

INGEZONDEN REACTIE

NIEUW VISITATIEMODEL IN DE PRAKTIJK

**J.A. Fossen, F.J.L. Reijnders,
J.G.M. Derksen**

In het februari-nummer van NTOG is de aanleiding en de opzet van het project actualisatie visitatie beschreven. In dit artikel willen we nader ingaan op de praktijk van deze nieuwe manier van visiteren.

Op 23 januari 2004 vond in het Beatrix Ziekenhuis in Gorinchem de eerste visitatie plaats volgens het nieuwe model. De voorzitter van de maatschap gynaecologie in Gorinchem, dhr. J.G.M. Derksen, geeft zijn mening over de nieuwe opzet.

De visitatie was dit keer een mix van nieuwe en oude onderdelen. De nieuwe onderdelen waren besprekingen van de resultaten van de medical audit, de patiëntenenquête en de quick scan die over het maatschapsfunctioneren gaat. Voor deze nieuwe onderdelen moest een aantal gesprekken wijken, zoals het gesprek met de uroloog en de huisarts.

Derksen: 'Het programma was in die zin anders dat we meer bij de visitatie betrokken werden dan voorheen, dat heb ik als erg waardevol ervaren. Wij hadden als maatschap veel voorwerk gedaan en dat is de kracht van

deze vorm van visiteren: het dwingt je tot zelfevaluatie'.

MEDICAL AUDIT

Bij de medical audit stond de richtlijn zwangerschapshypertensie centraal. De maatschap is gevraagd om een serie vragen te beantwoorden bij enkele casus met ernstige zwangerschapshypertensie, HELLP of pre-eclampsie. Op deze wijze kunnen we inzicht krijgen in hoeverre richtlijnen en protocollen worden nageleefd.

Derksen: 'We hebben in het partusboek van de laatste twee jaar in eerste instantie 12 patiënten geselecteerd. Aan de hand daarvan hebben we drie casus geëvalueerd en beschreven, per casus conclusies getrokken en verbeterplannen gemaakt. Deze procedure was erg zinvol omdat je gewoonlijk niet zo intensief je eigen handelen achteraf vergelijkt met het protocol. Onze verwachting was dat de casus die wij beschreven hadden beoordeeld zou worden door de commissie. Dat bleek niet het geval te zijn. De nadruk ligt op zelfevaluatie en, aan de hand daarvan, door middel van het opstellen van een verbeterplan, kwaliteit optimaliseren in de opvang en behandeling van deze patiënten. Zo kan bij ons de statusvoering worden geoptimaliseerd. Met name documentatie over opname/ontslag datum was soms lastig terug te vinden en ook was de reden voor opname en het beleid niet altijd eenduidig beschreven. Ook willen we bij ernstige HELLP profylactisch gaan starten met MgSO₄. Tijdens het nagesprek zullen we voortaan patiënte en haar partner wijzen op het bestaan van de patiëntenvereniging. Het instrument biedt al met al voldoende aanknopingspunten voor verbetering'.

PATIËNTENENQUÊTE

Voor dit onderdeel is een vragenlijst ontwikkeld die gebaseerd is op de internationaal gebruikte en gevalideerde EUROPEP vragenlijst. Deze vragenlijst is ontwikkeld voor de huisartsenpraktijk en omgezet naar de setting van de medisch specialist.

Uitgangspunt is geweest alleen te vragen naar zaken waar de specialist invloed op heeft en dat de vragenlijst in betrekkelijk korte tijd is in te vullen. En tot slot gaan we ervan uit dat we hiermee een indruk krijgen van de patiëntenwaardering op basis waarvan de maatschap verbeteringen kan doorvoeren. Het is dan ook geen wetenschappelijk onderzoek.

Derksen: 'Ik vind het een belangrijk onderdeel, patiënten zijn in feite te gast en zij komen hier op visite, wij zijn er voor de patiënt. Persoonlijk heb ik er ook veel aan gehad omdat ik een blinde vlek heb ontdekt: de voor- en nadelen van verschillende medicatie uitleggen doe ik lang niet altijd. Uit de enquête kwam naar voren dat patiënten naar hun mening daar geen of te weinig informatie over hadden ontvangen. Ik ben daar nu wel extra op gaan letten. Voor de maatschap als geheel willen we patiënten in de wachtkamer informeren over de wachttijd. Eén van de enquête uitkomsten is dat als patiënten weten hoelang ze moeten wachten, het beter wordt geaccepteerd.

