



Gezondheidszorg is patiëntenzorg

Patiëntenzorg is ketenzorg. Ketenzorg is multidisciplinaire zorg. Het lijkt een open deur, maar hoe beter professionals naar elkaar luisteren en kijken, en praten met elkaar, hoe beter zij patiëntenzorg leveren. Niet alleen patiënten worden hier beter van maar ook professionals krijgen meer lol in hun werk. Patiënten en professionals vormen samen de rode draad in dit nummer van het Kwaliteitsjournaal. Te lezen is dat in de CVA-zorg op regionaal niveau **DOORBRAAK**-projecten starten. Een INK-expert komt aan het woord over de waarde van de INK-zelfevaluatie. Gebruikers van dit model kunnen zich aanmelden voor een aantal netwerkbijeenkomsten. Voor het nieuwe CBO-programma **IMPACT** is iedere professional een onontbeerlijke schakel in de organisatie om te zorgen dat zorg naadloos aansluit. Op professioneel niveau hebben we er een instrument bij: **AGREE** om te beoordelen of richtlijnen aan algemeen geaccepteerde kwaliteitscriteria voldoen. Tenslotte wordt de **STROOM**-serie vervolgd en komt de voortgang en visie van het **AUDIT**-programma aan bod.

Inschrijving gestart **DOORBRAAK**-project CVA Ketenzorg

In het najaar van 2002 start een nieuw **DOORBRAAK**-project: CVA Ketenzorg. Het doel van het project is in 10 regio's de zorg voor CVA-patiënten door de hele keten aanzienlijk te verbeteren. Het gaat daarbij zowel om de organisatie van de zorg als om verbetering van de daadwerkelijke resultaten voor de patiënt. De Nederlandse Hartstichting onderschrijft het project van harte, ZonMw is opdrachtgever en financier. Wat kan deelname aan dit project voor u betekenen?

CVA ketenzorg: benutten van de bronnen

Inmiddels is bekend dat er veel initiatieven en ontwikkelingen in Nederland zijn op het gebied van stroke services, maar niet binnen elk initiatief is aan alle criteria van een goede stroke service voldaan. We weten dat er over het land verspreid diverse best practices zijn en dat de onlangs verschenen Edisse1 studie goede handreikingen biedt om een flinke verbetering te maken. Ook zijn er diverse richtlijnen beschikbaar en heeft de Nederlandse Hartstichting veel bruikbaar materiaal. Het **DOORBRAAK**-project CVA Ketenzorg bundelt deze kennis: deelnemende regioteams worden gedurende anderhalf jaar begeleid door vakinhoudelijke en methodologische experts bij het implementeren van deze bewezen verbeteringen.

Wat voegt deelname toe aan uw stroke-service?

Deelnemers aan het **DOORBRAAK**-project CVA Ketenzorg hebben de kans gedurende 16 maanden (start oktober 2002) een flinke verbetering voor hun stroke service te maken. Gedurende het project begeleidt een team van inhoudelijke CVA-experts uit het veld en methodologische experts van het CBO de regio's. Begeleiding wordt zowel aangeboden op landelijke bijeenkomsten waar inhoudelijke onderwerpen aan de orde komen, als op locatie in de eigen regio. Daarnaast krijgen deelnemers methodieken aangeleerd voor het invoeren van verbeteringen en het meten van resultaten. Om hun vorderingen en resultaten te meten én te borgen kunnen de regio's eveneens gebruik maken van een recent ontwikkelde set van indicatoren. Doordat 10 regio's tegelijk werken aan het verbeteren van hun stroke service leren deelnemers veel

van elkaar. Er wordt actief een netwerk van deelnemers opgezet en iedereen staat via een apart e-mail netwerk en internet met elkaar in verbinding.

Wie kunnen er deelnemen?

Aan het project kunnen tien multidisciplinaire teams deelnemen die een CVA-keten in hun regio vertegenwoordigen. Ieder team bestaat uit minimaal een ziekenhuis, verpleeghuis, revalidatiecentrum en thuiszorg en zo mogelijk de huisartsen via de DHV's. Betrokkenheid van de regionale zorgverzekeraar wordt zeer op prijs gesteld. Het is van belang dat deelnemende regio's al enige tijd bezig zijn met het opzetten van hun stroke service. Een ander uitgangspunt voor deelname aan het project is de aanwezigheid van uitgesproken commitment op zowel managementniveau als uitvoerend niveau. Voorafgaand aan deelname vinden intakegesprekken plaats waarin getoetst wordt of de regio aan de criteria voor deelname voldoet. Voor meer informatie over deze criteria kunt u contact opnemen met het CBO. Bij deelname aan het project wordt een financiële bijdrage van €15.000 per regio gevraagd.

