht geven in de aandachtsgebieden waar aansluiting bij andere systemen mogelijk is.

Doelen 2013-2017

- De commissie kwaliteit zoekt actief contact met andere partijen zoals wetenschappelijke verenigingen, DICA en IKNL, t.a.v. samenwerking op het gebied van multidisciplinaire uitkomstregistraties en clinical audits (jaarplan 2013).
- De NVvR secties benoemen de belangrijkste (niet-oncologische) aandoeningen of verrichtingen t.a.v. de evaluatie van kwaliteit van radiologische zorg.
- De NVvR haakt aan bij bestaande initiatieven t.a.v. uitkomstregistraties van aandoeningen of verrichtingen die voor hen relevant zijn.

4.5. Kwaliteitsvisitatie

Kwaliteitsvisitatie is een instrument waarbij beroepsgenoten bij elkaar “in de keuken kijken” om de kwaliteit van de zorgverlening te meten, aan de hand van vooraf vastgestelde kwaliteitsnormen. Men richt zich op vier domeinen: de evaluatie van de inhoud van zorg, het professioneel functioneren, het maatschapsfunctioneren en het patiëntenperspectief. Onderdeel hiervan is het systematisch toetsen op de navolging van richtlijnen en de uitkomsten van de daaraan gekoppelde indicatoren.

Visitaties van de vakgroep of maatschap vinden in principe om de 5 jaar plaats. Als er belangrijke verbeterpunten worden geconstateerd, zal de termijn en wijze van follow-up afhankelijk zijn van de aard en de kracht van de gestelde aanbevelingen, zwaarwegende adviezen of voorwaarden. De visitatiecommissie kan vragen om een rapportage over verbeteracties binnen een bepaalde termijn, of kan aansturen op een hervisitatatie binnen deze 5 jaar.

De NVvR voert sinds 1995 gestructureerde kwaliteitsvisitaties uit bij radiologieafdelingen in niet-opleidingsklinieken. Sinds 2005 is deelname aan de kwaliteitsvisitatie verplicht voor herregistratie van de medisch specialist, en sinds 2006 worden ook de opleidingsklinieken gevisiteerd. Ten aanzien van toekomstige visitatie van zelfstandige behandelcentra en academische ziekenhuizen zal door de vereniging een standpunt ingenomen moeten worden.

De commissie kwaliteitsvisitatie is belast met de coördinatie en uitvoer van de kwaliteitsvisitaties, met hulp van inhoudelijke ondersteuning door externe adviseurs. Hierbij worden geldende methodieken gehanteerd, gebaseerd op het actuele visitatiekader en model van de Orde van Medisch Specialisten. Op korte termijn dient verdere actualisatie van de reglementen en methodieken plaats te vinden op basis van vertaling van de adviezen van de landelijke adviescommissie kwaliteitsvisitatie van de Raad Kwaliteit betreffende het algemeen visitatiereglement (2011) en de waarderingsystematiek (2012). Ten aanzien van de waarderingsystematiek is de commissie voornemens om de behaalde resultaten en uitgevoerde acties n.a.v. gestelde aanbevelingen, zwaarwegende adviezen en voorwaarden uit visitaties over de afgelopen 10 jaar in kaart te brengen.

Uit de interviews t.b.v. het beleidsplan is gebleken dat radiologen de visitatie ervaren als een grote administratieve last. Door meerdere instanties worden audits gehouden op afdelingen radiologie en een gedeelte van de benodigde gegevens hiervoor overlapt, zoals formatie- en productiecijfers. Het combineren van visitaties, het delen van informatie en aanpassen van de planning zou de “visitatielast” van afzonderlijke vakgroepen en maatschappen kunnen reduceren. Deze vraag is van toepassing op alle medische specialismen en zal derhalve namens de commissie kwaliteit van de NVvR worden ingebracht in de landelijke adviescommissie kwaliteitsvisitatie van de Raad Kwaliteit. Vervolgens is in de interviews aangegeven aan dat men tijdens de visitatie meer aandacht wenst voor inhoudelijke kwaliteit van zorg, naast de bestaande focus op organisatie en systemen. Zoals eerder beschreven is dit een complexe opgave omdat de uitkomsten van radiologische zorg juist moeilijk meetbaar zijn. Het peer-to-peer visitatiemodel dat binnen de mammascreeening gebruikt wordt, meet wel de uitkomsten van zorg door beeldmateriaal opnieuw te beoordelen en bespreken door en met peer-radiologen aan de hand van bevestigde mammopathologie. De mogelijkheden van deze methodiek buiten de mammadiagnostiek zullen moeten worden onderzocht.

Verder zouden verwijzende medici meer betrokken moeten worden in de beoordeling van de kwaliteit van radiologische zorg, bijvoorbeeld door benadering van meerdere verwijzers met een enquête i.p.v. de uitnodiging van enkele verwijzers op de visitatiedag.

Een aantal doelstellingen uit dit beleidsplan kunnen op termijn ter toetsing worden opgenomen in de kwaliteitsvisitatie, zoals: de beschikbaarheid van één aanspreekpunt voor kwaliteitszorg per maatschap of vakgroep (zie: algemene doelstellingen), de opname van een geactualiseerde indicatorenset (zie: indicatoren), de toetsing van normen per aandachtsgebied (zie: normering) en de registratie en bespreking van diagnostische complicaties, fouten en missers binnen elke vakgroep of maatschap radiologie (zie: complicatieregistratie). Het toetsen en evalueren van deze doelstellingen past binnen een dynamische kwaliteitscyclus. Voorts worden zo visitatie-inhoud en eisen verzwaaard en zal de visitatie meer indicatief worden voor de geleverde kwaliteit van zorg.

Doelen 2013-2017

- De commissie kwaliteitsvisitatie vertaalt de aanbevelingen van de landelijke adviescommissie kwaliteitsvisitatie betreffende het algemeen visitatiereglement en de waarderingssystematiek naar haar eigen reglement en methodieken (jaarplan 2013).
- De commissie kwaliteit zet de vraag tot verlichting van de visitatielast voor specialisten, door een efficiëntere aanpak van verschillende kwaliteitsvisitaties, op de agenda bij de adviescommissie kwaliteitsvisitatie van de Raad Kwaliteit (jaarplan 2013).
- De commissie kwaliteitsvisitatie inventariseert de behaalde resultaten en uitgevoerde acties n.a.v. de gestelde aanbevelingen, zwaarwegende adviezen en voorwaarden uit visitaties over de afgelopen 10 jaren.
- De commissie kwaliteitsvisitatie brengt meer aandacht voor inhoudelijke kwaliteit van zorg in de visitatie.

