

*knmg*



**Staan voor  
kwaliteit**

*KNMG Kwaliteitskader  
medische zorg*

## Colofon

### **KNMG Kwaliteitskader medische zorg 'Staan voor kwaliteit'**

Kwaliteitskader van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (KNMG), vastgesteld door het Federatiebestuur op 10 november 2011, in werking getreden april 2012.

De artsenfederatie KNMG vertegenwoordigt ruim 53.000 artsen en studenten geneeskunde. Van de KNMG maken deel uit de Koepel Artsen Maatschappij en Gezondheid (KAMG), Landelijke vereniging van Artsen in Dienstverband (LAD), de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV), de Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde (NVAB), de Nederlandse Vereniging voor Verzekeringsgeneeskunde (NVVG), de Orde van Medisch Specialisten (OMS) en de Vereniging van Specialisten in ouderengeneeskunde (Verenso).



[www.knmg.nl/kwaliteitskader](http://www.knmg.nl/kwaliteitskader)

Als u deze qr-code met uw mobiele telefoon scant, komt u terecht op de KNMG-website waar deze publicatie en een online kwaliteitsmeter staan.

**Vragen? KNMG Artseninfolijn: 030 - 28 23 322** of [artseninfolijn@fed.knmg.nl](mailto:artseninfolijn@fed.knmg.nl). Voor KNMG-leden is dit een gratis service.

*Opmaak* buro-Lamp, Amsterdam

*Fotografen* Raphael Drent (p.9), Marco de Haan (p. 26), Trudy Kroese (p. 47)

*Drukwerk* Schotanus & Jens, Nieuwegein

*Contactgegevens* KNMG Postbus 20051 3502 LB Utrecht - [www.knmg.nl](http://www.knmg.nl)

Overname van teksten uit deze publicatie is toegestaan onder vermelding van de volledige bronvermelding: *KNMG Kwaliteitskader medische zorg, Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst, april 2012.*

**Staan voor  
kwaliteit**

*KNMG Kwaliteitskader  
medische zorg*

# Inhoudsopgave

/	Voorwoord	7
/	Samenvatting	11
1/	Kwaliteitsbeleid beroepsgroep en KNMG Kwaliteitskader	15
	1.1 Kwaliteitsbeleid beroepsgroep	15
	1.2 KNMG Kwaliteitskader medische zorg	16
2/	Uitgangspunten en randvoorwaarden kwaliteitskader	21
	2.1 Randvoorwaarden voor realisatie van de aanbevelingen	22
3/	Aanbevelingen over bevorderen van kwaliteit	27
	3.1 Aanbevelingen aan artsen	27
	3.1.1 Bevoegdheid en werkzaamheden arts	27
	3.1.2 Kwaliteit van individuele deskundigheidsbevordering	28
	3.1.3 Richtlijnen en standaarden	29
	3.1.4 Patiëntenvoorlichting	30
	3.1.5 Meldingen van complicaties, incidenten en calamiteiten	30
	3.1.6 Indicatoren	31
	3.1.7 Toetsing van functioneren van het team van artsen (team-kwaliteitsvisitatie)	31
	3.1.8 Toetsing van individueel functioneren	32
	3.2 Aanbevelingen aan verenigingen	34
	3.2.1 Bevoegdheid en werkzaamheden als arts	34
	3.2.2 Deskundigheidsbevordering	34
	3.2.3 Richtlijnen en standaarden	35
	3.2.4 Patiëntenvoorlichting	36
	3.2.5 Meldingen van complicaties, incidenten en calamiteiten	36
	3.2.6 Indicatoren	37
	3.2.7 Toetsing van functioneren van een team van artsen	37
	3.2.8 Toetsing van individueel functioneren	38

<b>4/ Aanbevelingen over verantwoording afleggen</b>	<b>41</b>
<b>4.1 Aanbevelingen ten aanzien van afleggen verantwoording</b>	<b>41</b>
4.1.1 Bevoegdheid en werkzaamheden arts	41
4.1.2 Deskundigheidsbevordering	42
4.1.3 Richtlijnen en standaarden	42
4.1.4 Patiëntenvoorlichting	43
4.1.5 Meldingen van complicaties, incidenten en calamiteiten	43
4.1.6 Indicatoren	44
4.1.7 Toetsing van het functioneren van een team artsen (team-kwaliteitsvisitatie)	44
4.1.8 Toetsing van het functioneren van de individuele arts (individuele kwaliteitsvisitatie)	45
<b>4.2 Overzicht verantwoording door artsen en verenigingen</b>	<b>45</b>
<b>/ Bijlagen</b>	<b>49</b>
Bijlage 1 Samenstelling begeleidingsgroep	49
Bijlage 2 Begrippenlijst	51
Bijlage 3 Overzicht erkende specialismen en profielen	58
Bijlage 4 Kwaliteitscriteria voor de indicatoren	60
Bijlage 5 Voorbeeld voor het opstellen van een Persoonlijk Ontwikkelingsplan	61
Bijlage 6 Literatuurlijst	63



# Voorwoord

## KWALITEIT VAN ZORG STEEDS BETER INZICHTELIJK

Iedere professional wil goede zorg leveren en een steeds betere dokter worden. Vroeger mat hij dat af aan complimentjes van patiënten, naam en faam bij collegae of drukke spreekuren. Veel artsen hebben de behoefte om te weten hoe de kwaliteit van hun zorg echt is in vergelijking met anderen. Nieuwe methoden die kwaliteit inzichtelijk maken, betrouwbare patiëntenenquête's en 360 graden feedback maken het mogelijk om te weten waar werk aan de winkel is in termen van verbetering van kennis en organisatie van zorg. Eindelijk wordt het mogelijk om op basis van lacunes aan de slag te gaan.

## GOOD GOVERNANCE EN INTERNE TRANSPARANTIE

Essentieel voor artsen is hun medische professionaliteit. De motivatie van artsen voor hun vak is een onmisbare pijler van die professionaliteit, en vloeit tegelijkertijd uit die professionaliteit voort. Artsen zijn op veel fronten bezig om vanuit die professionaliteit eisen te stellen aan nascholing, kwaliteitsvisiting en diverse vormen van intercollegiale toetsing. Chirurgen gebruiken al lang gegevens over infecties en complicaties voor verbeteringen en huisartsen krijgen een spiegel voorgeschoteld over hun praktijkvoering.

In haar rapport 'De vrijblijvendheid voorbij'<sup>1</sup> stelde Inspectie voor de Gezondheidszorg dat iedere professionele organisatie in de zorg zijn eigen verantwoordelijkheden heeft in het sturen en toezicht houden op kwaliteit en veiligheid (good governance). De Inspectie deed in dit rapport een dringend appèl op het veld om zijn verantwoordelijkheid in deze te nemen door de rollen en verantwoordelijkheden aan te scherpen en concreter in te vullen, maar vooral ernst te maken met het niet meer vrijblijvend invullen daarvan. In haar recent verschenen toezichtkader heeft de Inspectie aandachtspunten geformuleerd ten aanzien van de verantwoordelijkheid van professionals.<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Inspectie voor de gezondheidszorg. Staat van de Gezondheidszorg. 'De vrijblijvendheid voorbij'. November 2009.

<sup>2</sup> Inspectie voor de gezondheidszorg. 'Toezichtkader Bestuurlijke Verantwoordelijkheid voor Kwaliteit en Veiligheid'. April 2011.

### KUNNEN ARTSEN ZONDER DRUK VAN BUITENAF?

Naast eigen professionele behoefte is enige externe druk nodig en goed om de artsen en hun verenigingen scherp te houden. De beroepsgroep moet voldoende innovatief en ‘zelfreinigend’ vermogen kunnen opbrengen om de gevraagde professionaliteit te bieden en het medisch huis op orde te houden. Het is prima om steeds te benadrukken dat de beroepsgroep het allemaal heel goed zelf kan, maar de eerlijkheid gebiedt te erkennen dat de verschillen in kwaliteitsbeleid tussen verschillende specialismen en dokters soms te groot zijn en dat we niet altijd goed in staat zijn om zelf het kaf van het koren te scheiden. Dan helpt het als de samenleving de medische beroepsgroep vraagt om transparantie van het medisch handelen en uniforme kwaliteit. Maar dat is iets anders dan regels van bovenaf opleggen. Druk uitoefenen zoals de Inspectie dat deed in haar rapport is prima, maar vervolgens moeten we als beroepsgroep zelf voor de gewenste verbeteringen kunnen zorgen. Daarbij ondersteund door de juiste randvoorwaarden vanuit de overheid.

Dat kan leiden tot mooie resultaten, zoals het KNMG Kwaliteitskader medische zorg dat de KNMG samen met de verenigingen van erkende geneeskundige specialismen heeft ontwikkeld<sup>3</sup>. Het kwaliteitskader is een neerslag van de visie van deze partijen op het kwaliteitsbeleid van de beroepsgroep artsen. Het biedt een samenhangend overzicht van alle valide kwaliteitsinstrumenten waarvoor de beroepsgroep verantwoordelijk is en waar alle artsen gebruik van moeten maken. Als beroepsgroep laten we zo zien hoe belangrijk we professionaliteit en kwaliteit vinden, maar ook dat we daar zelf verantwoordelijk voor willen en kunnen zijn. Als de medische beroepsgroep hiervoor tekent, neemt zij het initiatief terug en blijft de passie voor kwaliteit levend bij artsen.

**Prof. Dr. A.C. Nieuwenhuijzen Kruseman,**  
voorzitter artsenfederatie KNMG

---

<sup>3</sup> Onder ‘erkende geneeskundige specialismen’ worden de volgende clusters van specialismen verstaan (conform de indeling van de KNMG Registratiecommissies):

- Cluster 1. Huisartsgeneeskunde, specialisme ouderengeneeskunde en geneeskunde voor verstandelijk gehandicapten.
- Cluster 2. Medische specialismen.
- Cluster 3. Sociaal-geneeskundige specialismen.

In bijlage 3 is een overzicht van alle erkende specialismen en profielen per cluster opgenomen.





*"Als beroepsgroep laten we met dit kwaliteitskader zien dat we staan voor kwaliteit en professionaliteit. En dat we daar zelf verantwoordelijk voor willen en kunnen zijn."*

**Arie Nieuwenhuijzen Kruseman,**  
voorzitter artsenfederatie KNMG



*"Dat we onszelf als wetenschappelijke verenigingen nu een format opleggen, is niet altijd makkelijk. Dan moet je er echt wat mee. Neem de kwaliteitsvisitatie. Die doen we al jaren, maar wat is de impact als het rapport in de la verdwijnt? Het Kwaliteitskader dwingt ons tot een verbeterplan. Dat maakt het ook voor de directie eenvoudiger om concrete actie te ondernemen. Sommige aanbevelingen mogen beter onderbouwd worden. Een POP kost bijvoorbeeld veel tijd, onderbouw waarom het belangrijk is en help de praktijk hierbij. Maar daar staan veel bruikbare aanbevelingen tegenover, bijvoorbeeld over een state-of-the-art praktijkorganisatie, het aanspreken van je collega op gedrag en het actueel houden van je dossier."*

**Ernst Kuipers,**

*maag-darm-leverarts Erasmus MC en voorzitter van de NVMDL*

# Samenvatting

## REGIE IN EIGEN HAND

De regulering van kwaliteit is zowel binnen de medische beroepsgroepen als bij politiek, media en stakeholders belangwekkend en gevoelig. Maatschappij en politiek willen meer zicht en invloed op de kwaliteit van zorg. Tegelijk realiseert men zich dat draagvlak onder medici onmisbaar is. En medici willen de regie in eigen handen houden als het gaat om de kwalitatieve normering van medisch handelen en de ontwikkeling van aansluitende kwaliteitsnormen. Met het *KNMG Kwaliteitskader medische zorg* presenteert de medische beroepsgroep daarvoor een gezamenlijke, breed gedragen basis.

Het kwaliteitskader beschrijft de visie van de artsenfederatie KNMG en de wetenschappelijke verenigingen op het kwaliteits- en veiligheidsbeleid van de beroepsgroep artsen en hun vertegenwoordigende beroeps- of wetenschappelijke vereniging. Met als doel:

- ▶ een samenhangend, omvattend en transparant document voor het medisch kwaliteits- en veiligheidsbeleid,
- ▶ duidelijke kwaliteitskaders voor artsen, de samenleving, toezichthouders en zorgverzekeraars,
- ▶ inzichtelijk maken dat en op welke wijze artsen staan voor kwaliteit.

Het kwaliteitskader dient als leidraad voor de individuele huisartsen, medisch specialisten, specialisten ouderengeneeskunde, artsen voor verstandelijk gehandicapten, sociaal geneeskundigen, artsen met een erkend geneeskundig profiel. Het is tevens een richtsnoer voor de verenigingen bij het ontwikkelen van het specialisme specifieke kwaliteitsbeleid.

## TOTAALOVERZICHT KWALITEITSEISEN

Het kwaliteitskader bevat aanbevelingen voor het bevorderen, borgen en verantwoorden van kwaliteit van medische zorg. Het geeft artsen een totaaloverzicht van de gangbare kwaliteitseisen en biedt daarmee overzicht en zekerheid. Artsen die aan de aanbevelingen voldoen, mogen erop vertrouwen dat ze tegelijk voldoen aan alle geldende kwaliteitsrichtlijnen en regelingen. Het draagt tevens bij aan het terugdringen van ongewenste variaties en onduidelijkheden binnen de medische beroepsgroep. Ook wordt met het kwaliteitskader tegemoet gekomen aan de eisen van transparantie, kwaliteit en veiligheid die de maatschappij aan de zorg stelt.

In het kwaliteitskader zijn concrete aanbevelingen geformuleerd aan de hand van acht kwaliteitsaspecten:

1. Bevoegdheid en werkzaamheden arts.
2. Deskundigheidsbevordering:
  - a. geaccrediteerde scholingsbijeenkomsten (bijv. congres, symposium, refereeravond);
  - b. geaccrediteerde groepen voor intercollegiale reflectie (bijv. toetsgroepen);
  - c. geaccrediteerde e-learning;
  - d. overige geaccrediteerde individuele activiteiten (bijv. auteurschap, deelname aan richtlijnontwikkeling, voordracht, enz.);
  - e. niet-geaccrediteerde deskundigheidsbevordering.
3. Richtlijnen en standaarden<sup>4</sup>.
4. Patiëntenvoorlichting.
5. Meldingen van complicaties, incidenten en calamiteiten.
6. Kwaliteits- en veiligheidsindicatoren.
7. Team-kwaliteitsvisitatie<sup>5</sup> (toetsing van functioneren van een artsenteam, bijv. huisartsenpraktijk aan de hand van spiegelinformatie<sup>6</sup>, vakgroep, maatschap).
8. Individuele kwaliteitsvisitatie<sup>7</sup> (toetsing van functioneren individuele arts).

<sup>4</sup> Onder het kwaliteitsinstrument richtlijnen en standaarden worden ook protocollen verstaan.

