

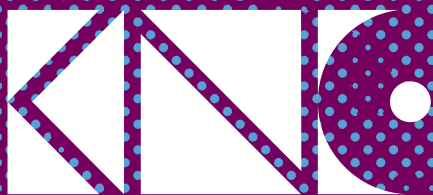
Nederlands Tijdschrift voor

KEEL-NEUS- OORHEELKUNDE

28E JAARGANG | 2022

SPECIAL
KWALITEIT

Extra druk voor externe publicatie



THE NETHERLANDS JOURNAL OF OTORHINOLARYNGOLOGY AND HEAD AND NECK SURGERY



Colofon

Het Nederlands Tijdschrift voor Keel-Neus-Oorheelkunde is een uitgave van de Nederlandse Vereniging voor Keel-Neus-Oorheelkunde en Heelkunde van het Hoofd-Halsgebied.

Secretariaat van de KNO-vereniging

Mercatorlaan 1200
3528 BL Utrecht
Tel. 030-320 12 15
E-mail: kno@kno.nl
www.kno.nl

Redactie

Dr. H. van den Berge, hoofdredacteur
Dr. C.C. Bommeljé
Dr. J. Honings
Prof. dr. G.J. Hordijk
Drs. I.H. Nauta
Dr. J. van Tongeren
Drs. F. Ziyilan

Redactiesecretariaat

Redactiesecretariaat
Springer Healthcare
Mw. drs. R.B. Mouton-Verschoor,
projectmanager
Postbus 246, 3990 GA Houten
Tel. 030 - 638 36 98
kno@springer.com

ISSN 1381-6683

© Nederlandse Vereniging voor Keel-Neus-Oorheelkunde en Heelkunde van het Hoofd-Halsgebied, Utrecht

Nederlands Tijdschrift voor Keel-Neus-Oorheelkunde

Extra druk voor externe publicatie

Voorwoord

U hebt een bijzondere editie van ons KNO-magazine in handen. Onze bedoeling is u te verrassen en te inspireren met één of meer artikelen. Kwaliteitsbeleid is een veelomvattend thema. In dit magazine maken wij kwaliteitsbeleid concreet door onze eigen KNO-zorg als voorbeeld te gebruiken. We hebben daarbij structuur aangebracht door de diverse modellen en kwaliteitsinstrumenten in vijf subthema's te groeperen. Sommige artikelen zullen voor u herkenbaar zijn, andere zullen u wellicht verrassen en u inspireren tot nieuwe ideeën en inzichten.

Voor organisaties is het een uitdaging verbeterprocessen helder en praktisch te houden, zodat alle zorgprofessionals zich betrokken voelen. De KNO-vereniging geeft op dit moment een boost aan dit proces door te werken met kerngroepen die geformeerd zijn rond acht verschillende thema's rondom KNO-zorg waar de zorgprofessionals zelf aan het roer staan: Otologie, Vestibulologie, Rinologie, Laryngologie, Slaapgeneeskunde, Pediatrie, Aangezichtschirurgie en Hoofd-halschirurgie. Opvallend is hoe zo in korte tijd landelijk netwerken worden opgebouwd, de kennis onder de leden wordt verdiept en landelijke registratiesystemen voor uitkomsten van zorg worden opgezet. In dit magazine wordt u door onze pioniers geïnformeerd over de basisideeën die ten grondslag liggen aan de kwaliteitsslagen die binnen onze beroepsgroep worden gemaakt.

Het visiedocument 'Medisch Specialist 2025' van de Federatie Medisch Specialist (2017) en de landelijke akkoorden (het Hoofdlijnenakkoord en heel recent het Integraal zorgakkoord 2022) bevestigen dat we op de goede weg zitten en motiveren ons op volle kracht door te gaan. Wij zijn en worden bij de uitvoering geholpen door het Kennisinstituut van de Federatie Medisch Specialist, dat een proactieve en creatieve rol speelt bij onze kwaliteitsprojecten.

Wij hopen dat u even voor dit magazine kan gaan zitten. Het is voor de meesten geen alledaagse kost, maar wel belangrijk voor de toekomst van de zorg voor onze patiënten.

Dr. Herbert van den Berge
Hoofdredacteur

Prof. dr. Henri A.M. Marres
Voorzitter Nederlandse Vereniging
voor Keel-Neus-Oorheelkunde en
Heelkunde van het Hoofd-Halsgebied

Mocht u na het lezen van dit magazine vragen hebben of een reactie willen geven, mailt u dan naar kno@kno.nl.

Voorwoord	3
<i>Herbert van den Berge en Henri Marres</i>	
KWALITEITSREGISTRATIE/ZORGEVALUATIE:	
Nut en noodzaak van kwaliteitsregistraties in de KNO-heelkunde	5
<i>Joeri Buwalda, David Colnot</i>	
Hoe de kwaliteitscyclus KNO draait	10
<i>Evelyn van Lochem</i>	
Kwaliteitsvisitatie: wat heeft het ons gebracht en wat wordt de toekomst?	14
<i>Jan Duijvestijn</i>	
Praktijkvariatie binnen een KNO-vakgroep	17
<i>Jeroen Rosingh</i>	
Incidenten melden, niet met de gebakken peren blijven zitten	21
<i>Commissie Analyse Ernstige Incidenten en Peer Support: Pauline van Kempen, David Colnot, Maaïke Siemers, Dennis Kox, Frank van den Hoogen, Fuat Ziylan, Minke van den Berge, Judith Schmidt</i>	
INITIATIEVEN OP HET GEBIED VAN KWALITEIT VAN ZORG:	
Zorgevaluatie: de cirkel sluiten	28
<i>Raphael Hemler</i>	
Verbetersignalen: Zinnige Zorg voor de KNO	33
<i>David Colnot en Joeri Buwalda</i>	
De Juiste Zorg op de Juiste Plek: leg de juiste vinger op de zere plek	37
<i>Liane Tan</i>	
Project Duizeligheidscentra: een landelijk netwerk voor duizeligheidszorg	43
<i>Kerngroep Vestibulogie: Stephanie Winters, Leonie Wijermars, Willem Kelders, Raymond van de Berg</i>	
RICHTLIJNEN:	
PLUG&PLAY: de eerste resultaten van PLUG	46
<i>Rico Rinkel, Dieuwke Leereveld</i>	
PLAY, doet u mee?	50
<i>Froukje Cals</i>	
OPLEIDING:	
De KNO-opleiding en de veranderende rol van de vereniging	53
<i>Ivonne Ligtenberg, Milou van Orsouw</i>	
OVERIG:	
How I do it	
Een voorbeeld van de invulling van het vakoverstijgend profiel 'medisch leiderschap' binnen de opleiding tot KNO-arts	57
<i>Jeroen Peters, Jet van den Akker</i>	

Nut en noodzaak van kwaliteitsregistraties in de KNO-heelkunde

Joeri Buwalda, David Colnot

Samenvatting

De NVKNO en haar leden staan voor het leveren van de beste zorg voor de individuele patiënt in nauwe samenwerking met de belanghebbende partners. Het kwaliteitsbeleid wordt gekenmerkt door de zogenoemde kennis- en kwaliteitscyclus, bestaande uit het beschrijven, evalueren en verder ontwikkelen van deze zorg. Kwaliteitsregistratie wordt gezien als een belangrijk (toekomstig) instrument in die cyclus. Steeds meer wordt kritisch gekeken naar de wetenschappelijke onderbouwing van ons handelen en naar de 'waarde' van onze zorg in relatie tot de kosten. De NVKNO is van mening dat, als het gaat over kwaliteit en de waarde van onze zorg, de leidende rol van de beroepsgroep waarborgd moet zijn. Door het goed registreren, duiden en doorontwikkelen van de door de beroepsgroep zelf als relevant aangemerkte parameters kunnen zorgprocessen en uitkomsten worden verbeterd, kan onderzoek naar onze kennishiaten worden gefaciliteerd en kunnen deze 'opbrengsten' worden vertaald naar de spreekkamer. Zo is en blijft kwaliteit van zorg een zaak van dokters ten behoeve van de hun toevertrouwde patiënten.

Trefwoorden

Kwaliteit van zorg, kennis- en kwaliteitscyclus, kwaliteitsregistratie, kwaliteitsinstrument

Abstract

In collaboration with relevant stakeholders, the Dutch ENT society and its members stands for the best quality of patient care. The quality policy is defined by a so called cycle of knowledge and quality, consisting of describing, evaluating and developing ENT-care. Quality registry is considered to be a pivotal (future) quality instrument in the mentioned cycle. More and more, medical treatment is evaluated with respect to scientific evidence and its value in relation to costs. When it comes to defining quality of care, the leading role of the profes-

sionals is essential. Appropriate registration, interpretation, and ongoing development of relevant parameters can improve healthcare processes and outcomes and encourage research that addresses current 'knowledge gaps', which may later be translated into clinical practice. Quality of care is and will remain an essential factor for all healthcare professionals in the successful treatment of their patients.

Keywords

Quality of care, cycle of knowledge and quality, quality registry, quality instrument

Inleiding

De betere dokter is de dokter die nauwkeurig bijhoudt wat zij of hij doet en daarvan leert.¹ Dit klinkt als een open deur. Toch blijkt bij menige kwaliteitsvisite dat men eigenlijk maar weinig inzicht heeft in de eigen behandelresultaten of die van de vakgroep.² Ook in publicaties en richtlijnen ontbreken vaak precieze data. Zo zijn er bijvoorbeeld geen exacte getallen over de prevalentie van cholesteatoom of aantallen cholesteatoomoperaties in Nederland,³ of over de resultaten van chirurgische behandeling van neuspoliepen bij patiënten met cystische fibrose.⁴ Het merendeel van de aanbevelingen in onze richtlijnen heeft een lage bewijsgraad. Bij het opstellen van de kennisagenda's worden dergelijke aanbevelingen aangemerkt als kennishiaat. Een onlangs uitgevoerde ledenraadpleging leerde dat er wel een grote behoefte is aan registratie en terugkoppeling van informatie.⁵ Dit is niet verbazingwekkend, want door het delen van informatie wordt ons kennisniveau hoger en worden wij als professionals gemotiveerder voor de uitoefening van ons vak. Het delen van informatie onder KNO-artsen is gemeengoed en geschiedt op bijvoorbeeld KNO-vergaderingen, Speerpunten, cursussen en congressen. De toenemende digitalisering maakt ook het delen van casuïstiek op on-

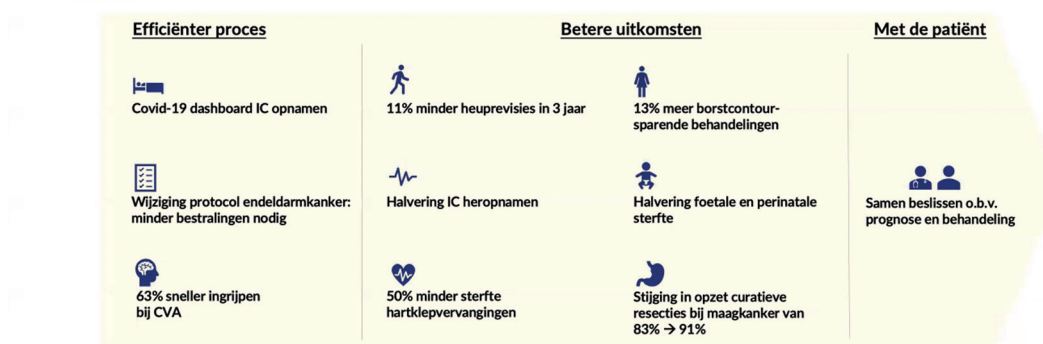
Deventer Ziekenhuis,
Deventer. Afd. KNO:
dr. J. Buwalda,
KNO-arts.

Diakonessenhuis,
Utrecht, Zeist, Doorn.
Afd. KNO:
dr. D.R. Colnot,
KNO-arts.

Beiden: bestuur
NVKNO



Leren en verbeteren



Figuur 1. De opbrengsten van kwaliteitsregistraties bij andere specialismen.

line platforms zoals Siilo mogelijk. Een gestructureerde manier om zorguitkomsten onderling te delen en te evalueren zijn kwaliteitsregistraties.

Kwaliteitsregistratie: wat is het en wat levert het op?

Onder een kwaliteitsregistratie wordt verstaan de opslag en verwerking van data met betrekking tot een welomschreven patiëntenpopulatie, gedefinieerd door een bepaalde aandoening, zorgtype of complicatie dan wel combinaties hiervan, met als doel de kwaliteit van zorg te meten, verbeteren en verantwoorden. Een kwaliteitsregistratie legt eigenschappen van de patiënt en van de geleverde zorg vast in termen van handelingen enerzijds en resultaten anderzijds. Dat kunnen ook door patiënten gerapporteerde gegevens zijn. Door in vergelijkbare situaties de zorg zelf en de belangrijkste resultaten vast te leggen (op basis van vooraf afgesproken variabelen) kunnen zinvolle verbanden worden gelegd en vergelijkingen worden gemaakt, waardoor het mogelijk is de zorg te verbeteren.⁶ Het fenomeen kwaliteitsregistratie is niet nieuw. Er zijn diverse landelijke registraties, zoals de Nationale Intensive Care Evaluatie (NICE), die van het Dutch Institute for Clinical Auditing (DICA), de Landelijke Registratie Orthopedische Implantaten (LROI) en de Nederlandse Hart Registratie (NHR). Aanleiding voor de ontwikkeling van deze registraties waren – naast het delen van informatie onder

beroepsgenoten – ook andere factoren, zoals de toenemende roep om transparantie van onze beroepsgroep (door patiënten, verzekeraars, overheidsinstanties en media) en de verhouding tussen de ‘waarde’ van ons handelen en de oplopende kosten.⁷ De voornoemde kwaliteitsregistraties hebben hun waarde op diverse niveaus bewezen: verbetering van technieken, vermindering van het aantal complicaties en heroperaties en reductie van sterfte (figuur 1). Patiënten zijn aantoonbaar beter af en de kosten van zorg gaan omlaag.¹ Veelgenoemde voordelen zijn de hoeveelheid data die wordt verkregen en de snelheid waarmee dat gebeurt, en daardoor de actualiteit van de gegevens. Hierdoor kunnen met data uit kwaliteitsregistraties veel sneller kennisvragen worden beantwoord en werkwijzen worden aangepast (richtlijnen) dan met informatie uit bijvoorbeeld randomized controlled trials.

Wat is het doel van de NVKNO?

De NVKNO ziet kwaliteitsregistratie als een instrument met een duidelijke plaats in het kwaliteitsbeleid (figuur 2). Het primaire doel is het verder verbeteren van de KNO-heelkundige zorg door uitwisseling van actuele en complete gegevens van het zorgproces en de uitkomsten van zorg. Daarnaast kunnen data uit kwaliteitsregistraties ons helpen met zorgevaluatieonderzoek naar kennishiaten zoals benoemd in de richtlijnen. Ook kunnen data

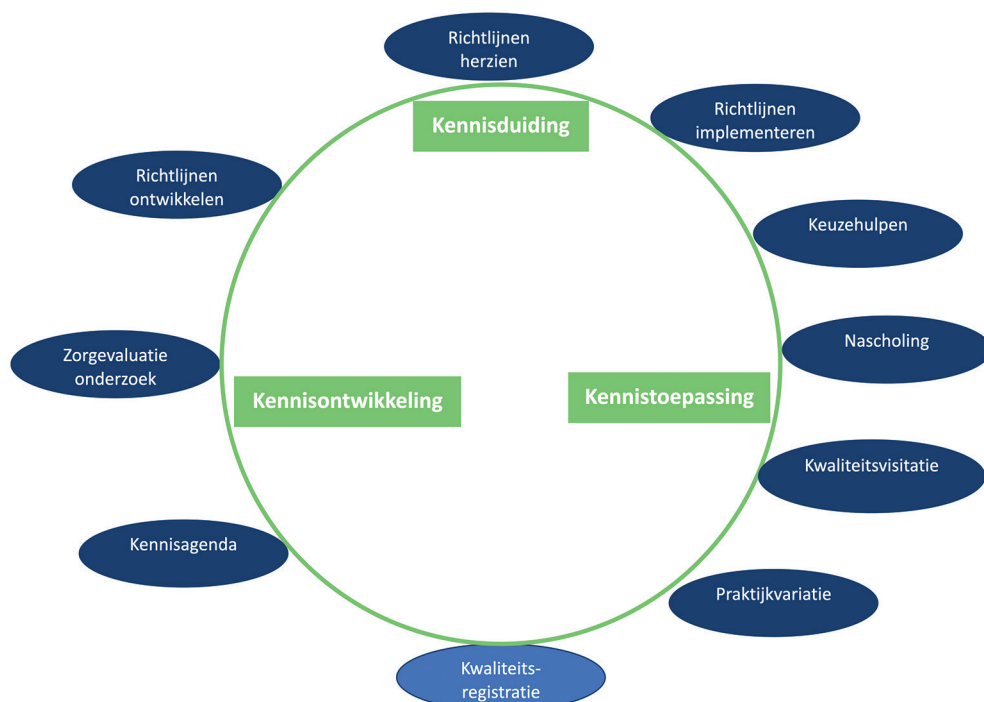
dienen als basis voor gesprekken en beslissingen met de individuele patiënt in de spreekkamer. Uiteindelijk is het van groot belang dat de beroepsgroep de regie heeft en houdt over de veelgenoemde ‘passende zorg’ voor onze patiënten.

Hoe kijkt de buitenwereld aan tegen onze kwaliteit van zorg?

Verschillende instanties verkrijgen informatie over geleverde zorg: de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ), het Zorginstituut Nederland (ZiN), de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa), de ziekenhuizen, de zorgverzekeraars, de patiëntenfederatie, consultants en media.

Ziekenhuizen sturen eens per jaar data naar de IGJ en het ZiN. De IGJ verzamelt, als toezichthouder op de kwaliteit van zorg, kwaliteitsindicatoren in de Basisset Medisch Specialistische Zorg.⁸ Deze indicatoren worden ontwikkeld en jaarlijks vastgesteld samen met de veldpartijen Federatie Medisch Specialisten (FMS), Nederlandse Federatie Universitair Medische Centra (NFU), Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ), Zelfstandige Klinieken Nederland (ZKN) en Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN). De indicatoren worden vermeld op <https://omniq.dhd.nl> en kunnen leiden tot nader onderzoek en visitatie.

Sinds 2017 wordt over deze indicatoren elk jaar een rapport gepresenteerd met de titel *Het Resultaat Telt*. Dit rapport is openbaar. De KNO-indicator die door de ziekenhuizen wordt aangeleverd, is gebaseerd op de *Richtlijn Stemklachten* en betreft het al of niet uitvoeren van preoperatief stroboscopisch onderzoek bij operaties met als doel stemverbetering. Het ZiN heeft het programma ‘Zorginzicht’, dat beoogt kwaliteitsinformatie over de zorg in Nederland inzichtelijk te maken voor de patiënt. Voor dit programma worden allerlei zogenoemde transparantie-indicatoren aangeleverd. Voor de KNO zijn dat: 1) het percentage patiënten dat een (adeno)tonsillectomie heeft ondergaan en binnen 14 dagen na de ingreep ook een heroperatie als gevolg van een nabloeding; 2) het percentage patiënten in dagbehandeling dat is gebeld op de dag na (adeno)tonsillectomie om navraag te doen naar de pijnintensiteit en 3) vijf indicatoren van de Dutch Head and Neck Audit (DHNA). Het ZiN maakt deze gegevens openbaar via de ‘Transparantiekalender’ en heeft allerhande keuze-informatie voor patiënten gebundeld op KiesBeter.nl. Zowel IGJ- als transparantie-indicatoren zeggen echter (te) weinig over de kwaliteit van de (KNO-)zorg in termen van uitkomsten en zijn in algemene zin niet geschikt als keuze-informatie voor patiënten.



Figuur 2. Instrumenten in de kennis- en kwaliteitscyclus.

Het ZiN bepaalt namens de overheid welke zorg wordt opgenomen in het basispakket verzekerde zorg. In 2013 is het ZiN gestart met het programma 'Zinnige Zorg' in opdracht van het ministerie van VWS. In dit programma, gesubsidieerd met 70 miljoen euro, wordt de bestaande zorg uit het basispakket systematisch doorgelicht op wetenschappelijke onderbouwing.⁹ De kern van het programma is de identificatie en het tegengaan van niet-effectieve of onnodige zorg.

De NZa houdt toezicht op de medisch-specialistische zorg en stelt regels op voor het registreren en declareren van behandelingen, voor informatieverstrekking aan patiënten en voor het proces van contracteren. Daarnaast bewaakt de NZa de toegankelijkheid van zorg door de zorgcapaciteit en wachttijden te monitoren. Via Open DIS-data (opendisdata.nl) is te zien bij hoeveel patiënten bepaalde diagnoses worden gesteld, met de bijbehorende zorgactiviteiten en zorgproducten.

Verzekeraars kunnen bij de inkoop van zorg voorwaarden stellen: bijvoorbeeld het registreren van indicatoren of het participeren in kwaliteitsregistraties. Ook zien wij dat individuele verzekeraars verder gaan in het stellen van eisen bij de inkoop van zorg, zoals het voldoen aan zogenoemde benchmarking. In de praktijk betekent dit dat een KNO-vakgroep in een ziekenhuis voor bepaalde diagnoses of zorgactiviteiten niet te veel mag afwijken van een gemiddeld aantal ingrepen of diagnoses ten opzichte van een referentiegroep. Een belangrijk nadeel van het gebruik van deze statistische werkwijze is het ontbreken van een goede inhoudelijke duiding van de gevonden afwijkingen. Het gebruik van deze methode houdt geen rekening met kwaliteit van zorg zoals lokale expertise van een bepaalde behandeling of het samen beslissen met de patiënt.

Kwaliteitsbeleid NVKNO

De NVKNO en haar leden staan voor het leveren van de beste zorg voor de individuele patiënt in nauwe samenwerking met de belanghebbende partners. Het kwaliteitsbeleid wordt gekenmerkt door de cyclus van beschrijven, evalueren en verder ontwikkelen van deze zorg. Goede voorbeelden zijn recent gepubliceerde zorgevaluatiestudies die hun basis vinden in de kennisagenda en tot stand zijn gekomen dankzij het doorzettingsvermogen

van de uitvoerende onderzoeksgroepen.^{10,11} Via de FMS participeren we in programma's die voortkomen uit het Hoofdlijnenakkoord medisch specialistische zorg 2019-2022, zoals ZorgEvaluatie en Gepast Gebruik (ZEGG) en Uitkomstgerichte Zorg (UZ). De NVKNO is van mening dat, als het gaat over kwaliteit en de waarde van onze zorg, de leidende rol van de beroepsgroep gewaarborgd moet zijn. Hiermee kan worden voorkomen dat er steeds moet worden gereageerd op rapporten van externe partijen die tot stand zijn gekomen met lastig te duiden data en berusten op onjuiste aannames. De beste manier om dit te doen is door registratie van uitkomstmaten die de beroepsgroep zelf als relevant beschouwt, die worden aangeleverd door alle KNO-artsen en die op de juiste manier worden geïdentificeerd, geëvalueerd en doorontwikkeld.

Waar staan we en waar willen we naartoe?

De Werkgroep Otologische Kwaliteitsregistraties (WOK) is in 2017 gestart als project met financiering vanuit de Stichting Kwaliteitsgelden Medisch Specialisten (SKMS). De aanvankelijke opzet bestond uit een registratie voor cochleaire implantaten met een zodanige structuur dat deze kon worden uitgebreid met andere categorieën. De registratie kreeg de naam Dutch Otologic Quality registry (DOQ).

In 2019 is de ontwikkeling van de DOQ gestaakt op verzoek van de FMS. De reden hiervoor was dat in het hoofdlijnenakkoord was overeengekomen dat er een eenduidige, efficiënt werkende organisatiestructuur van kwaliteitsregistraties en daaruit voortvloeiende dataverzameling moest komen. Dit bestuurlijke akkoord leidde tot het instellen van de onafhankelijke Commissie-Van der Zande, die in maart 2019 is gekomen met een aantal aanbevelingen.¹² Vervolgens werd aan de Commissie-Keuzenkamp gevraagd deze aanbevelingen te vertalen in concrete maatregelen. Deze maatregelen staan in het rapport van april 2020.¹³

De WOK heeft de verrichtingen van beide commissies op de voet gevolgd. De beschrijving van taken en verantwoordelijkheden van de belanghebbenden die betrokken zijn bij de otologische kwaliteitsregistratie, de 'governance', sluit dan ook aan bij voornoemde rapporten en kan ook worden aangevend voor onze toekomstige kwaliteitsregistra-

ties.¹⁴ Er zal een Stichting Kwaliteitsregistraties KNO (SKKNO) worden opgericht die zal optreden als registratiehouder. De set met aan te leveren data, de dataset, is tot stand gekomen via een consensusprocedure.¹⁵ Het betreft hier grotendeels data die als onderdeel van het zorgproces automatisch in het EPD worden vastgelegd. Voor de registratie van de diagnose wordt gebruik gemaakt van de diagnosethesaurus, die voor dit doel is verfijnd. De te registreren items worden ondergebracht in zorginformatiebouwstenen (Zibs). Er is een contract met dataverwerker Dutch Hospital Data (DHD) voor de aanlevering en terugkoppeling van de data en we zijn aangesloten bij de Samenwerkende Kwaliteitsregistraties (SKR). Het idee is om het aantal landelijke kwaliteitsregistraties uit te breiden. Met behulp van goed opgezette, landelijk gedragen kwaliteitsregistraties kan informatie over kwaliteit en doelmatigheid worden geïncorporeerd in de kwaliteitscyclus om daarmee bij te dragen aan het gerechtvaardigde vertrouwen in ons als professionals.¹⁶ Kwaliteit van zorg is en blijft immers een zaak van dokters ten behoeve van de aan hen toevertrouwde patiënten.

Referenties

1. Eddes EH, van Leeuwen A, Tollenaar R, et al. Beter dokteren. Hoe patiënten profiteren van big data. Amsterdam: Prometheus; 2020.
2. Duijvestijn J. Kwaliteitsvisite: wat heeft het ons gebracht en wat wordt de toekomst? Ned Tijdschr KNO Heelkd. 2022;28 Special kwaliteit: 18-20.
3. Ten Tije FA, Pauw RJ, Braspenning, et al. Uniform registration agreements on cholesteatoma care: a nationwide consensus procedure. Otol Neurotol. 2020;41:1094-101.
4. Kwaliteitsstandaard Cystic Fibrosis. https://richtlijndata-base.nl/richtlijn/kwaliteitsstandaard_cystic_fibrosis_cf/behandeling_chronische_rhinosinusitis_bij_cf.html, geraadpleegd op 02-04-2022.
5. Beleidsdocument KNO 3.0, Naar meer samenhang in kwaliteit. NVKNO 21-11-2019.
6. Heutink HE, de Jong A, Overbeke S. Leidraad Kwaliteitsregistraties. Den Haag/Utrecht: Nictiz/Zorginstituut Nederland; 2017.
7. De Visser M, Boot AWA, Werner GDA, et al. Kiezen voor houdbare zorg. Mensen, middelen en maatschappelijk draagvlak. Den Haag: Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid; 2021.
8. Basisset Medisch Specialistische Zorg. Utrecht: Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd; 2022. <https://www.igj.nl/zorgsectoren/ziekenhuizen-en-klinieken/publicaties/indicatorensets/2021/10/04/basisset-medisch-specialistische-zorg-2022>, geraadpleegd op 29-04-2022.
9. Colnot DR, Buwalda J. Verbetersignalen: Zinnige Zorg voor de KNO. Ned Tijdschr KNO Heelkd. 2022;28 Special kwaliteit: 37-40.
10. Van Egmond MMHT, Rovers MM, Hannink G, et al. Septoplasty with or without concurrent turbinate surgery versus non-surgical management for nasal obstruction in adults with a deviated nasal septum: a pragmatic, randomized controlled trial. Lancet. 2019;394:314-21.
11. Lourijen ES, Reitsma S, Vleming M, et al. Endoscopic sinus surgery with medical therapy versus medical therapy for chronic rhino sinusitis with nasal polyps: a multicentre, randomized, controlled trial. Lancet Respir Med. 2017;18:39.
12. Van der Zande A, Klazinga N, Bilo H, et al. Advies commissie governance van kwaliteitsregistraties. (Ont)regel de Zorg; 2019. <https://www.ordz.nl/documenten/publicaties/2019/07/22/advies-commissie-governance-van-kwaliteitsregistraties>, geraadpleegd op 29-04-2022.
13. Keuzenkamp H. Een programma voor regie op kwaliteitsregistraties en verbetering van datagovernance. 2020. <https://open.overheid.nl/repository/ronl-bd19f42e-2b2d-4b2d-8a5a-096c2a58df72/1/pdf/een-programma-voor-regie-op-kwaliteitsregistraties-en-verbetering-van-datagovernance.pdf>, geraadpleegd op 29-04-2022.
14. Governance KNO-kwaliteitsregistraties. Advies aan bestuur NVKNO. Utrecht: Werkgroep Otologische Kwaliteitsregistratie; 2021. <https://www.kno-leden.nl/leden/document/view/id/7123>, geraadpleegd op 02-04-2022.
15. DOQ KNO-kwaliteitsregistratie. 2021. <https://www.kno-leden.nl/leden/document/view/id/7133>, geraadpleegd op 02-04-2022.
16. Visiedocument Medisch Specialist 2025. Ambitie, vertrouwen, samenwerken. Utrecht: Federatie Medisch Specialisten; 2017.

Belangenverstrengeling/financiële ondersteuning

De auteur verklaart dat er geen sprake is van belangenverstrengeling.

Hoe de kwaliteitscyclus KNO draait

Evelyn van Lochem

NVKNO, Utrecht.
E.C. van Lochem,
programmamanager
KNO3.0.

Samenvatting

In dit artikel leest u hoe we in de kwaliteitscyclus van de NVKNO de zorg beter maken en wat dat voor u betekent. Na twee jaar 'KNO3.0' maken we de stand van zaken op van de projecten die bij elk KNO-thema zijn gestart. We geven u voorbeelden van hoe u de resultaten van die projecten zelf kunt gebruiken om de zorg die u dagelijks voor patiënten heeft nóg beter te maken. Bijvoorbeeld door met uw collega's binnen de vakgroep uitkomsten van zorg te vergelijken. Of door te toetsen of uw kennis van de richtlijnen nog up-to-date is. Ten slotte kijken we naar de toekomst: hoe verbeteren we de komende jaren de KNO-zorg in Nederland?

Trefwoorden

Kwaliteitscyclus, KNO3.0, kwaliteitsbeleid, Nederlandse Vereniging voor Keel-Neus-Oorheelkunde

Abstract

In this article you can read how we improve health-care in the NVKNO quality cycle and what this means for you. After two years of 'KNO3.0' we draw up the status of the projects that have been started for each ENT theme. We provide examples of how you can use the results of those projects to improve your patient care. For example, by comparing the outcomes of care with your colleagues within the ENT department, or by checking

whether your knowledge of the guidelines is still up to date. Finally, we look to the future: how do we improve ENT care in the Netherlands in the next years?

