

NOTA KWALITEIT 2007-2012

Versie 2.0

Verantwoording

NVOG

Van Zorg voor Kwaliteit naar Kwaliteitszorg

Van *Zorg voor Kwaliteit* naar *Kwaliteitszorg*



Samenvatting

Binnen de NVOG heeft het streven naar kwaliteit van zorg van oudsher een hoge prioriteit. De door de vereniging ontwikkelde instrumenten zoals richtlijnen, accreditatie, visitatie, indicatoren en audit zijn nu zover uitgerijpt, dat ze in samenhang gebruikt kunnen worden voor het uiteindelijke doel van de Kwaliteitszorg: het continu verbeteren van de zorg. De marktwerking en andere ontwikkelingen in de zorg (o.a. invoering Canmeds-competenties¹ en het Physicians Charter² vragen om bezinning op de vraag wat de NVOG met het kwaliteitsbeleid wil bereiken en hoe. Het beleid van de Koepel Kwaliteit is erop gericht om de NVOG-leden steeds beter te ondersteunen bij de uitvoering van dat wat door patiënten en andere veldpartijen van hen gevraagd wordt. Daarover gaat deze nota.

- De prioriteiten voor de komende jaren zijn:
- uitbouw van de geïntegreerde kwaliteitszorg
- implementatie-achterstand inhalen
- meer aandacht voor patiëntveiligheid
- Uitdragen van het kwaliteitsbeleid
- structurele financiering van duurzaam kwaliteitsbeleid

De voorgenomen stappen in deze ontwikkeling zullen in concrete jaarplannen met doelen, voorwaarden en middelen moeten worden uitgewerkt. Die plannen worden ter goedkeuring voorgelegd aan het Bestuur en aan de Algemene Ledenvergadering. Op het NVOG-net worden de gemaakte vorderingen gemeld en via een jaarverslag van de Koepel Kwaliteit wordt verantwoording over de activiteiten afgelegd.

1. Inleiding

Historie

Kwaliteit heeft bij de NVOG altijd hoog in het vaandel gestaan. In 1990 werd de Commissie Kwaliteit NVOG ingesteld om te komen tot een professioneel kwaliteitsbeleid. De Nota Kwaliteit NVOG 2000, die vier jaar later verscheen, formuleerde een aantal voorwaarden voor kwaliteit, waaronder Accreditatie, Richtlijnontwikkeling en Visitatie Niet-Opleidingspraktijken. Samen met de latere Algemene Kwaliteitsnorm NVOG, de Nota Normpraktijk en andere kwaliteitsdocumenten werden de pijlers voor het kwaliteitsbeleid van de NVOG gevormd.

Vele leden deden pionierswerk, er werd vooruitgang geboekt, er werd succes behaald. De activiteiten werden breed door de Vereniging gedragen. Het geld voor het kwaliteitsbeleid kwam via subsidies op tafel. Daardoor werd een meer professionele aanpak mogelijk, al werd het leeuwendeel van het werk onbezoldigd door leden gedaan.

De NVOG-Nota Kwaliteit 2003 schetst een concreet plan om de beschikbare instrumenten te integreren en uit te bouwen. Een belangrijke nieuwe activiteit was het opstellen en uitvoeren van de Nota Indicatoren. Deze biedt steun waar we te maken krijgen met de toenemende druk vanuit de maatschappij om rekenschap en verantwoording af te leggen over ons handelen. De Commissie Kwaliteit werd omgevormd tot Koepel Kwaliteit. Daarin zijn inmiddels zes commissies actief: Richtlijnen, Accreditatie, Indicatoren, Audit, Visitatie en Implementatie. De NVOG is in dit opzicht een voorloper. De bereikte resultaten zijn een voorbeeld geworden voor andere wetenschappelijke beroepsverenigingen. Daar kunnen we trots op zijn!