4.6. Onderwijs / bij- en nascholing

Bij-en nascholing is een continu leerproces, voornamelijk gericht op het bijhouden of verkrijgen van kennis of nieuwe vaardigheden. Nascholing is onderdeel van het verbeteren van kwaliteit van zorg. Voor medisch specialisten is nascholing formeel verplicht en gekoppeld aan de herregistratie als zorgverlener. De commissie accreditatie bepaalt op aanvraag van de aanbieder van landelijke en regionale nascholing het aantal accreditatiepunten per activiteit.

Secties van de NVvR hebben een grote rol in de bij-en nascholingsactiviteiten. Met de invoering van de Herziening Opleidingsplan Radiologie (HORA) heeft het onderwijs een meer orgaangerichte i.p.v. een modaliteitgerichte benadering gekregen. De grootste vorm van nascholing vindt plaats tijdens zgn. Sandwichcursussen, waarbij in een tweedaagse cursus twee radiologische aandachtsgebieden centraal staan. In het afgelopen jaar is een kwaliteitsslag gemaakt door de introductie van een nieuwe stijl, waarbij de cursussen kleinschalig en interactief gegeven worden. Daarnaast organiseren de secties andere specifieke nascholingsactiviteiten, zoals symposia en refereeravonden. In het kader van de wens van het algemeen bestuur tot grotere uniformiteit van sectieactiviteiten, zijn o.a. de nascholingseisen t.a.v. herregistratie voor een deelspecialisatie recentelijk vastgelegd in een nieuw algemeen sectiereglement.

Uit de interviews bleek dat er tijdens scholingsactiviteiten meer aandacht is gewenst voor richtlijnen. Ook de methodieken van andere kwaliteitsinstrumenten, zoals complicatieregistratie, visitatie en

indicatoren, zou meer moeten worden ingebed in de opleiding waardoor de radiologen van de toekomst reeds worden “opgevoed” met deze kennis en werkmethoden.

Voorts bestaat de wens om naast de aanwezigheid ook uitkomsten van onderwijs en bijscholing te meten d.m.v. kennistoetsing na afloop. Kwaliteitsverbetering en efficiëntiewinst worden verder verwacht door het invoeren van een verenigingsbrede format en randvoorwaarden voor de inhoud en de uitvoering van onderwijs en nascholing, op basis van best practices.

Ten slotte kan zitting in een commissie kwaliteit of projectgroep van een kwaliteitsproject, zoals bij richtlijnontwikkeling of implementatie van een kwaliteitsinstrument, gezien worden als een wijze van nascholing en zouden hiervoor accreditatiepunten toegekend kunnen worden. Dit zal leden aanmoedigen tot deelname aan een project, waarmee het kwaliteitsdenken en draagvlak binnen de vereniging bevorderd wordt.

Doelen 2013-2017

- Er wordt expliciet aandacht besteed aan kwaliteitsinstrumenten tijdens door de NVvR georganiseerde bij- en nascholingsactiviteiten, opleidingsactiviteiten en op wetenschappelijke symposia.
- Richtlijnen worden geïmplementeerd en geïntegreerd in onderwijs en (bij-en na-)scholing (jaarplan 2013).

4.7. Patiënttevredenheidsinstrument

De definitie van kwaliteit van zorg heeft voor patiënten een andere dimensie. Voor hen gaat het niet zozeer om het pure medisch handelen, want men gaat ervan uit dat dat in orde is, maar om de wijze waarop zorg is verleend. Goede kwaliteit van zorg is voor patiënten de zorg die voldoet aan hun noden en wensen.

De belangrijkste gestandaardiseerde methodiek om klantervaringen in de zorg te meten, te analyseren en te rapporteren, is de CQ-index (Consumer Quality Index). De CQ-index is een verzameling meetinstrumenten, bestaande uit een set gestandaardiseerde vragenlijsten, protocollen en handleidingen, voor het meten van ervaringen van patiënten met de zorg én het belang dat zij aan bepaalde kwaliteitsaspecten hechten. Aan hen wordt gevraagd wat ze belangrijk vinden in de zorg en wat hun feitelijke ervaringen zijn geweest. Zorginstellingen kunnen desgewenst hun zorgproces bijsturen op basis van deze informatie over de feitelijke, concrete ervaringen van hun klanten. Naast de ervaringen van de patiënt m.b.t. het proces, wordt ook de ervaren medische uitkomst van zorg steeds relevanter geacht, zoals pijn, zintuiglijk verlies of gezondheidsgerelateerde kwaliteit van leven. Deze kan gemeten worden m.b.v. de Patient Reported Outcome Measures (PROMS), een instrument dat momenteel wordt getest als kwaliteitsindicator in ziekenhuizen in opdracht van zorgverzekeraars. De combinatie van PROMS en klinische gegevens opent allerlei perspectieven, zoals een goede casemixcorrectie van PROMS, noodzakelijk voor kwaliteitsvergelijkingen tussen ziekenhuizen, en het terugdringen van onnodige zorg. De rol van patiënttevredenheid wordt in Nederland steeds belangrijker bij de beleidsvorming door externe partijen. Bij het in oprichting zijnde Nederlands Zorginstituut is het cliëntenperspectief één van de beleidsbepalende pijlers.

Ziekenhuizen in Nederland nemen in hun patiënttevredenheidsmetingen ook de ervaren zorg op de afdelingen radiologie mee. Uit de interviews t.b.v. dit beleidsplan bleek dat door radiologen

verschillend gebruik gemaakt wordt van de uitkomsten van deze metingen. Hierbij is opgemerkt dat de meeste radiologische verrichtingen plaatsvinden zonder direct contact tussen de patiënt en de radioloog, m.u.v. bijvoorbeeld de interventieradiologie en echografie. Daarentegen hebben andere medewerkers van de radiologieafdeling, zoals de medisch beeldvormende en bestralingsdeskundigen, wel intensief patiëntencontact. De processen op de radiologieafdeling dienen daarom patiëntvriendelijk te zijn en patiënten moeten de mogelijkheid hebben hun wensen kenbaar te maken.