Keywords

Quality cycle, quality policy, Dutch Society of Otorhinolaryngology

De kwaliteitscyclus

In het artikel 'KNO 3.0: van visie naar doen!' schreven we dat de NVKNO de kwaliteitscyclus naar thema zou gaan inrichten.¹ Voor elk thema zou een kerngroep van enthousiaste leden het kwaliteitsbeleid gaan opstellen en zorgen voor de uitvoering door werkgroepen. Inmiddels zijn we twee jaar verder en zijn we toe aan de volgende stap: 'de kwaliteitscyclus laten draaien'. In dit artikel beschrijven we hoe we dat aanpakken, wat dit in de praktijk betekent en welke inzichten we in de afgelopen twee jaar hebben opgedaan.

Zoals bekend onderscheiden we in de kwaliteitscyclus de onderdelen kennisduiding, kennistoepassing en kennisontwikkeling (*figuur 1*).

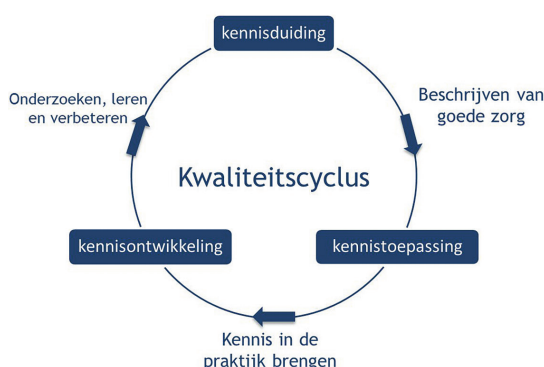
Het resultaat van deze onderdelen van de cyclus kunnen we als volgt beschrijven:

Kennisduiding:

- Kennis over wat goede KNO-zorg is wordt zo veel mogelijk onderbouwd door wetenschappelijk bewijs.
- Richtlijnen beschrijven goede, toegankelijke en toepasbare zorg en zijn onderdeel van de opleiding.

Kennistoepassing:

- KNO-artsen weten wat goede zorg is en maken samen met de patiënt de beste keuze voor een behandeling.
- Leren van feedback en verbeteren zijn een vast onderdeel van het zorgproces.



Figuur 1. Onderdelen van de kwaliteitscyclus.

- Nieuwe inzichten worden direct in praktijk gebracht.
- De KNO-zorg is aantoonbaar goed en duurzaam.

Kennisontwikkeling:

- Kennishiaten in de richtlijnen worden geïdentificeerd en geadresseerd.
- Ontbrekende kennis wordt aangevuld door (zorgevaluatie)onderzoek.
- Kwaliteitsregistraties leveren spiegelinformatie: we leren van elkaar en verbeteren zo de zorg.

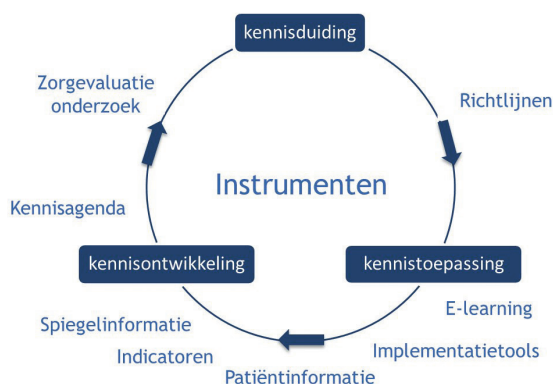
Instrumenten in de kwaliteitscyclus

Om de kwaliteitscyclus goed te laten draaien, zetten we kwaliteitsinstrumenten in. In *figuur 2* worden die instrumenten en hun plaats in de kwaliteitscyclus benoemd.

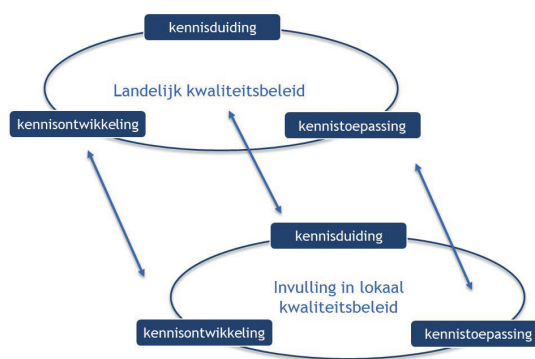
Het bestaan van de instrumenten van de kwaliteitscyclus is geen garantie dat de cyclus ook effectief én efficiënt draait. Daarvoor is het nodig dat we de instrumenten niet alleen toepassen, maar ook in samenhang ontwikkelen, evalueren en verbeteren. Het resultaat dat met het ene instrument wordt bereikt, leidt tot het verbeteren of inzetten van het volgende instrument.

Enkele voorbeelden:

- Met modulier en multidisciplinair richtlijnonderhoud zorgen we dat nieuwe inzichten uit onderzoek in de richtlijn worden opgenomen. Met een app kunnen richtlijn(modules) beschikbaar worden gesteld in de spreekkamer, zodat de juiste informatie op het juiste moment gemakkelijk te vinden is. KNO-artsen kunnen hun kennis actueel houden door een geaccrediteerde e-learning over de richtlijn te doen.



Figuur 2. Instrumenten in de kwaliteitscyclus.



Figuur 3. Landelijk versus lokaal kwaliteitsbeleid.

- De kennisagenda wordt straks jaarlijks aangevuld met kennishiaten die zijn geconstateerd tijdens het ontwikkelen of herzien van een richtlijn of zijn voortgekomen uit de analyse van spiegelinformatie. Lopend onderzoek en beantwoorde kennisvragen van de kennisagenda worden bijgehouden en zijn voor alle leden in te zien via de ledenwebsite.
- Netwerken worden gevormd om (gezamenlijk) zorgevaluatieonderzoek te stimuleren zodat vragen van de kennisagenda worden beantwoord. Het onderzoek sluit goed aan op de kennisvragen zodat de vragen die zijn beantwoord meteen in een richtlijn kunnen worden opgenomen. Daarbij maken we zo veel mogelijk gebruik van gegevens uit de kwaliteitsregistratie.

Toepassing kwaliteitsinstrumenten

Het succes van de kwaliteitsinstrumenten staat of valt met hun toepasbaarheid en toepassing in de praktijk. De vertaling van het landelijke kwaliteitsbeleid naar de dagelijkse praktijk is daarom een gezamenlijke inspanning van kerngroepen en KNO-artsen in de klinieken. Kerngroepen baseren landelijke kwaliteitsinstrumenten op de praktijk, KNO-artsen passen ze toe en doen waar nodig suggesties voor verbetering (*figuur 3*).

Richtlijnen en spiegelinformatie kunnen bijvoorbeeld in keuzehulpen en patiëntinformatie worden gebruikt om met de patiënt samen te beslissen over de behandeling. Spiegelinformatie kan worden besproken binnen de vakgroep of in (regio)bijeenkomsten. Het aanbieden van geaccrediteerde e-learnings stelt KNO-artsen in staat om laagdrempelig hun kennis actueel te houden. Andersom

Tabel 1. Toepassing van landelijke kwaliteitsinstrumenten.

Kwaliteitscyclus	Landelijk ontwikkelde instrumenten	Toepassing in de praktijk
Kennisduiding	Richtlijnen	Raadplegen via bijvoorbeeld de richtlijndatabase ² en de richtlijnenapp ³
Kennistoepassing	Implementatietools	Toegankelijk maken richtlijnen, koppelen aan zorgpaden, bijv. via EPD
	Patiëntinformatie, keuzehulp	Gebruik in spreekkamer, folders
	Geaccrediteerde e-learnings, (online) nascholing	Kennis actueel houden
	Indicatoren	Transparantie en vergelijken
	Kwaliteitsregistratie	Leren en verbeteren met spiegelinformatie
Kennisontwikkeling	Kennisagenda	Aandragen kennishiaten
	Zorgevaluatienetwerk	Participeren/includeren of uitvoeren onderzoek

kunnen vakgroepen het landelijke kwaliteitsbeleid een impuls geven door mee te doen aan zorgevaluatieonderzoek, kennishiaten aan te dragen en deel te nemen in bijvoorbeeld richtlijnontwikkeling. Voorbeelden van toepassingen in de praktijk staan in *tabel 1*.

Kwaliteitsvisitaties kunnen in de toekomst de verbinding leggen tussen het landelijke en het lokale kwaliteitsbeleid, waarbij het accent verschuift van controle naar het voorhouden van een spiegel en het vormen van een klankbord voor de vakgroepen. De vakgroepen worden daarbij gestimuleerd om de kwaliteitscyclus in het eigen kwaliteitsbeleid te integreren. Bijvoorbeeld door zorguitkomsten te meten, te participeren in zorgevaluatiestudies, richtlijnbesprekingen te houden, richtlijnaanbevelingen te implementeren, eigen onderlinge audits te houden, een implementatieagenda in te stellen enzovoort. Het ‘laten draaien van de kwaliteitscyclus’ is dus ook een samenspel van instrumenten op landelijk en lokaal niveau.

Kwaliteitscyclus per thema, stand van zaken

Bij elk thema is geïnventariseerd welke kwaliteitsinstrumenten er zijn, of deze actueel zijn en welke er eventueel nog ontbreken. De kerngroepen hebben elk voor hun eigen thema een visie ontwikkeld, waarin zij aangeven hoe de kwaliteitscyclus eruit moet zien over drie tot vijf jaar. In de tabellen ziet u welke instrumenten er begin 2020 al waren (*tabel 2*), wat de ambitie van de huidige kerngroepen is (*tabel 3*) en hoe de stand van zaken medio 2022 is (*tabel 4*). Het is de bedoeling dat uiteindelijk alle vlakken worden gevuld. Ten slotte moeten ook nieuwe instrumenten een plek in de cyclus krijgen, zoals de spiegelinformatie uit het programma *Zorgevaluatie en Gepast Gebruik* (de ZEGG-spiegels)⁴ of indicatoren uit het programma *Uitkomstgerichte zorg*.⁵

Ook de toepassing en samenhang van het kwaliteitsbeleid krijgen de aandacht, bijvoorbeeld de im-

Tabel 2. Stand begin 2020 (nulmeting KNO3.0).

Thema	Kennisduiding		Kennistoepassing					Kennisontwikkeling	
	Richtlijn-ontwikkeling	Richtlijn-herziening	Richtlijn-implementatie	Patiënt-informatie	Nascholing	Indicatoren	Kwaliteits-registratie	Kennis-agenda	Zorgevaluatie netwerk
Otologie									
Rinologie									
Laryngologie									
Hoofd-halschirurgie									
Aangezichtschirurgie									
Pediatrie									
Vestibulologie									
Slaapgeneeskunde									

in voorbereiding

in ontwikkeling

gereed

Tabel 3. Ambitie kwaliteitscirkel 2027.

Thema	Kennisduiding		Kennistoepassing					Kennisontwikkeling	
	Richtlijn-ontwikkeling	Richtlijn-herziening	Richtlijn-implementatie	Patiënt-informatie	Nascholing	Indicatoren	Kwaliteits-registratie	Kennis-agenda	Zorgevaluatie netwerk
Otologie									
Rinologie									
Laryngologie									
Hoofd-halschirurgie									
Aangezichtschirurgie									
Pediatrie									
Vestibulologie									
Slaapgeneeskunde									

Tabel 4. Stand medio 2022.

Thema	Kennisduiding		Kennistoepassing					Kennisontwikkeling	
	Richtlijn-ontwikkeling	Richtlijn-herziening	Richtlijn-implementatie	Patiënt-informatie	Nascholing	Indicatoren	Kwaliteits-registratie	Kennis-agenda	Zorgevaluatie netwerk
Otologie									
Rinologie									
Laryngologie									
Hoofd-halschirurgie									
Aangezichtschirurgie									
Pediatrie									
Vestibulologie									
Slaapgeneeskunde									

plementatie van richtlijnen, het oprichten van klankbordgroepen als begin van een netwerk, of het maken van een keuzehulp en patiëntinformatie nadat de richtlijn is ontwikkeld of herzien. Het nadenken over opname in de kwaliteitscyclus moet een onderdeel worden van het project dat het instrument ontwikkelt. In de subsidieaanvraag voor de volgende Kennisagenda houden we hier rekening mee, onder andere door netwerkbijeenkomsten te organiseren en de kennisagenda doorlopend online beschikbaar te maken en actueel te houden.

We zijn dus goed op weg, maar er is ook nog genoeg te doen! De kerngroepen, het bestuur en het bureau doen er alles aan om de KNO-kwaliteitscyclus beter en efficiënter te laten draaien. We houden u via de KNO-ledenwebsite en de nieuwsbrieven heel graag op de hoogte.

Referenties

1. Van Lochem E, Van Andel C, Hemler R, et al. KNO 3.0: van visie naar doen! Ned Tijdschr voor KNO. 2020;26:90-1.
2. <https://richtlijndatabase.nl/> (geraadpleegd 5 april 2022).
3. <https://richtlijndatabase.nl/app.html> (geraadpleegd 5 april 2022).
4. <https://www.zorgevaluatiegepastgebruik.nl/spiegelinformatie-gepast-gebruik/> (geraadpleegd 5 april 2022).
5. <https://www.uitkomstgerichtezorg.nl/themas/meer-inzicht-in-uitkomsten/stand-van-zaken-sept.-2021> (geraadpleegd 5 april 2022).

Belangenverstrengeling/financiële ondersteuning

De auteur verklaart dat er geen sprake is van belangenverstrengeling.

Kwaliteitsvisiting: wat heeft het ons gebracht en wat wordt de toekomst?

Jan Duijvestijn

Medisch Spectrum
Twente, Enschede.
Afd. KNO:
drs. J.A. Duijvestijn,
KNO-arts. Tevens
voorzitter van de
commissie kwaliteits-
visiting.

Samenvatting

De kwaliteitsvisitingen zijn nu 30 jaar een belangrijk instrument van onze beroepsvereniging om de kwaliteit van zorg in de Nederlandse KNO-geneeskunde te monitoren en te bewaken. Aan de hand van het doorontwikkelde kwaliteitsnormenrapport wordt een beeld gevormd, zodat de zorgprofessionaal zicht krijgt op de geleverde zorg en de eigen zorgstructuur. Met de conclusies hieruit kan steun worden gevonden voor de verbetercyclus. In dit artikel worden de resultaten van de visitingen van de laatste jaren benoemd. Ook wordt een toekomstperspectief geschetst waar de kwaliteitsvisiting naartoe zou kunnen groeien.

Trefwoorden

Kwaliteitsvisiting, kwaliteitsnormenrapport, kwaliteitsdomeinen

Abstract

For the past 30 years, the Dutch Ear-Nose-Throat (ENT) Society has utilized audits to monitor Dutch ENT healthcare. Healthcare professionals benefit from quality reports, which enable them to evaluate the quality of their care. This article describes results from recent audits and proposes future improvements in the auditing system.

Keywords

Audit, quality report, quality domain

Inleiding

Een van de kernwaarden van onze beroepsvereniging is het controleren en bevorderen van de kwaliteit van de beroepsuitoefening. Roelf Backus schreef in *De Nederlandse KNO-vereniging – een beknopte geschiedenis tot 1995* hoe daar een eeuw geleden al over werd nagedacht: “In 1917 worden de statuten nog gewijzigd zodat men slechts als kandidaat-lid kan worden voorgedragen onder overlegging eener verklaring dat de kandidaat-

leden gedurende minstens twee jaar in een of meer der onderwijsklinieken en poliklinieken werkzaam zijn geweest. Hiermee wordt een eerste aanzet gemaakt tot een zekere kwaliteitsbewaking onder de Leden.”¹

Sinds het laatste decennium van de vorige eeuw worden kwaliteitsvisitingen uitgevoerd onder verantwoordelijkheid van de vereniging. Vanaf 2005 werden die visitingen, in samenspraak met andere beroepsverenigingen, toegespitst op vier kwaliteitsdomeinen: Professionele ontwikkeling, Evaluatie van Zorg, Patiëntenperspectief en Vakgroepsfunctioneren.² Participatie is vereist om te voldoen aan de RGS-criteria voor herregistratie. Sinds 2009 bestaat er een gestandaardiseerde oordeelsvorming in de vorm van voorwaarden, zwaarwegende adviezen en aanbevelingen. Dit heeft consequenties voor de snelheid waarmee de gevonden lacunes in de geleverde kwaliteit moeten worden opgelost.

Het visitingensysteem werd in 2012 doorontwikkeld door de Raad Kwaliteit van de toenmalige Orde van Medisch Specialisten. In het document ‘Leidraad Waarderingssystematiek voor de Kwaliteitsvisitingen’, waar ons lid Roelof van Blommestein destijds actief aan heeft meegeschreven, worden per kwaliteitsdomein criteria geformuleerd met hieraan gekoppeld een aantal normeringen, om de stand van zaken objectiever te kunnen vaststellen.³ Aan de hand van deze leidraad is het kwaliteitsnormenrapport gereviseerd (2017). In 2020 verscheen het rapport van het project STeRK (Structurele Terugkoppeling Resultaten Kwaliteitsvisitingen).⁴ In dit project werd op basis van de evaluatie van visitingen van 14 wetenschappelijke verenigingen gekeken naar de systematiek van het toetsen van kwaliteitsaspecten. Naar aanleiding hiervan is het kwaliteitsnormenrapport opnieuw herzien, resulterend in de huidige vorm, met 20 normen die worden beoordeeld volgens een vijfpuntsschaal van uitstekend tot onvoldoende.

De commissie Visitatie Kwaliteit van Zorg bestaat tegenwoordig uit tien leden die samen de visitaties verdelen en viermaal per jaar de visitatieverslagen bespreken en accorderen in een kwartaalvergadering. De commissie wordt bijgestaan door een ambtelijk secretaris. Nieuwe leden worden bij toetreding tot de commissie geschoold voor de visitaties en tekenen een geheimhoudingsverklaring. In de vergaderingen worden ook structureel de visitatie-instrumenten geëvalueerd en waar nodig aangepast. Er blijft steeds aandacht voor de gevraagde administratieve inspanning en de verwachte opbrengst. Het proces wordt ondersteund door de software van Exata, die op de homepage de ondersteunende documenten zoals het visitatiereglement presenteert.

Wat heeft het ons gebracht?

Van aanvankelijk heel feitelijke visitaties waarbij de kwaliteit van voorhanden zijnde faciliteiten en de productiecijfers werden gescreend, is de visitatie in de loop der tijd steeds meer een spiegel voor de vakgroep geworden om de eigen toekomstvisie en de verbetercyclus te monitoren. Bij de visitaties zie je door de jaren de kwaliteit van zorg op alle fronten groeien. Kreeg aanvankelijk de statusvoering (overal in verschillend uitgevoerde papieren dossiers) veel aandacht, langzamerhand verschoof dat steeds meer naar vakinhoudelijke adviezen. Zo hebben de 'medical audits' duidelijk impact gehad op de kennis van de richtlijnen en de lokale bespreking en uitvoering daarvan. Hiermee blijkt de visitatie ook een belangrijk medium te zijn om kennis onder de verenigingsleden te verspreiden. De visitatiecommissie, die elk jaar 25 tot 30 klinieken bezoekt, kan voor de gevonden lacunes ook suggesties doen die zijn afgekeken bij andere klinieken en mensen met elkaar in contact brengen om tot een voor de specifieke lokale situatie goede oplossing te komen. De wetenschappelijke vereniging kan bij veelvoorkomende problemen met een norm besluiten tot landelijke aanpak van een zorgitem.

In de recentste visitaties is er steeds meer aandacht gekomen voor de meerjarenbeleidsplannen, de bijbehorende PDCA-cyclus (Plan-Do-Check-Act) van de vakgroep en de gezonde werksfeer. De vakgroepen betrekken vaker een externe adviseur bij een heidag-moment en plannen dit behalve bij situaties zoals een fusie of een regionale samenwerking steeds vaker ook structureel.

Veel vakgroepen lopen tegen dezelfde problemen aan. Het standaard vragen naar een gesloten complicatieregistratie (een kwaliteitseis voor alle chirurgische disciplines, waarbij zes weken na een ingreep wordt teruggekeken of zich nog postoperatieve complicaties hebben voorgedaan) is uiteindelijk landelijk in het elektronisch patiëntendossier (EPD) ingebouwd als 'KNO-module'. Gelukkig hoeven bij een visitatie zelden 'voorwaarden' te worden gesteld. Wanneer dit toch gebeurde, ging het de laatste jaren om onvoldoende endoscopen reinigingslogistiek, onvoldoende gestructureerd overleg van de vakgroep, of gebrekkige ondersteuning met middelen of personeel door het ziekenhuis. 'Zwaarwegende adviezen' waren er meer. Ook hier ging het meerdere keren over het niet halen van de norm voor vakgroepsvergaderingen, maar bijvoorbeeld ook over het gebrekkig in kaart brengen van het patiëntenperspectief, of onvoldoende complicatieregistratie, niet werken volgens de richtlijnen, protocollen en werkafspraken, en onvoldoende berichtgeving aan huisartsen en verwijzers. Aanbevelingen worden bij vrijwel alle visitaties veelvuldig gedaan, maar dan gaat het vaak om verbeterpunten voor de spreekwoordelijke 'puntjes op de i'.

Toekomstvisie

De kwaliteitsvisitatie wordt nog steeds beschouwd als een krachtig kwaliteitsbewakend en -bevorderend systeem. Ook het model met de vier kwaliteitsdomeinen wordt beschouwd als toekomstbestendig. Goede praktijkvoering ontwikkelt zich echter in een omgeving die door wetenschappelijke, technische, politieke en maatschappelijke ontwikkelingen continu verandert. Wil kwaliteitsvisitatie bijdragen aan leren en verbeteren, dan moet niet elke vijf jaar exact hetzelfde worden getoetst. Er komen allerlei ontwikkelingen op de vakgroepen af die vragen om een reactie. Voorbeelden zijn de door de ziektekostenverzekeraars gevraagde onderbouwing voor de effectiviteit van de geleverde zorg ('value-based healthcare'), het door de patiëntenverenigingen gestimuleerde Samen Beslissen en de netwerkgeneeskunde, die intensieve communicatie vraagt met beroepsbeoefenaren om de vakgroep heen. De visitatie zou daarom ook de verandercapaciteit moeten toetsen en hierin misschien zelfs moeten coachen tijdens het reflectiemoment achteraf.

Wanneer value-based healthcare, gedragen door zowel klinische als patiënt-gerapporteerde uitkomstmaten in de vorm van PROMS ('patient-reported outcome measures') en PREMS ('patient-reported experience measures'), structureel wordt uitgevraagd in de visitaties, kunnen lokale successen snel door de KNO-vereniging worden opgeschaald. Dan kunnen meer argumenten worden verzameld voor discussies met de zorgverzekeraar over de door de KNO-artsen geleverde zorg. In de toekomst kan de bespreking van de resultaten uit de kwaliteitsregistraties een mooi uitgangspunt zijn voor kwaliteitsvisitaties. Uit de huidige visitaties blijkt dat vakgroepen goed zicht op de eigen resultaten en die van anderen missen.

Het structurele onderdeel 'Dossiervoering' in de visitaties geeft zicht op het inpassen van Samen Beslissen. Tien jaar geleden werd het belang benadrukt van een goede WGBO-tekst, terwijl nu de besluitvorming en informatievoorziening rond een ingreep naar een hoger niveau zijn getild. Aandacht hiervoor maakt de zorg beter. Visiteurs kunnen kennis en ervaringen tussen de verschillende vakgroepen meenemen.

Door belendende specialisten en huisartsen te interviewen, krijgt elke commissie ad hoc inzicht in de mate van samenwerken van de vakgroepen met de professionele omgeving. Netwerkgeneeskunde

waarbij efficiënt de juiste zorg op de juiste plek moet worden geboden, biedt veel mogelijkheden voor een toekomstbestendig zorgproduct.

De commissie Visitatie Kwaliteit van Zorg ziet graag dat een vakgroep zichtbaar innovatief is en de eigen kwaliteit transparant maakt voor de omgeving. Overheidsinstanties als de IGJ en het Zorginstituut vragen ook om indicatoren om de geleverde kwaliteit inzichtelijk te maken. Als de beroepsbeoefenaren echter zelf verantwoordelijk willen zijn voor professionaliteit en kwaliteit, zullen ze het initiatief weer bij zichzelf leggen en blijft de passie voor kwalitatief goede zorg bij artsen duurzaam. En dat is goed voor de patiënt én voor de arts.

Referenties

1. Backus RM. De Nederlandse KNO-vereniging - een beknopte geschiedenis tot 1995. KNO.nl; 2014.
2. Kwaliteitskader medische zorg. Utrecht: KNMG; 2012.
3. Waarderingsystematiek voor de kwaliteitsvisitaties. Een leidraad voor wetenschappelijke verenigingen. Utrecht: Orde van Medisch Specialist; 2011.
4. Hagemeijer A, Soetens K, Geltink T, et al. Advies - Structurele Terugkoppeling Resultaten Kwaliteitsvisitaties (STeRK). Utrecht: Nederlandse Vereniging voor Dermatologie en Venereologie; 2020.

Belangenverstrengeling/financiële ondersteuning

De auteur verklaart dat er geen sprake is van belangenverstrengeling.

Praktijkvariatie binnen een KNO-vakgroep

Jeroen Rosingh

Samenvatting

Naast praktijkvariatie tussen verschillende zorginstellingen bestaat er ook aanzienlijke variatie in aantallen ingrepen en aanvragen voor diagnostiek tussen leden van eenzelfde KNO-vakgroep binnen een ziekenhuis. Bij intern onderzoek bleek dat de ene KNO-arts twee- tot driemaal zo vaak de indicatie tot een ingreep stelde bij eenzelfde diagnose als een andere arts in dezelfde vakgroep. Door de variaties onderling te delen en de eigen indicatiestelling te spiegelen werd inzicht verkregen in het eigen handelen, kon het medisch beleid meer worden geharmoniseerd en nam het totale aantal ingrepen en aangevraagde CT-scans af.

Trefwoorden

Praktijkvariatie, variatie in aantal trommelvliesbuisjes, aantal adenotonsillectomieën, aantal aanvragen voor CT-scan, aantal operaties aan neusbijholten

Abstract

In addition to varied medical treatments between healthcare institutions, substantial variation exists in medical policies between members of the medical staff within the same hospital. We observed an ENT surgeon set the indication for an operation two to three times as much as the other ENT surgeon in the same department. By discussing and sharing these variations we gained understanding in our own treatment and medical policy could be harmonized. As a result of this, the total amount of surgical procedures and CT-scans has been decreased.

Keywords

Variation in medical policy, variations in number of ventilation tubes, number of adenotonsillectomies, number of requests for CT-scan, number of nasal sinus operations.

Inleiding

Wij werken als KNO-artsen in Nederland in beginsel allemaal met dezelfde richtlijnen en dus zou de indicatiestelling voor een bepaalde ingreep altijd min of meer gelijk moeten zijn. Enige mate van praktijkvariatie is voorstelbaar, als gevolg van regionale verschillen in patiëntenpopulatie en wensen of verwachtingen van patiënten en ouders. Grote verschillen kunnen echter wijzen op over- of onderbehandeling.

Sinds ruim 10 jaar is er aandacht voor praktijkvariatie tussen de verschillende ziekenhuizen, onder andere met betrekking tot het aantal uitgevoerde adenotonsillectomieën en plaatsingen van trommelvliesbuisjes.^{1,2} In 2013 en 2020 bracht de Nederlandse Vereniging voor Keel-Neus-Oorheelkunde (NVKNO) rapporten uit over praktijkvariatie.^{3,4}

Naast verschillen tussen ziekenhuizen kunnen er ook variaties in beleid zijn tussen de verschillende KNO-artsen binnen eenzelfde vakgroep in een ziekenhuis. Hierbij zijn er in beginsel geen regionale verschillen in patiëntenpopulatie in het spel en zijn de verschillen in beleid waarschijnlijk meer het resultaat van individuele voorkeuren van artsen. Grote verschillen vinden wij ongewenst. Het zou niet veel moeten uitmaken bij welk lid van de vakgroep een patiënt een afspraak heeft gekregen. Landelijke en lokale richtlijnen moeten in beginsel op gelijke manier worden geïmplementeerd.

Om onderlinge variaties in beleid tussen de leden van de vakgroep te beoordelen, hebben wij in ons ziekenhuis onderzoek gedaan naar verschillen in indicatiestelling voor ingrepen en diagnostiek. De resultaten van dit onderzoek zijn tijdens de jaarlijkse 'heidag' van de vakgroep uitgebreid besproken om daarna tot een verbeterplan en een Plan-Do-Check-Act-cyclus (PDCA-cyclus) te kunnen komen. Nadat sommige getallen nog eens verder waren uitgezocht, hadden we een goed en leerzaam inzicht gekregen in ons eigen en in elkaars

Isala, Zwolle.
Afd. KNO:
dr. H.J. Rosingh,
KNO-arts.

handelen. Dit was voor ons reden om onze eigen gemaakte beleidskeuzes gestructureerd te herzien.

Methoden

In dit interne onderzoek is er gekeken naar de onderlinge variaties in het aantal verrichtingen bij dezelfde diagnose, gesteld in de periode tussen 2016 en 2019. De onderlinge praktijkvariatie tussen 2016 en 2019 werden medio 2021 besproken, waarbij iedere arts het aantal ingrepen en CT-scans per geopende DBC heeft kunnen spiegelen aan de rest van de vakgroepleden. De resultaten die zijn verkregen over de jaren tussen 2016 en 2019, zijn in tweede instantie vergeleken met de resultaten van 2021. In dit onderzoek is 2020 geheel buiten beschouwing gelaten; door de Covid19-pandemie was dit een buitengewoon jaar voor alle reguliere zorgactiviteiten en daarom niet representatief.

Eerste polikliniekbezoeken met de volgende DBC's en zorgproducten zijn in het onderzoek betrokken:

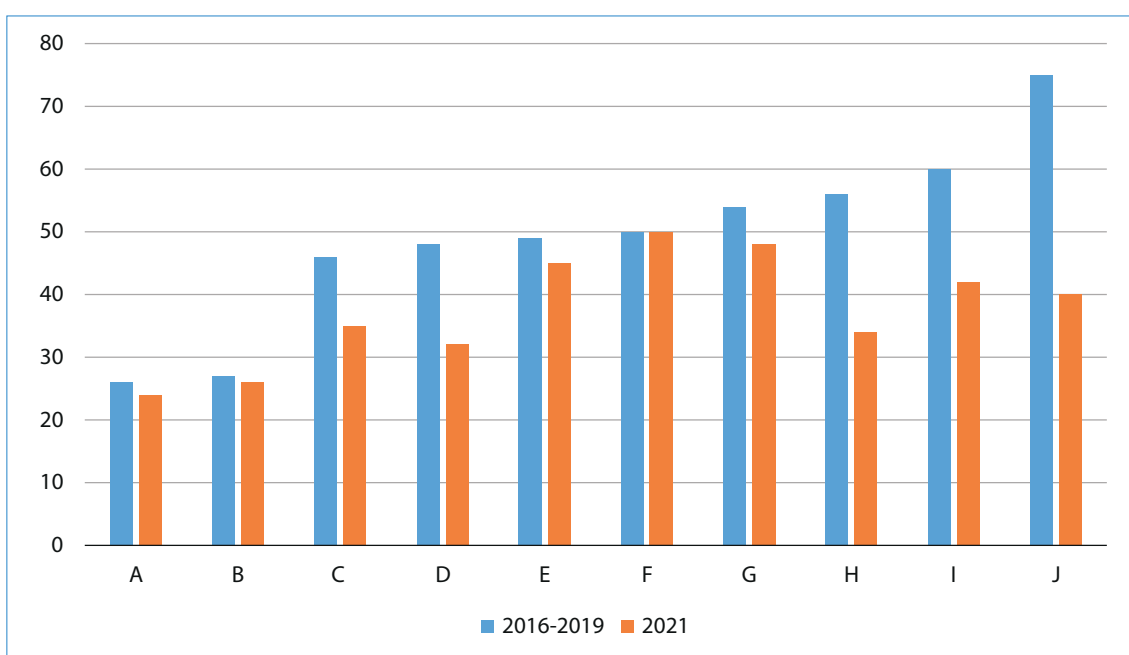
- uitgevoerde (adeno)tonsillectomieën bij DBC 52, ziekten van adenoid en tonsillen bij kinderen tot en met 15 jaar;
- buisjes geplaatst bij kinderen tot en met 10 jaar bij DBC 13 en 14 (chronische otitis en tubadisfunctie);

- buisjes geplaatst bij alle patiënten bij DBC 13 en 14 (chronische otitis en tubadisfunctie);
- aangevraagde CT-scans van de neusholten bij DBC 31, 32 en 36 (allergie/hyperreactiviteit, septumafwijkingen en sinusitis);
- aangevraagde CT-scans van de neusholten bij alleen DBC 36 (sinusitis);
- uitgevoerde operaties aan de neusholten bij DBC 36 (sinusitis).