Stand van zaken

In 2006 is een deel van de voornemens uit 2003 gerealiseerd, maar er is nog heel veel te doen. Bij visitaties blijkt dat in het gebruik van de kwaliteitsinstrumenten (implementatie) nog (te) veel kansen blijven liggen. De ontwikkeling van instrumenten voor kwaliteit in de zorg is nu wel zover dat we ze in samenhang met elkaar (de kwaliteits- of verbetercyclus) kunnen inzetten voor het uiteindelijke doel: een op concrete resultaten gerichte, continue verbetering van de zorg. Die inzet voor continue verbeteren noemen we *Kwaliteitszorg*; een samenhangend kwaliteitssysteem, waarin de Deming-cyclus (*plan-do-check-act*, *PDCA*) centraal staat en herkenbaar is.

Ook andere ontwikkelingen in de zorg die raakvlakken hebben met kwaliteit, zijn in een stroomversnelling geraakt. Wij noemen o.a. de marktwerking, de veranderde maatschappelijk verantwoordelijkheid van artsen (Physicians Charter), het veranderde toezicht, de belangstelling voor veiligheid, de nieuwe opleidingseisen (gebaseerd op de Can Meds Competenties), de individuele beoordeling van medisch specialisten en het stoppen van stimuleringsubsidies op het gebied van Kwaliteit. Wij moeten ons daarom opnieuw bezinnen op de vraag wat we willen en kunnen bereiken en wat daarvoor nodig is. Wil de NVOG in de voorhoede mee blijven doen, dan vraagt dat enerzijds om flexibiliteit en praktische doortastendheid in het kwaliteitsbeleid, maar anderzijds om evenwichtige aandacht voor een duurzame ontwikkeling (in plaats van voor de waan van de dag). Daarom is er behoefte aan een NVOG-visie op kwaliteitszorg.

2. Missie en visie Kwaliteitsbeleid

De Koepel Kwaliteit van de NVOG ziet het als haar missie de leden te helpen de zorg aantoonbaar beter te maken, zodat de patiënt beter af is en de (aspirant-) NVOG-leden als beter functionerende professionals meer voldoening hebben in hun vakuitoefening.

Uitgangspunten

De NVOG-visie op kwaliteit kent de volgende uitgangspunten:

- Voor de beoordeling van de kwaliteit van zorg kiest de NVOG het gezichtspunt en de behoeften van de individuele patiënt, binnen de grenzen van professionele normen en maatstaven. Wij sluiten aan bij de gangbare invulling van de kwaliteitsaspecten veiligheid, effectiviteit, patiënt-/cliëntgerichtheid, tijdigheid en doelmatigheid. De NVOG gaat mee in de voorhoede bij de ontwikkelingen van de normen voor de professionele vakuitoefening (CanMeds Competenties) en onderschrijft ook de maatschappelijke en morele verantwoordelijkheid van de hedendaagse arts (Physicians Charter).
- Het bieden van zorg van goede kwaliteit is de onvervreembare verantwoordelijkheid van de arts.
- De beste zorg levert de arts die zich voortdurend inzet voor het verbeteren van zijn of haar werk (via de kwaliteitscyclus *plan-do-check-act*) en het vasthouden (borgen) van de bereikte resultaten.
- De inzet voor de kwaliteitszorg, evenals het zichtbaar maken van de resultaten van de kwaliteitszorg, behoren beide tot de verantwoordelijkheid van de beroepsgroep en de beroepsgenoten.
- Kwaliteit van zorg en kwaliteitszorg zijn integrale kenmerken van zorgproducten. De kosten daarvan horen in de productprijs te worden verwerkt.
- Het kwaliteitsbeleid van de NVOG richt zich op het faciliteren en ondersteunen van de NVOG-leden bij hun taken en behoeften op dit gebied. Het kwaliteitsbeleid is daarom een beroepsbelang van de eerste orde.

De Koepel Kwaliteit adviseert de leden en het Bestuur over kwaliteit van zorg en kwaliteitszorg en is de houder van (Algemene) Kwaliteitsdocumenten. Met het kwaliteitsbeleid van de NVOG wordt gestreefd naar

een goed op elkaar afgestemd aanbod van instrumenten en een evenwichtige en duurzame ontwikkeling van de kwaliteitszorg.

