



UvA-DARE (Digital Academic Repository)

Visitatie of medical specialists: studies on its nature, scope and impact

Lombarts, M.J.M.H.

Publication date
2003

[Link to publication](#)

Citation for published version (APA):

Lombarts, M. J. M. H. (2003). *Visitatie of medical specialists: studies on its nature, scope and impact*.

General rights

It is not permitted to download or to forward/distribute the text or part of it without the consent of the author(s) and/or copyright holder(s), other than for strictly personal, individual use, unless the work is under an open content license (like Creative Commons).

Disclaimer/Complaints regulations

If you believe that digital publication of certain material infringes any of your rights or (privacy) interests, please let the Library know, stating your reasons. In case of a legitimate complaint, the Library will make the material inaccessible and/or remove it from the website. Please Ask the Library: <https://uba.uva.nl/en/contact>, or a letter to: Library of the University of Amsterdam, Secretariat, Singel 425, 1012 WP Amsterdam, The Netherlands. You will be contacted as soon as possible.

SAMENVATTING

In dit proefschrift staat het verschijnsel visitatie centraal. Visitatie is een model voor kwaliteitsbevordering dat door en voor medisch specialisten is ontwikkeld. Binnen het kwaliteitsbeleid van medisch specialisten in Nederland heeft visitatie zich de afgelopen tien jaar een stevige en prominente positie weten te verwerven. Zoals wordt beschreven in *hoofdstuk 1* beschikt geen enkel ander land over een visitatieprogramma dat tegelijkertijd breed gedragen wordt door de medische professie (alle erkend medisch specialismen doen mee) en goed is ingebed in het landelijke kwaliteitsbeleid. Ook internationaal staat het Nederlandse visitatiemodel in de belangstelling. Visitatie heeft de interesse gewekt in verband met de herregistratie van medisch specialisten en komt aan bod in de voortdurende discussies over de ontwikkeling en vergelijking van externe toetsingsmodellen voor de evaluatie van de (Europese) gezondheidszorg.

Het succes van visitatie heeft meerdere oorzaken en gevolgen. Dit proefschrift besteedt aandacht aan beide. Het verschijnsel visitatie is vanuit verschillende perspectieven en met behulp van diverse onderzoeksmethoden onderzocht. De vier centrale onderzoeksvragen die in dit proefschrift worden beantwoord zijn:

1. Hoe kan de introductie en verspreiding van visitatie van medisch specialisten worden verklaard?
2. Welke gezondheidszorgrechterlijke aspecten zijn verbonden aan visitatie?
3. Hoe kunnen de visitatieresultaten bijdragen aan de verbetering van de medische praktijkvoering?
4. Leidt het toepassen van de interventie 'de Kwaliteitsconsultatie' tot verbetering van de implementatie van visitatie-aanbevelingen?

Visitatie is meer dan de technische uitvoering van een bezoek van collega's. Zoals onderzocht in dit proefschrift, heeft visitatie gevolgen voor de professionalisering van medisch specialisten, voor hun denken over kwaliteit, voor de organisatie van hun praktijken en voor de allocatie van middelen. Visitatie van medisch specialisten wordt hier gedefinieerd als 'een ter plaatste te verrichten onderzoek waarbij leden van de beroepsgroep in georganiseerd verband de wijze van uitoefening van het beroep door collega-specialisten beoordelen, waar mogelijk op grond van vooraf vastgestelde normen of eisen'. Visitatie is een vorm van externe (intercollegiale) toetsing omdat collega's van buiten de eigen (ziekenhuis)organisatie de kwaliteitstoetsing uitvoeren.

Cruciaal voor visitatie is het eigenaarschap van het model door de beroepsgroep. Dit betekent dat medisch specialisten zowel de ontwikkelaars, de managers als de cliëntèle van het model zijn. Zoals beschreven in *hoofdstuk 1*, is visitatie primair gericht op 'de omstandigheden waaronder de zorg wordt verleend'; de praktijkvoering.