Patiënten met deze aandoeningen zijn onderzocht omdat zij door alle leden van de vakgroep worden gezien en behandeld. Vrijwel alle patiënten met klachten van adenoid of tonsillen en met neus- en sinusitisklachten werden door de huisarts verwezen via Zorgdomein en willekeurig ingepland, tenzij de patiënt al bekend was bij of een voorkeur had voor een van de artsen.

De bedrijfsadministratie van ons ziekenhuis heeft een uitgebreid overzicht verstrekt van de totale aantallen ingrepen en de aantallen per arts per geopende DBC. Hierbij is gekeken naar de arts die de DBC heeft geopend en niet naar de arts die de ingreep heeft gedaan.

Na het bespreken van de onderlinge praktijkvariatie hebben alle vakgroepleden twintig eigen patiën-



Figuur 1. Percentage kinderen tot en met 10 jaar met een geopende DBC 13 of 14 waarbij buisjes zijn geplaatst. De letters A t/m J representeren de vakgroepleden. De eerste kolom, in blauw, is het percentage in de jaren 2016-2019 en de tweede kolom, in oranje, het percentage in 2021. Alle leden van de vakgroep, met uitzondering van dokter F, zijn terughoudender geworden in het plaatsen van buisjes. Er is vaker gekozen voor een afwachtend beleid. De variatie tussen de verschillende artsen is afgenomen.

tenstatussen van iedere patiëntencategorie uit de periode 2016-2019 bekeken. Eenieder kon nu de eigen indicatiestelling spiegelen aan het gemiddelde van de vakgroep. Behalve de eigen patiëntendossiers hebben we in kleine groepjes ook elkaars dossiers nog eens tegen het licht gehouden. De tweede helft van 2021 heeft iedereen met deze spiegelinformatie en de zelfevaluatie in het achterhoofd gewerkt aan de patiëntenzorg. De praktijkvariatie en het totale aantal ingrepen over 2021 zijn vervolgens vergeleken met die van de jaren 2016-2019.

Resultaten

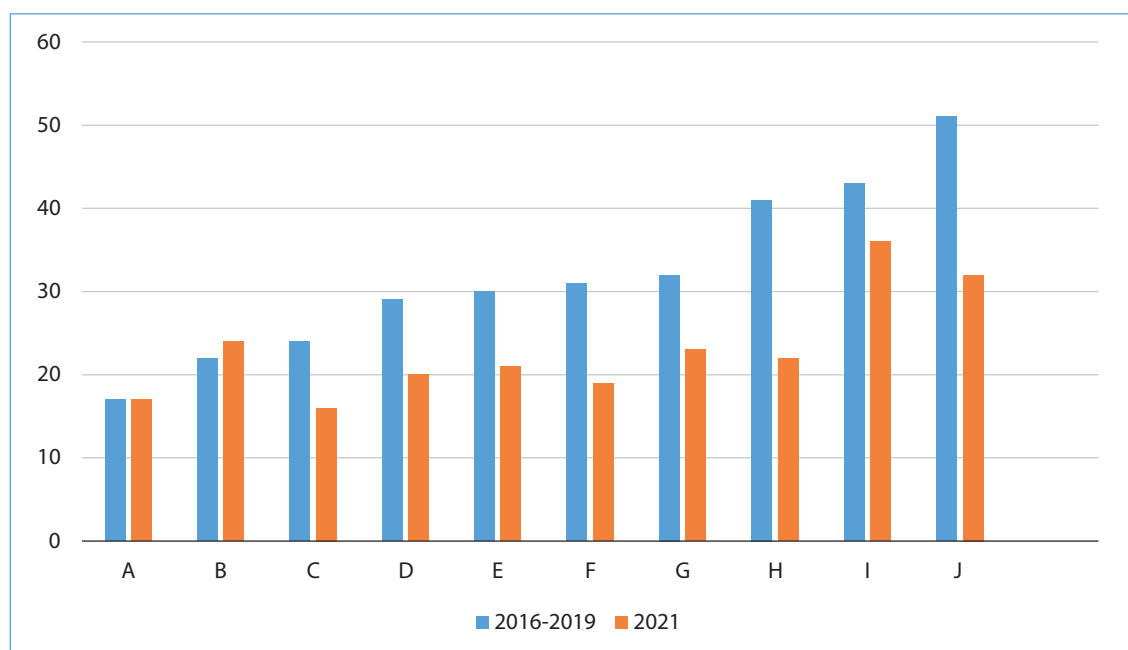
Bij alle patiëntencategorieën bleek er een duidelijke en voor ons opmerkelijke variatie in beleid te zijn, met als resultaat verschillen in aantallen ingrepen en gemaakte CT-scans per geopende DBC. Bij DBC 52, ziekten van adenoïd en tonsillen bij kinderen, stelde de ene arts twee keer zo vaak de indicatie tot een (adeno)tonsillectomie als de andere. Bij het plaatsen van buisjes bij kinderen was dit zelfs een factor drie. In *figuur 1* is het percentage kinderen weergegeven dat buisjes kreeg geplaatst per geopende DBC 13 of 14. Te zien is dat bij dokter J drie keer zo veel buisjes werden geplaatst als bij dokter A of B, die terughoudender

waren in het stellen van die indicatie. Ook bij neus- en sinusitisklachten was de variatie in beleid aanzienlijk. Een vakgroeplid vroeg bij dezelfde diagnose drie keer zo veel CT-scans van de sinussen aan als een ander lid (*figuur 2*). Bij uitgevoerde neusbijholteoperatie (FESS) was dit zelfs een factor tien. De onderlinge praktijkvariatie kon niet worden gerelateerd aan de ervaring of de subspecialisatie van de betreffende artsen.

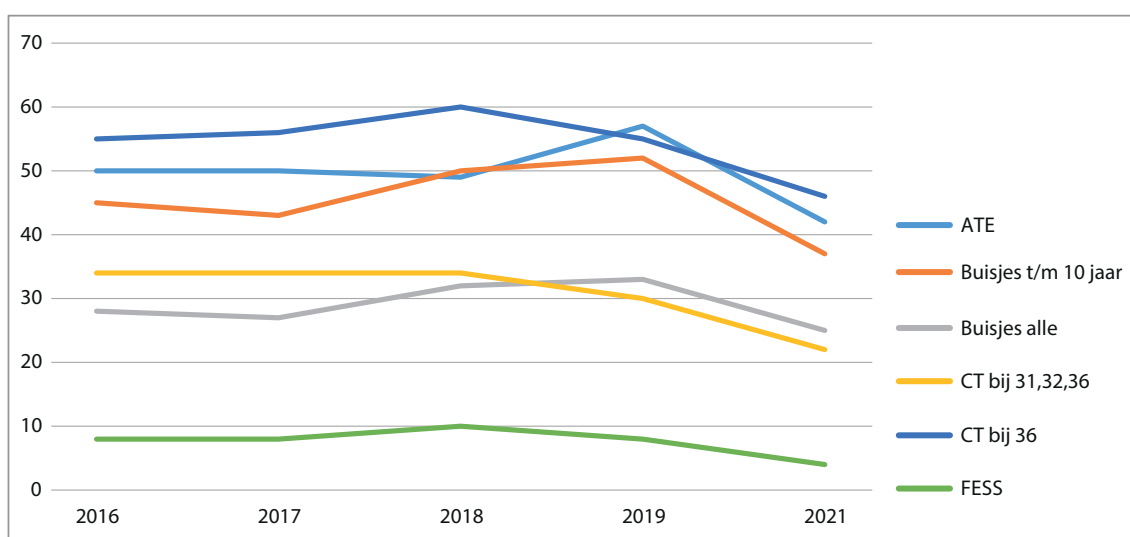
Uit de resultaten is gebleken dat de onderlinge variatie in beleid met betrekking tot het aantal ingrepen en aangevraagde CT-scans is afgenomen (*figuur 1 en 2*). Niet afgenomen in 2021 ten opzichte van de voorgaande jaren is alleen de variatie in aantallen uitgevoerde (adeno)tonsillectomieën bij kinderen. Voor alle overige patiëntencategorieën is het totale aantal ingrepen en aangevraagde CT-scans per geopende DBC afgenomen in 2021 in vergelijking met de jaren 2016-2019 (*figuur 3*). Wij zijn als vakgroep dus terughoudender geworden in het overgaan tot een chirurgische ingreep en aanvragen van een CT-scan bij neus- en sinusitisklachten.

Discussie

Dit onderzoek laat zien dat er binnen eenzelfde vakgroep een duidelijke variatie in beleid is.



Figuur 2. Percentage patiënten met DBC 31, 32 of 36 bij wie een CT-NBH is gemaakt. De letters A t/m J representeren de vakgroepleden. De eerste kolom, in blauw, is het percentage in de jaren 2016-2019 en de tweede kolom, in oranje, het percentage in 2021. Alle leden van de vakgroep, met uitzondering van dokter B, hebben minder CT-scans aangevraagd per geopende DBC. Dokter B vroeg in de jaren 2016-2019 relatief weinig CT-scans aan en in 2021 rond het gemiddelde van de vakgroep.



Figuur 3. Percentage (adeno)tonsillectomieën bij DBC 52, geplaatste buisjes bij kinderen tot en met 10 jaar, geplaatste buisjes bij alle patiënten met DBC 13 of 14, aantal aangevraagde CT-scans bij DBC 31, 32 en 36 en bij alleen 36 en percentage uitgevoerde FESS-ingrepen per geopende DBC 36. In alle patiëntencategorieën zijn de percentages ingrepen en CT-scans per geopende DBC in 2021 afgenomen in vergelijking met voorgaande jaren.

Deze variatie heeft zeer waarschijnlijk te maken met persoonlijke voorkeuren van de behandelend arts. De patiëntenpopulatie voor deze diagnoses is vergelijkbaar bij alle leden van de vakgroep. Gezien de relatief kleine aantallen is er geen uitgebreide statistische analyse gemaakt. In dit onderzoek ging het vooral om de trends in variatie en om het verkrijgen van inzicht in het eigen en elkaars medisch handelen. Het bleek nuttig om met deze kennis nog eens met een frisse blik de eigen besluitvorming te evalueren, deze te spiegelen aan die van de andere vakgroepleden en zo inzicht te verkrijgen in uitkomsten van zorg. Dit resulteerde in afname van de variatie in beleid bij de indicatiestelling tot het plaatsen van buisjes, uitgevoerde FESS-operaties bij sinusitis en het aantal CT-scans bij DBC 31, 32 en 36. Alleen de variatie in aantallen ingrepen bij de diagnose 52 bij kinderen tot en met 15 jaar is bij ons niet afgenomen. Een duidelijk oorzaak hiervoor is niet aanwijsbaar. Wij zullen volgend jaar weer kijken naar de uitkomsten van 2022 om tot een verdere verbetering te kunnen komen. Wat ook opvalt, is dat het totale aantal interventies in 2021 is afgenomen ten opzichte van de voorgaande jaren.

Richtlijnen hebben tot doel de kwaliteit van zorg te verbeteren en moeten op vergelijkbare manier worden geïmplementeerd. Voor de patiënt zou de keuze van behandeling niet te zeer afhankelijk moeten zijn van de arts bij wie toevallig het consult is ingepland.

Natuurlijk zijn er patiënt-afhankelijke factoren en de individuele opvatting van de behandelend arts, maar het bestaan van te grote verschillen in behandeling van gelijke gevallen is ongewenst. Door het opvragen en onderling analyseren van aantallen verichtingen per geopende DBC en het vergelijken van elkaars indicatiestellingen kan inzicht worden verkregen over uitkomsten van zorg en implementatie van onze richtlijnen. Op deze manier kan de zorg meer worden geharmoniseerd en kunnen over- en onderbehandeling worden vermeden, wat zal leiden tot een algehele verbetering van de kwaliteit en een gepaster gebruik van de zorg.

In het kader van 'Zorgevaluatie en Gepast Gebruik (ZE&GG)', waarin ook de Federatie Medisch Specialisten participeert, is deze manier van zelfevaluatie een goede aanzet. Wij zijn immers als beroepsgroep mede verantwoordelijk voor een gepast gebruik van medische zorg en middelen.

Referenties

1. Van Munster JCM, et al. BMJ Open. Regional and hospital variation in commonly performed paediatric otolaryngology procedures in the Netherlands. 2021;1;11:e046840.
2. McIsaac WJ, et al. Otolaryngologists' perceptions of the indications for tympanostomy tube insertion in children. CMAJ. 2000;162:1285-8.
3. NVKNO. Praktijkvariatie eindrapport 2013.
4. NVKNO. Praktijkvariatie KNO 2017 Buisjes, tonsillectomie en adenotomie.

Belangenverstrengeling/financiële ondersteuning

De auteur verklaart dat er geen sprake is van belangenverstrengeling.

Incidenten melden, niet met de gebakken peren blijven zitten

Commissie Analyse Ernstige Incidenten en Peer Support: Pauline van Kempen, David Colnot, Maaïke Siemers, Dennis Kox, Frank van den Hoogen, Fuat Ziylan, Minke van den Berge, Judith Schmidt

Samenvatting

De Commissie Analyse Ernstig Incidenten en Peer Support van de Nederlandse Vereniging voor Keel-Neus-Oorheelkunde en Heelkunde van het Hoofd-Halsgebied werd in november 2016 opgericht. Het doel van deze commissie is tweeledig: inzicht krijgen in het vóórkomen van ernstig incidenten binnen de KNO, analyse hiervan om waar mogelijk tot kwaliteitsverbetering te komen en het verlenen van peer support aan de betreffende leden door collega-KNO-artsen. In de afgelopen 5 jaar zijn 52 meldingen gedaan van ernstige incidenten en is 27 keer peer support verzorgd vanuit de KNO-vereniging. Opmerkelijk is dat ook peer support werd gegeven zonder dat nadien een melding werd gedaan over het incident. De meeste meldingen waren gerelateerd aan neusbijholtechirurgie, adenotonsillectomie en ooroperaties. Van de 52 meldingen hadden er 11 een fatale afloop, waarvan drie door een groep-A-streptokokkeninfectie resulterend in een toxischeshocksyndroom. Deze casussen vonden vlak na elkaar plaats, daarom volgden daarop een waarschuwing en advies vanuit de commissie. Hoewel er onderrapportage is van het aantal incidenten, meent de commissie een representatieve indruk te hebben van de aard en omvang van ernstige incidenten die plaatsvinden in KNO-klinieken in Nederland.

Trefwoorden

Peer support, incidenten, calamiteiten

Abstract

The Committee for Analysis of Serious Incidents and Peer Support of the Dutch Ear-Nose-Throat (ENT) Society was established in November 2016. The committee has two purposes: to gain insight into the incidence of serious otorhinolaryngology events in the Netherlands and analyze these events to improve the quality of patient care and provide peer support to ENT doctors. In the past five years,

52 serious events have been reported, and our society has provided peer support in 27 of these cases. Remarkably, peer support was also provided in cases where adverse events were not reported. Most events were related to sinus surgery, adenotonsillectomy, and ear surgery. Eleven of the 52 events resulted in a fatal outcome, three of which were due to streptococcal toxic shock syndrome. Since these cases were reported within a short period, a warning and advice was given by the committee. Despite underreporting of the number of serious events, the committee believes it has a representative impression of the nature and extent of serious events occurring within ENT clinics throughout the Netherlands.

Keywords

Peer Support, incident, adverse event

Kernpunten

- De Commissie Analyse Ernstige Incidenten en Peer Support heeft als doelen om inzicht te krijgen in het vóórkomen van ernstig incidenten binnen de KNO en het verlenen van peer support aan de betreffende leden door gematchte collegae KNO-artsen.
- In de afgelopen 5 jaar heeft de commissie 52 meldingen ontvangen; deze waren met name gerapporteerd bij neusbijholtechirurgie, adenotonsillectomie en ooroperaties. Er was in 11 meldingen sprake van een fatale afloop voor de betreffende patiënt.
- Het bieden van proactieve peer support door getrainde 'peers' is van groot belang voor de betrokken collega. De commissie heeft afgelopen 5 jaar aan 27 collegae peer support verleend.
- KNO-artsen en aios KNO kunnen incidenten (anoniem) melden via de ledensite (www.kno-leden.nl). Melden is niet verplicht, maar wordt zeer aangemoedigd.

Deventer Ziekenhuis,
Deventer. Afd. KNO:
dr. P.W.M. van
Kempen, KNO-arts.

Diakonessenhuis,
Utrecht. Afd. KNO:
dr. D.R. Colnot,
KNO-arts.

Ziekenhuis Groep
Twente, Hengelo/
Almelo. Afd. KNO:
M.D. Siemers,
KNO-arts.

Vijf Meren Kliniek,
Haarlem. Afd. KNO:
D. Kox, KNO-arts.

Radboud Universitair
Medisch Centrum
Nijmegen. Afd. KNO:
dr. F.J.A. van den
Hoogen, KNO-arts.

HagaZiekenhuis,
Den Haag. Afd. KNO:
F. Ziylan, KNO-arts.

Universitair Medisch
Centrum Groningen,
Groningen. Afd. KNO:
dr. M.J.C. van den
Berge, aios KNO.

Ziekenhuis Amstelland,
Amstelveen. Afd. KNO:
dr. J.Th. Schmidt,
KNO-arts.

Inleiding

De Commissie Analyse Ernstige Incidenten en Peer Support werd in november 2016 opgericht en bestaat dus vijf jaar; een goed moment om terug te blikken en te evalueren. Aanleiding tot het instellen van deze commissie was de behoefte om inzicht te krijgen in het vóórkomen van ernstig incidenten binnen de KNO-vereniging en analyse hiervan om waar mogelijk tot kwaliteitsverbetering te komen. Het doel is om trends te herkennen, niet om een oordeel te vellen of een analyse te doen. Daarnaast is het de taak van deze commissie dat een passende peer supporter (collega KNO-arts die getraind is tot peer supporter) wordt gevonden. Dit kan ook iemand van de commissie zelf zijn.

Ernstige incidenten komen niet vaak voor binnen de KNO-geneeskunde en daarom kan een volledig beeld alleen worden verkregen door landelijke inventarisatie. Bewust is gekozen voor de term ‘ernstig incident’, omdat het onderscheid tussen ‘complicatie’, ‘incident’ en ‘calamiteit’ lastig te maken is en soms zelfs gekunsteld kan zijn. Aangezien er in Nederland eigenlijk geen datasysteem beschikbaar is waarin kan worden gezocht naar ernstige incidenten, bijvoorbeeld kinderen die zijn overleden na adenotonsillectomie (ATE), is gekozen voor actief melden door leden, waarna direct actief peer support vanuit de KNO-vereniging wordt aangeboden.

Toen de commissie tot stand kwam, omarmde het toenmalige bestuur het initiatief. Om voor deze commissie en voor het melden van incidenten binnen de KNO-geneeskunde bekendheid en draagvlak te creëren, volgde een zorgvuldig traject: op vier opeenvolgende vergaderingen van de KNO-vereniging vanaf 2015 werd gesproken over verschillende onderwerpen die raakvlakken hebben met ernstige incidenten en peer support. Er werden verschillende sprekers uitgenodigd, zoals professor Stammberger, die vertelde over vijf overlijdens na ATE bij kinderen in Oostenrijk in 2006-2007. De vergadering erop vertelde professor Van Roosmalen over hoe het landelijk bijhouden van perinatale sterfte binnen de verloskunde voor verandering van beleid heeft gezorgd. Vervolgens sprak professor Van Diemen, hoofdinspecteur Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ), over het belang van veilig melden (‘Waar angst regeert wordt niet geleerd.’). Op de voor-

jaarsvergadering in 2016 hield onder anderen psycholoog George Smits, die betrokken is bij de jaarlijkse KNO-complicatiedagen, een voordracht over de impact van een ernstig incident op de zorgverlener. Op de najaarsvergadering van 2016 spraken professor Lombarts en professor Shapiro van Harvard Medical School over het belang van peer support.

De KNO-vereniging financierde ter ondersteuning twee trainingen voor geïnteresseerde KNO-artsen: een tweedaagse cursus in mei 2016 over analyse en impact van calamiteiten, gegeven door George Smits en professor Giard, en, in Groningen, een training tot peer supporter door de groep van Shapiro in oktober 2016. Na de najaarsvergadering van 2016 werd gestart met melden en het actief geven van peer support.

De commissie

Leden voor de Commissie Analyse Ernstige Incidenten en Peer Support werden geworven via een advertentie op onze site. De commissie bestaat inmiddels uit acht leden: zes KNO-artsen en twee aios. Alle commissieleden hebben een geheimhoudingsverklaring getekend. Net als bij andere commissies worden de leden voor een termijn van drie jaar aangesteld, met de mogelijkheid tot een eenmalige verlenging. Er wordt ten minste tweemaal per jaar vergaderd.

Werkwijze

KNO-artsen en aios KNO kunnen incidenten melden via de ledensite (www.kno-leden.nl). Op de hoofdpagina is een kopje *Ernstige incidenten en Peer Support* geplaatst. Hieronder staan het meldingsformulier, uitleg over de commissie en over peer support, een lijst met voorbeelden van te melden casussen en een lijst met peer supporters. De mogelijkheid bestaat om anoniem een melding te doen, of een melding te doen voor een collega. Het secretariaat van de KNO-vereniging anonimiseert de gemelde casus, waarna deze direct via een beveiligde en gecodeerde mail naar de leden van de commissie wordt verstuurd. Aan twee vaste leden wordt de naam van de betrokken collega doorgegeven zodat zij binnen 24 uur na de melding peer support vanuit de KNO-vereniging kunnen regelen. Inmiddels is bekend dat het essentieel is dat de steun proactief wordt aangeboden in plaats van te

wachten op een eventuele hulpvraag.¹ Het staat de betrokken collega uiteraard vrij daar al dan niet gebruik van te maken. Als deze peer support wenst, wordt een passende peer supporter gezocht waarbij zo veel mogelijk rekening wordt gehouden met ervaring en leeftijd. Leden kunnen ook zelf een peer supporter benaderen van de lijst op de website; dat kan dus ook zonder dat bij de commissie melding wordt gedaan van het ernstige incident.

Een peer supporter is geen psycholoog of behandelaar maar biedt vooral een luisterend oor, reflectie en ondersteuning bij coping. Peer supporters zijn getraind om alarmsymptomen te detecteren en hierop in te spelen, bijvoorbeeld door het inschakelen van extra hulp te adviseren. De gesprekken worden meestal telefonisch gevoerd en er vinden minstens twee gesprekken plaats. Zo nodig worden meer gesprekken gepland.

Peter Oldekalter (KNO-arts en jurist, voormalig lid Centraal Tuchtcollege) is beschikbaar voor hulp aan collega's die betrokken raken bij een tuchtzaak.

George Smits is beschikbaar voor psychologische hulp, mocht de casus daar aanleiding toe geven; de eerste twee uur hiervan komen voor rekening van de KNO-vereniging. Alle meldingen worden bijgehouden in een geanonimiseerd document en zijn gelabeld voor onder andere aandachtsgebied, soort complicatie, periferie versus academie en het wel of niet verkrijgen van peer support.

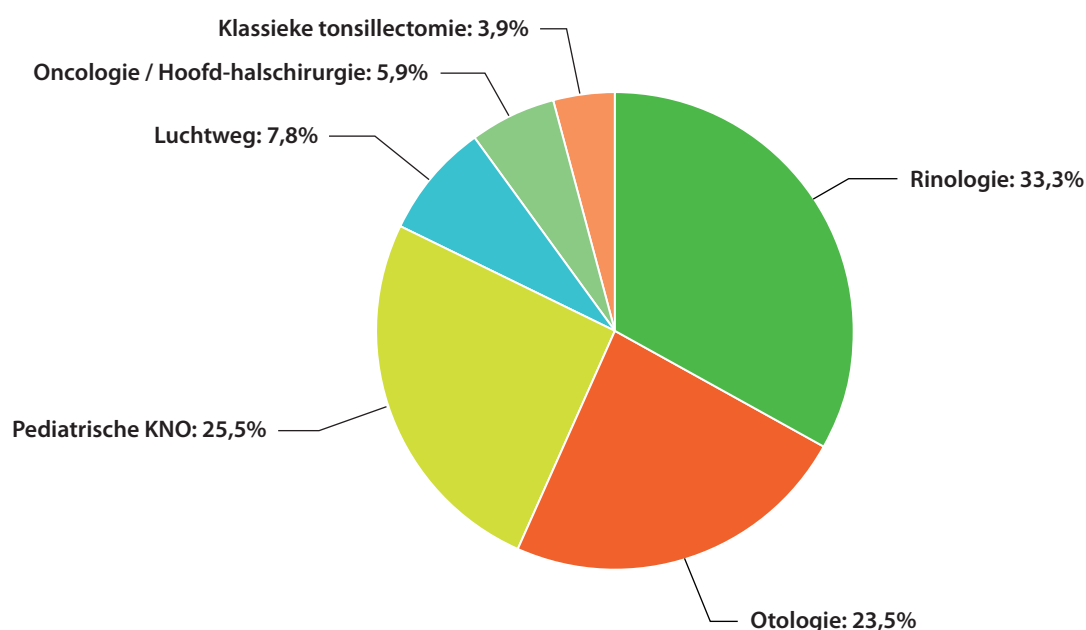
Resultaten

Gemelde casuïstiek 2016-2021

In de afgelopen 5 jaar zijn 53 meldingen gedaan van ernstige incidenten. Daarvan is 1 casus met een aantal maanden tussentijd door twee collega's gemeld, wat het totale aantal casussen op 52 brengt. Van deze casussen werden er 3 anoniem gemeld en 6 door een directe collega van de betrokken KNO-arts (io). Vanuit de perifere ziekenhuizen zijn 40 casussen gemeld, versus 12 vanuit de academische ziekenhuizen. Van de 52 casussen betrof het in 16 gevallen een kind. In totaal ging het bij 11 meldin-

Tabel 1. Meldingen van ernstige incidenten met een fatale afloop.

Casus	Volwassene/ kind	Complicatie	Subspecialisme	Gerelateerd aan (operatieve) interventie	Korte beschrijving
1	Volwassene	Arteriële (na)bloeding	Klassieke tonsillectomie	Ja	Nabloeding na klassieke tonsillectomie bij aberrant verloop carotis externa
2	Kind	Arteriële (na)bloeding	Pediatrische KNO	Niet bekend	Geen aanvullende informatie beschikbaar
3	Kind	Shock/pneumosepsis	Pediatrische KNO	Ja	Groep-A-streptokokkenpneumosepsis na een adenotonsillectomie
4	Kind	Shock/sepsis	Pediatrische KNO	Ja	Groep-A-streptokokkensepsis na een adenotonsillectomie
5	Kind	Shock/sepsis	Pediatrische KNO	Nee	Groep-A-streptokokkensepsis bij cellulitis orbitae
6	Kind	Luchtweg	Pediatrische KNO	Nee	Acute luchtwegobstructie bij kind met leukemie
7	Volwassene	Reanimatie	Luchtweg	Ja	Reanimatiesetting na supraglottische laserresectie waarna bloeding
8	Volwassene	Arteriële (na)bloeding	Rinologie	Nee	Epistaxis waarvoor eerst expectatief beleid, blijkt later blow-out carotis interna
9	Volwassene	Arteriële (na)bloeding	Rinologie	Ja	Ernstige neusbloeding bij Rendu- Osler-Weber, ic-opname en overlijden na embolisatie in derde lijn
10	Volwassene	Reanimatie	Rinologie	Ja	Reanimatiesetting op verkoever na endoscopische bijholtechirurgie, mogelijk cardiale oorzaak overlijden
11	Volwassene	Cerebrovasculaire complicatie	Rinologie	Ja	Cerebrovasculair accident na embolisatie bij posterieure epistaxis, waarna uiteindelijk overlijden



Figuur 1. Gemelde incidenten per subgroep.

gen om een casus met een fatale afloop, 5 daarvan waren kinderen. Een overzicht hiervan is weergegeven in *tabel 1*.

Vervolgens hebben we de 52 gemelde casussen opgedeeld naar subspecialisme, zie *figuur 1*.

Rinologisch gerelateerde incidenten werden het vaakst gemeld en waren veelal gerelateerd aan neusbijholtechirurgie. In *tabel 2a* wordt een beknopt overzicht gegeven van deze meldingen. Schedelbasisdefecten worden het vaakst gemeld als incident gerelateerd aan neusbijholtechirurgie,

Tabel 2a. Gemelde casuïstiek binnen het subspecialisme rinologie (n = 17).

Incident	Aantal
Arteriële (na)bloeding	4
Cerebrovasculaire complicatie	1
Noodluchtweg	1
Reanimatie	1
Schedelbasisdefect*	9
Anders	1

* Waarvan vier keer met shaver.

Tabel 2b. Gemelde incidenten gerelateerd aan een ATE (n = 12).

Incident	Aantal
Abcedering (lokaal of elders)	2
Arteriële nabloeding*	5
Shock/sepsis**	2
Subcutaan emfyseem	1
Acute luchtwegobstructie***	2

* Waarvan één fataal en één na een coblatietonsillectomie.

** Beide groep-A-streptokokkeninfectie, beide fataal.

*** Waarvan twee door losgekomen tandelement.

Tabel 2c. Gemelde incidenten bij otologische ingrepen (n = 12).

Incident	Aantal
Facialisletsel	2
Links-rechtsverwisseling	1
Meningitis*	2
Perceptief gehoorverlies	4
Lekkage perilymfe	1
Veneuze nabloeding	1
Anders	1

* Waarvan één door groep-A-streptokokkeninfectie.

Tabel 2d. Gemelde incidenten bij oncologische/hoofd-halschirurgische ingrepen (n = 3).

Incident	Aantal
Facialisletsel	1
Hersenzenuwletsel (niet n. VII)	1
Anders	1

waarbij tijdens de ingreep vier keer gebruik werd gemaakt van een shaver. Er werden 14 incidenten gemeld met betrekking tot pediatrische casussen, waarvan 12 direct of indirect geassocieerd met een ATE, zie tabel 2b.

Bij volwassenen werden twee casussen gemeld van een zeer hevige nabloeding na een klassieke tonsillectomie, waarvan één fataal afliep. Bij de andere casus was interventie van de vaatchirurg en interventieradioloog noodzakelijk.