Tijdens de NVvR kwaliteitsvisitaties wordt ruim aandacht besteed aan de patiëntwaardering. De NVvR zal leden meer aansporen om ook zelf patiënttevredenheidsmetingen uit te voeren op hun afdeling als onderdeel van hun kwaliteitsbeleid, en zich bewust te zijn van ervaringen, waarderingen en eventuele klachten. Er is hierbij geen behoefte aan het ontwikkelen van specifieke, eigen meetinstrumenten op verenigingsniveau. Daarnaast zal meer samenwerking worden gezocht met patiëntenorganisaties om patiëntenperspectieven beter te kunnen betrekken bij de ontwikkeling van nieuwe kwaliteitsinstrumenten. Door betere samenwerking en afstemming kan ook de kwaliteit van de informatie voor patiënten over radiologische diagnostiek en daarmee de beeldvorming, worden verbeterd.

Doelen 2013-2017

- Afdelingen radiologie dienen patiënttevredenheidsmetingen op te nemen als onderdeel van hun kwaliteitsbeleid.
- De NVvR zal patiëntenorganisaties betrekken in de ontwikkeling van kwaliteitsproducten.

4.8. Nieuwe ontwikkelingen

Binnen het kwaliteitsbeleid dient voldoende aandacht te bestaan voor nieuwe ontwikkelingen. Dit kunnen vernieuwingen zijn op basis van nieuwe ideeën, diensten, toepassingen en processen. Het introduceren van nieuwe ontwikkelingen in de zorg wordt voornamelijk aan het veld overgelaten. Binnen de NVvR heeft de commissie kwaliteit een centrale rol in het stimuleren, erkennen en prioriteren van ontwikkelingen voor zover deze van invloed zijn op de kwaliteit van zorg. De commissie dient hierin afstemming te zoeken met het algemeen bestuur, de commissie beroepsbelangen, commissie onderwijs en betreffende secties op basis van aandachtsgebied. Indien de ontwikkelingen bijdragen aan een kwaliteitsverbetering ten gunste van de gehele beroepsgroep, zal de NVvR graag bijdragen aan de ontwikkeling en de implementatie ervan. Nieuwe ontwikkelingen kunnen worden geagendeerd in de kwaliteitsjaarplannen en verder worden ontwikkeld of geïmplementeerd in de vorm van een kwaliteitsproject.

Uit de inventarisatie t.b.v. dit beleidsplan kwamen de volgende onderwerpen naar voren als mogelijke NVvR speerpunten op gebied van nieuwe ontwikkelingen:

Uniformering van codering van radiologische verrichtingen en diagnoses.

Door het ontbreken van eenduidige onderzoeksbenamingen en coderingen door zorginstellingen is het momenteel niet mogelijk om landelijk afspraken te maken, en is het moeilijk om gegevens geautomatiseerd tussen ziekenhuizen of met zelfstandige diagnosecentra uit te wisselen. Dit probleem wordt nog verder vergroot door de diversiteit in gebruikte medische apparatuur, scanprotocollen en wijze van data-opslag (praktijkvariatie).

In de praktijk wordt hierdoor bij verwijzing van patiënten regelmatig radiologische diagnostiek herhaald, met onnodige kosten en stralingsbelasting ten gevolge. De NVvR onderzoekt de mogelijkheden om te komen tot een uniforme wijze van codering, welke aansluit bij internationale standaarden en toepasbaar is in de hele radiologische keten.

Uniformering van scanprotocollen en data-opslag

Technologie maakt het mogelijk om data snel en makkelijk uit te wisselen, maar deze informatie dient wel op eenzelfde wijze te worden opgeslagen om bruikbaar te zijn. Door scanprotocollen en instellingen van apparatuur openbaar te maken en op elkaar af te stemmen, kunnen gegevens efficiënter worden uitgewisseld tussen ziekenhuizen. Het terugbrengen van praktijkvariatie door ontwikkeling van praktijkrichtlijnen en scanprotocollen voor de meest voorkomende radiologische verrichtingen is hiervan een onderdeel.

Uniformering van verslaglegging

De schriftelijke vastlegging van de interpretatie van een radiologisch onderzoek in een verslag draagt bij aan het totaal van besliskundige informatie nodig voor het stellen van een diagnose en het bepalen van het therapeutische beleid. Omdat het verslag één van de belangrijkste communicatiemiddelen is tussen radiologen en verwijzende medici en huisartsen, is de kwaliteit van radiologische zorg hier onlosmakelijk mee verbonden. De inhoud en opbouw van een verslag is echter niet vastgelegd in een landelijke richtlijn of leidraad, waardoor een grote variabiliteit bestaat tussen radiologen en tussen instellingen.

Een geadviseerde format of model voor verslaglegging kan een interventie zijn om de kwaliteit van zorg te verbeteren. Door verslagen uniform en gestructureerd vast te leggen is het bijvoorbeeld mogelijk om m.b.v. technologie data snel en gemakkelijk uit te wisselen tussen ziekenhuizen. Hierbij zal echter altijd voldoende ruimte moeten blijven bestaan voor nuancering of persoonlijke inbreng. In het kader van het kwaliteitsbeleid zal een inventarisatie uitgevoerd worden van bestaande systemen en wensen, en zal de haalbaarheid van een landelijk format t.b.v. uniforme verslaglegging worden onderzocht.

Teleconsultatie

Met teleradiologie wordt de plaats waar de beeldvorming plaatsvindt losgekoppeld van de plaats waar de beoordeling plaatsvindt, gebruikmakend van informatietechnologie en telecommunicatie. Radiologisch onderzoek kan worden uitgewisseld ter interpretatie en bespreking binnen één organisatorisch verband, dus binnen het ziekenhuis of een regionaal netwerk van ziekenhuizen. Het inzetten van teleconsultatie binnen zo'n netwerk kan de kwaliteit van radiologische zorg verbeteren op het gebied van efficiëntie, doorlooptijden en kosteneffectiviteit.

