

J.A. Fossen¹, M.S. den Boer², F.G. Bruins³

Sinds 1994 vinden er bij dermatologen visitaties plaats; deze hebben tot doel de kwaliteit van de patiëntenzorg te bevorderen. Letterlijk betekent visitatie: bij collega's op bezoek gaan. Bij visitatie wordt gekeken naar verbeterkansen in de proces- en systeemelementen van een zorgproces in een dermatologische praktijk en niet naar het functioneren van individuele dermatologen. Het gaat bij visitatie niet om het benadrukken van knelpunten of fouten, maar juist om een gezamenlijke poging om kwaliteitsverbetering tot stand te brengen.

Visitatie is door de Medisch Specialisten Registratie Commissie (MSRC) en het bestuur van de Nederlandse Vereniging voor Dermatologie en Venereologie (NVDV) verplicht gesteld in het kader van de herregistratie. Inhoudelijke eisen zijn door de overheid niet gesteld en zijn overgelaten aan de beroepsvereniging. Het op kwalitatief hoog niveau uitvoeren van visitaties is een van de speerpunten van het kwaliteitsbeleid van de NVDV.

Tussen 1994 en 1999 zijn alle dermatologische praktijken gevisiteerd, ongeveer 25 per jaar. Op basis van deze eerste ronde van visitaties is een *model kwaliteitsnormen dermatologie* opgesteld, dat is geacordeerd door de ledenvergadering. In 1999 is de NVDV begonnen aan de tweede ronde visitaties. In deze tweede ronde is de nadruk meer komen te liggen op het in kaart brengen van het zorgproces. Inmiddels zijn ongeveer 70 praktijken voor de tweede keer gevisiteerd.

De tweede ronde visitaties heeft vorm gekregen aan de hand van de ervaringen met en resultaten van de eerste ronde en wijkt daarvan dan ook op diverse punten af:

1. De huidige ICT-mogelijkheden worden beter benut. Zo kunnen dermatologen de vragenlijst die bij de visitatie gebruikt wordt downloaden van de website van de NVDV en via e-mail retourneren. E-mail heeft tevens de communicatie tussen de leden van de commissie onderling en met anderen versneld en verbeterd.
2. Op de dag van de visitatie is tijd gereserveerd voor een gedegen voorbespreking door de visiteurs aan de hand

Het visiteren van dermatologische praktijken is een van de speerpunten van het kwaliteitsbeleid van de Nederlandse Vereniging voor Dermatologie en Venereologie. In de periode 1994-1999 zijn alle niet-opleidingsklinieken en extramuraal werkende dermatologen gevisiteerd. Aan de hand van de resultaten hiervan is een model kwaliteitsnormen dermatologie opgesteld. Inmiddels is de Vereniging bezig met de tweede visitatieronde, waarbij de nadruk meer is komen te liggen op het in kaart brengen van het zorgproces.

De aanbevelingen van de visitaties gehouden in het jaar 2000 zijn geanalyseerd. Er zijn drie belangrijke onderwerpen waardoor de dermatologische patiëntenzorg kan worden verbeterd: de verdere ontwikkeling van een zorgvisie en profilering van de aandachtsgebieden in het ziekenhuis en bij huisartsen, betere samenwerking met aanpalende specialismen bij overlappende zorgprocessen en de verdere ontwikkeling van een voldoende breed vakgebied in relatie tot een goed geoutilleerde werkplek.

De visitatiecommissie gaat een aantal nieuwe ontwikkelingen in gang zetten, onder andere door bij visitaties nadrukkelijker aandacht te besteden aan de implementatie van de richtlijnen, door de mening van patiënten te betrekken bij de visitaties en door betrouwbare spiegelinformatie te verzamelen, waardoor praktijken zich kunnen vergelijken met anderen.

