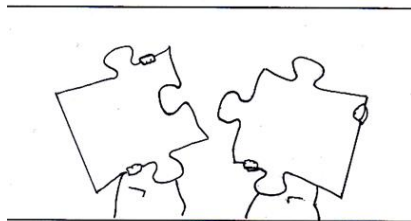


Beleidsdocument KNO 3.0

Naar meer samenhang in kwaliteit



Goedgekeurd door de algemene vergadering van de Nederlandse Vereniging voor Keel-Neus-
Oorheelkunde en Heelkunde van het Hoofd-Halsgebied op 21 november 2019

Geïnitieerd door het bestuur van de NVKNO.
Bijgedragen hebben leden van de
vereniging, het bestuur, het bureau van de
NVKNO, adviesbureau Common Eye en het
Kennisinstituut.

Inhoudsopgave

Samenvatting.....	3
Inleiding.....	4
1. Naar meer samenhang in kwaliteit	5
1.1. Richtlijnen.....	5
1.2. Kennislacunes en zorgevaluatie	5
1.3. Samenhang borgen in kwaliteitscyclus	6
1.4. Hoe laten wij de kwaliteitscirkel optimaal draaien?	7
2. Draagvlak en participatie.....	8
3. Themagroepen	9
3.1. Indeling.....	9
3.2. Samenstelling	11
3.3. Inrichting themagroepen en taakstelling	11
3.4. Uitgangspunten	13
4. Verenigingsstructuur	14
4.1. Consequenties huidige inrichting commissies	14
4.2. Verantwoordelijkheden bestuur	16
4.3. Ondersteuning en facilitering door bureau.....	16
4.4. Inrichting van de vereniging	17
4.5. Budgettair kader.....	18
5. Fasering	19
Bijlage 1. Relatie met diverse projecten	20
Bijlage 2. Ledenraadpleging	22
Bijlage 3. Samenstelling gremia	27
Bijlage 4: Voorstel projecten voor themagroepen.....	28
Project 1: modulair richtlijnonderhoud (kennisduiding).....	28
Project 2: zorgevaluatie (kennisontwikkeling)	30
Project 3: implementatie (kennistoepassing)	31

Samenvatting

Het leveren van optimale zorg voor patiënten is het doel van iedere KNO-arts. De KNO vereniging ondersteunt de KNO-artsen daarbij. Om ook in de toekomst de regie te houden op de kwaliteit van de KNO-zorg, is een integraal en meer op samenwerking gerichte aanpak nodig van ons kwaliteitsbeleid. De instrumenten die wij inzetten zijn: onderzoek, richtlijnontwikkeling, uitkomstenregistratie, kwaliteitsvisitaties, (na)scholing, accreditatie, en voorlichting. Deze instrumenten dienen in samenhang ontwikkeld, toegepast, geëvalueerd en verbeterd te worden. Dit kan weergegeven worden in een kwaliteitscirkel, die bestaat uit de volgende stappen:

1. Kennisduiding: beschrijven van goede zorg in richtlijnen voor het medisch handelen.
2. Kennistoepassing: implementeren van de richtlijnen.
3. Kennisontwikkeling: kennishiaten worden uitgezocht in onderzoek, waarna de richtlijnen worden bijgesteld aan de hand van de onderzoeksresultaten (zorgevaluatie).

Een goed functionerende kwaliteitscyclus komt alleen tot stand met voldoende draagvlak en participatie van de leden. De ideeën en wensen van de achterban zijn dan ook het uitgangspunt voor ons nieuwe kwaliteitsbeleid. Om de samenhang te borgen en de kwaliteitscirkel optimaal te laten draaien, moet de NVKNO structureel op de volgende drie niveaus actief zijn:

1. Het bestuur van de vereniging houdt overzicht over en voert regie op de diverse onderdelen van de kwaliteitscirkel.
2. De leden van de vereniging vormen themagroepen die werken aan de verschillende stappen van de kwaliteitscirkel.
3. Het bureau van de vereniging ondersteunt en faciliteert onderdelen van het proces.

Een themagroep is verantwoordelijk voor de kwaliteitsverbetering van het specifieke deelgebied. De themagroep onderhoudt actief verbindingen met andere themagroepen en met de vereniging. De volgende themagroepen zijn gedefinieerd: Otologie, Vestibulologie, Rhinologie, Hoofd-halschirurgie, Laryngologie, Plastische aangezichtschirurgie, OSA, Pediatrie. Per themagroep is een vaste kerngroep verantwoordelijk voor de coördinatie, aansturing en voortgang van de activiteiten, die (kunnen) worden gedelegeerd aan werkgroepen.

Om dit nieuwe kwaliteitsbeleid goed te kunnen ondersteunen en overlap tussen de nieuw te vormen themagroepen en bestaande gremia van de NVKNO te voorkomen, is een nieuwe inrichting van de vereniging gewenst.

Er is tijd nodig voor afbouw van de oude situatie en opbouw van de themagroepen en benodigde ondersteuning en governance. Daarnaast geven financiële ruimte, beschikbare bestuurlijke- en bureaucapaciteit grenzen aan. De aanstelling van een researchcoördinator/programmamanager is randvoorwaardelijk.

Inleiding

Onze vereniging zit van oudsher in de voorhoede als het gaat om verbeteren van onze zorg. Om ook in de toekomst de regie te behouden op de kwaliteit van de KNO-zorg, is een integraal en meer op samenwerking gerichte aanpak nodig van ons kwaliteitsbeleid. De instrumenten die wij tot onze beschikking hebben zijn: onderzoek, richtlijnontwikkeling, uitkomstenregistratie, kwaliteitsvisitaties, (na)scholing, accreditatie en voorlichting.

De afgelopen 20 jaar hebben we veel richtlijnen gemaakt en twee keer een kennisagenda opgesteld. Ook hebben onze leden (fundamenteel) wetenschappelijk en evaluatieonderzoek uitgevoerd. Kortom, we hebben op deze vlakken veel bereikt. Nieuwe maatschappelijke eisen dienen zich echter aan en ook onze eigen voortschrijdende inzichten vragen om actie.

In het Hoofdlijnenakkoord tussen VWS en veldpartijen in de zorg wordt de kwaliteit van onze zorg uitgedrukt in patiëntgerichtheid en uitkomsten van zorg. Dit sluit aan bij de wens van veel van onze leden om met behulp spiegelinformatie de eigen zorg verder te verbeteren, zonder verhoging van de registratielast. Dit stelt aanvullende eisen aan ons handelen. Daarnaast hebben diverse activiteiten van onze vereniging een andere aanpak nodig. Onze richtlijnen bijvoorbeeld worden steeds uitgebreider, dreigen ontoegankelijk te worden en zijn steeds moeilijker te onderhouden.

Willen we in die voorhoede blijven, dan is er meer samenhang in kwaliteitsbeleid nodig en meer inzet van en samenwerking tussen onze leden. De eerste stappen richting KNO 3.0 zijn vanaf najaar 2018 gezet door onze leden te raadplegen. Op basis van de ontvangen ideeën en adviezen geven we in dit rapport een nauwkeurigere beschrijving van onze ambities en maken we 'bouwplannen' die kunnen helpen deze ambities te concretiseren.

Leeswijzer

In hoofdstuk 1 gaan we in op *wat* onze ambities zijn: wat we willen bereiken. We beschrijven welke delen van ons kwaliteitsbeleid hierbij zijn betrokken en de samenhang ervan in een kwaliteitscyclus. Vervolgens wordt in hoofdstuk 2 beschreven met welke wensen van de leden we aansluiting moeten houden.

Hoofdstuk 3 spitst zich toe op de vraag *hoe* we deze samenhang kunnen realiseren. We benoemen themagroepen: welke verwachtingen hebben we daarvan, hoe stellen we ze samen en hoe borgen we verbindingen.

In hoofdstuk 4 werken we uit wat waarmaken van onze ambities betekent voor de structuur van de NVKNO. Hoofdstuk 5 geeft een schets van de tijdsplanning.

In de bijlagen beschrijven we voorbeelden van (mogelijke) werkwijzen van themagroepen, noemen we belangrijke aandachtspunten die zijn opgehaald uit de ledenraadpleging en geven we een opsomming van lopende of recent afgeronde projecten die invloed hebben op de uitwerking en uitvoering van ons kwaliteitsbeleid.

1. Naar meer samenhang in kwaliteit

1.1. Richtlijnen

Richtlijnen vormen de basis van ons kwaliteitsbeleid en zijn het uitgangspunt van ons medisch handelen. De NVKNO is zo'n 20 jaar geleden voortvarend begonnen met opstellen van richtlijnen. Daar was vanaf 2007 een structuur en financiering voor met de SKMS-gelden. Er zijn op dit moment 17 KNO-richtlijnen en tientallen multidisciplinaire richtlijnen waar KNO-heelkunde een bijdrage aan heeft geleverd. Naar inschatting is ongeveer 80% van het handelen van de KNO-artsen in richtlijnen vervat. Dit resultaat is bereikt met forse inspanning van veel KNO-artsen. Bij de verbetering van richtlijnen zien we de volgende ontwikkelingen en uitdagingen:

- Richtlijnen beantwoorden niet altijd aan het doel waarvoor ze gemaakt zijn. De structuur van richtlijnen is vaak complex en het zijn omvangrijke documenten. Dit belemmert de toegankelijkheid en een goede implementatie op de werkvloer. Hoe stimuleren wij de toepassing van de kennis uit de richtlijnen in de beroepsuitoefening?
- Richtlijnen moeten dynamisch zijn en aansluiting houden met de laatste stand van de wetenschap. Delen van huidige richtlijnen zijn aan herziening toe. Waar halen we de capaciteit vandaan om onze richtlijnen up to date te houden? En hoe maken we het werken aan het onderhoud behapbaar voor de individuele collega's die eraan willen werken? Het gaat niet alleen om capaciteit, maar ook om het verbeteren van de systematiek (modulair onderhoud).
- Het patiëntenperspectief is nog niet in alle richtlijnen verankerd en bij veel richtlijnen ontbreekt voorlichtingsmateriaal voor patiënten, zoals informatie op thuisarts.nl.

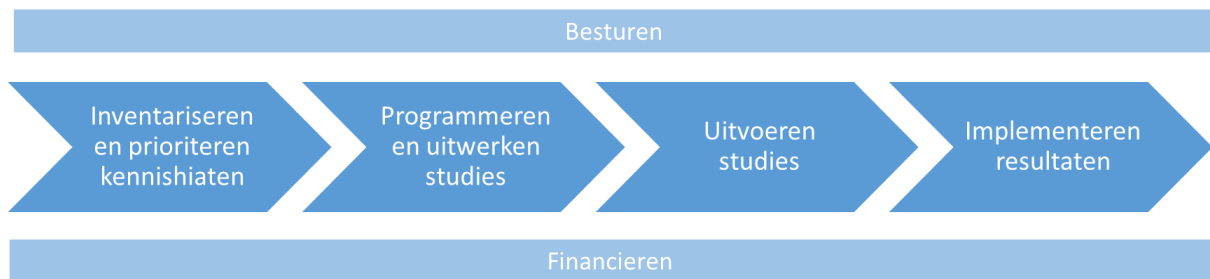
Kortom, er is behoefte aan een nieuwe visie op ons richtlijnenbeleid, met de nadruk op (modulair) onderhoud van bestaande richtlijnen en hun implementatie.