Meer informatie en aanmelding

Op dinsdag 14 mei (16.00-18.00 uur) en woensdag 15 mei aanstaande (18.00-20.00 uur) vinden informatiebijeenkomsten plaats over het project in het Jacobi theater te Utrecht. Voor aanmelding voor deze informatiebijeenkomsten of algemene informatie over het project kunt u terecht bij het secretariaat **DOORBRAAK**, telefoon 030-2843932 of **DOORBRAAK@cbo.nl**. Inhoudelijke informatie over het project CVA Ketenzorg of aanmelding kunt u contact opnemen met Peter van Splunteren (030-2843971), Mirella Minkman, (030-2843962) of Marc Rouppe van de Voort (030-2843969). Algemene informatie over **DOORBRAAK** vindt u op www.cbo.nl



PREZIES loont!

PREZIES staat voor PREventie van ZIEkenhuisinfecties door Surveillance. In 1996 is het Kwaliteitsinstituut CBO samen met het RIVM en de deelnemende ziekenhuizen het PREZIES-netwerk gestart. Hoofddoel van het netwerk is het reduceren van ziekenhuisinfecties in Nederlandse ziekenhuizen door middel van surveillance. Bij surveillance gaat het om opsporen, analyseren, teruggereporteren en interpreteren van gegevens over ziekenhuisinfecties, gevolgd door gerichte maatregelen om deze complicaties te voorkomen. Gestart is met de module Postoperatieve wondinfecties. In de periode 1996-2000 hebben 66 ziekenhuizen in deze module gegevens verzameld over 88.629 operaties. Hierbij werden 3.019

postoperatieve wondinfecties vastgesteld. Maar: surveillance is een arbeidsintensief en dus kostbaar proces. Wat levert het nu op?

De patiënt wordt er beter van!

In samenwerking met 37 "PREZIES-ziekenhuizen" is in 2001 bewezen dat surveillance effectief is, hoewel het lang duurt voordat de preventie van postoperatieve wondinfecties zichtbaar wordt. Bij zeven operaties (totale heupoperatie, sectio caesarea, mastectomie, vervanging femurkop, colonresectie, abdominale uterusextirpatie en bypass operaties) is de effectiviteit van de surveillance onderzocht. Uit de 21.920 geselecteerde ingrepen blijkt dat, uitgaande van een relatief risico (RR) van 1 in het eerste surveillancejaar, alle volgende surveillancejaren een daling van het RR laten zien (zie figuur). In het tweede en derde surveillancejaar is de daling van de infecties klein, maar in het vierde surveillancejaar

Een goede surveillance vermindert het optreden van ziekenhuisinfecties en verbetert de patiëntenzorg.

dalen de postoperatieve wondinfecties met dertig procent en daarna zelfs met vijftig procent. Bij de berekening is gecorrigeerd voor versturende factoren, zoals wondklasse, operatieduur en spoed of electieve ingreep. Met het doel om in kortere tijd het optreden van dit soort infecties te reduceren is het CBO het **DOORBRAAK**-project Postoperatieve wondinfecties gestart, waaraan momenteel negen ziekenhuizen deelnemen.

Kosten minus baten

De deelnemers aan het PREZIES-netwerk hebben bewezen dat surveillance betere kwaliteit van patiëntenzorg oplevert. Maar wat kost het?

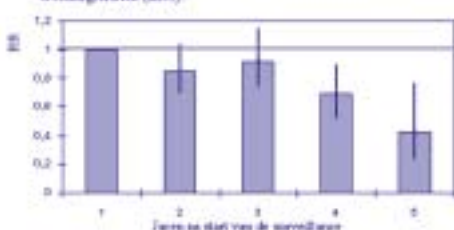
In 2001 is een aanzet gedaan om de kosten en baten van de surveillance te kwantificeren

voor drie operatiegroepen, te weten vaatoperaties, maag/darmchirurgie en de grote orthopedie-ingrepen. Ten eerste zijn de directe ziekenhuiskosten van postoperatieve wondinfecties, die dankzij de PREZIES-surveillance zijn voorkómen, berekend. Dit werd afgezet tegen de kosten van de PREZIES-surveillance.