The Dutch Society of Dermatology and Venerology (DSDV) has made external peer review (medical audit) of dermatological practices one of the spearheads of its quality policy. Between 1994 and 1999 all dermatologists working in non academic outpatient clinics have been subjected to external peer review. This has resulted in a standard of quality for dermatological care. Currently, the DSDV is performing its second round of external peer reviews in which attention is directed primarily towards documentation of the care process. The recommendations obtained from the audits held in 2000 have been analysed. Three main subjects which can improve dermatological care are: The further development of a view on dermatological care and profiling subspecialties towards the hospital organisation and general practitioners, better co-operation with adjacent specialities, and the development of a sufficiently wide care profile in relation to a well equipped outpatient clinic. The medical audit commission of the DSDV will introduce some new items in external peer review, for instance implementation of protocols, patients' opinion on care received and the acquisition of information which allows practices to compare with colleagues.

kwaliteitsbeleid - visitatie - zorgproces - medical audit - external peer review

¹ Adviseur, Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO,

² dermatoloog, lid visitatiecommissie niet-opleidingspraktijken NVDV,

³ dermatoloog, voorzitter visitatiecommissie niet-opleidingspraktijken NVDV tot 01-07-2002.

Met dank aan de leden van Commissie Visitatie van de NVDV voor hun commen-

van de ingevulde vragenlijsten. Daarbij wordt bekeken welke onderwerpen extra aandacht verdienen en met wie de visiteurs daarover kunnen spreken. Tevens is er expliciet aandacht voor de uitvoering van de aanbevelingen uit het vorige visitatierapport.

3. Al op de dag van de visitatie zelf worden conclusies getrokken en aanbevelingen geformuleerd door de visitatiecommissie. Dit gebeurt aan de hand van een protocol, waarbij de onderwerpen die in het visitatierapport zullen komen, worden doorgesproken. Hiervoor wordt tijd gereserveerd in het programma. De conclusies en aanbevelingen worden vervolgens besproken met de gevisiteerde(n), aan wie een reactie wordt gevraagd.
4. Het visitatierapport bevat een samenvatting van de waarnemingen die zijn gedaan tijdens de visitatie. Hierbij wordt de volgorde van het zorgproces gehanteerd, zoals patiënten die doorlopen: van toegangstijd en behandeling tot terugverwijzing. Het rapport eindigt met conclusies en aanbevelingen. Gegevens uit de vragenlijst worden alleen nog in het rapport opgenomen als dit noodzakelijk is voor een beter begrip. Op deze wijze is het rapport beknopter en overzichtelijker geworden.
5. De aanbevelingen zijn concreet, goed onderbouwd en aangepast aan de plaatselijke situatie. Dit betekent dat de aanbevelingen alleen worden gegeven als blijkt dat deze ook kunnen worden uitgevoerd.
6. Een gewenst resultaat van de diverse verbeteringen is dat er momenteel minder reacties uit de maatschappen komen naar aanleiding van het rapport dan tijdens de eerste ronde.

De visitatieprocedure

De visitatiecommissie bestaat uit twee dermatologen en één adviseur van het CBO. Eén van de dermatologen is lid van de Commissie Visitatie van de NVDV, waar acht dermatologen deel van uitmaken. De andere visiteur komt uit een pool van visiteurs, die allen een visitatietraining hebben gevolgd.

De visitatie bestaat uit drie onderdelen:

1. Papieren oriëntatie
2. Visitatiebezoek
3. Visitatierapport

Papieren oriëntatie

Ter voorbereiding bestudeert de visitatiecommissie relevante gegevens, zoals ingevulde visitatievragenlijsten, beleidsplannen en jaarverslagen.

Visitatiebezoek

Tijdens het bezoek beziet de commissie hoe het proces van zorgverlening is ingericht. De commissie verzamelt informatie over het zorgproces door het voeren van gesprekken, een rondleiding door de praktijk en het inzien van documenten. Aan het eind van de dag formuleert de commissie voorlopige conclusies en aanbevelingen en koppelt deze terug naar de gevisiteerde(n).