<sup>5</sup> Er wordt onderscheid gemaakt tussen enerzijds 'team-kwaliteitsvisitatie' en anderzijds de 'individuele kwaliteitsvisitatie'. Onder de 'team-kwaliteitsvisitatie' wordt verstaan: een vorm van intercollegiale reflectie gericht op het functioneren van een maatschap of vakgroep ter bevordering van de kwaliteit van zorg.

<sup>6</sup> Hierbij gaat het om spiegelinformatie ten aanzien van prescriptie (ten behoeve van het farmacotherapieoverleg), diagnostiek (ten behoeve van diagnostisch toetsoverleg), behandeling, organisatie, service, kosteneffectiviteit, patiëntenoordeel.

<sup>7</sup> Individuele kwaliteitsvisitatie betreft een visitatie, uitgevoerd volgens het visitatieprogramma van of goedgekeurd door de wetenschappelijke vereniging, van een individuele specialist ter bevordering van de kwaliteit van zorg. Er zijn verschillende settings waarin artsen in dienstverband werken, zoals de GGD-en, universitair medisch centra, Arbodiensten, UWV'en. Binnen deze settings vinden ook (deels) hiërarchische functioneringsgesprekken plaats. Het is wenselijk dat de betreffende beroepsgroep nadere afspraken maakt met de betreffende koepel van werkgevers over de verhouding tussen en de praktische uitvoerbaarheid van de combinatie van de hiërarchische functioneringsgesprekken en de peer-to-peer gesprekken.

## VERHOUDING TOT ANDERE KWALITEITSKADERS

Het kwaliteitskader biedt ruimte aan de verenigingen om een 'kwaliteitsbovenbouw' voor hun specialisme te specificeren. Een voorbeeld vormt het bestaande kwaliteitskader voor medisch specialisten, van de Orde van Medisch Specialisten (OMS). De inhoud van het kwaliteitskader van de OMS is geïntegreerd in het kwaliteitskader van de KNMG en maakt daar dus onderdeel van uit. Het kwaliteitskader van de KNMG bevat daarnaast, voor alle specialisten en dus óók voor medisch specialisten, andere onderwerpen, zoals deskundigheidsbevordering, veilig melden en het opstellen van richtlijnen.



*"We hebben nu zwart op wit aan welke kwaliteitseisen je moet voldoen en hoe je dat kan invullen. Als arts, als vakgroep, als vereniging. Neem het POP: je hebt wel in je hoofd waar je aan moet werken, maar dit helpt om het te structureren. En zo zijn we als NVSHA bezig met het opzetten van team-kwaliteitsvisitaties. Het Kwaliteitskader helpt bij de primaire opzet. Je ziet hoe anderen het doen. **En met het document kunnen we richting ziekenhuizen aantonen dat een kwaliteitsvisitatie erbij hoort** en dus een financiële investering waard is. Ook gebruiken we het Kwaliteitskader als checklist: waar zitten de lacunes? Zo hebben we patiëntenvoorlichting nu beter in het vizier."*

**Crispijn van den Brand,**  
SEH-arts in Medisch Centrum Haaglanden en  
voorzitter kwaliteitscommissie NVSHA

# 1 Kwaliteitsbeleid beroepsgroep en KNMG Kwaliteitskader

Het KNMG Kwaliteitskader medische zorg (hierna te noemen 'het kwaliteitskader') is een neerslag van de visie van de KNMG op het kwaliteitsbeleid van de beroepsgroep artsen en hun vertegenwoordigende beroeps- of wetenschappelijke vereniging (hierna verder te noemen 'de vereniging').

Het kwaliteitskader dient als leidraad voor de individuele arts en als afgeleide daarvan als richtsnoer voor hun verenigingen bij het ontwikkelen van het specialisme specifieke kwaliteitsbeleid.

*Het kwaliteitskader bevat aanbevelingen voor huisartsen, specialisten ouderengeneeskunde, artsen voor verstandelijk gehandicapten, medisch specialisten, sociaal geneeskundigen en artsen met een erkend geneeskundig profiel én hun verenigingen.*

## 1.1 Kwaliteitsbeleid beroepsgroep

Zorg voor professionele kwaliteit is van oudsher een taak van de beroepsgroep zelf. De verenigingen hebben hiertoe diverse methoden en systemen van kwaliteitsverbetering en -borging ontwikkeld, zoals richtlijnen, kwaliteitsvisitaties, (geaccrediteerde) deskundigheidsbevordering, en intercollegiale toetsing. Deze instrumenten zijn inmiddels uitgerijpt, maar er zijn ook nieuwe instrumenten zoals de individuele evaluatiegesprekken die nog verder ontwikkeld en geïmplementeerd dienen te worden. De Nederlandse medische beroepsgroep loopt voorop in Europa met haar kwaliteitsbeleid.

Ondanks dit stevige fundament zijn er punten ter verbetering. Het kwaliteitsbeleid van de diverse verenigingen bevindt zich in uiteenlopende stadia van ontwikkeling. Uit een inventarisatie in 2009 is gebleken dat niet alle erkende specialismen in gelijke mate gebruik maken van de beschikbare kwaliteitsinstrumenten<sup>8</sup>. Grote variaties en onduidelijkheden over het kwaliteitsbeleid binnen de medische beroepsgroepen zijn vanuit de maatschappelijke eisen aan transparantie, kwaliteit en veiligheid niet meer acceptabel. Er is meer druk op de beroepsgroep om te voldoen aan de nieuwe maatschappelijke eisen.

<sup>8</sup> Babović M. & Wigersma L. Kwaliteit van de medische zorg en het patiëntenperspectief. KNMG. Utrecht. Maart 2009.

## PROFESSIELE STANDAARD

Op grond van de professionele standaard<sup>9</sup> mag van artsen worden geëist dat zij meewerken aan de kwaliteitsborging en kwaliteitsverhoging van de geneeskundige zorg die zij zelf en via de instelling waarin zij eventueel werken bieden, en aan andere activiteiten die in het belang van de patiënten/cliënten, dan wel de werkomgeving<sup>10</sup> en/of de daarin werkzame zorgverleners nuttig kunnen worden geacht. Zo werken artsen onder meer mee aan werkzaamheden ten behoeve van accreditatie, kwaliteitsvisitatie van de maatschap/vakgroep/samenwerkingsverband, intercollegiale reflectie, behandeling van klachten, coördinatie van medische zorg<sup>11</sup>, patiëntbegeleiding, patiëntenvoorlichting, patiëntveiligheid, veilig incidenten melden (VIM), complicatieregistratie, ontwikkelen en implementeren van protocollen, ontwikkelen en implementeren van elektronische uitwisseling van patiëntgegevens, evaluatie individueel functioneren, kwaliteitsverbetering, kwaliteitsmeting, managementparticipatie, wetenschappelijk onderzoek, beleids- en organisatieontwikkeling, relatiebeheer.

## 1.2 KNMG Kwaliteitskader medische zorg

Het kwaliteitskader gaat in op de nieuwe uitdagingen op het gebied van kwaliteit, patiëntveiligheid en transparantie en ondersteunt artsen en verenigingen in hun beleid. Het kader geeft de gewenste richting aan en geeft concrete aanbevelingen hoe met allerlei aspecten van kwaliteit, veiligheid en transparantie om te gaan.

<sup>9</sup> De professionele standaard van de arts omvat - behalve de toepasselijke wet- en regelgeving, zoals de Wet Beroepsuitoefening Individuele Gezondheidszorg (BIG), Wet Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (WGBO), Kwaliteitswet Zorginstellingen (KwZ), Wet Medezeggenschap Cliënten Zorginstellingen (WMCZ), Wet Klachtrecht Cliënten Zorgsector (WKCZ) - ondermeer de Artseneed van de Vereniging van Nederlandse Universiteiten (VSNU) en de Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (KNMG), het Manifest Medische Professionaliteit van de KNMG, de Gedragsregels voor Artsen van de KNMG, de Gedragscode voor de Intramuraal Praktiserend Medisch Specialist van de Orde van Medisch Specialisten, het Kwaliteitskader Medisch Specialisten van de Orde van Medisch Specialisten en de Kwaliteitsnormen van de Wetenschappelijke Verenigingen. Dit laat onverlet dat de genoemde Gedragsregels, Gedragscode, Kwaliteitskaders en Kwaliteitsnormen geen absoluut karakter hebben. Richtlijnen maken deel uit van de professionele standaard, bevatten normatieve uitspraken en hebben mede daardoor een juridische betekenis.

<sup>10</sup> Verder in de tekst wordt de werkomgeving aangeduid als instelling, samenwerkingsverband en/of praktijk. De arts bepaalt welke situatie voor hem/haar van toepassing is.

<sup>11</sup> Zie de handreiking inzake '[Verantwoordelijkheidsverdeling bij samenwerking in de zorg](#)', samengesteld door de KNMG samen met de Orde, NVZ en NFU en andere beroeps- en brancheorganisaties. Utrecht, 2010.



*Het kader is gebaseerd op twee pijlers: continue kwaliteitsbevordering en het afleggen van interne en externe verantwoording.*

De aanbevelingen zijn gesplitst in aanbevelingen aan artsen en als afgeleide daarvan aan hun verenigingen.

In het kwaliteitskader zijn aan de hand van een achttal kwaliteitsaspecten concrete aanbevelingen geformuleerd. Het kwaliteitskader gaat in op de volgende kwaliteitsaspecten:

1. Bevoegdheid en werkzaamheden arts.
2. Deskundigheidsbevordering:
  - f. geaccrediteerde scholingsbijeenkomsten (bijv. congres, symposium, refereeravond);
  - g. geaccrediteerde groepen voor intercollegiale reflectie (bijv. toetsgroepen);
  - h. geaccrediteerde e-learning;
  - i. overige geaccrediteerde individuele activiteiten (bijv. auteurschap, deelname aan richtlijnontwikkeling, voordracht, enz.);
  - j. niet-geaccrediteerde deskundigheidsbevordering.
3. Richtlijnen en standaarden<sup>12</sup>.
4. Patiëntenvoorlichting.
5. Meldingen van complicaties, incidenten en calamiteiten.
6. Kwaliteits- en veiligheidsindicatoren.
7. Team-kwaliteitsvisitatie<sup>13</sup> (toetsing van functioneren van een artsen-team, bijv. huisartsenpraktijk aan de hand van spiegelinformatie<sup>14</sup>, vakgroep, maatschap).
8. Individuele kwaliteitsvisitatie<sup>15</sup> (toetsing van functioneren van de individuele arts).

<sup>12</sup> Onder het kwaliteitsinstrument richtlijnen en standaarden worden ook protocollen verstaan.

<sup>13</sup> Er wordt onderscheid gemaakt tussen enerzijds 'team-kwaliteitsvisitatie' en anderzijds de 'individuele kwaliteitsvisitatie'. Onder de 'team-kwaliteitsvisitatie' wordt verstaan: een vorm van intercollegiale reflectie gericht op het functioneren van een maatschap of vakgroep ter bevordering van de kwaliteit van zorg.

<sup>14</sup> Hierbij gaat het om spiegelinformatie ten aanzien van prescriptie (ten behoeve van het farmacotherapieoverleg), diagnostiek (ten behoeve van diagnostisch toetsoverleg), behandeling, organisatie, service, kosteneffectiviteit, patiëntenoordeel.

<sup>15</sup> Individuele kwaliteitsvisitatie betreft een visitatie, uitgevoerd volgens het visitatieprogramma van de goedgekeurd door de wetenschappelijke vereniging, van een individuele specialist ter bevordering van de kwaliteit van zorg. Er zijn verschillende settings waarin artsen in dienstverband werken, zoals de GGD-en, universitair medisch centra, Arbodiensten, UWV'en. Binnen deze settings vinden ook (deels) hiërarchische functioneringsgesprekken plaats. Het is wenselijk dat de betreffende beroepsgroep nadere afspraken maakt met de betreffende koepel van werkgevers over de verhouding tussen en de praktische uitvoerbaarheid van de combinatie van de hiërarchische functioneringsgesprekken en de peer-to-peer gesprekken.

Artsen die aan de aanbevelingen in het kwaliteitskader voldoen, mogen erop vertrouwen dat ze tegelijk voldoen aan alle richtlijnen en regelingen die hierin zijn verwerkt. De aanbevelingen in het Algemeen Kwaliteitskader zijn bedoeld om meer uniformering en samenhang te realiseren in het kwaliteitsbeleid van de diverse verenigingen. Het kwaliteitskader geeft artsen en hun verenigingen dus overzicht en zekerheid.

#### WETENSCHAPPELIJK ONDERZOEK

De aanbevelingen in het kwaliteitskader berusten op de kwaliteitsinstrumenten die door de beroepsgroep zijn ontwikkeld en in de praktijk worden gebruikt. Gezien de beperkte beschikbaarheid van wetenschappelijke onderbouwing van de effecten van het gebruik van de instrumenten op de kwaliteit van de medische zorg, is het belangrijk dat, voorafgaand aan grootschalige invoering van de aanbevelingen, daar goed wetenschappelijk onderzoek naar plaatsvindt. Onderzoek zou met name meer inzicht moeten bieden in hoeverre bestaande praktijken dekkend of overlappend zijn en of het werken conform het kwaliteitskader leidt tot betere kwaliteit van zorg. Mogelijk kan het toekomstig onderzoeksprogramma 'Kwaliteit van zorg' van ZonMw aanvullende wetenschappelijke evidentie bieden.

#### VERANTWOORDELIJKHEID

Binnen het kwaliteitskader worden aanbevelingen gedaan aan de individuele artsen én de verenigingen. De aanbevelingen zijn bedoeld voor alle verenigingen die tot doel hebben om de kwalitatieve gehalte van de beroepsuitoefening te bevorderen en wetenschappelijk te onderbouwen. Het uitgangspunt hierbij is dat de verenigingen grotendeels verantwoordelijk zijn voor de kwaliteit en beschikbaarheid van de genoemde kwaliteitsinstrumenten van de beroepsgroep<sup>16</sup>. De arts is verantwoordelijk voor het gebruik van deze kwaliteitsinstrumenten in de praktijk. Daarnaast is de arts gehouden de uitkomsten die de instrumenten genereren, te gebruiken om de kwaliteit van de medische zorg continu te verbeteren.

---

<sup>16</sup> De verenigingen zijn niet verantwoordelijk voor de kwaliteit en/of beschikbaarheid van **alle** kwaliteitsinstrumenten, zoals bijvoorbeeld de registratie van meldingen van incidenten en calamiteiten.

## HERREGISTRATIE-EISEN

Een aantal kwaliteitsinstrumenten binnen het kwaliteitskader behoort reeds tot de herregistratie-eisen<sup>17</sup>. Andere instrumenten zijn relatief nieuw en zullen de komende tijd verder ontwikkeld en geïmplementeerd worden. Het is wenselijk om een substantieel deel van de aanbevelingen op termijn om te zetten in (herregistratie)eisen, zodat de kwaliteit van de medische zorg systematisch wordt bewaakt en verbeterd. Bij dit traject hoort een stapsgewijze aanpak. Het kwaliteitskader zal met nieuwe ontwikkelingen mee veranderen. Het College Geneeskundige Specialismen (verder: het College) ontwikkelt in 2012 een langetermijnvisie op de herregistratie en houdt daarbij rekening met de aanbevelingen uit het kwaliteitskader.

