



## Beleidsplan Kwaliteit

2015-2019



Nederlandse  
Vereniging van  
Artsen voor  
Longziekten en  
Tuberculose

## **Beleidsplan Kwaliteit 2015-2019**

Nederlandse Vereniging van Artsen voor  
Longziekten en Tuberculose

# Beleidsplan Kwaliteit 2015-2019

Nederlandse Vereniging van Artsen voor  
Longziekten en Tuberculose

## **Auteurs:**

Dr. J.W.K. van den Berg  
Bestuurslid NVALT  
Longarts, Isala Klinieken Zwolle

PH. Broos MSc  
Beleidsmedewerker Kwaliteit, NVALT  
Adviseur, Kennisinstituut van Medisch Specialisten

# Inhoudsopgave

## Colofon

Het Beleidsplan Kwaliteit 2015-2019 is een uitgave van de Nederlandse Vereniging van Artsen voor Longziekten en Tuberculose (NVALT), met ondersteuning van het Kennisinstituut van Medisch Specialisten. Dit beleidsplan is tot stand gekomen met financiering van de Stichting Kwaliteitsgelden Medisch Specialisten (SKMS).

## Vormgeving

grafisch@harrievandenberg.nl

## Copyright

© Nederlandse Vereniging van Artsen voor Longziekten en Tuberculose  
Maart 2015

## Alle rechten voorbehouden

De tekst uit deze publicatie mag worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch door fotokopieën of enige andere manier, echter uitsluitend na voorafgaande toestemming van de uitgever. Toestemming voor gebruik van tekst (gedeelten) kunt u schriftelijk of per e-mail en uitsluitend bij de uitgever aanvragen.

Voorwoord	8
1. Inleiding	11
2. Positionering	15
3. Structuur, Communicatie en Samenwerking	17
4. Kwaliteitscyclus	25
5. De kwaliteitscyclus binnen de NVALT	29
5.1 Richtlijnen	29
5.2 Kwaliteitsvisitatie	33
5.3 Kwaliteitsmeting	35
5.4 IFMS	41
5.5 Opleiding, bij- en nascholing en accreditatie	42



# Voorwoord

Geachte collegae,

Voor u ligt het Beleidsplan Kwaliteit van de NVALT voor de komende jaren. Het leveren van kwalitatief hoogstaande longgeneeskundige zorg is de intrinsieke motivatie van ons allen. Kwaliteit van zorg is echter niet eenduidig te definiëren en wordt in de literatuur op verschillende manieren en vanuit verschillende perspectieven omschreven. Een veel gehanteerde definitie is: 'de mate van overeenkomst tussen criteria van goede zorg (wenselijke zorg) en de praktijk van die zorg (feitelijke zorg).<sup>1</sup>

Dit beleidsplan is een vervolg op het Handboek Kwaliteit van de NVALT uit 2003. Er kunnen overeenkomsten gevonden worden tussen beide documenten, maar de tijd heeft niet stil gestaan. Bij transparantie in kwaliteit van zorg is de vraag niet wanneer maar vooral hoe dit in te voeren in Nederland. Hoe zorgen wij ervoor dat uit de grote hoeveelheid aan gegevens die we iedere dag over onze patiënten verzamelen en vastleggen zinvolle gegevens op een simpele manier geëxtraheerd kunnen worden, zonder dat het afleidt van het primaire proces? Het is duidelijk dat wij hierin proactief moeten ageren om de regie op bijvoorbeeld de toenemende vraag naar indicatoren te blijven houden. Wij zijn als longartsen immers deskundig en willen als NVALT gezamenlijk naar buiten treden.

Dit beleidsplan is echter meer dan een reactie. Het belangrijkste doel is dat de verschillende kwaliteitsinstrumenten als richtlijnontwikkeling, kwaliteitsvisitatie, opleiding en nascholing in de nabije toekomst nauw op elkaar afgestemd worden. Door een dergelijke afstemming ontstaat synergie in het beleid en wordt het rendement vergroot. Het benoemen van een commissie kwaliteit speelt daarin een belangrijke rol.

Verder is het belangrijk te vermelden dat de NVALT in het kwaliteitsbeleid niet solistisch maar gezamenlijk met andere Wetenschappelijke Verenigingen optrekt. Het overkoepelende kwaliteitsbeleid wordt centraal afgestemd in de Raad Kwaliteit van de Federatie Medisch Specialisten (FMS). Vervolgens is het aan de individuele Wetenschappelijke Verenigingen om hier invulling aan te geven. Voor de NVALT biedt dit voordelen, omdat we kunnen leren van best practices elders.

Naast kwaliteit is patiëntveiligheid een belangrijk thema. Dat komt in dit stuk niet expliciet aan bod, maar zal nadrukkelijk als overkoepelend onderwerp tot de aandachtsgebieden van de Commissie Kwaliteit horen.

Ten slotte, kwaliteit gaat ons allen aan. Voor het slagen van een goed kwaliteitsbeleid is ook de inzet van een ieder vereist!

Dr. J.W.K. van den Berg  
Bestuurslid NVALT, portefeuille kwaliteit

<sup>1</sup> Donabedian A. Explorations in quality assessment and monitoring. The definition of quality and approaches to its assessment. Michigan: Health Administration Press, 1980b.

# 1. Inleiding



## Achtergrond

De NVALT is een wetenschappelijke vereniging die de kwaliteit en toegankelijkheid van de zorg voor patiënten met longaandoeningen wil bevorderen en tegen die achtergrond de beroepsbelangen van de leden behartigt. De focus is primair de medisch specialistische zorg voor patiënten met longaandoeningen, maar richt zich ook op het bevorderen van de kwaliteit en toegankelijkheid van multidisciplinaire zorg en ketenzorg voor patiënten met longaandoeningen wanneer medische specialistische zorg hier onderdeel van uitmaakt.

Individuele leden van de NVALT streven ernaar kwalitatief hoogstaande zorg te leveren. Dit wordt weerspiegeld in de vereniging die al jaren actief bezig is met de ontwikkeling van kwaliteitsinstrumenten. Er is nu een breed scala aan kwaliteitsinstrumenten voorhanden, zoals richtlijnen voor de meest voorkomende longaandoeningen, een goed functionerende kwaliteitsvisitatie, een ruim aanbod aan bij- en nascholing, en indicatoren voor bepaalde aandoeningen.

De veelheid aan instrumenten heeft echter ook een keerzijde. De ervaring van de vereniging is dat veel leden deze veelheid niet meer overzien, waardoor het gebruik van de instrumenten in de dagelijkse praktijk achterblijft. Richtlijnen zijn wel goed te vinden, maar vaak weinig toegankelijk, niet altijd actueel of niet omgezet naar lokale protocollen. Indicatoren worden niet gezien als door de vereniging zelf ontwikkelde hulpmiddelen om de kwaliteit van zorg te verbeteren, maar worden veelal ervaren als administratieve verplichting en soms zelfs als bedreiging. Er is weinig samenhang tussen de kwaliteitsvisitatie en de overige kwaliteitsinstrumenten, en bovendien worstelt de NVALT (net als vele andere wetenschappelijke verenigingen) met de vraag hoe toetsend de kwaliteitsvisitatie moet zijn.

Sinds het verschijnen van Handboek Kwaliteit in 2003 is het werkveld drastisch veranderd en is het noodzakelijk de visie op het kwaliteitsbeleid te heroverwegen. Het NVALT bestuur wil de betrokkenheid van de leden voor kwaliteitsaangelegenheden vergroten. De indruk bestaat dat veel longartsen best bereid zouden zijn om mee te denken, maar dat ze niet goed op de hoogte

zijn van de activiteiten op dit gebied en van de manier waarop ze zich voor kwaliteitsprojecten kunnen inzetten.