Visitatierapport

Na het bezoek stelt de adviseur van het CBO een conceptrapport op. Dit wordt door de visiteurs becommentarieerd

en het volgende concept wordt besproken in de Commissie Visitatie van de NVDV. Het conceptrapport wordt aan de hand hiervan zodanig aangepast en vervolgens naar de gevisiteerden gestuurd. Reacties hierop worden eventueel verwerkt waarna het definitieve visitatierapport naar de gevisiteerden gaat. Dit rapport is de feitelijke weergave van de bevindingen over het zorgverleningsproces en van de suggesties ter verbetering. De uitkomsten van de visitaties worden vertrouwelijk behandeld. De gevisiteerde maatschap/vakgroep is vrij om de informatie openbaar te maken of te bespreken met anderen.

Effecten van visitatie

Het inzicht in eigen handelen wordt door visitaties vergroot. Dit gebeurt door het invullen van de vragenlijst (bewustwording), het voeren van gesprekken met en het krijgen van feedback van de visitatiecommissie. Dit inzicht is een noodzakelijke eerste stap in het proces van kwaliteitsbevordering. Visitatie blijkt tevens een mogelijkheid te zijn om zich op een constructieve wijze te spiegelen aan collega's door gezamenlijk te kijken naar mogelijkheden tot kwaliteitsverbetering.

Daarnaast wordt langzamerhand duidelijk welk effect de visitaties uit de eerste ronde hebben gehad. In de tweede ronde is bij iedere visitatie gevraagd in hoeverre de aanbevelingen uit het vorige visitatierapport zijn uitgevoerd. Het blijkt dat circa de helft van de aanbevelingen in de praktijk ook daadwerkelijk is geëffectueerd. De redenen waarom de andere helft niet is uitgevoerd zijn soms heel legitiem, zoals veranderingen binnen de maatschap of in het ziekenhuis. Als eerdere aanbevelingen niet zijn, maar wel kunnen worden opgevolgd dan worden deze wederom in het rapport opgenomen.

