



# Kwaliteit op Maat 2021-2025

**Auteur:** Ageeth Hodes-van der Zee, adviseur Kwaliteit en Beleid

**Versie:** 25 maart 2021

## Inhoudsopgave

Inhoudsopgave .....	2
1. Inleiding .....	3
2. Visie op kwaliteit.....	5
3. De kwaliteitscyclus .....	7
4. Bouwstenen van het nieuwe kwaliteitsbeleid.....	8
4.1 Samen leren en verbeteren.....	8
4.2 Spiegelinformatie als input .....	9
4.3 Maak kwaliteitsverandering (output) en verwachtingen duidelijk.....	10
4.4 Laat 'voorbeeldig' leiderschap zien .....	11
5. Organisatie van kwaliteit .....	12
5.1 De manager Ketenzorg .....	12
5.2 Het kwaliteitsteam .....	12
5.3 De expertteams .....	13
5.4 De multidisciplinaire expertgroepen .....	13
Bijlage 1 Onze kwaliteitsinstrumenten in de PDCA-cyclus .....	15
Bijlage 2 Meer over het kwaliteitsteam .....	16

# 1. Inleiding

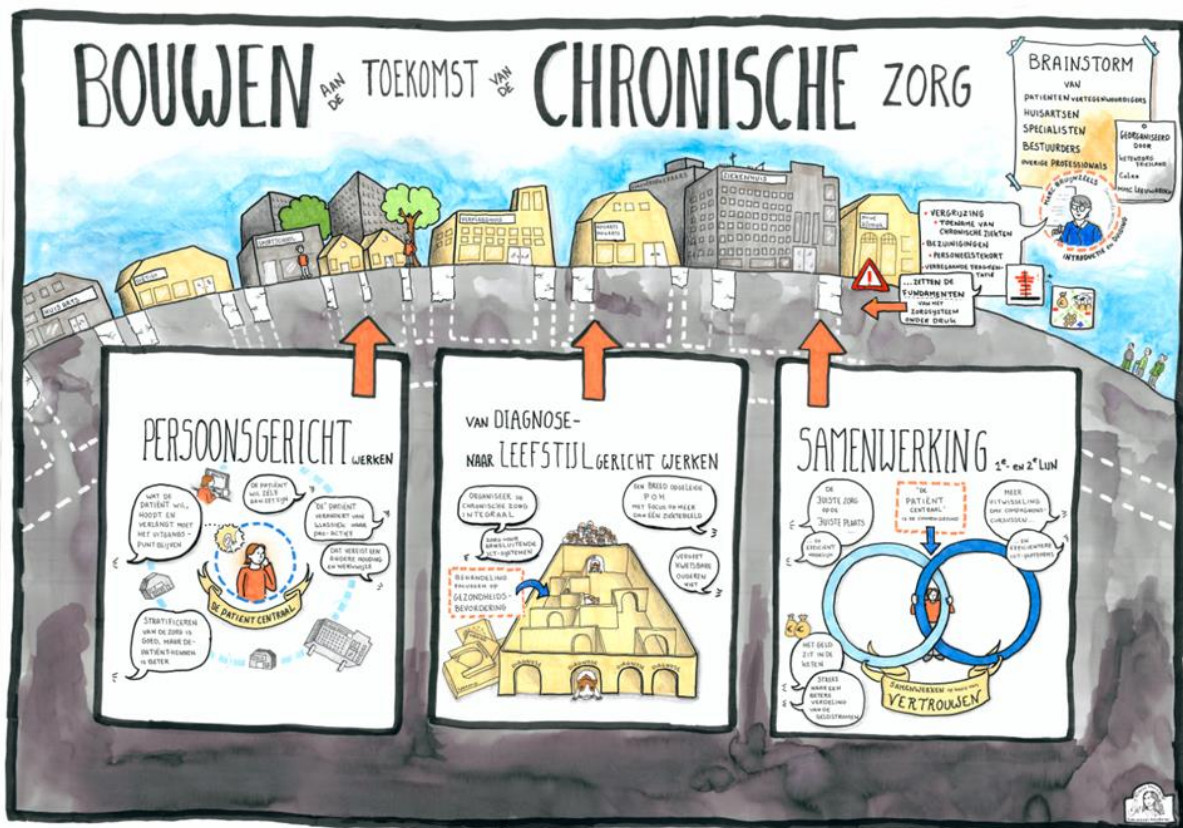
Wij zijn Ketenzorg Friesland - verbindende schakel in chronische zorg. Wij vormen samen met Dokterswacht, Doktersdiensten en Doktersacademie, Dokterszorg Friesland. Wij zijn dé partner in de zorg voor mensen met een chronische aandoening en/of (leeftijd gerelateerde) kwetsbaarheid. We helpen zorgverleners in de eerstelijns zodat patiënten goede integrale, toekomstbestendige, persoonsgerichte zorg krijgen tegen acceptabele kosten. We zijn innovatief en hanteren efficiënte processen en procedures. Wij werken vanuit onze kernwaarden:

- Betrokken
- Gewetensvol
- Vertrouwen
- Samen
- Deskundig

Wij bieden [zorgprogramma's](#) voor de ketens [Diabetes Mellitus 2 \(DM2\)](#), [Astma/COPD](#), en [CVRM](#) tegelijkertijd gaan de kaders van de ketens knellen:

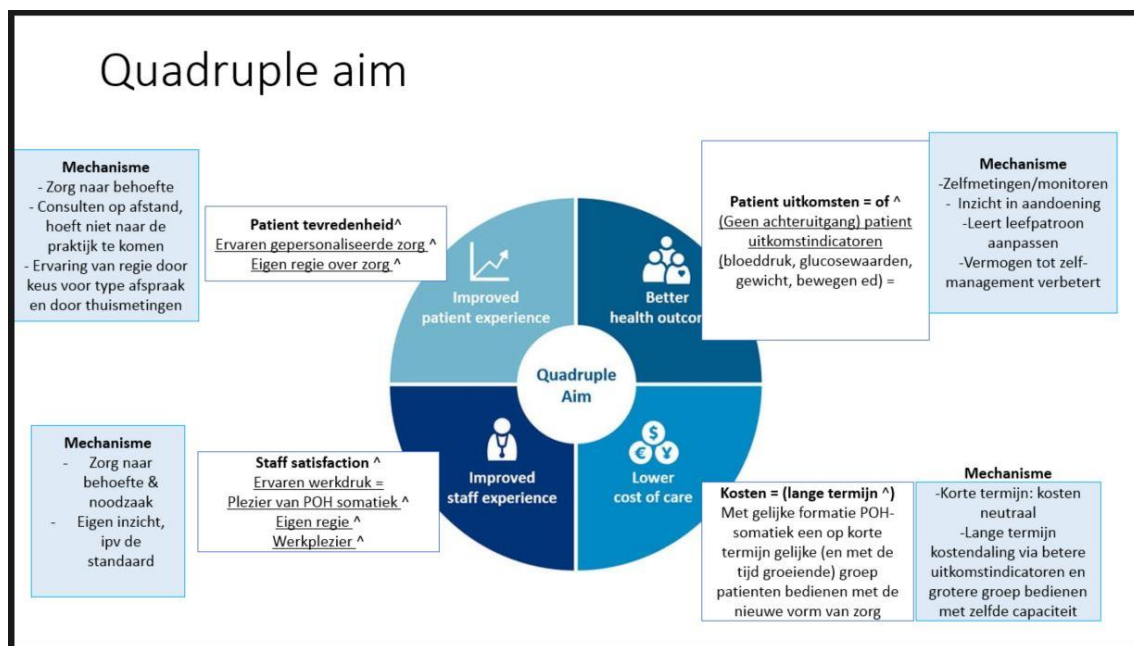
- De patiënten van nu hebben multimorbiditeit, een veranderende zorgbehoefte en grote variatie in gezondheidsvaardigheden.
- De zorgverleners staan onder druk door krapte op de arbeidsmarkt en door groei van de chronische populatie in hun praktijken.