In tabel 2c worden de otologische incidenten geschetst en in tabel 2d de incidenten geassocieerd met hoofd-halschirurgie/-oncologie. Opvallend is dat er relatief weinig meldingen zijn binnengekomen van incidenten binnen de hoofd-halschirurgie en dat er ondanks het gebruik van facialismonitoring driemaal facialisletsel is gemeld.

Een deel van de meldingen werd pas maanden en soms jaren nadat het incident had plaatsgevonden gedaan. Dat gebeurde dan vaak naar aanleiding van een voordracht van een van de commissieleden over het melden van ernstige incidenten binnen de KNO-vereniging op de landelijke complicatiedagen, op een cursus van de Stichting Nascholing KNO (SNK) of op een andere cursus.

In 2019 werd de commissie opgeschrikt door het feit dat de eerste drie meldingen van dat jaar drie overlijdens bij kinderen betroffen als gevolg van een groep-A-streptokokkensepsis (GAS-sepsis) resulterend in een toxischeshocksyndroom, tweemaal na ATE, eenmaal gerelateerd aan een etmoiditis. Een GAS-infectie is een bij het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) meldingsplichtige ziekte. Het RIVM heeft naar aanleiding van deze drie opeenvolgende casussen contact gezocht met de KNO-vereniging. Op de KNO-voorjaarsvergadering van 2019 werd daarom geadviseerd om kinderen met algehele malaise en koorts na ATE laagdrempelig aan de kinderarts te presenteren, op te nemen en met antibiotica te behandelen. Later in het jaar werd uit nadere microbiologische typering duidelijk dat het verschillende GAS-stammen betrof. Uiteindelijk werd geconcludeerd dat de casussen niet gerelateerd waren. Toch laat deze constatering het nut zien van het melden van dergelijke incidenten, zodat op landelijk niveau trends en overeenkomsten tijdig kunnen worden gesignaleerd.

Peer support

Binnen de KNO-vereniging zijn 25 collega's door Jo Shapiro, gasthoogleraar *Professionalism and Peer Support* aan de Rijksuniversiteit Groningen, getraind als peer supporter. De peer supporters zijn goed verdeeld over het land, werken zowel academisch als perifeer en hun ervaringsniveau varieert van jonge klaren tot KNO-artsen aan het eind van hun werkzame leven. Dit maakt het mogelijk om een echte 'peer' te koppelen aan een collega die behoefte heeft aan peer support.

Bij de eerste meldingen werd peer support alleen verleend op verzoek van de melder. In de praktijk leverde dit maar weinig verzoeken op (3/19). Na overleg met professor Shapiro werd er daarom vanaf juli 2018 bewust voor gekozen om peer support actief te gaan aanbieden. Uiteraard was dit niet mogelijk bij anonieme meldingen. Aan melders van casussen die maanden of jaren daarvoor hadden plaatsgevonden, werd peer support niet meer actief aangeboden.

In totaal waren er 59 situaties die voor peer support in aanmerking kwamen (tabel 3). 20 keer werd peer support verzorgd via onze KNO-vereniging, in 15 gevallen was al peer support vanuit het eigen ziekenhuis geregeld. Acht collega's hadden geen behoefte aan peer support. Driemaal kon geen peer support worden verleend omdat er anoniem gemeld was en zes keer omdat er door een collega werd gemeld. Opvallend was dat er zeven keer peer support werd gevraagd, en natuurlijk ook gegeven, zonder dat een melding werd gedaan over de casus. De psychologische hulpverlening van George Smits werd eenmaal gevraagd in verband met 'blaming, naming and shaming' in de pers. Drie keer werd Peter Oldekemper ingeschakeld voor juridische peer support.

Tabel 3. Overzicht peer support in de afgelopen vijf jaar.

Peer support aan aios/KNO-arts	Aantal
Door KNO-vereniging	20
Door eigen ziekenhuis	15
Zonder melding	7
Geen behoefte	8
Niet mogelijk, want anoniem	3
Niet mogelijk, want andere melder	6

Discussie

In de afgelopen 5 jaar is er een melding gedaan over 52 casussen en is in totaal voor 27 collega's

peer support verzorgd vanuit de KNO-vereniging. Zoals verwacht betroffen de meeste meldingen van ernstige incidenten casussen van neusbijholtechirurgie (FESS). De ernstige meldingen na FESS corresponderen ook met het rapport van Van Leusden over schadeclaims waaruit blijkt dat de ernstigste klachten en daaruit voortvloeiende schadeclaims binnen de KNO-heelkunde gerelateerd zijn aan schade door neusbijholtechirurgie.² Daarnaast is het opvallend dat er in de afgelopen 5 jaar 3 meldingen zijn gedaan over incidenten met een fatale afloop gerelateerd aan een ATE, waarvan 2 door een toxischeshocksyndroom. Dat ook in Nederland kinderen overlijden na een ATE werd door sommige collega's onwaarschijnlijk gedacht ('we zijn een kleine, hechte groep; we zouden het wel weten als dat zou gebeuren'). Het complicatierisico van een ATE is relatief laag; een postoperatieve bloeding is het belangrijkste risico, met een kans variërend van 0,5 tot 2,1% volgens de Nederlandse richtlijn *Ziekten van adenoid en tonsillen in de tweede lijn*.^{3,4} Een bacteriëmie daarentegen komt na een ATE zeer vaak voor, met gerapporteerde percentages van 20 tot 70.^{5,6} Door gaans is deze zelflimiterend. Ongeveer 5-10% van de kinderen is asymptomatisch drager van GAS in de orofarynx.^{7,8} GAS kan een breed scala van infectieziekten veroorzaken, zowel niet-invasieve (faryngitis, impetigo, roodvonk) als invasieve (necrotiserende fasciitis en streptokokken-toxischeshocksyndroom). Hoewel invasieve GAS-infecties zeldzaam zijn, worden ze gevreesd om hun virulentie en hoge sterftcijfers. Het is daarom belangrijk een streptokokken-toxischeshocksyndroom in een vroeg stadium te herkennen omdat vroege behandeling een gunstig effect kan hebben op de uitkomst. Gerapporteerde cijfers voor ATE-gerelateerde sterfte, meestal als gevolg van bloedingen, variëren tussen 1 op 7132 en 1 op 170.000.⁹ Opvallend aan deze cijfers is de enorme spreiding van deze getallen. Die spreiding kan onder andere worden verklaard door verschillen in populatiegrootte, wat bij een zeldzame gebeurtenis als deze een vertekend beeld kan geven waardoor het sterftcijfer relatief hoog kan uitvallen. In Nederland worden jaarlijks 42.500 ATE's uitgevoerd; dit staat gelijk aan 212.500 in 5 jaar en resulteert in een sterftcijfer van 1 op 70.833 over de afgelopen 5 jaar.³

Daarnaast is het opmerkelijk dat driemaal een melding is gedaan van het doornemen van de nervus facialis tijdens een ingreep ondanks het gebruik van een facialismonitor. Dit maakt nog maar eens duidelijk dat de facialismonitor weliswaar een goede aanvulling is bij ingrepen met risico op facialisletsel, maar beslist geen zekerheid biedt. De betrouwbaarheid van de monitor hangt af van meerdere aspecten en is de verantwoordelijkheid van de operateur tijdens de ingreep. Het is daarom van belang dat de chirurg en het chirurgisch team op de hoogte zijn van de werking van de facialismonitor en deze testen voor gebruik.

Ondanks alle tijd die voor ons is ingeruimd op KNO-vergaderingen, alle voordrachten op verschillende cursussen en mededelingen op de website, is het bestaan van de commissie en het meldingssysteem nog steeds niet bij alle leden bekend. Vaak kwamen meldingen pas binnen na een recente presentatie over ernstige incidenten en peer support op een cursus. Als we de desbetreffende collega's vroegen waarom niet eerder was gemeld, antwoordden zij dat zij er niet aan hadden gedacht, bang waren voor administratieve last, of nog niet bekend waren met de wens vanuit de vereniging om ernstige incidenten te melden. Daarnaast valt op dat er de eerste jaren zeer weinig meldingen vanuit de academische centra binnenkwamen. Om deze redenen houden wij rekening met onderrapportage van het aantal ernstige incidenten binnen de KNO-geneeskunde.

Vanuit de commissie zijn er meerdere pogingen gedaan om alsnog een compleet beeld te krijgen van het voorkomen van ernstige incidenten in de KNO-geneeskunde. Zo werd begin 2021 via het secretariaat van de KNO-vereniging een mail naar de contactpersonen van alle vakgroepen KNO verstuurd met het verzoek om de niet-gemelde casussen over 2020 alsnog te melden. Er kwam vanuit 7 klinieken respons, die geen nieuwe meldingen opleverde. We kregen geen reactie van de andere 80 vakgroepen. Daarnaast werd de IGJ benaderd om de daar gemelde KNO-gerelateerde casussen (anoniem) te mogen inzien, zodat de commissie zou kunnen nagaan of alle KNO-gerelateerde calamiteiten ook bij ons zijn binnengekomen. De IGJ kan echter geen KNO-casuïstiek uit hun systeem filteren. Kortom, het blijkt lastig de meldingen sluitend

te krijgen, ondanks de hier genoemde acties vanuit de commissie.

Een tweede doel van deze commissie is het verlenen van peer support aan betrokken collega's. Een groot deel van de bij gemelde casussen betrokken artsen ontving peer support via KNO-collega's, wat bevestigt dat hier vraag naar is. Ook wij hebben gemerkt dat het proactief benaderen van de betrokkene het beste werkt. Daarom worden alle melders binnen 24 uur actief benaderd. Omdat steeds meer ziekenhuizen peer support aanbieden, is na een incident steeds vaker al vanuit het ziekenhuis zelf peer support verleend aan de betrokken arts. Heringa schrijft hierover in het *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*: 'In de afgelopen vijf jaar hebben steeds meer ziekenhuizen peer support gestart, omdat deze inmiddels onmisbaar wordt geacht in de verbetercyclus na een incident en omdat het bijdraagt aan welzijn van de zorgprofessional en aan meer openheid en een veiliger zorg.'¹⁰ Desondanks maken onze leden nog steeds gebruik van de vanuit de eigen KNO-vereniging aangeboden peer support.

Daarnaast is het opvallend dat enkele collega's peer support aanvragen via de lijst van peer supporters op de website, zonder nadien melding van het incident te doen. Blijkbaar wordt hier toch aan een behoefte voldaan. Collega Shapiro vond dit geweldig aan ons systeem; volgens haar is het uniek in de wereld dat een wetenschappelijke vereniging peer support verleent. Ook de IGJ is te spreken over ons systeem, zoals te lezen is in een recent stuk in *Medisch Contact* waarin wordt gesteld dat de wetenschappelijke verenigingen van cardiologen en KNO-artsen excelleren in het leren van hun data.¹¹ Ten slotte is er behoefte aan training van nieuwe jonge peer supporters en aan opfrustrainingen voor de huidige peer supporters, maar door de COVID-19-pandemie heeft dat tot op heden nog niet kunnen plaatsvinden. In september 2022 staat een nieuwe peer-supporttraining gepland.

Conclusie

De KNO-vereniging is de eerste medisch-specialistische vereniging die een landelijk meldingssysteem voor ernstige incidenten heeft opgezet en die peer support aanbiedt vanuit de beroepsvereniging. In 5 jaar tijd werden 52 meldingen gedaan

van ernstige incidenten binnen de KNO-vereniging. Deze meldingen waren vooral gerelateerd aan neusbijholtechirurgie, ATE en ooroperaties.

Eenmaal, in 2019, werd een waarschuwing gegeven in verband met 3 overleden kinderen als gevolg van het toxischeshocksyndroom veroorzaakt door een groep-A-streptokok, tweemaal gerelateerd aan een ATE en eenmaal aan een etmoïditis. Naar aanleiding hiervan werd geadviseerd om voorlopig een aangepast medisch beleid te voeren.

Er wordt gebruikgemaakt van de actief door de KNO-vereniging aangeboden peer support en ook wordt zonder melding om peer support gevraagd en wordt deze verleend. Er is behoefte aan training van nieuwe, jonge peer supporters en hernieuwde training van de huidige peer supporters. Deze trainingen zullen september aanstaande plaatsvinden.

Referenties

1. Shapiro J, Galowitz P. Meer steun nodig voor arts bij medische fout. *Ned Tijdschr Geneesk*. 2016;160:D181.
2. Van Leusden MB, Olde Kalter P, Hubben JH. KNO-arts en tuchtrecht 2003-2013. Den Haag, Sdu Uitgevers; 2013.
3. Richtlijn Ziekten van adenoïd en tonsillen in de tweede lijn. Utrecht: Nederlandse Vereniging voor KNO-heelkunde en Heelkunde van het Hoofd-Halsgebied; 2014.
4. Tjon Pian Gi R, Blik V, Borgstein J. The Sluder method in the Netherlands and the incidence of postoperative haemorrhage in a pediatric hospital. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol*. 2010;74:56-9.
5. Soldado L, Esteban F, Delgado-Rodriguez M, et al. Bacteremia during tonsillectomy: a study of the factors involved and clinical implications. *Clin Otolaryngol Allied Sci*. 1998;23:63-6.
6. Esposito S, Marchisio P, Capaccio P, et al. Risk factors for bacteremia during and after adenoidectomy and/or adenotonsillectomy. *J Infect*. 2009;58:113-8.
7. Luiz FB, Alves KB, Barros RR. Prevalence and long-term persistence of beta-haemolytic streptococci throat carriage among children and young adults. *J Med Microbiol*. 2019; 68:1526-33.
8. Koc S, Gurbuzler L, Yenisehirli G, et al. The comparison of bacteremia and amount of bleeding during adenotonsillectomy. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol*. 2011;75:12-4.
9. Windfuhr JP. Serious complications following tonsillectomy: how frequent are they really? *ORL J Otorhinolaryngol Relat Spec*. 2013;75:166-73.
10. Heringa PM, Tiemersma AM, Erwich JJHM. Peer support. Onmisbaar in de verbetercyclus na een incident. *Ned Tijdschr Geneesk*. 2020;164:31-5.
11. Nyst E. IGJ laat ziekenhuizen zelf verbetergegevens kiezen. *Medisch Contact*. 2021;13/14;10-11.

Belangenverstrengeling/financiële ondersteuning

De auteurs verklaren dat er geen sprake is van belangenverstrengeling.

Zorgevaluatie: de cirkel sluiten

Raphael Hemler

Gelre Ziekenhuizen,
Apeldoorn, Afd. KNO:
dr. R.J.B. Hemler,
KNO-arts.

Samenvatting

Zorgevaluatie is een proces waarbij de wetenschappelijke onderbouwing van bestaande zorg continu wordt verbeterd door evaluatieonderzoek. Binnen dat proces wordt in kennisagenda's geprioriteerd waar die onderbouwing zou moeten worden verbeterd, wordt verworven nieuwe kennis in structureel richtlijnonderhoud geduid en worden nieuwe aanbevelingen in de praktijk geïmplementeerd. Voor continue verbetering van de patiëntenzorg moet het zorgevaluatieproces als een continuüm worden doorlopen in een kenniskwaliteitscyclus. Het richtlijnontwikkelings- en onderhoudsproces speelt daarbij een centrale rol.

De wetenschappelijke verenigingen, verenigd in de Federatie Medisch Specialisten (FMS), hebben als doel de beste zorg ter wereld te leveren (*Medisch Specialist 2025*). Daarvoor is zorgevaluatie als structureel onderdeel van de medisch-specialistische praktijk onontbeerlijk. Het programma Zorgevaluatie en Gepast Gebruik (ZE&GG) deelt die ambitie. Om die waar te maken moeten alle partijen in de medisch-specialistische zorg structureel hun deel bijdragen. Daarvoor zijn tijd en middelen nodig.

De KNO-vereniging heeft de mogelijkheid om de kenniskwaliteitscyclus te combineren met de beleidscyclus, door haar ervaring met kennisagenda's, actieve participatie in de ontwikkeling van het continue modulaire richtlijnonderhoud in clusters en de daarop aansluitende structuur van de vereniging.

Trefwoorden

Zorgevaluatie, ZE&GG, richtlijnen, kenniskwaliteitscyclus

Abstract

Healthcare-evaluation is a process in which scientific basis of existing care is continuously improved through evaluative research. In this process, knowledge agendas are used to prioritize where this basis should be improved, newly acquired knowledge is

interpreted in guidelines and new recommendations are implemented in everyday practice. In this way, patient care is continuously improved through healthcare-evaluation. This requires this process to be conducted as a continuum in a knowledge-quality-cycle. The process of development and maintenance of guidelines has a central role in this process. The scientific medical associations, united in the Federation of Medical Specialists, have the ambition to deliver the best care worldwide (*Medisch Specialist 2025*). Therefore, health care evaluation as a structural part of medical specialist practice is indispensable. The ZE&GG program shares that ambition. To make this possible, the various parties in specialist medical care all must contribute in a structural way. This requires time and resources. The Dutch ENT Society has the opportunity to combine the knowledge-quality-cycle with its policy cycle, due to its experience with knowledge agendas, active participation in the development of continuous modular guideline maintenance in clusters and the structure of the Society.

Keywords

Healthcare-evaluation, ZE&GG, guidelines, knowledge-quality-cycle

Inleiding

De Nederlandse Vereniging voor Keel-Neus-Oorheelkunde en Heelkunde van het Hoofd-Halsgebied (NVKNO) was in 2013 de eerste wetenschappelijke vereniging (WV) die een kennisagenda publiceerde.¹

In 2016 publiceerde de Federatie Medisch Specialisten (FMS) het adviesrapport 'Zorgevaluatie: van project naar proces'.² Daarin wordt zorgevaluatie als volgt omschreven: "Bij zorgevaluatie wordt bestaande zorg geëvalueerd en wordt antwoord gegeven op de vraag welke zorg onder gegeven omstandigheden het meest effectief is. Zorgevaluatie levert daarmee gezondheidswinst op voor de patiënt.

Daarnaast onderbouwt zorgevaluatie richtlijnen en instrumenten voor gezamenlijke besluitvorming ('shared decision making'). Zorgevaluatie is uitdrukkelijk gericht op vragen uit de praktijk om het klinisch handelen wetenschappelijk te onderbouwen."

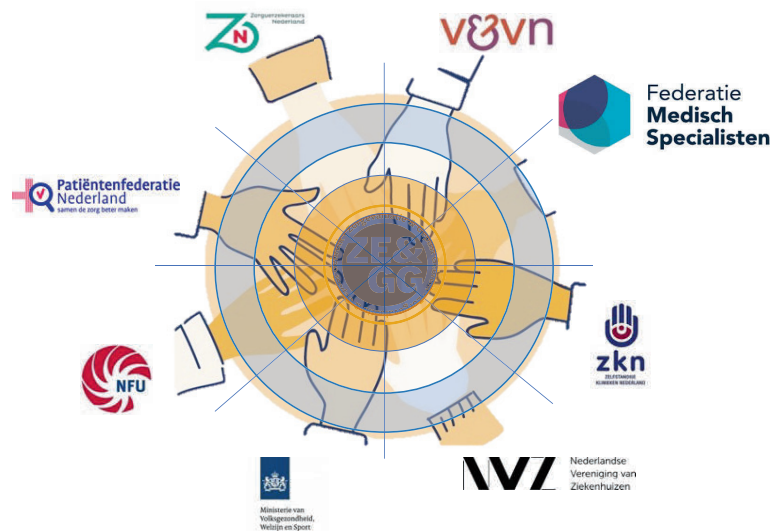
Sinds deze publicaties zijn er veel ontwikkelingen geweest. Een belangrijke ontwikkeling is de samenwerking met andere stakeholders in de medisch-specialistische zorg in het programma Zorgevaluatie en Gepast Gebruik (ZE&GG) (figuur 1). ZE&GG is, mede op initiatief van de FMS, voortgekomen uit het *Hoofdpijnenakkoord medisch-specialistische zorg 2019-2022* (HLA-MSZ).³ Zo is zorgevaluatie opgeschaald en hebben de betrokken partijen zich aan zorgevaluatie gecommitteerd. Daarmee komt realisatie van de ambitie van de FMS dichterbij om zorgevaluatie structureel onderdeel te maken van de medisch-specialistische zorg.⁴ ZE&GG wil deze ambitie in 2025 hebben gerealiseerd.⁵

Zorgevaluatie

De definitie van zorgevaluatie in het rapport van de FMS luidt: 'klinisch evaluatieonderzoek naar de (kosten)effectiviteit van bestaande zorg. Het is gericht op een juiste plaatsbepaling van interventies (indicatiestelling voor behandeling of diagnostiek). Zorgevaluatie is meer dan alleen het uitvoeren van een vergelijkend onderzoek, het is een proces met een aantal belangrijke onderdelen.' Die onderdelen zijn: inventariseren en prioriteren van openstaande kennisvragen in kennisagenda's, programmeren en uitwerken van studies, uitvoering van die studies en implementatie van de resultaten na duiding in richtlijnen (figuur 2). Bij ZE&GG wordt gesproken van 'de cirkel van gepast gebruik' (figuur 2), met in essentie dezelfde processen.

Naast de primaire focus op kwaliteit door onderbouwing van medisch handelen en daarmee ondersteuning van gezamenlijke besluitvorming, draagt zorgevaluatie ook bij aan doelmatigheid van zorg. Dit komt in ZE&GG terug als 'gepast gebruik' waarbij de nadruk ligt op toepassing van opgedane kennis in de praktijk.

Op de verschillende stappen van zorgevaluatie, de ontwikkelingen hierin en de stand van zaken binnen de NVKNO wordt hierna verder ingegaan.

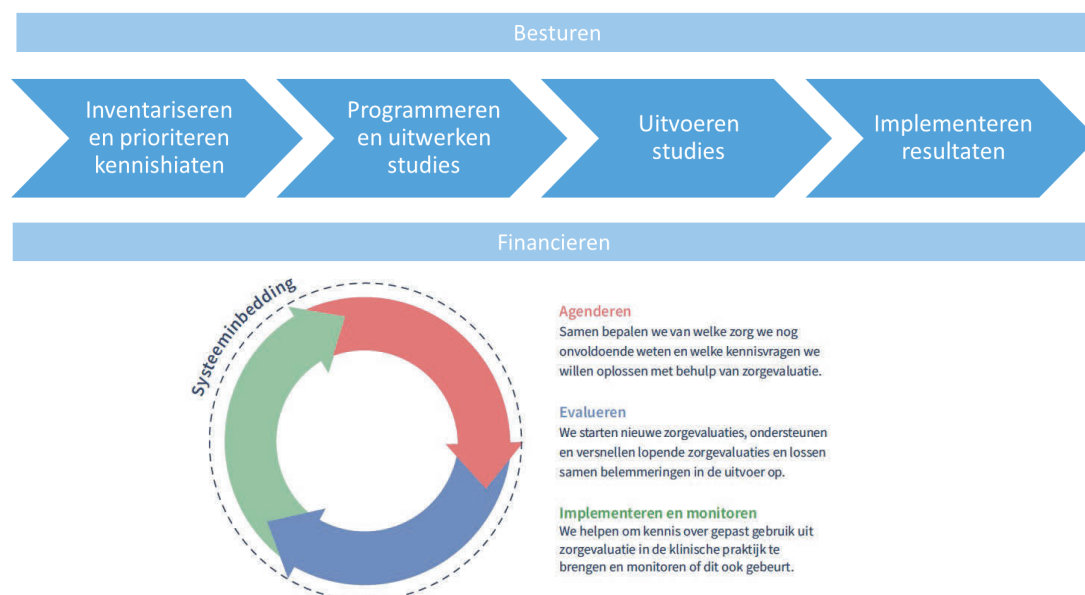


Figuur 1. De partijen van ZE&GG: Federatie Medisch Specialisten (FMS), Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland (V&VN), Nederlands Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ), Nederlandse Federatie van Universitaire Ziekenhuizen (NFU), Zorgverzekeraars Nederland (ZN), Zelfstandige Klinieken Nederland (ZKN), ministerie van VWS.

Kennisagenda's

De eerste KNO-kennisagenda inventariseerde op gestructureerde wijze kennishiaten binnen de KNO-heelkunde. Mooie voorbeelden van zorgevaluaties die zijn voortgekomen uit die agenda, zijn de septumtrial en de PolypESS-studie. Beide studies worden op dit moment in richtlijnen verwerkt. In 2019 is de tweede Kennisagenda van de NVKNO gepubliceerd;⁶ inmiddels wordt gewerkt aan de derde. Binnen de FMS hebben inmiddels alle WVen een kennisagenda gepubliceerd, waarbij sommige net als de NVKNO werken aan herziening. Gezamenlijk werken WVen en FMS in een overkoepelend project van het Kennisinstituut aan doorontwikkeling van de methodiek van het opstellen van kennisagenda's. Daarbij wordt vooral gekeken naar drie aspecten: 1) omgang met multidisciplinariteit; 2) verbeteren van de samenwerking met stakeholderpartijen; 3) meer continu onderhoud, zodat de kennisagenda actuele kennisvragen bevat.

Een andere ontwikkeling is een pilot van FMS/Kennisinstituut en ZE&GG gericht op het inrichten van een structureel proces waarin openstaande kennisvragen continu worden geïdentificeerd en in onderzoek gebracht. Als basis voor dat proces wordt gedacht aan de structurele literatuuranalyse en duiding bij de richtlijnontwikkeling/-revisie in clusters/themagroepen.



Figuur 2. De stappen van zorgevaluatie en de cirkel van gepast gebruik.

Uitvoeren studies

Het uitvoeren van zorgevaluaties kent meerdere uitdagingen. Al bij het opstarten van een zorgevaluatie zijn er veel bureaucratische belemmeringen. Vanzelfsprekend zijn er voor onderzoek bij mensen veiligheidswaarborgen nodig. Toetsing door de Centrale Commissie Mensgebonden Onderzoek (CCMO) of een medisch-ethische toetsingscommissie (METC) voorziet daar mede in. Merkus beschreef in 2017 de lange, omslachtige route langs METC's en Raden van Bestuur van de aan zijn zorgevaluatie deelnemende centra.⁷ In 2013 was deze zorgevaluatie opgenomen in de KNO-wetenschapsagenda, in 2014 tekenden 20 deelnemende centra een intentieverklaring die, na de METC-procedure, in 2016 nog tweemaal moest worden aangepast. Eind 2017 bleken daardoor uiteindelijk 13 raden van bestuur definitief te hebben getekend en kon de zorgevaluatie in die centra eindelijk starten. Het is de vraag of deze procedures zo uitgebreid moeten zijn. Zorgevaluatie richt zich op bestaande zorg. Over de veiligheid van bestaande zorg is al veel bekend. Daarom ontwikkelt ZE&GG samen met de relevante partners een beter passend en proportioneel toetsingskader voor zorgevaluaties, dat op korte termijn beschikbaar is.

Een andere uitdaging bij zorgevaluaties is achterblijvende inclusie van deelnemers. Soms kunnen studies daardoor niet worden afgerond. De verantwoordelijkheid voor inclusies ligt bij de onderzoeksgroep. Wetenschappelijke verenigingen hebben hierin for-

meel geen rol. Gezien het beleid van ZonMw is het momenteel niet mogelijk dat een onderzoekssubsidie aan een vereniging wordt toegekend. Het belang van een goed verloop van de studie is voor de WV echter groot: veelal komt de studie voort uit de kennisagenda van de vereniging en is die gericht op het onderbouwen van het handelen van de leden. Ook wordt de WV gevraagd subsidieaanvragen mede te ondertekenen. Bij het trialbureau van ZE&GG en het programma 'leading-the-change' zijn kennis en ervaring opgedaan in het ondersteunen bij het inclusieproces. Voorbeelden daarvan zijn de recent verschenen online inclusiemonitor, die de actuele inclusiestand per zorgevaluatie toont, en de inclusieversneller, een succesvol subsidieprogramma om inclusies te versnellen. Een volgend aandachtspunt bij zorgevaluaties is het verkrijgen van subsidie. De bestaande subsidiemogelijkheden zijn niet toereikend om alle openstaande vragen te kunnen beantwoorden en de procedures zijn lang.

Deze belemmeringen maken dat de doorlooptijd van zorgevaluaties groot is. De eerdergenoemde PolypESS-studie en septumtrial hebben een doorlooptijd van negen jaar tussen prioritering in de kennisagenda en opname in de richtlijn. Verkorten van die doorlooptijd is essentieel.

Implementatie

De laatste stap in zorgevaluatie is implementatie van de gevonden resultaten. Die resultaten moeten eerst worden geduid in een richtlijn. Daarbij wordt

de zorgevaluatie samen met de overige literatuur op kwaliteit beoordeeld volgens de GRADE-methodologie. Dan wordt een aanbeveling voor de praktijk gedaan, op basis van de evidentie in de literatuur en overige overwegingen. Dergelijke overwegingen kunnen zijn de balans tussen gunstige en nadelige effecten, voorkeuren van de patiënt en kosten.

De termijn waarop een richtlijn tot dusver wordt herzien is veel te lang, gemiddeld zeven tot acht jaar. Met modulair onderhoud en het werken in clusters/themagroepen is deze termijn in principe aanzienlijk te verkorten. Om dit in de praktijk te realiseren, heeft het Kennisinstituut samen met ZonMw, ZE&GG en Cochrane Netherlands een versnellingsproject gestart waarin resultaten van 25 zorgevaluaties binnen een jaar in de richtlijn worden verwerkt. Implementatie is meer dan duiding in de richtlijn. Daadwerkelijke toepassing in de praktijk blijft een uitdaging. Spiegelinformatie en medical audits bij visitatie kunnen behulpzaam zijn. Wanneer inzicht wordt verkregen in het eigen functioneren, kan de wens tot verbetering en verandering ontstaan. Zo suggereert de ontwikkeling van het aantal verrichte adenotonsillectomieën dat publicatie van onderzoek en richtlijnen en het ontwikkelen van spiegelinformatie (i.c. opeenvolgende praktijkvariatieonderzoeken) de implementatie van de richtlijn *Ziekten van adenoïd en tonsillen (ZATT)* hebben versterkt.⁸

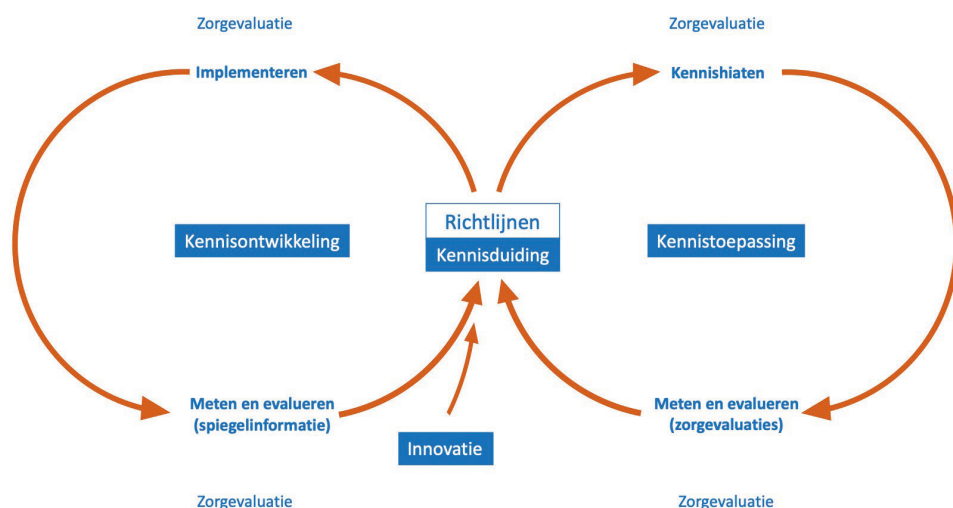
De implementatieagenda van ZE&GG is ook een instrument dat kan worden ingezet om implementatie te versterken. De HLA-partners hebben zich gecommitteerd aan implementatie van de onderwerpen op die agenda. Ondersteuning van implementatie in instellingen door de organisatie is vaak

onontbeerlijk; de commitment van de HLA-partners aan de implementatieagenda helpt daarbij.