Om deze doelstellingen te realiseren, op basis van de genoemde uitgangspunten, wil de NVOG de stappen ondernemen die zijn beschreven in de volgende hoofdstukken.

3. Uitbouw van de geïntegreerde kwaliteitszorg

Kwaliteitszorg

Kwaliteitszorg is het systematisch en continu streven naar verbetering van de zorgkwaliteit met als kenmerken veiligheid, effectiviteit, patiënt-cliëntgerichtheid, tijdigheid en doelmatigheid. Het basisinstrumentarium voor kwaliteitszorg omvat ontwikkeling en implementatie van richtlijnen en indicatoren, voorlichting van patiënten, registratie van complicaties, (na)scholing en visitatie en *medical audit*. In de naaste toekomst zal ook het individuele functioneren van medische specialisten worden geëvalueerd.

Het ideaal is dat deze activiteiten geïntegreerd zijn in het beleid. Er moet een kwaliteitskringloop ontstaan - een professioneel kwaliteitssysteem zoals de Deming-cyclus met *plan-do-check-act* - waarbij de verschillende instrumenten (richtlijnen, indicatoren, visitatie enz.) in samenhang ontwikkeld, toegepast, geëvalueerd en verbeterd worden.

Instrumenten

- De medisch inhoudelijke *richtlijn* is de hoeksteen van het geïntegreerde kwaliteitssysteem. Evidence-based richtlijnen die zijn opgesteld aan de hand van het AGREE-toetsingsinstrument³ vormen de internationaal erkende basis van goede en wetenschappelijk verantwoorde zorg.
- De richtlijn is direct toegankelijk voor patiënten. Daarnaast bestaat actueel patiëntenvoorlichtingsmateriaal in algemeen begrijpelijke taal, dat aansluit bij de inhoud van de richtlijn.
- Bij het uitbrengen van de richtlijn moet een set (interne en externe) *kwaliteitsindicatoren* beschikbaar zijn om het toepassen van de richtlijn in de praktijk te volgen en te versterken. Ook de mening van de patiënt kan als indicator in de kwaliteitszorgkringloop een belangrijke factor zijn. De Indicatoren worden opgesteld aan de hand van het nationaal erkende AIRE-toetsingsinstrument⁴ en komen voor gebruik beschikbaar na goedkeuring door de leden van de NVOG. Een beperkt deel van deze set zou ook door de zorgverzekeraar en de Inspectie (IGZ) gebruikt kunnen worden: als inkoopindicator of als onderdeel van de basisset prestatie-indicatoren ziekenhuizen. De indicatoren kunnen ook leidend zijn voor behandelingskeuzes van en door de patiënt (patiëntenverenigingen). Er wordt tegelijk met het beschikbaar komen een leeswijzer voor patiënten en publiek gepubliceerd. Een overmatige administratieve lastendruk voor de professional moet zoveel mogelijk worden vermeden.
- Indicatorensets vormen zo mogelijk tevens de basis voor het onderdeel *medical audit* in het vernieuwde visitatiekader. Dat geldt ook voor de *complicatieregistratie*, waarmee tevens het aspect veiligheid van de richtlijn kan worden beoordeeld.
- Tegelijk met het opstellen van de richtlijn wordt ook nagegaan welke de beste *implementatiestrategie* zal zijn. Mogelijke barrières voor toepassing worden weggenomen. Om de diffusie en toepassing van verantwoorde zorg verder te bevorderen moet de inhoud van richtlijnen en de daarvan afgeleide producten een vaste plaats krijgen in het basiscurriculum en in de opleiding tot medisch specialist. Ook tijdens de bij- en nascholing moeten deze onderwerpen met regelmaat en planmatig over het voetlicht worden gebracht.
- Bij (*kwaliteits-*)*visitaties* kunnen verschillende aspecten van de toepassing van richtlijnen in de praktijk worden beoordeeld. De aandacht kan thematisch zijn, waarbij de themakeuze (bestuurlijk) wordt bepaald op grond van bv. trends in de complicatieregistraties, audits of andere feedbackgegevens.
- De resultaten van de metingen (visitaties en de complicatieregistratie als check) worden weer gebruikt bij de ontwikkeling van nieuwe richtlijnen en het onderhoud van bestaande richtlijnen.