1.2. Kennislacunes en zorgevaluatie

Bij het opstellen van richtlijnen bleek dat voor meerdere klinische vragen/knelpunten beperkt bewijs of bewijs van te beperkte kwaliteit beschikbaar is, om te komen tot aanbevelingen. Dat heeft in 2013 geleid tot het opstellen van een wetenschapsagenda, waarin kennislacunes of kennishiaten zijn benoemd en geprioriteerd. Daarbij is nadrukkelijk de samenwerking met patiëntenverenigingen en overige stakeholders gezocht. In 2018 is de tweede kennisagenda (KNO-kennisagenda 2.0) gepubliceerd.

De kennisagenda willen we na de oprichting van de themagroepen een dynamisch document laten zijn door deze jaarlijks bij te werken. Doel is te komen tot zo doelmatig mogelijk wetenschappelijk onderzoek om onderbouwde antwoorden te kunnen geven op klinische vragen die uit deze kennishiaten voortvloeien. Dit leidt tot aanpassing of bevestiging van aanbevelingen in de betreffende richtlijnen. Het geheel van identificeren van kennishiaten, opstellen van een kennisagenda, opzetten en uitvoeren van studies en implementatie van uitkomsten van dat

onderzoek wordt zorgevaluatie genoemd¹ (zie figuur 1). Een mooi voorbeeld van een zorgevaluatie trial die onvoldoende onderbouwde zorg beter heeft kunnen bewijzen is de septumtrial (publicatie 2019). Op de ledenwebsite staat een compleet overzicht van alle KNO-zorgevaluatiestudies.



Figuur 1: Onderdelen en randvoorwaarden van zorgevaluatie (Federatie Medisch Specialisten, Adviesrapport Zorgevaluatie, 2016)

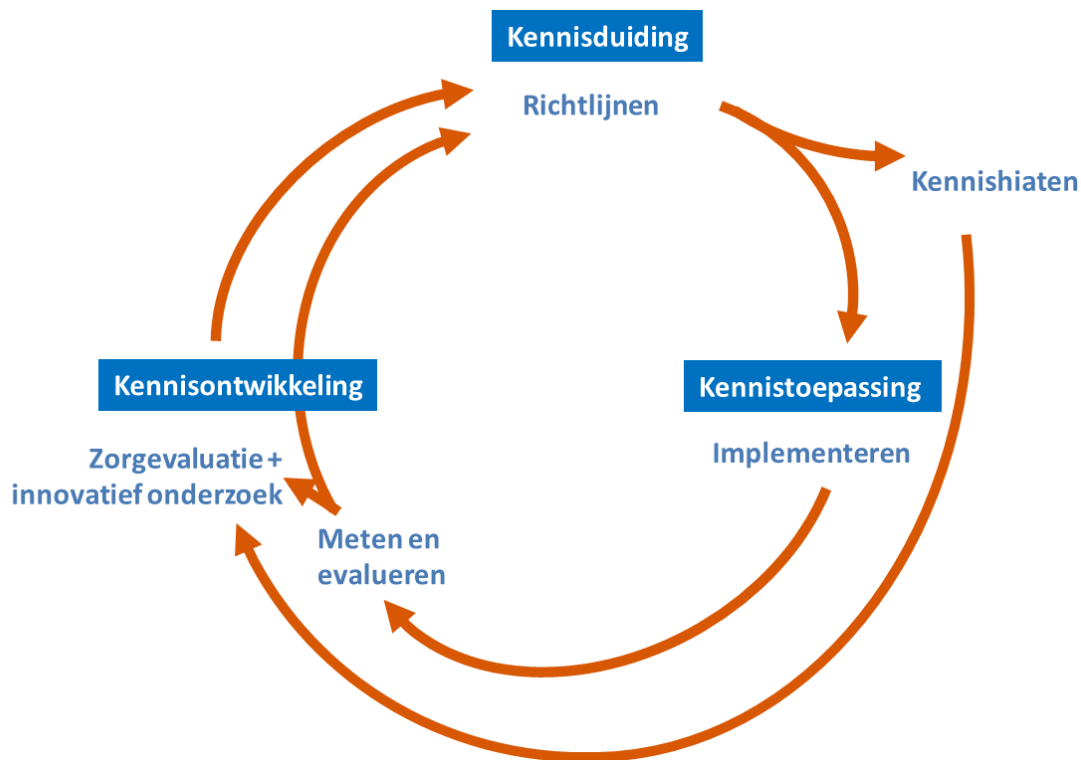
1.3. Samenhang borgen in kwaliteitscyclus

De NVKNO streeft voortdurend naar verbetering van de kwaliteit en innovatie van de zorg voor de patiënt. Hiervoor worden instrumenten ingezet zoals (fundamenteel) wetenschappelijk onderzoek, richtlijn- en indicatorontwikkeling, uitkomstenregistratie, kwaliteitsvisitaties, accreditatie, (na)scholing en voorlichting. Het ideaal is een integraal kwaliteitsbeleid waarbij de verschillende instrumenten in samenhang ontwikkeld, toegepast, geëvalueerd en verbeterd worden. Het integraal kwaliteitsbeleid kan grafisch worden weergegeven in de zogenoemde 'kwaliteitscirkel' (figuur 2).

Deze kwaliteitscirkel bestaat uit de volgende stadia:

1. Kennisduiding: beschrijven van goede zorg in richtlijnen voor het medisch handelen.
2. Kennistoepassing: implementeren van de richtlijnen door aanpassingen en vernieuwingen door te voeren in de dagelijkse zorg.
3. Kennisontwikkeling: uit de richtlijnen kan blijken dat er kennishiaten zijn. Deze vragen worden uitgezocht in onderzoek (zorgevaluatie en innovatief onderzoek), waarna de richtlijnen worden bijgesteld aan de hand van de onderzoeksresultaten. Het meten en evalueren van de implementatie van de richtlijnen is ook kennisontwikkeling. Worden de aanpassingen en vernieuwingen ook daadwerkelijk uitgevoerd in de praktijk en verbetert hierdoor de kwaliteit van zorg? Of zijn er nog aanpassingen of nieuw onderzoek nodig?

¹ De definitie van zorgevaluatie is (Adviesrapport Zorgevaluatie, 2016 Federatie Medisch Specialisten):
Zorgevaluatie is 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 (inventariseren en prioriteren kennishiaten, programmeren en uitwerken studies, uitvoeren studies, implementeren resultaten).



Figuur 2: De kwaliteitscirkel die kennisduiding, kennisontwikkeling en kennistoepassing aan elkaar koppelt.

1.4 Hoe laten wij de kwaliteitscirkel optimaal draaien?

Om de samenhang te borgen en de kwaliteitscirkel optimaal te laten draaien, moet de NVKNO structureel op drie niveaus actief zijn.

Allereerst moet het bestuur van de vereniging overzicht houden over en regie voeren op de diverse onderdelen van de kwaliteitscirkel, zoals nu bij de totstandkoming van de kennisagenda's is gebeurd.

Ten tweede moet het bureau van de vereniging onderdelen van het proces ondersteunen en faciliteren. Dit kan bestaan uit het indienen van subsidieaanvragen, het helpen opzetten van zorgevaluatiestudies, het helpen vormen van onderzoeksnetwerken en het bevorderen van patiënteninclusie.

Ten derde zullen inhoudsdeskundigen (leden van de vereniging) themagroepen vormen, die werken aan richtlijnonderhoud en -implementatie, en aan het opzetten en uitvoeren van zorgevaluatieonderzoek. Dit zal leiden tot een kennisnetwerk van onze leden. Door krachten te bundelen en de werklust te verdelen, wordt het werk behapbaar en interessanter voor de leden. Het is aantrekkelijk om actief betrokken te zijn bij het kwaliteitsbeleid.

Wij moeten bij de uitwerking van ons kwaliteitsbeleid oog hebben voor reeds lopende of net afgeronde projecten, programma's en ontwikkelingen, zowel binnen onze eigen vereniging/beroepsgroep (Kennisagenda 2.0, zorgevaluatiestudies, kwaliteitsregistraties), de Federatie van Medisch Specialisten (interactief richtlijnsysteem, modulair onderhoud richtlijnen) als op landelijk niveau (overleg HLA partners, programma Zorgevaluatie en Gepast Gebruik van Zorginstituut Nederland). In bijlage 1 staan enkele van deze projecten of programma's beschreven.

2. Draagvlak en participatie

Een kwaliteitscyclus komt alleen tot stand met voldoende draagvlak en participatie van de leden. De ideeën en wensen van de achterban zijn het uitgangspunt voor ons nieuwe kwaliteitsbeleid. Daarom is het bestuur in gesprek gegaan met de leden. Na een interne discussie en visievorming binnen het bestuur, zijn door een extern bureau twintig leden geïnterviewd en is gesproken met universitaire afdelingshoofden en het consilium. Vervolgens heeft een vertegenwoordiging van het bestuur zes regiobezoeken afgelegd en heeft er een werkconferentie plaatsgevonden, waarvan de uitkomsten zijn samengevat in bijlage 2. Op hoofdlijnen kwamen de volgende punten naar voren:

- Men wil graag toegankelijker en beter bruikbare richtlijnen.
- Er bestaat een brede behoefte aan spiegelinformatie: hoe zijn mijn uitkomsten van zorg vergeleken met anderen?
- Men wil zo weinig mogelijk registratielast.
- De leden zouden graag goede interactieve communicatie willen met de vereniging;
- Er bestaat behoefte aan een betere samenwerking tussen academie en periferie.
- De leden willen bijdragen aan KNO 3.0, maar het moet laagdrempelig: kleine/behapbare rol per individueel lid.
- Om de samenhang te verwerklijken is een coördinerende rol van de vereniging, bijvoorbeeld door een researchcoördinator, noodzakelijk. Er zou door de leden moeten worden samengewerkt in themagroepen (zie ook elders in dit rapport).
- De leden zouden op landelijk niveau een betere organisatie willen van kennisuitwisseling.

Een verder punt dat naar voren wordt gebracht is de participatie door leden. Dit punt verdient speciale aandacht. Het blijkt vaak lastig om naast een drukke praktijk en andere activiteiten ook binnen de vereniging actief deel te nemen aan kwaliteitsbevorderende initiatieven. Veel adviezen werden in de raadpleging naar voren gebracht. Deze zijn verwerkt in dit beleidsdocument.

De vervolgstappen die in dit rapport worden uitgezet, zijn gebaseerd op de resultaten van de ledenraadpleging. Deze bestaan uit het definiëren van themagroepen en het beschrijven wat concretisering van onze visie op kwaliteitsbeleid betekent voor de werkwijze, inrichting en governance van de NVKNO.

