

Kwaliteitsbeleidsdag
Commissie Kwaliteit NVKF

“Klinische fysica in de spotlight”

27 mei 2016
De Lantaern, Nieuwegein

Versie 1.1

Inleiding

Voor u ligt het resultaat van de kwaliteitsbeleidsdag “klinische fysica in de spotlight” van de commissie kwaliteit van de NVKF welke plaatsvond op 27 mei 2016 in De Lantaern in Nieuwegein. De commissie kwaliteit heeft met een afvaardiging van het NVKF-bestuur en een afvaardiging van de commissie O&O gediscussieerd over een aantal thema’s, met als doel een start te maken met de ontwikkeling van het kwaliteitsbeleidsplan van de NVKF. De dag werd voorbereid in samenwerking met en begeleid door Teus van Barneveld (directeur van het Kennisinstituut Medisch Specialisten (KIMS)) en Dunja Dreesens (senior adviseur KIMS).

Dit rapport geeft per thema/vraagstelling een samenvatting van de discussie en eventueel daaruit voorgekomen adviezen aan het NVKF-bestuur of actiepunten voor de commissie kwaliteit of commissie O&O.

Bijlage A: Presentielijst

Toelichting gekozen thema’s

Om speerpunten op het gebied van kwaliteit te kunnen definiëren is het noodzakelijk dat er binnen de NVKF overeenstemming is over de basis.¹ De eerste twee thema’s waren dan ook zeer fundamenteel:

- 1 **Identiteit:** wat is de missie van een klinisch fysicus? Met andere woorden, waartoe is de klinisch fysicus op aarde? Is in ieder ziekenhuis een klinisch fysicus nodig? Moeten alle klinisch fysici in een zorginstelling samenwerken in één vakgroep?
- 2 **Positionering:** Wat is de positionering van de klinisch fysicus in relatie tot andere professionals in de zorg?

En als wij als NVKF dan overeenstemming hebben over de identiteit en positionering van de klinisch fysicus, zijn “anderen” het daar dan ook over eens? En weten ze ons te vinden? Daarover ging het derde thema:

- 3 **Profilering:** Is het nodig om ons als NVKF of als individuele klinisch fysicus beter te profileren, met andere woorden: moet de klinische fysica meer in de spotlight? En als dat nodig is, hoe pakken we dat aan?

In het kader van het kwaliteitsbeleid was het laatste thema zeer concreet:

- 4 **Speerpunten kwaliteitsbeleid:** Gegeven de missie en positionering van de klinisch fysicus, wat zouden de speerpunten moeten worden van het kwaliteitsbeleid van de komende jaren?

¹ NB: Op deze dag is nadrukkelijk gezocht naar de overeenkomsten tussen klinisch fysici. Doelstelling was met name om vast te stellen wat de elementen zijn die alle klinisch fysici verbinden en niet zozeer om de onderscheidende elementen van de verschillende subspecialismes te benoemen.

1 Identiteit

1.1 Missie

Vraagstelling:

- Wat is de missie van een klinisch fysicus?

Samenvatting van de discussie:

Een klinisch fysicus is een specialist in medische technologie die verantwoordelijk is voor de kwaliteit en doelmatig en veilige toepassing van medische technologie voor diagnostiek en behandeling van de patiënt.

Advies aan NVKF-bestuur:

- Stel deze missie vast en zorg dat deze door de gehele NVKF, met al haar commissies, kringen en leden wordt uitgedragen.
- Vul de missie aan met het antwoord op de vraag: “wat doet een klinisch fysicus?”. Daarin kan dan meer worden ingezoomd op concrete taken die wij hebben om bovenstaande missie te bereiken: ontwikkeling en innovatie, medisch-fysisch inzicht gebruiken, een rol hebben in de behandeling van de individuele patiënt, gevraagd en ongevraagd advies geven, medisch technologisch beleid vormgeven, et cetera.

1.2 Klinische fysica in een zorginstelling

Vraagstelling:

- Wat is de optimale positie van de klinische fysica in een zorginstelling? Moeten alle klinisch fysici in een zorginstelling samenwerken in één vakgroep?