Deze toepassing zal binnen de radiologie een steeds grotere rol krijgen in het kader van de toenemende specialisatie en concentratie en spreiding, waarin meer regionalisatie van radiologische zorg zal gaan ontstaan. Om hierbij een optimale kwaliteit van zorg te kunnen waarborgen, dient de NVvR het voortouw te nemen in de verdere ontwikkeling.

Netwerk kwaliteit en wetenschap

Wetenschappelijk onderzoek speelt een belangrijke rol bij een integraal kwaliteitsbeleid. Binnen de kwaliteitszorg wordt veel gewerkt volgens een "kwaliteitscyclus of PDCA (plan do check act)-cyclus", waarin in cyclisch herhaalde stappen iets wordt bedacht om een bepaald resultaat te bereiken (plan),

dit wordt uitgevoerd (do), gekeken wordt of het werkt (check) en vervolgens (zodanig) wordt bijgesteld (act). Resultaten van klinisch onderzoek worden binnen deze cyclus bijvoorbeeld gebruikt bij het opstellen van evidence-based richtlijnen. Na toepassing en implementatie van deze richtlijnen in de dagelijkse klinische praktijk wordt aan de hand van indicatoren of visitatie geëvalueerd of de kwaliteit van zorg verbetert ofdat er nieuwe, aanvullende kennis nodig is om de richtlijnen verder mee aan te scherpen. Door nieuw onderzoek op te zetten wordt de kwaliteitscyclus opnieuw gestart. Het is daarom belangrijk dat actuele ontwikkelingen binnen de (kwaliteits)zorg worden vertaald naar een wetenschapsbeleid, en dat nieuwe wetenschappelijke kennis wordt toegepast binnen de kwaliteitsinstrumenten. Naast kwaliteitszorg is wetenschappelijk onderzoek een belangrijke pijler binnen de vereniging die momenteel in beweging is. Bij het uitvoeren van het voorliggende kwaliteitsbeleid dient een goede afstemming tussen beide pijlers plaats te vinden.

Doelen 2013-2017

- De commissie kwaliteit signaleert en prioriteert radiologische ontwikkelingen. Wanneer deze ontwikkelingen bijdragen aan de kwaliteit van zorg ten gunste van de gehele beroepsgroep zullen kwaliteitsprojecten worden opgezet.
- Bij het uitvoeren van dit kwaliteitsbeleid wordt afstemming gezocht met het wetenschappelijk onderzoek dat binnen de beroepsgroep wordt uitgevoerd, om de kwaliteitscyclus te kunnen optimaliseren

5. Borging en implementatie kwaliteitsbeleid

5.1. Interne en externe communicatie

Een voorwaarde voor een succesvolle uitvoer van het voorliggende beleidsplan is voldoende draagvlak onder de beroepsgroep en aandacht voor borging en implementatie. Hierbij is goede interne en externe communicatie essentieel.

De commissie kwaliteit is verantwoordelijk voor het actief uitdragen van dit kwaliteitsbeleid en heeft een regiefunctie in de verspreiding van relevante documenten en ontwikkelingen onder de juiste doelgroepen (algemeen bestuur, leden, secties of externe partijen). Door een netwerk te vormen van aanspreekpunten t.a.v. kwaliteitszorg per maatschap of vakgroep, kan het informeren en afstemmen doeltreffender plaatsvinden.

Op het gebied van interne communicatie zullen kwaliteitsproducten via een kwaliteitspagina op de website toegankelijk gemaakt worden voor leden. Voorts worden nieuwe ontwikkelingen, instrumenten en resultaten van kwaliteitsprojecten verspreid middels het vakblad van de NVvR "MemoRad" en de maandelijkse digitale nieuwsbrief. Halfjaarlijks zal een kwaliteitsproject van de vereniging extra worden belicht.

De NVvR wil daarnaast ook externe verantwoording afleggen over de ontwikkeling van haar kwaliteitszorg en de behaalde resultaten. Op het gebied van externe communicatie kan gedacht worden aan publicatie van stukken op de website van de Kwaliteitskoepel en het uitsturen van persberichten.

5.2. Samenwerking met derden

In de huidige gezondheidszorg wordt steeds meer samengewerkt tussen verschillende zorgverleners om de continuïteit en afstemming in de zorg aan groepen patiënten te kunnen waarborgen. Binnen deze multidisciplinaire ketenzorg heeft de radiologie als ondersteunend medisch specialisme een centrale rol. Goede radiologische kwaliteitszorg dient daarom te worden afgestemd en gedeeld met partners in het veld, zoals de verwijzers voor diagnostiek (bv huisartsen, chirurgen, cardiologen), andere partijen in de praktijk (klinisch fysici, nucleair geneeskundigen en medisch beeldvormende en bestralingsdeskundigen) en daarbuiten (IT specialisten, bedrijfsleven) . Gemeenschappelijke thema's zullen samen worden opgepakt.

Voorts zal door de commissie kwaliteit structureel overleg worden gevoerd met beleidsvormende, sturende en toetsende partijen in het veld zoals de Orde van Medisch Specialisten, Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen, Nederlands Zorginstituut, zorgverzekeraars en de Inspectie voor de Gezondheidszorg. Tenslotte zal contact met grotere patiëntenorganisaties, zoals de Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie en de Hart en Vaatgroep, worden benut om de inbreng van patiënten bij de ontwikkeling van radiologische kwaliteitsinstrumenten mee te nemen, bijvoorbeeld bij het opstellen van een richtlijn. Daarnaast kan langs deze weg de kwaliteit van de informatie voor patiënten over radiologische diagnostiek en daarmee hun beeldvorming, worden verbeterd.

5.3. Jaarplannen

De doelstellingen en speerpunten van het kwaliteitsbeleid voor 2013-2017 zijn in dit plan op hoofdlijnen beschreven. Op basis van dit document worden jaarlijks concrete activiteiten en korte termijn doelstellingen uitgewerkt in jaarplannen. De commissie kwaliteit is verantwoordelijk voor het opstellen van de jaarplannen en de bewaking van de uitvoering hiervan.

Het NVvR jaarplan kwaliteit voor 2013 is opgenomen als bijlage 5.