Zo ontstaat een dynamische *kwaliteitscyclus*, waarbij het plannen, implementeren, controleren en bijstellen van alle voor goede zorg relevante inhoudelijke en organisatorische factoren een daadwerkelijk continuüm wordt.

Voorwaarden

De NVOG is al zover met de ontwikkeling van de bouwstenen van deze kwaliteitscyclus dat hij nu in beweging kan worden gebracht. Daarvoor zijn afspraken nodig met en in de betrokken Koepels en Werkgroepen. Zo wordt wederzijds invloed uitgeoefend op de dynamiek en de juiste timing van de kwaliteitscyclus.

Binnen de Koepel Kwaliteit zullen de Commissies Richtlijnen, Indicatoren, Audit, Visitatie, Accreditatie de

inhoudelijke ontwikkeling nog meer op elkaar moeten afstemmen. Dat geldt ook voor de samenwerking met de Commissie Patiëntenvoorlichting. Het bestaande instrumentarium moet worden onderhouden, gecompleteerd en waar nodig uitgebreid (voorbeelden zijn het professioneel kwaliteitsprofiel bij visitaties, evaluatie van het individuele functioneren, meer onderwerpen voor een *medical audit*, enz.). Dit proces zal niet op gang komen zonder steun in de vorm van een coördinerende staande organisatie.

Voor deze aanpak is allereerst brede en duurzame steun nodig van de Algemene Ledenvergadering (ALV). Daarnaast zijn er randvoorwaarden te realiseren welke nadere uitwerking behoeven, zoals financiering van het tijdsbeslag, ondersteuning van deeltaken (bv. in te kopen bij o.a. CBO), bevordering van deskundigheid, en mogelijk ICT-faciliteiten (Koepel Registratie, Perinatale Registratie Nederland (PRN), Landelijke Infertiliteitsregistratie (LIR) enz.).

De NVOG moet deze strategie omzetten in concrete doelen die in de komende jaren stapje voor stapje gerealiseerd kunnen worden.

4. Implementatie-achterstand inhalen

Wat is implementatie Implementatie is voor de NVOG 'het procesmatig en planmatig invoeren van vernieuwingen en/of veranderingen van bewezen waarde in de kwaliteitszorg, opdat deze een structurele plaats krijgen in het beroepsmatig handelen van de gynaecoloog omdat deze daartoe zelf gemotiveerd is of wordt' (definitie ZONMw 1997). In de visie van de Koepel Kwaliteit ligt de nadruk op intrinsieke motivatie van de beroepsgeenoten zelf (de beste willen zijn voor je patiënten) en de rol van ondersteuning en facilitering voor en door de NVOG.

Stand van zaken

Er zijn steeds meer kwaliteitsinstrumenten beschikbaar, maar ze worden nog niet voldoende gebruikt. De implementatie van richtlijnen, kwaliteitsnormen, visitatieadviezen e.d. is voor verbetering vatbaar. Daardoor komt van het volledig doorlopen van de kwaliteitscyclus in de praktijk minder terecht dan mogelijk is en blijven kansen tot verbetering liggen. Het is de verantwoordelijkheid van onze beroepsgroep om daar meer aan te doen: het 'implementatiegat' moet worden gedicht. Al sinds de signalering van dit probleem enkele jaren geleden op Oranjedag (2002) zet de Commissie Implementatie zich daarvoor in, maar de materie is weerbarstig. Verwerven van kennis op dit terrein leidde tot het inzicht dat een nieuwe aanpak nodig is. .