De aanbevelingen van de visitatiecommissies

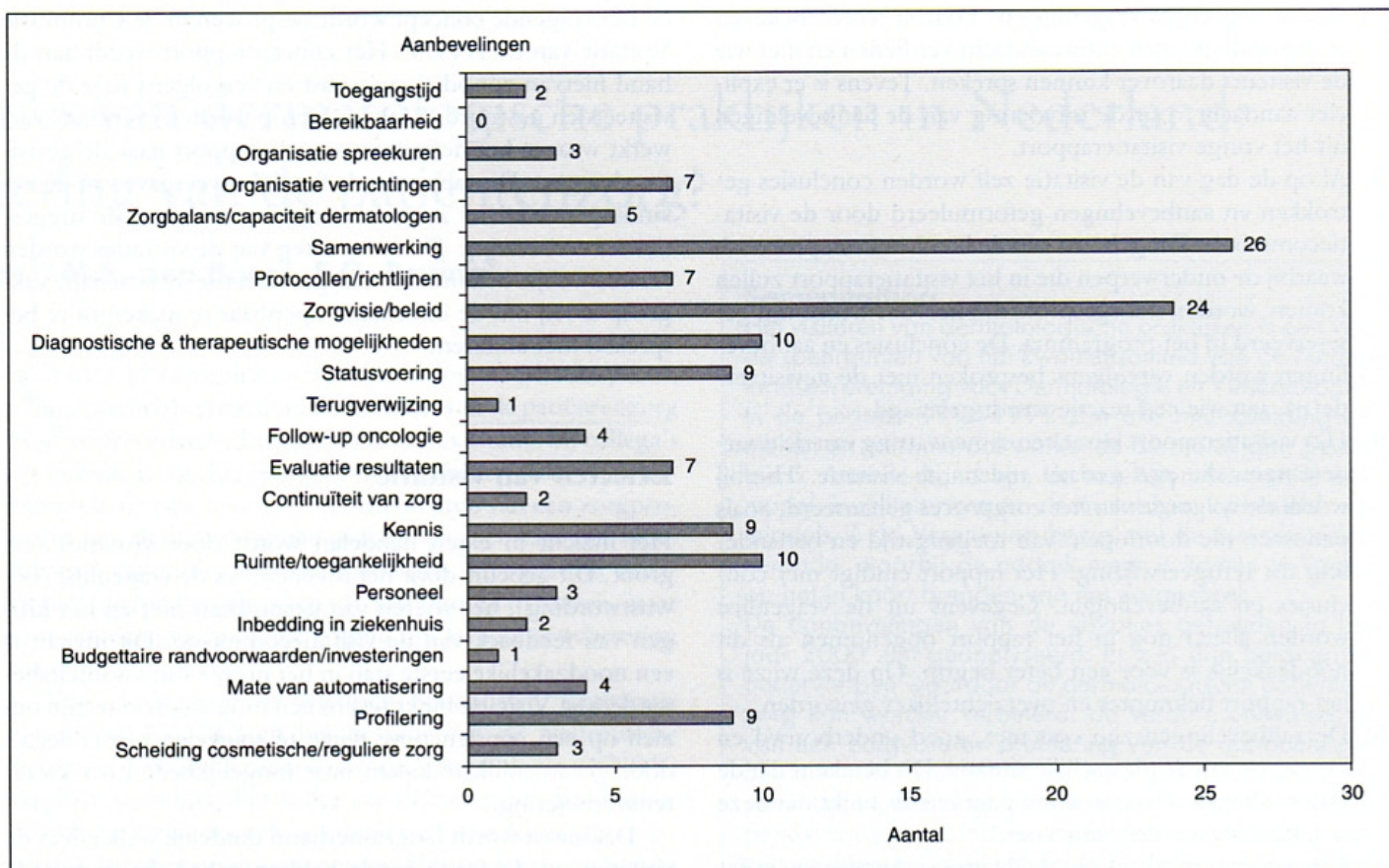
Om inzicht te krijgen in de aard van de aanbevelingen is een inventarisatie gemaakt van alle aanbevelingen uit de visitaties die in 2000 zijn uitgevoerd. Dit inzicht is van belang om vast te kunnen stellen welke elementen van het zorgproces van dermatologen extra aandacht behoeven. In 2000 zijn 18 praktijken gevisiteerd. Deze visitaties hebben 148 aanbevelingen opgeleverd (figuur 1). Gemiddeld zijn dit 8,2 aanbevelingen per visitatie met een spreiding van 5-14.

In figuur 1 is te zien dat 79 van de 148 (53%) aanbevelingen gaan over één van de volgende drie onderwerpen:

- Zorgvisie/beleid en profilering: n=33 (22%)
- Samenwerking: n=26 (18%)
- Diagnostische en therapeutische mogelijkheden en ruimte: n=20 (14%)

Zorgvisie/beleid en profilering

De aanwezigheid van een visie op de dermatologische zorgverlening is tijdens de visitatie direct herkenbaar: er zijn door de dermatoloog/dermatologen keuzes gemaakt ten aanzien van diagnostiek en behandeling. Reflectie op de dermatologische zorgverlening is een voorwaarde voor het ontwikkelen van deze visie. Vanuit de visitatiecommissie



Figuur 1. Aantal aanbevelingen per item, jaar 2000.

wordt daarom veel aandacht geschonken aan dit onderdeel tijdens de visitatie. Het maken van een jaarverslag en een beleidsplan zijn noodzakelijke voorwaarden voor het ontwikkelen van een uitgesproken visie. In een jaarverslag komen de activiteiten te staan van het afgelopen jaar, onderbouwd met cijfermateriaal. In een beleidsplan worden nieuwe doelstellingen geformuleerd op basis van het jaarverslag. Tevens wordt beschreven hoe de vakgroep deze doelstellingen wil bereiken.