Sluiten van de cirkel

Bij de hier beschreven onderdelen van het proces van zorgevaluatie komen de richtlijnen ter sprake. De richtlijnen krijgen steeds meer een centrale rol bij zorgevaluatie. Dat is niet verbazingwekkend: de structurele GRADE-beoordeling bij richtlijnontwikkeling geeft immers aan hoe sterk de wetenschappelijke onderbouwing van dat deel van de zorg is. Op basis van die beoordelingen wordt duidelijk welke zorg sterk onderbouwd is (groene zorg), bij welke zorg er sterk bewijs is tegen toepassing daarvan (rode zorg), of wanneer er onvoldoende evidentie is (oranje zorg). Groene en rode zorg zijn klaar voor implementatie. Oranje zorg vraagt nadere beoordeling om vast te stellen of er een relevante kennisvraag is die moet worden gewogen en eventueel geprioriteerd in een kennisagenda, of dat er geen reden bestaat voor nader onderzoek.

Een cluster/themagroep (samengesteld uit de deskundigen op het betreffende vakgebied) die het modulair onderhoud van richtlijnen vormgeeft, zou bij het wegen en prioriteren van oranje zorg behulpzaam kunnen zijn. Het ligt voor de hand om tijdens de laatste fase van het richtlijnontwikkelingsproces ook een voorstel te formuleren voor vervolgacties. Als nader onderzoek in de vorm van een zorgevaluatie gewenst is, kunnen de al betrokken deskundigen in deze fase een gestructureerde onderzoeksvraag formuleren volgens het PICO-model ('Patient Intervention Compare Outcome'). Onderzoek op



Figuur 3. De kenniskwaliteitscyclus.

basis van de juiste PICO zal ook het relevante antwoord geven op de onderliggende kennisvraag. Ook kan bij het opstellen van een implementatieplan voor een rode of groene richtlijnaanbeveling een analyse worden gemaakt van mogelijke belemmeringen bij (de-)implementatie. De deskundigen mogen bij uitstek in staat worden geacht om die analyse te doen. Op basis daarvan kan er dan bijvoorbeeld voor worden gekozen om via de implementatieagenda steun van andere partijen te verwerven voor het oplossen van belemmeringen. Door het richtlijnontwikkelproces als basis te nemen voor de verschillende stappen van zorgevaluatie, worden identificatie van kennishiaten, formulering van de juiste onderzoeksvragen en anticipatie op implementatie in één proces verenigd. Daarmee ontstaat een gesloten kenniskwaliteitscyclus (figuur 3). Op die manier wordt het totale proces van zorgevaluatie inzichtelijker en beter bestuurbaar door de WV-gemandateerde experts op het betreffende vakgebied. Zo kan de lange doorlooptijd van identificatie en prioritering van een openstaande kennisvraag, via zorgevaluatieonderzoek tot implementatie van geduide resultaten aanzienlijk worden bekort. De kwaliteit van patiëntenzorg is daar direct bij gebaat.

Systeeminbedding

Om onze ambities als medisch specialisten te kunnen realiseren (beste zorg ter wereld; *Medisch Specialist 2025*) is het essentieel dat zorgevaluatie structureel onderdeel wordt van de medisch-specialistische zorg. Dat wordt bedoeld met systeeminbedding. In instellingen moeten er faciliteiten zijn voor het uitvoeren van zorgevaluaties. Zorgevaluaties moeten onderdeel worden van het proces van Samen Beslissen van medisch specialisten met hun patiënten. Registratie- en financieringssysteem moeten zorgevaluatie ondersteunen en mogelijk maken. Gezamenlijk optrekken met zorgverzekeraars is onontbeerlijk, maar ook in de WVen moeten de verschillende zorg-evaluatiestappen in het beleid continu en geïntegreerd een plaats hebben. Dit alles kost tijd en vraagt om brede inspanning en om middelen.

Tot slot: zorgevaluatie en de NVKNO

Waar staat nu de NVKNO? De vereniging heeft een rijke traditie op het gebied van zorgevaluatie en loopt daarin voorop. De eerste kennisagenda en de eerste update van een kennisagenda werden door de

NVKNO gepubliceerd. De vereniging is sterk betrokken bij de nieuwe modulaire werkwijze van continu onderhoud van richtlijnen. Met PLUG&PLAY (zie elders in dit nummer) versterkt de vereniging de implementatie van richtlijnen. Bovendien is de structuur van de vereniging (KNO 3.0), met de themagroepen en kerngroepen, al goed voorgesorteerd bij de nieuwe clusterindeling van richtlijnen. Door de beleidscyclus en activiteiten van bestuur en themagroepen te laten aansluiten op de kenniskwaliteitscyclus van zorgevaluatie kan de NVKNO de structuurinbedding realiseren. Daarmee zal de goede kwaliteit van zorg, zoals die aan de patiënten van de KNO-artsen in Nederland wordt geboden, nog verder kunnen verbeteren.

Referenties

1. Benthem PPG van, Barneveld TA van (red.) De KNO-wetenschapsagenda. Utrecht: NVKNO; 2013.
2. Wijma J, Benthem PPG van, Poolman RW, et al. Adviesrapport Zorgevaluatie Van project naar proces. Utrecht: Federatie Medisch Specialisten; oktober 2016.
3. De Tweede Kamer: https://www.tweedekamer.nl/kamerstukken/brieven_regering/detail?id=2018Z10368&did=2018D31922, geraadpleegd op 01-03-2022.
4. Federatie Medisch Specialisten: <https://demedischspecialist.nl/sites/default/files/Brief%20Zorgevaluatie%20-%20Federatie%20Medisch%20Specialisten.pdf>, geraadpleegd op 01-03-2022.
5. Programma Zorgevaluatie en Gepast Gebruik: <https://www.zorgevaluatiegepastgebruik.nl/over-ons/>, geraadpleegd op 01-03-2022.
6. Brekel MWM van den, Bree R de, Looij MAJ van, et al. KNO Kennisagenda 2.0. Utrecht: NVKNO; 2018.
7. Merkus, P. METC, Projectleidersbijeenkomst Zorgevaluatie, abstract, 3 november 2017, <https://www.zonmw.nl/nl/onderzoek-resultaten/doelmatigheidsonderzoek/zorgevaluatie/projectleidersbijeenkomsten/projectleidersbijeenkomst-zorgevaluatie-2017/>, geraadpleegd op 01-03-2022.
8. Munster JJCM van, Zamanipoor Najafabadi AH, Hout, WB van den, et al. Minder vaak neus- en keelamandelen verwijderd bij kinderen. Veranderingen in zorggebruik in Nederland in de periode 2005-2018. *Ned Tijdschr Geneesk.* 2021;165:D5828.

Belangenverstrengeling/financiële ondersteuning

De auteur verklaart dat er geen sprake is van belangenverstrengeling. Hij is voorzitter van de adviescommissie Zorgevaluatie van de Federatie Medisch Specialisten en vertegenwoordiger van de Federatie bij het programma Zorgevaluatie & Gepast Gebruik.

Dankwoord

De auteur is ir. Teus van Barneveld, directeur van het Kennisinstituut van de Federatie Medisch Specialisten, veel dank verschuldigd voor het kritisch meelesen en voor zijn adviezen bij het opstellen van het artikel.

Verbetersignalementen: Zinnige Zorg voor de KNO

David Colnot en Joeri Buwalda

Samenvatting

Het Zorginstituut Nederland heeft recent twee Zinnige Zorg-verbetersignalementen gepubliceerd: *Obstructieve slaapapneu* en *Middenoorontsteking bij kinderen*. De inhoud en de consequenties van deze verbetersignalementen worden besproken in dit artikel. Voor een aantal aanbevelingen is de NVKNO regiehouder als het gaat om verbetermogelijkheden. Die verbetermogelijkheden vragen tijd, middelen (subsidies van Stichting Kwaliteitsgelden Medisch Specialisten (SKMS) of ZonMW), menskracht en prioritering. Concreet betekent het: revisie van richtlijnen, het opzetten van de otologische kwaliteitsregistratie, het vaststellen van kennisiaten voor de kennisagenda en het doen van onderzoek en ontwikkelen van zorgpaden, al dan niet in nauwe samenwerking met andere wetenschappelijke verenigingen.

Trefwoorden

Zorginstituut, Zinnige Zorg, OSA, middenoorontsteking

Abstract

The National Health Care Institute of the Netherlands recently published two systematic studies on appropriate care (Zinnige Zorg): *Obstructive Sleep Apnea* and *Otitis Media in Children*. This article discusses the content and consequences of both studies, revealing a need to revise guidelines, create national otological quality registries, clearly define 'knowledge gaps', and further develop specific otolaryngology care with or without other scientific societies. These goals, headed by the Dutch Ear-Nose-Throat (ENT) society, require prioritization, time, human resources, and financial support from national foundations like SKMS or ZonMW.

Keywords

National Health Care Institute, appropriate care, Obstructive Sleep Apnea, Otitis Media

Inleiding

Het Zorginstituut brengt adviezen uit aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) over de kwaliteit, toegang en betaalbaarheid van het basispakket. Dat gebeurt onder meer door het beoordelen van de (kosten)effectiviteit van *nieuwe* zorg, geneesmiddelen of hulpmiddelen. Tevens kan het Zorginstituut verduidelijking geven van *bestaande* zorg uit het basispakket als het onduidelijk is of deze in het basispakket thuishoort. Dit gebeurt door een zogeheten duiding of standpunt. Het Zorginstituut is de rechtsopvolger van het College voor Zorgverzekeringen en de Ziekenfondsraad en bestaat onder de huidige naam sinds 2014.

Het programma Zinnige Zorg uit 2013 is een van de hoofdtaken van het Zorginstituut. Dit programma beoogt een systematische doorlichting van het huidige basispakket met het oog op een gepast aanbod en gebruik van zorg. Periodiek worden alle ICD-10-gebieden op systematische wijze doorge-licht, met als kern de identificatie en het tegengaan van niet-effectieve of onnodige zorg, zodat de kwaliteit van de zorg voor de patiënt verbetert, de gezondheidswinst toeneemt en onnodige kosten worden vermeden. De werkwijze bestaat uit vier fasen: screening, verdieping, implementatie en evaluatie. In 2021 heeft het Zorginstituut Nederland twee Zinnige Zorg-verbetersignalementen gepubliceerd die van belang zijn voor de KNO-heelkunde, te weten *Obstructieve slaapapneu* (OSA) en *Middenoorontsteking bij kinderen*.^{1,2} Doel van zulke verbetersignalementen is om te beoordelen of diagnostiek en therapeutische interventies die deel uitmaken van het basispakket, op een patiëntgerichte, effectieve en doelmatige manier worden ingezet. Op basis van deze beoordeling identificeert het Zorginstituut samen met de betrokken partijen verbetermogelijkheden. Het definitieve rapport, het verbetersignalement, wordt aangeboden aan de minister. Vervolgens wordt in een evaluatiefase onderzocht of de voorgenomen verbeteringen zijn

Diakonessenhuis,
Utrecht, Zeist, Doorn.
Afd. KNO:
dr. D.R. Colnot,
KNO-arts.

Deventer Ziekenhuis,
Deventer. Afd. KNO:
dr. J. Buwalda,
KNO-arts.

Beiden: bestuur
NVKNO

gerealiseerd, maar ook of er nog andere acties of maatregelen nodig zijn. Ook hiervan wordt een rapport opgesteld, dat ook weer wordt aangeboden aan de minister.

Voor de NVKNO zijn deze twee rapporten in meerdere opzichten van belang. Voor een aantal aanbevelingen is de NVKNO regiehouder als het gaat om verbetermogelijkheden en in bepaalde gevallen wordt revisie van een richtlijn verwacht of kunnen onderwerpen een plaats krijgen op de kennisagenda. De verschillende verbetermogelijkheden vragen ook om samenwerking met andere wetenschappelijke verenigingen. Ten slotte dwingen de aanbevelingen tot prioritering van middelen en menskracht.

Het verbetersignalement *Obstructieve slaapapneu*

Dit verbetersignalement is verschenen in maart 2021. Er wordt duidelijk in gesteld dat de effectieve OSA-zorg niet ter discussie staat en vergoed blijft voor de afgesproken indicaties; een belangrijke constatering voor de herkenning en erkenning van OSA voor en door artsen en patiënten.

De drie voornaamste constatering en verbeterpunten van het rapport gaan over: (1) de behandeling van patiënten met comorbiditeit zoals atriumfibrilleren en hypertensie zonder OSA-klachten, (2) de inzet van polygrafie of polysomnografie en (3) het klinisch nut van de slaapendoscopie. Deze constatering zijn niet overal in lijn met de aanbevelingen in de huidige richtlijn voor obstructieve slaapapneu.³ Een overzicht van de verschillen:

- 1 In de richtlijn wordt de inzet van OSA-zorg bij atriumfibrilleren en hypertensie wel aanbevolen, ook bij afwezigheid van klachten. Vanuit het oogpunt van effectieve en doelmatige zorg lijkt dit een terecht verbeterpunt wanneer wordt gekeken naar het grote aantal patiënten en de impact op de zorgkosten. Anderzijds is de medisch specialist bevreesd voor het op termijn niet meer kunnen aanbieden van deze zorg en stellen patiënten dat zij graag de keuze behouden. Op dit moment werken de betrokken wetenschappelijke verenigingen aan een aanpassing van de formulering in de richtlijn.
- 2 Voor de inzet van polygrafie of polysomnografie wordt in de richtlijn eveneens een andere

formulering gehanteerd dan in de conclusie van het verbetersignalement. De richtlijn stelt namelijk dat polysomnografie de voorkeur verdient omdat de respiratoire gebeurtenissen daarmee nauwkeurig kunnen worden vastgesteld in relatie tot de slaapstadia en er ook andere slaapstoornissen mee kunnen worden gediagnosticeerd. Bovendien is de betrouwbaarheid van polysomnografie volgens de richtlijn hoger omdat de totale slaaptijd als referentie wordt gebruikt. Ook hier lijkt verbetering mogelijk wanneer beide technieken worden beschouwd vanuit het oogpunt van effectieve en doelmatige zorg. Als echter wordt gekeken naar de overwegingen en aanbevelingen in de richtlijn, blijkt de keuze voor een van beide technieken toch genuanceerder te liggen. Het is duidelijk dat hier een kennishiaat ligt en dat de medisch specialist meer handvatten tot zijn beschikking moet krijgen om een juiste diagnostische keuze te kunnen maken.

- 3 Over de slaapendoscopie wordt in het verbetersignalement opgemerkt dat er aanzienlijke praktijkvariatie bestaat, naast de conclusie dat het klinische nut niet vaststaat. Hierbij moet worden opgemerkt dat het advies over de inzet van slaapendoscopie in de laatste herziening van de richtlijn is gewijzigd en dat dit gevolgen heeft voor de interpretatie van de door het Zorginstituut onderzochte data. Hier is plaats voor onderzoek, enerzijds naar een betere definiëring van de positie van de slaapendoscopie in de diagnostiek, anderzijds naar de invloed van de gewijzigde aanbeveling in de laatste versie van de richtlijn op het aantal uitgevoerde slaapendoscopieën. Het huidige advies luidt immers om uitsluitend een slaapendoscopie te verrichten als bovenste luchtwegchirurgie of nervus hypoglossusstimulatie wordt overwogen. Het is duidelijk dat de NVKNO regiehouder van dit onderzoek is.

Het verbetersignalement *Middenoorontsteking bij kinderen*

Het verbetersignalement *Middenoorontsteking bij kinderen* is verschenen in december 2021 en betreft de ziektebeelden recidiverende otitis media en persisterende otitis media met effusie. Het Zorginstituut heeft de diagnostiek en eerste- en tweedelijns

Tabel 1. Verbetermogelijkheden uit het Zinnige Zorg-verbetersignalement *Middenoorontsteking bij kinderen*.

Verbeteren van diagnostiek in de eerste lijn
Verbeteren van patiëntenvoorlichting
Toepassen van het proces van Samen Beslissen
Gebruik van keuzehulpen
Bevorderen van gepast gebruik van antibiotica
Behandeling met trommelvliesbuisje minder centraal zetten
Kennisontwikkeling bevorderen

behandeling van beide ziektebeelden uitgebreid onderzocht. Er zijn gestructureerde interviews gehouden met ouders en KNO-artsen en er is een analyse gemaakt van de richtlijnen, van online patiëntenvoorlichting en van declaratiegegevens van huisartsen (waaronder de onderzoekswerkplaats van 500 huisartspraktijken; Nivel Zorgregistraties Eerste Lijn) en zowel audiologische centra als ziekenhuizen. Gedurende de onderzoeksperiode is er regelmatig afstemming over de duiding van de data geweest met vertegenwoordigers van de huisartsen, audiologen en KNO-artsen en van patiëntenvereniging Kind en Ziekenhuis. De verbetermogelijkheden zijn samengevat in *tabel 1*.

Het Zorginstituut heeft niet kunnen vaststellen in hoeverre kinderen met middenoorontstekingen de juiste zorg krijgen in Nederland, maar wel dat verbetering mogelijk is in het bepalen welke kinderen antibiotica of trommelvliesbuisjes nodig hebben. Dit is een herkenbare kennishiaat en onderwerp van de kennisagenda. Ook heeft het Zorginstituut geconstateerd dat audiometrie beperkt wordt uitgevoerd wanneer busjes worden overwogen bij persisterende otitis media met effusie en dat dit niet conform de aanbeveling van de richtlijn is.⁴ Dit onderzoek heeft Zorginstituut betrouwbaar kunnen uitvoeren omdat het de beschikking heeft over deze declaratiedata voor unieke patiënten van zowel audiologische centra als ziekenhuizen in Nederland.

In dit rapport doet het Zorginstituut geen uitspraak over het verwachte effect dat de implementatie van deze verbeterpunten zal hebben op het zorggebruik en de zorgkosten.

Concreet is de NVKNO regiehouder voor de volgende verbeterpunten:

- heroverweging van de indicatiecriteria voor het plaatsen van trommelvliesbuisjes;

- opname van de indicatiestelling en behandeling met trommelvliesbuisjes in een nationale kwaliteitsregistratie;
- heroverweging van de plaats van audiometrie;
- handvatten geven voor het beoordelen van de invloed van gehoorverlies op het functioneren en de taal- en spraakontwikkeling van het kind.

Deze verbeterpunten zullen worden meegenomen in de modulaire herziening van de richtlijn; de opname van de interventie trommelvliesbuisjes in de otologische kwaliteitsregistratie wordt inmiddels gerealiseerd.

Op het gebied van samen beslissen en de inzet van keuzehulpen zijn al stappen gezet, zoals de multidisciplinaire keuzehulp voor trommelvliesbuisjes, die door de NVKNO samen met het Nederland Huisartsen Genootschap en Stichting Kind en Ziekenhuis is ontwikkeld en inmiddels is gepubliceerd.⁵

Nader onderzoek naar het gebruik van keuzehulpen voor het samen beslissen zal nog moeten plaatsvinden, bijvoorbeeld waar de keuzehulp het best kan worden ingezet en hoe te onderzoeken of de inzet van de keuzehulp van invloed is op beslissingen.

Discussie

Hoe nu verder met de verbetermogelijkheden die het Zorginstituut in beide rapporten heeft voorgesteld? Een aantal aanbevelingen sluit goed aan bij een al geplande revisie van de richtlijn of bij de vaststelling van een kennishiaat voor de nieuwe kennisagenda. Sommige verbetermogelijkheden zijn echter complexer en vragen samenwerking met andere wetenschappelijke verenigingen. Bijvoorbeeld in het geval van OSA zouden de verschillende wetenschappelijke verenigingen samen of de Slaapgeneeskunde Vereniging Nederland de ontwikkeling van een multidisciplinair en transmurale zorgpad op zich kunnen nemen.

Dergelijke trajecten vragen veel tijd, middelen en menskracht. De impact voor de NVKNO – als regiehouder voor een aantal verbetermogelijkheden – moet niet worden onderschat. Wetenschappelijke verenigingen zullen moeten prioriteren. Bovendien is het niet zo dat financiering van het benodigde onderzoek direct volgt op de aanbevelingen van



Keuzehulp voor trommelvliesbuisjes

de verbeteringsignalen van het Zorginstituut. Wel is het mogelijk om subsidie aan te vragen voor de verbetermogelijkheden bij de Stichting Kwaliteitsgelden Medisch Specialisten (SKMS) of ZonMW en daarbij te verwijzen naar de rapporten van het Zorginstituut.

Na de implementatiefase zal het Zorginstituut ook weer aan de minister rapporteren of de voorgenomen verbeteringen zijn gerealiseerd en of er nog andere acties of maatregelen nodig zijn. Het einddoel van de Zinnige Zorg-projecten is om uit te zoeken of diagnostiek en therapeutische interventies die deel uitmaken van het basispakket op een patiëntgerichte, effectieve en doelmatige manier worden ingezet. Daarnaast heeft de minister ook een kostenbesparing beoogd. In 2020 bracht de Algemene Rekenkamer een rapport uit over de Zinnige Zorg-projecten in de periode 2014-2019 met als conclusie dat het programma de verwachtingen niet heeft waargemaakt. Er zijn nog te weinig verbeterpunten doorgedrongen tot de zorgpraktijk en verbeterpunten sloten daar ook niet altijd goed op aan.⁶ Bovendien zou de minister de druk van een opgelegde financiële besparing van 225 miljoen euro al vroeg in het proces hebben weggenomen en zou het Zorginstituut terughoudend zijn geweest in het inzetten van zijn bevoegdheden om niet-gepast gebruik van zorg tegen te gaan. Volgens de Algemene Rekenkamer waren de kostenbesparingen te hoog ingeschat en voor de toekomst niet realiseerbaar. Ten slotte heeft de Algemene Rekenkamer geadviseerd om een andere invulling te geven aan het programma Zinnige Zorg. Op dit moment is nog niet duidelijk wat die andere invulling zal zijn.

De beide verbeteringsignalen van het Zorginstituut pogen een bijdrage te leveren aan de verbetering van de kwaliteit van zorg. De NVKNO tracht de beste zorg voor de individuele patiënt in Nederland te bereiken door gebruik te maken van een geïntegreerd kwaliteitsbeleid. Dit wil zeggen dat alle onderdelen van het kwaliteitsbeleid met elkaar

samenhangen in een kwaliteitscyclus waarin richtlijnen, kwaliteitsmeting, kwaliteitsvisite en zorg-evaluatie een geheel vormen. De verbeteringsignalen passen in dit beleid.

Conclusie

De Zinnige Zorg-verbeteringsignalen *Obstructieve slaapapneu* en *Middenoorontsteking bij kinderen* van het Zorginstituut hebben het licht gezien en zijn inmiddels in de implementatiefase beland. Daardoor zal de NVKNO, als regiehouder van een aantal verbetermogelijkheden, aan de slag moeten met de revisie van richtlijnen, de oprichting van de otologische kwaliteitsregistratie, het vaststellen van kennishiaten voor de kennisagenda en het doen van onderzoek en ontwikkelen van zorgpaden, al dan niet in nauwe samenwerking met andere wetenschappelijke verenigingen. Hiervoor zijn prioritering en financiële ondersteuning door SKMS of ZonMW noodzakelijk.

Referenties

1. Verbeteringssignaal Middenoorontsteking bij kinderen. Zinnige Zorg ICD10: VIII H65-H66. Utrecht: Zorginstituut Nederland; 2021.
2. Verbeteringssignaal Obstructieve slaapapneu. Zinnige Zorg ICD10: VI G47.3. Utrecht: Zorginstituut Nederland; 2021.
3. Obstructief slaapapneu (OSA) bij volwassenen. Richtlijnendatabase Federatie Medisch Specialisten, https://richtlijnendatabase.nl/richtlijn/osa_bij_volwassenen/startpagina_-_obstructief_slaapapneu_osa.html, geraadpleegd op 29-04-2022.
4. Otitis media bij kinderen in de tweede lijn. Richtlijnendatabase Federatie Medisch Specialisten, https://richtlijnendatabase.nl/richtlijn/otitis_media_bij_kinderen_in_de_tweede_lijn/otitis_media_bij_kinderen_-_korte_beschrijving.html, geraadpleegd op 29-04-2022.
5. Keuzehulp wel of geen trommelvlies-buisjes bij mijn kind. Den Haag: Stichting Patient+; <https://www.keuzehulp.info/cz/trommelvlies-buisjes/intro>, geraadpleegd op 29-04-2022.
6. Verzekerd van Zinnige Zorg. De bijdrage van het programma Zinnige Zorg aan gepast gebruik van het basispakket 2014-2019. Den Haag: Algemene Rekenkamer; 2020.

Belangenverstrengeling/financiële ondersteuning

De auteurs verklaren dat er geen sprake is van belangenverstrengeling.

De Juiste Zorg op de Juiste Plek: leg de juiste vinger op de zere plek

Liane Tan

Samenvatting

Voorkomen, vervangen en verplaatsen van zorg zijn de drie pijlers van *Juiste Zorg op de Juiste Plek* (JZOJP). Dit rapport, opgesteld in opdracht van VWS, is onderdeel van het Hoofdlijnenakkoord 2019-2022 dat tussen overheid, zorginstellingen en zorgverzekeraars is afgesloten. De JZOJP beschrijft dat door een vergrijzende populatie de zorgvraag in Nederland toeneemt. Daarbij nemen de totale zorgkosten nog extra toe door de komst van nieuwe en duurder behandel mogelijkheden. Om de (verzekerde) zorg toegankelijk en betaalbaar te houden, zullen de huidige werkprocessen moeten worden herzien en heringericht. In de transitieperiode waarin we ons nu bevinden, zijn transitiegelden beschikbaar gemaakt om toe te bewegen naar krimp. Bezuinigen in de zorg krijgt nu de betekenis ‘afremmen van de groei van zorgkosten’. In dit artikel lichten we toe wat de achtergronden zijn van de JZOJP, wat er van ons als zorgprofessionals wordt verwacht en hoe dit concreet in de praktijk kan worden gebracht. Het rapport *KNO-zorg in een vergrijzende samenleving* van de KNO-vereniging en voorbeelden uit de dagelijkse praktijk dienen ter illustratie en inspiratie.

Trefwoorden

Juiste Zorg op de Juiste Plek, vergrijzing, organisatie, innovatie

Abstract

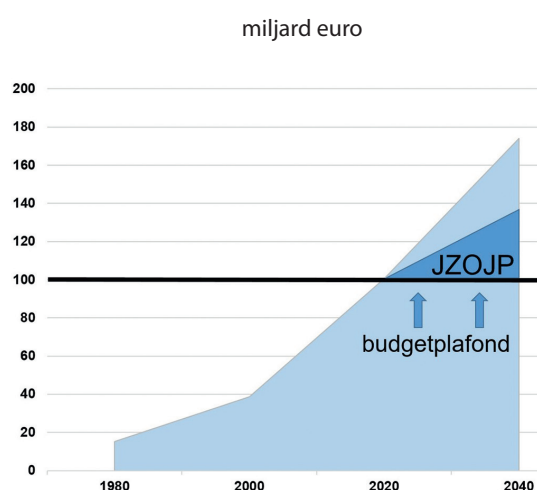
The ‘Right Care in the Right Place (JZOJP)’ report, commissioned by the Dutch Ministry of Health, is part of the 2019–2022 Headline Agreement formed between the government, healthcare institutions, and health insurance companies. Preventing, replacing, and relocating healthcare make up the three pillars of the JZOJP report, which details an increase in healthcare demands within the Netherlands due to an aging population. Additionally, total healthcare costs are increasing

due to novel and costlier treatment options. To ensure (insured) healthcare remains accessible and affordable, current work processes require in-depth revisions. Transition funds are one such attempt to “slow down the growth of healthcare costs”. This article provides context to the JZOJP report, details expectations from healthcare professionals, and suggests improvements for clinical practice. The JZOJP, “ENT care in an aging society” report from the Ear-Nose-Throat (ENT) association, and examples from daily clinical practice, serve as illustrations and inspirations for affordable and accessible healthcare.

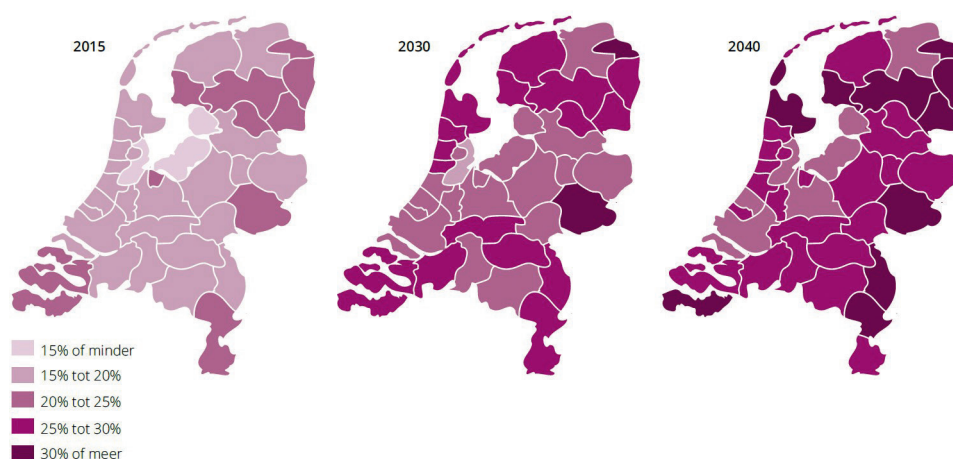
Keywords

Healthcare, aging, organization, innovation

Tergooi MC,
Hilversum. Afd. KNO:
dr. M.L. Tan,
KNO-arts.



Figuur 1. JZOJP heeft tot doel de stijging van de zorgkosten af te remmen door zorg te voorkomen, vervangen en verplaatsen. Wanneer het budgetplafond per 2020 is vastgelegd, zullen de zorgkosten zonder JZOJP met ca. 74 miljard euro worden overschreden.²



Figuur 2. Het percentage 65-plussers zal tot 2040 sterk toenemen.⁵

Inleiding

Dagelijks worden wij ons er meer van bewust dat onze huidige manier van leven, werken en persoonlijk contact een uiterste houdbaarheidsdatum heeft. Een toenemende zorgvraag vraagt om acceptatie, motivatie, intentie, en tenslotte daadkracht om de kwantiteit en kwaliteit van zorg te borgen.

De huidige zorgprocessen en financiering zullen moeten worden herzien om de groei van de zorgkosten af te remmen. Hiermee krijgt 'bezuinigen in de zorg' een andere betekenis dan simpelweg de hand op de knip, namelijk: minder lineair meegroeien door te reorganiseren (*figuur 1*). Juiste Zorg op de Juiste Plek (JZOJP) is een beweging van partijen in de zorg en ondersteuning die ons ervan bewust maakt dat de zorg aan verandering onderhevig is. De COVID-19-pandemie is een katalysator geweest van dit bewustzijn.