Voorwaarden voor succes

Succesvolle implementatie van kwaliteitsinstrumenten vereist het vermogen en de wil tot vernieuwen. Vernieuwing kan onzekerheid met zich brengen. Onzekerheid demotiveert en kan leiden tot weerstand tegen verandering. Inhoudelijke motivatie tot vernieuwing blijkt vaak niet voldoende om verandering te bewerkstelligen. Voordat een kwaliteitsinstrument in de praktijk wordt toegepast zal er dus meer aandacht moeten zijn voor de gevolgen van de verandering en vernieuwing voor de individuele zorgverlener. Barrières voor vernieuwing kunnen op individueel niveau spelen, maar ook belemmerend zijn voor hele vakgroepen of maatschappen. Een belangrijke voorwaarde voor succesvolle verandering en verbetering is dan het zelf identificeren en oplossen daarvan. Daarnaast kan soms beter lokaal gezocht worden naar specifieke faciliterende factoren voor vernieuwing. Wellicht kan daarbij ook de patiënt als belanghebbende een stimulerende rol hebben. Die positie past in het beoogde verbetermechanisme van de marktwerking.

Op grond van bovenstaande analyse komt de NVOG tot de volgende concrete aanpak:

Resultaatgerichte inzet van instrumenten voor kwaliteitszorg

Er worden kwaliteitsthema's gekozen die de professional doorgaans sterk aanspreken. Daarbij worden meetbare resultaten benoemd die met inzet van reeds beschikbare kwaliteitsinstrumenten (b.v. richtlijnen etc.) gerealiseerd moeten worden (SMART-criteria [1]). Over de keuze van de thema's adviseren de inhoudelijke Werkgroepen en Koepels (aandachtsgebieden en subspecialismen) aan de Commissie Implementatie. In overleg met NVOG-Bestuur en Algemene Ledenvergadering worden daaruit prioriteiten vastgesteld.

Taskforces en focusgroepen

De Commissie Implementatie vormt per subspecialisme of aandachtsgebied een landelijke *taskforce kwaliteitszorg*, die bestaat uit een vertegenwoordiger van elke (opleidings-)regio, die én inhoudsdeskundig is én voldoende positie heeft om als 'peer' en leider te kunnen fungeren voor een regionale *focusgroep*. Zo'n focusgroep bestaat uit contactpersonen van alle maatschappen en vakgroepen in de regio. De *focusgroepen* hebben tot taak binnen hun regio de doelstellingen te realiseren door gebruik te maken van het beschikbare instrumentarium, de lokale mogelijkheden, plaatselijke gebruiken en samenwerkingsverbanden.

Sleutelbegrippen voor de aanpak zijn 'resultaatgericht', 'projectgewijs' en 'niet méér doen, maar wel anders'. Waar mogelijk worden bestaande activiteiten en functionerende netwerken gebruikt. Er wordt zoveel mogelijk ingehaakt op bv. regionale refereeravonden, samenwerkingsafspraken krijgen inhoud op basis van wat in de *focusgroepen* wordt besproken, jaarverslagen worden gebruikt voor verantwoording van proces en resultaten.

Uitvoering

In eerste instantie wordt gestreefd naar snelle resultaten ('*quick wins*') op de vier grote deelgebieden (obstetrie, voortplantingsgeneeskunde, oncologie, en algemene gynaecologie) om het proces op gang te krijgen en te leren hoe het model productief wordt (bv. in drie jaar 50% reductie van maternale sterfte als gevolg van standaard-care-factoren).

De *taskforces* worden procesinhoudelijk ondersteund vanuit de Commissie Implementatie. Zo nodig wordt kennis en ondersteuning van buiten door de NVOG aangetrokken. De digitale snelweg bevordert gemakkelijke netwerkcontacten zoals die binnen de *taskforces* nodig zijn.

De *taskforces* brengen *feedback* over de kwaliteitsinstrumenten en *best practices* uit regio's naar elkaar en terug naar andere Commissies in de Koepel Kwaliteit, Opleiding en Bij- en Nascholing, Cursorisch Onderwijs, Concilium e.d.