In haar beleidsplan 2008-2012 formuleerde de NVALT de volgende missie op het gebied van kwaliteitsbeleid:

*“Ontwikkelen, implementeren en onderhouden van een betrouwbaar, valide en compleet kwaliteitsinstrumentarium ter bevordering en borging van de kwaliteit van de longgeneeskunde en het longgeneeskundig handelen.”*

Om te komen tot een optimale kwaliteit van longgeneeskundige zorg ziet het NVALT bestuur het als een vereiste om een samenhangend beleid te formuleren voor de komende jaren waarbij de bestaande kwaliteitsinstrumenten (richtlijnen, indicatoren, bij- en nascholing en visitatie) op elkaar moeten worden afgestemd. Hierdoor kunnen middelen efficiënt worden ingezet.

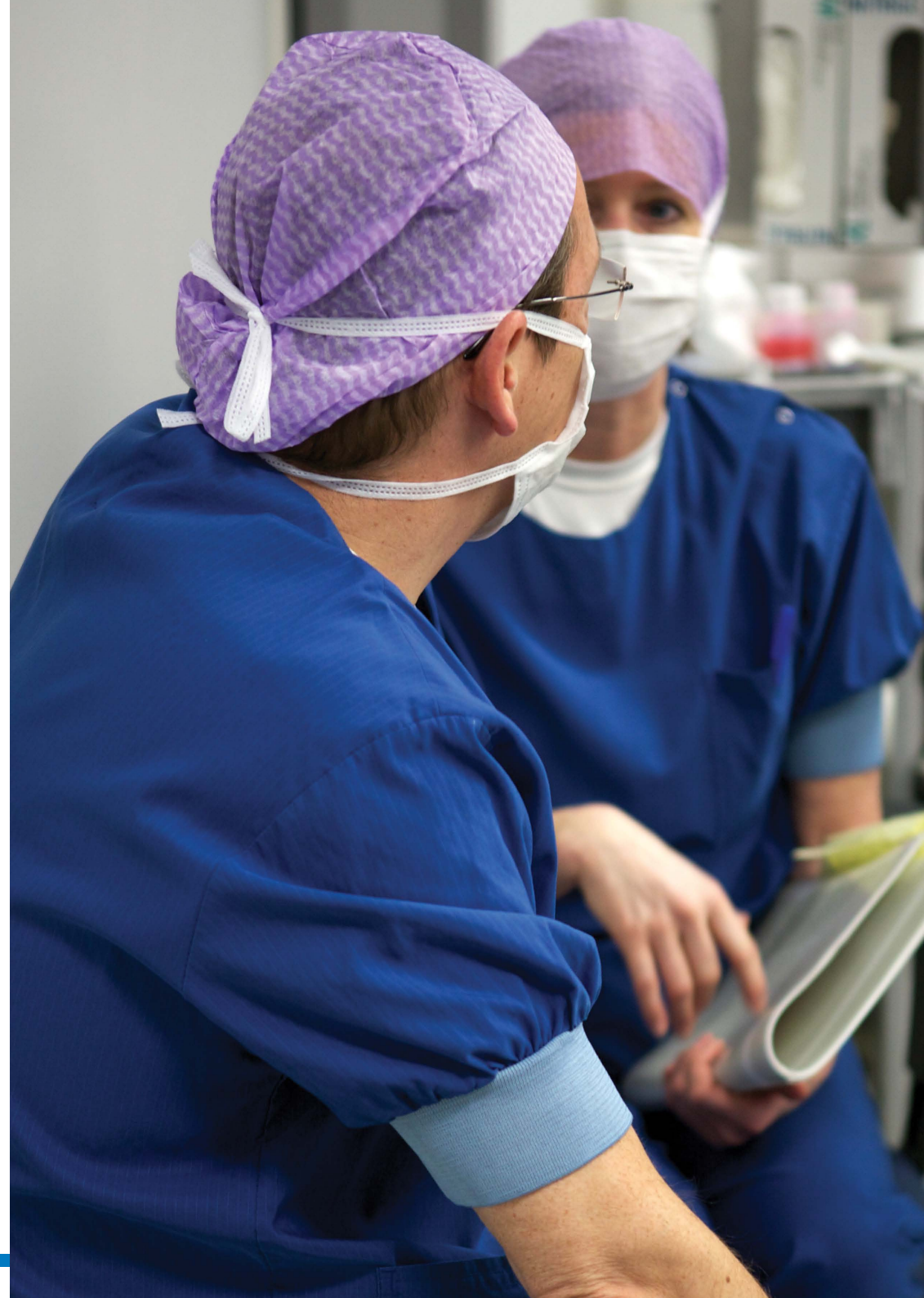
#### **Doel**

Het voorliggende document fungeert als startnotitie voor de kwaliteitscyclus op verenigingsniveau. In het Beleidsplan Kwaliteit wordt aangegeven wat voor de vereniging belangrijke terreinen zijn waarop het kwaliteitsbeleid zich moet richten. Op basis daarvan zullen keuzes gemaakt worden met betrekking tot de ontwikkeling van kwaliteitsinstrumenten. Dit maakt het voor de vereniging mogelijk om prioritering aan te brengen en keuzes te maken, met andere woorden proactief te handelen in plaats van reactief.

Het NVALT bestuur wil daarom met dit visiedocument haar doelen voor de langere termijn formuleren.

#### **Doelen**

- Er is een samenhangend beleid met betrekking tot kwaliteitszorg, waarin ook onderhoud en borging van de kwaliteitsinstrumenten een plaats heeft.
- De kwaliteitsinstrumenten van de NVALT zijn up-to-date.
- De longartsen in Nederland zijn op de hoogte van dit kwaliteitsbeleid en participeren daarin actief.
- Per jaar worden minimaal twee kwaliteitsprojecten uitgevoerd waarbinnen meerdere kwaliteitsportefeuilles een rol spelen.



## 2. Positionering

Kwaliteit staat voor: veiligheid, doelmatigheid, tijdigheid, effectiviteit, patiëntgerichtheid. Het kwaliteitsbeleid is erop gericht de samenleving een gerechtvaardigd vertrouwen in de geleverde patiëntenzorg te bieden.

Centraal in dit plan staat 'de bewust op kwaliteit en transparantie gerichte longarts'. Deze transparantie heeft zowel betrekking op de medische inhoud van de geleverde zorg als op het functioneren van de longarts, individueel en in de maatschap/vakgroep. Aan de basis van de inhoud van zorg liggen de evidence-based richtlijnen als de professionele standaard van de beroepsgroep. De longarts baseert zijn handelen op deze richtlijnen. Momenteel komen tijdens de visitaties en in na- en bijscholing (onder andere) belangrijke richtlijnen aan de orde. Om te toetsen in hoeverre de geleverde zorg inderdaad overeenkomt met de eigen richtlijnen, worden indicatoren ingezet.

De kwaliteitsregistratie is een middel met groot potentieel om de kwaliteit van zorg te evalueren. Het gebruik van dergelijke registratie wint de afgelopen jaren aan populariteit. Dit kwaliteitsinstrument wordt tot op heden echter op zeer beperkte (lokale) schaal toegepast binnen de NVALT/longgeneeskunde. Benchmarking van uitkomsten uit deze registraties (complicatieregistratie en andere indicatoren) geeft inzicht in de eigen uitkomsten vergeleken met die van anderen, en daarmee in mogelijkheden voor verbetering.

De ontwikkeling van de longarts wordt op twee niveaus ondersteund: individueel via een IFMS-methode die gericht is op het verbeteren van de kwaliteit van het individuele professionele handelen van medisch specialisten, en op niveau van de maatschap/vakgroep door middel van de kwaliteitsvisitaties. Kwaliteitsvisitaties worden vanuit de Wetenschappelijke Vereniging uitgevoerd. De basis daarvoor is een door de vereniging opgesteld normenrapport. Toetsing op individueel functioneren vindt plaats vanuit het ziekenhuis. Uitgangspunt bij IFMS zijn de CanMeds-competenties, waarop sinds een aantal jaren ook alle specialistische opleidingen gebaseerd zijn.