In 1989 werd de eerste chirurgische niet-opleidingspraktijk gevisiteerd door de Nederlandse Vereniging voor Heelkunde. Thans worden jaarlijks enkele honderden visitaties uitgevoerd door alle wetenschappelijke verenigingen gezamenlijk. *Hoofdstuk 2* beschrijft een onderzoek naar de introductie en verspreiding van visitatie van medisch specialistische niet-opleidingspraktijken in de periode 1985-2000. Er wordt beschreven hoe visitatie in het politieke proces tussen medisch specialisten en de overheid is gebruikt ter bescherming van de professionele autonomie van specialisten. Eind jaren tachtig en begin jaren negentig

bepaalde een samenspel van factoren binnen en buiten de medische professie, het begin en de snelle groei van visitatie. Het conflict tussen medisch specialisten en overheid over de specialisten honoraria en de introductie van marktwerking in de gezondheidszorg, luxeerden binnen de medische professie discussies over de toekomst en de zeggenschap van de medisch specialistische zorg. In deze context werd visitatie van niet-opleidingspraktijken naar voren geschoven door de medische professie. Spoedig nadat de Nederlandse Vereniging voor Heelkunde haar eerste visitatie-ervaringen rapporteerden, volgden de andere wetenschappelijke verenigingen met de ontwikkeling en implementatie van hun visitatieprogramma's. Deze introductie van visitatie werd versneld door factoren zoals de algemene interesse in kwaliteitsmanagement in de gezondheidszorg, de reeds bestaande infrastructuur voor kwaliteitsbewaking binnen de wetenschappelijke verenigingen, het verlies van de dominante positie van de Landelijke Specialisten Vereniging (LSV) als 'de stem van de medisch specialistische gemeenschap' en de bekendheid bij specialisten met visitatie als professioneel kwaliteitsbewakingsinstrument. In de perceptie van vele belanghebbenden biedt visitatie een afdoende antwoord op de vraag naar de rechtvaardiging van het behoud van zelf-regulering. Visitatie lijkt het publieke vertrouwen in het zelf-regulerend vermogen van de medische professie te bevestigen.

Hoofdstuk 3 exploreert de juridische aspecten van visitatie. Wettelijk gezien baseren Nederlandse zorgverleners hun professioneel handelen op de Kwaliteitswet Zorginstellingen, de Wet op de Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg (BIG) en de Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (WGBO). Deze wetten bepalen dat zorgverleners verantwoordelijk zijn voor de kwaliteit van zorg die zij hun patiënten bieden. Karakteristiek voor visitatie is dat het bestaat binnen het raamwerk en de context van zelf-regulering: zowel de toetsingsprocedures als de kwaliteitsnormen worden ontwikkeld door, voor en binnen de separate medisch wetenschappelijke verenigingen en ook de uitvoering van de visitaties is in handen van de medische professie. De kracht van zelf-regulering is afhankelijk van de gekozen vorm. In het geval van visitatie bestaat die vorm uit interne groepsregulering. De context is de wetenschappelijke vereniging waarbinnen meerderheidsbesluiten bindend zijn voor leden. Op deze wijze kunnen kwaliteitsnormen worden vastgelegd en sancties gedicteerd, variërend van financiële verplichtingen tot schorsing of zelfs beëindiging van het lidmaatschap. Voordat individuele sancties toegepast kunnen worden zal ondubbelzinnig dienen te worden vastgesteld dat de geconstateerde tekortkomingen moeten worden toegeschreven aan de individuele professional. In principe zou men het regime van zelf-regulering kunnen ontwijken door het lidmaatschap van de beroepsvereniging op te zeggen. Dit toont de zwakte van zelf-regulering. Echter, deze 'ontsnappingsmogelijkheid' is geblokkeerd door het Centraal College voor de registratie en herregistratie van medisch specialisten: op straffe van uitsluiting van het specialisten register, worden medisch specialisten verplicht tot deelname aan het visitatieprogramma van de eigen wetenschappelijke vereniging. Dit besluit stelt eisen aan de mogelijkheden voor beroep, aan de betrouwbaarheid van visitaties en aan de openbaarheid van visitatieresultaten; deze onderwerpen worden bediscussieerd in *hoofdstuk 3*.