3. Themagroepen

Zoals beschreven in 1.4 willen wij een structuur ontwikkelen binnen de vereniging waarbij inhoudsdeskundigen bijeen worden gebracht in themagroepen om de kwaliteitscyclus goed functionerend te krijgen. Tijdens de regiobezoeken van het bestuur werd bevestigd (zie hoofdstuk 2) dat de leden activiteiten samengebracht willen zien in themagroepen. Tevens kwam naar voren dat leden behoefte hebben aan een coördinerende rol van de vereniging. Op basis van de huidige KNO-richtlijnen en aandachtsgebieden binnen de vereniging zijn acht themagroepen gedefinieerd.

3.1. Indeling

De volgende themagroepen zijn gedefinieerd:

- Otologie
- Vestibulologie
- Rhinologie
- Hoofd-halschirurgie
- Laryngologie
- (Plastische) aangezichtschirurgie
- OSA
- Pediatrie

De indeling van de themagroepen is aandoeningsgericht. Pediatrie vormt hierop een uitzondering. Pediatrie is al langere tijd onderkend als apart thema binnen KNO-Heelkunde omdat andere diagnose- en behandeltrajecten gelden voor kinderen. Dit is ook terug te vinden in de modulaire inrichting van onze richtlijnen.

Veel discussie is er geweest over het thema geriatricie naar aanleiding van demografische en maatschappelijke ontwikkelingen en de interne wens hier nadrukkelijker onze aandacht op te richten. Dit is in lijn met de nieuwe themakaart 'ouderenzorg' in ons landelijk opleidingsplan ENTER2 (2019) en het recent verschenen rapport 'KNO-zorg in een vergrijzende samenleving' (2019). Uiteindelijk is er voor gekozen niet een themagroep Geriatricie in te richten maar naar analogie met de commissie Prevent een adviescommissie te starten. Deze commissie zal, voor zover de werkzaamheden thema-overstijgend zijn, in overleg met de themagroepen invulling geven aan haar activiteiten.

De taken, positie en verantwoordelijkheden van de themagroep Hoofd-halschirurgie zullen we in goed overleg met de NWHHT vaststellen.

De indeling van de themagroepen komt grotendeels overeen met de KNO-kennisagenda 2.0 en met een indeling voor modulair richtlijnonderhoud die thans in Federatieverband wordt ontworpen.

In tabel 1 is te zien welke aandachtsgebieden en welke KNO-richtlijnen binnen welke themagroep horen en uit hoeveel modules (uitgangsvragen) deze richtlijnen bestaan. Voor de werklast en omvang is dit slechts een indicatie, aangezien niet elke module herzien hoeft te worden. Daarnaast kan er sprake zijn van modules van richtlijnen waarbij de NVKNO niet de initiatiefnemer is en vallen andere activiteiten binnen de themagroepen, zoals zorgevaluatieonderzoek en implementatie. We willen het werk opdelen in overzichtelijke, modulaire taken, waarvoor per taak tijdelijke inzet van leden wordt gevraagd. Zo wordt het aantrekkelijk voor leden om een bijdrage te leveren aan een onderdeel waar hun specifieke aandacht of belangstelling ligt. In paragraaf 3.3 en hoofdstuk 4 gaan we hier op in.

Daaraan zij toegevoegd de opmerking dat het een uitdaging blijft om zo veel mogelijk leden bij de diverse activiteiten te betrekken. Veel voorstellen zijn tijdens de ledenraadpleging gedaan. Een uitwerking daarvan zal ook onderdeel zijn van de uitrol van het programma.

Tabel 1: Aandachtsgebieden en verdeling van de KNO-richtlijnen en aantal modules binnen de themagroepen. Modules van richtlijnen waarbij de NVKNO niet de initiatiefnemer is, zijn hierbij niet meegenomen tenzij anders aangegeven.

Thema	Richtlijnen	Aantal modules
Otologie (incl. audiologie)	Bone conduction devices (BCD)	21
	Tinnitus	10
	Perceptieve slechthorendheid	18
	Otitis externa	9
	Behandeling cholesteatoom (i.o.)	2
	Idiopathische Perifere Aangezichtsverlamming (IPAV)	19
		79
Vestibulologie	Benigne paroxysmale positieduizeligheid (BPPD)	16
	Duizeligheid bij ouderen	8
		24
Rhinologie (incl. allergologie en traanwegreductie)	Allergie van de bovenste luchtwegen (i.o.)	12
	Chronische rhinosinusitis (CRS) en neuspoliep	27
		39
Hoofd-hals chirurgie (onder te verdelen in oncologie, benigne weke delen pathologie en schedelbasis)	Hoofd -halstumoren	50
	Hoofd -halsparagangliomen	20
		70
Laryngologie	Slikstoornissen	21
	Stemklachten	14
		35
(Plastische) aangezichtschirurgie	Behandeling van patiënten met een schisis (initiatief NVPC met cofinanciering KNO)	11
		11
OSA	Obstructief slaapapneu (OSA) bij volwassenen (initiatief NVALT en KNO)	21
		21
Pediatrie	Ziekten van adenoïd en tonsillen (ZATT)*	46
	Otitis media	28
	OSAS bij kinderen	23
		97
Totaal		376

*hier zitten ook modules over volwassenen in.

3.2. Samenstelling

Uit de interviews en de regiobezoeken kwam naar voren dat onder veel leden een te grote afstand wordt gevoeld tussen verschillende categorieën leden. Dit geldt met name voor de groepen jong - oud en academisch - perifeer. Wij hopen dat samenwerken de afstand zal helpen verkleinen. Dit kunnen we onder meer stimuleren door de samenstelling van themagroepen en andere gremia binnen de vereniging enigszins te sturen, zodat deze (in zekere mate) een afspiegeling vormen van de leden. Bij de samenstelling van kern- en werkgroepen zal ook rekening gehouden worden met een evenredige vertegenwoordiging van de betreffende achterban. In bijlage 3 is de procentuele verdeling zichtbaar tussen verschillende categorieën.

3.3. Inrichting themagroepen en taakstelling

Alle leden van de vereniging die het thema van de themagroep als aandachtgebied hebben, vormen tezamen die themagroep. Een themagroep is in feite dus een netwerk van de KNO-artsen die zich betrokken voelen bij dat thema. Binnen de themagroepen zijn twee soorten gremia actief: een kerngroep en een of meerdere werkgroepen. Een en ander is schematisch weergegeven in figuur 3.

De kerngroep is de vaste kern van de themagroep. Deze kerngroep bestaat uit een voorzitter en twee leden. Deze leden verdelen een aantal portefeuilles. Daarbij zullen de volgende taken binnen die portefeuilles worden verdeeld:

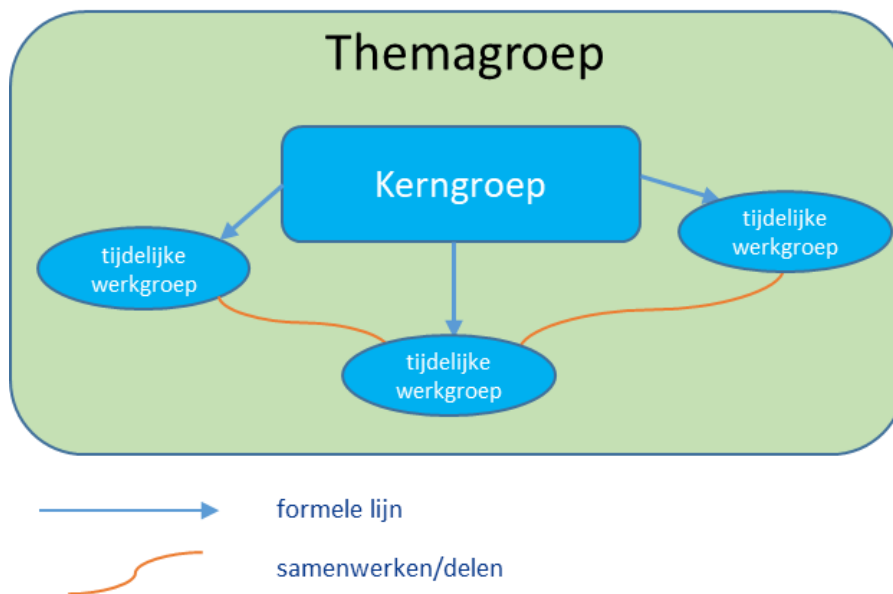
- Kennisontwikkeling: het signaleren van kennislücken, bijdragen aan het opstellen van de kennisagenda (kaderstellend), regie voeren en het bieden van ondersteuning bij de voorbereiding, start en uitvoering van zorgevaluatieonderzoek alsook bij de vorming van onderzoeksnetwerken.
- Kennisduiding: prioriteren van herziening van richtlijnmodules, het uitvoeren van onderhoud van richtlijnenmodules, ontwikkelen van nieuwe modules.
- Kennistoepassing: een rol vervullen bij implementatie van richtlijnen en zorgevaluatie, toegankelijker maken van richtlijnen, stimuleren van opbouw en gebruik van spiegelinformatie, bijdragen aan ontwikkeling van kwaliteitsregistraties/indicatoren, beperken van registratielast. Daar valt voor een deel ook onder organisatie van zorg in zorgpaden, met name daar waar kwaliteit van zorg niet op andere wijzen is beschreven.

De kerngroep benoemt tijdelijke werkgroepen voor deelopdrachten. De deelopdrachten zijn beperkt van omvang met de bedoeling deelname laagdrempelig te houden en meer leden bij een themagroep te betrekken. Zo versterken we landelijke netwerken per thema en vergroten we de mogelijkheden voor samenwerking en kennisuitwisseling.

Een deelopdracht is bijvoorbeeld de revisie van een module van een richtlijn. In dat geval zal de werkgroep mogelijk klein zijn (bijvoorbeeld 3 personen), of onderdeel uitmaken van een multidisciplinaire groep. Een andere deelopdracht kan zijn het initiëren en helpen uitvoeren van een onderzoek uit de kennisagenda. In dat geval zal er een werkgroep benoemd worden die het initiatief neemt voor het opzetten en uitvoeren van de studie. Om die werkgroep heen zal een netwerk van aan de studie deelnemende centra worden gevormd. In dat netwerk zal dan ook een groter deel van de leden van de themagroep actief zijn.

In feite is de themagroep dus verantwoordelijk voor de kwaliteitsverbetering van het specifieke deelgebied van die themagroep. Dat zal wel zijn binnen het mandaat van een opdrachtformulering door het bestuur. De kerngroep is daarbij leidend binnen de themagroep; de werkgroepen zijn in principe uitvoerend.

De themagroepen houden zich niet bezig met beroepsbelangen, opleiding en kwaliteitsvisitatie. Hiervoor zijn andere commissies verantwoordelijk binnen de NVKNO. Niet iedere themagroep hoeft permanent op alle onderdelen te acteren, echter het geplande richtlijnonderhoud heeft steeds prioriteit.



Figuur 3: Schematische weergave van een themagroep.