Procedureel zou je eigenlijk de secretaresse moeten instrueren om zo nu en dan, zonder dat wij het weten, een enquête uit te delen. Nu wisten wij ervan en deden we natuurlijk extra ons best om goed uit de verf te komen. Dat zou in de instructie ook nog meer benadrukt mogen worden, dat het gaat om een evaluatie waar je

*J.A. Fossen, adviseur, Kwaliteitsinstituut voor de
Gezondheidszorg CBO
F.J.L. Reijnders, gynaecoloog, Slingeland Ziekenhuis
Doetinchem en voorzitter Commissie Visitatie van de
NVOG.
J.G.M. Derksen, gynaecoloog, Beatrix Ziekenhuis,
Gorinchem*

*Correspondentie-adres:
Drs. J.A. Fossen
Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO
Postbus 20064, 3502 LB Utrecht
E-mail: j.fossen@cbo.nl*

zelf iets aan moet hebben en waar je zelf én als maatschap, conclusies uit kunt trekken'.

MAATSCHAPSFUNCTIONEREN

Tot op heden is het maatschapsfunctioneren tijdens de visitaties aan bod gekomen in de vorm van feitelijke vragen over met name de organisatie van de praktijk en de manier van werken. Bijvoorbeeld: worden periodiek maatschapvergaderingen gehouden? Worden deze vergaderingen genotuleerd? Heeft de maatschap (één van de leden) zitting in staf- en/of ziekenhuiscommissies? Deze praktische benadering schiet echter tekort als het gaat om het systematisch in kaart brengen van alle aspecten van het maatschapsfunctioneren en het waar nodig realiseren van vernieuwingen. Hiervoor is de quick scan ontwikkeld.

De quick scan maakt onderscheid tussen 'harde' en 'zachte' kanten van het maatschapsfunctioneren. Harde kanten hebben betrekking op: de wijze van besluitvorming, afspraken over registratie, administratie, het organiseren van vergaderingen etc. Daarnaast is een goede mentale ver-

ankering en een positief samenwerkingsklimaat (zachte kanten) van belang om als maatschap effectief te functioneren.

Derksen: 'Het instrument biedt aanknopingspunten om naar het eigen functioneren als maatschap te kijken. Zo was het voor verpleging, staf en directie niet altijd eenduidig wie het aanspreekpunt van de maatschap op een bepaald onderdeel van het vakgebied was. Verder hebben we diverse voornemens beschreven. Deze verwerken we in ons beleidsplan.

De visitatiecommissie velt geen waarde-oordeel over ons functioneren, dat zouden ze ook moeilijk kunnen. Eventueel zouden ze wel tips ter verbetering of ter aanvulling kunnen geven. Al met al zijn wij enthousiast over de resultaten, wij menen dat de zelfreflectie erdoor is gestimuleerd'.

Deze proefvisitatie laat zien dat de nieuwe instrumenten een meerwaarde hebben ten opzichte van het oude visitatiemodel. De regie ligt bij de maatschap, zij worden uitgedaagd plannen te maken voor het verbeteren van hun praktijkvoering, zowel medisch-inhoudelijk als organisatorisch. Daarnaast is de ervaringsdeskundigheid van patiënten meegenomen

in dit model en kan ook dat aanleiding zijn om verbeteringen door te voeren.

Derksen: 'De drie nieuw ingevoerde methodieken vind ik sterk bij dit nieuwe visitatiemodel, deze voegen echt iets toe. Met deze instrumenten krijg je, op de getoetste aspecten, inzicht in het functioneren, de geleverde kwaliteit en de visie van de patiënt daarop. Daarnaast was de sfeer die de commissie neerzette integer, ongedwongen en enthousiast. Ik heb de suggesties en het commentaar dat ze hadden daardoor erg gewaardeerd. Wel is het van belang om bij de introductie van dit model bij collega's ondersteuning aan te bieden. Dit kan in de vorm van spread sheets, maar ook door regelmatig contact te onderhouden met de maatschap tijdens de voorbereidingen.'

De eerste ervaringen bij de proefvisitaties zijn voor de projectgroep actualisatie visitatie, die wordt ondersteund door adviseurs (drs. J. Fossen voor de NVOG) van het CBO, erg bemoedigend. Alle reden om op deze nieuw ingeslagen weg door te gaan. In 2004 wordt het project voortgezet en uitgebreid naar andere wetenschappelijke verenigingen.