Voorbeelden van directe kosten zijn extra ligdagen, extra diagnostiek, extra medicatie, re-operaties en de ligdagen volgend op de re-operaties. Deze kosten zijn onderverdeeld naar type ziekenhuis (academisch of perifeer), naar specialisme en naar diepe of oppervlakkige infectie. Het onderzoek toont aan dat de ziekenhuizen in de periode 1996-2000 direct € 3,8 miljoen hebben bespaard door niet opgetreden postoperatieve wondinfecties in de gevolgde operatiegroepen. De kosten voor de uitgaven van de surveillance van alle operatiegroepen worden in deze periode geschat op € 2,9 miljoen. Conclusie: de opbrengst van de surveillance in de periode 1996-2000 bedraagt tenminste € 1 miljoen. In de berekening zijn de indirecte kosten zoals gederfde inkomsten, opname in verpleeghuis of revalidatiekliniek niet meegenomen. De PREZIES-module Postoperatieve wondinfecties blijkt kosteneffectief, een mooie uitkomst. Veel belangrijker is dat het PREZIES-netwerk haar doel realiseert: een goede surveillance vermindert het optreden van ziekenhuisinfecties en verbetert de patiëntenzorg.

Voor meer informatie: prezies@cbo.nl of telefoon 030-2843919

Figuur
Relatief risico (RR) aan PREZIES - status op postoperatieve wondinfecties
Dwaalgegevens (2001)





Patiënten moeten STROMEN (deel II)

Verkorten doorstroomtijd van knieklachten van 60 naar 14 dagen; reductie van het aantal voetamputaties met 40% in 4 maanden. Dit zijn voorbeelden van doelstellingen binnen het STROOM- project. Gedurende tien maanden werken negen ziekenhuizen samen aan dergelijke ambitieuze doelstellingen om op basis van 'best practices' de zorg voor genoemde patiënten sterk te verbeteren. In een serie van drie artikelen volgen we twee deelnemers: het Albert Schweitzer ziekenhuis (ASz) uit Dordrecht en het Medisch Centrum Rijnmond Zuid (MCRZ) uit Rotterdam. Jeannette van der Geer, clustermanager bij ASz en Michelle van den Oudenhoven, diabetisch verpleegkundige bij MCRZ zijn aan het woord.

Welke veranderingen hebben jullie tot nu toe ingevoerd?

Van der Geer: "We hebben een spreekuur ingericht voor patiënten met knieklachten. Daaraan gekoppeld hebben we in samenwerking met Beeldvorming & Techniek zo kort mogelijk op het spreekuur tijd gereserveerd voor MRI's. Beeldvorming & Techniek zorgt vervolgens dat binnen 48 uur de foto met verslag bij de orthopeed is. Enkele dagen na het

eerste polibezoek kan de patiënt alweer voor het tweede polibezoek komen." Van den Oudenhoven: "We zijn gestart met een multidisciplinair spreekuur voor Diabetische Voetklachten. Hierbij zijn altijd de revalidatiearts, de podotherapeut en de orthopedisch schoenmaker aanwezig. Andere specialisten zijn op afroep beschikbaar. Verder

De teamgeest geeft ons energie om een goed eindresultaat neer te zetten.

hebben we een protocol opgesteld zodat sneller duidelijk is welke behandeling ingezet moet worden. Ook hebben we in samenhang met het protocol een centrale status ingevoerd, waardoor we een beter overzicht krijgen."

Wat zijn de eerste resultaten?

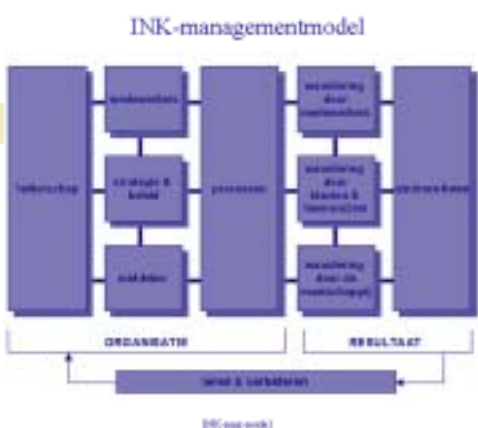
Van der Geer: "Tijdens de eerste actieperiode hebben we ons gericht op het verkorten van de tijd tussen het eerste polibezoek en het verrichten van de MRI. Dit hebben we terug kunnen brengen van gemiddeld 14 dagen tot gemiddeld 2 dagen. Van den Oudenhoven: Meetbare resultaten kunnen we nu nog niet laten zien, maar op termijn willen we de doorstroomtijd en de ligduur verkorten, en het aantal amputaties verminderen. We hebben nu een multidisciplinair spreekuur met een protocol en centrale status en dat is op zichzelf al een mooi resultaat. We zijn van plan meer gegevens te verzamelen onder andere over de spreekuren: de grootte van de wonden en hoe vaak we bepaalde consultanten erbij betrekken. Ook gaan we het spreekuur intern en extern (huisartsen) promoten."