Hoofdstuk 4 illustreert hoe de resultaten van het visitatieprogramma van de Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie (NVOG) kunnen bijdragen aan de verbetering

van de kwaliteit van de obstetrische/gynaecologische zorgverlening. In dit hoofdstuk wordt beargumenteerd dat nieuwe benaderingen, gebaseerd op een nieuw type kennis, noodzakelijk zijn om daadwerkelijke doorbraken in de verbetering van de kwaliteit van zorg te realiseren. Gebaseerd op de resultaten van achttien door de NVOG uitgevoerde visitaties wordt in dit hoofdstuk de potentie van de toepassing van *verbeteringskennis* gedemonstreerd. Uit vergelijking van de visitatieresultaten blijkt een grote variatie in praktijkvoering. De praktijkvoering ten aanzien van abdominale versus vaginale hysterectomieën bijvoorbeeld laat zien dat in de ene kliniek 33% van de hysterectomieën abdominaal werd verricht, en in de andere 99%. Grofweg zijn er twee categorieën speciale oorzaken voor variatie in de praktijkvoering: de patiëntenpopulaties kunnen onvergelijkbaar zijn en er kunnen beleidsverschillen tussen praktijken bestaan. Beleidsverschillen bieden maatschappen de mogelijkheid voor reflectie en mogelijk ook aanknopingspunten voor verbetering. Behoeft de indicatie wellicht herziening? Zijn alle maatschapsleden voldoende geschoold in beide technieken? Zijn de noodzakelijke faciliteiten in huis en hoe belangrijk is de voorkeur van de gynaecoloog in de beleidskeuze abdominaal/vaginaal? Hetgeen gezegd is over hysterectomieën, is ook toepasbaar op andere data die in het kader van het NVOG visitatieprogramma zijn verzameld. Praktijkvergelijkingen kunnen de huidige samenwerkingsverschillen tussen en mogelijke lacunes binnen de Nederlandse gynaecologenmaatschappen in kaart brengen. Na analyse van de mogelijke speciale oorzaken, en de hierop gebaseerde vervolgcacties, kunnen de vergelijkingen mogelijk leiden tot een geringere variatie in praktijkvoering.

Hoofdstuk 5 presenteert een analyse van de visitatie aanbevelingen als de meetbare uitkomsten van het visitatie proces, en een analyse van de attitude van medisch specialisten ten aanzien van visitatie en de praktijkspecifieke aanbevelingen. Teneinde de aanbevelingen voor verbetering te kunnen analyseren is een schema (het Professioneel Medisch Praktijk model) geconstrueerd waarmee de diverse onderdelen van de medische praktijk(voering) worden beschreven in vijf hoofdcategorieën en 32 aspecten. Vervolgens zijn in totaal 464 aanbevelingen, afkomstig uit 50 visitatierapporten van chirurgische (15), gynaecologische (16) en kindergeneeskundige (19) maatschappen/vakgroepen, door drie onderzoekers (Cohen's kappa > 0.8) geclassificeerd volgens dit schema. De resultaten laten zien dat de huidige knelpunten in de medische praktijkvoering liggen in het 'functioneren van de maatschap' (33% van alle aanbevelingen), in het 'management van zorgprocessen' (30%), in de ziekenhuisorganisatie (25%) en in specifieke kwaliteitsthema's (8%).