Organisatorische aandachtspunten van de *kerngroep* van een themagroep:

- De kerngroep heeft een voorzitter.
- Leden van de kerngroep worden geworven via een vacature stelling op de website van de vereniging. In samenspraak met de zittende leden worden leden door het bestuur benoemd. Uitgangspunten hierbij zijn dat alle leden de kans moeten hebben aan wervingsprocedures deel te nemen en dat voldoende roulatie plaatsvindt. In overleg met het bestuur zorgdragen voor een maximale zittingsduur en rooster van aftreden.
- De leden verdelen onderling de portefeuilles. Te denken valt aan de portefeuilles kennisontwikkeling, kennisduiding en kennistoepassing, communicatie. NB: Overleg met overeenkomstige portefeuillehouders van andere themagroepen is cruciaal.
- De kerngroep stelt geregeld korte en (middel)langetermijndoelen op en legt deze ter goedkeuring voor aan het bestuur, zodat kaders en mandaat duidelijk zijn.
- Op basis van de gestelde doelen maakt de kerngroep een themagroepprogramma en zorgt voor uitvoering, waarbij werk wordt gedelegeerd aan tijdelijke werkgroepen.
- Bij samenstelling van tijdelijke werkgroepen staat de instroom open voor belangstellende leden.
- De kerngroep is resultaatgericht, bewaakt de voortgang en zorgt voor geregelde verantwoording aan het bestuur.
- De kerngroep is bij voorkeur actief meewerkend (voorbeeldgedrag).

De tijdelijke werkgroepen worden ingericht om onderdelen van het themagroepprogramma te realiseren. Organisatorische aandachtspunten van de *tijdelijke werkgroepen* zijn:

- Iedere werkgroep heeft een verbinding met een lid uit de kerngroep.
- De werkgroep stemt inhoud en looptijd van de opdracht (kaders en mandaat) af met de kerngroep en waar nodig met andere werkgroepen.
- De werkgroep zorgt voor een periodieke verantwoording over de proces- en resultaatvoortgang aan de kerngroep.

Het is van belang om rondom de themagroepen een goed systeem in te richten waarin de onderlinge samenhang binnen en tussen de themagroepen wordt gewaarborgd en waarin activiteiten en resultaten worden gedeeld. Tijdens de uitrol van het beleid zal dit verder worden uitgewerkt.

Te denken valt aan:

- Themagroepbijeenkomsten evt. tijdens KNO-vergadering;
- ICT-ondersteunend platform bieden;
- Regelmatig overleg tussen portefeuillehouders bestuur en kerngroep;

Van belang voor een goed functioneren van zowel de kern- als de werkgroepen is een goede ondersteuning en facilitering. Het bureau zal daarin voorzien; dit is verder uitgewerkt onder 4.3.

3.4. Uitgangspunten

Bij samenwerking in innovatieve processen ontstaan vrijwel altijd verschillen van mening. Ze helpen vaak om het beste resultaat te bereiken. Ze mogen de voortgang echter niet blokkeren. Om de samenwerking en voortgang te optimaliseren, kennen wij een aantal uitgangspunten die gelden voor iedere deelnemer aan een gezamenlijke activiteit binnen de vereniging. Hieronder noemen we een aantal uitgangspunten, niet uitputtend:

1. Leidraad voor het werken is optimale zorg voor de KNO-patiënt. Optimale zorg is gebaseerd op de definitie van Positieve gezondheid².
2. De samenstelling van de themagroep vormt in zekere mate (zie ook bijlage 3) een afspiegeling van de het ledenbestand qua leeftijd, academie/perifeer en man/vrouw.
3. De uitvoering van de werkzaamheden is relevant voor de collega KNO-artsen.
4. De kaders en het mandaat van de NVKNO zijn taakstellend.
5. Afspraken over uitvoering, werkproces en besluitvorming worden gemaakt en gerespecteerd.
6. Er zal tijdig onderling (indien nodig incl. het bestuur) worden gesproken over twijfel/knelpunten/meningsverschillen betreffende het mandaat.
7. Themagroepen en andere gremia zoeken actief verbinding met de andere themagroepen en gremia.
8. Er bestaat openheid over belangen.
9. Er zijn geen tussentijdse wijzigingen van de spelregels, geen verrassingen.

² Positieve gezondheid: 'Gezondheid als vermogen zich aan te passen en een eigen regie te voeren, in het licht van de fysieke, emotionele en sociale uitdagingen van het leven', Machteld Huber (2011)

4. Verenigingsstructuur

Om de themagroepen een succesvolle start te bieden, is het belangrijk na te gaan hoe deze in te passen in de NVKNO. We denken dat de verenigingsstructuur opnieuw mag worden ontworpen en dat de nieuwe structuur zo eenvoudig mogelijk moet zijn. Daartoe zijn de taken van alle huidige commissies, werkgroepen, afvaardigingen en overige verenigingsorganen heroverwogen evenals de verdeling van die taken.

In de komende paragrafen komen de volgende onderdelen aan bod:

- Huidige commissies en werkgroepen;
- Overlap van inhoud/taakstelling;
- Suggesties voor samenvoeging/verschuiving;
- Voorstel hoe de doorgaande gremia qua samenstelling kunnen worden geoptimaliseerd (verdeling academie/perifeer, leeftijd en man/vrouw);
- Verantwoordelijkheden van het bestuur;
- Facilitering door het bureau/medewerkers van de vereniging;
- Inrichting van de vereniging;
- Budgettair kader.

4.1. Consequenties huidige inrichting commissies

In totaal heeft de NVKNO 34 verschillende gremia. Deze zijn weergegeven in tabel 2. Nagegaan is welke gremia overlap hebben met de op te richten themagroepen. Waar sprake is van aanzienlijke overlap, worden de taken verschoven naar de betreffende themagroep(en) en het gremium opgeheven. Bij weinig of geen overlap blijft het gremium bestaan, waarbij opgemerkt dient te worden dat aanpassing van taken of manier van werken wenselijk kan blijken. Dit moet nog verder besproken en uitgewerkt worden.

Tabel 2: Overzicht van gremia binnen de NVKNO met daarbij de suggestie voor inrichting binnen KNO 3.0

Gremia	Voorstel voor inrichting
Bestuur	Blijft bestaan
Bestuur AIOS	Blijft bestaan
Statutaire commissies (5)	
Commissie Beroepsbelangen	Blijft bestaan
Commissie Visitatie Kwaliteit van Zorg	Blijft bestaan
Consilium	Blijft bestaan
Bezwarencommissie	Blijft bestaan
Toetsingscommissie	Blijft bestaan
Overige commissies (12)	
Accreditatie Commissie	Blijft bestaan
Commissie Analyse ernstige incidenten	Blijft bestaan
Commissie Arts als Deskundige	Beleggen bij themagroepen
Commissie Capaciteitsplanning	Te overwegen: onderbrengen bij Commissie Beroepsbelangen

Commissie Geriatrie	Nieuw
Commissie Hoofd-hals oncologie en chirurgie	Gaat over in themagroep
Commissie Kwaliteit	Beleggen bij themagroepen
Commissie Plastische Aangezichtschirurgie	Gaat over in themagroep
Commissie PrevENT	Blijft bestaan
Commissie Richtlijnen	Beleggen bij themagroepen
Commissie Visitatie Opleidingsklinieken	Blijft bestaan
Regioraad	Nog bespreken hoe de functie van dit gremium terug zou kunnen komen elders in de structuur
Werkgroepen (2)	
OSAS	Gaat over in themagroep
Otologische Kwaliteitsregistratie	Gaat over in themagroep
Overige verenigingsorganen (7)	
Juryleden KNO-jaarprijs	Blijft bestaan
Juryleden Posterprijs	Blijft bestaan
Kascommissie	Blijft bestaan
Redactie KNO-website	Blijft bestaan
Redactie NTvKNO	Blijft bestaan
Rotsbeendissectieprijs	Blijft bestaan
Professor Burgerfonds	Wordt in 2019 verschoven van stichting naar de NVKNO
Afvaardigingen (7)	
Raad Beroepsbelangen	Blijft bestaan
Raad Opleiding	Blijft bestaan
Raad Kwaliteit	Blijft bestaan
Raad Wetenschap	Blijft bestaan
Collegium Chirurgicum Neerlandicum	Blijft bestaan
RGS	Blijft bestaan
UEMS	Blijft bestaan

4.2. Verantwoordelijkheden bestuur

Het bestuur heeft de volgende verantwoordelijkheden in de inrichting van KNO 3.0:

1. Vaststelling van:
 - a. Noodzakelijke veranderingen in de huidige inrichting van de vereniging ten gunste van de start van de themagroepen;
 - b. Aantal themagroepen, samenstelling van kerngroepen en omschrijving aandachtgebied per themagroep;
 - c. Kaders voor en mandatering van de themagroepen;
 - d. Inrichting bureau met voldoende ondersteuning voor de themagroepen;
 - e. Randvoorwaarden voor het stimuleren van de lerende en reflecterende ontwikkelomgeving, de samenhangende en onderlinge communicatie van themagroepen in open dialoog;
 - f. Nieuwe werkwijze van het bestuur; professionaliseren besturingsmodel; accentverschuiving van *executief/directief/beleidsvormend* naar *coördinerend/voorwaardenscheppend/toezichhoudend/voortgangbewakend* bestuur;
 - g. Flexibele capaciteit voor thema-overschrijdende kennisbehoefte zoals ICT, researchcoördinator, methodoloog, epidemioloog, communicatieadviseur, juridisch adviseur;
 - h. Eigen budget en uitgaven. Het kunnen doen van uitgaven voor d. en g. is voor een deel afhankelijk van te ontvangen subsidies voor kwaliteitsprojecten van o.m. SKMS en ZonMw.
2. Besluiten tot:
 - a. Benoeming voorzitters en leden van de kerngroepen;
 - b. Bemiddelen of beslissen bij raakvlakken/conflicten (statutaire) commissies en themagroepen;
 - c. Omgevingsbewust adresseren (medisch specialist 2025) en strategisch verbinden van nieuwe initiatieven, profilering en positionering van het KNO-vakgebied.
3. Het bestuur houdt overzicht en coördineert de volgende zaken binnen en tussen de themagroepen:
 - a. Voortgang activiteiten binnen themagroepen;
 - b. Samenhang van activiteiten tussen themagroepen;
 - c. Bewaking van belangentegenstellingen, bijvoorbeeld bij concurrentie mbt middelen, zoals ondersteuning, subsidies etc.
4. Vervullen van de ambassadeursrol door:
 - a. Omarmen van dit visiedocument en uitdragen van de uitgangspunten (par. 2.4) als bestuurslid;
 - b. Zichtbare interesse tonen in de procesgang en resultaten en ruimte genereren voor verbetering.
5. Onderhouden van externe relaties.

4.3. Ondersteuning en facilitering door bureau

Het bureau van de vereniging krijgt meer ondersteunende taken. We hebben nu drie bureaumedewerkers (directeur, beleidsmedewerker, secretaresse). In de aanzet naar KNO 3.0 willen we uitbreiden met een programmamanager/researchcoördinator. Hiertoe is een vacature uitgezet. Daarnaast zal er in de toekomst waarschijnlijk behoefte zijn aan extra secretariële capaciteit.