Welke knelpunten zijn jullie tegengekomen?

Van der Geer: "Het enthousiasmeren van meer specialisten. De grote zorg is dat het verkorten van de doorstroomtijd voor de ene groep patiënten ten koste gaat van andere patiënten. Om dit uit te sluiten, voeren we metingen uit bij meerdere groepen patiënten." Van den Oudenhoven: "Met name meten is lastig. De cijfers van bijvoorbeeld het aantal amputaties op jaarbasis zijn niet volledig te achterhalen, omdat dit te maken heeft met registratie en codering. Ook speelt tijdgebrek ons parten."

Wat zijn de meest positieve ervaringen?

Van der Geer: "Het succes met de aanzienlijk kortere tijd tussen eerste polibezoek en MRI is op zichzelf natuurlijk erg positief. Verder is vooral het enthousiasme van degenen, die aan het project werken, erg aanstekelijk." Van den Oudenhoven: "We merken dat we ons als team beter verdiepen in de problemen rondom de diabetische voet. Deze teamgeest geeft ons energie om een goed eindresultaat neer te zetten."



Wat maakt het INK-model fascinerend?

Udo Nabitz werkt al jaren met het INK-managementmodel en beoordeelde in dit kader de kwaliteit van instellingen, bedrijven en instituten. De Jellinek kliniek heeft hij geholpen met het behalen van de INK-prijs en het opzetten van een modern management informatiesysteem. Aan hem enkele vragen om erachter te komen wat de waarde van het INK-model voor een zorginstelling kan zijn.

Wat fascineert je aan het model?

"Het INK-model spreekt me aan omdat het een algemeen toepasbaar, common-sense model is. Het schematiseert en versimpelt hoe een organisatie werkt en geleid kan worden. Het model is uitnodigend om te gebruiken en zorgt ervoor dat de belangrijkste onderwerpen aandacht krijgen. We weten uit NIVEL-onderzoek dat INK in de gezondheidszorg populair is. Daarnaast zijn er zelfs een paar fanatici zoals een psychiater in Wenen die aan de hand van de negen thema's van het INK/EFQM model diagnoses en behandelplannen voor zijn patiënten opstelt. Zo ook een cardiologische centrum in München, waar het model als managementkader voor alle lagen in de organisatie verplicht wordt toegepast. Volgens mij spreekt het model de mensen aan die naar nieuwe wegen zoeken om het kwaliteitsdenken inhoud en vorm te geven."

Wat levert een INK-zelfevaluatie een instelling nu op?

"Een INK-zelfevaluatie verduidelijkt waar je als team, als divisie of als instelling staat. Het is een soort röntgenfoto. Je krijgt inzicht in je blinde vlekken. In de gezondheidszorg zien

we vaak dat men gericht is op actie, iedereen is "druk, druk, druk".

Een INK-zelfevaluatie maakt meestal duidelijk dat activiteiten niet altijd productief zijn en niet altijd tot resultaten leiden. "Druk, druk, druk" kan een excuus zijn om noodzakelijke dingen te laten liggen, lastige beslissingen niet te nemen of om complexe problemen heen te lopen. Een INK-zelfevaluatie heeft vaak tot gevolg dat men zich meer op het geheel en de resultaten gaat richten in plaats van de activiteiten."

Waarom werkt een INK-zelfevaluatie zo goed?

"De belangrijkste factor heb ik al genoemd. Het model is simpel, begrijpelijk en heeft in de laatste tien jaar zijn meerwaarde voor ontelbare organisaties bewezen. Maar er zijn nog drie verborgen aspecten die volgens mij het gebruik zo aantrekkelijk maken. Ten eerste gaat van een zelfevaluatie een gezonde prikkel uitgaat. Het hoort gewoon bij onze prestatie maatschappij dat je graag wilt weten wat je score is. Ten tweede is een zelfevaluatie altijd een dynamisch groepsgebeuren. Ten slotte levert een zelfevaluatie een tastbaar resultaat op en dat werkt mobiliserend."

De INK-zelfevaluatie berust op meningen. Meninge zijn echter vaak rooskleurig. Mindert dit niet de waarde van een zelfevaluatie?