---

<sup>17</sup> Het College stelt de volgende minimale eisen verplicht voor herregistratie van geneeskundig specialisten:

- De specialist verricht gemiddeld tenminste zestien uur per week voor het specialisme relevante werkzaamheden.
- De specialist volgt gemiddeld tenminste 200 uur (geaccrediteerde) deskundigheidsbevordering per vijf jaar. Voor huisartsen geldt daarbij de herregistratie-eis dat ten minste 10 uur bestaat uit deelname aan een intercollegiale toetsgroep met een erkend begeleider.
- Voor sociaal geneeskundigen geldt daarbij dat 1) minimaal 8 uur per jaar bestaat uit intercollegiale toetsing in het eigen specialisme 2) minimaal 20 uur per jaar bestaat uit relevante geaccrediteerde bij- en nascholing, waarvan tenminste de helft (10 uur) geaccrediteerd voor het eigen specialisme en 3) maximaal 12 uur per jaar kan worden besteed aan overige deskundigheidsbevorderende activiteiten.
- Voor medisch specialisten is deelname aan de kwaliteitsvisitatie van de betreffende wetenschappelijke medisch specialistenvereniging volgens de systematiek van die wetenschappelijke vereniging verplicht. Voor huisartsen en bedrijfsartsen is deelname aan de kwaliteitsvisitatie vanaf 1 januari 2011 verplicht.



*"Het KNMG Kwaliteitskader 'Staan voor kwaliteit' is in zekere zin een wake-up call: dit is wat iedereen van je verwacht. Welke onderwerpen laat je nog liggen en moet je als eerste oppakken? Met de aanbevelingen is de lijn uitgezet, maar iedereen weet dat hieraan in de toekomst getoetst gaat worden."*

**Milena Babović,**

*beleidsadviseur KNMG, projectleider KNMG Kwaliteitskader*

## 2 Uitgangspunten en randvoorwaarden kwaliteitskader

De aan het kwaliteitskader ten grondslag liggende uitgangspunten luiden als volgt:

### ALGEMENE UITGANGSPUNTEN

- ▶ Het kwaliteitskader wordt opgesteld door de KNMG, als overkoepelende organisatie van alle artsen, in samenwerking met de verenigingen.
- ▶ Het kwaliteitskader staat los van materiële belangenbehartiging en invloed van marktpartijen om de schijn van belangenverstrengeling te voorkomen.
- ▶ Het kwaliteitskader is bedoeld als een leidraad voor een integraal kwaliteitsbeleid van de geneeskundige beroepsgroep.
- ▶ Het kwaliteitskader besteedt aandacht aan patiëntenparticipatie en patiëntveiligheid<sup>18</sup>.
- ▶ Het kwaliteitskader houdt rekening met erkende kwaliteits- en verbetermodellen die in de zorg gebruikt worden, zoals de kwaliteitscirkel van Deming (PDCA)<sup>19</sup>.
- ▶ In het kwaliteitskader wordt uitgegaan van noodzakelijke samenhang met het kwaliteitssysteem van de (zorg)instelling waarbinnen de arts werkt (eventuele hiërarchische functioneringsgesprekken, instellings-accreditatie, kwaliteitsregistraties, toetsing, audit, e.d.).
- ▶ Veiligheid van medisch handelen is een integraal onderdeel van kwaliteit.
- ▶ Preventie maakt een onlosmakelijk onderdeel uit van het medisch handelen van artsen. Binnen diverse kwaliteitsinstrumenten besteden artsen en verenigingen systematisch aandacht aan preventie.
- ▶ De kwaliteit van de beroepsuitoefening van artsen wordt objectief en periodiek getoetst. De uitkomsten van toetsing leiden tot niet-vrijblijvende vervolgspraken.
- ▶ De competenties waarover artsen dienen te beschikken in het kader van hun beroepsuitoefening, worden omschreven in de CanMeds-competenties.

<sup>18</sup> Daar waar 'patiënten' staat, worden ook 'cliënten' of 'donoren' bedoeld.

<sup>19</sup> Als in de praktijk andere kwaliteitsinstrumenten worden gehanteerd, die vergelijkbare doelen beogen als de instrumenten genoemd in dit document, maar die beter zijn toegesneden op de betreffende praktijk-situatie, is dat conform dit kwaliteitskader.

### UITGANGSPUNTEN KWALITEITSMODEL

- ▶ Het kwaliteitskader omvat de twee pijlers van het kwaliteitsbeleid van de medische beroepsgroep: (1) **het bevorderen** van de kwaliteit van de beroepsuitoefening en (2) **het afleggen van verantwoording** over de kwaliteit van de beroepsuitoefening. Het Algemeen Kwaliteitskader formuleert **aanbevelingen** m.b.t. deze twee pijlers van het kwaliteitsbeleid.
  - Het gaat hierbij om aanbevelingen en eisen **aan artsen** (m.b.t. *het gebruik van kwaliteitsinstrumenten en de uitkomsten daarvan*) en **aan de verenigingen** (m.b.t. de beschikbaarheid en kwaliteit van kwaliteitsinstrumenten).
  - Daarnaast betreft het diverse vormen van **interne en externe verantwoording** (aan collegae, zorginstelling, de overheid, zorgverzekeraars en patiënten).
- ▶ Naast het kwaliteitskader van de KNMG kan iedere vereniging een eigen kwaliteitskader ontwikkelen (voor het betreffende specialisme of een cluster van specialismen).

## 2.1 Randvoorwaarden voor realisatie van de aanbevelingen

De beroepsgroep is bereid zelf voor een integraal kwaliteitsbeleid van de geneeskundige beroepsgroep te zorgen. Daarbij moet de beroepsgroep door de juiste randvoorwaarden vanuit de overheid en andere instanties ondersteund worden.

### SAMENHANG MET KWALITEITSBELEID VAN INSTELLINGEN

Het is van groot belang dat het kwaliteitsbeleid van artsen en het kwaliteitsbeleid van instellingen zorgvuldig op elkaar worden afgestemd. Het zou vanzelfsprekend moeten zijn dat artsen werkzaam in instellingen en besturen van die instellingen over en weer verantwoording afleggen en hun kwaliteitssystemen integreren. Dit vraagt om een gemeenschappelijke visie op de verdeling van verantwoordelijkheden en taken van alle betrokken actoren: bestuur, maatschappen/vakgroepen, medische staf en raad van toezicht. Met het document '*Kwaliteitskader voor medisch specialisten*' heeft de OMS daar een goede start mee gemaakt.

Alle ziekenhuizen hebben zich de komende jaren verplicht tot instellings-accreditatie. Ook andere instellingen, zoals de GGD-en en bloedbanken hebben met certificering te maken. Binnen het kwaliteitskader is de

team-kwaliteitsvisitatie een belangrijk onderdeel. Naast de kwaliteitsvisitaties georganiseerd door de verenigingen, hebben beroepsbeoefenaren binnen de instellingen onder meer met de instellingsaccreditatie door het NIAZ of HKZ te maken. Hoewel de kwaliteitsvisitatie een ander doel dient dan de instellingsaccreditatie, ligt meer afstemming en integratie tussen de diverse systemen voor de hand. Zo zou bijvoorbeeld de Interne Audit en toetsing passen binnen het accreditatiesysteem van het NIAZ en de kwaliteitsvisitaties van de verenigingen, mits deze gericht is op zowel de maatschap als de afdeling. Gezien de nog beperkte beschikbaarheid van methoden voor een meer samenhangend visitatiesysteem, is het belangrijk dat meer onderzoek hiernaar plaatsvindt.

#### FINANCIERING

De verenigingen zijn bereid om aan een eenduidig en transparant kwaliteitsbeleid vorm te geven. De beroepsgroep besteedt al veel tijd en middelen aan verbetering en borging van kwaliteit, waarvan de financiering voor een deel in het tarief zit. Naar verwachting hebben de aanbevelingen uit het kwaliteitskader voor de verenigingen en de individuele artsen aanzienlijke financiële consequenties. Dit kan een substantiële meerinvestering vergen, waarvoor de vergoeding uit het tarief niet meer toereikend is. De financiële consequenties van de implementatie dienen helder en tevoren middels een business case uitgezocht te worden alvorens de aanbevelingen integraal worden geïmplementeerd. Aangezien ieder specialisme zich in een andere fase van ontwikkeling van het kwaliteitsbeleid bevindt, kan dit het beste per specialisme in kaart worden gebracht.

#### VERANTWOORDELIJKHEIDSVERDELING

De individuele artsen en hun verenigingen kunnen een deel van de aanbevelingen zelfstandig implementeren. Maar voor het realiseren van een belangrijk deel van de aanbevelingen zijn zij mede afhankelijk van de steun en inzet van andere organisaties. De steun en inzet van overheidsorganisaties (VWS) en zorgverzekeraars is bijvoorbeeld nodig bij het wegnemen van financiële belemmeringen en voor het faciliteren van het benodigd onderzoek. De instelling/zorggroep/praktijk is conform de Kwaliteitswet Zorginstellingen verplicht om 'verantwoorde zorg' te leveren. Als afgeleide daarvan dient het bestuur als eindverantwoordelijke voor de kwaliteit en veiligheid van de zorg, ervoor te zorgen dat er een goed functionerend professioneel kwaliteits- en veiligheidssysteem functioneert, als essentieel onderdeel van het instellingskwaliteits- en veiligheidssysteem, waar iedere professional en medewerker aan deelneemt als onderdeel

van het gewone werk<sup>20</sup>. Een goede informatievoorziening ten behoeve van interne verantwoording is een essentiële randvoorwaarde. Van daaruit kan ook externe verantwoording plaatsvinden.

#### **HANDHAVING**

Het is duidelijk dat gezien de randvoorwaarden die nog geregeld moeten worden, niet direct na het verschijnen van het kwaliteitskader diverse toezichthoudende instanties met handhavingsmaatregelen kunnen starten. Hierover zullen van te voren duidelijke afspraken met de toezichthouders worden gemaakt.

In de volgende hoofdstukken worden aanbevelingen gedaan aan individuele artsen en de verenigingen ten aanzien van de diverse kwaliteitsaspecten en goed gebruik van de kwaliteitsinstrumenten om de kwaliteit van het geneeskundig handelen systematisch te borgen.

*Aan het einde van dit document is een begrippenlijst opgenomen. Een deel van de begrippen is tevens als voetnoot opgenomen, om het leesgemak te bevorderen. Voor de begrippenlijst is onder andere gebruik gemaakt van de ‘Regeling specialismen en profielen geneeskunst’ van de KNMG<sup>21</sup> en de ‘Kwaliteitscanon’ van de Regieraad<sup>22</sup>.*

---

20 Inspectie voor de gezondheidszorg. Staat van de Gezondheidszorg. ‘De vrijblijvendheid voorbij’. Utrecht, november 2009.

21 Regeling specialismen en profielen geneeskunst KNMG. Utrecht, 2010.

22 ‘Kwaliteitscanon: kwaliteit van zorg in honderd woorden’. Regieraad. Den Haag. December 2009.





*"Verantwoording afleggen over kwaliteit is niet eenvoudig, maar tegelijk neemt de druk toe om transparant te zijn over de kwaliteit van je medisch handelen. Het KNMG Kwaliteitskader bleek concrete handvatten te geven. **De aanbevelingen zijn heel herkenbaar: IFMS, indicatoren, kwaliteitsvisitaties, alles komt erin terug.** We hebben de aanbevelingen omgezet in een sjabloon waarmee diverse vakgroepen nu gestructureerd verantwoording gaan afleggen. Dat geeft orde en rust. We hopen dat we op korte termijn, via dit sjabloon, alle van toepassing zijnde informatie kunnen aanleveren aan Raad van Bestuur, maar ook IGZ, wetenschappelijke verenigingen, zorgverzekeraars, patiëntenverenigingen, enzovoort. Het Kwaliteitskader bestrijkt dit allemaal."*

**Guido Muijsers,**

*gynaecoloog en voorzitter kwaliteitscommissie in ziekenhuis Rivierland*



*"Het Kwaliteitskader schetst een ideaalbeeld: meer transparantie, betere audits. Er moet nog heel wat gebeuren, willen we daaraan voldoen. De huidige systemen zijn er vaak nog niet klaar voor. ICT-koppeling tussen instellingen en ook bijvoorbeeld samenwerkingsafspraken zijn noodzakelijk om op een transparante manier verantwoordelijkheid af te leggen over de kwaliteit van zorg die we leveren. Zeker nu we streven naar ketenzorg binnen een integrale netwerkgorganisatie. **De kwaliteitstrein loopt dóór. Daar willen we wel zelf de regie over voeren.** Zoals bij de inrichting van audits om de kwaliteit te borgen bij de taakverdeling en concentratie van bijzondere neurochirurgische zorg."*

**Wilco Peul,**

*neurochirurg in het LUMC/MCH en voorzitter kwaliteitscommissie NVVN*

# 3 Aanbevelingen over bevorderen van kwaliteit

## 3.1 Aanbevelingen aan artsen

### 3.1.1 Bevoegdheid en werkzaamheden arts

Hieronder volgen aanbevelingen aan artsen ten aanzien van de werkzaamheden als arts.

- 3.1.1 a) De arts voert een 'state of the art' praktijkorganisatie volgens daartoe ontwikkelde randvoorwaarden (zie 3.2.1).
- 3.1.1 b) De arts houdt een up-to-date patiëntendossier bij waar per fase in de behandeling bekend is wie het aanspreekpunt is voor vragen van de cliënt of diens vertegenwoordiger<sup>23</sup>.
- 3.1.1 c) De arts controleert bij voorschrijven van een geneesmiddel of er hij beschikt over een actueel medicatieoverzicht<sup>24</sup>. Zo nodig registreert de arts alle door hem geïnitieerde wijzigingen in de medicatie.
- 3.1.1 d) De arts voldoet aan de aanvullende eisen ten aanzien van werkzaamheden van het betreffende specialisme (zie. 3.2.1).
- 3.1.1 e) De arts evalueert periodiek het medisch handelen en de resultaten met collegae (zie 3.1.2 en 3.1.8).
- 3.1.1 f) De arts houdt de werkzaamheden gedocumenteerd en transparant bij in een Persoonlijk Ontwikkelings Plan (POP) (zie bijlage 5).
- 3.1.1 g) De arts neemt regelmatig deel aan zowel mono- als multi-disciplinaire geïnstitutionaliseerde besprekingen.
- 3.1.1 h) De arts spreekt zijn collegae/leden van de maatschap/vakgroep/samenwerkingsverband aan op ongewenst gedrag, en neemt zijn verantwoordelijkheid voor collegae/leden van de maatschap/vakgroep/samenwerkingsverband, die geen goede zorg verlenen.

23 Het gaat hierbij om de vraag wie de inhoudelijke (eind)verantwoordelijkheid heeft voor de zorgverlening aan de cliënt en wie belast is met de coördinatie van de zorgverlening aan de cliënt (zorgcoördinator). Het is van belang dat deze drie taken over zo weinig mogelijk zorgverleners worden verdeeld. Zo mogelijk zijn deze taken in één hand. Bronnen: Handreiking verantwoordelijkheidsverdeling en IGZ-Toezichtkader voor de invulling van de bestuurlijke verantwoordelijkheid van zorginstellingen voor kwaliteit en veiligheid.