Samenvatting van de discussie:

Binnen en buiten de organisatie presenteren we ons vanuit één entiteit, als klinisch fysicus. De meerwaarde hiervan voor subspecialismes is het uitwisselen van kennis, ervaring en processen. Binnen de organisatie streven we naar een gezamenlijke vakgroep waarin subspecialismes zijn vertegenwoordigd. Dit kan worden bewerkstelligd door te starten met een regulier overleg van subspecialismes en dit mogelijk laten evolueren naar één gezamenlijke vakgroep. Dit gezamenlijk overleg kan wel al richting RvB als één orgaan acteren. Overleggen binnen de subspecialismes afzonderlijk kunnen in stand worden gehouden.

Advies aan NVKF-bestuur:

- Besluit dat bovenstaande een uitgangspunt is.
- Geef de commissie kwaliteit de opdracht bovenstaande te stimuleren middels de kwaliteitsvisitaties.

2 Positionering

Vraagstelling:

- Wat is de positionering van de klinisch fysicus in relatie tot andere professionals in de zorg? (medisch technische beroepsgroepen en medisch specialistische beroepsgroepen)

Samenvatting van de discussie:

Klinisch fysicus in relatie tot andere medisch technische beroepsgroepen

De klinisch fysicus is de hoogst opgeleide specialist op het gebied van medische technologie. De klinisch fysicus is daarmee de regiehouder van en eindverantwoordelijk voor het medisch technologische zorgproces. Dat betekent dat de klinisch fysicus (NVKF) de architect moet zijn van de taakherschikking die nodig is om de medisch technische zorg doelmatig te kunnen blijven leveren. Gedacht wordt aan het ontwikkelen van een piramide van beroepsgroepen voor het medisch technische domein, met daarin een plek voor alle andere medisch technische beroepsgroepen zoals technisch geneeskundigen, biomedisch technologen, klinisch fysisch medewerkers en medisch technici. Zij hebben allen hun eigen taken en verantwoordelijkheden, welke ze uitvoeren onder regie en eindverantwoordelijkheid van de klinisch fysicus. Tussen de verschillende niveaus bestaan doorstroommogelijkheden.

Klinisch fysicus in relatie tot de medisch specialistische beroepsgroepen

De klinisch fysicus is complementair aan de medisch specialist. Daar waar de arts de verantwoordelijkheid heeft voor de diagnose en behandeling van de patiënt, heeft de klinisch fysicus dat over de inzet van medische technologie ten bate van diagnose en behandeling van de patiënt. Overleg en samenwerking op basis van gelijkwaardigheid is noodzakelijk om het gezamenlijke doel te bereiken.

Advies aan NVKF-bestuur:

- Werk een positioning paper uit en stel hem vast. Definieer concrete en haalbare doelen om deze positionering op alle lagen van het zorglandschap (wetenschappelijke verenigingen, vakgroepen klinische fysica en de individuele klinisch fysicus) te bereiken en/of te verstevigen.
- Werk de genoemde "piramide" verder uit, in samenwerking met de FMS en andere betrokken beroepsgroepen. Benoem taken, verantwoordelijkheden en doorstroommogelijkheden tussen de verschillende niveaus.

3 Profilering

Vraagstelling:

- Is het nodig om ons als NVKF of als individuele klinisch fysicus beter te profileren?
- Als dat nodig is, hoe pakken we dat aan?

Samenvatting van de discussie:

Het is noodzakelijk om ons als NVKF beter te profileren. Als we de logische gesprekspartner willen zijn op het gebied van medische technologie, dan is het noodzaak om bekend te zijn. Doel van de profilering is dan ook te zorgen dat wat wij doen, en waarom dit belangrijk is, bekend is bij patiënten, medisch specialisten, ziekenhuizen, overheid en zorgverzekeraars.

We willen in gesprek met deze stakeholders, en na overleg met hen, komen tot een aantal speerpunten waarop we ons kunnen profileren. Over deze onderwerpen willen we “aan tafel” zitten zodra ze in het nieuws komen en willen we actief informatie verstrekken aan alle stakeholders. Kern van wat wij uitdragen zal zijn dat wij de specialisten zijn die verantwoordelijk zijn voor deskundig toegepaste technologische zorg, soms in direct in contact met de patiënt, soms via de medisch specialist.

Om dit te bereiken moeten deze speerpunten actief worden uitgedragen via bijvoorbeeld medisch contact, presentaties bij de wetenschappelijke verenigingen of patiëntverenigingen, patiënt-informatie, persberichten of sociale media. Ook zou een communicatiestrategie verder uitgewerkt moeten worden. Hoe wordt een publieke reactie namens de NVKF gedaan en door wie?