De ondersteunende taken van het bureau zullen onder meer omvatten:

- Procesbegeleiding, researchcoördinatie en voortgangsbewaking van de themagroepen;
- Faciliteren van een open (kennis)communicatieplatform waar themagroepen hun werkprocessen kunnen documenteren en leden geïnformeerd en geactiveerd worden om te participeren (ingericht op dialoog);
- Organiseren van verbindingsbijeenkomsten tussen themagroepen in het kader van beleidscyclus en voortgang;
- Aanvragen van projectsubsidies;
- Organisatie en verslaglegging van bijeenkomsten;
- Penvoering van diverse stukken;
- Coördinatie en aansturing flexibele capaciteit voor thema-overstijgende kennisbehoefte gespecialiseerde personen o.a. ICT, researchcoördinator, methodoloog, epidemioloog, communicatieadviseur en juridisch adviseur;
- Begeleiden van eventuele (decentrale en of voorbereidende) besluitvorming;
- Overzicht houden en bewaken van samenhang tussen de themagroepen;
- Zorgdragen voor afstemming en actieve samenwerking met het Kennisinstituut;

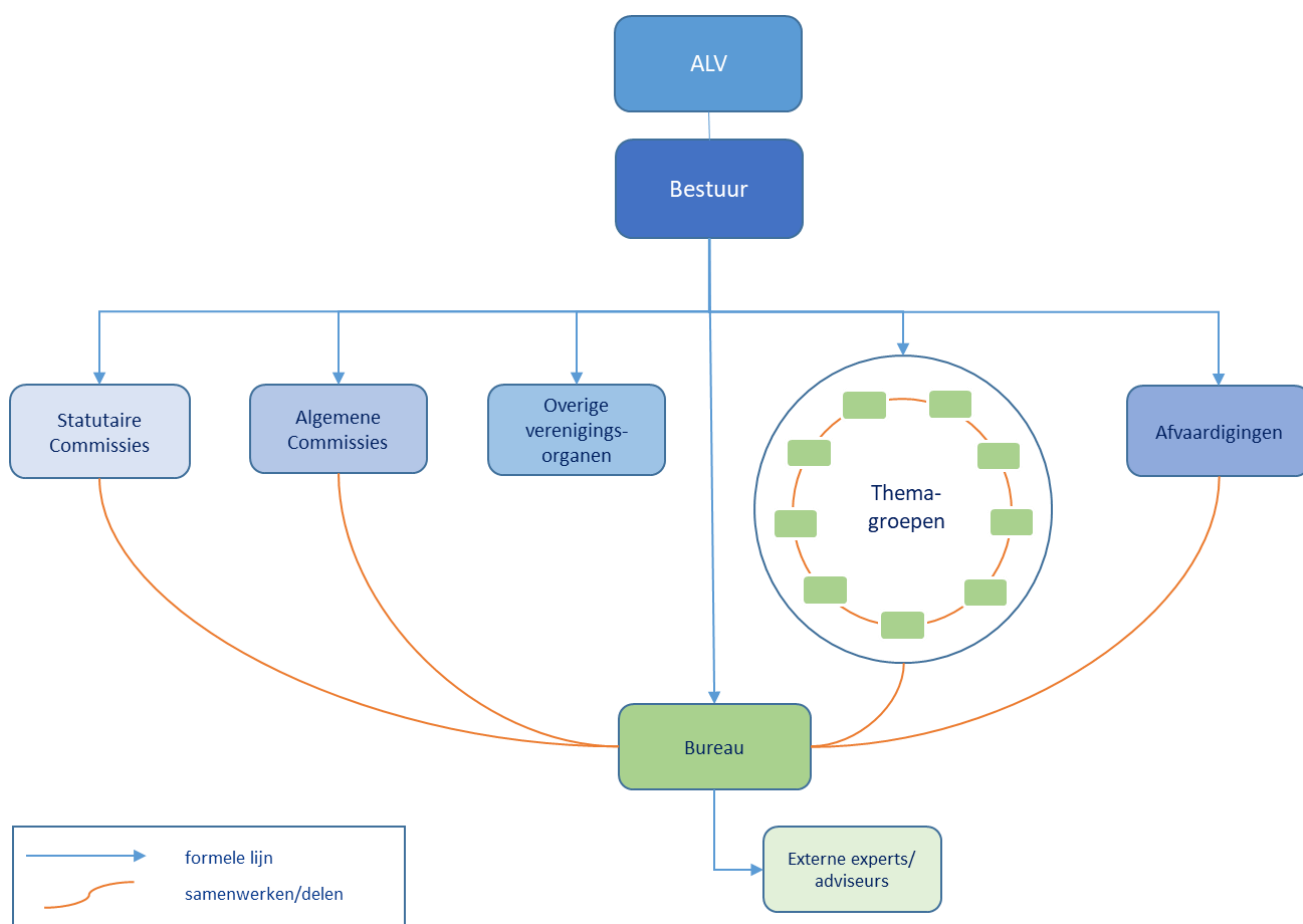
4.4 Inrichting van de vereniging

Figuur 4 geeft de nieuwe inrichting van de vereniging weer. Zichtbaar is welke gremia een functie hebben in de vereniging en hoe zij zich tot elkaar verhouden. Dit zal per gremium verder worden beschreven nadat de hoofdlijn van de nieuwe verenigingsstructuur draagvlak binnen de vereniging heeft verkregen.

In deze figuur is te zien dat themagroepen een cruciale rol spelen in de vereniging en dat ze verbinding hebben met de meeste andere gremia in de vereniging. Diverse verbindingen worden in beeld gebracht. In principe is contact met ieder gremium mogelijk, afhankelijk van wat zich voordoet. Bereidheid tot samenwerking en communiceren is een kerneigenschap van alle betrokkenen.

De oranje cirkel geeft de dwarsverbanden weer tussen de themagroepen. Dit wordt in de praktijk gerealiseerd door regelmatig onderling overleg en samenwerking tussen vertegenwoordigers c.q. portefeuillehouders van themagroepen. Dergelijke overleggen zullen gaan over raakvlakken en thema-overstijgende onderwerpen. Hierbij kan men denken aan specifieke vragen over het modulaire richtlijnonderhoud, het samen bijwerken van de kennisagenda, samenwerking bij het verkrijgen van onderzoekssubsidies, knelpunten bij het uitvoeren van studies, het organiseren van onderzoeksnetwerken en gezamenlijke ICT of juridische oplossingen.

De themagroepen zijn via de kerngroepen direct verbonden met het bestuur. Het bureau van de vereniging ondersteunt het bestuur hierin en faciliteert daarnaast de kerngroepen en werkgroepen op meerdere manieren, zoals beschreven in 4.3.



Figuur 4: Inrichting van de vereniging.

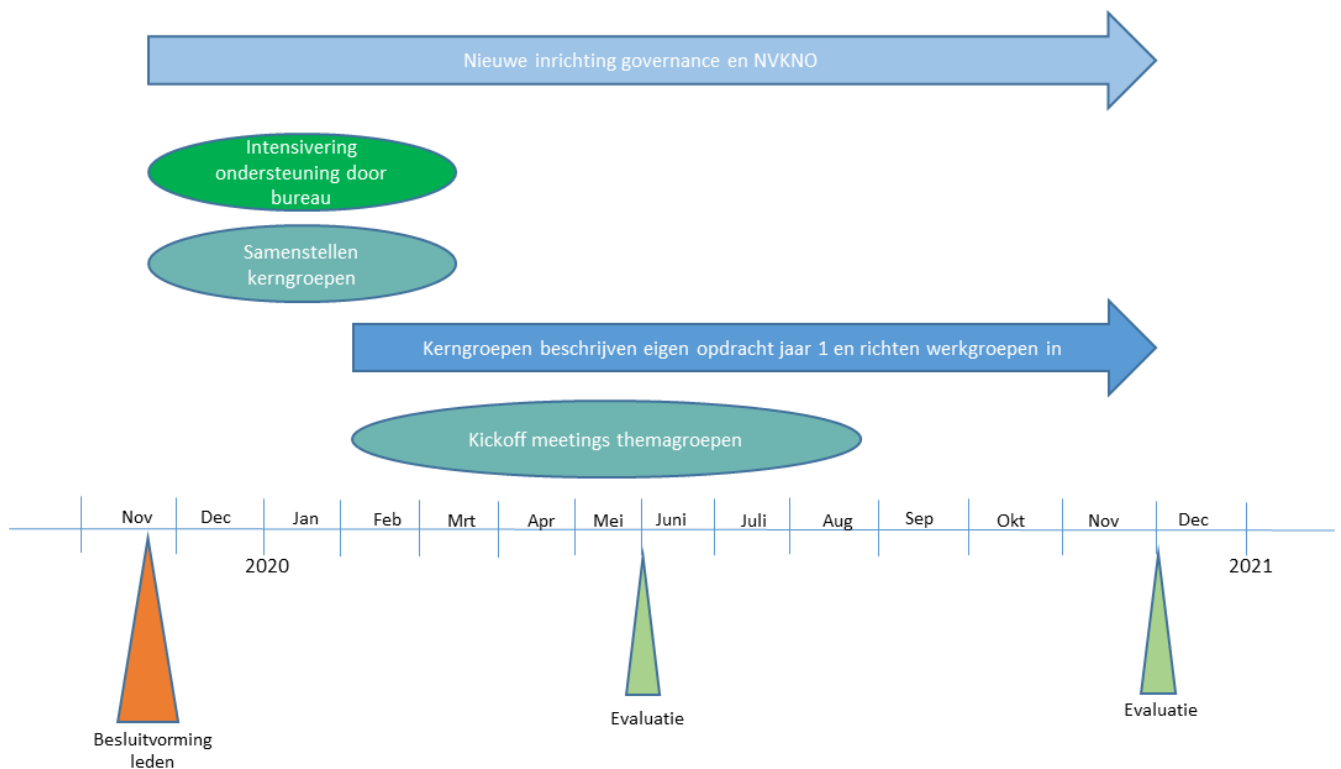
4.5 Budgettair kader

Het oprichten en op de been houden van een organisatie die de doelstellingen van dit visiedocument realiseert, kost menskracht en daarmee geld. Een deel van de kosten kan worden opgevangen door het reorganiseren van de huidige werkzaamheden. De nieuwe doelstellingen reiken echter verder dan onze doelstellingen van de afgelopen jaren en vragen dan ook om extra inzet. Op basis van een berekening van extra vacatie- en reisvergoedingen, extra personele uitgaven voor een programmamanager/researchcoördinator en secretariële ondersteuning en diverse andere te verwachten uitgaven, schatten we dat de jaarlijkse uitgaven van de NVKNO zullen stijgen met maximaal € 150.000. Deze kosten kunnen wij in het eerste jaar uit eigen vermogen dragen. Om een toekomstbestendig financieel beleid te voeren is continuïteit van deze bekostiging onontbeerlijk. Subsidiering voor lopende en nieuwe projecten bij SKMS en ZonMw zal daartoe worden aangevraagd. We realiseren ons dat we een financieel risico nemen omdat we niet zeker zijn van toekenning van de subsidies. Alternatief is uitbreiding van bureaucapaciteit deels te financieren uit een verhoging van de contributie.