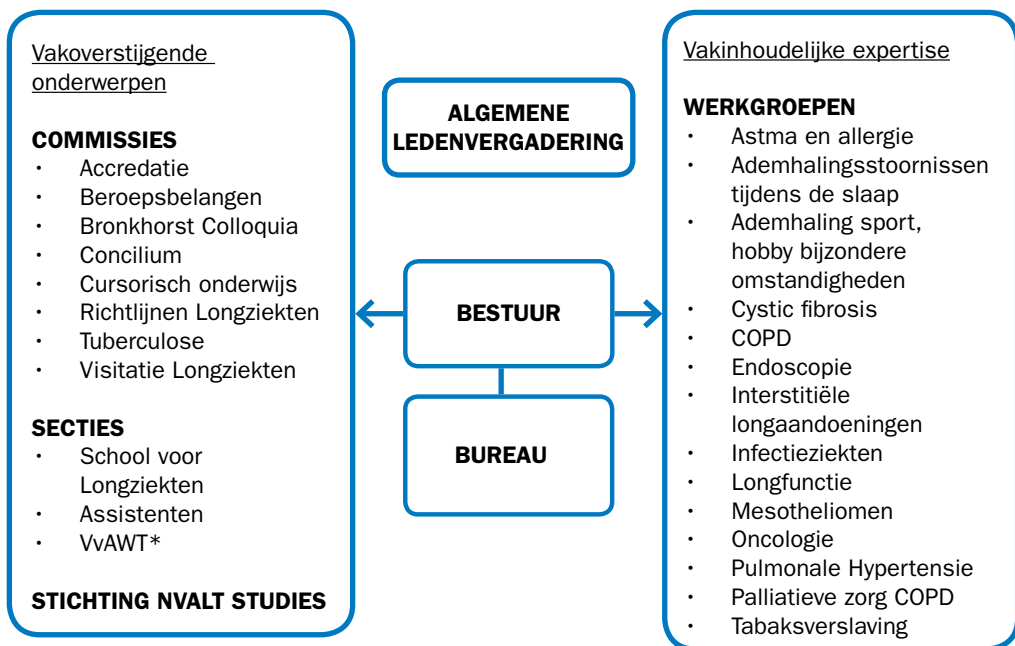


### 3. Structuur, communicatie en samenwerking

#### Organisatiestructuur van de NVALT

Ter voorbereiding op de ontwikkeling van het beleidsplan kwaliteit is een inventarisatie gemaakt van de organisatiestructuur van de NVALT en de reeds beschikbare kwaliteitsinstrumenten. Uit deze inventarisatie blijkt dat de organisatiestructuur van de NVALT verbeterd kan worden. Zo functioneren binnen de vereniging verschillende werkgroepen, commissies en secties. Het is echter niet duidelijk wat deze 'groepen' organisatorisch van elkaar onderscheid en hoe de aansturing is geborgd. In vergelijking met andere wetenschappelijke verenigingen valt op dat een Commissie Kwaliteit ontbreekt. Enige jaren geleden is besloten de toenmalige Commissie Kwaliteitsbevordering te splitsen in een Commissie Richtlijnen Longziekten (CRL) en Commissie Visitatie Longziekten (CVL). Deze onderwerpen vormden immers de belangrijkste kwaliteitspijlers. Dit heeft ertoe geleid dat overige 'kwaliteitszaken' in de regel ad hoc worden opgepakt door de kwaliteitsfunctionaris van het NVALT bestuur en/of de CRL en CVL.

**Figuur 1. Huidige organisatiestructuur van de NVALT**

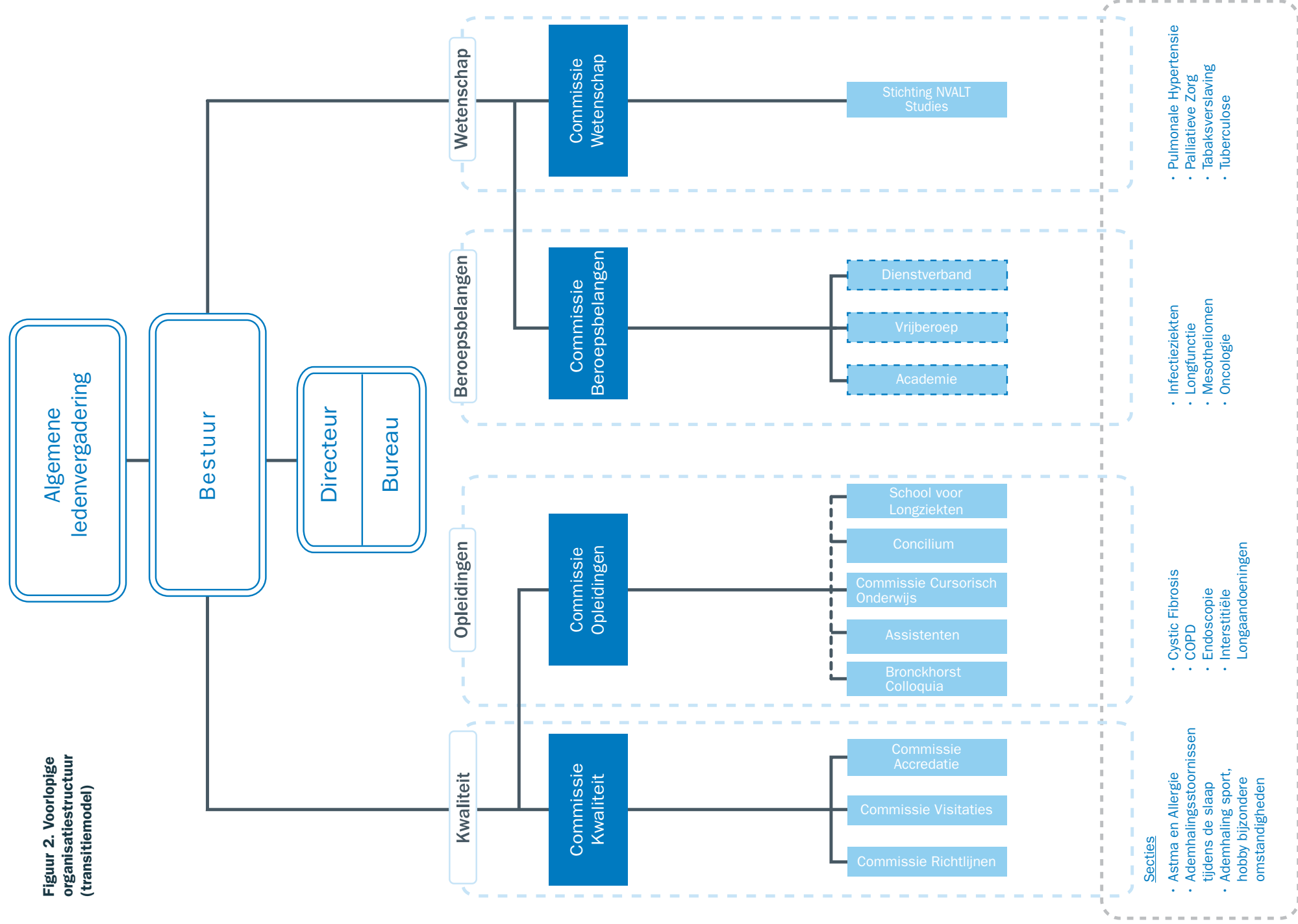


\* Vereniging van Artsen werkzaam in de Tuberculosebestrijding

Om de organisatiestructuur van de NVALT te verbeteren en de professionele ondersteuning binnen het bureau door een directeur, beleidsmedewerkers en bureausecretariaat optimaal in te zetten heeft het NVALT bestuur in 2014 besloten een professionaliseringsmodel in te voeren. Dit houdt in dat het bestuur van een executief bestuur naar een meer toezichhoudende rol wil waarbij taken en verantwoordelijkheden worden verdeeld over de verenigingsorganen. Dit vraagt dan ook om een herziening van de organisatiestructuur, waarbij eveneens rekening wordt gehouden met de organisatiestructuur van de Federatie Medisch Specialisten. Vooruitlopend op deze professionalisering van de vereniging heeft het bestuur een voorlopige organisatiestructuur (transitiemodel) opgesteld (zie figuur 2). In een later stadium zal deze organisatiestructuur in overleg met de verenigingsorganen definitief worden vastgesteld.