"Dat klopt. De zelfevaluatie berust op de inzichten van deelnemers, maar die inzichten moeten onderbouwd zijn. Bovendien moet je er rekening mee houden dat je altijd samen met collega's de zelfevaluatie doet. Zij gaan je er op wijzen wanneer je begint te jokken."

Het INK-model bestaat ongeveer 10 jaar. Welke ontwikkeling van het model zie je?

"Het EFQM bureau in Brussel evalueert het model om de twee jaar en stelt het vervolgens bij. Kort door de bocht kun je zeggen dat in de laatste 10 jaar de nadruk meer is komen te liggen op resultaten en de sturing op resultaten. En dat past bij de discussie die we in de gezondheidszorg voeren."

ADVISEURS van het INK-managementmodel: meldt u aan voor het Excellence Network!

Het Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO start dit jaar een Excellence Network voor externe adviseurs. Met dit netwerk wil het CBO een bijdrage leveren aan een open, constructieve discussie over de toepassing en innovaties van het INK-managementmodel en het EFQM Excellence Model in zorginstellingen. Hiertoe worden vier bijeenkomsten georganiseerd op dinsdag 23 april, woensdag 19 juni, woensdag 25 september en donderdag 21 november, van 8.00u tot 10.00u en de mogelijkheid om vooraf te ontbijten.

Geïnteresseerden kunnen contact opnemen via m.roupevandervoort@cbo.nl

IMPACT

Een nieuw programma met een veelbetekenende naam

Vanaf oktober 2001 heeft het CBO een nieuw programma: IMPACT. In dit programma zijn het verpleegkundig programma, het paramedisch programma, het PREZIES-netwerk en het programma OKAB (Ondersteuning Kwaliteitsbeleid Alternatieve Behandelwijzen) samengevoegd. Aan het woord is Anja Evers, programmaleider IMPACT.

Waarvoor staat IMPACT?

"De naam IMPACT is een afkorting van 'Integraal Management van Professionele kwaliteit door Advisering, Coaching en Training'. In ons programma staan de professionals in de gezondheidszorg centraal. Dit is ook de verbindende factor van alle in IMPACT verenigde programma's. 'ACT' staat voor de wijze waarop wij de professionals en hun koepelorganisaties ondersteunen. We adviseren beroepsverenigingen over kwaliteitsbeleid en hoe kwaliteitszorgactiviteiten vorm te geven. Ook adviseren en ondersteunen we de ontwikkeling, uitvoering en implementatie van kwaliteitsinstru-

menten, zoals richtlijnen, verbetermethoden en visitatie. Tenslotte coachen en trainen we individuele professionals, projectgroepen en kwaliteitsmentoren binnen een vereniging."

Wat gaat IMPACT doen?

"Jarenlang hebben we samen met beroepsverenigingen verschillende kwaliteitsinstrumenten ontwikkeld en geïmplementeerd. Een aantal projecten loopt nog en die ronden we eerst af. De komende tijd willen we samenhang aanbrengen tussen die instrumenten. Een voorbeeld: in eerste lijns praktijken van oefentherapeuten Cesar en Mensendieck visiteren collega's elkaar regelmatig. Als visiteurs tijdens een bezoek vragen stellen over de kritische elementen uit een richtlijn, beïnvloedt dat het werken met deze richtlijn. Beide beroepsgroepen implementeren ook verbetermethoden. Welke input kan de visitatie geven voor de keuze van verbeteronderwerpen?"

Ik geloof sterk in een goede verpleegkundige, fysiotherapeut of podotherapeut als schakel in een goed functionerende organisatie

Daarnaast gaan we als IMPACT-team kritisch op zoek naar de overeenkomsten tussen programma's: wat leren we van elkaar en waar liggen mogelijkheden voor verbetering? Ook de leerpunten van andere CBO-programma's willen we vertalen naar professioneel niveau. Op het ogenblik doen we bijvoorbeeld een onderzoek naar de haalbaarheid van DOORBRAAK-projecten voor verpleegkundigen en verzorgenden."

Wat is jouw uitdaging voor de komende periode?