24 Bron: Richtlijn overdracht van medicatiegegevens in de keten. 2008. De volgende partijen hebben de richtlijn onderschreven: ActiZ, FNT, GGZ Nederland, IGZ, KNMG, KNMP, LEVV, LHV, NFU, NHG, Nictiz, NPCF, NVZ, NVZA, Orde, Verenso, VGN, V&VN, VWS en ZN. IGZ en VWS zijn initiatiefnemers en aanjagers.

- 3.1.1 i) De arts kan een deel van zijn taken verschuiven naar de praktijkondersteuner (PO), een nurse practitioner (NP) of een physician assistent (PA). Indien de arts *voorbehouden handelingen* door anderen wil laten uitvoeren, dan stelt de wet BIG de volgende aanvullende eisen:
- ▶ de arts moet zich overtuigen van de bekwaamheid van de ander;
  - ▶ toezicht en tussenkomst door de arts moet mogelijk zijn en
  - ▶ indien nodig moet de arts aanwijzingen geven.

### 3.1.2 Kwaliteit van individuele deskundigheidsbevordering

Binnen het kwaliteitskader wordt onderscheid gemaakt in de volgende vormen van deskundigheidsbevordering:

1. Geaccrediteerde scholingsbijeenkomsten (bijv. congres, symposium, refereeravond);
2. Geaccrediteerde groepen voor intercollegiale reflectie (bijv. toetsgroepen, FTO, revisiegroepen enz.);
3. Geaccrediteerde e-learning;
4. Overige geaccrediteerde individuele activiteiten (bijv. auteurschap, deelname aan richtlijn, voordracht, enz.);
5. Niet-geaccrediteerde deskundigheidsbevordering.

Hieronder volgen de aanbevelingen aan artsen ten aanzien van de verschillende vormen van deskundigheidsbevordering:

- 3.1.2 a) De arts beschikt over een POP, waarbinnen aandacht wordt besteed aan de CanMeds-competenties en deskundigheidsbevordering in het specifieke vakgebied waarin de arts zich begeeft. Het POP wordt opgesteld en/of geactualiseerd in het kader van de kwaliteitsinstrumenten 'team-kwaliteitsvisitatie' en 'individuele kwaliteitsvisitatie' (zie 3.1.7 en 3.1.8).
- 3.1.2 b) De arts volgt 200 uur geaccrediteerde deskundigheidsbevordering per 5 jaar.
- 3.1.2 c) De arts verzamelt systematisch (elektronische) certificaten van de geaccrediteerde scholingsbijeenkomsten (bijv. congres, symposium, refereeravond enz.).

Hieronder volgen de aanbevelingen aan artsen ten aanzien van deelname aan geaccrediteerde *groepen voor intercollegiale reflectie*.

**Intercollegiale reflectie** wordt gedefinieerd als: het met collegae reflecteren op het **eigen en elkaars medisch handelen**, ter bevordering van de kwaliteit van dat handelen. Er zijn diverse vormen van intercollegiale reflectie onder artsen gebruikelijk, zoals de intercollegiale toetsing (ICT), farmacotherapie overleg (FTO), intervisie toetsgroep voor specialisten, revisie groepen enz.

- 3.1.2 d) De arts neemt deel aan een (bij voorkeur) geaccrediteerde groep voor intercollegiale reflectie, conform de eisen voor het desbetreffende specialisme. De arts evalueert periodiek zijn geneeskundig handelen met collegae binnen een geaccrediteerde groep voor intercollegiale reflectie.
- 3.1.2 e) De arts stelt zich toetsbaar op binnen een geaccrediteerde groep voor intercollegiale reflectie.
- 3.1.2 f) De arts verzamelt systematisch gegevens die nodig zijn voor intercollegiale reflectie.
- 3.1.2 g) De uitkomsten van intercollegiale reflectie leiden tot het formuleren en uitvoeren van verbeteracties op individueel niveau.
- 3.1.2 h) De verbeteracties naar aanleiding van intercollegiale reflectie worden periodiek geëvalueerd.

### 3.1.3 Richtlijnen en standaarden

De volgende aanbevelingen aan individuele artsen betreffen het gebruik van richtlijnen en standaarden.

- 3.1.3 a) De arts heeft kennis van actuele richtlijnen en standaarden.
- 3.1.3 b) De arts werkt volgens de beschikbare richtlijnen en standaarden.
- 3.1.3 c) De arts mag (en moet soms) beargumenteerd afwijken van de richtlijnen en standaarden. De arts is verplicht afwijkingen te motiveren en te documenteren (in een behandelplan of medisch dossier).
- 3.1.3 d) De arts evalueert periodiek met collegae het gebruik van richtlijnen bij het medisch handelen (zie 3.1.2 en 3.1.8).

### 3.1.4 Patiëntenvoorlichting

Diverse vormen van patiëntenvoorlichting, zoals brochures, folders, audiovisuele programma's, worden als belangrijk kwaliteitsinstrument door de patiënten, maar ook de beroepsgroep herkend en erkend. De patiënt baseert zijn besluitvorming op deze voorlichting. Daarmee draagt patiëntenvoorlichting bij aan de kwaliteit van de medische zorg.

Hieronder volgen aanbevelingen ten aanzien van patiëntenvoorlichting.

- 3.1.4 a) De arts werkt mee aan het samenstellen van patiënteninformatie in de praktijk/instelling.
- 3.1.4 b) De arts gaat samen met de patiënt na hoe deze een actieve rol kan spelen in de regievoering rond zijn aandoening (empowerment). Middelen zijn onder meer 'decision sharing', voorlichting, lidmaatschap van patiëntenvereniging, zelfmanagement, lotgenotencontact en eigen verslaglegging.

### 3.1.5 Meldingen van complicaties, incidenten en calamiteiten

Sinds enkele jaren is binnen de gezondheidszorg de aandacht voor het systematisch melden van complicaties, incidenten en calamiteiten sterk toegenomen. Zorgaanbieders zijn op grond van de Kwaliteitswet Zorginstellingen verplicht calamiteiten te melden bij de Inspectie voor de Gezondheidszorg. Naast de wettelijke verplichting tot het melden van calamiteiten, levert het binnen instellingen melden en analyseren van complicaties en incidenten een belangrijke bijdrage aan de verbetering van de kwaliteit en veiligheid in de zorg.

De KNMG heeft in 2007 in een richtlijn aanbevelingen gedaan aan artsen ten aanzien van het melden van incidenten, fouten en klachten<sup>25</sup>. Onderstaande aanbevelingen aan artsen zijn grotendeels op deze richtlijn gebaseerd.

- 3.1.5 a) De arts registreert complicaties (administratieve taken rondom de registratie kunnen deels worden gedelegeerd).
- 3.1.5 b) De arts meldt incidenten (administratieve taken rondom de melding kunnen deels worden gedelegeerd).

25 Richtlijn 'omgaan met incidenten, fouten en klachten: wat mag van artsen worden verwacht?' KNMG. Utrecht, 2007.

- 3.1.5 c) De arts meldt calamiteiten (administratieve taken rondom de melding kunnen deels worden gedelegeerd).
- 3.1.5 d) De arts helpt mee aan het opzetten van een veiligheidsmanagementsysteem (VMS) en de klachtenprocedure in de praktijk/instelling.
- 3.1.5 e) De arts bespreekt regelmatig in teamverband de complicaties en incidenten die zich hebben voorgedaan.

### 3.1.6 Indicatoren

Hieronder worden aanbevelingen gedaan aan artsen ten aanzien van de indicatoren.

- 3.1.6 a) De arts draagt bij aan het ontwikkelen en genereren van gegevens ten behoeve van de kwaliteits- en veiligheidsindicatoren.
- 3.1.6 b) De arts heeft kennis van de wettelijke verplichtingen ten aanzien van het verstrekken van informatie over de verleende zorg en committeert zich daaraan.
- 3.1.6 c) De arts registreert gegevens ten behoeve van de door de vereniging geautoriseerde indicatoren (administratieve taken rondom de registratie kunnen deels worden gedelegeerd).

### 3.1.7 Toetsing van functioneren van het team van artsen (team-kwaliteitsvisite)

De aanbevelingen aan artsen ten aanzien van de toetsing van het functioneren van het team van artsen zijn:

- 3.1.7 a) De arts neemt ten minste éénmaal per vijf jaar deel aan het visitatieprogramma van zijn vereniging volgens de systematiek van die vereniging<sup>26</sup>.
- 3.1.7 b) De arts neemt regelmatig deel aan mono- en multidisciplinaire geïnstitutionaliseerde besprekingen. Dit wordt tijdens de team-kwaliteitsvisite getoetst.
- 3.1.7 c) De arts (als lid van een team) stelt zich tijdens de team-kwaliteitsvisite toetsbaar op.

<sup>26</sup> Voor medisch specialisten is deelname aan de kwaliteitsvisite van de betreffende vereniging volgens de systematiek van die vereniging verplicht. Voor huisartsen en bedrijfsartsen is deelname aan de kwaliteitsvisite sinds 2011 verplicht.

- 3.1.7 d) De arts streeft naar zoveel mogelijk interne transparantie over de geboden zorg en de beschikbaarheid en bespreking van de relevante informatie. De arts neemt daarbij kennis waar mogelijk van interdoktervariatie of interpraktijkvariatie van de geleverde zorg.
- 3.1.7 e) De arts bespreekt uitkomsten van de team-kwaliteitsvisitatie met het team waarbinnen hij functioneert.
- 3.1.7 f) De arts (als lid van een team) werkt mee aan een verbeterplan op basis van aanbevelingen uit het visitatierapport en stelt dit aan de visitatiecommissie ter beschikking.
- 3.1.7 g) De arts (of een ander lid van het team) informeert de directie van de instelling en de leidinggevende over de uitkomsten van de toetsing en het verbeterplan.

### 3.1.8 Toetsing van individueel functioneren

Hieronder volgen aanbevelingen aan artsen ten aanzien van de toetsing van het individueel functioneren:

- 3.1.8 a) De arts neemt met regelmaat deel aan de individuele kwaliteitsvisitatie, waarbij het individueel functioneren van de arts in een gesprek op systematische wijze wordt geëvalueerd. De individuele kwaliteitsvisitatie vindt conform een erkende methodiek plaats<sup>27</sup>.
- 3.1.8 b) De arts evalueert het POP tijdens de individuele kwaliteitsvisitatie met de collega die de individuele kwaliteitsvisitatie uitvoert.
- 3.1.8 c) De arts past het POP aan, naar aanleiding van de uitkomsten van de individuele kwaliteitsvisitatie.
- 3.1.8 d) De arts informeert de hiërarchisch leidinggevende (indien hier sprake van is) over de aanpassingen in het POP. De leidinggevende schept de noodzakelijke condities om de verbeterpunten uit het POP binnen redelijke termijn te realiseren.
- 3.1.8 e) De arts werkt mee aan eventuele hervisitatie op nader omschreven onderdelen in het (aangepaste) POP.

---

<sup>27</sup> In de toelichting op het KNMG standpunt 'Het functioneren van de individuele arts' worden de grote lijnen geschetst van een systeem voor het bespreken en evalueren van individueel functioneren. Een dergelijke methodiek vormt een wenselijke en noodzakelijke aanvulling op de reeds bestaande kwaliteitssystemen voor medisch handelen. Bron: KNMG standpunt 'Het functioneren van de individuele arts. Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst'. Utrecht, 2005.





*"Scholing, richtlijnen, herregistratie verbinden aan eisen: het Kwaliteitskader past heel erg in de lijn die we in de huisartsengeneeskunde al jaren volgen. We moeten de beroepsbeoefenaren zien te verleiden om steeds naar het volgend station te gaan. Dat gaat niet met dwang, we moeten ver blijven van een keurslijf. **Artsen zijn trots op hun vak en streven naar hoge kwaliteit. Het Kwaliteitskader geeft daarbij een mooi perspectief.** Bij de realisatie van kwaliteitseisen kunnen artsen zeker concrete steun van de vereniging gebruiken. Een goed voorbeeld? Het feit dat de opleidingsinstituten achter ons visitatiemodel zijn gaan staan en daadwerkelijke ondersteuning gaan geven om huisartsen te helpen bij hun praktijkaccreditering."*

**Kees in 't Veld,**

*huisarts in Brielle en tot januari hoofd implementatie NHG*

## 3.2 Aanbevelingen aan verenigingen

### 3.2.1 Bevoegdheid en werkzaamheden als arts

- 3.2.1 a) De vereniging stelt aanvullende kaders met betrekking tot de aard en omvang van de werkzaamheden van het betreffende specialisme vast.
- 3.2.1 b) De vereniging definieert de randvoorwaarden voor de praktijkvoering en beroepsuitoefening van het betreffende specialisme. Een huisarts dient bijvoorbeeld over een Huisarts Informatie-systeem (HIS) te beschikken.

### 3.2.2 Deskundigheidsbevordering

- 3.2.2 a) Het totale aanbod van geaccrediteerd deskundigheidsbevordering wordt per specialisme – uitgesplitst naar de CanMeds-competenties – systematisch vastgelegd.
- 3.2.2 b) De verenigingen die aangesloten zijn op het GAIA<sup>28</sup> vermelden alle nascholingen voor het betreffende specialisme – uitgesplitst naar de CanMeds-competenties – in de congresagenda van het GAIA. De congresagenda is via de websites van de verenigingen door een ieder te raadplegen.

Aanbevelingen aan de verenigingen ten aanzien van de verschillende vormen van deskundigheidsbevordering:

#### 1. geaccrediteerde scholingsbijeenkomsten (bijv. congres, symposium, refereeravond)

- 3.2.2 c) De vereniging brengt in kaart welke nascholing voor het specialisme nodig is. De vereniging houdt er rekening mee dat er over de volle breedte van het vakgebied voldoende nascholing nodig is én met betrekking tot alle CanMeds competenties.
- 3.2.2 d) De vereniging brengt de ‘witte vlekken’ in het totale nascholingsaanbod van het betreffende specialisme in kaart.<sup>29</sup>
- 3.2.2 e) De vereniging bewaakt dat er voldoende geaccrediteerd nascholingsaanbod voor het specialisme beschikbaar is.

<sup>28</sup> Gemeenschappelijke Accreditatie Internet Applicatie.

<sup>29</sup> De vereniging maakt mogelijke lacunes tussen vraag (nascholing dat voor het specialisme nodig is) en aanbod (aangeboden nascholingen door verschillende aanbieders) zichtbaar.