5.4. Financiering

Structureel kwaliteitsbeleid vereist ook structurele financiering. De huidige vorm van structurele financiering vindt plaats via de Stichting Kwaliteitsgeld Medisch Specialisten (SKMS). Deze gelden bestaan sinds 2008; oorspronkelijk door het reserveren van een vast bedrag per gewerkt uur van de medisch specialist door VWS voor bevordering van hun kwaliteitbeleid. Naast een centraal budget voor multidisciplinaire projecten, kan de NVvR aanspraak maken op een gealloceerd jaarlijks budget. Na afschaffing van het normatief uurtarief is de toekomst van de SKMS gelden op lange termijn echter onzeker. Naast de medewerking die de NVvR zal verlenen bij de actuele onderhandelingen tussen de Orde en VWS voor een vervolg aan deze structurele financiering, zal de NVvR ook intern en extern de mogelijkheden moeten onderzoeken voor alternatieve financiering van haar kwaliteitszorg.

Doelen 2013-2017

- De commissie kwaliteit voert een actief communicatiebeleid t.a.v. kwaliteitsonderwerpen.
- De NVvR voert overleg met genoemde externe partijen.
- Jaarlijks wordt een jaarplan opgesteld met de geplande activiteiten.
- De NVvR bewaakt de mogelijkheden voor structurele financiering van haar kwaliteitszorg.

Bijlage 1 Lijst met geïnterviewden

Intern kader

- O.M. van Delden, radioloog, voorzitter sectie interventieradiologie
- G.J. den Heeten, radioloog, directeur LRCB-borstkankerscreening
- D.R. Kool, radioloog, voorzitter commissie accreditatie en sectie acute radiologie
- M. Maas, radioloog, voorzitter commissie onderwijs
- H. Pieterman, radioloog, bestuurslid, afdelingshoofd universitair medisch centrum, Erasmus MC
- R.M. Pijnappel, radioloog, voorzitter sectie mammariadiologie
- F.B.M. Sanders, radioloog, co-auteur oud-beleidsplan Zilver tot Zand
- M.M.A.C. van Doorn, AIOS radiologie, voorzitter sectie juniorleden
- J.P.J. van Schaik, radioloog, voorzitter concilium
- M.J. Slob, radioloog, afdelingshoofd perifeer ziekenhuis, St Anna ziekenhuis Geldrop
- H.J. Teertstra, radioloog, voorzitter commissie kwaliteitsvisite
- A.V. Tielbeek, radioloog, afdelingshoofd STZ, Catharina ziekenhuis Eindhoven, voorzitter rapport radiologische normpraktijk
- J.G. van Unnik, radioloog, voorzitter commissie stralingshygiëne en sectie nucleaire geneeskunde

Extern kader

- A.C. van Meelis, programmamanager kwaliteit, NIV
- M.T.F.D. Baas-Vrancken Peeters, chirurg, voorzitter commissie kwaliteit NVvH
- A. Nutma, beleidsmedewerker kwaliteit NVvH
- J. van den Heuvel, ziekenhuisapotheker, commissie kwaliteit en bestuurslid NVNG
- W.J.G. Oyen, nucleair geneeskundige, vice-voorzitter NVNG, NG voorzitter werkgroep NVvR-NG
- B. Damink, voorzitter commissie kwaliteit NVKF
- N.A.A. Matheijssen, klinisch fysicus, NVKF
- M. Bouma, beleidsmedewerker indicatoren, NHG
- J.A.M. van Balen, beleidsmedewerker NHG standaarden, NHG
- M. v.d. Ploeg, beleidsmedewerker kwaliteit, NVMBR
- J.M. v.d. Berg, hoofdinspecteur IGZ
- L. Meinders, hoofdinspecteur IGZ
- A.P.W.P. van Montfort, voorzitter bestuur Actiz
- J. Derksen, CVZ, Nederlands Zorginstituut
- C. Itz, medisch adviseur, zorgverzekeraar UVIT
- M. Jansen, kwaliteitsfunctionaris radiologie MUMC
- H. Post, programmamanager Kwaliteit in Zicht, NPCF
- A. Auwerda, beleidsmedewerker Hart en Vaatgroep
- H. van Laarhoven, beleidsmedewerker Hart en Vaatgroep

Bijlage 2 Bronvermelding

- Algemeen visitatiereglement. Raad Kwaliteit, Adviescommissie kwaliteitsvisitatie. Januari 2011.
- Beeld en Functie. Toekomst van de beeldvormende specialist in Nederland. Stichting Universitaire Radiologie Nederland. Roland Berger Strategy Consultants. 2012.
- Bosmans, J.M.L. Leren te verslaan, gestructureerde verslaglegging: naar een dubbele revolutie? MemoRad 16 (4) 2012: 8-10.
- Diagnostische referentieniveaus in Nederland. NCS platform "Stralingsbescherming in het ziekenhuis". Rapport 21 van de Nederlandse Commissie voor Stralingsdosimetrie. Juni 2012.
- Evaluatie en benchmark van interne indicatoren voor radiologie. Werkgroep evaluatie indicatorenset (SKMS project). NVvR. Maart 2012.
- Good Clinical Practice. Werkgroep radiologische praktijk (SKMS project). NVvR. 2012.
- HORA. Opleidingsplan radiologie. Commissie herziening opleiding radiologie 1 en 2. NVvR, 2010.
- J.J.E. van Everdingen, D.H.H. Dreesens. Glossarium kwaliteit van zorg. Regieraad, Bohn Stafleu van Loghum. Houten, 2011.
- KNMG Kwaliteitskader medische zorg, Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der geneeskunst. April 2012.
- Kwaliteitskader van medisch specialisten. De Orde van Medisch Specialisten. Utrecht, 2010.
- Medisch specialistische richtlijnen 2.0. Raad Kwaliteit, Adviescommissie richtlijnen. Oktober 2011.
- Prestatie-indicatoren voor radiologie uit multi-disciplinaire richtlijnen. Werkgroep indicatoren uit richtlijnen (SKMS project). NVvR. 2012.
- Van Zilver tot Zand. Beleidsplan NVvR. Werkgroep beleidsplanontwikkeling. NVvR. 2000.
- Visiedocument De Medisch Specialist 2015. Wetenschappelijke Verenigingen en de Orde van Medisch Specialisten. Utrecht. Oktober 2012.
- Zorg voor Waarde. Meer kwaliteit voor minder geld: wat de Nederlandse gezondheidszorg kan leren van Zweden. Boston consulting group. 2011.
- Waarderingsystematiek voor de kwaliteitsvisitaties. Een leidraad voor wetenschappelijke verenigingen. Raad Kwaliteit, Adviescommissie kwaliteitsvisitatie. Mei 2012.