Zo wordt de integrale kwaliteitszorg in de praktijk gebracht en ondersteund. Op metaniveau wordt continu gemonitord, geëvalueerd en bijgestuurd volgens dezelfde PDCA-systematiek [2] en wordt periodiek verantwoording afgelegd aan Bestuur en Algemene Ledenvergadering.

Kan het slagen ?

Zonder het vertrouwen van de NVOG-leden in deze aanpak gaat het niet lukken. De aanpak beoogt om hen direct en nagenoeg persoonlijk bij te staan in de toepassing van de ontwikkelde kwaliteitsinstrumenten in de dagelijkse praktijk.

De resultaten van deze inzet moeten kunnen worden gemeten zonder sterke toename van de registratiedruk. Dat is een uitdagende stelling en streven. Men moet zich realiseren dat er voorlopig kwalitatief en kwantitatief niet goed genoeg wordt geregistreerd aan de bron.

Ook moet financiering gevonden worden voor het tijdsbeslag en de reiskosten van de *taskforce*-leden en van de extern te verwerven kennis en ondersteuning vanuit de Commissie Implementatie.

Meer concrete stappen kunnen vervolgens worden uitgewerkt in door de ALV goed te keuren Jaarplannen van de Koepel Kwaliteit.

[1] SMART-criteria: Specifiek, Meetbaar, Acceptabel, Realistisch, Tijdgebonden.

[2] Plan-do-check-act.

5. Meer aandacht voor patiëntveiligheid

Patiëntveiligheid

De zorg is mensenwerk. Mensen maken fouten en vergissingen, niet met opzet, maar veelal omdat er omstandigheden zijn die dat in de hand werken of die dat niet kunnen voorkomen. Dat noemen we incidenten. Een *incident* is een onbedoelde gebeurtenis tijdens het zorgproces die tot schade aan de patiënt heeft geleid of zou kunnen leiden. Incidenten komen veel voor in de zorg en bedreigen de patiëntveiligheid. Onder *patiëntveiligheid* verstaan we het (nagenoeg) ontbreken van (de kans op) schade aan een patiënt, als gevolg van het niet volgens de professionele standaard handelen van de hulpverlener en/of van tekortkomingen in het zorgsysteem⁵.

Patiënten die aan onze zorg zijn toevertrouwd lopen de kans op schade niet alleen door aandoeningen die klachten (kunnen) veroorzaken, maar ook door de diagnostiek en behandeling waaraan zij worden blootgesteld met het doel hen te helpen. In het zorgproces, dat vaak complex is, kan veel fout gaan. Dat moet worden voorkomen en het vraagt voortdurende inzet. De eerste eis die aan onze zorg gesteld wordt, is immers om geen onnodige schade te doen. Daarop moeten patiënten kunnen rekenen. Veiligheid is dus een basiskenmerk van kwalitatief goede zorg. Het is de verantwoordelijkheid van de inhoudelijk deskundige professional daarvoor te doen wat hij/zij kan.

Vermijdbare schade

Op grond van onderzoek in het buitenland⁶ wordt vermoed dat de vermijdbare schade in de zorg groot is. Er is

geen reden om aan te nemen dat ons vakgebied daarop een uitzondering vormt, integendeel: er zijn onderzoeksgegevens uit ons land die erop wijzen dat bv. maternale sterfte voor ongeveer 75% mede te wijten is aan suboptimale zorg (Commissie Maternale Sterfte). Bovendien kent iedere professional uit de praktijk van alledag grote en kleine (bijna-)incidenten, naar aanleiding waarvan doorgaans maatregelen worden genomen ter voorkoming van herhaling. Patiëntveiligheid staat dan ook terecht in de publieke en politieke belangstelling.