"Een speerpunt komend jaar is een kwaliteitssysteem ontwikkelen voor professionals. De uitdaging wordt een kwaliteitssysteem dat past in vrijgevestigde praktijken en op intramurale afdelingen. Tegelijkertijd moet het aansluiten bij het kwaliteitssysteem van grote instellingen. Een andere uitdaging is de ketenzorg: hoe kunnen professionals samen de patiëntenzorg verbeteren. Ik geloof sterk in

een goede verpleegkundige, fysiotherapeut of podotherapeut als schakel in een goed functionerende organisatie. Dat betekent dat je als professionals over de muren van de eigen afdeling en/of praktijk kijkt en samenwerkt met anderen. Podotherapeuten krijgen bijvoorbeeld een steeds prominentere rol in de zorg voor patiënten met een diabetische voet. Daar moet je iets mee. In gesprekken met beroepsverenigingen proberen we helder te krijgen wat hun top 5 van zorgprocessen is.



Dat geeft zicht op de raakvlakken in de zorg en van daaruit kun je samenhang in het zorgaanbod vormgeven."

Na acht jaar CBO nog steeds niet uitgekeken?

"Nee, zeker niet. Ik heb in die jaren veel ervaring opgedaan door samen te werken met de tien paramedische beroepsgroepen, zowel op bestuursniveau als op het niveau van de professionals. Het is mooi om binnen het IMPACT-programma hiermee verder aan de slag te gaan. En de wetenschap, dat patiënten baat hebben bij naadloos aansluitende zorg door alle professionals blijft een stimulans."

GEBRUIKERS van het INK-managementmodel: meldt u aan voor het IBO!

Wat is IBO?

IBO staat voor INK BegeleidingsOverleg: een serie bijeenkomsten waar gebruikers van het INK-managementmodel uit de zorg elkaar ontmoeten om met elkaar hun kennis én vaardigheden met het model te verdiepen. Ook gastsprekers met veel kennis of ervaring worden uitgenodigd.

Voor wie?

Het IBO is voor stafmedewerkers, kwaliteitsfunctionarissen, leidinggevenden of management/directieleden die werken met het INK-model in ziekenhuizen, revalidatiecentra, thuiszorginstellingen, verpleeg- of verzorgingshuizen.

Wanneer?

De eerste bijeenkomst is op 10 juni van 15.00-19.00 uur op het CBO te Utrecht. Spreker op deze bijeenkomst is Frank Verheggen, Kwaliteitsmanager AZM. Thema: hoe in je eigen organisatie starten met INK en de relatie tussen NIAZ-INK. De tweede IBO-bijeenkomst is 1 oktober 2002. Tijdens elke bijeenkomst is ruimte om ook je eigen vragen te bespreken.

Informatie en/of aanmelden?

Mail voor meer informatie en/of aanmelding naar Marlou van Beneden m.vanbeneden@cbo.nl

Van Visitatie naar Audit



Reinder Tamminga, programmaleider Audit & Visitatie, geeft zijn mening over de ontwikkelingen op het gebied van visitaties. 'Multidisciplinaire visitaties hebben de toekomst'.

Programmanaam

Vorig jaar is het begrip 'audit' toegevoegd aan onze programmanaam 'visitatie'. Bij audit denk ik aan een multidisciplinair team dat een zorgproces doorlicht. Hoewel ook de plaats van dat zorgproces in de keten, zoals de patiënt die ervaart, aandacht moet krijgen, blijft de betrokkenheid van de professionals en het educatieve karakter, zoals nu bij visitatie, wat mij betreft voorop staan.

Professionals versus instellingen

Zowel de afzonderlijke professionals als zorginstellingen hebben geïnvesteerd in methoden om de kwaliteit van de zorg te verbeteren. Professionals nemen deel aan **Zo groei je naar een audit en dat zie ik graag in de naam van ons programma weerspiegeld.** Visitaties georganiseerd door de eigen beroepsvereniging. De zorginstellingen laten zich accrediteren, certificeren of doen een positiebepaling. Bepkend hierbij vind ik dat visitaties doorgaans nog een monodisciplinaire aangelegenheid zijn en dat methoden die zorginstellingen hanteren niet goed aansluiten op visitaties en vice versa. Dat is jammer omdat zorgprocessen in instellingen

erom vragen dat de inbreng van verscheidene disciplines op elkaar is afgestemd. Bovendien kan systematische analyse van de gegevens, die alle visitaties in een ziekenhuis opleveren, helpen bij de ziekenhuisbrede medische beleidsvorming. Ook treden dan minder doublures op in gegevensverstrekking en -verwerking.