Ontwikkelingen in het Nederlandse zorglandschap

(Dubbele) vergrijzing zorgt voor hogere zorguitgaven in de toekomst

In 2020 telde Nederland bijna 3,4 miljoen ouderen (65-plussers); in dat jaar werd 100,5 miljard euro aan geneeskundige en langdurigezorgkosten gedeclareerd.^{1,2} Twee derde van de toename in zorguitgaven is toe te schrijven aan welvaartsstijging en ontwikkelingen in de medische technologie. Patiënten zijn veeleisender geworden en beschikken over meer achtergrondinformatie. 'Shared decision making' kost meer tijd. Daarnaast is een derde van de zorguitgaven te wijten aan (dubbele) vergrijzing en

bevolkingsgroei.³ De zorguitgaven voor 65-plussers zullen toenemen – van 44% in 2015 tot 59% in 2040 – door multimorbiditeit, betere behandeling van chronische ziekten en polyfarmacie. Het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) verwacht zelfs dat de zorguitgaven in 2040 zullen oplopen tot 174 miljard euro (*figuur 1*).⁴ Uitgebreide achtergronden en trends kunt u nalezen in het rapport 'KNO-zorg in een vergrijzende samenleving', dat inzicht geeft in de invloed die demografische veranderingen hebben op uw dagelijkse praktijk (*figuur 2*).⁵

Patiënten beseffen vaak onvoldoende dat iedere belastingbetaler in Nederland meebetaalt aan alle via de Zorgverzekeringswet (2006) verzekerde zorg. Deze zorg wordt onder meer bekostigd met inkomensafhankelijke bijdragen, belastinggeld en individuele zorgpremies.⁶ Aan iedere behandeling die door de zorgverzekeraar wordt vergoed, betaalt de werkende of gepensioneerde burger mee. Alle patiënten naar het ziekenhuis laten komen zal ertoe leiden dat de gezondheidszorg op termijn financieel niet meer houdbaar en te organiseren is. In de toekomst zullen steeds meer behandelingen moeten worden betaald door de patiënt zelf, een trend die nu al waarneembaar is in uw KNO-praktijk.

De Juiste Zorg op de Juiste Plek en Hoofddlijnenakkoord

Om de gezondheidszorg in Nederland toegankelijk en betaalbaar te houden, moet (duurdere) zorg worden voorkomen, moet zorg worden vervangen – bijvoorbeeld door e-health – en moet zorg worden verplaatst dichter naar de patiënt. Dit wordt be-

schreven in het rapport *Juiste Zorg op de Juiste Plek* dat in 2018 is opgesteld in opdracht van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS).⁷ Bovengenoemde onderwerpen zijn onderdeel van het Hoofddlijnenakkoord Medisch Specialistische Zorg (HLA-MSZ) in de transitie naar een nieuw zorgsysteem. Sinds 2012 sluit de minister van VWS hoofddlijnenakkoorden met vertegenwoordigers van zorgaanbieders, zorgverleners, zorgverzekeraars, gemeenten en patiënten in de curatieve zorg. In deze akkoorden worden afspraken vastgelegd over maximale financiële groei en inhoudelijke onderwerpen, zoals veranderingen in de organisatie van zorg. De vijf pijlers van het huidige HLA-MSZ 2019-2022 zijn:⁸

- 1 Waar mogelijk zorg dicht bij huis leveren;
- 2 Voorkomen van duurdere zorg;
- 3 Tekort aan personeel terugdringen;
- 4 Schrappen van overbodige regels;
- 5 Stimuleren van innovatie in de zorg.

Hoe kunnen deze pijlers worden uitgewerkt zonder concessies te doen aan kwaliteit van zorg, adequaat functioneren van voldoende personeel, motivatie en vertrouwen van patiënten én zorgverleners, in een betaalbaar toekomstbestendig model dat ingezet kan blijven voor een langere termijn dan die van een actueel hoofddlijnenakkoord?

Het RIVM maakte hier een lerende evaluatie van, simpelweg omdat niemand weet welke zorg, voor welke patiënt, op welke manier en door wie kan worden verleend.⁹ Om dit te concretiseren werd in 2021 de focus gericht op drie subgroepen: ouderen, patiënten met mentale diversiteit en veelgebruikers met comorbiditeit. Met zogeheten JZOJP-actietafels werden door professionals en bestuurders initiatieven met elkaar gedeeld ter inspiratie in verschillende regio's.¹⁰ Het mogelijke effect van lokale initiatieven op regionaal en landelijk niveau werd in kaart gebracht: hoe kun je het best vormgeven aan bekostiging en financiering, inwonersparticipatie en samenwerking en gebruik maken van een continue verbetercyclus? En wat betekent dit voor kwetsbare groepen?⁹

Over de schutting gooien werkt niet meer

Verplaatsen van zorg is niet nieuw. Al sinds de jaren negentig neemt de werkdruk in de huisartspraktijk toe en toen al liep het delegeren van medi-

sche zorg naar de doktersassistente tegen grenzen aan. In 1999 stelde VWS samen met de Landelijke Huisartsen Vereniging een convenant op om de kwaliteit van zorg voor chronisch zieken te verbeteren, de werklust voor de huisarts te verminderen en huisartspraktijken meer te laten samenwerken. Problemen niet meer over de schutting gooien heeft er uiteindelijk toe geleid dat in 1999 de Praktijkondersteuner Huisartsenpraktijk (POH) werd geïntroduceerd.¹¹ Inmiddels werken in ongeveer de helft van de 5000 huisartspraktijken – naast minstens 4 doktersassistentes – gemiddeld 2 POH's voor chronische somatische zorg (diabetes, astma, longziekten, hart- en vaatziekten, ouderenzorg) en 1 POH voor geestelijke gezondheidszorg, in verhouding zo'n 0,7 fte POH per 1 fte huisarts.¹² Ook hier zijn, door het budgettaire kader Huisartsenzorg, de grenzen aan het inzetten van nog meer POH's bereikt.

'Niet meer in het ziekenhuis' zal anno 2022 anders moeten worden ingevuld

Anderhalvelijnszorg werd de afgelopen jaren in pilots onderzocht en betreft een multidisciplinaire samenwerking tussen de eerste en tweede lijn, zonder dat exact gedefinieerd is wat dat precies inhoudt. 'De verplaatsing van huidige zorg en middelen van de tweede- naar de eerstelijnszorg, het behoud van doelgroepen in de eerste lijn en het voorkomen dat deze patiënten in de toekomst tweedelijnszorg nodig hebben' is een handreiking van de FMS, die substitutie van zorg definieert.¹³ Extramurale interdisciplinaire samenwerking moet leiden tot een kostenreductie door doelmatigheid en kosteneffectiviteit. Kennisuitwisseling tussen de tweede (en derde) en eerste lijn moet persoonlijker en laagdrempeliger plaatsvinden om zorg dicht bij de patiënt te leveren. Daarmee zijn er inhoudelijk veel overeenkomsten tussen anderhalvelijnszorg en JZOJP, met bekostiging als belangrijkste verschil. Anderhalvelijnszorg wordt voornamelijk gefinancierd uit het budget van de huisartsenzorg, buitenpoliklinieken van ziekenhuizen en zelfstandige behandelcentra (ZBC's) uit het Budgettaire Kader medisch-specialistische zorg (BKZ).¹³ De JZOJP heeft een aparte bekostiging met een looptijd tot 2023. Deze verschillende geldstromen verklaren de motivatie, de snelheid en zelfs het tegenwerken van nieuwe bewegingen.

Veranderen kost tijd, tijd kost geld

Om het zorglandschap te veranderen zijn twee dingen nodig: mensen die initiatief tonen en geld. Gedurende de looptijd van het huidige Hoofdlijnenakkoord (2019-2022) is maar liefst 425 miljoen euro beschikbaar gemaakt om te onderzoeken welke zorg anders kan worden verleend en op welke wijze. Deze transitiegelden zijn afkomstig van overheid en zorgverzekeraars. Daarnaast kunnen initiatieven die leiden tot inkrimping van de tweedelijnszorg op andere manieren gefinancierd worden (bijvoorbeeld via ZonMw, SKMS, NZa en meerjarencontracting).¹⁴ De Autoriteit Consument en Markt (ACM) stelt vijf voorwaarden waaraan een samenwerkingsverband moet voldoen om JZOJP te realiseren:

- 1 De afspraken zijn gebaseerd op een feitelijk en openbaar regiobeeld (welke toename in de zorgvraag voor een specifieke populatie in een bepaalde regio moet anders worden opgevangen?).
- 2 Zorgaanbieders, zorginkopers en patiëntenvertegenwoordigers zijn alle drie volwaardig betrokken.
- 3 Doelstellingen zijn concreet, meetbaar, toetsbaar en beschreven in termen van kwaliteit (door de zorgprofessional bepaald), toegankelijkheid en betaalbaarheid van de zorg (met een adequate vergoeding voor geleverde zorg).
- 4 Onderbouwd is dat de afspraken niet verder gaan dan noodzakelijk voor het bereiken van die doelstellingen (waarbij de afweging van keuzes voor geselecteerde zorgafspraken onderbouwd moet zijn).
- 5 De doelstellingen, de afspraken en de onderbouwing van de noodzakelijkheid daarvan worden openbaar gemaakt (transparantie voor toetsbaarheid en leerbaarheid).¹⁵

Een voorbeeld van een intensief samenwerkingsverband op het gebied van KNO-zorg is het Hoorprotocol uit 2013, dat een besparing van 50 miljoen euro heeft opgeleverd. Dankzij het NOAH-platform is het Hoorprotocol tripartite tot stand gekomen. Dit protocol was zijn tijd vooruit, met het verplaatsen van hoorzorg dichterbij de patiënt en vervanging van een consult bij de KNO-arts door een consult bij de audicien.¹⁶

Lokale ontwikkelingen: nieuwbouw van Tergooi

Cirkel van betrokkenheid

Hoe krijg je mensen in beweging en wordt een landelijk akkoord urgent? Wachten tot er een keuze voor ons wordt gemaakt, of kiezen we zelf? ‘Professional in the lead’ houdt in: het identificeren, creëren en invullen van kansen. In 2009 zijn het ziekenhuis Gooi-Noord in Blaricum en Ziekenhuis Hilversum gefuseerd tot Tergooiziekenhuizen, in een bilatiëmodel. In 2015 werd het MSB Gooi en Eemland opgericht. De nieuwbouw voor Tergooi Medisch Centrum werd in 2019 gestart en wordt volgend jaar op hoofdlocatie Hilversum in gebruik genomen. Poliklinische KNO-zorg zal worden ondergebracht in Tergooi Clinics MC. Naast de externe opdracht van het HLA-MSZ om 20% van de zorg te verplaatsen, zal de oppervlakte van de nieuwbouw maar liefst 30% kleiner zijn dan die van beide huidige locaties samen. Zonder reorganisatie zullen wachttijden onherroepelijk oplopen.

Zorg Dichterbij

Met het slaan van de eerste paal voor de nieuwbouw gaf Tergooi in 2019 ook het startsein voor het programma ‘Zorg Dichterbij’, om in kleine, concrete ‘use cases’ te onderzoeken welke zorg anders kan worden ingericht. De zorgprofessional is hierbij initiatiefnemer, projectleider en bewaker van de kwaliteit van zorg. Dit is meestal de medisch specialist, een verpleegkundig specialist, een AIOS of een paramedicus. Iedere use case wordt ondersteund door een projectbegeleider van Zorg Dichterbij die voor continuïteit en financiële onderbouwing zorgt. Andere inhoudsdeskundigen, zoals verpleegkundige, huisarts of fysiotherapeut, sluiten aan in het team zodat het zorgpad vanuit diverse invalshoeken wordt belicht en gedragen. Na een korte onderzoeksfase volgt een pilotfase. Als het project waardevol blijkt te zijn voor patiënten, zorgverleners én organisatie, zal opschaling naar standaardzorg plaatsvinden. Gemiddeld is de doorlooptijd van een project anderhalf jaar en worden de bestede uren bekostigd uit eerdergenoemde transitiegelden.

De intrinsieke motivatie, de kleinschaligheid van projecten en het meten van voordelen van verandering – niet alleen financieel gezien –, zorgen voor toekomstbestendigheid. Juist door het opzetten of

versterken van externe netwerken met andere zorgverleners in de regio (zoals thuiszorg, revalidatiecentra, huisartspraktijken) én door het gelijkwaardig betrekken van patiëntenvertegenwoordigers, Raden van Bestuur en zorgverzekeraars, wordt de haalbaarheid van deze reorganisatie vergroot en stijgt de slaagingskans van het verplaatsen van zorg dicht naar de patiënt.¹⁷ Dankzij de COVID-19-pandemie hebben patiënten sneller ervaren dat zorg op een andere manier kan worden geleverd, want ook zij moeten bereid zijn, of leren, om niet voor ieder consult naar het ziekenhuis te gaan.

Vooraf in het begin is er fors geïnvesteerd in het digitaliseren van zorg. Niet alleen technische compatibiliteit is vereist bij een applicatie die werkt voor zowel patiënt als organisatie, de uitleg hierover en het zorgen dat een videoconsult daadwerkelijk tot stand komt, vergen inspanningen van vooral ondersteunend personeel. Het gelijktijdig vervangen van personeel door digitale aanmeldzuilen en digitaliseren van de fysieke spreekuren zorgde voor een weerbarstig leerproces. De 'professional in the lead' is in feite teaminspanning, waarbij mensen de zorg maken en digitalisering niet meer dan een middel is om die zorg uit te voeren. Ondanks hogere werkdruk en krimp in de personele bezetting hebben bijna alle vakgroepen in Tergooi gebruikgemaakt van Zorg Dichtbij om te reorganiseren.¹⁷ Enkele voorbeelden van de meer dan 80 use cases worden hierna genoemd.

Vervanging van fysiek consult door videoconsult:

- voor slaaperelateerde stoornissen (na anamnese en beperkt lichamelijk onderzoek wordt aanvullend onderzoek of behandeling geadviseerd);
- ter vervanging van postoperatieve controle na (adeno)tonsillectomie en/of plaatsen van middenoorbeluchtingsbuisjes;
- bij voorlichting, ondersteuning en begeleiding van behandeling of onderzoek (endoscopieverpleegkundige, oncologieverpleegkundige);
- voor het bespreken van een behandelplan (psychiatrie) of radiologische uitslagen (neurologie).

Voorkomen van (duurdere) zorg:

- door inventarisatie van multidisciplinaire zorgvragen: waar kunnen vakgroepen elkaar aanvullen of onnodige bezoeken voorkomen door intramurale triage?

- fractuurpreventie door actieve diagnostiek na SEH-bezoek en behandeling van osteoporose om recidiefkans met 50% te verlagen.

Verplaatsing van zorg dicht naar de patiënt:

- via telemonitoring voor chronische ziekten (IBD, COPD, reumatische aandoeningen, Parkinson, na ablatie bij atriumfibrilleren en andere cardiale aandoeningen);
- met teleconsultatie gerichte adviezen geven aan de huisarts zodat de patiënt niet naar het ziekenhuis hoeft te komen (diverse vakgroepen).¹⁷

Toekomstperspectief

Een plafond heeft ook een bodem

De gezondheidszorg is een gezamenlijke verantwoordelijkheid, waarbij de balans tussen zorgvraag en zorgaanbieder steeds onder de loep wordt genomen. De Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid waarschuwt dat doelmatigheid en bezuinigingen in de zorg een bodem hebben waar we niet doorheen mogen zakken. De Raad stelt dat in de toekomst scherpe financiële, maatschappelijke en personele keuzes moeten worden gemaakt en raadt daarom aan te prioriteren. Waarmee is de meeste gezondheidswinst te behalen? In welke delen van de zorg moeten kwaliteit en toegankelijkheid worden versterkt?¹⁸

Digitalisering is lang niet voor alle patiënten geschikt; bedenk dat 2,5 miljoen mensen in Nederland laaggeletterd zijn en dat 29% van de volwassenen onvoldoende gezondheidsvaardig is. Dit houdt in dat een groot deel van uw patiënten onvoldoende vaardig is om informatie over gezondheid te verkrijgen, te begrijpen, te beoordelen en te gebruiken bij het nemen van gezondheidsgerelateerde beslissingen.¹⁹ De campagne Samen Beslissen kan hierbij worden ingezet om therapietrouw, kwaliteit van leven en patiënttevredenheid te bevorderen.²⁰ Door het project Zorg Dichtbij is regionalisering in de Gooi- en Vechtstreek een breed gedragen beweging. Alle stakeholders beseffen dat voor innovatie een aparte bekostiging nodig blijft, ook na het verstrijken van het Hoofddijnenakkoord in 2023. De wet van de communicerende vaten zorgt ervoor dat het blijven hanteren van twee budgettaire kaders ontoereikend zal zijn. Er moet een nieuwe (transmurale) geldstroom worden ingesteld voor

ICT-ondersteuning, abonnementen op telemonitoring en andere gezondheidsapplicaties. Extramuraal ondersteuning voor digitale vaardigheden is nodig om e-health te bevorderen (bijvoorbeeld via gemeenteloketten).

Voorkomen, vervangen en verplaatsen van zorg zal niet alleen bovengenoemde investeringskosten met zich mee brengen, maar ook een vermindering van de ziekenhuisomzet en daarbij behorende financiële risico's. Financieel gezond blijven is de grootste zere plek en uitdaging voor de medisch specialist en zorginstelling in het algemeen. Laat dat ons er niet van weerhouden mee te deinen met de bewegingen om ons heen, om de door onszelf gestelde doelen te bereiken. Initiatieven zoals 'zinnige zorg' en het verkrijgen van de status 'stand van de wetenschap en de praktijk' van het Zorginstituut zijn evenmin vrijblijvend, maar dwingen ons om wetenschappelijk bewijs te leveren zodat bepaalde behandelingen vergoed blijven. Als beroepsgroep moeten wij dit via de kerngroepen proactief en kritisch oppakken.

Cirkel van invloed

Naar aanleiding van alle hier beschreven externe druk die ons wordt opgelegd, doe ik een beroep op uw zelfbewustzijn en motivatie en daag ik u uit om stil te staan bij de volgende vragen (die ik dagelijks aan mijn coassistenten stel):

- Waarom komt deze patiënt op dit moment bij mij met deze klacht (is de verwijzing adequaat)?
- Welke factoren dragen bij aan deze klacht; wat kan daaraan (door de patiënt zelf) worden gedaan (preventie)?
- Ben ik de aangewezen zorgprofessional om deze patiënt hierbij te helpen (medisch inhoudelijk)?
- Welke gezondheidswinst levert mijn behandeling op bij deze patiënt (doelmatigheid)?
- Wie durft te zeggen: 'dit consult bij mij is eigenlijk niet nodig' (inkrimpen)?
- Bij welke andere vorm van zorg en bij wie zou deze patiënt ook terecht kunnen (vervanging, verplaatsing)?

Verplaatsing van zorg die het budgetplafond overstijgt, betekent plaats maken voor hen die medisch-specialistische zorg in een ziekenhuis écht nodig hebben. 'Hen', dat zijn wijzelf en toekomstige generaties. Als beroepsgroep en als individu ne-

men wij deel aan de JZOJP. Ook u kunt ongetwijfeld zere plekken aanwijzen in uw eigen praktijk waarvan u denkt dat de zorg anders kan. Ga de uitdaging aan, zoek samenhang en samenwerking op, zodat u met uw lokale en regionale gesprekspartners zowel intra- als extramuraal kunt werken aan een toekomstbestendig zorgnetwerk. Kijk in de spiegel en zie wat men tegenwoordig 'medisch leiderschap' noemt.

Referenties

1. <https://www.cbs.nl/nl-nl/visualisaties/dashboard-bevolking/leeftijd/ouderen>
 2. <https://opendata.cbs.nl/statline/#/CBS/nl/dataset/83075NED/table?ts=1644393166617>
 3. <https://www.vektis.nl/intelligence/publicaties/factsheet-15-jaar-zorgverzekeringswet>
 4. <https://www.vtv2018.nl/zorguitgaven>
 5. <https://www.kno.nl/kno-rapport-vergrijzing/>
 6. https://www.belastingdienst.nl/wps/wcm/connect/bldcontentnl/belastingdienst/prive/werk_en_inkomen/zorgverzekeringswet/
 7. <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2018/04/06/rapport-de-juiste-zorg-op-de-juiste-plek>
 8. <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/convenanten/2019/06/04/bestuurlijk-akkoord-medisch-specialistische-zorg-2019-t-m-2022>
 9. <https://www.rivm.nl/zorg/organisatie-van-zorg/lerende-evaluatie-juiste-zorg-op-juiste-plek>
 10. <https://www.dejuistezorgopdejuisteplek.nl/praktijkvoorbeelden/>
 11. <https://www.tvpo.nl/ontstaan-en-ontwikkeling-van-de-praktijkondersteuning/>
 12. <https://capaciteitsorgaan.nl/app/uploads/2019/12/Capaciteitsplan-2021-2024-Deelrapport-2-Huisartsgeneeskunde.pdf>
 13. https://demedischspecialist.nl/sites/default/files/Handreiking_Substitutie_DEF2_LR.pdf
 14. <https://demedischspecialist.nl/sites/default/files/Factsheet%20JZOJP%20Financieringsmogelijkheden.pdf>
 15. <https://www.acm.nl/nl/onderwerpen/zorg/samenwerking-de-zorg/de-vijf-voorwaarden-beleidsregel-jzojp>
 16. <https://www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/Evaluatie-beleidswijzing-verstrekken-hoortoestellen-2013.pdf>
 17. <https://www.tergooi.nl/zorg-dichterbij/werkwijze-en-projecten/>
 18. <https://www.wrr.nl/publicaties/rapporten/2021/09/15/kiezen-voor-houdbare-zorg>
 19. <https://www.pharos.nl/thema/laaggeletterdheid-gezondheidsvaardigheden/>
 20. <https://www.zonmw.nl/nl/actueel/nieuws/detail/item/nationale-campagne-samen-beslissen-van-start/>
- (Alle websites in de referenties geraadpleegd op 18-02-2022.)

Belangenverstrengeling/financiële ondersteuning:

De auteur verklaart dat er geen sprake is van belangenverstrengeling.

Met dank aan Sjoerd Jan de Vries en Bas Roukema voor hun eindcommentaar.

Project Duizeligheidscentra: een landelijk netwerk voor duizeligheidszorg

Kerngroep Vestibulologie: Stephanie Winters, Leonie Wijermars, Willem Kelders, Raymond van de Berg

Samenvatting

Het kwaliteitsproject 'Regionalisering van Duizeligheidszorg en netwerkvorming' is gestart in mei 2020, met als doel de patiënt met duizeligheid beter te bedienen door het eerder stellen van een diagnose en daardoor eerder starten van de juiste behandeling. Sindsdien zijn er 28 regionale Duizeligheidscentra aangemeld. Daarmee is een landelijk netwerk van duizeligheidszorg ontstaan waar deze zorg op hoog niveau wordt verleend. Dit netwerk van centra, vernieuwde patiënteninformatiefolders, medische protocollen, vragenlijsten enzovoort zijn te vinden via www.kno.nl/duizeligheidscentra of www.duizeligheidscentra.nl. In de nabije toekomst hopen wij een soortgelijk netwerk te kunnen aanbieden voor fysiotherapeuten en psychologen die affiniteit hebben met de duizelige patiënt.

Trefwoorden

Duizeligheid, duizeligheidscentrum, vestibulologie, kwaliteit

Abstract

The project for regionalization of care for patients with dizziness began in May 2020 aiming to improve the quality of care for patients by decreasing the time to diagnose underlying conditions and efficiently providing adequate treatment. Since then, 28 regional dizziness clinics were established. These clinics are shown on the website www.kno.nl/duizeligheidscentra, where also treatment protocols and patient information about dizziness can be found. In the near future a network of physiotherapist and psychologist will be available.

Keywords

Dizziness, dizziness center, quality

'Zucht ...' Velen van u zullen inwendig deze kreet slaken wanneer u als verwijzers van de huisarts 'duizeligheid' leest. Ook uw gevoel na het consult met de betreffende patiënt zou u misschien zo willen samenvatten. Maar gelukkig zijn er ook collega's die bij deze patiëntencategorie juist positieve gevoelens ervaren en er zelfs een uitdaging in zien. Zou het nu niet mooi zijn om deze dokters aan deze patiënten te koppelen? Om deze patiënten daarmee beter te bedienen, doordat direct de juiste onderzoeken worden verricht en de diagnose sneller wordt gesteld? En zou het niet nog mooier zijn als therapeutische opties zoals adequate fysio- en psychotherapie beter vindbaar en beschikbaar zouden zijn voor zowel arts als patiënt?

Met deze gedachten zijn wij, de Kerngroep Vestibulologie, in mei 2020 aan de slag gegaan. Ons hoofddoel was de kwaliteit van de duizeligheidszorg te verbeteren door te zorgen dat de juiste duizeligheidsdiagnose eerder wordt gesteld. Dat is voor de patiënt per slot van rekening het begin van de oplossing. Zonder passende diagnose ook geen passende behandeling. Patiënten met duizeligheidsklachten bezoeken dikwijls meerdere zorgverleners, zoals de huisarts, de fysiotherapeut, de KNO-arts en/of de neuroloog. Hierbij wordt veel onderzoek verricht, waarbij er regelmatig geen diagnose kan worden gesteld. Ondanks deze zorgconsumptie blijven veel patiënten dus rondlopen zonder passende diagnose; zij voelen zich dan ook vaak van het kastje naar de muur gestuurd.

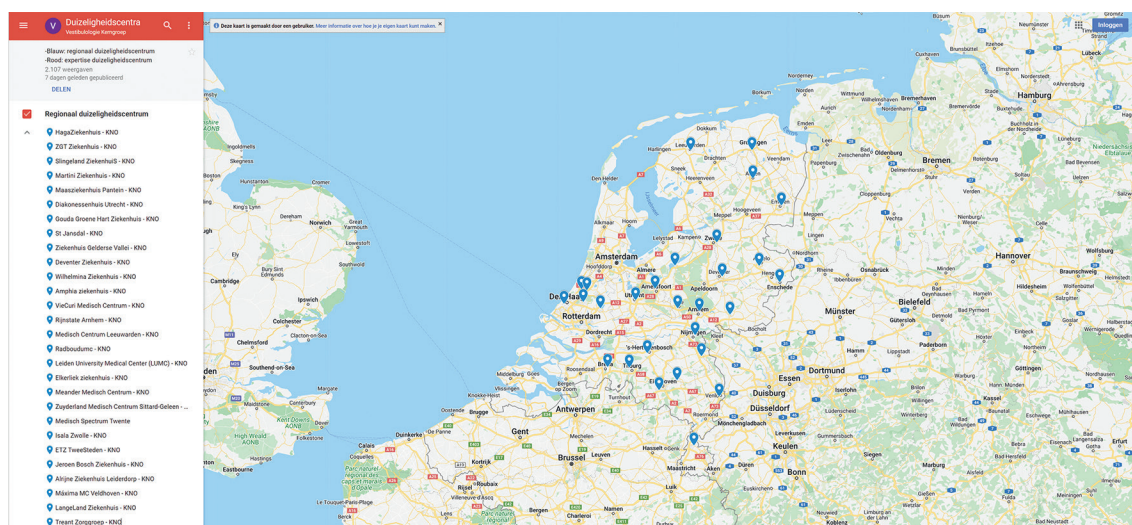
Om de patiënt met duizeligheid beter te kunnen bedienen, zijn wij begonnen met het kwaliteitsproject 'Regionalisering van duizeligheidszorg en netwerkvorming'. De twee hoofddoelen van dit project waren het eerder stellen van de juiste diagnose en het bieden van passende behandeling door het opzetten van een landelijk netwerk van behandelaars. Hierbij heeft de patiënt sneller duidelijkheid en kan er eerder worden gestart met de juiste behandeling. Bijkomend voordeel is dat er netto minder zorg-

Gelre Ziekenhuizen, Apeldoorn. Afd. KNO: dr. S.M. Winters, KNO-arts.

Amsterdam Medisch centrum, Amsterdam. Afd. KNO: dr. L.G.M. Weijermars, KNO-arts.

Franciscus Gasthuis, Rotterdam. Afd. KNO: dr. W.P.A. Kelders, KNO-arts.

Maastricht UMC+, Maastricht. Afd. KNO: dr. R. van de Berg, KNO-arts.



Figuur 1. Regionale duizeligheidscentra in Nederland.

Bron: www.kno.nl/duizeligheidscentra

consumptie is, wat in deze tijden van schaarste bijdraagt aan een efficiënter gebruik van beschikbare zorg.

Versnellen van diagnosestelling

Het doel van eerdere diagnosestelling wilden we bereiken door te concretiseren welke centra in Nederland zich bezighouden met de duizelige patiënt. Hiervoor heeft de werkgroep Regionalisering van duizeligheidszorg (Diederick van Zuijlen, Suzanne Balter, Raymond van de Berg en Stephanie Winters), in nauw overleg met de klankbordgroep Vestibulologie, ingangscriteria opgesteld waaraan een duizeligheidscentrum naar onze mening moet voldoen. Denk hierbij bijvoorbeeld aan het voldoende tijd nemen voor de anamnese, het kunnen uitvoeren van de juiste diagnostiek voor het stellen van de diagnose posterieure en horizontale BPPD, het kunnen toepassen van intratympanale therapie voor de ziekte van Ménière en het onderhouden van contact met neuroloog of fysiotherapeut in de eigen regio. Vervolgens is een rondvraag gedaan onder alle KNO-artsen in Nederland; als de wens bestond te worden aangemerkt als duizeligheidscentrum, kon men een checklist invullen. Hierbij was het onze wens dat ieder ziekenhuis met interesse in duizeligheidszorg zich als centrum aan kon melden. Wanneer een ziekenhuis aan bepaalde criteria nog niet kon voldoen, bestond uiteraard de mogelijkheid om dit te verbeteren. Als kerngroep zijn wij ervoor om de centra te ondersteunen in

het realiseren hiervan. Inmiddels hebben zich 28 centra aangemeld, die alle aan de criteria voldoen (figuur 1).

Optimaliseren behandeling

Wat het faciliteren van de passende behandeling betreft, zijn we ons ervan bewust dat veel behandelingen van de duizelige patiënt niet worden uitgevoerd door een KNO-arts. Vaak is begeleiding nodig van een fysiotherapeut (voor vestibulaire revalidatie) of een psycholoog (bij onderhoudende psychologische factoren). Er zijn echter relatief weinig van deze zorgprofessionals met adequate kennis op dit gebied en het is dus noodzaak om deze behandelaars te identificeren. Inmiddels hebben we, in samenwerking met duizeligheidsfysiotherapeuten, criteria opgesteld voor 'Centra voor Evenwichtsfysiotherapie'. Momenteel wordt dit via de beroepsvereniging uitgerold onder de fysiotherapeuten. In de toekomst willen we ook een netwerk van betrokken psychologen tot onze beschikking hebben.

Duizeligheidscentra.nl

De website www.duizeligheidscentra.nl (ook te bereiken via www.kno.nl/duizeligheidscentra) speelt een centrale rol in dit kwaliteitsproject. Dit is een website voor patiënten én artsen waar de duizeligheidscentra en overige gespecialiseerde zorgprofessionals gemakkelijk zijn terug te vinden op de kaart van Nederland. Ook zijn hier de landelijke voorlichtingsfolders over evenwichtsziekten te vinden.



duizeligheidscentra.nl

Tabel 1. Onderwerpen die te vinden zijn op www.duizeligheidscentra.nl.