**Figuur 2. Voorlopige organisatiestructuur (transitiemodel)**



### Commissie Kwaliteit

Omdat 'kwaliteit' een steeds omvangrijker begrip wordt bestaat de behoefte dit vanuit een centrale commissie te coördineren. De inventarisatie toont aan dat voor een groot gedeelte van de longgeneeskundige zorg richtlijnen en indicatoren zijn ontwikkeld, waarbij de vereniging ook actief geparticipeerd heeft. Er dient te worden opgemerkt dat enkele belangrijke richtlijnen aan herziening toe zijn. Er is een systeem van kwaliteitsvisitatie, maar de methodiek is toe aan vernieuwing. De Commissie Accreditatie is nu nog een vrij onafhankelijk functionerende commissie die zijn plek in het kwaliteitssysteem nog moeten vinden. Het heersende gevoel binnen het NVALT bestuur is dat er tot op heden teveel reactief is opgetreden en dat de vereniging te weinig zelf de koers heeft bepaald.

Hiertoe is het instellen van een Commissie Kwaliteit (CK) met een centrale positie in de organisatiestructuur een logische stap (zie figuur 2). De CK zet voor het bestuur de lijnen uit van het kwaliteitsbeleid en bewaakt het proces. De voorzitter van de CK is het bestuurslid met de portefeuille kwaliteit. Dit vereenvoudigt de uitwisseling van informatie tussen de CK en het bestuur. Daarnaast vertegenwoordigt de voorzitter van de CK de NVALT in de Raad Kwaliteit van de Federatie Medisch Specialisten, zodat ook het bestuur geïnformeerd wordt over specialisme overstijgende kwaliteitsinitiatieven. De overige leden van de CK bestaat tenminste uit één vertegenwoordiger van de Commissies Richtlijnen, Visitatie en Accreditatie, aangevuld met individuele NVALT leden. Het bestuur bepaalt op voorstel van de portefeuillehouder kwaliteit de portefeuilles van deze commissieleden.

De commissies Richtlijnen, Visitatie en Accreditatie hebben een min of meer permanente taak. Voor specifiek gedefinieerde projecten met een tijdelijk karakter worden ad hoc werkgroepen ingesteld met een duidelijke opdracht. Deze ad hoc werkgroepen rapporteren regelmatig aan de CK over de status van deze projecten. Dankzij deze structuur kan optimale communicatie tussen voorzitters van commissies en ad hoc werkgroepen in de CK en het bestuur van de NVALT plaatsvinden.

De CK streeft ernaar nauwe banden te onderhouden met de secties van de NVALT (voorheen werkgroepen geheten). De secties hebben gezamenlijk de expertise over een bepaald onderwerp binnen de longgeneeskunde. De CK zal de secties daar waar nodig vragen om standpunten te ontwikkelen, zitting te nemen in richtlijnwerkgroepen of commentaar te leveren op documenten die betrekking hebben op het betreffende expertisegebied. Andersom kunnen de secties ook

suggesties doen aan de CK om bepaalde onderwerpen op te pakken. Tenminste eenmaal per jaar zal er overleg plaatsvinden tussen de werkgroepen en de CK.

Het kwaliteitsbeleid van de NVALT wordt ondersteund door een beleidsmedewerker, die deel uitmaakt van het bureau van de NVALT.

### Doelen

- De vereniging heeft een samenhangend kwaliteitsbeleid op schrift en in de praktijk.
- Er wordt in 2015 een Commissie Kwaliteit ingesteld.
- De vereniging is op de hoogte van de wensen, mogelijkheden en bereidheid van haar leden om zich actief in te zetten voor kwaliteitsprojecten.
- Per jaar worden minimaal twee kwaliteitsprojecten uitgevoerd waarbinnen meerdere kwaliteitsportefeuilles een rol spelen. In deze projecten wordt actief geparticipeerd door zoveel mogelijk leden.

## 4. Kwaliteitscyclus



Een manier om samenhang aan te brengen in het kwaliteitsbeleid en om continuïteit te bewerkstelligen is het werken met een kwaliteitscyclus. Een veel gebruikt model hiervoor is de zogenaamde Deming-cirkel, waarin vier fasen onderscheiden worden: planning (plan), uitvoering (do), toetsing (check) en evaluatie (act) (zie figuur 3).

### Planning

In de fase van planning wordt vastgesteld wat het te bereiken doel is. Waar het de zorginhoudelijke kant betreft kan dat een bepaalde standaard van zorg zijn, die beschreven wordt in een richtlijn. Naast richtlijnen kunnen door de vereniging vastgestelde kwaliteitsnormen als doel worden gesteld. Maar de cyclus kan ook betrekking hebben op het kwaliteitsbeleid an sich. In dat geval is het beleidsplan kwaliteit (met daaraan gekoppelde jaarplannen) het product van de planningsfase. Belangrijk is dat in de jaarplannen concrete activiteiten worden beschreven, verantwoordelijkheden worden benoemd en deadlines worden bepaald.

### Uitvoering

Deze fase betreft de feitelijke uitvoering van het plan. Waar het de richtlijn betreft is de fase volgend op de ontwikkeling van de richtlijn de implementatie. De vereniging kan hierbij een stimulerende rol spelen door hulpmiddelen aan te reiken die het de zorgverleners makkelijker maken te werken volgens de richtlijn, zoals aandacht voor de richtlijn in bij- en nascholing, het faciliteren van het gebruik van indicatoren, het invoeren van zorgpaden. Maar verantwoordelijkheid voor de uitvoering ligt ook bij de individuele zorgverleners en de instellingen. Waar het kwaliteitsbeleid betreft gaat het om de uitvoering van de in de jaarplannen beschreven activiteiten en projecten.

### Toetsing

In deze fase wordt getoetst of de uitvoering overeenstemt met de in de planning beschreven doelen. Voor deze toetsing is in de planningsfase al een opzet of structuur aangegeven. In de kwaliteitscyclus wordt bijvoorbeeld kwaliteitsvisiteatie ingezet om te toetsen of vakgroepen/maatschappen werken volgens de vastgestelde normen en richtlijnen. Op individueel niveau vindt in de meeste

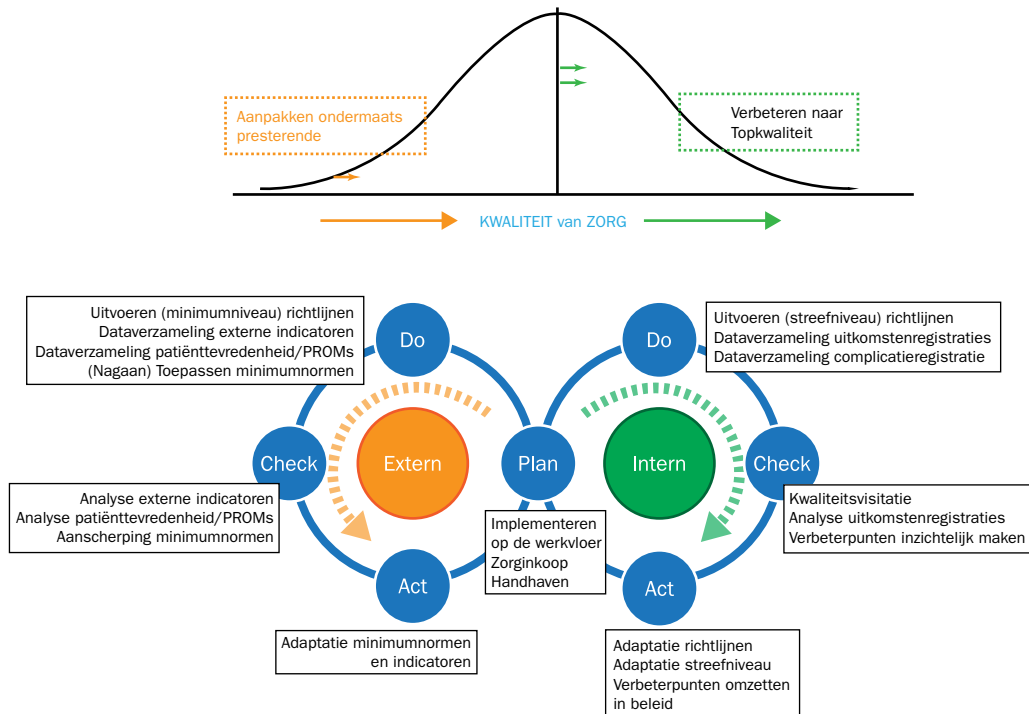
ziekenhuizen toetsing van het functioneren plaats via het Individueel Functioneren Medisch Specialisten (IFMS). Ook indicatoren kunnen worden gebruikt om na te gaan in hoeverre zorg geleverd wordt volgens de afgesproken richtlijnen en wat de invloed daarvan is op de uitkomsten.