Uiteindelijk moet deze profilering ertoe leiden dat wij het aanspreekpunt zijn voor en aangesproken worden over medische technologie in de zorg. We willen zichtbaar en vindbaar zijn voor al onze stakeholders.

Advies aan NVKF-bestuur:

- Organiseer een extra middag om dit verder uit te werken.
- Plan een gesprek met Lilian Jansen van Communicatie van FMS. Hoe kunnen we komen tot een communicatiestrategie?
- Regel ondersteuning van bijvoorbeeld communicatiebureau.
- Plan een gesprek met patiëntenverenigingen (NPCF) en andere stakeholders.
- Maak keuzes: welke klinisch fysicus schuiven we bij welk onderwerp naar voren?

4 Speerpunten kwaliteitsbeleid

Teus van Barneveld leidt deze discussie in met een presentatie over het kwaliteitsbeleid van de Federatie Medisch Specialisten dat bestaat uit vier pijlers: evalueren, beschrijven goede zorg, implementeren, meten.

Vraagstelling:

- Gegeven de missie en positionering van de klinisch fysicus, wat zouden de speerpunten moeten worden van het kwaliteitsbeleid van de komende jaren?

Samenvatting van de discussie:

De deelnemers hebben allen drie mogelijke speerpunten benoemd, een overzicht daarvan is te vinden in bijlage B. Hieruit zijn vijf speerpunten geselecteerd die volgens de deelnemers prioriteit moeten krijgen. Voor elk speerpunt zijn actiehouders aangewezen die na de kwaliteitsbeleidsdag een kort actieplan zouden maken van wat er moet gebeuren om het betreffende speerpunt op te starten. Deze actieplannen zijn, indien aanwezig, opgenomen in de bijlage. De geselecteerde speerpunten zijn:

1. Kwaliteitsvisitaties
Voor het uitvoeren van de missie en voor de uitstraling van de klinisch fysicus is het belangrijk om één visitatie klinische fysica te organiseren per ziekenhuis: een gezamenlijk kwaliteitslabel van de NVKF. Daarbij moet de systematiek van de FMS worden gevolgd. De visitatie bevat een generiek deel (visitatie van de hele vakgroep en RvB) en een specifiek deel per subspecialisme (waarbij in elk geval met relevante medici gesproken wordt). Praktisch moet daarbij zoveel mogelijk aan worden gesloten bij de visitaties die reeds per subspecialisme (gecombineerd met andere beroepsgroepen) plaatsvinden, om overlap te voorkomen en omdat deze reeds bestaande visitaties van grote waarde zijn.
Actieplan in bijlage C.
2. Plan richtlijnontwikkeling
Vanuit de FMS en diverse andere instanties komen er zeer frequent verzoeken aan de NVKF om reactie te geven op een concept richtlijn of deel te nemen aan de ontwikkeling daarvan. Omdat de verzoeken via verschillende kanalen de NVKF binnenkomen blijkt het vaak lastig om alle betrokkenen tijdig te informeren. Daarnaast gaat het hem zo'n grote hoeveelheid, dat het haast onuitvoerbaar lijkt om op alle verzoeken in te gaan. Om deze reden moet er een plan komen over richtlijnontwikkeling. Er moet worden vastgesteld van welke richtlijnen de NVKF regiehouder zou willen/moeten zijn, in welke richtlijnen de NVKF zou moeten participeren en wat daarin prioriteit heeft. Wellicht zouden we moeten streven naar medische technologie als vast onderdeel in het format van elke richtlijn. Het plan moet ook de praktische kant beschrijven: hoe organiseren we dit intern goed binnen de NVKF en wat is daarvoor nodig?
Actieplan nog niet beschikbaar. Wordt aan gewerkt.
3. Projectvoorstel zorgevaluatie (wetenschapsagenda)
Er moet een projectvoorstel komen voor evaluatie van de medisch technische zorg. Op basis van zorgevaluatie kan een wetenschapsagenda worden gedefinieerd.
Actieplan in bijlage D
4. Bevoegd- en bekwaamheid van de medisch specialist inzake medische apparatuur
Om de kwaliteit en veiligheid van zorg voor de patiënt te borgen is het noodzakelijk om de gebruikers van de medische technologie te scholen. Diverse richtlijnen stellen dat elke

gebruiker aantoonbaar bevoegd en bekwaam moet zijn voor het gebruik van elk medisch apparaat. De IGZ toetst hierop. Landelijk ontbreekt het echter aan een richtlijn die eisen stelt aan inhoud, frequentie en vorm van de noodzakelijke scholing. Om deze reden zijn alle ziekenhuizen voor zich bezig met het geven van een eigen invulling aan deze norm.