Gerealiseerd op website	In ontwikkeling
Overzicht gespecialiseerde duizeligheidscentra	Overzicht gespecialiseerde fysiotherapeuten
Overzicht gespecialiseerde revalidatiecentra	Overzicht gespecialiseerde psychotherapeuten
Folders van de meest voorkomende evenwichtsziekten	
Overzicht patiëntenverenigingen	
Criteria duizeligheidscentra	
Behandel- en scanprotocollen (bijv. intratympanale injecties, MRI)	
Gestandaardiseerde tekstblokken voor consult duizelige patiënt	

Op het besloten gedeelte van de website (het portaal) staan de criteria van de duizeligheidscentra en ook enkele door de kerngroep geüniformeerde behandel- en scanprotocollen. Een overzicht van alle onderwerpen die nu of binnenkort op www.duizeligheidscentra.nl te vinden zijn, is weergegeven in tabel 1.

Nu www.duizeligheidscentra.nl is gelanceerd, zullen wij zorgdragen voor ondersteuning van de duizeligheidscentra. Via (digitale) bijeenkomsten onderzoeken we op welke vlakken nog winst te behalen valt en helpen we met de implementatie van diagnostische tools. De komende tijd zullen de overzichten van gespecialiseerde fysiotherapeuten en psychologen worden toegevoegd aan de website.

Toekomstplannen

Aangezien er nog geen specifieke scholing bestond voor functionele/psychosomatische klachten bij duizeligheid, is hiervoor een nieuwe cursus ontwikkeld voor artsen (KNO-artsen, neurologen, psychiaters, revalidatieartsen), psychologen en fysiotherapeuten. Doel is om deze klachten beter te leren herkennen en behandelen. Deze cursus vindt plaats op 8-9 september 2022 in Garderen; zie www.cursusduizeligheid.nl. Voor (KNO-)artsen gaat het om één dag (donderdag 8 september), voor de overige behandelaars (fysiotherapeuten en psychologen) om twee dagen. Hierbij willen wij u allen vragen deze cursus onder de aandacht te

brengen van geïnteresseerde fysiotherapeuten en psychologen.

Als laatste wordt er nog gewerkt aan ‘digitale triage’ via www.duizeligheidscentra.nl. Doel hiervan is dat patiënten op de website een vragenlijst gaan invullen. Op basis van hun klachtenpatroon krijgen zij vervolgens advies bij welke arts ze zich het best kunnen melden (huisarts, ziekenhuis in de buurt, duizeligheidscentrum, expertisecentrum duizeligheid). Voor deze digitale triage wordt er nauw samengewerkt met Dizzyguide, een digitaal hulpmiddel dat in deze vragenlijsten voorziet. Een pilot met Dizzyguide gaat binnenkort van start.

Al met al kunnen we concluderen dat er al enkele mooie stappen zijn gezet in het verbeteren van de landelijke duizeligheidszorg. We kijken uit naar de toekomst, waarbij we gezamenlijk nog meer gebruik kunnen gaan maken van de verschillende netwerken en zo de duizelige patiënt beter kunnen bedienen.

Belangenverstrengeling/financiële ondersteuning

De auteurs verklaren dat er geen sprake is van belangenverstrengeling.

Dankbetuiging

De kerngroep bedankt Jan van der Borden en Evelyn van Lochem voor hun tomeloze inzet tijdens dit kwaliteitsproject. Daarnaast zijn we de leden van de werkgroep Regionalisering Duizeligheidszorg erg erkentelijk voor hun enthousiaste bijdragen en vernieuwende inzichten en de Klankbordgroep Vestibulologie voor de nuttige feedback.

PLUG&PLAY: de eerste resultaten van PLUG

Rico Rinkel, Dieuwke Leereveld

Amsterdam UMC,
Amsterdam. Afd. KNO:
R.N.P.M. Rinkel,
KNO-arts.

Kennisinstituut van de
Federatie Medisch
Specialisten, Utrecht.
D. Leereveld,
senior-adviseur.

Samenvatting

Het project 'Practical impLementation and Use of Guidelines & Promote, Learn and Apply' (PLUG&PLAY) is onderdeel van het programma KNO 3.0 om te komen tot een geïntegreerd kwaliteitsbeleid. Een van de onderdelen van PLUG&PLAY is het toetsen van de praktische toepasbaarheid van de medisch-inhoudelijke aanbevelingen in de richtlijnen. Daarom heeft een werkgroep van KNO-artsen en KNO-aio's de 1127 aanbevelingen van alle 18 KNO-richtlijnen beoordeeld op hun toepasbaarheid en toegankelijkheid. We konden enerzijds vaststellen dat de meeste aanbevelingen in KNO-richtlijnen al sterk (zie tabel 1) en duidelijk zijn geformuleerd. Om de toepasbaarheid van aanbevelingen in richtlijnen te vergroten, is er echter blijvende aandacht nodig voor zo sterk, concreet en specifiek mogelijke formulering daarvan.

Abstract

The project 'Practical impLementation and Use of Guidelines & Promote, Learn and Apply' (PLUG&PLAY), part of the 'KNO3.0' program, focuses on creating integrated quality policies. One significant component of this is testing the practical applicability of medical recommendations included in guidelines. A group of Ear-Nose-Throat (ENT) surgeons and ENT-residents assessed 1127 recommendations across 18 ENT guidelines for their applicability and accessibility. While most recommendations were clearly formulated, they require continuous updates with highly specific and concrete scientific evidence, in order to increase their applicability.

Trefwoorden

Richtlijn, aanbeveling, toepasbaarheid

Keywords

Guideline, recommendation, applicability

Inleiding

Het project 'Practical impLementation and Use of Guidelines & Promote, Learn and Apply' (PLUG&PLAY) is onderdeel van het programma KNO 3.0 met als doel om een geïntegreerd kwaliteitsbeleid voor de KNO te realiseren. Een van de onderdelen van PLUG&PLAY is het gebruik en de toepassing van richtlijnen te bevorderen, ook na de aanbestedingsfase.

Door hun dikwijls complexe opbouw en de omvang kunnen richtlijnen minder toegankelijk zijn, wat hun gebruik belemmert. Ook zijn de aanbevelingen die erin worden gedaan niet altijd direct toepasbaar in de praktijk.

Discussies die de laatste twee jaar in de media zijn gevoerd over de zorg tijdens en na COVID-19, en in het bijzonder de roep om schraging van beleid met goed onderbouwde richtlijnen, hebben laten zien dat richtlijnen belangrijk zijn voor het organiseren van zorg volgens de laatste wetenschappelijke inzichten. De informatie in die richtlijnen moet daarvoor wel direct toepasbaar zijn in de praktijk en goed toegankelijk worden aangeboden. Er spelen hier dus een medisch-inhoudelijke en een instrumentele component. Het huidige kwaliteitsproject bestaat daarom uit twee delen: PLUG&PLAY.

Deel 1, PLUG, gaat over het toetsen van de praktische toepasbaarheid van de medisch-inhoudelijke aanbevelingen in de richtlijnen. Deel 2, PLAY, gaat over het ontwerpen van een oplossing om de richtlijnen op een gebruikersvriendelijke manier in de praktijk te kunnen brengen.

Dit artikel beschrijft de eerste resultaten en aanbevelingen voor deel 1, PLUG.

PLUG heeft als doel om richtlijnen volgens een gestandaardiseerde methode te beoordelen op toepasbaarheid en toegankelijkheid. Deze methode is toegepast op 18 KNO-richtlijnen. De doelen van dit project zijn:

- beschrijving van de methodiek;

- analyse van alle 18 KNO geautoriseerde richtlijnen;
- rapportage van conclusies en aanbevelingen uit de analyse.

In dit artikel delen wij graag de eerste resultaten en aanbevelingen uit PLUG met u. De definitieve versie van het rapport zal na accordering door het bestuur van de wetenschappelijke vereniging, worden teruggekoppeld aan de lopende richtlijncommissies en kerngroepen en daarna verder worden verspreid.

Methode

De PLUG-werkgroep is samengesteld uit zes arts-assistenten KNO-heelkunde en twee KNO-artsen, ondersteund door een senior-adviseur van het Kennisinstituut van de Federatie Me-

disch Specialisten en een beleidsmedewerker Kwaliteit van de wetenschappelijke vereniging.

Aan het begin van het project is een methode ontwikkeld om alle 18 KNO-richtlijnen gestandaardiseerd te beoordelen op toegankelijkheid en toepasbaarheid. Eerst is per richtlijn een overzicht gemaakt van alle modules. Die modules zijn vervolgens uitgesplitst naar aanbeveling, inclusief hyperlink naar de Richtlijndatabase. De te beoordelen richtlijnen en hun aanbevelingen zijn vervolgens evenredig verdeeld over de werkgroep, opgedeeld in vier koppels. Voor de beoordeling zijn per aanbeveling zes vragen beantwoord (zie tabel 1). Voordat de beoordeling per koppel werd gedaan, vond een oefensessie plaats waarin een aantal aanbevelingen gezamenlijk zijn doorlopen om tot een uniforme manier van beoordelen te komen. Ten slotte heeft de werkgroep de uitkom-

Tabel 1. Overzicht van de vragen die per aanbeveling zijn beantwoord.

Vraag	Antwoord	Voorbeeld
Beantwoordt de aanbeveling de uitgangsvraag?	Ja/nee/geen aanbeveling	
Sterke of zwakke formulering?	Sterk/zwak	Sterk (bevat woorden als 'verricht', 'gebruik'): <i>Zet een gerichte specifieke allergietest in op basis van de anamnese.</i> (RL Allergie van de bovenste luchtwegen). Zwak (bevat woorden als 'overweeg'): <i>Overweeg een adenotomie bij kinderen met chronische nasale obstructie.</i> (RL Ziekten van Adenoïd en Tonsillen in de tweede lijn).
Duidelijk geformuleerd?	Ja/nee	Ja: <i>Overweeg het volgende behandelingschema: dexamethason 10 mg/ml of methylprednisolon 30 tot 40 mg/ml, 0,4 tot 0,8 ml met in totaal drie tot vier sessies elke drie tot zeven dagen. Overweeg om een buisje te plaatsen.</i> (RL Perceptieve slechthorendheid bij volwassenen). Nee: <i>De anamnese dient erop gericht te zijn zo veel mogelijk andere oorzaken voor de perifere aangezichtsverlamming uit te sluiten. (Welke andere oorzaken en met welke vragen?)</i> (RL IPAV).
Hoe vaak pas je dit toe?	Nooit/soms/gemiddeld/ vaak/altijd	
Toepasbaar voor KNO-arts?	Ja/nee	Nee: <i>voor de klinisch geriater of neuroloog: Beoordeel het cognitief functioneren van de patiënt met dysfagie, bij volwassenen door bijvoorbeeld de Mini-Mental State Examination (MMSE) of de Montreal Cognitive Assessment (MoCA) af te nemen. Pas het diagnostisch traject en behandelplan aan op de ernst van de cognitieve stoornissen.</i> (RL Orofaryngeale dysfagie)
Digitaal toepasbaar?*	Ja/nee/niet nodig	Ja: <i>Verricht voor een operatieve ingreep altijd: een videolaryngostroboscopia; de VHI-30 vragenlijst; een geluidsopname van een korte standaardtekst; bij patiënten met sluitingsdefecten de maximale fonatieduur.</i>

* Met 'digitaal toepasbaar' is in dit project de mogelijkheid bedoeld dat specifieke onderdelen van een aanbeveling digitaal in het EPD zijn of worden vastgelegd waarna eventueel een regel wordt ingebouwd, bijvoorbeeld dat een operatie pas kan worden ingepland als eerst alle andere diagnostiek is verricht. Het beoogde effect hiervan is tweeledig, enerzijds het vereenvoudigen van de follow-up van de implementatie van aanbevelingen, anderzijds het vergroten van de mogelijkheid om digitale systemen ter ondersteuning in te zetten in het werkproces. Ten slotte kan digitale toepasbaarheid ook helpen bij de evaluatie van een richtlijn voordat een herziening wordt uitgevoerd.

Richtlijn Chronische rhinosinusitis (CRS) en neuspoliep (2009) Behandeling bij kinderen en CRS Uitgangsvraag <i>Zijn de diagnostiek en behandeling bij kinderen met CRS wezenlijk anders dan bij volwassenen?</i> Aanbeveling <i>De werkgroep is van mening dat bij kinderen met CRS een operatie alleen geïndiceerd is na uitgebreid onderzoek naar onderliggende factoren en langdurige medicamenteuze behandeling.</i> Onduidelijk: specificeer langdurige behandeling en mogelijke onderliggende factoren.	Richtlijn Orofaryngeale dysfagie (2017) Mondzorg bij dysfagie Uitgangsvraag <i>Wat is de rol van mondzorg bij patiënten met dysfagie?</i> Aanbeveling <i>Bevochtig regelmatig de mondholte, zeker bij patiënten zonder orale intake.</i> Onduidelijk: wat is regelmatig? 1x per 8uur, 1x per uur?
---	--

Figuur 1. Twee voorbeelden van onduidelijk geformuleerde aanbevelingen.

sten in meerdere bijeenkomsten besproken en geanalyseerd.

Resultaten

In totaal zijn 18 richtlijnen beoordeeld, bestaande uit 350 modules en 1127 aanbevelingen. Gemiddeld zijn er drie aanbevelingen per module; de verhouding tussen het aantal modules en het aantal aanbevelingen varieert sterk per richtlijn.

Van de 1127 aanbevelingen beantwoordt 72% de uitgangsvraag in de betreffende module ($n = 812$). In 4% van de aanbevelingen was er geen aanbeveling geformuleerd ($n = 43$).

Sterkte aanbevelingen

Van de 1084 aanbevelingen is 75% beoordeeld als sterk geformuleerd en 25% als zwak geformuleerd (respectievelijk $n = 815$ en $n = 269$). Hierbij is gekeken naar de gebruikte terminologie: bij sterke aanbevelingen termen zoals ‘gebruik’ of ‘verricht’ en bij een zwakke aanbeveling termen als ‘overweeg’. Overigens zijn aanbevelingen die termen als ‘overweeg’ bevatten soms toch als sterk beoordeeld, namelijk als de kracht van het wetenschappelijke bewijs een sterke formulering niet rechtvaardigt, maar de verdere inhoud van de aanbeveling wel duidelijk adviserend is.

De sterkte van de aanbevelingen verschilt per richtlijn. De richtlijnen *Bone Conduction Devices (BCD)*, *Benigne paroxysmale positieduizeligheid (BPPD)* en *Duizeligheid bij ouderen* bevatten verhoudingsgewijs veel sterke aanbevelingen. De richtlijn *Otitis media bij kinderen* bevat in verhouding veel zwakke aanbevelingen.

Duidelijkheid aanbevelingen

Van de 1084 aanbevelingen is 92% duidelijk en 8% onduidelijk geformuleerd (respectievelijk $n = 998$ en $n = 86$). Dit verschilt niet tussen de richtlijnen. Voor de aanbevelingen die onduidelijk zijn geformuleerd, hebben de werkgroepleden de argumentatie toegevoegd. De twee vaakst gegeven argumenten zijn het niet specifiek of weinig concreet formuleren van een aanbeveling en het ontbreken van een specifieke definitie in de aanbeveling. In *figuur 1* staan enkele voorbeelden van aanbevelingen die onduidelijk zijn geformuleerd.

Er is een sterke positieve relatie tussen een duidelijk geformuleerde aanbeveling en het beantwoord worden van de uitgangsvraag (zie *figuur 1*) ($n = 771$ versus $n = 227$). Bij een onduidelijke formulering is deze relatie er niet (respectievelijk $n = 41$ en $n = 45$). Er is ook een duidelijke positieve relatie tussen de sterkte van de aanbeveling en een duidelijke for-

mulering. Een sterke aanbeveling is vaker duidelijk geformuleerd dan een zwakke aanbeveling (respectievelijk $n = 780$ en $n = 218$).

Relatie tussen sterkte aanbeveling en datum van publicatie

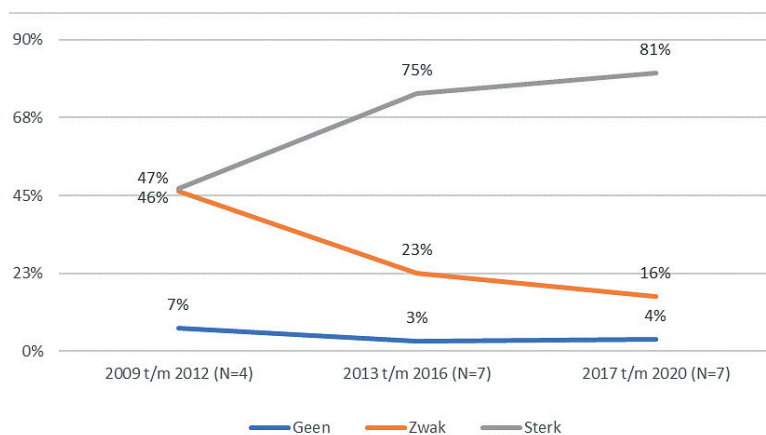
Er is ook gekeken of er een relatie bestaat tussen de sterkte van de aanbeveling en de publicatiedatum (figuur 2). Om dit te onderzoeken, zijn de richtlijnen opgedeeld in drie evenredige tijdsblokken van vier jaar. Uit de analyse blijkt dat in recentere richtlijnen (blok 2 en 3) de aanbevelingen vaker sterk geformuleerd zijn dan in blok 1 (blok 2 en 3: 75% en 81%, blok 1: 47%). Een mogelijke verklaring hiervoor zijn de ontwikkeling en publicatie in 2012 van *Richtlijn voor richtlijnen*¹ en het adviesrapport *Medisch-specialistische richtlijnen 2.0*.²

Discussie

Een sterke aanbeveling wordt vaker toegepast. De meeste aanbevelingen in de KNO-richtlijnen zijn sterk en duidelijk geformuleerd en dit is vaker het geval bij richtlijnen die na 2012 zijn gepubliceerd. Hoogstwaarschijnlijk heeft de ontwikkeling van *Richtlijn voor richtlijnen*¹ en het adviesrapport *Medisch-specialistische richtlijnen 2.0*² hier een positief effect gehad. Het is voor leden van een richtlijnwerkgroep dan ook nuttig om de richtlijnenmethodiek goed te bestuderen.

Bij de onduidelijk geformuleerde aanbevelingen zijn de voornaamste kritiekpunten dat de aanbeveling niet specifiek is, of dat de definitie in de aanbeveling ontbreekt. Dit kan relatief eenvoudig worden voorkomen door hier alert op te zijn bij het formuleren van de aanbeveling en specifieke termen als 'regelmatig' en 'jong' te vermijden. Daarnaast is het essentieel om altijd te controleren of de aanbeveling ook daadwerkelijk antwoord geeft op de uitgangsvraag.

De in dit project gehanteerde methodiek kent ook een aantal beperkingen. Ten eerste is de beoordeling van de aanbevelingen gedaan in duo's en kan er geen uitspraak worden gedaan over de interbeoordelaarsvariabiliteit. Ondanks de eerste gezamenlijke beoordelingssessie en tussentijdse plenaire overleggen kan het toch zijn dat de keuze om in duo's te beoor-



Figuur 2. Relatie tussen sterkte van de aanbeveling en publicatiedatum van de richtlijn.

delen invloed heeft gehad op de betrouwbaarheid van de oordelen. In de definitieve rapportage over dit project zal dieper worden ingegaan op sub-analyses van de deelvragen.

Aanbevelingen

Om de praktische toepassing van aanbevelingen uit richtlijnen te verbeteren, is het van belang dat deze duidelijk en zo mogelijk ook sterk geformuleerd, concreet en specifiek zijn. Zorg voor uitgangsvragen waarop een duidelijk antwoord te geven is en geef met een aanbeveling altijd antwoord op de uitgangsvraag.

Referenties

1. Richtlijn voor Richtlijnen. 20 criteria voor het ontwikkelen en implementeren van een klinische richtlijn. Den Haag: Regieraad Kwaliteit van Zorg; 2012. <https://www.zorginzicht.nl/ontwikkeltools/ontwikkelen/richtlijn-voor-richtlijnen>, geraadpleegd op 20-03-2022.
2. Medisch-specialistische richtlijnen 2.0. Utrecht: Federatie Medisch Specialisten; 2012. https://demedischspecialist.nl/sites/default/files/Medisch%20specialistische%20richtlijnen%202_0%20okt%202012.pdf, geraadpleegd op 20-03-2022.

Belangenverstrengeling/financiële ondersteuning

De auteurs verklaren dat er geen sprake is van belangenverstrengeling.

Dankbetuiging

De analyse van alle 1127 aanbevelingen zou niet zijn gelukt zonder de medewerking van Max R. Zwemstra, Maura C. Eggink, Franka S. van Arendonk, Raymond M. Bonnet, Saskia H. Hane-maaijer, Jeanine N. van der Wel en Anne W. Wendrich.

PLAY, doet u mee?

Practical impLementation and Use of Guidelines & Promote, Learn and Apply

Froukje Cals

Radboudumc,
Nijmegen, Afd. KNO:
dr. F.L.J. Cals,
KNO-arts.

Samenvatting

Afgelopen najaar is het PLUG & PLAY-project gestart, dat als doel heeft het structureel gebruik van richtlijnen in de praktijk te bevorderen. Stichting Kwaliteitsgelden Medisch Specialist (SKMS) subsidieerde het project. Het beoogde eindproduct is een reeks gereedschappen die in de praktijk zijn getoetst en kunnen worden toegepast op alle richtlijnen van de Nederlandse Vereniging voor Keel-, Neus- en Oorheelkunde en Heelkunde van het Hoofd-Halsgebied (NVKNO) en ook op die van andere wetenschappelijke verenigingen.

Trefwoorden

Implementatie richtlijnen, richtlijnen database, spiegelinformatie

Abstract

The SKMS-subsidized PLUG & PLAY project launched last autumn intending to promote the structural use of guidelines in clinical practice. The project includes the search for possibilities and for how they will become most successful. At the end a toolkit of possibilities that have been tested in clinical practice can be applied to all guidelines of the ENT society and other scientific societies.

Keywords

Implementation of guidelines, guideline database, mirror information

Inleiding

We hebben binnen de NVKNO op het moment van schrijven 17 geautoriseerde KNO-richtlijnen, 5 richtlijnen in ontwikkeling en 29 overige richtlijnen, standpunten en/of veldnormen waarbij wij als KNO-artsen betrokken waren. Een duizelingwekkend aantal pagina's waarmee wij elkaar informeren over de laatste stand van zaken en waarmee wij onze 'best practice' bepalen. Richtlijnen vormen daarmee een belangrijk onderdeel van onze kwaliteitscyclus.

Het overgrote merendeel van de genoemde richtlijnen is gemakkelijk online te raadplegen via www.richtlijnen database.nl.¹

Het naar de praktijk brengen van alle nieuw gebundelde kennis is belangrijk. Beter gebruik en structurele toepassing van de richtlijnen op de werkvloer komt de efficiëntie en de veiligheid van de zorg ten goede. De implementatie van richtlijnen blijkt echter een grote uitdaging.

Want hoe doe je dat, richtlijnen implementeren? Dat is precies de vraag die beantwoordt gaat worden in het PLUG & PLAY-project, gesubsidieerd door Stichting Kwaliteitsgelden Medisch Specialist (SKMS). PLUG & PLAY is een acroniem voor 'Practical impLementation and Use of Guidelines & Promote, Learn and Apply'. Deel 1 (PLUG) gaat over het toetsen van de praktische toepasbaarheid van de medisch-inhoudelijke aanbevelingen in de richtlijnen. Deel 2 (PLAY) gaat over het ontwerpen van een oplossing om het gebruik van richtlijnen in de praktijk op een gebruiksvriendelijke manier te bevorderen.

Dit artikel doet verslag van PLAY. Het project wordt ondersteund door een extern strategisch designbureau, 31Volts, aan de hand van de volgende vier stappen: 'frame' (het onderzoeken van het probleem), 'learn' (begrip krijgen van de situatie), 'create' (het formuleren van oplossingsrichtingen) en 'transform' (het ontwerpen van een oplossing en ontwikkelen van een implementatiestrategie).²

Uit eerder onderzoek blijkt dat er al verschillende strategieën bestaan om richtlijnen te implementeren. Hun effectiviteit is echter niet eenduidig vastgesteld.^{1,2} De meest gerapporteerde strategieën waren het beschikbaar maken van educatief materiaal, de organisatie van educatieve bijeenkomsten, het sturen van reminders, het verrichten van audits en het geven van feedback. De meeste onderzoeken naar richtlijnimplementatie gebruikten een combinatie van deze strategieën en bereikten daarmee het gewenste resultaat.^{1,2} Er is momenteel

geen betrouwbare kennis over welke strategieën het effectiefst zijn voor het implementeren van richtlijnen.

Wij hebben ervoor gekozen om dit project te concretiseren aan de hand van een van de recentste multidisciplinair opgezette richtlijnen, de richtlijn *Stemklachten*. Inmiddels is het project in volle gang en is de werkgroep al enkele malen fysiek en digitaal bijeengekomen in een samenstelling van KNO-artsen (in opleiding) en logopedisten, te weten Jochen Brettschneider, Corinne Delsing, Raphael Hemler, Henrieke Jansen, Dieuwke Leereveld, Michelle Mallinger, Michel San Giorgi, Merel Schmidt en de auteur van dit stuk.

Onder begeleiding van 31Volts is er met enkele ideeën geëxperimenteerd en wordt er geleerd door te doen. We houden daarbij het bereiken van het eindproduct in het achterhoofd: een gereedschapskist met meerdere gereedschappen die het structureel gebruik van richtlijnen in de praktijk zullen bevorderen. Daarbij wordt uitgegaan van enkele strikt geformuleerde voorwaarden, bijvoorbeeld dat de oplossingen niet meer tijd mogen kosten dan ze opleveren, maar ook dat de methodologische onderbouwing uit de richtlijnen niet uit het zicht verdwijnt.

We presenteren hier graag enkele mogelijke oplossingen die we al hebben geëxploreerd en (deels) getoetst bij collega-KNO-artsen.

Richtlijndatabase-app

Als een richtlijn altijd en overal beschikbaar is, helpt dat om deze dagelijks te gebruiken. Het bespaart tijd bij het raadplegen en geeft daarmee praktische invulling aan het structureel gebruik van de richtlijn. Dit doel is inmiddels bewerkstelligd doordat de richtlijndatabase-app ook op de mobiele telefoon beschikbaar is gemaakt. Hierbij is het natuurlijk belangrijk dat elke KNO-arts die app ook op zijn telefoon heeft geïnstalleerd. De video-boodschappen van verschillende specialisten ter promotie hiervan ('Ik heb 'm hoor! Heb jij 'm al?') zijn online terug te vinden. Heeft u de richtlijnen-database-app nog niet, download hem dan met de QR-code uit *figuur 1*.

Informatie over het bereik van dergelijke filmpjes en of ze leiden tot een vervolgactie (het downloaden van de app) geeft de projectgroep ook een idee of dit medium zou kunnen bijdragen aan bevoor-



Figuur 1. QR-codes voor het downloaden van de richtlijnen-database-app.

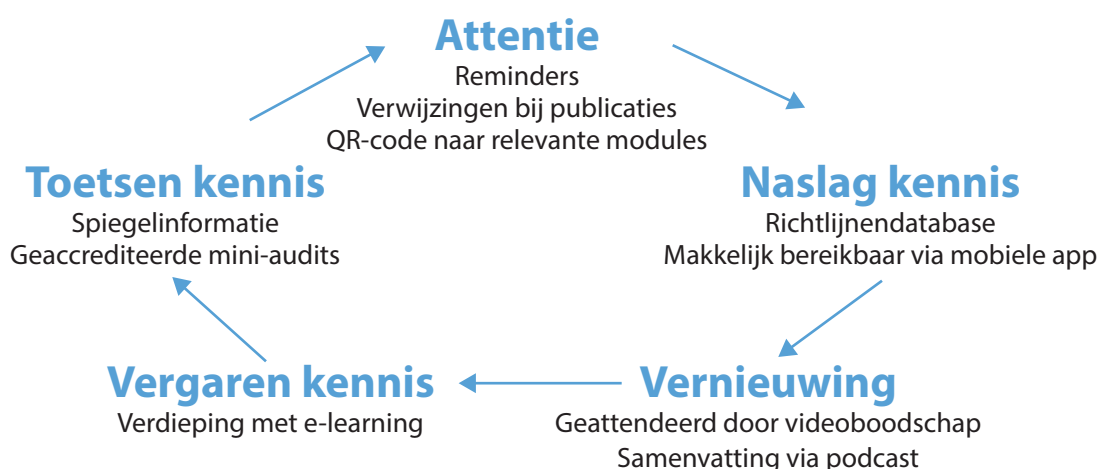
ring van het structureel gebruik van richtlijnen in de toekomst.

Verwijzingen naar richtlijnen

De bewustwording van richtlijnen in het algemeen kan behalve via de app die vanaf nu op uw telefoon pronkt nog op andere manieren worden verbeterd. Een tweede mogelijkheid is het opnemen van een verwijzing naar richtlijnen in onze communicatie. Denk daarbij aan een link en/of QR-code naar relevante (modules van) richtlijnen bij alle gepubliceerde artikelen in het *Nederlands Tijdschrift voor Keel-, Neus- en Oorheelkunde*. Als dit succesvol is en leidt tot meer naslag van de betreffende modules kan dit natuurlijk worden uitgebreid naar onder andere het *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, *Medisch Contact* en *Arts en Auto*.

Spiegelinformatie via mini-audits

Komt de werkelijkheid overeen met de theorie? In de regel zal een specialist het idee hebben te handelen volgens de richtlijn. Of dat ook daadwerkelijk zo is, blijft vaak een vraag. Deze vraag kan worden beantwoord met een mini-audit. Naar voorbeeld van de audits die worden verricht tijdens een visitatie is het mogelijk om elke richtlijn in uw vakgroep te bespreken aan de hand van een beperkte set vooraf aangeleverde vragen. Niet de vraag 'hoe zou u moeten handelen?', maar de vraag 'hoe heeft u gehandeld?' levert dan de spiegelinformatie op die vervolgens kan worden besproken in een vakgroepoverleg (al dan niet ondersteund door een lid van de kwaliteitscommissie). Hierdoor wordt u gestimuleerd om uw kennis over de richtlijn op te frissen en zo nodig uw werkwijze aan te passen. Wanneer de geformuleerde verbeter- en actiepunten drie maanden later nogmaals worden besproken, ontstaat er een win-winsitua-



Figuur 2. Kwaliteitscyclus voor implementatie van nieuwe en (gedeeltelijk) herziene richtlijnen.

tie, zeker als daarvoor ook twee accreditatiepunten worden toegekend. Om de succeskans en de praktische haalbaarheid van deze mogelijkheid te exploreren is er een gereedschapskist ontwikkeld om de mini-audit 'Stemklachten' te doorlopen. Deze wordt momenteel getest in verschillende pilotziekenhuizen.