Bijlage 3 Richtlijnen

Richtlijnen waar de NVvR aan heeft meegewerkt (n= 59 richtlijnen)

Bron: www.kwaliteitskoepel.nl (op 17-12-2012)

Richtlijn	Datum	Samenwerkende specialismen
1 Anuscarcinoom	13-11-2012	Pathologie Heelkunde Interne geneeskunde Maag, darm, lever Radiotherapie en Oncologie
2 Acute diverticulitis van het colon	30-10-2012	Heelkunde Interne geneeskunde Maag, darm, lever
3 Primaire tumor onbekend	24-06-2012	Pathologie Heelkunde Interne geneeskunde KNO Longziekten en tuberculose Maag, darm, lever Nucleaire Geneeskunde Obstetrie en Gynaecologie Radiotherapie en oncologie
4 Mammacarcinoom	01-03-2012	Heelkunde Interne geneeskunde Klinische Genetica Nucleaire Geneeskunde Obstetrie en Gynaecologie Pathologie Plastische chirurgie Radiotherapie en oncologie
5 Cervixcarcinoom	01-03-2012	Interne geneeskunde Obstetrie en Gynaecologie Radiotherapie en oncologie
6 Het peroperatief traject	01-11-2011	Anesthesiologie Heelkunde KNO Medische Microbiologie Obstetrie en Gynaecologie Orthopedie Plastische chirurgie Urologie
7 Wekedelentumoren	01-11-2011	Heelkunde Interne geneeskunde Radiotherapie en oncologie
8 Pancreascarcinoom	22-08-2011	Heelkunde Interne geneeskunde Maag, darm, lever Pathologie Radiotherapie en oncologie
9 Hersenmetastasen	1-7-2011	Neurologie Neurochirurgie Radiotherapie en oncologie
10 Niet kleincellig longcarcinoom: stadiering en behandeling	22-5-2011	Heelkunde Interne geneeskunde Longziekten en tuberculose Nucleaire geneeskunde Pathologie Radiotherapie en Oncologie Thoraxchirurgie
11 Acuut lateraal enkelband letsel	1-1-2011	Orthopedie Revalidatieartsen
12 Behandeling van hydrocephalus bij kinderen onder 2 jaar	1-1-2011	Neurochirurgie Revalidatieartsen
13 Osteoporose en fractuurpreventie	1-1-2011	Reumatologie Heelkunde Interne geneeskunde Klinische Geriatrie Obstetrie en Gynaecologie Orthopedie Revalidatieartsen Urologie
14 Nielcelcarcinoom	10-12-2010	Nucleaire Geneeskunde Pathologie Radiotherapie en oncologie Urologie
15 Plaveiselcelcarcinoom van de huid	01-12-2010	Dermatologie Heelkunde KNO Obstetrie en Gynaecologie Plastische chirurgie Radiotherapie en oncologie Urologie
16 Oesofaguscarcinoom	13-09-2010	Maag, darm, lever Anesthesiologie Heelkunde Interne geneeskunde Nucleaire Geneeskunde Pathologie Radiotherapie en oncologie
17 Hypofarynxcarcinoom	15-08-2010	Radiotherapie en oncologie Heelkunde KNO Nucleaire Geneeskunde Plastische chirurgie
18 Chronische rhinosinusitis en	1-8-2010	Allergologie Kindergeneeskunde KNO

	neuspoliepen		Longziekten en tuberculose Medische Microbiologie
19	Kleinevatenvasculitis	1-7-2010	Dermatologie Reumatologie Interne geneeskunde Kindergeneeskunde KNO Longziekten en tuberculose Maag, darm, lever Neurologie Oogheelkunde Pathologie
20	Diagnostiek en behandeling van acute appendicitis	1-2-2010	Heelkunde Kindergeneeskunde Obstetrie en Gynaecologie
21	Ziekte van parkinson	25-1-2010	Neurologie Klinische Geriatrie Neurochirurgie Neurologie Revalidatieartsen
22	Licht traumatisch hoofd/hersenletsel	1-1-2010	Neurologie Heelkunde Kindergeneeskunde Revalidatieartsen
23	Arthroscopie van de knie: indicatie en behandeling	1-1-2010	Orthopedie Heelkunde
24	Shuntchirurgie	1-1-2010	Heelkunde Interne geneeskunde
25	Distale radius fracturen, diagnostiek en behandeling	1-1-2010	Heelkunde Orthopedie Plastische chirurgie
26	Hematurie	1-1-2010	Urologie
27	Ketenzorrichtlijn, aspecifieke lage rugklachten	1-1-2010	Orthopedie Neurochirurgie Neurologie Reumatologie Revalidatieartsen
28	Maagcarcinoom	9-11-2009	Maag, darm, lever Heelkunde Interne geneeskunde Maag, darm, lever Pathologie Radiotherapie en oncologie
29	Urotheelcarcinoom van de blaas	13-2-2009	Interne geneeskunde Radiotherapie en oncologie Urologie
30	Acute traumatische wervelletsel	1-1-2009	Orthopedie Heelkunde Neurochirurgie Neurologie Revalidatieartsen Urologie
31	Idiopathische perifere aangezichtsverlamming (IPAV)	1-1-2009	KNO Kindergeneeskunde Medische Microbiologie Neurologie Oogheelkunde Plastische chirurgie
32	Urinerweginfecties bij kinderen	1-1-2009	Kindergeneeskunde Kindergeneeskunde Medische Microbiologie Nucleaire Geneeskunde Urologie
33	Aneurysma van de abdominale aorta, diagnostiek en behandeling	1-1-2009	Heelkunde
34	Testiscarcinoom	23-9-2008	Urologie Pathologie Radiotherapie en oncologie Urologie
35	Erfelijke darmkanker	9-1-2008	Maag, darm, lever Heelkunde Interne geneeskunde Kindergeneeskunde Klinische Genetica Obstetrie en Gynaecologie
36	Coloncarcinoom	1-1-2008	Heelkunde Maag, darm, lever Radiotherapie en oncologie
37	Veneuze trombo-embolie & secundaire preventie arteriële trombose	1-1-2008	Obstetrie en Gynaecologie Anesthesiologie Cardiologie Dermatologie Heelkunde Interne geneeskunde Kindergeneeskunde Longziekten en tuberculose Neurologie Orthopedie Reumatologie
38	Inflammatoire darmziekten bij kinderen, diagnostiek en behandeling	1-1-2008	Maag, darm, lever Heelkunde Interne geneeskunde Kindergeneeskunde Maag, darm, lever
39	Inflammatoire darmziekten bij volwassenen	1-1-2008	Maag, darm, lever Heelkunde Interne geneeskunde Obstetrie en Gynaecologie
40	Lumbosacraal radiculair syndroom (LRS)	1-1-2008	Neurologie Anesthesiologie Neurochirurgie Orthopedie Revalidatieartsen
41	Beroerte, diagnostiek en behandeling	1-1-2008	Neurologie Cardiologie Heelkunde Interne geneeskunde Klinische Geriatrie