Ook voor andere activiteiten uit het beleidsplan geldt dat getoetst moet worden of de uitvoering verloopt volgens de planning en of de resultaten zijn zoals beoogd.

### Evaluatie

In deze fase wordt het effect van de uitvoering vergeleken met de oorspronkelijk beschreven doelen. Ook wordt een verklaring gezocht voor eventueel geconstateerde verschillen tussen het waargenomen en het beoogde effect. Er kan vervolgens een aanpassing van de richtlijn/de normen, de implementatiestrategie, de werkwijze of de toetsing plaatsvinden. Deze aanpassingen worden weer volgens dezelfde vier stappen gepland, uitgevoerd, getoetst en geëvalueerd. De cyclus is nu geheel doorlopen en kan zich herhalen.

**Figuur 3. Kwaliteitscyclus**





## 5. De kwaliteitscyclus binnen de NVALT

Het voorliggende document fungeert als startnotitie voor de kwaliteitscyclus op verenigingsniveau. In dit document wordt beschreven waar de vereniging met haar kwaliteitsbeleid naartoe wil, hoe dit concreet uitgewerkt moet worden, en hoe toetsing en evaluatie ingevuld worden. Op basis van dit document zullen jaarplannen opgesteld worden waarin concrete activiteiten zullen worden beschreven.

### 5.1 Richtlijnen

Evidence-based richtlijnen zijn wetenschappelijk onderbouwde, landelijk geldende, vakinhoudelijke aanbevelingen voor optimale zorg. Deze richtlijnen bieden artsen en andere zorgverleners ondersteuning bij de klinische besluitvorming. Richtlijnen besteden behalve aan klinische aspecten ook aandacht aan veiligheid, doelmatigheid, patiëntenvoorkeuren, kostenoverwegingen en aspecten van implementatie.

#### Methodiek

Richtlijnen worden ontwikkeld volgens de EBRO (Evidence-based Richtlijn Ontwikkeling)-methodiek en voldoen aan de AGREE-criteria (Appraisal of Guidelines for REsearch & Evaluation<sup>2</sup>). Waar mogelijk worden richtlijnen ontwikkeld met GRADE ('Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation'<sup>3</sup>). GRADE is een methode om de kwaliteit van het bewijs en de sterkte van de aanbevelingen in richtlijnen transparanter weer te geven. Waar mogelijk worden goede buitenlandse richtlijnen gebruikt als basis. Bij iedere richtlijn wordt een set indicatoren ontwikkeld, die voldoen aan de eisen van het AIRE-instrument (Appraisal of Indicators through Research and Evaluation). Ook worden de bouwstenen van het zorgproces benoemd, die enerzijds - als uitgangspunten voor klinische paden - kunnen bijdragen aan de implementatie van de richtlijnen, en anderzijds een basis kunnen zijn voor het zorgprofiel van de DBC's. Voor patiënten worden bij de richtlijnen keuzehulp en patiënteninformatie ontwikkeld.

<sup>2</sup> Collaboration AGREE. Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation (AGREE) instrument <http://www.agreecollaboration.org>

<sup>3</sup> GRADE Working Group. <http://www.gradeworkinggroup.org/society/index.htm>

### **Eigenaarschap**

Voor het opnemen van de richtlijnen in de dagelijkse praktijkvoering is het in de eerste plaats nodig dat de richtlijnen gezien worden als door de beroepsgroep zelf opgestelde normen, en niet als door van buiten opgelegde voorschriften. Afgevaardigden die namens de NVALT deelnemen aan de ontwikkeling van een richtlijn moeten zich ervan bewust zijn dat zij spreken namens alle longartsen. Waar nodig moeten zij afstemmen met de vereniging om te voorkomen dat pas discussie ontstaat in een laat stadium van de ontwikkeling of in de autorisatiefase. Autorisatie van richtlijnen vindt plaats door het bestuur, na advies van de Commissie Richtlijnen. Na autorisatie door de vereniging moeten longartsen zich committeren aan de richtlijnen en zich er binnen hun werkomgeving hard voor maken dat ook volgens de richtlijnen gewerkt wordt, bijvoorbeeld door de richtlijn te vertalen naar een lokaal protocol.

### **Toegankelijkheid**

Het werken volgens de richtlijn wordt vergemakkelijkt als de richtlijnen zelf toegankelijk zijn. Deze toegankelijkheid heeft betrekking op de omvang van de richtlijnen maar ook op de manier waarop richtlijnen ontsloten worden. Boekwerken of pdf's van honderden pagina's nodigen niet uit tot gebruik in de spreekkamer. De vereniging is van mening dat richtlijnen beknopt moeten zijn en digitaal moeten worden aangeboden, zodanig dat er op een eenvoudige manier in te zoeken is. De NVALT publiceert dan ook al haar beschikbare actuele en toekomstige richtlijnen in de richtlijndatabase ([www.richtlijndatabase.nl](http://www.richtlijndatabase.nl)).

### **Onderhoud**

Voor eenmaal ontwikkelde richtlijnen geldt dat bewaakt moet worden dat ze de actuele stand van zaken weergeven. De vereniging kiest ervoor om de belangrijkste richtlijnen structureel te evalueren en te onderhouden. De verantwoordelijkheid hiervoor kan neergelegd worden bij permanente richtlijnwerkgroepen, die jaarlijks evalueren of gedeelten van de richtlijn aan actualisering toe zijn, bijvoorbeeld door het bespreken van nieuwe ontwikkelingen en het herhalen van de zoekstrategie. Een alternatief is om deze taak toe te bedelen aan bestaande secties (voor zover mogelijk), hetgeen als voordeel heeft dat deze secties meer betrokken worden bij het kwaliteitsbeleid van de vereniging.

Voor de overige richtlijnen geldt dat periodiek moet worden beoordeeld of er reden is de richtlijn te herzien. De frequentie van deze evaluatie kan per richtlijn verschillen, maar eens in de vijf jaar is in de regel acceptabel. De verantwoordelijkheid voor deze evaluatie ligt bij de Commissie Richtlijnen. Indien

besloten wordt dat een update is aangewezen, neemt de Commissie Richtlijnen daartoe het initiatief.

### **Patiëntenperspectief**

De basis voor de aanbevelingen in de richtlijn is drieledig: in de eerste plaats de wetenschappelijke literatuur, in de tweede plaats de mening van de experts in de werkgroep, en tenslotte de voorkeuren van de patiënten. Deze laatste zijn immers degenen om wie het draait in de zorg. Voor de knelpuntenanalyse is het belangrijk om ook bij patiënten(verenigingen) te rade te gaan. Ook bij het selecteren van relevante uitkomstmaten, het bespreken van de 'overige overwegingen' en bij de formulering van de aanbevelingen voor bepaalde uitgangsvragen is het belangrijk om patiënten of hun vertegenwoordigers te betrekken. Het Longfonds is een sterke belangenorganisatie van patiënten die bij richtlijnontwikkeling betrokken zouden kunnen worden.

### **Implementatie**

#### **a. Verspreiding**

Richtlijnen die gereed zijn worden nu geplaatst op de website van de vereniging. Dit is echter niet voldoende om richtlijnen ook in de dagelijkse praktijk te verankeren. Eén van de prioriteiten is dan ook het beter digitaal ontsluiten van de richtlijnen via de richtlijndatabase. Gebruikers moeten bijvoorbeeld afhankelijk van hun wens ofwel meteen de aanbevelingen kunnen raadplegen ofwel de wetenschappelijke onderbouwing kunnen bestuderen. De gehele richtlijn wordt niet gedrukt, wel wordt een gedrukte samenvattingskaart onder de leden verspreid, door deze mee te sturen met Pulmoscript.