## 2. geaccrediteerde groepen voor intercollegiale reflectie (bijv. toetsgroepen)

- 3.2.2 f) De verenigingen harmoniseren de eisen ten aanzien van het aantal uren deelname aan (bij voorkeur) geaccrediteerde groepen voor intercollegiale reflectie. Er zijn diverse vormen van intercollegiale reflectie, waar artsen aan deelnemen (afhankelijk van het specialisme), zoals intercollegiale toetsing (ICT), farmacotherapie overleg (FTO), revisiegroepen enz.
- 3.2.2 g) De vereniging keurt de methodiek van een vorm van intercollegiale reflectie goed. De vereniging formuleert eisen op basis waarvan deze groepen worden geaccrediteerd. De verenigingen harmoniseert deze eisen met de andere verenigingen binnen het Accreditatie Overleg.
- 3.2.2 h) De vereniging faciliteert diverse vormen van toetsing van zorg, zoals bijvoorbeeld toetsing aan de hand van spiegelinformatie door huisartsen.
3. geaccrediteerde e-learning  
Geen aanbevelingen.
4. overige geaccrediteerde individuele activiteiten (bijv. auteurschap, deelname aan richtlijn, voordracht, enz.)  
Geen aanbevelingen.
5. niet-geaccrediteerde deskundigheidsbevordering
- 3.2.2 i) De verenigingen ontwikkelen een gezamenlijke visie ten aanzien van niet-geaccrediteerde nascholing.

### 3.2.3 Richtlijnen en standaarden

- 3.2.3 a) De vereniging draagt er zorg voor om de dagelijkse medische zorg voor het eigen specialisme zoveel mogelijk met zinvolle richtlijnen/standaarden of andere werkmethoden te onderbouwen. De vereniging brengt in kaart voor welke interventies het zinvol is om richtlijnen/standaarden te ontwikkelen.
- 3.2.3 b) De vereniging besteedt aandacht aan implementatie van richtlijnen/standaarden.

De volgende aanbevelingen zijn gericht aan de verenigingen, als richtlijn-opstellende organisaties, ter bevordering van de kwaliteit van de richtlijnen en standaarden.

- 3.2.3 c) Richtlijnen worden volgens erkende methodieken ontwikkeld en beoordeeld (bijv. EBRO, AGREE<sup>30</sup>).
- 3.2.3 d) Binnen medische richtlijnen wordt waar mogelijk aandacht besteed aan zowel (para)medische, verpleegkundige en verzorgende aspecten van de zorgverlening, de organisatie van het zorgproces en de preferenties van cliënten ('state of the art' van het zorgverleningsproces).
- 3.2.3 e) Vanuit de maatschappelijke verantwoordelijkheid wordt binnen richtlijnontwikkeling aandacht besteed aan mogelijke budgettaire consequenties van de aanbevelingen.
- 3.2.3 f) Het moment van eventuele herziening van de richtlijn wordt binnen de richtlijn/standaard vastgesteld (bijvoorbeeld na 5 jaar of eerder). Externe ontwikkelingen kunnen aanleiding geven tot aanpassing van de richtlijn/standaard.
- 3.2.3 g) Alle relevante partijen worden in de gelegenheid gesteld om in de startfase knelpunten in te brengen. De relevante partijen worden in de commentaarfase van richtlijnontwikkeling nogmaals benaderd.
- 3.2.3 h) Het implementatietraject wordt in overleg met alle relevante partijen bepaald.

### 3.2.4 Patiëntenvoorlichting

- 3.2.4 a) De vereniging draagt in samenspraak met patiëntenorganisaties bij aan het ontwikkelen van patiëntenvoorlichtingsmaterialen ten behoeve van hun specialisme.

### 3.2.5 Meldingen van complicaties, incidenten en calamiteiten

De OMS heeft in overleg met de verenigingen van erkende medische specialismen een systematiek en kwaliteitseisen voor een complicatieregistratie ontwikkeld. Daarnaast zijn zorginstellingen verantwoordelijk voor het

---

30 De Regieraad Kwaliteit van zorg heeft een 'Richtlijn voor richtlijnen' uitgebracht, waarbij gebruik is gemaakt van de criteria uit het AGREE Instrument. De Richtlijn voor richtlijnen is toegespitst op de Nederlandse situatie en kan worden gezien als complementair aan de AGREE-criteria. Bron: Richtlijn voor richtlijnen. Regieraad Kwaliteit van zorg. Den Haag. Maart 2010.

instellen van een meldingssysteem voor incidenten en zijn zorginstellingen verplicht calamiteiten bij de Inspectie te melden.

De verenigingen onderschrijven het belang van het systematisch registreren van complicaties, incidenten en calamiteiten.

- 3.2.5 a) De vereniging draagt bij aan het ontwikkelen van registratiesystemen om complicaties, incidenten en calamiteiten systematisch vast te leggen ten behoeve van het vakgebied.

### 3.2.6 Indicatoren

Om de kwaliteit van zorg in de praktijk te toetsen, werken diverse partijen, waaronder ook de verenigingen en de individuele artsen aan het ontwikkelen van de kwaliteitsindicatoren. Hieronder worden aanbevelingen gedaan aan de verenigingen ten aanzien van de ontwikkeling van de indicatoren.

- 3.2.6 a) De vereniging draagt bij aan het ontwikkelen van kwaliteitsindicatoren ten behoeve van het vakgebied, conform erkende methodieken en criteria (zie bijlage 4).

### 3.2.7 Toetsing van functioneren van een team van artsen

De kwaliteitsvisitatie is een vast onderdeel geworden van het kwaliteitsbeleid van de overgrote meerderheid van specialisten in Nederland<sup>31</sup>. Binnen het kwaliteitskader wordt onderscheid gemaakt tussen enerzijds 'team-kwaliteitsvisitatie' en anderzijds de 'individuele kwaliteitsvisitatie'. Onder de 'team-kwaliteitsvisitatie' wordt een vorm van intercollegiale reflectie verstaan, gericht op het functioneren van een maatschap of vakgroep ter bevordering van de kwaliteit van zorg. De uitwerking van de samenhang tussen de team-kwaliteitsvisitatie en de instellingsaccreditatie (NIAZ, HKZ, INK, e.d.) is geen onderdeel van dit kwaliteitskader. De uitwerking van deze samenhang behoort tot de 'kwaliteitsbovenbouw' die per specialisme anders kan worden ingevuld. Bij een aantal specialismen en profielen binnen de richting Maatschappij en Gezondheid (M&G) is er geen sprake van een maatschap of vakgroep. Sommige specialisten en profielartsen binnen M&G werken voornamelijk binnen interdisciplinaire teams.

31 Voor medisch specialisten is deelname aan de kwaliteitsvisitatie van de betreffende wetenschappelijke medisch specialistenvereniging volgens de systematiek van die wetenschappelijke vereniging verplicht. Voor huisartsen en bedrijfsartsen is deelname aan de kwaliteitsvisitatie sinds 2011 verplicht.

Deze artsen maken gebruik van andere vormen van intercollegiale reflectie om het functioneren van de arts in teamverband te toetsen.

- 3.2.7 a) De vereniging stelt een degelijk onderbouwd model vast voor het verrichten van team-kwaliteitsvisitatie. De vereniging stelt tevens de visitatiesystematiek vast.
- 3.2.7 b) De verenigingen verrichten ten minste 1 maal per 5 jaar team-kwaliteitsvisitatie onder alle geregistreerde specialisten.
- 3.2.7 c) De team-kwaliteitsvisitatie wordt verricht door daartoe getrainde collegae van de vereniging en/of een andere instantie.
- 3.2.7 d) Indien de kwaliteitsvisitatie niet door de desbetreffende vereniging wordt verricht, dient de methodiek van de kwaliteitstoetsing van eventuele andere instanties door de vereniging gefiatteerd te zijn.
- 3.2.7 e) De visitatoren geven terugkoppeling aan het specialistenteam over de conclusies en aanbevelingen naar aanleiding van de visitatie.
- 3.2.7 f) Afhankelijk van de aanbevelingen en conclusies uit het visitatierapport (inclusief verbeterplan), vindt binnen de in het rapport daarvoor gestelde termijn, hervisitatie plaats op nader omschreven onderdelen.
- 3.2.7 g) Bij de team-kwaliteitsvisitatie wordt de mening van relevante partijen (tenminste het betreffende team, patiënten, ondersteunend personeel) betrokken.

### 3.2.8 Toetsing van individueel functioneren

Met betrekking tot de toetsing van het individueel functioneren voeren specialisten met regelmaat een gesprek met een daarvoor speciaal getrainde collega over de kwaliteit van zorg, de persoonlijke ontwikkeling van de betrokken specialist, diens relatie met collega's en de omgang met patiënten, het management en andere relevante zaken. De instelling/praktijk waar de arts werkzaam is, schept de nodige randvoorwaarden voor de individuele kwaliteitsvisitatie.

In sommige instellingen/praktijken vinden reeds jaarlijkse functioneringsgesprekken plaats op initiatief van de werkgever. Tijdens deze functioneringsgesprekken bespreekt een leidinggevende met een specialist de huidige werkpraktijk en eventuele knelpunten.

De hieronder geformuleerde aanbevelingen hebben alleen betrekking op de toetsing van het individueel functioneren door een daartoe getrainde collega-arts op grond van een methodiek die door de vereniging is goedgekeurd<sup>32</sup>.

- 3.2.8 a) De vereniging beschikt over een erkende methodiek van individuele kwaliteitsvisitatie of wijst een erkende methodiek aan.
- 3.2.8 b) Indien een andere instelling of instantie dan de vereniging een methodiek voor de individuele kwaliteitsvisitatie ontwikkelt en deze uitvoert, dient de methodiek van de kwaliteitstoetsing door de vereniging gefiatteerd te zijn.
- 3.2.8 c) De individuele kwaliteitsvisitatie wordt uitgevoerd door daartoe getrainde collegae<sup>33</sup>.

---

<sup>32</sup> Het is wenselijk dat de betreffende beroepsgroep nadere afspraken maakt met de betreffende koepel van werkgevers over de verhouding tussen en de praktische uitvoerbaarheid van de combinatie van de hiërarchische functioneringsgesprekken en de peer-to-peer gesprekken.

<sup>33</sup> De individuele kwaliteitsvisitatie kan verricht worden door een collega buiten de eigen maatschap.



*"Het Kwaliteitskader brengt je op ideeën. Zoals: waarom het opstellen van een POP beperken tot de basisopleiding? Met een POP kan je ook tijdens je herregistratie planmatig werken aan verbetering van je kwaliteit als verzekeringsarts. Misschien valt dit te koppelen aan de individuele visitatie die de NVVG momenteel ontwikkelt. **Maar het Kwaliteitskader maakt ons er vooral van bewust dat we als beroepsgroep een eigen verantwoordelijkheid hebben om een kwaliteitsvisie te ontwikkelen.** Dus niet als werknemer achterover leunen en afwachten wat de stafarts doet, maar als medisch professional actief een visie ontwikkelen en met de werkgevers daarover om de tafel gaan zitten."*

**Rolf Foekens,**

*opleider van verzekeringsartsen bij de NSPOH, lid NVVG*



# 4 Aanbevelingen over verantwoording afleggen

De samenleving moet kunnen zien wat er met de in de zorg geïnvesteerde (collectieve) middelen is gebeurd. Verantwoording afleggen door professionals en zorgaanbieders is daarbij vanzelfsprekend. Het transparant maken van de zorg staat in het kwaliteitskader dan ook centraal, maar voorkomen moet worden dat artsen overbelast worden met administratieve taken<sup>34</sup>. Bij het afleggen van verantwoording is het wel noodzakelijk dat vooraf twee doelen worden onderscheiden: 1) leren van ervaringen en 2) controleren<sup>35</sup>. Want als informatie die bedoeld is om (voor intern gebruik) van te leren wordt aangewend voor (externe) controle, dan is dat een inbreuk op het vertrouwen.

## 4.1 Aanbevelingen ten aanzien van afleggen verantwoording

In deze paragraaf zijn er per kwaliteitsinstrument aanbevelingen geformuleerd aan artsen en de verenigingen ten aanzien van het afleggen van verantwoording met als doel het leren van ervaringen. Betrokkenen moeten ervoor waken dat verantwoording afleggen geen doel op zich wordt en er geen onnodige bureaucratie ontstaat.

### 4.1.1 Bevoegdheid en werkzaamheden arts

- 4.1.1 a) De specialist staat geregistreerd in een register van de registratiecommissies van de KNMG (MSRC, HVRC of SGRC). De instelling/vakgroep controleert periodiek de bevoegdheden van de specialist of profielarts<sup>36</sup>.
- 4.1.1 b) De arts meldt onverwijld aan de directie van de instelling/vakgroep ingeval een civielrechtelijke, strafrechtelijke of tuchtrechtelijke procedure verbandhoudend met de zorgverlening en met mogelijke gevolgen voor die zorgverlening tegen hem/haar is aangespannen.

<sup>34</sup> RVZ 2001; Gezondheidsraad/Raad voor de Volksgezondheid & Zorg 2006.

<sup>35</sup> KNMG Manifest Medische Professionaliteit. Utrecht, 2007. In het KNMG Manifest Medische Professionaliteit is onder andere nader uitgewerkt op welke wijze artsen verantwoording afleggen aan de patiënt, de beroepsgroep, aan het management en aan de samenleving. Te raadplegen via [www.knmg.nl](http://www.knmg.nl)

<sup>36</sup> Alle specialisten staan geregistreerd in het openbare BIG-register onder vermelding van hun specialisme en evt. beperking. Te raadplegen via [www.bigregister.nl](http://www.bigregister.nl).

- 4.1.1 c) De arts die bemerkt dat een collega schade of risico's voor patiënten veroorzaakt, onderneemt stappen om dit probleem te verhelpen<sup>37</sup>.
- 4.1.1 d) De arts maakt van iedere patiënt/ cliënt op de in de instelling/ praktijk gebruikelijke wijze én op de wijze zoals voorgeschreven/ te doen gebruikelijk door de beroepsgroep een medisch dossier op en houdt (zo mogelijk) elektronisch een medisch dossier bij, waaruit een goede indruk kan worden verkregen van de ziektegeschiedenis, de diagnose(n), het behandelplan en de actuele stand van zaken<sup>38</sup>.

#### 4.1.2 Deskundigheidsbevordering

- 4.1.2 a) De vereniging maakt (op het aggregatieniveau van het erkende specialisme) openbaar hoeveel uren geaccrediteerde deskundigheidsbevordering per CanMeds-competentie aan de artsen is aangeboden en door de artsen is gevolgd. Dit vindt plaats conform de afspraken binnen het Accreditatie Overleg van de KNMG.
- 4.1.2 b) De vereniging brengt het nascholingsaanbod in beeld. Ieder specialisme streeft naar een, liefst cyclisch (bijvoorbeeld om de vijf jaar) nascholingsaanbod van alle kernaspecten van dat specialisme.
- 4.1.2 c) De arts stelt een POP op, met daarin aandacht voor het persoonlijk nascholingsplan. Het POP wordt tijdens de individuele kwaliteitsvisiteatie besproken.
- 4.1.2 d) De arts bewaakt dat de keuze voor nascholing in belangrijke mate wordt bepaald door de vastgestelde leerbehoefte.

#### 4.1.3 Richtlijnen en standaarden

- 4.1.3 a) De vereniging maakt alle richtlijnen en standaarden openbaar beschikbaar.
- 4.1.3 b) De arts kan (en moet soms) van een richtlijn afwijken. De arts legt afwijkingen gemotiveerd (onderbouwd) vast in bijvoorbeeld een behandelplan of het medisch dossier.