Voor het meten van de attitude van medisch specialisten ten opzichte van visitatie en jegens de praktijkspecifieke aanbevelingen, zijn twee attitudeschalen ontwikkeld. Beide schalen zijn gevalideerd en betrouwbaar bevonden. De attitude van medisch specialisten werd via een vragenlijstonderzoek gemeten. 52 maatschappen/vakgroepen van gynaecologen, kinderartsen en chirurgen werden hiertoe uitgenodigd. Allen, op twee maatschappen na, waren bereid te participeren. Alle maatschappen waren in de periode september 1998 tot november 1999 door hun beroepsvereniging gevisiteerd. In de periode maart 1999 tot september 2000 werden in totaal 205 vragenlijsten verzonden aan de participerende specialisten. De respons bedroeg 82%. Respondenten toonden zich zeer positief over visitatie als methode voor professionele kwaliteitsbewaking, ze waren positief over de manier waarop hun wetenschappelijke vereniging de visitaties organiseert en uitvoert en

bleken enigszins kritisch ten aanzien van de verwachte toegevoegde waarde van een visitatie voor de eigen praktijk of de professie. Tussen de drie verenigingen werden geen significante verschillen gevonden. Met betrekking tot de aanbevelingen voor verbetering, antwoordde 86% van de medisch specialisten de praktijkspecifieke aanbeveling te begrijpen, 68% herkende de aanbeveling en 61% was het eens met de aanbeveling. Een meerderheid van de respondenten zei bereid (82%) en gemotiveerd (80%) te zijn de aanbeveling te implementeren, en 70% had de expliciete intentie om dit te doen. Tijd, middelen, gebrek aan kennis en/of vaardigheden en de inschatting van het 'eigen kunnen' worden gepercipieerd als de grootste implementatie barrières. Een positieve houding ten opzichte van visitatie correleerde matig met een positieve houding ten aanzien van de aanbevelingen. De positieve houding van medisch specialisten ten aanzien van visitatie biedt goede hoop voor daadwerkelijke implementatie van de aanbevelingen voor verbetering. Teneinde kwaliteitsverbeteringen te realiseren zullen op maat gemaakte implementatie strategieën aangeboden dienen te worden.

Hoewel wetenschappelijke verenigingen eerder positieve implementatieresultaten rapporteerden, is implementatie van visitatie-aanbevelingen niet vanzelfsprekend. Daarom ontwikkelden de verenigingen van chirurgen, gynaecologen en kinderartsen een interventie, de Kwaliteitsconsultatie (KC), ter verbetering van de implementatie van deze aanbevelingen. *Hoofdstuk 6* beschrijft een procesevaluatie van deze interventie. Kwaliteitsconsultatie is een praktijkspecifieke, multipele interventie. Ter ondersteuning van de implementatie van een of enkele visitatie-aanbevelingen, werd aan 31 maatschappen/vakgroepen van chirurgen (12), gynaecologen (9) en kinderartsen (10) circa twintig uur begeleiding aangeboden door een organisatieadviseur. Alle aanbevelingen kwamen in principe in aanmerking voor begeleiding. De KC 'gereedschapskist' bestond uit diverse management en kwaliteitsverbeteringsinstrumenten. Welke interventies werden toegepast was afhankelijk van de aanbevelingen en werd bepaald door de maatschap/vakgroep en de begeleider gezamenlijk. Deelname aan het KC project was vrijwillig en gratis voor de deelnemende maatschappen. De belangrijkste maten in de procesevaluatie van de KC strategie waren de keuze van de te ondersteunen aanbeveling voor verbetering; het type aangeboden interventies; de mate van implementatie; de waardering van het implementieresultaat en -proces en de impact van de organisatieadviseurs, zoals beoordeeld door de deelnemende maatschappen. Data werden verzameld door participerende observatie, telefonische interviews en een vragenlijstonderzoek. De resultaten tonen een hoge participatiegraad (25 van de 31 maatschappen/vakgroepen) en een positieve waardering van de organisatieadviseurs en het effect van hun begeleiding. Implementatiebegeleiding werd in de meeste gevallen gevraagd voor strategische onderwerpen of voor verbetering van het maatschapsfunctioneren. Iedere maatschap/vakgroep kreeg meerdere interventies aangeboden, zowel participierend als niet-participierend van aard. De mate van implementatie scoorde gemiddeld 4.0 op een 5-puntsschaal; de scores voor de waardering van het implementieresultaat en -proces bedroegen beide 6.6 op een 10-puntsschaal.