Waardevolle elementen

Omdat ik mij afvraag of monodisciplinaire visitatie in het licht van de geschetste ontwikkelingen op den duur voldoende bestaansrecht houdt, lijkt het mij tijd de verworvenheden van visitatie eens op een rijtje te zetten. Deze moeten we behouden en van daaruit kunnen we zoeken naar verbeteringen in het concept visitatie. Waardevolle elementen van het instrument visitatie zijn mijns inziens dat praktisch alle medisch specialisten worden geïnterviewd, dat de betrokkenheid groot is en dat visitaties als leerzaam worden ervaren.

Geïntegreerd visitatiekader

De Orde van Medisch Specialisten (OMS) is de uitdaging aangegaan om met behoud van *vervolg op pagina 4*

AGREE

Een beoordelingsinstrument voor de kwaliteit van klinische richtlijnen

Het Kwaliteitsinstituut voor de gezondheidszorg CBO is één van de voorlopers geweest in het systematisch ontwikkelen van richtlijnen. De laatste jaren zijn steeds meer beroepsverenigingen, ziekenhuizen en andere organisaties actief geworden op het gebied van richtlijnontwikkeling. Ook richtlijnen moeten aan bepaalde kwaliteitseisen voldoen. Tot voor kort ontbrak het echter aan algemeen geaccepteerde kwaliteitscriteria. Met de komst van het AGREE Instrument is daar verandering in gekomen.

Het AGREE Instrument is een product van The AGREE Collaboration (Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation), een internationaal samenwerkingsverband in 13 landen. Deelnemers in dit verband willen de methodologie van richtlijnontwikkeling en -implementatie onderzoeken en op elkaar afstemmen. Zij hebben het AGREE Instrument ontwikkeld uit bestaande kwaliteitscriteria van richtlijnen, aangevuld met criteria gebaseerd op discussie en commentaar van internationale experts. Het instrument is getest in twee groots opgezette valideringsrondes. In september 2001 is de definitieve versie van het instrument geaccordeerd door alle leden van The AGREE Collaboration.

De Nederlandse vertaling van het AGREE Instrument is (mede) tot stand gekomen door

de actieve inbreng van het Centre for Quality of Care Research (WOK) van de Universiteit van Nijmegen en de Universiteit Maastricht en het Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO.

Het instrument dient meerdere doeleinden, te weten kritisch beoordelen en vergelijken van de kwaliteit van bestaande klinische richtlijnen en goede richtlijnen voor lokaal gebruik



selecteren. Daarnaast biedt het een checklist bij het ontwikkelen van eigen richtlijnen. In het instrument staan 23 items beschreven, verdeeld over zes domeinen: onderwerp en doel, betrokkenheid van belanghebbenden, methodologie, helderheid en presentatie, toepassing en onafhankelijkheid van de opstellers. Het AGREE Instrument heeft een invulformulier met een handig overzicht waarin de gebruiker itemscores van de beoordeelde richtlijn kan noteren.

Gedrukte exemplaren van het AGREE Instrument kunt u bestellen door een e-mail te sturen naar a.oudebos@hsv.kun.nl of bestel@cbo.nl. Wilt u een uitgebreidere toelichting over de toepassing van het AGREE Instrument, dan kunt u contact opnemen met Jako Burgers, huisarts en onderzoeker bij de WOK (j.burgers@hsv.kun.nl) of Kitty Rosenbrand, arts senior-adviseur bij het CBO (k.rosenbrand@cbo.nl). Zij kunnen op verzoek met een presentatie en/of workshop meer uitleg geven over de achtergronden en doelstellingen van het AGREE Instrument.

Bezoek ook de website: www.agreecollaboration.org

Congressen en trainingen

- DOORBRAAK-project CVA Ketenzorg. Informatiebijeenkomst, 14 mei (16.00 – 18.00 uur), 15 mei (18.00 – 20.00 uur). Info: doorbraak@cbo.nl
 - Richtlijnbijsamenkomst Hartfalen (CBO/NHS), 29 mei te Utrecht. Info: mwr@cbo.nl
 - Richtlijnbijsamenkomst Varicella, 12 juni te Amersfoort. Info: mwr@cbo.nl
 - INK Instellingsbegeleidingsoverleg, 10 juni te Utrecht. Info: m.vanbeneden@cbo.nl
 - Tweedaagse trainingen INK voor zorginstellingen. Data: 27+28 juni, 26+27 september, 19+20 december. Info: www.ink.nl
 - Richtlijnbijsamenkomst NSAID's en maag-schade, 27 september te Utrecht. Info: wr@cbo.nl
 - Richtlijnbijsamenkomst Bloedtransfusiebeleid, 4 oktober te Nieuwegein. Info: mwr@cbo.nl
 - International Conference of the International Society for Quality in Health Care. Parijs, 5 t/m 8 november 2002. Info: www.isqua.org.au, isqua@isqua.org.au
- Informatie over deze bijeenkomsten te verkrijgen bij Sandra Vermeend, tel: 030-2843922.