Dit proces kan leiden tot een opwaartse spiraal: het maken van een jaarverslag en een beleidsplan geeft inzicht in de praktijkvoering en dwingt de vakgroep tot het maken van keuzes. Dit levert een maatschap op met een proactieve handelwijze (in plaats van een reactieve) die zich kan profileren richting directie, samenwerkingspartners en verwijzers. In de praktijk blijkt dat hierdoor mogelijkheden worden gecreëerd om de praktijk uit te bouwen of efficiënter in te richten. Het is de Commissie Visitatie gebleken dat het luid, duidelijk en goed onderbouwd uitdragen van wat je wilt in en met de praktijk een belangrijke impuls geeft aan de verbetering van de patiëntenzorg. De Commissie Visitatie heeft daarom een raamwerk voor het maken van een jaarverslag/beleidsplan opgesteld (www.nvdl.nl). Praktijken worden op deze wijze ondersteund bij het uitvoeren van aanbevelingen.

Samenwerking

Samenwerking houdt in dat de dermatoloog/maatschap actief participeert in multidisciplinaire samenwerkingsvormen, zoals een 'vaatoverleg', spreekuur 'diabetische voet' of 'decubituscommissie'. Op deze wijze wordt de expertise van de verschillende specialismen optimaal benut en wordt dubbel onderzoek voorkomen. Bovendien wordt hiermee geanticipeerd op ontwikkelingen in de gezondheidszorg: diagnos-

tiek en behandeling zullen steeds meer geconcentreerd worden rondom specifieke zorgprocessen. Hierbij valt te denken aan mammapoli's, CVA-ketenzorg en diabetische voetpoliklinieken. Hiermee krijgen patiënten optimale therapie en worden doorstroomtijden aanzienlijk verkort. Dit voorkomt ook eilandvorming van de vakgroep in het ziekenhuis.

Daarnaast is ook de *intra*-disciplinaire samenwerking van groot belang. Het onderling afstemmen van de dermatologische zorgverlening is van belang om te komen tot één vakgroep met een vergelijkbare werkwijze. Dit geeft duidelijkheid aan patiënt en huisarts, omdat er een eenduidig beleid gehanteerd wordt ten aanzien van diagnostiek en therapie, zomogelijk ondersteund door protocollen. Deze intradisciplinaire samenwerking heeft een positieve invloed op de deskundigheid van de dermatologen en is een voorwaarde om tot een beleidsplan en profilering te komen.

Diagnostische / therapeutische mogelijkheden en ruimte

De commissie vindt het van belang dat de dermatologische zorgverlening voldoende breed wordt uitgeoefend in relatie tot de grootte van de vakgroep. De definitie van voldoende breed is niet eenvoudig te geven, maar in de praktijk blijkt dat sommige maatschappen zich eenzijdig ontwikkelen en een beperkt behandelarsenaal hebben, zoals alleen cosmetische dermatologie, flebologie of allergologie. Brede uitoefening van het vak houdt de vaardigheden van de vakgroep als totaal op peil. Tevens voorkomt dit (onnodige) verwijzingen naar andere specialismen. Dit laat onverlet dat een zekere mate van specialisatie zeker zinvol kan zijn, met name bij grotere vakgroepen.

Met betrekking tot de ruimte is een goed geoutilleerde en voldoende ruime werkplek een belangrijke voorwaarde

om kwalitatief goede dermatologische zorg te kunnen verlenen. Ook zijn voldoende onderzoeks- en behandelkamers met goede privacy in de onderzoekskamers evenals een goede verlichting belangrijk. Dit bevordert de efficiëntie en de werksfeer voor alle betrokkenen: de patiënt, het personeel en de dermatoloog.

Huidige en toekomstige ontwikkelingen

Visitatie is niet meer weg te denken als kwaliteitsinstrument. Niet alleen monodisciplinair. Steeds vaker worden *multidisciplinaire* visitaties uitgevoerd, bijvoorbeeld bij IC- afdelingen, waar visitaties worden uitgevoerd door intensivisten en IC-verpleegkundigen tezamen. Ook zien we dat er steeds meer accent wordt gelegd op het afstemmen van visitaties van de diverse beroepsverenigingen en audits van de ziekenhuisorganisatie. Zo zijn veel ziekenhuizen bezig zich te laten accrediten door het Nederlands Instituut voor de Accreditatie van Ziekenhuizen (NIAZ). Door de Orde van Medisch Specialisten is in samenwerking met het CBO het project Actualisatie Visitaties gestart. Het afstemmen van de verschillende manieren van audit en het meer accent leggen op de inhoud van de zorgverlening, zijn daarbij belangrijke doelen. De NVDV participeert ook in dit project.