5. Fasering

Er is tijd nodig voor afbouw van de oude situatie en opbouw van de themagroepen en benodigde ondersteuning en governance (zie tijdsplanning in figuur 5). Daarbij zijn de volgende aandachtspunten van belang. De fasering van de inrichting van de negen themagroepen is gebonden aan al goedgekeurde projecten waarvoor subsidie is toegezegd en die binnenkort moeten starten. De financiële ruimte, beschikbare bestuurlijke- en bureaucapaciteit geeft begrenzing. De aanstelling van een researchcoördinator/programmamanager is randvoorwaardelijk om de voorbereiding en toegeruste start in te richten. Ook zal een communicatie- en werkplatform voor de themagroepen moeten worden gerealiseerd.

Niet alles zal direct goed gaan en niet alle themagroepen kunnen even snel starten of omschakelen. Het voorstel is om te beginnen met een half jaar overgang/afbouw en proefdraaien, waarbij de themagroepen een eerste compacte opdracht krijgen als pilot. Tijdens deze pilot kunnen de themagroepen worden samengesteld en wordt de taakstelling op inhoud geformuleerd en in het juiste kader geplaatst. De kerngroepen van de themagroepen stellen een plan op voor de komende twee jaar. Een evaluatie van de pilot zal plaatsvinden na maximaal zes maanden.



Figuur 5. Fasering

Bijlage 1. Relatie met diverse projecten

Interactief richtlijnen systeem

Het project Interactief richtlijnen systeem (IRS) is een project gefinancierd door de SKMS en is in september 2019 afgerond.

Het doel van het project is om modules van richtlijnen in een eerder stadium aan de leden aan te bieden voor commentaar, een grotere groep te bereiken en de losse lemma's van de WiKiNO aan richtlijnen in de Richtlijnen-database te koppelen.

Op dit moment zijn alle 362 lemma's onderverdeeld bij bestaande richtlijnen. Van deze 362 lemma's zijn 18 lemma's overgebleven die relevant zijn om toe te voegen aan bestaande richtlijnen. De andere lemma's zaten al in bestaande KNO-richtlijnen (N=224), waren te oud (N=84), sloten niet aan bij een KNO-richtlijn (N=15) of waren niet klinisch relevant/onvoldoende kwaliteit/andere patiëntenpopulatie (N=21).

Er zijn twee modules behorend bij de ZATT-richtlijn als pilot online gezet op de Richtlijnen-database voor de commentaarfase. Daarnaast is voor alle KNO-artsen een account aangemaakt op de Richtlijnen-database. Tijdens de online commentaarfase zijn 302 accounts geactiveerd door KNO-leden. Van die 302 hebben vervolgens 201 KNO-artsen daadwerkelijk naar de modules gekeken. Op deze manier hebben nu veel KNO-artsen op de Richtlijnen-database gekeken en wordt een grotere groep bereikt om commentaar te geven. Op dit moment wordt de Richtlijnen-database verder doorontwikkeld voor een nog efficiëntere autorisatie en commentaarverwerking van modules.

Modulair onderhoud richtlijnen

Binnen de Federatie Medisch Specialisten loopt het project modulair onderhoud van richtlijnen. Dit project beoogt toe te werken naar een stabiel en duurzaam proces ten aanzien van richtlijnonderhoud binnen het medisch specialistisch domein. Dit project is gericht op het onderhoud van richtlijnmodules.

Drieëntwintig wetenschappelijke verenigingen, waaronder de NVKNO, hebben projecten ingediend, gericht op verschillende aspecten van modulair richtlijnonderhoud. Deze projecten lopen tot januari 2020. Daarnaast worden clusters gevormd waarbinnen richtlijnen van alle wetenschappelijke verenigingen vallen. De clusters worden verantwoordelijk voor het modulair onderhouden van de richtlijnen. Voor de NVKNO is er bijvoorbeeld een cluster 'Otologie', waarbinnen richtlijnen van de NVKNO vallen, maar ook van de NVKF en VKGN.

Dit beleidsplan gaat een stap verder dan het FMS project door het modulair richtlijnonderhoud te koppelen aan zorgevaluatiernetwerken.

Zorgevaluatiestudies

Momenteel lopen er diverse zorgevaluatiestudies die geprioriteerd waren in de KNO-wetenschapsagenda uit 2013. De KNO-vereniging heeft het initiatief om een geprioriteerde zorgevaluatiestudie op te pakken, overgelaten aan het veld. Bij een aantal studies zijn problemen ontstaan zoals de patiënteninclusies die moeizaam lopen en de uitgebreide METC aanvragen die voor elk deelnemend ziekenhuis weer anders zijn. Hierdoor is veel vertraging ontstaan en dreigen studies genoodzaakt voortijdig te moeten stoppen. De KNO-vereniging probeert te voorkomen dat deze

studies afgebroken gaan worden, maar het is duidelijk dat dit voor toekomstige studies anders aangepakt moet worden.

Kennisagenda 2.0

In april 2018 is de nieuwe KNO-kennisagenda gepubliceerd. Hierin zijn 16 kennishiaten (openstaande vragen) door KNO-artsen samen met patiëntenverenigingen en overige stakeholders geprioriteerd.

Programma Zorgevaluatie en Gepast Gebruik

Patiënten moeten kunnen rekenen op kwalitatief hoogwaardige en betaalbare zorg, zorgevaluatie kan hierbij helpen. Met zorgevaluatie wordt antwoord gegeven op de vraag welke zorg, voor welke patiënten het meest zinnig is. Verschillende partijen voeren momenteel zorgevaluaties uit.

Tegelijkertijd zijn er uitdagingen. Veel zorg is nog niet geëvalueerd. Het uitvoeren van zorgevaluatie is bovendien in toenemende mate administratief belastend en duurt lang. En bovenal blijkt de implementatie van de uitkomsten uit zorgevaluatie in de praktijk lastig.

Na een kwartiermakersfase, onder leiding van de heer Sjoerd Repping, is het programma Zorgevaluatie en Gepast gebruik (ZE&GG) opgestart in de loop van 2019. ZE&GG heeft als opdracht de lopende initiatieven samen te brengen en partijen te verbinden aan een afgestemde kwaliteitscyclus van agenderen, evalueren en implementeren. Over 5 jaar zou zorgevaluatie een vast onderdeel van reguliere zorgprocessen en zorgverlening moeten zijn.

Het programma ZE&GG vloeit voort uit het Hoofdlijnenakkoord (HLA) Medisch-Specialistische Zorg 2019-2022. Het programma wordt uitgevoerd in opdracht en onder regie van alle HLA-partijen. De betrokken HLA partijen zijn:

- Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ)
- Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra (NFU)
- Patiëntenfederatie Nederland (PFN)
- Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland (V&VN)
- Federatie Medisch Specialisten (FMS)
- Zorgverzekeraars Nederland (ZN)
- Zelfstandige Klinieken Nederland (ZKN)
- Ministerie van VWS

Bijlage 2. Ledenraadpleging

Hieronder is in het kort samengevat wat in de regiobezoeken naar voren is gekomen. De eerste tabel gaat in op wat de huidige beleving is van de leden en de tweede tabel gaat in op de kansen die de leden zien.

Onderwerp	Huidige beleving van de leden	1. 1x genoemd 2. Enkele keren genoemd 3. Vaak genoemd
Projecten algemeen	<ul style="list-style-type: none"> • Haalbaarheid is knelpunt, 70% mislukt • Vaak onvoldoende sustainable • Scepticisme, weerstand 	2 1 1
Uitkomsten van zorg	<ul style="list-style-type: none"> • Behoeft aan spiegelinformatie/evaluatie eigen resultaten/landelijke benchmark • Coördinatie ontbreekt/ondersteuning vanuit de vereniging is nodig • Niet alleen kwantitatief • Maak zinvolle keuzes voor wat je meet • Inclusie is moeizaam • Te veel regelgeving • Veiligheid is voorwaarde en is niet altijd gegarandeerd • Te grote registratielast leidt tot minder bereidheid mee te werken; geldt ook voor patiënten • Ondersteuning op ICT gebied nodig • Met PROMS meten • Objectief meten is ondoenlijk met risico: bepaalde zorg mag je niet meer doen; procesindicatoren zijn beter 	3 3 2 3 2 2 2 3 2 3 3 1
Richtlijnen	<ul style="list-style-type: none"> • Niet pragmatisch, ontoegankelijk • Totale herziening is verwarrend • Kolossaliteit verkleint animo om te helpen met revisie/onderhoud • Niet mogelijk alle vernieuwingen bij te houden/implementatie is lastig • Moeten actueler zijn • Voor jonge klaren zijn richtlijnen relevanter dan voor ouderen. Richtlijn geeft richting aan het vak 	3 3 3 3 2 1
Beloning	<ul style="list-style-type: none"> • Onvoldoende waardering voor het consult om een pt gerust te stellen • Productie gedreven zorg staat anders denken en werken in de weg/meer tijd nodig voor kwalitatief goede zorg 	2 3
Overige	<ul style="list-style-type: none"> • De huishoudelijke vergadering op donderdag is voor velen lastig vanwege OK's 	1 1

	<ul style="list-style-type: none"> • Jonge klaren die in de periferie terecht komen, veranderen van mentaliteit: geld gedreven, minder maatschappelijk bewust 	1
	<ul style="list-style-type: none"> • Jonge klaren horen niets meer nadat ze in de Domus zijn geweest 	1
	<ul style="list-style-type: none"> • Kwaliteitsvisitatie: werk levert niet op wat in verhouding staat tot het werk dat het kost, ander model gewenst 	

Onderwerp	Kansen genoemd door de leden	1. 1x genoemd 2. Enkele keren genoemd 3. Vaak genoemd
Juiste zorg op de juiste plek	<ul style="list-style-type: none"> • Ontwikkel netwerken, ook ism 1^e lijn • Organiseer zorg om de patiënt heen, dit vereist goede communicatie en ICT tussen de lijnen en zorgverleners • Sterke coördinatie noodzakelijk; pt moet kunnen switchen tussen de lijnen • Saneren in patiënten mix, teveel mensen komen onnodig bij KNO-arts 	3 2 3 3
Uitkomsten van zorg	<ul style="list-style-type: none"> • Zie het als kans om te verbeteren (zowel zorg als imago), niet als bedreiging • Kans om kwaliteit te laten zien, regie houden • Zorg voor benchmarks • Landelijke uniformiteit en duidelijkheid van maten en indicatoren vergroot kans van slagen • Verminder registratielast door optimaal benutten EPD systemen/ maak uniforme bouwstenen (template) • Ook uniformiteit tussen academie en periferie • Centrale aansturing en ondersteuning • Werk samen met buitenland op gebied van benchmarking • Dubbel werk voorkomen door auteurschap van research te verdelen over het land. Coördinatie centraal. • Ook laag complex/hoog volume zorg (tonsillen, hoorzorg, neuspassage, OSAS)/top 10 KNOzorg 	3 2 3 3 3 1 3 1 1 3
Richtlijnen	<ul style="list-style-type: none"> • Ga door met richtlijnen maken/onderhouden • Modulair; opknippen in blokken, compact, overzichtelijk, richtlijn voor dummies • Integreer/maak gebruik van wat er is, Inforum kan als voorbeeld dienen • Implementatie verbeteren/meten , maak praktische tools om implementatie te meten • Organiseer richtlijnbijeenkomsten (a la speerpunten, at doen zij beter)/vast onderdeel op KNO-vergadering/wikino achtige sessies • CATs die lokaal blijven hangen is zonde 	3 3 1 3 3 1