#### **b. Bij- en nascholing**

Aan recent uitgebrachte richtlijnen wordt uitvoerig aandacht besteed in de nascholing die aangeboden wordt door de NVALT en/of tijdens de jaarvergadering. In de toekomst is het streven om meer thematische vergaderingen te gaan organiseren en/of tijdens de jaarvergadering workshops te geven. Ook kan bij iedere richtlijn een geaccrediteerde E-learning module worden ontwikkeld. Door het toekennen van accreditatiepunten voor het volgen van zo'n module wordt de deelname gestimuleerd en het draagvlak en de zichtbaarheid van een richtlijn vergroot. Ook op lokaal niveau zouden de richtlijnen in refereerbijeenkomsten, georganiseerd door de academische centra, besproken kunnen worden. De secties bespreken voor het eigen aandachtsgebied relevante nieuwe richtlijnen en de implementatie daarvan met hun leden.



### c. Protocollen

Multidisciplinaire richtlijnen betreffen in de regel een beschrijving van de optimale zorg door alle zorgverleners betrokken bij een bepaald zorgtraject. Dit heeft enerzijds voordelen voor de integratie en afstemming van de zorg door verschillende beroepsgroepen, maar heeft anderzijds tot gevolg dat niet alle delen van een richtlijn direct het werk van de longarts betreffen. Aanbevelingen zijn vaak in wat algemene bewoordingen gesteld en niet specifiek toegespitst op de situatie. Voor sommige grote richtlijnen kan het daarom nuttig zijn om afgeleide 'verenigingsprotocollen' te maken, die vooral het longgeneeskundig deel betreffen. Sowieso is het een norm dat op lokaal niveau protocollen worden gebaseerd op de richtlijnen, zodat taken en verantwoordelijkheden helder worden belegd.

### d. Indicatoren en benchmark

Bij iedere richtlijn worden indicatoren ontwikkeld (zie ook 5.3.1), primair bedoeld om de zorgverleners zelf een beeld te geven in hoeverre zij volgens de richtlijn werken (intern gebruik van indicatoren). Terugkoppeling van deze resultaten gerelateerd aan de (geanonimiseerde) resultaten van anderen kan een stimulans zijn om de eigen praktijk te verbeteren.

#### Doelen 2015-2019:

- Richtlijnen worden ontwikkeld volgens een actuele methodiek.
- Richtlijnen worden continu onderhouden volgens een cyclisch systeem van onderhoud.
- Alle richtlijnen zijn digitaal beschikbaar in een modulair systeem met een zoekfunctie.
- Bij alle nieuw ontwikkelde richtlijnen zijn beschikbaar:
  - Een beschrijving van bouwstenen van het zorgproces
  - Patiënteninformatie
  - Indicatoren
  - Een scholingsmodule

## 5.2 Kwaliteitsvisitatie

Onder kwaliteitsvisitatie wordt verstaan een ter plaatse te verrichten onderzoek waarbij longartsen de omstandigheden waaronder en de manier waarop collega-longartsen het beroep uitoefenen beoordelen op grond van vooraf vastgestelde kwaliteitsnormen, met als doel kwaliteitsverbetering van de zorgverlening aan patiënten. Om in aanmerking te komen voor herregistratie moeten longartsen kunnen aantonen dat zij in de afgelopen 5 jaar hebben deelgenomen aan de kwaliteitsvisitatie. De kwaliteitsvisitatie betreft primair de vakgroep/maatschap, maar waar nodig worden ook aanbevelingen gedaan over individuele longartsen.

Kwaliteitsvisitatie vormt één van de methodieken om de kwaliteit van patiëntenzorg te beoordelen. Door te visiteren beogen professionals de organisatie van de zorgverlening en daarmee de kwaliteit van de zorg zelf te verbeteren. Deelname aan de kwaliteitsvisitatie volgens de systematiek van de beroepsvereniging is een voorwaarde voor de herregistratie als medisch specialist. De Commissie Visitatie is verantwoordelijk voor de organisatie en de uitvoering van de kwaliteitsvisitaties.

### Digitaal Audit Systeem

Digitale ondersteuning zou het werk voor de visitatiecommissie kunnen verlichten. Bovendien zou digitale gegevensverwerking de kans geven om visitatiegegevens te gebruiken voor benchmarking, als dat gewenst is.

### Implementatie normering en waarderingssystematiek

De NVALT is recentelijk gestart met de professionalisering van de kwaliteitsvisitaties door het ontwikkelen van een gestandaardiseerde wijze van oordeelsvorming door getrainde visitatoren en uitbreiding van de visitatie met vragen die betrekking hebben op de normering en uitkomsten van zorg. Door middel van een waarderingssystematiek worden de activiteiten van een vakgroep getoetst aan een aantal vastgestelde normen. Deze normen hebben betrekking op de kwaliteitsdomeinen 'evaluatie van zorg', 'vakgroepfunctioneren', 'patiëntenperspectief' en 'professionele ontwikkeling'. Door normen te scoren op een 5-punt schaal komt men tot een voorwaarde, zwaarwegende advies, aanbeveling, good clinical practice of best practice. Deze nieuwe methode leidt tot een meer gestandaardiseerde en objectieerbare wijze van oordeelsvorming. De conclusies en aanbevelingen die aan de gevisiteerde afdelingen worden meegegeven zijn gebaseerd op een up-to-date normenrapport. Dit normenrapport dient de NVALT regelmatig te evalueren en zo nodig te actualiseren. Dit beveelt

de adviescommissie ook aan in haar leidraad 'Waarderingsystematiek voor de kwaliteitvisitaties'. Bij het opstellen van het NVALT-normenrapport moet rekening gehouden worden met de integratie van de verschillende kwaliteitsinstrumenten.

### Scholing visitatoren

Het is wenselijk om alle visitatoren een training aan te bieden waarbij aandacht wordt besteed aan de achtergronden, de instrumenten en gespreksvoering bij een kwaliteitsvisite.

#### Doelen 2015-2019:

- In de kwaliteitsvisite wordt aandacht besteed aan het werken volgens richtlijnen, het gebruik van indicatoren, het gebruik van de resultaatregistraties en de invulling van na- en bijscholing.
- Binnen de kwaliteitsvisite wordt gebruik gemaakt van een digitaal systeem ter ondersteuning van het visitatieproces.
- Er is een normenrapport ontwikkeld, waarin zorginhoudelijke en onderbouwde volume normen staan beschreven.
- De normen waaraan de kwaliteitsvisite toetst zijn actueel en eenduidig.
- Er is een systeem voor follow-up dat rekening houdt met de aard en zwaarte van de bevindingen.
- De visitatie-instrumenten worden jaarlijks geëvalueerd.
- Alle visitatoren van het NVALT hebben een visitatietraining gevolgd.

## 5.3 Kwaliteitsmeting

Kwaliteitsmeting is een belangrijk onderdeel van een geïntegreerd kwaliteitsbeleid. Wetenschappelijke verenigingen hebben veelal op basis van richtlijnen en/of consensusstandpunten interne indicatorensets ontwikkeld. Deze indicatoren worden vooral bij kwaliteitsvisitaties uitgevraagd en teruggekoppeld. Kwaliteitsmeting in deze vorm is bedoeld voor een interne verbetercyclus.

### 5.3.1 Indicatoren

Indicatoren (ook wel genoemd prestatie- of kwaliteitsindicatoren) zijn meetbare elementen van de zorgverlening die een aanwijzing geven over de kwaliteit van de geleverde zorg. Een indicator heeft een signaalfunctie: het is geen directe maat voor kwaliteit maar wijst op een bepaald aspect van presteren en kan aanleiding zijn tot nader onderzoek. Een bruikbare indeling van indicatoren is die in structuur-, proces- en uitkomstindicatoren.