Veiligheidsmanagementsysteem (VMS)

Effectief werken aan patiëntveiligheid is meer dan reactief handelen op grond van incidenten. Het gaat om het anticiperen op risico's en er wat aan doen vóórdat het fout gaat. Met het Rapport-Willems ⁷ ('Hier werk je veilig of hier werk je niet'), de instelling van het Nationaal Platform Patiëntveiligheid en de invoering van de Basisset Prestatie-indicatoren van de IGZ wordt het veld gevraagd zich snel op dit terrein te ontwikkelen. Op 1 januari 2008 moet in elk ziekenhuis een veiligheidsmanagementsysteem functioneren, waarin de medische professional een belangrijke rol krijgt (o.a. bij risico-inventarisatie, melding en analyse van incidenten, plannen en monitoren van verbeteracties, veiligheidsbeleid, veiligheidsstrategie, veiligheidscultuur, veiligheidstraining). De Koepel Kwaliteit wil daarbij aansluiten door de NVOG-leden te ondersteunen bij de activiteiten die van hen verwacht zullen gaan worden voor de patiëntveiligheid ons vakgebied.

Commissie Patiëntveiligheid

Er kan gebruik gemaakt worden van de vele instrumenten voor Kwaliteitszorg en patiëntveiligheid die al beschikbaar zijn (bv. registratie en besprekingen van complicaties, *crew resource management*). Daarnaast zijn specifieke kennis (o.a. van menselijke factoren), hulpmiddelen en ondersteuning nodig, die specifiek gericht zijn op patiëntveiligheid.

Het onderwerp patiëntveiligheid overstijgt dan ook de taken van de bestaande commissies binnen de Koepel Kwaliteit. Wij stellen daarom voor een Commissie Patiëntveiligheid in het leven te roepen, die het NVOG-beleid op dat terrein voortvarend moet ontwikkelen en uitvoeren. De activiteiten van deze commissie moeten aansluiten bij het geïntegreerde kwaliteitsbeleid van de NVOG. Voorgesteld wordt dat zo'n Commissie Patiëntveiligheid i.o. als eerste stap een symposium organiseert om het onderwerp meer bekendheid te geven in de beroepsgroep. Voorts zal zij een Nota Patiëntveiligheid NVOG opstellen, waarin het beleid voor de komende jaren wordt voorgesteld en uitgewerkt. De Nota Patiëntveiligheid NVOG wordt ter goedkeuring aan de Algemene Ledenvergadering voorgelegd.

6. Proactief uitdragen van het kwaliteitsbeleid

Extra aandacht voor in- en externe communicatie

Marktwerving in de zorg kan alleen goed functioneren wanneer keuzes gemaakt kunnen worden op basis van valide informatie over de kwaliteit van de zorg. Marktwerving impliceert echter ook de *marketing* van de resultaten: hoe kunnen onze eigen producten in een zo goed mogelijk daglicht geplaatst worden?

De NVOG wil extern verantwoording afleggen over de wijze waarop men kwaliteitszorg toepast en welke resultaten men daarmee behaalt. Het kan daarbij ook gaan om cijfers over zorguitkomsten, mits deze indicatoren door de NVOG als valide zijn aangemerkt en goedgekeurd. De NVOG wil naast leeswijzers (in samenwerking met de Commissie Patiëntenvoorlichting) ook kennis (*best practices*) en ondersteuning bieden aan de leden bij de communicatie van hun kwaliteitsbeleid.

De NVOG moet haar leden duidelijk maken hoe kwaliteitszorg ervoor kan zorgen dat zijzelf beter kunnen werken en daardoor meer voldoening uit hun vak kunnen halen. Patiënten, maatschappij en andere partijen moeten inzicht krijgen in wat de beroepsgroep en de individuele beroepsbeoefenaren wel en niet doen om het (basis)vertrouwen in de zorg te winnen en te onderhouden.

De communicatie van het Kwaliteitsbeleid moet daarom in de komende jaren planmatig en structureel worden aangepakt. Daartoe kan de NVOG zich (extern) laten adviseren en vervolgens concrete stappen ondernemen. Ook deze visie zal vervolgens worden uitgewerkt in door de ALV goed te keuren Jaarplannen van de Koepel Kwaliteit.