			Neurochirurgie Neurologie Revalidatieartsen
42	Rectumcarcinoom	18-7-2007	Heelkunde Maag, darm, lever Radiotherapie en oncologie
43	Prostaatcarcinoom	1-3-2007	Urologie Interne geneeskunde Nucleaire Geneeskunde Radiotherapie en oncologie Urologie
44	Cystis Fibrosis	1-1-2007	Heelkunde Interne geneeskunde Kindergeneeskunde KNO Longziekten en tuberculose Maag, darm, lever Medische Microbiologie Obstetrie en Gynaecologie Psychiatrie
45	Voorzorgsmaatregelen bij jodiumhoudende contrastmiddelen*	1-1-2007	Cardiologie Interne geneeskunde Maag, darm, lever Plastische chirurgie Urologie
46	Diagnose en behandeling van patiënten met een glioom	1-1-2007	Neurochirurgie Neurologie
47	Hemachromatose	1-1-2007	Interne geneeskunde Klinische Genetica Maag, darm, lever Pathologie Reumatologie
48	Whiplash	1-1-2006	Neurologie Anesthesiologie Heelkunde KNO Orthopedie Reumatologie
49	Heup- en knieartrose, diagnostiek en behandeling	1-1-2006	Klinische Geriatrie Orthopedie
50	Schildklier carcinoom, gedifferentieerd	1-1-2006	Heelkunde KNO Nucleaire Geneeskunde
51	Leptomeningeale metastasering van solide tumoren	28-5-2005	Neurochirurgie Neurologie Radiotherapie en oncologie
52	Acute primaire schouderluxatie	1-1-2005	Orthopedie Heelkunde
53	Spinale epidurale metastasen	1-1-2005	Neurochirurgie Neurologie Orthopedie
54	Dementie, diagnostiek en medicamenteuze behandeling	1-1-2005	Klinische Geriatrie Neurologie Psychiatrie
55	Arterieel vaatlijden van de onderste extremiteiten	1-1-2005	Heelkunde
56	Mondholte- en orofarynxcarcinoom	1-1-2004	KNO Interne geneeskunde Plastische chirurgie Radiologie Radiotherapie en oncologie
57	Maagklachten	1-1-2004	Maag, darm, lever Interne geneeskunde Maag, darm, lever
58	Aspecifieke lage rugklachten	1-1-2003	Orthopedie Neurochirurgie Neurologie Reumatologie Revalidatieartsen
59	Follow-up na poliepectomie	1-1-2002	Heelkunde Interne geneeskunde Klinische Genetica Maag, darm, lever

* NVvR is initiatiefnemende partij

Nr. 1 t/m 27 = richtlijn is < 3 jaar oud (actueel)

Nr. 28 t/m 41 = richtlijn is 3 - 4 jaar oud

Nr. 42 t/m 59 = richtlijn is ouder dan 5 jaar (verouderd): gedeeltelijk in revisie

Bijlage 4 Interne indicatorenset NVvR (2007)

- 1 Protocollen: Percentage patiënten waarbij recent de nierfunctie is bepaald voor contrastonderzoek;
- 2 Breastcare: Percentage mammografieverslagen waarin een BI-RADS classificatie is vermeld;
- 3 Breastcare:
 - a. Toegangstijd voor radiologische onderzoek voor patiënten met een palpabele afwijking;
 - b. Doorlooptijd voor radiologisch onderzoek voor patiënten met een palpabele afwijking;
- 4 Breastcare: Percentage patiënten met verdenking op mammacarcinoom besproken in het multidisciplinaire overleg voor aanvang van de behandeling;
- 5 Doorlooptijd verslaglegging:
 - a. Percentage klinische onderzoeken waarvan het radiologische verslag binnen 24 uur beschikbaar is voor de aanvrager;
 - b. Percentage poliklinische onderzoeken waarvan het radiologische verslag binnen 48 uur beschikbaar is voor de aanvrager;
 - c. Percentage onderzoeken aangevraagd door huisartsen waarvan het radiologische verslag binnen 48 uur beschikbaar is voor de aanvrager;
- 6 Röntgenbeoordeling en terugkoppeling van traumafoto's:
 - a. Worden alle traumafoto's 7 dagen per week beoordeeld door een radioloog;
 - b. Vindt er 7 dagen per week een bespreking van alle traumafoto's plaats in aanwezigheid van de chirurg/traumatoloog of SEH arts;
- 7 Deskundigheid: Percentage radiologen dat afgelopen jaar een reanimatiecursus heeft gevolgd;
- 8 Interventies:
 - a. Beschikbaarheid van een complicatieregistratie voor radiologisch onderzoek;
 - b. Aantal genotuleerde besprekingen van complicaties in de maatschap /vakgroep;
 - c. Het opstellen van verbeterplannen om het optreden van complicaties zoveel mogelijk te beperken;
- 9 Klachtenbehandeling: systematische genotuleerde bespreking en verbeteracties;
- 10 Veilig Incidenten Melden: aanwezigheid incident meldingssysteem;
- 11 Buikdiagnostiek: Percentage correcte radiologische diagnoses bij geopereerde acute buiken.