Gegeven de missie van de klinisch fysicus kan het niet anders dan dat de NVKF regiehouder moet worden van een in samenwerking met de FMS te ontwikkelen landelijke richtlijn "Bevoegd- en bekwaamheid medisch specialist voor medische apparatuur".

Actieplan in bijlage E.

5. Risicoclassificatie medische apparatuur

Elke zorginstelling is verplicht medische apparatuur in te delen in risicoklassen. Landelijk beleid over hoe deze indeling moet plaatsvinden ontbreekt, waardoor elke zorginstelling hiervoor een eigen methodiek heeft. Dit is niet wenselijk omdat beleid aangaande bijvoorbeeld risico-inventarisaties en bevoegd- en bekwaamheid vaak wordt gebaseerd op de risicoklassen.

Gegeven de missie van de NVKF is het haar verantwoordelijkheid om te komen tot landelijk eenduidig vastgestelde richtlijn voor de risicoclassificatie van medische apparatuur. Idealiter zou hierbij een relatie worden gelegd met de incidentregistratie ten aanzien van medische technologie.

Dit onderwerp kreeg in eerste instantie geen prioriteit maar werd later als mogelijke quick win benoemd. Het plan is om op basis van een enquête waarin uitvraag wordt gedaan naar incidenten een short list van de 10 meest risicovolle technologieën vast te stellen.

Actieplan in bijlage F.

Acties voor de commissie kwaliteit:

- Stuur aan op uitwerking van bovenstaande speerpunten, volgens de actieplannen die zijn gedefinieerd.
- Schrijf een kwaliteitsbeleidsplan gebaseerd op het kwaliteitsbeleid van de FMS (evalueren, beschrijven goede zorg, implementeren, meten). Zorg dat bovenstaande speerpunten daar onderdeel van zijn.

Acties voor de commissie O&O:

- Maak een afspraak met Teus van Barneveld en Dieuwke Leereveld over hoe te komen tot een plan zorgevaluatie voor de NVKF (wetenschapsagenda).
- Ontwikkel een plan zorgevaluatie / wetenschapsagenda voor de NVKF.

Bijlage A: Deelnemerslijst

	Naam	Subspecialisme	Rol NVKF
1	Evelinda Baerends	RAD/NG	CK
2	Nicole Bakker	AKF	CK
3	Bunna Damink	AKF	Bestuur / CK
4	Maarten Foppes	AUD	CK
5	Tomas Janssen	RT	CK
6	Jeroen vd Kamer	RT	Bestuur
7	Niels Matheijssen	RAD/NG	CK
8	Herkejan Noordmans	AKF	O&O
9	Anna Petoukhova	RT	CK
10	Lieke Poot	AKF	Bestuur
11	Yvonne Simis	AUD	Bestuur / O&O
12	Martin Stollman	AUD	CK
13	Mariken Zijlmans	AKF	CK

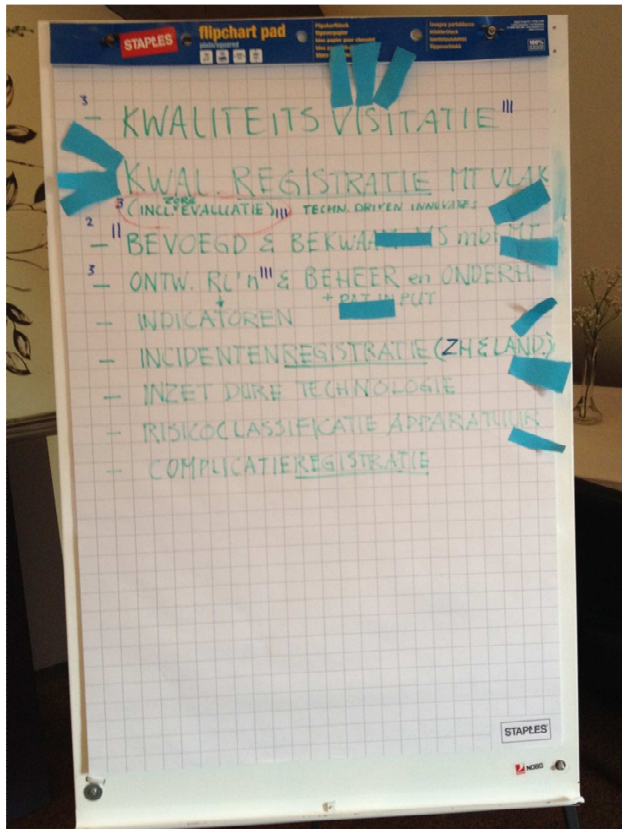
Afwezig:

14	Rudi Hoekema	AKF	Bestuur / Comcom
15	Maaïke Milder	RT	CK
16	Egon Scheepers	RAD/NG	CK
17	Ben ten Voorde	AKF	Bestuur / Combo

Bijlage B: Mogelijke speerpunten kwaliteitsbeleid

De deelnemers hebben allen drie mogelijke speerpunten aangedragen:

- Kwaliteitsvisitaties
- Kwaliteitsregistratie en zorgevaluatie
- Bevoegd- en bekwaamheid medisch specialist mbt medische technologie
- Richtlijnontwikkeling, beheer en onderhoud (patient input)
- Kwaliteitsindicatoren
- Incidentenregistratie (lokaal en landelijk)
- Inzet dure technologie
- Risicoclassificatie apparatuur
- Complicatieregistratie



Bijlage C: Actieplan speerpunt “Kwaliteitsvisitaties”

Kwaliteitsvisitaties zijn een voorwaarde voor herregistratie. Dat is nu al het geval, maar alleen voor die subspecialisaties waar ook daadwerkelijk een visitatiesysteem functioneel is (NG en RT).

Voor het uitvoeren van de missie en voor de uitstraling van de klinisch fysicus is het belangrijk om één visitatie klinische fysica te organiseren per ziekenhuis: een gezamenlijk kwaliteitslabel van de NVKF. We volgen daarbij de systematiek van de FMS.

De visitatie bevat een generiek deel (visitatie van de hele vakgroep en RvB) en een specifiek deel per subspecialisme (waarbij in elk geval met relevante medici gesproken wordt). Praktisch sluiten we daarbij zoveel mogelijk aan bij de visitaties die reeds per subspecialisme (gecombineerd met andere beroepsgroepen) plaatsvinden – dat doen we dus niet dubbel.

Te nemen acties:

Zorg dat de kwaliteitsvisitaties met bovenstaande als uitgangspunt worden uitgewerkt, concreet moet daarvoor het volgende gebeuren:

- Generiek deel van de visitatie moet worden vastgesteld.
- Visitatie subspecialisme AKF moet verder worden uitgewerkt en vastgesteld.
- Visitatie subspecialisme AUD moet verder worden uitgewerkt en vastgesteld. (Mogelijk relatie KNO/fenac).
- Visitatie RAD moet worden uitgewerkt, in samenwerking met NVVR en NVNG – bespreken of zij naast de opleiding ook hun visitaties samenvoegen?
- De huidige vragenlijsten van de NVNG en NVRO checken op eensluidendheid over taken, kennis, functioneren van de klinisch fysicus
- Bureau ondersteuning
- Project opzetten visitaties laten ondersteunen door KIMS? SKMS-gelden hiervoor te benutten?
- Bepalen hoe samenhang tussen de verschillende visitaties zou moeten zijn. In hetzelfde jaar? Of juist alternerend? En hoe kunnen verschillende visitaties de resultaten van de andere visitaties benutten?

Het streven moet zijn om dit voor medio 2017 in te richten.

Bijlage D: Actieplan speerpunt “Projectplan zorgevaluatie / wetenschapsagenda”

De commissie O en O gaat, ondersteund door het KIMS, een plan zorgevaluatie / wetenschapsagenda voor de NVKF opstellen.

Daartoe wordt medio september 2016 een bijeenkomst georganiseerd.

Bijlage E: Actieplan speerpunt “Bevoegd- en bekwaamheid van de medisch specialist voor het gebruik van medische apparatuur”

De invloed van medische technologie in het ziekenhuis groeit nog elk jaar. Ook de complexiteit van de gebruikte technologie neemt almaar toe. Om de kwaliteit en veiligheid van zorg voor de patiënt te borgen is het noodzakelijk om de gebruikers van de medische technologie te scholen voorafgaand aan invoering van nieuwe technologieën en voldoende bij te scholen gedurende de gebruikperiode. Diverse richtlijnen, waaronder het convenant “veilige toepassing van medische technologie in het ziekenhuis” en de FMS-leidraad “verantwoordelijkheid medisch specialist bij aanschaf, ingebruikname en gebruik van medische apparatuur” stellen dat gebruikers van medische technologie aantoonbaar bevoegd en bekwaam moeten zijn voor de technologie die ze gebruiken. De Inspectie voor de Gezondheidszorg toetst op deze normen.