Kennishiaten	<ul style="list-style-type: none"> • Maak aparte groepen/subspecialismen/expertgroepen • Ga door met kennishiaten identificeren 	3 1
Beloning	<ul style="list-style-type: none"> • Zorg voor juiste waardering van langere consulten • Nascholingspunten, ook voor interactieve vragen via website 	2 2
Overige kansen	<ul style="list-style-type: none"> • Verstevig onze positie door randgebieden meer te claimen en op randgebieden beter samen te werken (allergie, OSA e.d.) • Pareer scepticisme en weerstand door samenwerking • Zet AIOS en Jonge klaren in bij projecten en commissies • Kijk af bij andere WVen • E-health • Maak ook thema overstijgende groepen zoals bv data-analyse 	3 3 1 1 1
Governance	<ul style="list-style-type: none"> • Plooi activiteiten rond onderwerpen/thema's • Geef vereniging overkoepelende rol 	2 2
Draagvlak creatie & activeren leden & communicatie	<ul style="list-style-type: none"> • Deel successen in de vereniging • Info over innovaties en best practices op één toegankelijke plek • Maak beter gebruik van onze website • Maak vacatures openbaar • Geef update KNO 3.0/houd leden op de hoogte: <ul style="list-style-type: none"> - Zet artikelen in het tijdschrift - Maak App (voor jongeren) met korte samenvattingen + reactie mogelijkheid - Interactief communiceren: Gelegenheid geven om te laten weten dat men mee wil doen, dan wel te laten weten dat men het al doet. • Draag uit dat transparant zijn normaal is • Problemen landelijk bespreken door netwerken te creëren bijv. in een app groep (voorbeeld Bok, otologiegroepje). • Brug slaan tussen de academie en de periferie: ten behoeve van inclusie. Vraag ook de perifericus mee te schrijven en onderzoek opzetten. • Weet van elkaar wat we doen. Wie doet bepaalde zorg bij uitstek, wie heeft specifieke belangstelling. • Voer project uit in kleine stapjes. Maak het een groeimodel met duidelijke stip op horizon • Maak het makkelijk, laagdrempelig • Organiseer KNO-vergaderingen weer in het land, dit vergroot verbondenheid 	1 1 1 1 2 1 1 3 1 1 2 1 3 2 1

Hieronder zijn de discussies tijdens de werkconferentie samengevat:

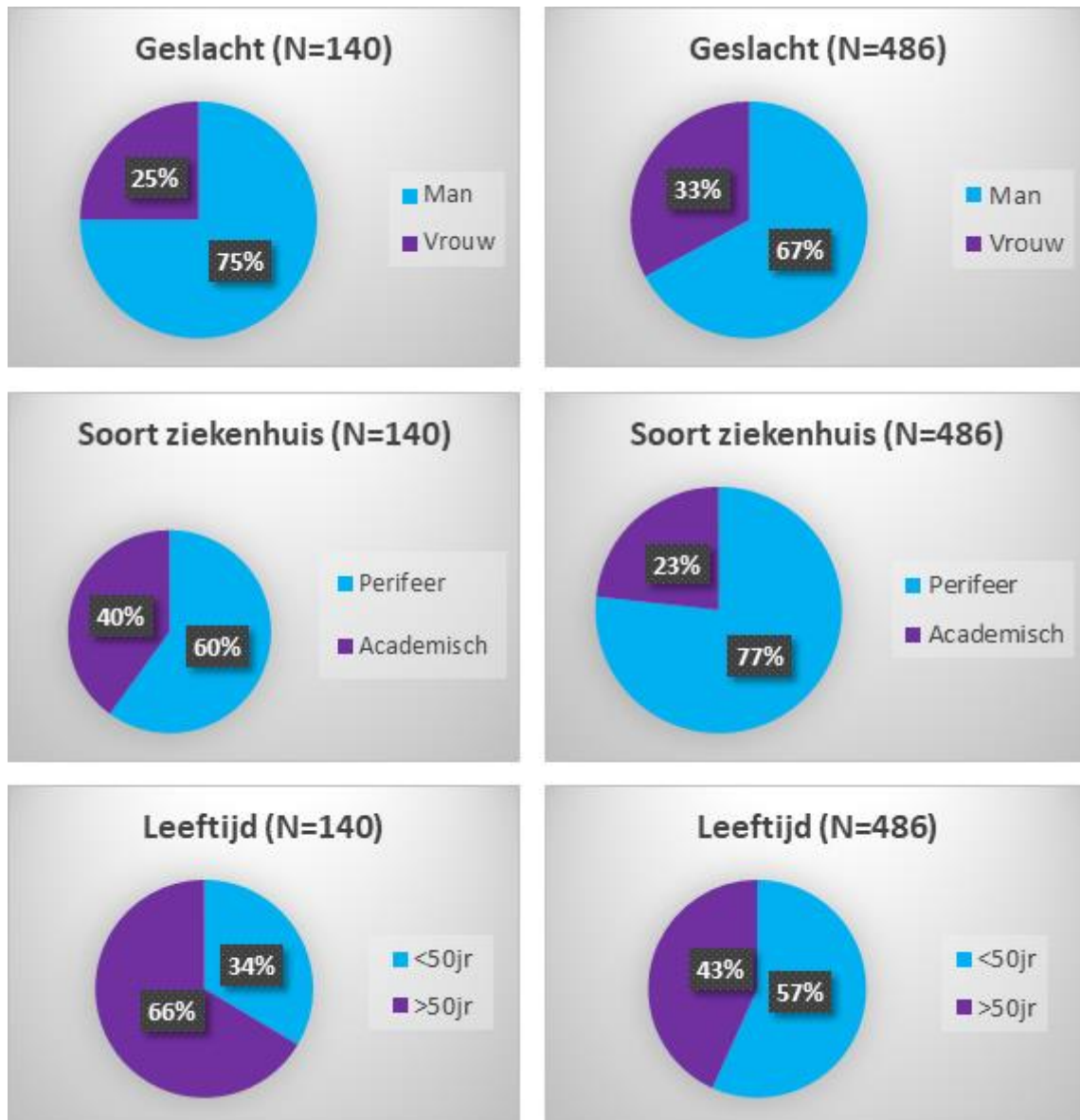
Hoofdstuk/ paragraaf	Opmerkingen
H 1&2	<ul style="list-style-type: none"> • Uitgangspunten en invalshoek worden breed gedeeld. Daarover is eigenlijk geen discussie. • Opmerking: samenvatting start met regie; eigenlijk eerst kwaliteit noemen. • Richtlijnen: wie houdt het overzicht over de themagroepen en modules. • Vaak gehoord advies: houdt overzicht, groot project, voer gefaseerd in.
H 3 Algemeen	<ul style="list-style-type: none"> • Hoe behouden we het overzicht. • Houdt projecten binnen themagroepen onder vlag van vereniging; cave belangen van individuen/individuele afdelingen. • Voeg aan takenlijst themagroep ook zorgpaden toe; richtlijnen dekken niet de gehele zorg. • Hoe bereiken we meer leden: <ul style="list-style-type: none"> ○ ENTER ○ Houdt taken overzichtelijk en behapbaar ○ Successen delen ○ Niet de usual suspects weer benaderen – open vacaturestelling, benoeming door bestuur ○ Belonen activiteiten: nascholingspunten, co-auteurschap, vergoeding (?) ○ Iedere kliniek actieve bijdrage vragen ○ Iedere kliniek vragen om aanspreekpunt ○ Bijdrage aan themagroepen onderdeel maken van visitatie • Facilitering themagroepen (mn kerngroep en werkgroepen) wordt frequent genoemd.
H 3.1	<ul style="list-style-type: none"> • Veel discussie over positie geriatrie en Prevent. Wordt als vergelijkbaar overkoepelend thema gezien. • Bij opsomming themagroepen ook aandachtgebieden zoals op website benoemen.
H 3.3	<ul style="list-style-type: none"> • Discussie over grootte kerngroep: voorstel 3 leden. • Ondersteuning kerngroep belangrijk geacht. • Mbt taak tav zorgevaluatie: denk aan ondersteuning zoals door trialbureau gynaecologie. • Onderlinge communicatie themagroepen niet geadresseerd. Rol van de website als platform en archiveringssysteem, rol van bijeenkomsten per themagroep tijdens KNO-vergadering.
H 3.4	<ul style="list-style-type: none"> • Evenredige samenstelling: niet ieder onderwerp leent zich hier voor; bedoeld is: evenredige vertegenwoordiging van achterban themagroep, niet per se vereniging. • Punt 3: “De uitvoering van de werkzaamheden is van waarde voor de collega KNO-artsen.” – term waarde vervangen door relevantie.
H 4.1	<ul style="list-style-type: none"> • Regioraad: nuttig, staat los van themagroepen.
H 4.2	<ul style="list-style-type: none"> • Wat doen als het niet goed gaat in een themagroep. • Verantwoordelijkheden themagroep beter beschrijven -> 3.4 • Coördinatie bestuur:

	<ul style="list-style-type: none"> ○ bestuur houdt overzicht voortgang binnen themagroepen ○ bestuur houdt overzicht over samenhang activiteiten tussen themagroepen ○ bestuur bewaakt belangentegenstellingen, bijvoorbeeld bij concurrentie mbt middelen, zoals ondersteuning, subsidies etc.
H 4.3	<ul style="list-style-type: none"> • Ondersteuning essentieel.
H 4.4	<ul style="list-style-type: none"> • Inrichting, model ++

Algemeen	Opmerkingen
Uitvoering	<ul style="list-style-type: none"> • Gebruik website voor faciliteren/ICT ondersteuning, archivering acties/vergaderingen themagroepen.
Richtlijnen	<ul style="list-style-type: none"> • Indicatoren afstemmen op richtlijnen + betrekken stakeholders (patiëntenverenigingen) (note: welke indicatoren bedoelen we – interne voor benchmark, of externe voor instanties als IGJ).
Zorgevaluatie	<ul style="list-style-type: none"> • Indicatoren vaststellen. • ICT volgt. • Interventies in research consortium onderbrengen <ul style="list-style-type: none"> ○ Nadenken over ondersteuning door WV maar ook per ziekenhuis ○ Continuïteit: meer studies per ziekenhuis, waardoor betere ondersteuning mogelijk wordt ○ Meer ziekenhuizen laten participeren ○ Per ziekenhuis meer vakgroepen samenwerken • Focus op haalbare projecten; maak keuzes. • Cave concurrentie tussen de themagroepen, mn mbt financiële ondersteuning/subsidies.

Bijlage 3. Samenstelling gremia

De samenstelling van de huidige commissies en werkgroepen (N=140) in vergelijking met de gehele KNO-vereniging (N=486), exclusief AIOS, ereleden, rustende leden etc. is zoals weergegeven in onderstaande figuur:



Bij het inrichten van de themagroepen (bestaande uit een kerngroep en werkgroepen) is het streven deze globaal en voor zover logisch een afspiegeling te laten zijn van het ledenbestand met minimaal één AIOS per kerngroep.