Vanuit de Commissie Visitatie van de NVDV wordt een aantal nieuwe onderwerpen geïntroduceerd, die als doel hebben het visitatieproces te verbeteren:

- *Patiëntenperspectief.* Het betrekken van de mening van patiënten bij visitaties. Hiervoor wordt momenteel een vragenlijst ontwikkeld voor patiënten. De gevisiteerden worden gevraagd om vóór de visitatie een enquête onder hun patiënten te houden. De resultaten van deze tevredenheidsmeting worden gebruikt tijdens de visitatiedag.
- *Spiegelinformatie.* Er blijkt veel behoefte te zijn aan objectieve vergelijking van de eigen praktijk met andere maatschappen. Wat is de gemiddelde herhaalfactor, hoeveel nieuwe patiënten behandelt een dermatoloog gemiddeld en hoeveel fte poli-assistentie is beslist noodzakelijk, etc.
- *Gebruik van indicatoren bij richtlijnen.* Tijdens visitaties zal met behulp van indicatoren meer aandacht worden besteed aan het toepassen van de richtlijnen die door de

NVDV zijn uitgegeven. Op deze wijze worden de dermatologen gestimuleerd de richtlijnen te implementeren. Tevens krijgt de Kwaliteitsraad feedback over het gebruik van de richtlijnen en kan de richtlijn op basis van praktijkervaringen eventueel worden aangepast.

- *Ondersteuning bij de uitvoering van aanbevelingen.* Vanuit de beroepsvereniging is besloten om ondersteuning te bieden aan maatschappen bij het uitvoeren van bepaalde aanbevelingen. Zo kan er bijvoorbeeld een gerichte training worden aangeboden voor het maken van een beleidsplan of kunnen suggesties worden gedaan aan de maatschappen om contact op te nemen met 'best practices' op verschillende terreinen om de dermatologische zorgverlening op die specifieke gebieden te verbeteren.
- *Integratie van opleiding- en patiëntenzorgvisitaties van academische vakgroepen.* Er vindt een onderzoek plaats naar de voor- en nadelen van de integratie van opleidingvisitatie en patiëntenzorgvisitatie van academische ziekenhuizen. De academische ziekenhuizen in Leiden en Groningen zijn al op één dag gevisiteerd door zowel het Concilium (dat naar de opleiding kijkt) alsook door de visitatiecommissie (die de patiëntenzorg beoordeelt).
- *Complicatieregistratie.* Er is in samenwerking met de Orde een projectgroep gestart die voor de beroepsvereniging een opzet maakt voor de wijze van registreren van complicaties.

Conclusies

De visitaties van dermatologische praktijken in Nederland, die vanaf 1994 worden uitgevoerd, hebben geleid tot een aantal veranderingen in de praktijkvoering. Er is meer aandacht voor reflectie en het ontwikkelen van een zorgvisie. Deze visie wordt duidelijk gecommuniceerd naar directie, staf en huisartsen. De samenwerking met aanpalende specialismen wordt versterkt. Dermatologische vakgroepen ontwikkelen zich voldoende breed en er wordt gezorgd voor goed geoutilleerde en voldoende ruime werkplekken. Ook op andere gebieden, die in dit artikel niet besproken worden, worden veranderingen doorgevoerd, zoals bijvoorbeeld het gebruik van richtlijnen en protocollen.

In de toekomst zal bij visitaties het accent sterker komen te liggen op de inhoud van de zorgverlening. Ook dit zal veranderingen van de praktijkvoering met zich meebrengen. De verwachting is dat al deze veranderingen een positief effect hebben op de kwaliteit van de dermatologische patiëntenzorg in Nederland.