Voor de huisartsenzorg zijn deze veranderingen van grote betekenis. De toenemende omvang en complexiteit van de zorg stelt ons voor de vraag hoe we het werk voor huisartsen (en het ondersteunend personeel in de huisartsenvoorziening) hanteerbaar en aantrekkelijk kunnen houden. Een meer integrale kijk op de inrichting van de zorg is hierbij behulpzaam. In onze visie moet er in de chronische zorg een verschuiving plaatsvinden naar integrale zorg. De poster "Bouwen aan de toekomst van de chronische zorg" die is ontwikkeld op een interactieve avond met onze huisartsen en stakeholders (jan 2020), dient hierbij als bouwtekening:



Het fundament voor integrale zorg bestaat dus uit drie pijlers met als basis de Quadruple aim:

De behoefte van de patiënt centraal	Van diagnosegericht naar leefstijlgericht werken	Samenwerking in zorg regionaal
Persoonsgericht werken	Focus op gezondheidsbevordering en preventie	Basis is vertrouwen
Positieve gezondheid Het andere gesprek	Integrale zorg op maat	De patiënt weer centraal
Patiënt in de regie	Zorg op afstand en E-health	De Juiste Zorg op de Juiste Plaats
Samen beslissen	Breed opgeleide, generieke POH	Efficiënte ICT platforms
Value Based Health Care	Aandacht voor kwetsbare ouderen	Multidisciplinaire benadering ook in scholingen
Quadruple aim: Patiënttevredenheid, Patiëntuitkomsten, Medewerkerstevredenheid en Kosten		



In dit beleidsplan beschrijven we hoe wij de kwaliteit van zorg binnen de zorgprogramma's gezamenlijk willen verbeteren en borgen. Zo willen wij huisartsen(praktijken) en andere ketenpartners ondersteunen bij het vormgeven van de zorg voor chronische patiënten. Het Kwaliteitsbeleid op Maat van Ineen, de branchevereniging van gezondheidscentra en zorggroepen, is de basis van ons nieuwe kwaliteitsbeleid.

## 2. Visie op kwaliteit

Het kwaliteitsdenken in de zorg is aan het veranderen. Kwaliteit van zorg wordt bepaald door wat zorgverleners en patiënt samen goede zorg vinden.

Patiënten vragen om zorg op maat, die past bij hun behoeften, doelen en levensverhaal.

Professionals geven aan dat hun werk meer is dan alleen het toepassen van richtlijnen en meetbare indicatoren. Zij willen de best mogelijke zorg verlenen, die meerwaarde oplevert voor de patiënt en hebben daarbij behoefte aan regelruimte.

De zorgprofessional sluit dus aan bij de behoefte van de patiënt. Zorgprogramma's en NHG-standaarden zijn ondersteunend.

*Centraal staan:*

***het (samen) lerend vermogen en de intrinsieke motivatie van professionals***

*We gaan van:*

***verantwoording afleggen naar verantwoordelijkheid nemen voor samen leren en ontwikkelen***

Medisch bewijs, normen en indicatoren hebben ons veel gebracht zoals uitstekende zorg voor chronische aandoeningen. Het blijft daarom belangrijk om de basis op orde te houden en te voldoen aan wet- en regelgeving. We gebruiken de **PDCA-cyclus** als motor voor het systematisch verbeteren en borgen van kwaliteit.

**De bouwstenen voor ons nieuwe kwaliteitsbeleid zijn:**

1. samen leren en verbeteren
2. spiegelinformatie vanuit verschillende hoeken (input) benutten
3. kwaliteitsverandering (output) en verwachtingen duidelijk maken
4. voorbeeldig leiderschap tonen

Voor een structurele verandering van het kwaliteitsbeleid is commitment en draagvlak van de gehele organisatie nodig. Daarbij is het belangrijk om met elkaar te bedenken hoe de opbrengsten en inspanningen van een verandering zich tot elkaar verhouden. Daar wordt het werk leuker en makkelijker van!

***Een lerende praktijk vraagt:***

- *een bescheiden en nieuwsgierige houding*
- *naast evidence- en practice based werken, ruimte voor andere kennisbronnen zoals: patiëntervaringen, zorggebruik, zorgverlenerstevredenheid, data, verhalen etc.*
- *het meenemen van patiënten, andere zorgverleners, zorgverzekeraars en toezicht-houders*
- *met elkaar in gesprek blijven over kwaliteitsverandering*
- *transparantie over het leerproces zelf*

## De basis op orde

De '[basis op orde](#)' verwijst naar de kwaliteitskenmerken die gebaseerd zijn op wet- en regelgeving en essentiële elementen uit het kwaliteitsbeleid. Zorgorganisaties dienen te voldoen aan deze kwaliteitsaspecten. In tegenstelling tot de kwaliteitskenmerken in de bouwstenen zijn deze kenmerken niet vrijblijvend. Ze vormen de basis van goede en veilige zorg.