- *Structuurindicatoren* geven informatie over de (organisatorische) randvoorwaarden waarbinnen zorg wordt geleverd. Een voorbeeld van een structuurindicator is 'het gebruik van een gevalideerd score-systeem (PSI score of AMBU-65 score) om de ernst van de ziekte bij een patiënt met CAP bij opname in te schatten'.
- *Procesindicatoren* geven informatie over de handelingen die binnen een zorgproces worden uitgevoerd om kwaliteit te leveren. Het kenmerk van procesindicatoren is dat ze direct beïnvloedbaar zijn: ze meten hoe (vaak) iets is gedaan. Een voorbeeld van een procesindicator is 'percentage patiënten met COPD bij wie spirometrie werd verricht'.
- *Uitkomstindicatoren* geven informatie over de uitkomsten van zorgprocessen gemeten op patiëntniveau. Uitkomstindicatoren zijn van veel factoren afhankelijk en daarom vaak moeilijk te herleiden tot directe patiëntenzorg. Een voorbeeld van een uitkomstindicator is '30 dagen mortaliteit na lobectomie'.

Indicatoren kunnen voor verschillende doeleinden gebruikt worden. Grofweg wordt vaak onderscheid gemaakt tussen 'intern' en 'extern' gebruik. Van intern gebruik van indicatoren is sprake wanneer men resultaten vergelijkt met 'zichzelf'. Hiermee kunnen zorgverleners hun eigen zorg monitoren en verbeteren. Van extern gebruik is sprake wanneer resultaten worden vergeleken met andere zorgverleners. Dat kan binnen de beroepsgroep zijn, maar ook daarbuiten. De marktwerking in de zorg heeft geleid tot de invoering van 'externe' indicatoren die gebruikt worden voor toezicht (door de Inspectie voor de Gezondheidszorg),

voor inkoop (door zorgverzekeraars) en als hulpmiddel bij het kiezen van zorgverleners (door patiënten).

De NVALT wil dat er bij iedere richtlijn een aantal indicatoren ontwikkeld wordt, primair bedoeld voor intern gebruik en gebruik binnen de beroepsgroep. De vereniging wil de komende jaren een rol spelen in het stimuleren van het gebruik van indicatoren. Vanwege het grote aantal indicatoren dat reeds ontwikkeld is ziet zij haar rol vooral in het maken van keuzes over welke indicatoren verenigingsbreed informatie wordt verzameld, en in het faciliteren van deze gegevensverzameling.

De vereniging wil een (pro-)actievere rol spelen bij de totstandkoming en het gebruik van indicatoren voor externe verantwoording. Door zelf initiatieven te nemen kan worden voorkómen dat indicatoren worden opgelegd. Wel is het belangrijk dat de leden van de vereniging deze zelf voorgestelde indicatoren dan ook ondersteunen.

### **Methodiek**

De keuze van indicatoren moet gebaseerd zijn op wat belangrijk is voor de longarts om te weten met betrekking tot de kwaliteit van zorg. Bij deze keuze is ook het perspectief van de patiënt van belang. Voorts is het belangrijk dat er verbeterpotentieel is. Indicatoren worden ontwikkeld volgens de methodiek beschreven in het AIRE-instrument (Appraisal of Indicators through Research and Evaluation). Bij de ontwikkeling van indicatoren moet met de registreerbaarheid en registratielast rekening worden gehouden. Wanneer, in overleg met de leden, keuzes gemaakt worden welke indicatoren gedurende een bepaalde tijd worden geregistreerd, kan de vereniging, samen met longartsen uit het veld, de registratie en terugkoppeling van deze indicatoren vergemakkelijken.

Bij onderhoud en revisie van richtlijnen moet ook de bijbehorende indicatorenset worden geëvalueerd.

### **Autorisatie**

Autorisatie van indicatorensets vindt plaats door het bestuur, na advies van de Commissie Richtlijnen. De vereniging geeft hiermee aan dat zij de indicatoren geschikt acht voor kwaliteitsmeting en zal deze indicatoren ook hiervoor gaan gebruiken. Het autoriseren van indicatorensets die ontwikkeld zijn voor externe verantwoording (Basisset Inspectie voor de Gezondheidszorg) impliceert wel dat de vereniging bereid is om haar leden te stimuleren de betreffende indicatoren aan te leveren. Overigens is registratie ook een verantwoordelijkheid van de ziekenhuizen.

### **Onderhoud**

Net als bij richtlijnen, moeten indicatorensets onderhouden worden. Bij indicatoren gaat het er dan vooral om of de indicator inhoudelijk nog actueel is en of de indicator nog discrimineert. Ook voor onderhoud van indicatoren moet duidelijk zijn wie daarvoor verantwoordelijk is. Voor indicatoren behorend bij een richtlijn is het logisch als deze verantwoordelijkheid gelegd wordt bij dezelfde personen die ook verantwoordelijk zijn voor het onderhoud van de richtlijn. Voor indicatoren die ontwikkeld zijn door externe partijen zijn deze partijen ook verantwoordelijk voor eventuele revisie. Het is hierbij essentieel dat gemandateerde leden van het NVALT deelnemen aan deze revisie.

### **Monodisciplinair en multidisciplinair**

Indicatorensets behorend bij multidisciplinaire richtlijnen hebben in de regel niet alleen betrekking op het werk van de longarts. Als de longarts voor de betreffende aandoening de hoofdbehandelaar is, is de longarts wel medeverantwoordelijk voor de kwaliteit van het hele zorgtraject. Autorisatie van een multidisciplinaire indicatorenset betekent niet dat de longarts verantwoordelijk gesteld kan worden voor het registreren van indicatoren die betrekking hebben op het werk van andere zorgverleners.

### **Patiëntenperspectief**

Een belangrijk aspect van kwaliteit is patiëntgerichtheid. Externe indicatoren worden gebruikt als keuze-informatie voor de patiënt. Maar ook voor indicatoren die alleen binnen de vereniging gebruikt worden, geldt dat het patiëntenperspectief een rol moet spelen bij de ontwikkeling. Patiënten kiezen hun behandelaar mede op basis van eerdere ervaringen, wachttijden, bejegening, aantal malen dat ze terug moeten komen, etc. Patiënten(verenigingen) zouden daarom altijd betrokken moeten worden bij de ontwikkeling van indicatoren. Dit kan door deelname aan een werkgroep, maar ook door middel van focusgroepen, enquêtes of interviews.

### **Implementatie**

Implementatie is een belangrijk struikelblok voor het gebruik van indicatoren. De vereniging is actief betrokken bij het ontwikkelen van indicatoren, maar het gebruik blijft enorm achter. De nadruk in de komende jaren moet dan ook liggen op het stimuleren en faciliteren van de registratie en terugkoppeling van indicatoren. Alleen wanneer de longartsen zelf inzicht krijgen in de door hen aangeleverde informatie, waar mogelijk gerelateerd aan de resultaten van anderen (benchmark), zal dat voor hen een bruikbare stimulans zijn voor het verbeteren van de kwaliteit. Het is onmogelijk om dit te realiseren voor alle beschikbare indicatoren.

De vereniging wil daarom per periode van 3-6 maanden het registreren en terugkoppelen van bepaalde indicatoren faciliteren. De keuze van deze indicatoren zal samenhangen met aandacht voor de bijbehorende richtlijn in bijvoorbeeld bij- en nascholing en in de visitatie-instrumenten. De Commissie Kwaliteit adviseert het bestuur hierin en coördineert de activiteiten voor wat betreft de indicatoren.

### 5.3.2 Kwaliteitsregistraties

Kwaliteitsregistraties zijn registraties van professionals waarbij structureel en systematisch data waaraan de kwaliteit van zorg kan worden afgeleid, aan de bron worden verzameld. Naast gegevens over het proces en de uitkomsten van zorg worden ook patiëntkarakteristieken verzameld, zodat casemixcorrectie kan worden toegepast.