Bijlage 5 Jaarplan kwaliteit 2013

In dit jaarplan staan de doelstellingen uit het beleidsplan genoemd, die in 2013 gerealiseerd zullen worden. Een korte methode of plan van aanpak wordt beschreven. Enerzijds zullen hiervoor werkgroepen gevormd worden aan de hand van kwaliteitsprojecten, door SKMS gefinancierd; anderzijds zullen de doelstellingen worden geïntegreerd in de lopende werkzaamheden van bestaande werkgroepen, commissies, secties en het bureau NVvR.

Algemene doelstellingen:

- Elke maatschap of vakgroep radiologie heeft één aanspreekpunt voor kwaliteitszaken, die deel uitmaakt van een NVvR kwaliteitsnetwerk.
- Elke NVvR sectie heeft één aanspreekpunt voor kwaliteitszorg, die deel uitmaakt van het NVvR kwaliteitsnetwerk.

Methode: Vanuit het NVvR bureau wordt via een mailing een landelijk uitvraag gedaan naar deze aanspreekpunten in ziekenhuizen. Eenzelfde uitvraag wordt gedaan onder de secties. Ziekenhuizen die niet reageren worden vervolgens telefonisch benaderd. Aanspreekpunten zullen als zodanig worden verwerkt in het NVvR relatiebeheersysteem, zodat zij eenvoudig kunnen worden benaderd. Eens per 2 jaar wordt een actualisatie van dit kwaliteitsnetwerk uitgevoerd.

Richtlijnen:

- De NVvR stelt de radiologische aanbevelingen uit richtlijnen beschikbaar aan de leden.
Methode: De radiologische aanbevelingen zijn beschikbaar uit een lopend SKMS project. De NVvR website wordt aangepast, waarbij een aparte pagina voor kwaliteitszorg wordt opgemaakt. Hierbij wordt een kopje richtlijnen opgenomen, waarbij per aandachtsgebied (sectie) de betreffende richtlijnen worden vermeld met een link naar de online-richtlijn op www.kwaliteitskoepel.nl (en op termijn de OMS richtlijndatabase). De radiologische aanbevelingen kunnen hier als pdf file aan worden gekoppeld.

- Voor de meest voorkomende modaliteiten en toepassingen worden nationale praktijkrichtlijnen en standaarden opgesteld.

Methode: In een SKMS kwaliteitsproject zal een eerste stap gezet worden naar het opstellen van informele praktijkrichtlijnen en standaarden. In samenwerking met de secties wordt een methode uitgedacht waarmee deze doelstelling in de komende jaren planmatig kan worden behaald. Hierbij kan bijvoorbeeld per relevant aandachtsgebied (bv MRI van het rectum of CT bij appendicitis) een "expert-panel" gevormd worden die de belangrijkste (inter)nationale scanprotocollen en praktijkrichtlijnen kan beoordelen en een minimum eisenpakket rondom de uitvoering kan vaststellen. In vervolgprojecten zal dit verder worden gerealiseerd.

Indicatoren:

- De indicatorenset t.b.v. kwaliteitsvisite is geactualiseerd.
- Er is een registratieformat en handleiding t.b.v. indicatorenset beschikbaar voor gebruik door individuele leden/ maatschappen/afdelingen.

Methode: In een SKMS kwaliteitsproject wordt in samenwerking met de commissie kwaliteit, de commissie kwaliteitsvisite en betreffende secties een selectie gemaakt van geschikte

indicatoren t.b.v. kwaliteitsvisitatie. Input komt uit de benchmark van de huidige indicatorenset (SKMS project), de indicatorenset uit richtlijnen (SKMS project), en uit externe bronnen. Voor de nieuwe indicatorenset zal een handleiding en een registratieformat voor gegevensverzameling worden gemaakt.

Complicatieregistratie:

- De NVvR stelt bestaande definities t.a.v. complicatie, calamiteit, incident en een verwijtbare fout, zoals van toepassing op de radiologie, aan leden beschikbaar.
- De NVvR adviseert de leden over een best practice model van een complicatieregistratie voor interventieradiologie.
- De NVvR adviseert de leden over een best practice model van een registratie voor diagnostische complicaties, gemiste of foutieve interpretatie van afwijkingen.

Methode: In een SKMS kwaliteitsproject wordt i.s.m. de NGIR en de commissie kwaliteit en de commissie kwaliteitsvisitatie een (digitaal) best practice model ontwikkeld voor de registratie en bespreking van interventionele en diagnostische complicaties. Daarnaast wordt een begrippenkader vastgesteld voor radiologische complicaties.

Uitkomstregistratie:

- De commissie kwaliteit zoekt actief contact met andere partijen zoals wetenschappelijke verenigingen, DICA en IKNL, t.a.v. samenwerking op het gebied van multidisciplinaire uitkomstregistraties en clinical audits.

Methode: De commissie kwaliteit gaat in gesprek met genoemde partijen en stemt ontwikkelingen en mogelijkheden tot samenwerking af met relevante secties, commissies en algemeen bestuur.

Kwaliteitsvisitatie:

- De commissie kwaliteitsvisitatie vertaalt de aanbevelingen van de landelijke adviescommissie kwaliteitsvisitatie (Raad Kwaliteit) betreffende het algemeen visitatiereglement en de waarderingsystematiek naar haar eigen reglement en methodieken (jaarplan 2013).

Methode: actiepunt wordt opgenomen op de agenda van de commissie kwaliteitsvisitatie.

- De commissie kwaliteit zet de vraag tot verlichting van de visitatielast voor specialisten, door een efficiëntere aanpak van verschillende kwaliteitsvisitaties, op de agenda bij de adviescommissie kwaliteitsvisitatie van de Raad Kwaliteit.

Methode: actiepunt wordt door NVvR geagendeerd bij de Raad Kwaliteit.

Nascholing:

- Richtlijnen wordt geïmplementeerd en geïntegreerd in onderwijs en (bij-en na-)scholing.

Methode: commissie kwaliteit en commissie onderwijs bespreken mogelijkheden en een plan van aanpak. Aanpassing van onderwijsonderdelen start in 2013.

Meer informatie over dit jaarplan is te verkrijgen via het bureau NVvR: nvvr@radiologen.nl

Versie: 17-12-2012