7. Structurele financiering van duurzaam kwaliteitsbeleid

Kwaliteitszorg en het zichtbaar maken van de resultaten zijn essentiële kenmerken van onze zorgproducten. De inzet, tijd en deskundigheid die de professional daarin stopt is arbeid. Arbeid behoort redelijk beloond te worden. Worden er extra eisen aan het product gesteld, dan zijn daar extra kosten mee gemoeid, die in

beginsel door de afnemer opgebracht zullen moeten worden.

Bij onderhandelingen over deze primaire arbeidsvoorwaarde kunnen drukmiddelen vanuit de beroepsgroep nodig zijn. De beroepsgroep moet dan ook bereid zijn solidair die druk erop te leggen door bv. bepaalde producten niet meer te leveren wanneer de prijs die wordt aangeboden niet kostendekkend is. Dat betekent bereidheid tot een harde en consequente lijn binnen de NVOG, ook in lokale onderhandelingen. Om het kwaliteitsbeleid onder controle van onze eigen beroepsgroep inhoud te kunnen geven is een duurzame financieringsstroom via de NVOG noodzakelijk. Het ligt voor de hand dat de toekenning van middelen resultaatafhankelijk zal zijn en de bestedingen toetsbaar moeten zijn voor de belanghebbende veldpartijen. De NVOG moet terzake heldere standpunten innemen, niet alleen binnen de beroepsgroep, maar ook ten opzichte van de 'buitenwereld'.

Tot slot

Met de uitvoering van het voorgestelde beleid in deze Nota kan de NVOG voortvarend inhoud blijven geven aan haar koploperpositie op het gebied van kwaliteit van zorg. Het logo van de Koepel Kwaliteit brengt de essentie in beeld. Door ons aller inzet om de Gausse-curve van het kwaliteitsniveau in de NVOG naar een hoger niveau te brengen zullen we de doelstellingen 'de patiënt beter af en de dokter meer voldoening' werkelijk dichterbij kunnen brengen.

Bij het realiseren van haar kwaliteitsstreven wil en moet de NVOG samenwerken met anderen. De patiënt is de eerste belanghebbende en onze natuurlijke bondgenoot. Met de veldpartijen (ketenpartners, zorgverzekeraars, ziekenhuizen, overheid) lopen de belangen echter niet altijd parallel. De uitdaging is om dan te zoeken naar het gezamenlijk belang. Als die visie wordt gedeeld *kunnen* we ook samenwerken.

Referenties

1. CanMEDS Canadian Medical Education Directions for CanMEDS
<http://rcpsc.medical.org/canmeds/index.php>
2. Medical professionalism in the new millennium: a physicians' charter. Lancet 2002; 359, 520-22.
3. AGREE: Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation in Europe,
<http://www.agreecollaboration.org/>
4. Koning JS de, Smulders AW, Klazinga NS. Appraisal of Indicators through Research and Evaluation (AIRE) Instrument. Amsterdam: AMC, 2006.
5. Nationaal Platform Patiëntveiligheid; <http://www.platformpatientveiligheid.nl/>. (note: deze link is na 2008 niet meer beschikbaar)
6. Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MD (eds.) (2000) To err is human: building a safer health care system. Committee on quality of health care in America, Institute of Medicine. National Academy, Washington, DC
7. <http://www.snellerbeter.nl/fileadmin/snellerbeter/documenten/rapporten/SBShell06.pdf> (note: deze link is in 2010 niet meer beschikbaar)

Disclaimer

De NVOG sluit iedere aansprakelijkheid uit voor de opmaak en de inhoud van de voorlichtingsfolders of richtlijnen, alsmede voor de gevolgen die de toepassing hiervan in de patiëntenzorg mocht hebben. De NVOG stelt zich daarentegen wel open voor attendering op (vermeende) fouten in de opmaak of inhoud van deze voorlichtingsfolders of richtlijnen. Neemt u dan contact op met het Bureau van de NVOG (e-mail: info@nvog.nl).