	Toetsbaar kwaliteitskenmerk	Gereedschap
<b>Goede en veilige zorg</b>	Monitoren van proces- en uitkomstindicatoren	Streefwaarden spoedzorg/ branchenormen Landelijke benchmark indicatoren Kwaliteitsmanagementsysteem <sup>1</sup>
<b>Professionaliteit</b>	Zorgprogramma's zijn gebaseerd op vigerende zorgstandaarden	Landelijke richtlijnen en standaarden
	Bevoegd en bekwaam zorgteam en stafcapaciteit van voldoende omvang aanwezig	Functieprofiel/functie-eisen Kwaliteitsregisters
	Aanbieden geaccrediteerde, (multidisciplinaire) deskundigheidsbevordering	Overzicht scholingsaanbod
<b>Wet- en regelgeving:</b>	Organisatie voldoet aan wet en regelgeving op gebied van: <ul style="list-style-type: none"> <li>- privacy</li> <li>- informatieveiligheid</li> <li>- patiënteninformatie/informed consent</li> <li>- patiëntveiligheid</li> <li>- organisatorische regels</li> <li>- personeelsbeleid</li> <li>- klachtenregeling</li> <li>- kwaliteitsjaarverslag</li> </ul>	AVG  WGBO VIM/TIM  Cao/ARBO/VOG WKKGZ/klachtenfunctionaris WTZi

<sup>1</sup> Het Kwaliteit Management Systeem (KMS) is een managementsysteem voor het sturen en beheersen van een organisatie met betrekking tot kwaliteit. Het zorgt voor een *doelmatige (kostenefficiënte) manier van werken binnen een organisatie die ertoe leidt dat de organisatie goede producten en diensten levert waar de klanten tevreden over zijn*. Een kwaliteitsmanagementsysteem bevat meer dan procedures en werkinstructies en is veel meer dan een kwaliteitshandboek. Het gaat vooral om strategie en tactiek, inrichting van de organisatie, taken, bevoegdheden en verantwoordelijkheden, normen en waarden, kennismanagement, houding en gedrag

### 3. De kwaliteitscyclus

In de lerende organisatie wordt de PDCA-cyclus gebruikt als 'motor' voor het systematisch verbeteren en borgen van de kwaliteit. De PDCA-cyclus kent vier stappen:

- Plan: zoek de knelpunten en maak een plan;
- Do: voer het plan uit;
- Check: meet en evalueer wat er gebeurt;
- Act: stuur het proces zo nodig bij

Er zit geen einde aan de PDCA-cyclus. Na elke ronde begin je weer opnieuw. Het verbeterproces wordt voorgesteld als een wiel dat tegen een heuvel op rolt. Die heuvel symboliseert de continue verbetering. Iets wat een heuvel oprolt, kan ook naar beneden rollen. Om te voorkomen dat een gerealiseerd kwaliteitsdoel weer afzakt is daarom borging nodig.



Kwaliteitskenmerken:	Onze instrumenten:	Wat te ontwikkelen?
We stellen kwaliteitsdoelen op die van betekenis zijn voor aangesloten zorgverleners en/of praktijken, patiënten en andere belanghebbenden.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ineen-indicatoren</li> <li>• Benchmarking</li> <li>• Scholingsvoorwaarden</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Accreditering/certificering volgens het nieuwe kwaliteitsdenken</li> <li>• Netwerkzorgindicatoren</li> </ul>
Wij ondersteunen aangesloten zorgverleners en/of praktijken bij het identificeren van verbeterpunten in de kwaliteit van (de organisatie van) het zorgverleningsproces.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• S&amp;B rapporten en benchmarking</li> <li>• Praktijkbezoeken</li> <li>• Inzet kwaliteitscoaches/ verpleegkundig consulenten</li> </ul>	
We helpen hen bij het doorlopen van de PDCA-cyclus.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kort cyclische verbetertrajecten</li> </ul>	
We nemen de verantwoordelijkheid niet over. Die blijft bij de zorgverlener en/of praktijk.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Coaching en ondersteuning</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <a href="#">Toepassen van Trechter van verdunning</a></li> </ul>
We gebruiken de kwaliteitscyclus ook toe bij het kwaliteitsbeleid van de eigen organisatie	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kwaliteitsjaarplan</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kwaliteitsmanagementsysteem</li> <li>• Zelfevaluatie (gebaseerd op het nieuwe 'Kwaliteitsbeleid op Maat')</li> <li>• Onderlinge visitatie tussen (regionale) organisaties.</li> </ul>

Onze kwaliteitsinstrumenten in de PDCA-cyclus vind je in bijlage 1.