37 Bron: 'Model reglement mogelijk disfunctionerend medisch specialist'. De Orde van Medisch Specialisten. Utrecht, 2008. Te raadplegen via [orde.artsennet.nl](http://orde.artsennet.nl).

38 Bron: De Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (WGBO).

#### 4.1.4 Patiëntenvoorlichting

- 4.1.4 a) De arts informeert de patiënt over de te verlenen zorg en maakt daar zoveel mogelijk gebruik van daartoe ontwikkelde patiënteninformatiematerialen. Dit als onderdeel van een streven om maximale patiëntenparticipatie bij de eigen aandoening te realiseren.
- 4.1.4 b) De arts informeert onverwijld de patiënt over de aard en de toedracht van incidenten, complicaties en calamiteiten met voor de patiënt merkbare gevolgen en legt dit vast in het medisch dossier van die patiënt.
- 4.1.4 c) De arts werkt mee aan het openbaar maken van informatie over de aangeboden prestaties en diensten, op een zodanige wijze dat deze gegevens voor potentiële patiënten/cliënten gemakkelijk vergelijkbaar zijn. Dit vindt bij voorkeur plaats conform landelijk vastgestelde kaders. Deze informatie betreft in ieder geval de kwaliteit van de aangeboden prestaties en diensten (dit kan gedelegeerd worden aan instelling/samenwerkingsverband)<sup>39</sup>.

#### 4.1.5 Meldingen van complicaties, incidenten en calamiteiten

- 4.1.5 a) De arts registreert complicaties op de binnen zijn vereniging, instelling of afdeling gangbare wijze<sup>40</sup>.
- 4.1.5 b) De arts meldt incidenten volgens de binnen de instelling waar hij werkt gangbare procedure en verschaft daarbij alle feitelijke informatie, die in het belang van een goede analyse van het incident redelijkerwijs noodzakelijk kan worden geacht.
- 4.1.5 c) De arts meldt calamiteiten<sup>41</sup>, evenals omstandigheden die tot een calamiteit zouden kunnen leiden, onverwijld aan het bestuur van de instelling.
- 4.1.5 d) De arts bevordert een klimaat waarin patiënten zich vrij voelen klachten te uiten en gaat op een zorgvuldige wijze met klachten om.

<sup>39</sup> Bron: De Wet marktordening gezondheidszorg (WMG).

<sup>40</sup> Bron: Richtlijn 'omgaan met incidenten, fouten en klachten: wat mag van artsen worden verwacht?'

<sup>41</sup> Elke calamiteit is een incident, maar niet iedere incident is een calamiteit (zie begrippenkader).

- 4.1.5 e) De arts bespreekt regelmatig binnen de maatschap/vakgroep/samenwerkingsverband/de Medische Staf/het team complicaties, incidenten, calamiteiten, (bijna) fouten en klachten, waarbij verbeteracties worden geformuleerd, uitgevoerd en periodiek geëvalueerd.
- 4.1.5 f) De arts legt systematisch vast (bij voorkeur in een elektronisch informatiesysteem) hoe de meldingen zijn afgehandeld (deze taak kan deels worden gedelegeerd).

#### 4.1.6 Indicatoren

- 4.1.6 a) De arts legt verantwoording af aan het eigen team of de vakgroep (en indien van toepassing aan de instelling) over de kwaliteit van de door hem geleverde zorg volgens daartoe ontwikkelde eisen en/of protocollen<sup>42</sup>.
- 4.1.6 b) De arts informeert zelf of via de instelling de patiënten, de zorgverzekeraars en de overheid over de verleende zorg (bijvoorbeeld in een jaarverslag of op de website van de instelling/praktijk).

#### 4.1.7 Toetsing van het functioneren van een team artsen (team-kwaliteitsvisiting)

- 4.1.7 a) De arts werkzaam in een solo praktijk bespreekt de uitkomsten van de team-kwaliteitsvisiting met collegae in het kader van intercollegiale reflectie, zo mogelijk met behulp van spiegelinformatie.
- 4.1.7 b) De arts informeert tijdig de directie van de instelling bij mogelijk disfunctioneren van het team.
- 4.1.7 c) De directie van de instelling ontvangt de conclusies en aanbevelingen van kwaliteitsvisitingen van de maatschap/vakgroep/samenwerkingsverband.
- 4.1.7 d) De arts en de directie van een instelling bespreken de conclusies en aanbevelingen van de team-kwaliteitsvisiting.

#### 4.1.8 Toetsing van het functioneren van de individuele arts (individuele kwaliteitsvisitatie)

- 4.1.8 a) De arts bespreekt het POP tijdens de individuele kwaliteitsvisitatie. De arts maakt een actuele versie van het POP op basis van de uitkomsten van de individuele kwaliteitsvisitatie.
- 4.1.8 b) De arts bespreekt de uitkomsten en/of (spiegel)informatie uit de team-kwaliteitsvisitatie tijdens de individuele kwaliteitsvisitatie.
- 4.1.8 c) De arts informeert de hiërarchisch leidinggevende (indien hier sprake van is), over de uitkomsten van de kwaliteitsvisitatie en aanpassingen in het POP, voor zover deze (of de instelling die hij vertegenwoordigt) een rol en verantwoordelijkheid heeft in de condities waaronder verbeterpunten gerealiseerd kunnen worden.

## 4.2 Overzicht verantwoording door artsen en verenigingen

Hierna volgt een grafische weergave van de aanbevelingen aan artsen en verenigingen zoals in paragraaf 4.1 geformuleerd. Het is een overzicht van alle aanbevelingen uit de vorige paragraaf in relatie tot diverse externe en interne partijen, zoals (potentiële) patiënten, instellingsmanagement, collegae, zorgverzekeraars en de overheid.

Verantwoording door:	Diverse partijen:
<b>EXTERNE VERANTWOORDING</b>	
	<p><b>Samenleving:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Inschrijving BIG-register.</li> <li>▶ Overzicht artsen met bevoegdheidsbeperkingen (schorsingen en doorhalingen) naar aanleiding van de uitspraken tuchtcollege<sup>43</sup>.</li> </ul>
<b>Vereniging</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Overzicht over het aantal uur gevolgd geaccrediteerde deskundigheidsbevordering per competentie op geaggregeerd niveau.</li> <li>▶ Overzicht van het nascholingsaanbod.</li> <li>▶ Publicatie standaarden en richtlijnen.</li> </ul>
<b>Arts</b>	<p><b>Patiënt:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Patiëntinformatiematerialen.</li> </ul> <p><b>Zorgverzekeraar/overheid/(potentiële) patiënten:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Informatie over de kwaliteit van aangeboden prestaties en diensten.</li> </ul>
<b>INTERNE VERANTWOORDING</b>	
<b>Arts</b>	<p><b>Instelling:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Evt. melding civielrechtelijke, strafrechtelijke, tuchtrechtelijke procedure.</li> <li>▶ Melding van complicaties, incidenten en calamiteiten.</li> <li>▶ Conclusies team-kwaliteitsvisitatie.</li> <li>▶ Evt. verbeterpunten Persoonlijk Ontwikkelingsplan<sup>44</sup>.</li> </ul> <p><b>Vakgroep/team:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Bespreking incidenten, calamiteiten, complicaties, (bijna) fouten en klachten.</li> <li>▶ Functioneren binnen het team.</li> </ul> <p><b>Collega:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Disfunctioneren.</li> <li>▶ Persoonlijk Ontwikkelingsplan-POP (peer-to-peer in het kader van individuele kwaliteitsvisitatie).</li> </ul> <p><b>Patiënt:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Medisch dossier.</li> <li>▶ Informatie over aard en toedracht van incidenten, complicaties en calamiteiten.</li> <li>▶ Informatie over verleende zorg.</li> </ul>

<sup>43</sup> Het actuele overzicht van artsen met bevoegdheidsbeperkingen is te raadplegen via [www.bigregister.nl](http://www.bigregister.nl).

<sup>44</sup> Indien van toepassing bespreekt de arts met hiërarchisch leidinggevende de verbeterpunten uit het POP om de nodige condities voor het realiseren van verbeteringen gezamenlijk te bepalen.



*"We hebben nu eigenlijk een soort wetboek met alle kwaliteitsregels systematisch bij elkaar. En met één set definities, wat hopelijk uniformiteit brengt in het kwaliteitsjargon. Nu is het zaak ervoor te zorgen dat kwaliteit weer gewoon wordt. **Want vanuit het hart wil iedereen er tijd aan besteden, maar de bureaucratie rond kwaliteit staat velen tegen.** Het Kwaliteitskader pretendeert niet meer te zijn dan een overzicht van de kwaliteitseisen waar we als artsen voor willen staan. En benadrukt dat je als arts, vereniging en instelling je beleid op elkaar moet afstemmen. Ik hoop vooral dat het Kwaliteitskader leidt tot synchronisatie van het kwaliteitsbeleid tussen de verenigingen. Wat doen de bureaus? Hebben ze slimme ideeën waar we wat van kunnen leren? Want ook andere verenigingen zijn, net als de NVvP, al actief bezig."*

**Aart Schene,**

*psychiater in het AMC en*

*voorzitter van de commissie kwaliteitszorg van de NVvP*



*"Ik zie nog wel wat donkere wolken. De eisen in het Kwaliteitskader zijn helder en op zich realistisch, maar ze vragen ook veel van ons. De wil is er, maar of het haalbaar is qua mankracht, kosten... We zullen het zelf moeten doen, maar het zou wel handig zijn als we niet alles zelf hoeven uit te vinden. Urologie is nu vooral bezig met kwaliteitsregistratie: wat zijn de resultaten, maken we onze richtlijnen waar? **Het zou handig zijn als we zien hoe andere verenigingen dat doen.** De KNMG en de OMS kunnen ons helpen met de onderlinge informatie-uitwisseling, bijvoorbeeld via een conferentie."*

**Bart Wijsman,**

*uroloog in het Tweesteden Ziekenhuis en  
voorzitter van de kwaliteitscommissie van de NVU*



## Bijlage 1 Samenstelling begeleidingsgroep

Voor het ontwikkelen van het kwaliteitskader is een begeleidinggroep gevormd, bestaande uit de medewerkers vanuit de verenigingen van erkende specialismen en de secretaris van het College Geneeskundige Specialismen<sup>45</sup> en de secretaris van de Huisarts, Verpleeghuisarts en arts voor verstandelijk gehandicapten Registratie Commissie (HVRC). De begeleidingsgroep heeft het KNMG projectteam geadviseerd bij het opstellen van de aanbevelingen voor het kwaliteitskader. De leden van de begeleidingsgroep hebben zitting genomen in de begeleidingsgroep op persoonlijke titel op basis van hun expertise.

### Begeleidingsgroep

- ▶ **Dhr. drs. O. Brook**  
Nederlandse Vereniging voor Heelkunde (NVvH), directeur (tot eind 2010)
- ▶ **Mw. R van Erven Dorens-Hudig**, *arts MØG, niet praktiserend*  
Koepel Artsen Maatschappij en Gezondheid (KAMG), beleidsmedewerker
- ▶ **Dhr. dr. P. van den Hombergh**, *huisarts*  
Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV), senior beleidsadviseur
- ▶ **Mw. dr. M. Kallewaard**  
Orde van Medisch Specialisten, secretaris Raad voor Wetenschap Opleiding en Kwaliteit (WOK) en programmamanager Stichting Kwaliteitsgelden Medisch Specialisten (SKMS)
- ▶ **Mw. drs. P.L.T. Liem**  
Nederlandse Vereniging voor Anesthesiologie (NVA), directeur
- ▶ **Dhr. drs. J. Manders**  
Nederlandse Vereniging voor Bedrijfsartsen (NVAB), beleidsmedewerker
- ▶ **Dhr. drs. F. Roos**  
Verenso, directeur
- ▶ **Mw. drs. N. Sax**  
Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVVP), manager kwaliteitsbeleid

45 M.i.v. 1-1-2010 College voor Geneeskundige Specialismen.

- ▶ **Mw. mr. V.J. Schelfhout-van Deventer**  
KNMG, secretaris van het College Geneeskundige Specialismen (CGS)
- ▶ **Dhr. J. Stolk, huisarts, niet praktiserend**  
KNMG, secretaris van de Huisarts, Verpleeghuisarts en arts voor verstandelijk gehandicapten Registratie Commissie (HVRC)
- ▶ **Dhr. C.J. in 't Veld, huisarts**  
Nederlands Huisartsen Genootschap, hoofd afdeling NHG implementatie (tot januari 2012)
- ▶ **Mw. J. Vernooij, arts MCG, niet praktiserend**  
Koepel Artsen Maatschappij en Gezondheid, lid Accreditatiecommissie

## KNMG projectteam

- ▶ **Mw. drs. M. Babović, projectleider**  
KNMG, beleidsadviseur
- ▶ **Dhr. drs. M. Wesseling**  
KNMG, beleidsadviseur
- ▶ **Dhr. dr. L. Wigersma, arts, voorzitter**  
KNMG, directeur Beleid & Advies
- ▶ **Mw. mr. E.L.M. van Dieten**  
KNMG, senior communicatieadviseur

## Bijlage 2 Begrippenlijst

### AGREE-INSTRUMENT

Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation (AGREE). Instrument, bestaande uit 23 criteria in zes domeinen, om de kwaliteit van (een set) medische richtlijnen te beoordelen en evalueren, ontwikkeld door een internationaal samenwerkingsverband van onderzoekers uit dertien landen. De criteria geven ook aan welke elementen in het richtlijndocument moeten worden vermeld. Derhalve kan het AGREE-instrument ook als leidraad worden gebruikt bij het ontwikkelen en schrijven van richtlijnen.

### BENCHMARKING/SPIEGELINFORMATIE

Benchmarking is een gestructureerde meting van gegevens, afkomstig van processen, diensten of producten/resultaten van een organisatie of individu. Daarbij staat vergelijking met de prestaties van andere zorgorganisaties of zorgverleners (de benchmark) centraal, met de bedoeling jezelf te verbeteren.

### BORGING

Geheel van geplande en systematische acties, nodig om in voldoende mate het vertrouwen te geven dat een product of dienst voldoet en blijft voldoen aan de gestelde kwaliteitseisen.

### CALAMITEIT

Onder calamiteit wordt verstaan een niet-beoogde of onverwachte gebeurtenis, die betrekking heeft op de kwaliteit van de zorg en die tot de dood van of een ernstig schadelijk gevolg voor een patiënt of cliënt van de instelling heeft geleid (art. 4a lid 2 Kwaliteitswet).

### CANMEDS COMPETENTIES

De eisen van de arts in opleiding tot specialist zijn nauwkeurig omschreven in zevental competenties. Deze zijn ontleend aan het Canadese systeem, Canadian Medical Education Directions for Specialists 2000 (CanMEDS 2000) en aangevuld en aangepast aan de Nederlandse situatie. De CanMEDs competenties vormen het uitgangspunt voor de inrichting en de eindtermen voor opleidingen van alle BIG geregisterde specialismen. Per specialisme zijn de competenties uitgewerkt. Deze zijn terug te vinden in de specifieke Collegebesluiten.