Hoofdstuk 7 evalueert het effect van de KC interventie op de implementatie van aanbevelingen en exploreert de factoren die implementatie belemmeren. Van alle maatschappen/vakgroepen van chirurgen, gynaecologen en kinderartsen die door hun

wetenschappelijke vereniging verplicht werden gevisiteerd in de periode september 1998 tot november 1999, werden de eerste 58 uitgenodigd in de studie te participeren. De maatschappen/vakgroepen werden ad random verdeeld in een interventie- en een non-interventiegroep. De interventiegroep werd gevormd door 31 maatschappen/vakgroepen aan wie begeleiding bij de implementatie van aanbevelingen (de KC interventie) werd aangeboden. 25 maatschappen/vakgroepen (10 kinderartsen, 8 gynaecologen en 7 chirurgen maatschappen) waren bereid deel te nemen. De overige 27 maatschappen/vakgroepen vormden de non-interventiegroep. Op twee na (1 maatschap chirurgie, 1 vakgroep kinderartsen) participeerden alle maatschappen/vakgroepen. Teneinde de implementatieresultaten te kunnen bepalen, werd een vragenlijstonderzoek uitgevoerd. In de periode februari 2000 tot juni 2001 werden in totaal 205 vragenlijsten verzonden naar de participerende medisch specialisten. De response was 54%; 60% voor de interventiegroep en 47% voor de non-interventiegroep. De zelf-gerapporteerde resultaten laten zien dat de begeleide maatschappen significant (t -test $p=0.0002$) succesvoller waren in het gedeeltelijk en volledig implementeren van de visitatieaanbevelingen dan hun collega's in de niet-begeleide praktijken: 66.1% versus 53.8%. Dit positieve effect op de implementatie werd door de kinderartsen en chirurgen, doch niet door de gynaecologen, gerapporteerd. De waardering van het implementatieresultaat en -proces scoorde significant hoger voor alle begeleide maatschappen/vakgroepen.

In de studie werd een set van veertien implementatiebelemmerende factoren geïdentificeerd, bestaande uit onder meer de volgende factoren: ondersteuning, beschikbare tijd en middelen; implementatiekennis en -vaardigheden; persoonlijke meningen over en ervaringen met implementatie; inschatting van het 'eigen kunnen' en meningen over de praktijkspecifieke aanbevelingen. De begeleide maatschappen rapporteerden significant minder ($p<0.005$) knelpunten bij de implementatie te hebben ervaren dan de niet-begeleide groepen. De ervaren knelpunten waren sterk gerelateerd aan zowel de mate van implementatie, als ook aan de waardering van de implementatieresultaten en het -proces. De impact van KC op de implementatie van visitatieaanbevelingen kan mogelijk deels verklaard worden door het effect ervan op de set van belemmerende factoren. Dit matigende effect lijkt het grootst voor de knelpunten 'gebrek aan implementatiekennis/vaardigheden en ondersteuning', 'de inschatting van het eigen kunnen' en 'de verwachte opbrengst/voordelen van de implementatie-inspanningen'.

Gegeven het onderzoeksdesign kunnen geen finale conclusies worden getrokken over de effectiviteit van begeleiding van organisatieadviseurs op de implementatie van visitatieaanbevelingen. Echter, de onderhavige studie suggereert dat KC voor de implementatie van visitatieaanbevelingen een krachtige strategie is. De exacte werking van de onderzochte integrale benadering blijft echter onduidelijk. Toekomstig onderzoek zou zich moeten richten op het ontrafelen van de meest effectieve combinatie van de diverse interventies als ook op de vraag welke componenten van de meervoudige strategie effectief zijn onder welke omstandigheden.