**Tips voor goede verbeteracties:**

- *passend, zo kort mogelijke doorlooptijd*
- *verbetering op één onderdeel gaat niet ten koste van de kwaliteit van een ander deel van de zorg.*
- *creëer draagvlak, maak de noodzaak, werkzaamheid en doelmatigheid van veranderingen helder. Draagt het niet bij aan kwaliteit, overweeg dan of het kan worden geschrapt. ([Trechter van Verdunning](#))*

## 4. Bouwstenen van het nieuwe kwaliteitsbeleid

### 4.1 Samen leren en verbeteren

We creëren een stimulerende omgeving, waarin samen leren een vanzelfsprekend onderdeel is van professionaliteit. Dit draagt bij aan permanente kwaliteitsverbetering. We betrekken hierbij ook professionals uit andere disciplines, patiënten en andere stakeholders. We bieden ruimte en scheppen vertrouwen, we ondersteunen elkaar bij het werken aan kwaliteitsverbetering. We sluiten aan op de drijfveren en behoeften van de ander en benutten de aangrijpingspunten voor verbetering door de ander te coachen. We praten met elkaar over kwaliteit. Leren gaat makkelijker als je er plezier in hebt, dus zorgen we ervoor dat werken aan kwaliteit leuk is en maken we het niet te ingewikkeld.

<b>Kwaliteitskenmerken:</b>	<b>Onze instrumenten:</b>	<b>Wat te ontwikkelen?</b>
Wij inventariseren op een gestructureerde manier periodiek de (persoonlijke) leerbehoefte en ontwikkelwensen van onze zorgverleners en/of praktijken en (eigen) medewerkers.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Praktijkbezoeken</li> <li>• POP/ jaargesprekken met eigen medewerkers</li> </ul>	
We helpen ze met tijd en middelen om met elkaar te leren en te verbeteren.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Scholingen voor POH en ketenpartners</li> <li>• Inzet kwaliteitscoaches/ verpleegkundig consultants</li> <li>• Groepsbijeenkomsten en scholingen voor patiënten</li> </ul>	Interprofessioneel leren  Ontwikkeling van (digitale) leernetwerken.
We ondersteunen mogelijkheden voor gezamenlijke reflectie op het professionele handelen waardoor we van elkaar kunnen leren.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Scholing Motiverende gespreksvoering</li> </ul>	Ondersteunen van diverse vormen van toetsoverleggen (FTO, Intervisie op praktijkniveau of op zorggroep niveau)
We werken aan een open en veilige cultuur de ruimte biedt voor reflectie en het leren van fouten en briljante mislukkingen.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Investeren in relaties met patiënt, ketenpartners, huisartsen, POH en samenwerkingspartners</li> </ul>	



## 4.2 Spiegelinformatie als input

Om de kwaliteitscyclus in beweging te brengen en te houden is input vanuit meerdere invalshoeken nodig. We kijken daarbij vanuit verschillende perspectieven:

- Inhoud en organisatie, ook vanuit andere velden;
- Evidence en Practice based geneeskunde, professionele standaarden en richtlijnen & wetenschappelijk onderzoek
- Quadruple-aim (medisch-inhoudelijke indicatoren, patiëntervaringen, zorgverlenerstevredenheid en cijfers over zorggebruik en kosten).