De CanMEDS 2000 onderscheiden de volgende algemene competenties, die voor iedere specialist dezelfde zijn:

1. medisch handelen,
2. communicatie,
3. samenwerking,
4. kennis en wetenschap,
5. maatschappelijk handelen,
6. organisatie en
7. professionaliteit.

### COLLEGE GENEESKUNDIGE SPECIALISMEN

Tot eind 2009 waren er drie Colleges:

- ▶ het College voor Huisartsgeneeskunde, Verpleeghuisgeneeskunde en medische zorg voor verstandelijk gehandicapten (CHVG);
- ▶ het Centraal College Medische Specialismen (CCMS);
- ▶ het College voor Sociale Geneeskunde (CSG).

M.i.v. 1-1-2010 is het College Geneeskundige Specialismen in plaats gekomen van de drie Colleges.

### COMPLICATIeregISTRATIE

Registratie van elke onverwachte gebeurtenis binnen de zorg die voor de patiënt leidt tot een toename van de zorgbehoefte. Registratie van complicaties en terugkoppeling daarvan is belangrijk voor interne verbetering van de patiëntenzorg en externe verantwoording.

Complicatieregistratie speelt vooral in situaties waarin een aaneenschakeling van kleine fouten grote gevolgen heeft, bijvoorbeeld bij invasieve ingrepen. Registratie van ziekenhuisinfecties is een belangrijk voorbeeld van complicatieregistratie.

### DEMING- CYCLUS/DE KWALITEITS CIRKEL (PDCA)

De kwaliteitscirkel van Deming beschrijft vier activiteiten die op alle verbeteringen in organisaties van toepassing zijn (plan, do, check en act). De vier activiteiten zorgen voor een betere kwaliteit. Het cyclische karakter garandeert dat de kwaliteitsverbetering continu onder de aandacht is.

### DISFUNCTIONEREN

Een structurele situatie van onverantwoorde zorg, waarin de patiënt wordt geschaad of het risico loopt te worden geschaad, en waarbij de betrokken medisch specialist niet (meer) in staat of bereid is zelf de problemen op te lossen.

Van belang in deze omschrijving zijn vier (4) elementen:

- ▶ het gaat om structurele problemen en niet om een enkel incident
- ▶ het gaat om onverantwoorde zorg, d.w.z. zorg die in negatieve zin afwijkt van hetgeen binnen de beroepsgroep gebruikelijk is
- ▶ door de problemen loopt een patiënt schade op of bestaat het risico daarop
- ▶ de medisch specialist is niet bereid tot discussie, vertoont geen zelfreflectie en/of is niet (meer) bij machte zelf de situatie ten goede te keren<sup>46</sup>.

#### GEACCREDITEERDE DESKUNDIGHEIDSBEVORDERING

Waardering van de betreffende vereniging van de kwaliteit en de onafhankelijkheid van bij- en nascholingsactiviteiten, die kwantitatief tot uitdrukking wordt gebracht in het aantal toe te kennen accreditatie-uren.

#### INCIDENT

Een incident is een onbedoelde gebeurtenis tijdens de zorgverlening, die tot schade aan de patiënt heeft geleid, had kunnen leiden of (nog) kan leiden. Het gaat niet alleen om gebeurtenissen die daadwerkelijk tot schade voor patiënten hebben geleid, maar ook om 'bijna incidenten'.

#### INTERCOLLEGIALE REFLECTIE

Intercollegiale reflectie wordt gedefinieerd als: het met collegae reflecteren op het eigen en elkaars medisch handelen, ter bevordering van de kwaliteit van dat handelen.

Er zijn diverse vormen van intercollegiale reflectie onder artsen gebruikelijk, zoals de intercollegiale toetsing (ICT), farmacotherapie overleg (FTO) enz.

#### HERREGISTRATIE

Hernieuwde inschrijving in een register, direct volgend op een voorgaande periode van inschrijving in hetzelfde register.

Alle specialisten moeten zich om de vijf jaar laten herregistreren. Wie dat laat doen, blijft specialist – met alle bevoegdheden – en valt onder het tuchtrecht. De Colleges stellen de volgende minimale eisen verplicht voor herregistratie van specialisten:

- ▶ De arts verricht gemiddeld tenminste zestien uur per week voor het specialisme relevante werkzaamheden en
- ▶ De arts volgt gemiddeld tenminste veertig uur per jaar (geaccrediteerde) deskundigheidsbevordering.

<sup>46</sup> 'Model reglement mogelijk disfunctionerend medisch specialist'. De Orde van Medisch Specialisten. Utrecht, 2008. Te raadplegen via [orde.artsennet.nl](http://orde.artsennet.nl).

### KWALITEITSINDICATOR

Een indicator is een meetbaar aspect van de zorg dat een aanwijzing geeft over de kwaliteit van zorg (Colsen en Casparie, 1995). Er wordt onderscheid gemaakt in proces-, structuur- en uitkomstindicatoren:

▶ **Procesindicatoren:**

Deze geven een indicatie over het verloop van processen in een organisatie. Bijvoorbeeld de doorlooptijd van een aanvraag van een cliënt voor thuiszorg tot het moment dat de zorg wordt ingezet.

▶ **Structuurindicatoren:**

Deze geven informatie over de organisatorische voorwaarden waarbinnen een instelling verantwoord kan leveren. Bijvoorbeeld het percentage medewerkers dat heeft deelgenomen aan bijeenkomsten op het gebied van deskundigheidsbevordering of het ziekteverzuim onder medewerkers.

▶ **Uitkomstindicatoren:**

Deze geven een indicatie over de uitkomst van de zorg. Bijvoorbeeld de mate van tevredenheid van cliënten over de bejegening door medewerkers of het percentage cliënten met complicaties na een bepaalde operatie.

### KWALITEITSVISITATIE

Visitatie uitgevoerd door een vereniging van een individuele specialist of de afdeling waar deze werkzaam is ter bevordering van de kwaliteit van de zorg. Er wordt onderscheid gemaakt tussen enerzijds 'team-kwaliteitsvisitatie' en anderzijds de 'individuele kwaliteitsvisitatie'.

▶ **Team-kwaliteitsvisitatie**

Een vorm van intercollegiale reflectie gericht op het functioneren van een maatschap of vakgroep ter bevordering van de kwaliteit van zorg.

▶ **Individuele kwaliteitsvisitatie**

Een visitatie, uitgevoerd volgens het visitatieprogramma van of goedgekeurd door de vereniging, van een individuele specialist ter bevordering van de kwaliteit van zorg.

### MAATSCHAP

Het samenwerkingsverband in juridische zin van vrije beroepsbeoefenaren van eenzelfde erkend specialisme dan wel van specialisten van een moederspecialisme met een of meer specialisten van een of meer deelspecialismen.

### PATIËNTENPARTICIPATIE/CLIËNTPARTICIPATIE

Inbrengen en/of benutten van de specifieke ervaringsdeskundigheid van patiënten, burgers en hun vertegenwoordigers en ook het meepraten en meebeslissen, zoals bij richtlijnontwikkeling. Het doel van participatie is

om de kwaliteit van een product of praktijk te verhogen en de implementatie van kwaliteitsverbetering te bevorderen. In Nederland heeft de overheid getracht patiëntenparticipatie te bevorderen met een aantal wetten, zoals de Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (WGBO), Wet Medezeggenschap Cliënten Zorginstellingen (WKCZ), Wet Klachtrecht Cliënten Zorgsector (WKCZ) en de (in de toekomst te vervangen) Wet Bijzondere Opnemingen in Psychiatrische Ziekenhuizen (BOPZ). In de praktijk van richtlijnontwikkeling bestaan meerdere niveaus van participatie: van positieve attitude voor patiëntenparticipatie, via partnership tot patiëntgestuurde ontwikkeling (participatieladder, uit Evidence-based richtlijnontwikkeling, Van Veenendaal, 2004).

#### **PATIËNTVEILIGHEID**

Het (nagenoeg) ontbreken van risico's voor een patiënt om lichamelijke en/of psychische schade op te lopen als gevolg van het niet volgens de professionele standaard handelen van zorgverleners en/of door een tekortkoming van het zorgsysteem (conform definitie NTA 8009, 2007 en Onderzoeksprogramma Patiëntveiligheid in Nederland, 2005-2009). Het gaat dus beslist niet om schade die het (logische) gevolg is van zijn ziekte of van het vooraf bekende en goed afgewogen risico van diagnostiek en/of behandeling (complicatie).

#### **PROFESSIONELE STANDAARD**

De professionele standaard van de arts omvat – behalve de toepasselijke wet- en regelgeving, zoals de Wet Beroepsuitoefening Individuele Gezondheidszorg (BIG), Wet Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (WGBO), Kwaliteitswet Zorginstellingen (KwZ), Wet Medezeggenschap Cliënten Zorginstellingen (WMCZ), Wet Klachtrecht Cliënten Zorgsector (WKCZ) – ondermeer de Artseneed van de Vereniging van Nederlandse Universiteiten (VSNU) en de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (KNMG), het Manifest Medische Professionaliteit, de Gedragsregels voor Artsen van de KNMG, de Gedragscode voor de Intramuraal Praktiserend Medisch Specialist van de Orde van Medisch Specialisten, het Kwaliteitskader Medisch Specialisten van de Orde van Medisch Specialisten<sup>47</sup> en de Kwaliteitsnormen van de verenigingen. Dit laat onverlet dat de genoemde Gedragsregels, Gedragscode, Kwaliteitskaders en Kwaliteitsnormen geen absoluut karakter hebben. Richtlijnen maken deel uit van de professionele standaard, bevatten normatieve uitspraken en hebben mede daardoor een juridische betekenis.

47 Kwaliteitskader Medisch Specialisten. De Orde van Medisch Specialisten. Utrecht, Juni 2010.

### PROFIELARTSEN

Profielen zijn werkgebieden die een verdieping betreffen van het deskundigheidsniveau van de arts, maar die geen specialisme zijn. Inmiddels zijn er acht profielen erkend, te weten: jeugdgezondheidszorg, infectieziektebestrijding, tuberculosebestrijding, medische milieukunde, forensische geneeskunde, sociaal medische indicatiestelling en advisering, beleid en advies en spoedeisende geneeskunde. Een negende, donorgeneeskunde is bezig erkenning aan te vragen.

### PERSOONLIJK ONTWIKKELINGSPLAN (POP)

In een persoonlijk ontwikkelingsplan geeft de specialist in eigen woorden aan welke stappen hij/zij in de komende periode zal zetten om zijn bekwamheden voor zijn functie te vergroten. Deze stappen dienen zo helder en concreet mogelijk te worden geformuleerd, zodat na verloop van een vastgestelde tijd beoordeeld kan worden of de gestelde doelen bereikt zijn. Het POP betreft in ieder geval de deskundigheidsbevordering en daarnaast alle overige kwaliteitsinstrumenten.

### PROTOCOL/STANDAARD/RICHTLIJN

Schriftelijk vastgelegde overeenkomst tussen een aantal beroepsbeoefenaars over de wijze van diagnostisch of therapeutisch handelen die voor een bepaalde groep patiënten gemiddeld genomen tot een optimaal resultaat zal leiden.

#### ► Evidence-based richtlijn

Richtlijn die zo veel mogelijk gebaseerd is op de hoogste graad van beschikbaar bewijsmateriaal en waarbij de uiteindelijke aanbevelingen gebaseerd zijn op het beschikbare bewijsmateriaal, de klinische expertise van de zorgverleners en de voorkeuren en wensen van de patiënt. Bij de methode evidence based medicine wordt de 'evidence' in de literatuur systematisch opgezocht en gewaardeerd volgens bepaalde kwaliteitscriteria. In Nederland wordt deze methode van richtlijnontwikkeling ook wel met EBRO (evidence based richtlijn ontwikkeling) aangeduid.

#### ► EBRO-methodiek

Volgens de EBRO-methodiek wordt de hoogste graad van bewijs gevormd door systematische reviews die afzonderlijke onderzoeken volgens een gestructureerde methode samenvatten. Voor het domein therapie is het volgende bewijsniveau de gerandomiseerde gecontroleerde onderzoeken. Meestal zijn er niet voor alle uitgangsvragen waarop de richtlijn antwoord geeft, hoge niveaus van bewijs beschikbaar. De afweging voor de uiteindelijke aanbeveling wordt echter expliciet gemaakt op basis van een systematische samenvatting van de beschikbare kennis (van wetenschappelijke



studies alsook klinische expertise) en voorkeuren van de patiënt. Niettemin spreekt men dan nog steeds van een evidence-based richtlijn. Bovendien moet de methode voldoen aan de AGREE-criteria (zie aldaar).

### REGISTRATIECOMMISSIES

De KNMG kent drie registratiecommissies die tevens toezicht houden op de naleving van de besluiten van het College. Dat zijn:

- ▶ de Huisarts, Verpleeghuisarts en arts voor verstandelijk gehandicapten Registratie Commissie (HVRC);
- ▶ de Medisch Specialisten Registratie Commissie (MSRC);
- ▶ de Sociaal-Geneskundigen Registratie Commissie (SGRC).

### SHARED DECISION MAKING

Een vorm van gelijkwaardige en gezamenlijke besluitvorming tussen hulpvrager en professional. Shared decision making (Edwards & Elwyn, 2001) richt zich op het informeren van de patiënt en op het vergroten van diens controle over besluiten die zijn of haar gezondheid aangaan (Charles, 1997). Patiënt en hulpverlener nemen samen een behandelbesluit, nadat ze informatie daarover hebben uitgewisseld en bediscussieerd. De hulpverlener informeert de patiënt over de behandel mogelijkheden en de mogelijke voor- en nadelen.

### VAKGROEP

Het organisatorisch verband per erkend medisch specialisme van leden van de medische staf, die in het ziekenhuis praktiseren in dienstverband.

### VIM

Systemen voor analyse van incidenten (VIM) zijn er op gericht om te leren en hebben niet tot doel maatregelen te nemen tegen individuele beroepsbeoefenaren. Indien er aanleiding bestaat tot het nemen van een maatregel tegen een individuele beroepsbeoefenaar moet de daarvoor benodigde informatie uit andere bronnen worden verkregen<sup>48</sup>.

### VEILIGHEIDSMANAGEMENTSYSTEEM (VMS)

Beleid van ziekenhuizen en zorginstellingen dat gericht is op het zoveel mogelijk voorkomen van fouten en activiteiten die tot schade kunnen leiden.