Een probleem is dat het landelijk ontbreekt aan richtlijnen of normen die eisen stellen aan inhoud, frequentie en vorm van de noodzakelijke scholing. Om deze reden zijn alle ziekenhuizen voor zich bezig met het geven van een eigen invulling aan deze norm. De trend is dat vaak voor de gebruikers niet zijnde medisch specialisten wel een vorm en weg is gevonden om de bekwaamheid te borgen (vaak met het toetsen in de praktijk, volgens voorbehouden handelingen), maar beleid voor de medisch specialist blijft achter.

Er zijn wel landelijke initiatieven die op dit onderwerp inspringen, zoals het NIVEL-project. Maar om te voorkomen dat er voor elk (hoog risico) medisch apparaat tot in detail eindtermen worden uitgewerkt zonder rekening te houden met de impact en de doeltreffendheid van de scholing is het wenselijk dit centraal op te pakken.

Vanuit de missie van de klinisch fysicus ziet de commissie kwaliteit het als de verantwoordelijkheid van de NVKF de regie te nemen op dit onderwerp. Omdat dit project alleen kans van slagen heeft als de medisch specialistische wetenschappelijke verenigingen die het betreft het plan dragen is het noodzakelijk om dit een door de Raad Kwaliteit van de FMS ondersteund project te laten zijn. Dat betekent dat de procedures van de FMS daarvoor gevolgd moeten worden. Het plan hiertoe wordt dus grotendeels daardoor bepaald:

Te nemen acties:

- Projectvoorstel maken (mogelijk ondersteund door KIMS).
- Projectvoorstel indienen voor SKMS-ronde 1 november 2016 (indien NVKF daar beroep op mag doen).
- Klinisch fysici werven die onderdeel gaan uitmaken van de werkgroep die de richtlijn gaat ontwikkelen.

Bijlage F: Actieplan speerpunt “Landelijk vaststellen risicoclassificatie medische apparatuur”

In de praktijk worden in ziekenhuizen vaak risicoclassificaties gebruikt om veilige toepassing van medische technologie te kunnen borgen en te voldoen aan richtlijnen hieromtrent.

Er bestaan verschillende risicoclassificatie systemen die vaak een verschillend uitgangspunt hebben. Uitgangspunten kunnen bijvoorbeeld zijn het risico voor de patiënt, het risico voor het personeel of frequentie van onderhoud.

Voor o.a. het doen van risicoanalyses en om 'bevoegd- en bekwaamheid' van medische technologie te kunnen borgen is het belangrijk om te weten bij welke technologieën gebruikersfouten vaak voorkomen.

Om dit te doen is gesproken over een landelijke registratie van gebruikersfouten maar dit lijkt op korte termijn niet haalbaar. Voor radiotherapie wordt dit al wel gedaan. De meeste radiotherapie afdelingen gebruiken Prisma RT voor incidentenmeldingen.

Er is voorgesteld om op basis van incidentenregistraties (DIM- of VIM-meldingen) van verschillende ziekenhuizen een shortlist te maken van risicovolle technologie, met als uitgangspunt dus technologie waarbij er een groot risico is op gebruikersfouten (een soort Nederlandse 'ecri top 10'). Deze classificatie kan dan later worden geëvalueerd en eventueel periodiek worden herzien.

Planning:

- Sept/okt: vormen projectgroep.
- Nov/dec: opdracht formuleren, methodiek beschrijven. Hierop akkoord door commissie Kwaliteit.
- Jan/feb/maart: data verzamelen en analyseren
- April/mei: opschrijven
- Juni: aanbieden aan CK, publicatie

NB: Met een soortgelijk project is al eerder gestart maar liep men vast door de verschillen in DIM registraties. Risico van dit project is dat we een lijst opstellen waar veel mensen kritiek op hebben en waar mensen niet achter staan (bijv door methodiek). Een belangrijke opdracht voor het projectteam is hierop te anticiperen en dit te ondervangen.