vervolg van pagina 3

de cruciale elementen te zoeken naar betere aansluiting van visities bij het zorgproces en daarmee ook bij de organisatie van de zorginstelling. Deze gelegenheid wordt aangegrepen om tevens te anticiperen op wettelijke vereisten en landelijke richtlijnen. Om opleidingsbevoegdheid te kunnen toekennen, streeft de Orde ernaar dubblures te voorkomen. Het CBO ondersteunt OMS bij dit proces in het project "geïntegreerd visitatiekader". Ik vind dit een kans om visities op een hoger plan te brengen en daarmee de waardevolle elementen in de toekomst veilig te stellen.

In de praktijk vinden al visities plaats waarin elementen van integratie te herkennen zijn. Bijvoorbeeld de visities van het zorgproces op de intensive care of de multidisciplinaire visities van de nucleaire geneeskunde met nucleair geneeskundigen, radiofarmaceuten en klinisch fysici. Maar ook de visities volgens het INK-managementmodel door de radiologen. Het laatste voorbeeld heeft op zichzelf nog geen aansluiting op andere disciplines of de zorginstelling, maar maakt die wel gemakkelijker. Het model houdt namelijk expliciet rekening met de "buitenwereld". Zo groei je naar een audit en dat zie ik graag in de naam van ons programma weerspiegeld. Het is een schot voor de boeg gezien een ontwikkeling die wat mij betreft niet meer te stoppen is.

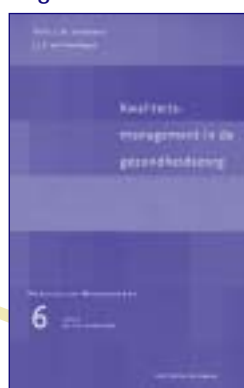
Richtlijn decubitus in aantocht

Op donderdag 21 februari werd de concept-richtlijn decubitus (tweede herziening) gepresenteerd. De eerste decubitus richtlijn dateert uit 1985, de eerste herziening uit 1992. Beide richtlijnen zijn nog ontwikkeld volgens de consensusmethode. De nu ontwikkelde richtlijn heeft een evidence based karakter. De conceptrichtlijn bevat 61 adviezen over de risico-inventarisatie, preventie, diagnostiek en

behandeling van decubitus. Op basis van de discussies tijdens de richtlijnbijsamenkomst en de ingeleverde discussieformulieren, stelt de richtlijnwerkgroep de definitieve versie van de richtlijn op, die naar verwachting in mei van dit jaar uitkomt. In het volgende Kwaliteitsjournaal kunt u meer informatie verwachten over de richtlijn Decubitus.

'Kwaliteitsmanagement in de gezondheidszorg'

Onlangs is het boek Kwaliteitsmanagement in de gezondheidszorg verschenen. Dit boek, nummer 6 in de serie Medicus en Management, biedt basale kennis over kwaliteitsmanagement en beschrijft een aantal instrumenten en mogelijkheden voor verbetering van de patiëntenzorg.



Auteurs zijn W.M.L.C.M. Schellekens en J.J.E. van Everdingen, beiden arts en directielid van het Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO.

Uitgever: Bohn Stafleu Van Loghum, Houten/Diegem.

ISBN-nummer: 90-313-3061-2

Colofon

Uitgever

Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO, Postbus 20064, 3502 LB, Utrecht

Bezoekadres

Churchilllaan 11, 3527 GV Utrecht

Bereikbaar

Tel. 030-2843900
Fax 030-2943644
E-mail kwaliteitsjournaal@cbo.nl
Internet www.cbo.nl

Doel

Het Kwaliteitsjournaal is een uitgave van het Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO en heeft tot doel om informatie te geven over de plannen en de resultaten van de activiteiten van het CBO. Het Kwaliteitsjournaal is kosteloos voor de relaties van het CBO.

Redactie

Gonny Pol, Kitty Rosenbrand, Pieter ten Have, Wim Schellekens, Petra Askes, Jan Fossen, Mirella Minkman

Frequentie

Deze uitgave verschijnt vier keer per jaar.

Vormgeving en druk

Sonodruk, Heino

Oplage

5000 exemplaren

Reprecht

Alles uit deze uitgave mag met bronvermelding worden gekopieerd zonder schriftelijke toestemming.