Het doel van een kwaliteitsregistratie is het verbeteren van kwaliteit door valide vergelijkingen te maken tussen zorgaanbieders. De informatie is betrouwbaar en biedt aanknopingspunten voor verbetering van de kwaliteit van zorg. Wanneer voldoende kenmerken van de patiënt en het zorgproces worden geregistreerd kan (namens de wetenschappelijke vereniging) een audit plaatsvinden. Bij een audit worden verschillende (groepen van) professionals met elkaar vergeleken op uitkomsten van zorg en processen. Zij ontvangen hierover feedback (spiegelinformatie) en worden op die manier gestimuleerd om hun best-practices met andere deelnemers te delen en/of verbetertrajecten te starten. Het vergelijken van verschillende zorgaanbieders wordt ook wel benchmarking genoemd. Terugkoppeling naar de professionals vindt plaats op basis van indicatoren die zijn opgenomen in de kwaliteitsregistratie en waarvoor alle benodigde informatie verzameld is in de database.

#### Transparantie

De gegevens in een kwaliteitsregistratie zijn ook voor andere partijen relevant. Over de condities waaronder de uitkomsten van kwaliteitsregistraties gedeeld kunnen worden, worden samenwerkingsafspraken gemaakt. Hiervoor wordt bijvoorbeeld een getrappt model gehanteerd. Hierbij is het belangrijk dat de eigenaar van de kwaliteitsregistratie zich vergewist van de juistheid van de data voordat die naar buiten gebracht worden.

#### Implementatie

Voor het grootschalig invoeren van kwaliteitsregistraties bestaan enkele, zwaarwegende, knelpunten. Het dagelijks registreren van vele gegevens inclusief gegevens die niet direct voor de actuele zorgverlening noodzakelijk zijn, is

een belasting en geeft zeker aanleiding tot de al veel gehoorde klacht dat de administratieve werkdruk bij medisch specialisten almaar toeneemt waardoor de directe patiëntenzorg in het gedrang komt. Om te voorkomen dat bijdrage aan de registraties tot stilstand komt door onevenredige administratieve werkdruk, is het wenselijk dat de basissystemen in ziekenhuizen, zoals een ZIS, een EPD en een Patient Data Management Systeem (PDMS), zodanig ingericht worden dat de gegevens, met in achtneming van de privacyregels, op eenvoudige en veilige wijze in de kwaliteitsregistraties kunnen worden “overgeschreven”. Het bewerkstelligen van koppelingen tussen EPD en kwaliteitsregistraties is noodzakelijk voor een acceptabele registratielast. Eenheid van taal is hiervoor een voorwaarde. Door bijvoorbeeld met SnoMed-Clinical Terms te werken, gebruikt iedereen dezelfde terminologie.

## Visie NVALT

De NVALT wil aansluiten bij initiatieven met betrekking tot kwaliteitsregistratie van het zorgtraject voor longkankerpatiënten en de mogelijkheden verkennen om te starten met kwaliteitsregistratie van het zorgtraject voor COPD patiënten. Hierbij dient het 'Voorwaarden document kwaliteitsregistraties medisch specialistische zorg' van de Raad Kwaliteit als uitgangspunt.

### Doelen 2015-2019:

#### Indicatoren

- Ieder jaar kiest de vereniging minimaal één onderwerp waarvoor gedurende een aantal maanden landelijk indicatoren worden geregistreerd, en via een benchmark teruggekoppeld.
- De gegevens uit geregistreerde indicatoren en de eventuele verbeteracties worden besproken tijdens de kwaliteitsvisitatie.
- In 2019 registreert 100% van de longartsen in Nederland de door de vereniging gekozen indicatoren.
- Nieuwe indicatoren worden in pilots getest voordat ze worden ingevoerd.
- De longartsen stimuleren het ontwikkelen en registreren van indicatoren door andere zorgverleners in voor de longgeneeskunde belangrijke zorgketens.
- De vereniging stelt zich proactief op in het ontwikkelen van indicatoren voor externe verantwoording en keuze-informatie. Zij stelt hierin inhoudelijke prioriteiten.
- De vereniging faciliteert de registratie van prestatie-indicatoren en zet een systeem op voor benchmarking hiervan.

#### Kwaliteitsregistratie

- Aansluiten bij bestaande initiatieven door het definiëren en inrichten van een multidisciplinaire kwaliteitsregistratie van het zorgtraject voor longkankerpatiënten.
- Initiatief starten tot het opzetten van een kwaliteitsregistratie COPD.

## 5.4 IFMS

De huidige integrale aanpak vanaf de opleiding tot medisch specialist via gerichte bij- en nascholing, kwaliteitsvisitaties, reflectie op het individueel functioneren en herregistratie is gericht op het bevorderen van optimaal functioneren en het realiseren van een goed gewortelde cultuur van 'lerend verbeteren'. Individueel Functioneren Medisch Specialisten (IFMS) speelt hierbij een belangrijke rol. IFMS is daarbij specifiek gericht op het evalueren, ontwikkelen en borgen van het persoonlijk functioneren van de medisch specialist<sup>4</sup>.

De NVALT wil het participeren aan IFMS zoveel mogelijk stimuleren. Longartsen dienen zich in te spannen om IFMS op te zetten in hun ziekenhuis als dat nog niet gerealiseerd is en leveren een actieve bijdrage aan het systeem. Waar de kwaliteitsvisitatie primair het functioneren van de maatschap/vakgroep betreft, richt IFMS zich in de eerste plaats op het functioneren en professioneel ontwikkelen van het individu. Omdat het functioneren van individuele specialisten direct invloed heeft op het functioneren van de maatschap kan in de kwaliteitsvisitatie wel aandacht besteed worden aan het deelnemen van de longartsen aan IFMS en de consequenties die daaruit getrokken worden.

### Doelen 2015-2019:

- In 2019 nemen alle longartsen deel aan een IFMS-methode die gericht is op het verbeteren van de kwaliteit van het individuele professionele handelen van medisch specialisten.
- Longartsen leveren een actieve bijdrage aan de opzet en uitvoering van IFMS in hun ziekenhuis.
- In de kwaliteitsvisitatie wordt expliciet gevraagd hoe de maatschappen/longartsen omgaan met de bevindingen bij de IFMS-gesprekken.

<sup>4</sup> Orde van Medisch Specialisten. Leidraad Individueel Functioneren Medisch Specialisten (2014)

## 5.5 Opleiding, bij- en nascholing en accreditatie

Bij- en nascholing is een continu leerproces, voornamelijk gericht op het bijhouden of verkrijgen van kennis en voor veel medische specialisten eveneens gericht op het verkrijgen van nieuwe vaardigheden. Daarmee is bij- en nascholing eveneens een onderdeel van het bijhouden en verbeteren van kwaliteit van zorg. Voor medisch specialisten is nascholing formeel verplicht, omdat het verwerven van voldoende accreditatiepunten een vereiste is voor herregistratie. Dit zijn 200 punten in een periode van vijf jaar. De Commissie Accreditatie bepaalt op aanvraag van de aanbieder van bij- en nascholing het aantal accreditatie punten per onderwijsprogramma.

Naar aanleiding van de ontwikkelingen van nieuwe kwaliteitsinstrumenten en de resultaten uit bijvoorbeeld de audits, worden nieuwe eisen gesteld aan de te volgen bij- en nascholingen en worden nieuwe cursussen c.q. workshops gegeven. Zo worden in het kader van certificering eisen gesteld aan de bij- en nascholing van longartsen op het specifieke deelgebied: gemiddeld 40 punten per jaar over een periode van 5 jaren.

De NVALT gaat zich oriënteren op de samenhang tussen kwaliteit en opleidingen. Nieuwe ontwikkelingen op het gebied van certificering, normering, kwaliteitsvisites, advies en begeleiding alsmede veiligheidsonderwijs, vragen om een samenhangend beleid en een passend aanbod aan bij- en nascholing.

### Doelen 2015-2019:

- De NVALT blijft actief participeren in het Accreditatie Overleg.
- In de door de NVALT georganiseerde bij- en nascholing en op de wetenschappelijke vergaderingen wordt expliciet aandacht besteed aan kwaliteitsinstrumenten.
- In het scholingsaanbod van het NVALT komen de competenties van het CanMeds-model (medisch handelen, communicatie, samenwerking, kennis en wetenschap, maatschappelijk handelen, organisatie, professionaliteit) aan bod.