Bijlage 4: Voorstel projecten voor themagroepen

Met het bestuur zijn spelregels en kaders afgesproken waarbinnen de themagroepen gaan werken. De kerngroepen (zie 3.3) zijn verantwoordelijk voor het maken van een programmaplan voor de komende twee jaar. Dit programmaplan wordt gezamenlijk met het bestuur goedgekeurd. De kerngroep heeft dus eigen ruimte voor nieuwe ideeën.

In deze bijlage staan een aantal uitwerkingen van projecten die als uitgangspunt dienen voor het opstellen van het programmaplan.

Project 1: modulair richtlijnonderhoud (kennisduiding)

In dit project gaat de kerngroep een onderhoudsplan ontwikkelen voor modulair richtlijnonderhoud.

Voor alle 365 KNO-modules is al in kaart gebracht of en zo ja, wanneer de modules moeten worden herzien. Dit overzicht is gemaakt door het Kennisinstituut en afgestemd met alle voormalige richtlijnvoorzitters. De kwaliteit van de modules verschilt en niet naar alle onderwerpen wordt evenveel onderzoek gedaan, noch bestaat er over alle onderwerpen evenveel praktijkdiscussie. Verder hebben sommige modules meer het karakter van een gezamenlijk afgesproken norm, die bestendiger zijn over de tijd en dan ook minder frequent herzien hoeven te worden.

De inschatting voor herziening is gedaan met het criterium dat er nieuwe literatuur beschikbaar moet zijn om de aanbeveling van de module te laten veranderen. Hierbij zijn de volgende opties mogelijk:

- Geen nieuwe literatuur = herbevestigen module;
- Nieuwe literatuur, maar bevestiging van aanbeveling = herbevestigen module;
- Nieuwe literatuur met aanpassing aanbeveling = herzien van module;
- Andere vereniging is verantwoordelijk voor de actualiteit = neerleggen bij andere regievoerder;
- Aanbeveling niet meer relevant = laten vervallen.

Het kan dus voorkomen dat er wel nieuwe literatuur is verschenen, maar dat de aanbeveling niet verandert. Er is dan geen herziening nodig.

De kerngroep kan dit onderhoudsplan aanpassen, aangezien het nu alleen door een paar personen is beoordeeld. Daarnaast is er vanuit het project Interactief Richtlijnsysteem (IRS) een overzicht met lemma's die mogelijk relevant zijn om toe te voegen aan de bestaande richtlijnen. Dit kan de kerngroep meenemen in het onderhoudsplan. Er is een beperkt budget om de modules te herzien. De kerngroep zal dus moeten aangeven welke modules prioriteit krijgen om te worden herzien en dit afstemmen met de clusters modulair onderhoud die deze modules daadwerkelijk gaan aanpassen. Hierbij is er ook afstemming met overige stakeholders, zoals de patiëntenvertegenwoordigers en zorgverzekeraars. De systematiek voor modulaire richtlijnen wordt in Federatieverband ontwikkeld.

In principe zouden alle kerngroepen kunnen starten met dit project, echter voor de meer multidisciplinaire themagroepen, zoals Hoofd-halschirurgie en OSA ligt dit iets complexer aangezien dan afspraken moeten worden gemaakt met de werkgroep NWHHT en de longartsen wie welke verantwoordelijkheid heeft. Voor de financiering kan de NVKNO meedoen met één of twee themagroepen met het SKMS-project 'koplopersproject modulair onderhoud' (centraal budget), waar

voor 20 clusters de inrichting wordt gedaan. In 2021 kunnen de themagroepen starten die niet in dit koplopersproject zitten.

Voor vier richtlijnen is al financiering via SKMS voor herziening van een aantal modules:

- Idiopathische Perifere Aangezichtsverlamming (IPAV) (2009) > themagroep Otologie
- Otitis Externa (2011) > themagroep Otologie
- Otitis Media (2012) > themagroep Pediatrie
- OSAS bij kinderen (2012) > themagroep Pediatrie

Daarnaast wordt de richtlijn Hoofd-halstumoren op dit moment modulair aangepast met behulp van een SKMS-subsidie, waarbij er goede samenwerkingsafspraken zijn gemaakt met de NWHHT.

Acties

- Maak inzichtelijk welke richtlijnen onder welke themagroep passen;
- Pas het onderhoudsplan aan per module. Nieuwe literatuur in kaart brengen (searches per module laten herhalen door literatuurspecialist van het Kennisinstituut) + overzicht studies die bijna zijn afgerond/net zijn afgerond (overzicht ZonMw Doelmatigheidsonderzoek is beschikbaar). Hieruit volgt een 'grove' planning/prioritering. Er kan per module ook gekozen worden voor de opties:
 - o Neerleggen bij andere regievoerder;
 - o Laten vervallen.
- Bespreek deze prioritering tijdens een invitationaal met stakeholders. Overweeg een digitale inventarisatie vooraf.
- Maak met de kerngroep de planning voor de komende 3 jaar en maak een prioritering op basis van het beschikbaar gestelde budget.
- Evalueer met de kerngroep:
 - o De inspanning in relatie tot de opbrengst;
 - o In hoeverre er vertrouwen is dat de prioriteiten voor meerdere jaren kunnen worden gesteld.
- Stel een werkgroep samen uit die het onderhoud willen gaan uitvoeren, in afstemming met de clusters modulair onderhoud van de Federatie.
- Modules daadwerkelijk herzien.

Resultaten

- Eerste oriënterende search uitgevoerd;
- Lijst met modules die herzien moeten worden;
- Een onderhoudsplan voor wanneer welke modules herzien kunnen worden;
- Conceptmodules gereed voor commentaar.

Planning

Q2 2020 – Q2 2021

Benodigde middelen

- Begeleiding themagroep door programmamanager/researchcoördinator > 150u per themagroep
- 2x vergaderen per themagroep + voorbereiden > 8u per themagroep

- Per module is een budget van 5-10k nodig

Project 2: zorgevaluatie (kennisontwikkeling)

In dit project wordt invulling gegeven aan de kennisagenda door het opzetten van zorgevaluatiestudies.

De NVKNO heeft het initiatief om een geprioriteerde zorgevaluatiestudie op te pakken tot nu toe overgelaten aan het veld. Waar dit de kansen op succes vergroot zal de vereniging hier meer ondersteuning en actievere sturing en coördinatie gaan bieden. In het verlengde hiervan wordt gestreefd naar het gezamenlijk ontwikkelen van landelijke onderzoeksnetwerken, die met name gericht zijn op het bijbehorende evaluatieonderzoek.

Daarnaast zijn bij een aantal lopende studies problemen ontstaan, zoals de patiënteninclusie die moeizaam loopt en de uitgebreide METC-aanvragen die voor elk deelnemend ziekenhuis weer anders zijn. Hierdoor is veel vertraging ontstaan en één studie was genoodzaakt voortijdig te stoppen. Het is duidelijk dat dit voor toekomstige studies anders aangepakt moet worden. Dit sluit aan bij het programma Zorgevaluatie en Gepast Gebruik (komt voort uit het Hoofdlijnenakkoord Medisch Specialistische Zorg 2019-2022) waar één van de actiepunten is om een plan te maken om de belemmerende factoren met de grootste impact voor huidig en toekomstig evaluatieonderzoek op te lossen.

Voor alle themagroepen staat een onderzoeksvraag op de kennisagenda, dus in principe kunnen alle themagroepen hier mee starten. Het is echter niet verstandig om voor alle themagroepen tegelijk een subsidieaanvraag in te dienen, aangezien deze dan in concurrentie met elkaar zijn.

Acties

- Overzicht maken lopende zorgevaluatiestudies per themagroep en in kaart brengen financieringsmogelijkheden;
- In kaart brengen bestaande onderzoeksnetwerken per themagroep;
- Overzicht maken met geprioriteerde onderzoeksvragen uit de kennisagenda en aangeven welke vragen binnen de kaders van de verschillende subsidieprogramma's passen;
- Vragenlijst uitzetten bij alle projectleiders van lopende zorgevaluatiestudies om in kaart te brengen welke belemmerende en stimulerende factoren zij ondervinden in de uitvoer van evaluatieonderzoek;
- Bijeenkomst organiseren om aanvraag uit te werken en juiste mensen bij elkaar te zetten voor het vormen van een onderzoeksgroep.

Resultaten

- Overzicht lopend zorgevaluatieonderzoek;
- Overzicht bestaande onderzoeksnetwerken;
- Lijst met belemmerende factoren opzetten zorgevaluatieonderzoek;
- Aanvraag ingediend bij subsidieprogramma.

Planning

Q2 2020 – Q2 2021

Benodigde middelen

- Begeleiding themagroep door programmamanager/researchcoördinator > 150u per themagroep
- 1x bijeenkomst voor uitwerking aanvraag + voorbereiden > 8u per themagroep

Project 3: implementatie (kennistoepassing)

In dit project gaat de themagroep de onderzoeksresultaten van een zorgevaluatiestudie implementeren. Een goed voorbeeld die zich hiervoor leent zijn de recente resultaten van de septumstudie. Dit onderwerp past binnen de themagroep rhinologie of aangezichtschirurgie.

Een correctie van het neusschot is de meest voorkomende operatie die door KNO-artsen bij volwassenen wordt verricht. Het is nu duidelijk dat deze ingreep effectief is. Patiënten met een scheef neustussenschot dat door een operatie is rechtgezet hebben minder neusklachten, zijn minder verkouden en kunnen beter ademen en slapen dan patiënten die geen operatie hebben gehad. Voor dit onderwerp is geen richtlijn beschikbaar. Het is belangrijk om deze onderzoeksresultaten te vertalen naar een aanbeveling, zodat deze landelijk kunnen worden opgevolgd en geïmplementeerd.

Daarnaast kan (de kerngroep van) één van de themagroepen een plan van aanpak opstellen voor het verbeteren van de implementatie van richtlijnen. Hiervoor zou de themagroep laryngologie een goede keuze zijn, aangezien deze minder bij de andere projecten naar voren komt en hierbinnen twee richtlijnen vallen, Stemklachten en Orofaryngeale dysfagie, die in 2016 en 2017 zijn opgeleverd en inmiddels geheel geïmplementeerd zouden moeten zijn.

Acties

- Afstemmen met onderzoeksgroep septumcorrectie over ontwikkelen module(s);
- Subsidie aanvragen en module(s) ontwikkelen;
- Barrières en succesfactoren identificeren voor implementeren van richtlijnen.

Resultaten

- Richtlijn/module over septumcorrectie;
- Plan van aanpak voor verbeteren van implementatie van richtlijnen.

Planning

Q2 2020 - Q2 2021

Benodigde middelen

- Begeleiding themagroep door programmanager/researchcoördinator > 100u voor themagroep laryngologie
- Proces- en methodologische begeleiding + vacatiegelden + vergaderkosten voor ontwikkelen richtlijn > 50.000,- (hangt af van aantal modules, ongeveer 10.000,- per module)