## Bijlage 3 Overzicht erkende specialismen en profielen

CLUSTER	SPECIALISME EN/OF PROFIEL	VERENIGING
<b>Cluster 1</b>	1. Geneeskunde voor verstandelijk gehandicapten	NVAG
	2. Huisartsgeneeskunde	LHV en NHG
	3. Specialisme ouderengeneeskunde	Verenso
<b>Cluster 2</b>	1. Anesthesiologie	1. Nederlandse Vereniging voor Anesthesiologie
	2. Cardiologie	2. Nederlandse Vereniging voor Cardiologie
	3. Dermatologie en venerologie	3. Nederlandse Vereniging voor Dermatologie en Venereologie
	4. Heelkunde	4. Nederlandse Vereniging voor Heelkunde
	5. Interne geneeskunde	5. Nederlandsche Vereeniging voor Interne geneeskunde
	6. Keel-neus-oorheelkunde	6. Nederlandse Vereniging voor Keel-, Neus- en Oorheelkunde en heelkunde van het hoofd-halsgebied
	7. Kindergeneeskunde	7. Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde
	8. Klinische genetica	8. Vereniging Klinische Genetica Nederland
	9. Klinische geriatrie	9. Nederlandse Vereniging voor Klinische Geriatrie
	10. Longziekten en tuberculose	10. Nederlandse Vereniging van Artsen voor Longziekten en Tuberculose
	11. Maag-darm-leverziekten	11. Nederlandse Vereniging van Maag-, Darm- en Leverartsen
	12. Medische microbiologie	12. Nederlandse Vereniging voor Medische Microbiologie
	13. Neurochirurgie	13. Nederlandse Vereniging voor Neurochirurgie
	14. Neurologie	14. Nederlandse Vereniging voor Neurologie
	15. Nucleaire geneeskunde	15. Nederlandse Vereniging voor Nucleaire Geneeskunde
	16. Obstetrie en gynaecologie	16. Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie
	17. Oogheelkunde	17. Nederlands Oogheekkundig Gezelschap
18. Orthopedie	18. Nederlandse Orthopaedische Vereniging	

CLUSTER	SPECIALISME EN/OF PROFIEL	VERENIGING
<i>Cluster 2</i>	19. Pathologie	19. Nederlandse Vereniging voor Pathologie
	20. Plastische Chirurgie	20. Nederlandse Vereniging voor Plastische Chirurgie
	21. Psychiatrie	21. Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie
	22. Radiologie	22. Nederlandse vereniging voor Radiologie
	23. Radiotherapie	23. Nederlandse Vereniging voor Radiotherapie en Oncologie
	24. Reumatologie	24. Nederlandse Vereniging voor Reumatologie
	25. Revalidatiegeneeskunde	25. Nederlandse Vereniging van Revalidatieartsen
	26. Thoraxchirurgie	26. Nederlandse Vereniging voor Thoraxchirurgie
	27. Urologie	27. Nederlandse Vereniging voor Urologie
<b>Profiel</b>	1. Spoedeisende geneeskunde	1. Nederlandse Vereniging van Spoedeisende Hulp Artsen
<b>Cluster 3</b>	1. Arbeid en gezondheid: bedrijfsgeneeskunde	1. Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde
	2. Arbeid en gezondheid: verzekeringsgeneeskunde	2. Nederlandse Vereniging voor Verzekeringsgeneeskunde
	3. Maatschappij en gezondheid (M&G)	3. Koepel artsen Maatschappij en Gezondheid
<b>Profielen M&amp;G</b>	1. Jeugdgezondheidszorg	1. Artsen Jeugdgezondheidszorg Nederland
	2. Infectieziektebestrijding	2. Vereniging voor Infectieziekten
	3. Tuberculosebestrijding	3. Vereniging van Artsen werkzaam in de tuberculosebestrijding
	4. Medische milieukunde	4. Nederlandse Vereniging voor Medische Milieukunde
	5. Forensische geneeskunde	5. Nederlandse Vereniging voor Forensische Geneeskunde
	6. Sociaal medische indicatiestelling en advisering	6. Vereniging van Indicerende en Adviserende Artsen
	7. Beleid en advies	7. Nederlandse Vereniging Artsen Beleid Management Onderzoek

## Bijlage 4 Kwaliteitscriteria voor de indicatoren<sup>49</sup>

- ▶ De indicator meet wat hij beoogt te meten (validiteit)
- ▶ De indicator is precies en consistent (betrouwbaar)
- ▶ De indicator laat in voldoende mate verschillen zien (discriminerend vermogen)
- ▶ De doelgroep waarop de indicator betrekking heeft, is specifiek afgebakend
- ▶ De indicator is specifiek beschreven (teller, noemer)
- ▶ Een strategie voor risicocorrectie/casemixcorrectie is overwogen en beschreven (risk-adjustment)
- ▶ De indicator is getest in de praktijk en deze test heeft geleid tot positieve resultaten
- ▶ Er is rekening gehouden met de inspanningsvereisten voor het verzamelen van data
- ▶ De indicator wordt ondersteund met een specifieke instructie voor de weergave en interpretatie van de resultaten
- ▶ De aandoeningsspecifieke, feitelijke indicatoren dienen aan te sluiten op de reële informatiebehoefte van de patiënt: de patiënt heeft de expertise om te bepalen wat relevante keuze-informatie is voor patiënten
- ▶ De zorginhoudelijke indicatoren dienen evidence-based te zijn: de medisch specialist heeft de expertise om vast te stellen of een indicator evidence-based bijdraagt aan kwaliteit
- ▶ De totale set moet, voor zover als mogelijk, zorgen voor een afgerond geheel aan de aan de zorgaanbieder te vragen informatie

---

<sup>49</sup> Deze criteria zijn ontleend aan de samenwerkingsovereenkomst over de indicatoren voor medisch specialistische zorg in het kader van het IGZ project Zichtbare Zorg.

## Bijlage 5 Voorbeeld voor het opstellen van een Persoonlijk Ontwikkelingsplan

Hieronder worden een aantal tips gegeven die kunnen helpen om een persoonlijk ontwikkelingsplan (POP), gebaseerd op een competentieanalyse, te maken. Aan iedere competentie kunnen oneindig veel persoonlijke leerdoelen worden opgehangen die op evenzoveel verschillende wijzen kunnen worden uitgewerkt. Het gaat erom de leerdoelen zo te formuleren dat ze precies passen bij de persoonlijke ontwikkeling. Alle leerdoelen samen vormen het persoonlijke ontwikkelingsplan. Dit plan kan omvangrijk zijn maar kan ook bestaan uit maar één leerdoel.

*In een POP kun je vastleggen wat je huidige werkzaamheden zijn en wat je op termijn wilt realiseren (andere vaardigheden aanleren, meer verrichtingen doen ed.). Daaruit volgt logischerwijs op welke onderwerpen en competenties je de komende tijd nascholing wilt volgen. Het POP wordt tijdens de individuele kwaliteitsvisitatie besproken en op basis van de uitkomsten van de visitatie bijgesteld.*

De competenties bestaan uit een mix van kennis, vaardigheden, zelfbeeld, normen en waarden, eigenschappen en motieven. Hieronder volgen vier tips bij het maken van een POP:

1. Realiseer je wat het doel van een POP is: een POP is bedoeld om op papier vast te leggen waarom en hoe je de professionele en persoonlijke ontwikkeling als arts wilt vormgeven. Je professionele en persoonlijke ontwikkeling is belangrijk omdat:
  - ▶ continue leren onvermijdelijk is voor iedere professional in de zorg
  - ▶ leren alleen zinvol is als het gericht is op het vergroten van het eigen vermogen om reële praktijkproblemen op te lossen
  - ▶ het leren wordt afgestemd op inzicht in het eigen vermogen
2. Een leercirkel bestaat uit:
  - ▶ Inzicht krijgen in eigen competenties
  - ▶ Plan maken en uitvoeren om competenties te vergroten
  - ▶ Resultaten evalueren
  - ▶ Etc. etc.

3. Valkuilen:

- ▶ Het blijft bij een eenmalige leeractiviteit, er is geen continuïteit
- ▶ Leerwensen zijn niet verbonden met reële praktijkproblemen
- ▶ Leerwensen zijn niet verbonden aan inzicht in eigen vermogen
- ▶ Leerwensen zijn blijvend onvoldoende integraal, gaan bijvoorbeeld alleen over kennisvermeerdering
- ▶ Leerwensen zijn niet SMART geformuleerd en daarmee niet evalueerbaar.

4. SMART criteria hanteren:

- ▶ **S**- specifiek (Voorkom algemene, vage formuleringen die de leerwens onvoldoende verbinden aan reële praktijkproblemen en aan inzicht in eigen vermogen).
- ▶ **M**-meetbaar (Je moet op enigerlei wijze kunnen vaststellen of het leerdoel gehaald is).
- ▶ **A**-haalbaar (Past het leerdoel voldoende bij de vermogens van de professional? Kan en wil de organisatie evt. de gevraagde faciliteiten bieden? Is de evt. nascholing beschikbaar?).
- ▶ **R**-realistisch (Gaat het leerdoel over echte problemen die door de professional en eventueel ook collega's en door de organisatie worden herkend en waarvan een reële wens bestaat om ze te verbeteren?).
- ▶ **T**-tijdgebonden (Leerwens uitzetten in de tijd voorkomt uitstel en afstel).

## Bijlage 6 Literatuurlijst

- ▶ Babović M. & Wigersma L. *Kwaliteit van de medische zorg en het patiëntenperspectief*. Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst. Utrecht, 2009.
- ▶ Beleidsdocument *Veilig Melden*. Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst. Utrecht, 2007.
- ▶ Fossen JA, Hagemeyer JW, Koning JS de, Logtestijn SI van, Lombarts MJMH. *Kwaliteitsvisiting nieuwe stijl. Handboek voor wetenschappelijke verenigingen*. De Orde van Medisch Specialisten en het kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO. Utrecht, 2005.
- ▶ *Handreiking verantwoordelijkheidsverdeling bij samenwerking in de zorg*. KNMG, V&VN, KNOV, KNGF, KNMP, NIP, NVZ, NFU, GGZ Nederland, NPCF. Utrecht, 2010.
- ▶ *Het functioneren van de individuele arts*. Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst. Utrecht, 2005.
- ▶ Inspectie voor de gezondheidszorg. Staat van de Gezondheidszorg. *'De vrijblijvendheid voorbij'*. Utrecht, november 2009.
- ▶ Inspectie voor de gezondheidszorg. *Toezichtkader Bestuurlijke Verantwoordelijkheid voor Kwaliteit en Veiligheid*. Utrecht, april 2011.
- ▶ *KNMG Gedragsregels voor artsen*. Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst. Utrecht, 2002.
- ▶ *KNMG Manifest Medische Professionaliteit*. Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst. Utrecht, 2007.
- ▶ *Kwaliteitscanon: kwaliteit van zorg in honderd woorden*. Regieraad. Den Haag, 2009.
- ▶ *Kwaliteitskader van medisch specialisten*. De Orde van Medisch Specialisten. Utrecht, 2010.
- ▶ *Model reglement mogelijk disfunctionerend medisch specialist*. De Orde van Medisch Specialisten. Utrecht, 2008.
- ▶ *Regeling specialismen en profielen geneeskunst KNMG*. Utrecht, 2010.
- ▶ *Richtlijn medicatieoverdracht in de keten*. ActiZ, FNT, GGZ Nederland, IGZ, KNMG, KNMP, LEVV, LHV, NFU, NHG, Nictiz, NPCF, NVZ, NVZA, Orde, Verenso, VGN, V&VN, VWS, ZN. Den Haag, 2008.
- ▶ *Richtlijn 'Omgaan met incidenten, fouten en klachten: wat mag van artsen worden verwacht?* KNMG. Utrecht, 2007.
- ▶ *Richtlijn voor richtlijnen*. Regieraad Kwaliteit van zorg. Den Haag. Maart 2010.
- ▶ Schaik van. J.P.J. *Moderne opleiding laat kennis liggen*. Medisch Contact 2009: 1910-1913.
- ▶ Wigersma L, Wesseling M, Babović M. *Duidelijk deskundig*. Medisch Contact 2009: 378-381.
- ▶ *Zorg voor kwaliteit huisartsenzorg. Kwaliteitsbeleid huisartsenzorg 2010-2015*. Landelijke Huisartsenvereniging. Utrecht, 2010.





Hoe scoort u op de kwaliteitsnormen voor artsen?



Doe de wake-up call

Vul de online KNMG-kwaliteitsmeter in op [www.knmg.nl/kwaliteitsmeter](http://www.knmg.nl/kwaliteitsmeter) en check uw persoonlijke score



De kwaliteitsmeter is gebaseerd op het nieuwe Kwaliteitskader medische zorg *Staan voor kwaliteit* van artsenfederatie KNMG i.s.m. de wetenschappelijke verenigingen.

[www.knmg.nl/kwaliteitskader](http://www.knmg.nl/kwaliteitskader)  
[www.knmg.nl/kwaliteitsmeter](http://www.knmg.nl/kwaliteitsmeter)

**knmg** voor verantwoorde  
medische zorg





## EERSTE REACTIES OP HET KNMG KWALITEITSKADER MEDISCHE ZORG

### Artsen

*“Als beroepsgroep laten we met dit kwaliteitskader zien dat we staan voor kwaliteit en professionaliteit. En dat we daar zelf verantwoordelijk voor willen en kunnen zijn.”*

Arie Nieuwenhuijzen Kruseman, voorzitter artsenfederatie KNMG

### Wetenschappelijke vereniging

*“Dat we onszelf als wetenschappelijke verenigingen nu een format opleggen, is niet altijd makkelijk. Dan moet je er echt wat mee. Het stuk bevat bruikbare aanbevelingen, bijvoorbeeld over een state-of-the-art praktijkorganisatie, het aanspreken van je collega op gedrag en het actueel houden van je dossier.”*

Ernst Kuipers, maag-darm-leverarts Erasmus MC en voorzitter van de NVMDL

### Instellingen

*“Dokters hebben zich te lang de verantwoordelijkheid voor de medische kwaliteit en de handhaving van bijpassende normen laten ontglippen. Het is een heel goede zaak dat dokters die duizendjarige traditie weer krachtig oppakken. En het geeft raden van bestuur een handvat om artsen te houden aan de eigen normen.”*

Hans van der Schoot, arts-bestuurder NVZ en voorzitter raad van bestuur St Lucas Andreas ziekenhuis in Amsterdam

### Patiënten

*“Prima dat het kwaliteitskader een vaste plek geeft aan belangrijke waarden zoals intervisie. Er zou wel meer in mogen doorklinken dat de kwaliteit van zorg een gezamenlijk product van arts en patiënt is. En het is veel ‘kan’. Als je de regie wil als arts moet je proactief een verbeterplan willen maken.”*

Cynthia Vogeler, programmadirecteur zorg bij de NPCF

Artsen houden graag zelf de regie bij het bepalen van kwalitatieve normen voor medisch handelen. In het *Kwaliteitskader medische zorg* zet de KNMG in samenwerking met de wetenschappelijke verenigingen in één overzicht op een rij welke kwaliteitsnormen voor elke specialist en profielarts moeten gaan gelden. Artsen hebben nu een totaaloverzicht van de gangbare kwaliteitseisen, in onderlinge samenhang. Van bevoegd handelen tot visitatie, van nascholingsseisen tot omgaan met incidenten. Het draagt bij aan het terugdringen van ongewenste variaties en onduidelijkheden binnen de medische beroepsgroep. En het komt tegemoet aan de eisen van transparantie, kwaliteit en veiligheid die de maatschappij aan de zorg stelt.

[www.knmg.nl/kwaliteitskader](http://www.knmg.nl/kwaliteitskader)