Toekomst

Er zijn nog andere verbetermogelijkheden die geëxploreerd zullen worden. Het is nu nog toekomstmuziek, maar ik sluit niet uit dat u de komende tijd herhaaldelijk (delen van) de volgende cyclus voorbij zult zien komen (zie *figuur 2*): tijdens het lezen van een publicatie wordt u herinnerd aan het bestaan van een richtlijn via een QR-code. Door te klikken op de QR-code opent de richtlijndatabase-app op uw telefoon de betreffende module. U had op www.kno.nl ook al een videoboodschap gezien waarin werd aangekondigd dat in dezelfde richtlijn enkele modules recent zijn gereviseerd. Op weg naar huis besluit u daarom de 20 minuten durende podcast te beluisteren waarin de vernieuwingen interdisciplinair worden besproken. Enthousiast geworden besteedt u het vrije uurtje van de volgende dag aan de aangeboden e-learning om uw kennis over de aangepaste modules te verdiepen. Voor het eerstvolgende vakgroepoverleg stond de geaccrediteerde mini-audit namelijk ook al op de agenda om te toetsen of uw handelen volgens de vernieuwde inzichten verloopt. Hieruit komen on-

getwijfeld weer kennishiaten of vragen naar boven, die de aanzet kunnen zijn om een richtlijnmodule te herzien, waarna de bovenstaande cyclus van attenderen, naslaan, vergaren en toetsen van kennis zich weer zal herhalen.

Behalve op de richtlijn *Stemklachten* is het de intentie om de succesvol gebleken mogelijkheden ook toe te passen op de overige richtlijnen van de NVKNO. Richtlijnimplementatie is een uitdaging die speelt bij alle wetenschappelijke verenigingen en (medische) beroepsgroepen. Wij verwachten dat, na succesvolle uitvoering van door ons aangedragen mogelijkheden, dit ook voor andere wetenschappelijke verenigingen waardevolle inzichten en praktische handvatten oplevert om het gebruik van richtlijnen te vergroten en te verbeteren.

Referenties

1. Richtlijndatabase: <https://www.richtlijndatabase.nl>, geraadpleegd op 17-03-2022.
2. 31Volts: <https://www.31volts.nl>, geraadpleegd op 17-03-2022.
3. Gagliardi AR, Alhabib S. Trends in guideline implementation: a scoping systematic review. *Implementation Science*. 2015;10:54.
4. Pereira VC, Silva SN, et al. Strategies for the implementation of clinical practice guideline in public health: an overview of systematic reviews. *Health Res Policy Syst*. 2022;20:1.

Belangenverstrengeling/financiële ondersteuning:

De auteur verklaart dat er geen sprake is van belangenverstrengeling.

De KNO-opleiding en de veranderende rol van de vereniging

Borging van een kwaliteitscyclus KNO-opleiding binnen de NVKNO

Ivonne Ligtenberg, Milou van Orsouw

Samenvatting

Aangescherpte landelijke wet- en regelgeving voor de medisch-specialistische vervolgoopleidingen zorgen ervoor dat de wetenschappelijke verenigingen een structurele verantwoordelijkheid krijgen voor bepaalde aspecten van de opleiding. Daarnaast zijn de rol van de medisch specialist en de inhoud van de opleiding aan verandering onderhevig door toekomstige ontwikkelingen en trends in de zorg. Om hierop te kunnen anticiperen, heeft de NVKNO stappen gezet en haar eigen kwaliteitscyclus in de KNO-opleiding opgenomen.

Trefwoorden

Kaderbesluit CGS, Kwaliteitskader FMS, kwaliteitscyclus KNO-opleiding, de rol van de arts in 2040 (KNMG), Opleiden 2025 (FMS)

Abstract

Nationally tightened laws and regulations for education of medical specialists ensure that scientific associations carry a structural responsibility for certain aspects of training. Future developments and trends in patient care guarantee changes to the medical specialist role and the contents of their training. In anticipation of this, the NVKNO has taken steps to include Ear-Nose-Throat (ENT) training in its quality cycle.

Keywords

Framework Decision (CGS), Quality Framework (FMS), quality cycle ENT training, the role of the doctor in 2040 (KNMG), Training 2025 (FMS)

Het begrip kwaliteitscyclus

Ieder opleidingsinstituut is op grond van het Kaderbesluit CGS van het College Geneeskundige Specialismen uit 2020 verplicht over een interne kwaliteitscyclus te beschikken. Die kwaliteitscyclus moet een cyclisch kwaliteitskader bevatten waarin de volgende elementen zijn terug te vinden: Visie,

Kwaliteitsbeleid, Niveau van opleiding, Leeromgeving, Opleidingsprogramma, Competentie-ontwikkeling, Begeleiding, Toetsing en beoordeling, Management, Ondersteunende staf en Professionalisering of ontwikkeling opleiders.

In dit Kaderbesluit CGS 2020 en, in aanvulling daarop in het Kwaliteitskader medisch-specialistische vervolgoopleidingen (2021; ontwikkeld door de Federatie Medisch Specialisten (FMS) in samenwerking met wetenschappelijke verenigingen), is opgenomen dat de wetenschappelijke vereniging een structurele verantwoordelijkheid heeft voor het landelijk opleidingsplan (LOP), het landelijk onderwijs, de examinering, de opleidersprofessionalisering en het beschikbaar maken van een opleidings-specifiek portfolio. Daarnaast draagt de plenaire visitatiecommissie (PVC) van de wetenschappelijke vereniging bij aan erkenning van en toezicht op alle opleidingsinstellingen, onder verantwoordelijkheid van de Registratiecommissie Geneeskundig Specialisten (RGS).

Hoewel de rol van een wetenschappelijke vereniging een andere is dan die van een opleidingsinstituut, heeft het bestuur van de Nederlandse Vereniging voor Keel-Neus-Oorheelkunde en Heelkunde van het Hoofd-Halsgebied (NVKNO) besloten deze aangescherpte verantwoordelijkheden te gaan borgen in de vorm van een eigen kwaliteitscyclus KNO-opleiding binnen de NVKNO. Betrokken partijen in de vereniging zijn onder meer het consilium, de aios-afdeling en het aios-bestuur, de voortgangstoetscommissie (als commissie van het consilium), de plenaire visitatiecommissie en een bureaumedewerker ter ondersteuning.

Kwaliteitscyclus binnen de NVKNO voor de opleiding

Een eigen kwaliteitscyclus KNO-opleiding binnen de vereniging omvat het borgen, toetsen en doorontwikkelen van de KNO-opleiding (zie *figuur 1*).

Universitair medisch Centrum Utrecht.

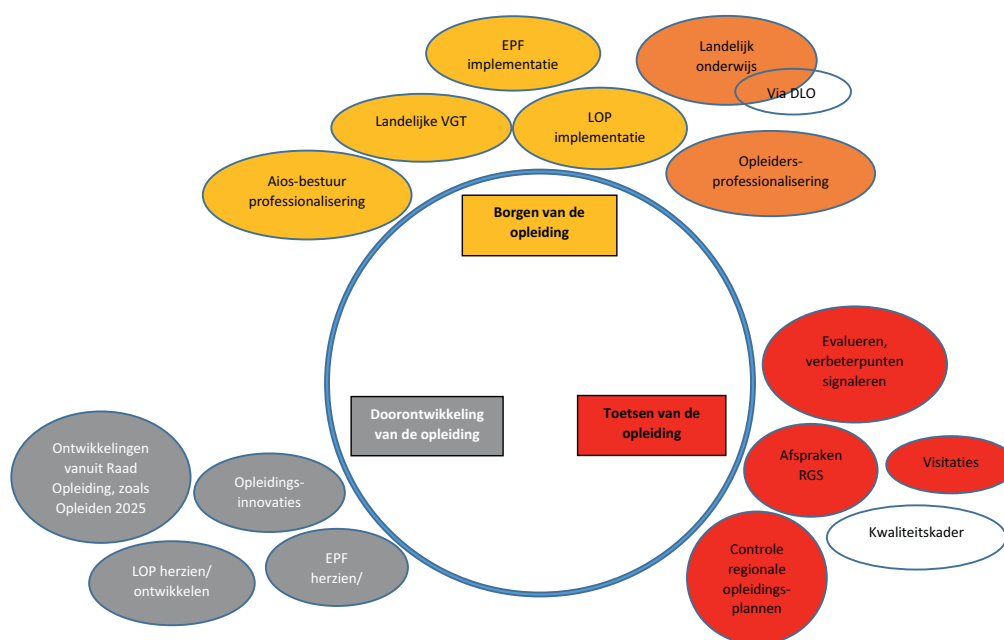
Afd. KNO:

I. Ligtenberg-van der Drift, KNO-arts/universitair opleider. Tevens bestuurslid Opleiding NVKNO.

Maastricht UMC+.

Afd. KNO: M. van Orsouw, aios KNO.

Tevens lid aios-bestuur.



Figuur 1. Kwaliteitscyclus KNO-opleiding binnen de NVKNO.

Tabel 1 geeft op basis van het Kaderbesluit en het Kwaliteitskader medisch-specialistische vervolgoopleidingen (FMS 2020) per onderdeel in hoofdlijnen weer wat dat betekent voor de vereniging.

Naast het nemen van structurele verantwoordelijkheid en het bewaken van de continuïteit van de op-

leiding van een eigen kwaliteitscyclus KNO-opleiding binnen de NVKNO, heeft het bestuur van de NVKNO nog meer stappen genomen.

- 1 De NVKNO zal meer gebruik gaan maken van de faciliteiten van de FMS. Voorbeelden hiervan zijn het afnemen van een landelijke toets (in ons geval de jaarlijkse landelijke voort-

Tabel 1. Rollen van de wetenschappelijke vereniging (WV) op grond van Kaderbesluit en Kwaliteitskader.¹

Borging van de opleiding	– WV zorgt voor implementatie Landelijk Opleidings Plan (LOP) zodat samenwerkingsverbanden en opleiders er eenduidig invulling aan kunnen geven; – WV zorgt dat de uitvoering van de opleiding en het volgen van de ontwikkeling van de aios worden ondersteund via een opleidings-specifiek portfolio; – WV stelt landelijk verplicht onderwijs en examinering vast en deze biedt deze aan; – WV beschrijft beleid met betrekking tot de gewenste/vereiste onderwijskundige professionalisering van de opleiders(groep) en bijpassend scholingsprogramma.
Toetsing van de opleiding	– WV maakt een kwaliteitskader = educatieve normen voor de kwaliteit van de opleiding; dit kwaliteitskader is tot stand gekomen in samenwerking met FMS; – WV ontwikkelt visitatiebeleid, zodat visitatiecommissies lokale opleidingskwaliteit eenduidig beoordelen en advies kunnen geven en aanbevelingen ter verbetering kunnen doen in lijn met dat beleid; – WV bestudeert de rapportage van de opleidingsinstituten aan RGS over de kwaliteit van de opleiding(en); WV krijgt deze toegezonden; – WV bestudeert de instituutopleidingsplannen (en moet daarmee instemmen); – WV evalueert de inhoud en uitvoerbaarheid van het LOP (minimaal vijfjaarlijks; aios en opleiders erbij betrekken); – WV maakt afspraken met RGS over registratie van het opleidingsschema in MijnRGS op basis van het specifieke besluit.
Doortraining van de opleiding	– WV beschrijft te organiseren opleidingsactiviteiten op en naast de werkvloer (o.a. generaal dagelijks rapport, MDO, complicatiebespreking, CAT-bespreking) en stelt verschillende mogelijkheden en ruimte voor differentiatie en (discipline-overstijgende) profilering vast; – WV initieert opleidingsinnovaties met betrekking tot inhoud (leerdoelen, vakoverstijgende thema's) en vorm (opleidingsproces) van de opleiding; – WV anticipeert op ontwikkelingen vanuit Raad Opleiding van de Federatie ten behoeve van de structurele doortraining van de medisch-specialistische vervolgoopleidingen in landelijk verband; waar gewenst meewerken aan projecten e.d. van de Raad. Voorbeeld: 'Opleiden 2025'.

gangstoets) en het aanbieden van landelijk onderwijs via de digitale leeromgeving (DLO).

- 2 Het bestuur van de NVKNO streeft naar bevordering van een gunstige samenwerking tussen de verschillende wetenschappelijke verenigingen en de FMS. Als relatief kleine vereniging kan de NVKNO samen met de andere wetenschappelijke verenigingen optrekken in projecten van de FMS, die een ruim budget besteedt aan opleiding-gerelateerde zaken. Dit zal uiteindelijk leiden tot een efficiëncyslag en kostenbesparend en kwaliteit verhogend zijn voor landelijke KNO-opleidingskwesties. Een goed voorbeeld hiervan is de landelijke examinering. Iedere wetenschappelijke vereniging is verplicht jaarlijks een toets af te nemen. Tot voor kort regelde elke WV dit op eigen houtje, inclusief een digitaal toetssysteem en een eigen onderwijskundige ter ondersteuning. De FMS heeft in 2020 voor alle wetenschappelijke verenigingen de mogelijkheid gecreëerd om de jaarlijkse toets af te nemen via de DLO. Het gebruik is kosteloos en het beheer zal in handen blijven van de FMS. Naast kostenbesparing zal dit ook leiden tot het uitwisselen van toetsvragen tussen de WV'en (bijv. vragen over radiologie van het hoofd-halsgebied die kunnen worden gebruikt door de KNO-heelkunde en de radiologie). Inmiddels zijn 19 WV-en aangesloten bij dit project, waaronder de NVKNO voor de landelijke voortgangstoets. Hetzelfde idee staat ook op de rit voor het landelijk onderwijs (levenslang bijleren met behulp van een DLO).
- 3 Het bureau van de NVKNO zal worden uitgebreid met onderwijskundige ondersteuning zodat deze doelen kunnen worden bereikt.

Veel van de in *tabel 1* beschreven zaken worden door onze leden binnen de NVKNO al jaren goed opgepakt en uitgevoerd via de betrokken partijen zoals consilium, stichting COKON, de PVC en dergelijke. De grootste verandering is op dit moment de overgang van projectmatige naar structurele verantwoordelijkheid binnen het bestuur van de NVKNO. Een goed voorbeeld hiervan is het LOP. Dit werd in 2009 door het bestuur van de NVKNO geïnitieerd in de vorm van ENTER en in 2019 herzien tot ENTER2. Doordat dit op projectbasis gebeurde, was de betrokkenheid van de vereniging na

de implementatie feitelijk afgerond. De evaluatie en doorontwikkeling van ENTER2 moeten echter nog plaatsvinden. Kortom, ook op het terrein van doorontwikkeling van het LOP binnen de kwaliteitscyclus is (nog) veel winst te behalen.

Met de huidige ontwikkelingen binnen de NVKNO kan beter ingespeeld worden op de doorontwikkeling voor diverse facetten van de opleiding en geanticipeerd worden op veranderingen die elkaar snel opvolgen binnen opleidingsland. De FMS zet hiervoor de grote lijnen uit.

Opleiden 2025 en Contourennota voor beroepsprofiel medisch specialist

Aan het project 'Opleiden 2025' liggen het visiedocument *Medisch Specialist 2025* (FMS) en het *Hoofddlijnenakkoord medisch-specialistische zorg 2019-2022* ten grondslag.² In het visiedocument staan vier thema's centraal:

- 1 de unieke patiënt en de moderne medisch specialist;
- 2 netwerkgeneskunde;
- 3 betrokkenheid bij gezondheid en gedrag;
- 4 voorop in vernieuwing.

'Opleiden 2025' heeft twee hoofddoelen: het interprofessioneel insteken van medische vervolgoopleidingen op de werkvloer en het structureel (door)ontwikkelen. Daarbij moeten actuele ontwikkelingen en innovaties zoals preventie, Samen Beslissen en eHealth een plaats krijgen.

Een van de deelprojecten van 'Opleiden 2025' is een inmiddels opgestelde contourennota over het beroepsprofiel medisch specialist voor de opleidingsstructuur. Doel van de nota is dat door netwerkgeneskunde de juiste zorg op de juiste plek wordt geïntegreerd in de medisch-specialistische vervolgopleiding (MSVO). De gedachte hierachter is dat toegankelijke, innovatieve en betaalbare zorg voor iedere patiënt nodig is, nu en in de toekomst. De nota geeft een uitgebreid overzicht over de huidige stand van zaken, de ontwikkelingen in het vakgebied, de veranderende rol van de medisch specialist en de stip op de horizon.

In het kader van deze nota en ons huidige landelijke opleidingsplan ENTER2 zijn drie onderwerpen interessant om hier nader te belichten.

Ten eerste zijn in ENTER2 mede op basis van het project CanBetter uit 2012 vier maatschappelijk relevante thema's geïntegreerd: patiëntveiligheid, medisch leiderschap, doelmatigheid en ouderenzorg.³ Ze zijn binnen ENTER2 opgenomen in de vakoverstijgende profielen en in een themakaart. Door actuele ontwikkelingen in de zorg komen er steeds meer nieuwe thema's bij waaraan in de opleiding aandacht moet worden besteed, zoals gender-sensitieve zorg, innovatie, interprofessioneel opleiden en Samen Beslissen.

Ten tweede is de 'generalist' in ENTER2 niet als profiel opgenomen; daarvoor in de plaats is meer differentiatie gekomen. Verwacht wordt dat de rol en positie van de patiënt in de nabije toekomst gaan veranderen. Behoud van functioneren en eigen verantwoordelijkheden van de patiënt zijn meer en meer bepalend voor adequate specialistische zorg. Breed onderlegde medisch specialisten zijn nodig om de zorg toegankelijk en betaalbaar te houden, dicht bij huis voor de patiënt. De generalist is wellicht binnen de KNO-heelkunde noodzakelijk om de regie te houden, de patiënt met multimorbiditeit te ondersteunen en te zorgen dat die, na uitwisseling van kennis en informatie, zelf beslissingen kan nemen ('shared decision making'). En ten slotte kan de generalist zorgen voor goede aansluiting met alle andere zorgverleners, inclusief de volksgezondheidszorg.

Ten derde is de KNMG in 2019 gestart met het project 'De rol van de arts in 2040'.⁴ Hierin worden vijf trends gesignaleerd voor de rol van de arts, vanuit het perspectief dat de patiënt in 2040 andere ziekten, wensen én verwachtingen zal hebben. Deze ontwikkelingen hebben gevolgen voor de inrichting van de zorg in 2040:

- 1 verschuiving naar samen beslissingen nemen (shared decision making), waarbij de arts een meer coachende rol krijgt;

- 2 naast curatieve zorg zal preventieve zorg belangrijker worden: er ontstaat een verschuiving van 'beter maken' naar 'gezonder houden';
- 3 in 2040 wordt zorg verleend in netwerken zonder schotten, vormgegeven in multidisciplinaire samenwerking rondom de patiënt;
- 4 ondersteuning door technologie en eHealth;
- 5 ook het systeem achter de zorg evolueert; zo is de verwachting dat de zorg in 2040 is ingericht op specifieke behoeften van lokale populaties.

Met de veranderde inrichting van de zorg in 2040 veranderen dus ook voor de rol van de medisch specialist en de inhoud van de opleiding. Dat geldt ook voor de KNO-opleiding.

Conclusie

Op basis van het bovenstaande (met als voorbeeld onder andere ons LOP ENTER2) kunnen we twee dingen concluderen. Ten eerste zullen inhoud en kwaliteit van de opleiding van de NVKNO een sterk cyclisch en dynamisch karakter krijgen. Ten tweede zal de NVKNO in de toekomst snel moeten meebewegen met alle trends en ontwikkelingen rond de opleiding die op ons af (blijven) komen.

Referenties

1. Kaderbesluit CGS en Kwaliteitskader FMS zie www.demedischspecialist.nl en www.CGS/regelgeving, geraadpleegd op 04-05-2022.
2. Meer lezen over Opleiden 2025 en het visiedocument Medisch Specialist 2025: <https://demedischspecialist.nl/themas/thema/medisch-specialist-2025#:~:text=De%20Federatie%20Medisch%20Specialisten%20heeft,en%20gedrag%2C%20voorop%20in%20vernieuwing> en <https://demedischspecialist.nl/themas/thema/opleiden-2025>
3. Meer lezen over CanBetter-thema's: <https://demedischspecialist.nl/medische-vervolgopleidingen/actuele-themas/canbetter-themas>
4. Zie <https://knmg.maglr.com/knmg-rol-van-de-arts-in-2040/de-rollen-van-de-arts-in-2040>, geraadpleegd op 04-05-2022.

Belangenverstrengeling/financiële ondersteuning

De auteurs verklaren dat er geen sprake is van belangenverstrengeling.

Een voorbeeld van de invulling van het vakoverstijgend profiel 'medisch leiderschap' binnen de opleiding tot KNO-arts

Jeroen Peters, Jet van den Akker

Inleiding

Om als medisch specialist goed voorbereid te zijn op toekomstige taken is meer nodig dan medische kennis en vaardigheden.¹ Het landelijke opleidingsplan ENTER2 (*Ear Nose Throat Education Revised 2*) faciliteert en stimuleert sinds 1 januari 2020 de mogelijkheid tot ontwikkeling binnen vier vakoverstijgende profielen: medisch leiderschap, wetenschap en evidence-based medicine, kwaliteit en patiëntveiligheid, onderwijs en opleiding. Hiermee wordt ontwikkeling binnen deze vakoverstijgende profielen gefaciliteerd en gestimuleerd. Op de KNO-najaarsvergadering van november 2021 is de eerste 'KNO-ENTER2 profielprijs' uitgereikt; de winnaar mag een verdiepende cursus volgen binnen het gekozen vakoverstijgende profiel.²

Iedere aios moet aan het eind van de opleiding een basisniveau voor alle vakoverstijgende profielen hebben behaald. Daarnaast moet op minimaal een van de profielen een verdieping zijn gevolgd. Ook is het mogelijk om zich binnen een vakoverstijgend profiel verder te specialiseren (facultatief); promoveren is bijvoorbeeld een specialisatie binnen het vakoverstijgende profiel 'wetenschap en evidence-based medicine'.

Het vakoverstijgende profiel 'medisch leiderschap' wordt door de Federatie Medisch Specialisten als volgt gedefinieerd: 'Medisch specialisten tonen medisch leiderschap door continu te werken aan persoonlijke groei, professionaliteit en effectiviteit en de verantwoordelijkheid te nemen voor en sturing te geven aan kwalitatief hoogwaardige zorg voor de patiënt door de medische inhoud te verbinden met bestuurlijke, organisatorische, financiële en maatschappelijke thema's overeenkomstig de positie in het zorgsysteem.'³

Het doel van deze 'How I do it' is om een voorbeeld te geven van de invulling binnen het vakoverstijgend profiel 'medisch leiderschap'. Ook zullen we kort reflecteren op ons project en op het nut van

het opnemen van vakoverstijgende profielen in de opleiding tot KNO-arts.

Invulling binnen vakoverstijgend profiel 'medisch leiderschap'

Binnen het Meander MC was er nog geen ervaring met het opzetten van stages voor aios of coassistenten gericht op het ontwikkelen van kwaliteiten op het gebied van medisch leiderschap. Daarom hebben de auteurs samen met de vicevoorzitter van de Centrale OpleidingsCommissie (COC) en een medewerker van de Meander Academie (leerhuis/bibliotheek) tijdens een brainstormsessie verkend welke onderwerpen zouden kunnen passen binnen dit profiel. Op het gebied van medisch leiderschap leende de evaluatie van de voortdurende aanpassing van het beleid tijdens de COVID-crisis zich goed voor verdieping binnen dit profiel.

De hoofdvraag die moest worden beantwoord, was: 'Welke lessen zijn geleerd bij het Meander Medisch Centrum na één jaar COVID-crisis? Wat ging goed, en wat kan beter?'

Methode

Door gestructureerde interviews met diverse bestuurders en collega-artsen kregen wij antwoord op de bovenstaande vragen. Op basis van de antwoorden is een analyse gemaakt van sterktes/zwaktes (SWOT-analyse: 'strengths', 'weaknesses', 'opportunities' en 'threats') binnen de (crisis)organisatie van het ziekenhuis om hieruit lessen te kunnen trekken voor eventuele volgende crises. Dit is uitgesplitst naar de kliniek (beddenhuis, ic, OK), de polikliniek, logistiek/personeel en communicatie. De geïnterviewde collega's waren werkzaam binnen verschillende managementlagen van het ziekenhuis:

- een van de leden van de Raad van Bestuur (RvB);
- de voorzitter van het Medisch Specialistisch Bedrijf (MSB), tevens longarts;
- de manager poliklinische zorg;

Universitair Medisch Centrum Utrecht, Utrecht. Afd. KNO: dr. H.P.M. Peters, aios KNO-heelkunde.

Meander Medisch Centrum, Amersfoort. Afd. KNO: dr. E.H. van den Akker, KNO-arts en B-opleider.

Tabel 1. SWOT-analyse tijdens de COVID-crisis, bestuur/organisatie Meander MC.

	Strengths	Weaknesses	Opportunities	Threats
Kliniek	1-persoonskamers	In retrospect: (poli)klinische zorg minder moeten afschalen in eerste golf	Meer in dagbehandeling	Inhaalzorg
	De mogelijkheid om OK 1-4 bij de ic te kunnen betrekken en hermetisch af te kunnen sluiten van de andere OK's.		Netwerkorganisatie met ziekenhuizen in de regio, verregaande samenwerking	Permanente COVID-afdeling? Incorporeren in beddenhuis?
	Doorgang direct van OK naar ic			Bible Belt vlakbij, lage vaccinatiebereidheid?
	Behandeling COVID sterk verbeterd			Mutaties virus? Varianten?
	productie maar 5% hoeven afschalen, benchmark: 10-15%			
Polikliniek	Apart van kliniekdeel gebouw	In retrospectief (poli)klinische zorg minder hoeven afschalen in eerste golf?	Teleconsultatie	Long COVID
			DOTs te openen zonder 'live' contact	Productie halen met minder medewerkers
				Trouw blijven aan hygiënemaatregelen?
				Minder verwijzingen huisartsen?
Communicatie	Mail to all: Corona-update		Geïnformeerd houden bij 'normaal beleid' Meander	
	Livesessie, vragenuurtjes			
Personeel, Logistiek	Inzetbaar op 'niet eigen' afdeling: 'een bed is een bed'	Minder vakspecifieke verpleegkundige expertise	Op afstand werken voor niet-patiëntenzorg	Groepsgevoel behouden als 'adrenaline' weg is
	Al na eerste golf 10 'basisartsen COVID' extra voor onvermijdelijke tweede golf	'Bottleneck' was voldoende geschoold ic-personeel	Blijvende coördinatie zorg-zwaarte op regionaal/landelijk niveau, bijvoorbeeld bij inhaalzorg	Generatiewissel: meer parttime werken, minder uren/week
	'Ondersteuners' zorgen voor flexibele schil personeel/aantallen		Afstemming (na)zorg met regiopartners: verpleeghuizen, maar ook huisartsen	Door meer samenwerking risico op loggere organisatie, tragere besluitvorming
	Saamhorigheid (MSB, RvB, personeel), 'doe-mentaliteit', wellicht mede door 'recente' verhuizing naar nieuw gebouw, 'wij-gevoel'			
	'Goudhaantjes' op goede posities			

- de manager beddenhuis/OK/ic;
- collega-KNO-arts en medisch manager van de sectie KNO.

Ook werd de vergadering van het Meander MC Crisis Management Team (CMT) digitaal bijgewoond.

Resultaten

De gecombineerde antwoorden van de geïnterviewde collega's op de hoofdvraag met subonderdelen leidden tot een matrix van sterktes/zwaktes binnen de verschillende subonderdelen van het ziekenhuis (zie *tabel 1*, SWOT-analyse).

De methode en resultaten zoals hierboven beschreven, zijn gepresenteerd tijdens een online brainstormsessie met (plaatsvervangend) opleiders van alle specialismen van Meander MC. Doel was om de opleiders te inspireren om mogelijkheden te verkennen voor ontplooiing binnen het vakoverstijgend profiel 'medisch leiderschap'. In vervolg hierop is op de maandelijkse vergadering van de RvB met het MSB de vraag of er nog interessante projecten zijn waar aios zich zouden kunnen verdiepen in 'medisch leiderschap' een vast agenda-punt geworden.

Reflectie

Deze verdieping in 'medisch leiderschap' hebben wij (aios en B-opleider) beiden als nuttig en leerzaam ervaren. De verdieping gaf inzicht in de management(veranderingen) die nodig zijn om een ziekenhuis door een crisis te loodsen en in wie welke verantwoordelijkheden heeft. Daarnaast is duidelijk geworden wat voor praktische en financiële dilemma's er spelen voor bestuurders in een ziekenhuisorganisatie. Deze kennis komt van pas wanneer men als jonge klare in een ziekenhuis of vakgroep aan de slag gaat. Het heeft meerwaarde om meer te weten te komen over de verhouding tussen MSB en RvB, en beter te begrijpen hoe bestuurlijke processen verlopen. Naar ons idee wordt er daar ook een betere (KNO-)arts van.

Vanzelfsprekend zijn er ook andere invullingen mogelijk van het profiel 'medisch leiderschap', zoals een bestuursfunctie bij het aios-bestuur van de KNO-vereniging of De Jonge Specialist, of bij assistentenverenigingen in het ziekenhuis.

Ook voor ziekenhuizen heeft het faciliteren van verdieping binnen het vakoverstijgend profiel 'medisch leiderschap' voordelen: zij kunnen projecten laten coördineren door bevlogen aios die verdieping zoeken. Een aios heeft een frisse blik en kan als 'nieuwkomer' tot een andere analyse van het probleem komen. Bovendien plukken ziekenhuizen niet alleen tijdens de verdiepingstage de vruchten van bevlogen aios; de verdieping leidt ook

tot breder opgeleide medisch specialisten die later weer in ziekenhuizen en MSB's aan het werk gaan. Tot slot kan het Meander MC de aangedragen verbeterpunten meenemen in de eigen evaluatie van de COVID-crisis.

Conclusie

Om als medisch specialist goed voorbereid te zijn op je toekomstige taken is meer nodig dan alleen medische kennis en vaardigheden. Daarom wordt sinds 2020 ontwikkeling binnen vier vakoverstijgende profielen in de opleiding tot KNO-arts gefaciliteerd en gestimuleerd. Deze vier profielen zijn 'medisch leiderschap', 'wetenschap en evidence-based medicine', 'kwaliteit en patiëntveiligheid' en 'onderwijs en opleiding'. In deze 'How I do it' gaven we een voorbeeld van de invulling van het vakoverstijgend profiel 'medisch leiderschap'. Naar onze mening is deze verdieping nuttig en leerzaam, en komt de opgedane kennis van pas als de aios als jonge klare specialist in een ziekenhuis of vakgroep aan de slag gaat.

Referenties

1. Opleidingsplan. Via KNO-ledenwebsite > AIOS > Opleiding > Opleidingsplan <https://www.kno-leden.nl/leden/pagina/view/id/23>. Geraadpleegd op 24-8-2021.
2. Reglement KNO-ENTER2 profielprijs. Via KNO-ledenwebsite > AIOS > Prijzen <https://www.kno-leden.nl/leden/document/view/id/7105>. Geraadpleegd op 24-8-2021.
3. Medisch leiderschap in de medische vervolgopleiding. Utrecht: Federatie Medisch Specialisten; 2016. Via KNO-ledenwebsite > AIOS > Opleiding > Medisch leiderschap. <https://www.kno-leden.nl/leden/document/view/id/6230>. Geraadpleegd op 24-8-2021.

Belangenverstrengeling/financiële ondersteuning

De auteurs verklaren dat er geen sprake is van belangenverstrengeling.

De auteurs bedanken mw. A. Posthouwer (lid Raad van Bestuur Meander MC), dr. J. Jansen (vicevoorzitter Centrale Opleidingscommissie Meander MC) en dhr. P. Bellini (manager poliklinische zorg Meander MC) voor de feedback op een eerdere versie van dit artikel.