Kwaliteitskenmerken	Onze instrumenten	Te ontwikkelen
Wij gebruiken verschillende bronnen van (kwalitatieve en kwantitatieve) spiegelinformatie om te reflecteren op de kwaliteit van de (eigen) zorg- en dienstverlening.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Proces- en uitkomstindicatoren uit de landelijke benchmarks</li> <li>• Ziekenhuisdata/Vektis</li> <li>• Data-extracties uit Huisartsen Informatie Systeem (HIS) of Keten Informatie Systeem (KIS)</li> <li>• Ineen indicatoren</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Zelfevaluatie van de organisatie</li> <li>• Gecombineerd gebruik van gegevens volgens 'Big data'-principes</li> <li>• Zorggroepenatlas</li> </ul>
We betrekken patiëntervaringen en zorgverlenerstevredenheid bij het werken aan kwaliteit.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Jaargesprekken (kwalitatief)</li> <li>• Zorgverlenerstevredenheids-onderzoek (kwantitatief)</li> <li>• Patient related experience measurement (PREM's)</li> <li>• Focus- en spiegelgesprekken met patiënten</li> <li>• Patiëntreizen</li> <li>• Veilig Incident Melden (VIM)</li> <li>• Transmuraal Incident Melden (TIM)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Lokale zorg- en welzijnsdata (uit WLZ en WMO)</li> </ul>
We gaan met de aangesloten zorgverleners en/of praktijken en eigen personeel in gesprek over de beschikbare spiegelinformatie en helpen bij de reflectie hierop.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Jaargesprekken</li> </ul>	
We betrekken (vertegenwoordigers van) patiënten en andere belanghebbenden bij het gesprek over kwaliteit	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Expertgroepen (operationeel niveau)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cliëntenraad</li> <li>• Participantenforum (strategische/tactisch niveau)</li> </ul>
We gebruiken de uitkomsten van gesprekken over kwaliteit voor het doorlopen van de (eigen) kwaliteitscyclus.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• (Jaar)gesprekken met HAP</li> <li>• Gebruik van best practices en praktijkvariatie</li> </ul>	Leren van briljante mislukkingen

### **Benut praktijk variatie**

*Als je gaat spiegelen wordt praktijkvariatie zichtbaar. Het is de mate waarin zorgaanbieders verschillen in de frequentie waarmee en/of wijze waarop zorg wordt geboden aan patiënten met vergelijkbare gezondheidsproblemen.*

*Praktijkvariatie kan acceptabel en zelfs gewenst zijn, indien zij wordt veroorzaakt door:*

- *aantoonbare verschillen tussen patiënten(populaties) en hun voorkeuren, die aanpassing vereisen vanuit het oogpunt van gepaste zorg en/of voor ruimte in interpretatie en toepassing van wetenschap en richtlijnen*
- *taakverdeling*
- *concentratie*
- *overige verschillen tussen zorgaanbieders, die op basis van landelijke kwaliteitsstandaarden rechtvaardigen dat die zorg juist wel of juist niet wordt geleverd door de betreffende aanbieder en toch als gepast kan worden beschouwd .*

*Praktijkvariatie kan ook onverklaard c.q. ongewenst zijn en verdient dan nadere analyse en interventies om deze te verkleinen.*

## **4.3 Maak kwaliteitsverandering (output) en verwachtingen duidelijk**

Wij willen een gerechtvaardigd vertrouwen in onze kwaliteit en daarom laten we zien hoe wij en onze professionals voortdurend leren en samen werken aan kwaliteit. Veranderparameters helpen daarbij. Deze bieden inzicht in het leerproces, de voortgang daarin en wat men aan output mag verwachten. We bespreken deze met patiënten, zorgverzekeraars en toezichhouders. Wij kiezen samen met onze zorgverleners en/of praktijken, op welke onderdelen van het kwaliteitsbeleid de focus ligt.

<b>Kwaliteitskenmerken</b>	<b>Onze instrumenten</b>	<b>Te ontwikkelen</b>
Wij formuleren, samen met de aangesloten zorgverleners en/of praktijken, (eigen) personeel, patiënten en andere belanghebbenden, veranderparameters over ontwikkelingen in kwaliteit van zorg.	<ul style="list-style-type: none"><li>• Expertteam- en groepen</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Goede uitkomstindicatoren ontwikkelen</li><li>• Accreditering/certificering volgens de principes van het nieuwe kwaliteitsdenken (nadruk op leren en verbeteren)</li></ul>
We laten zien hoe we op een gestructureerde manier werken aan kwaliteitsverbetering en -borging en vergroten daarmee het draagvlak bij belanghebbenden	<ul style="list-style-type: none"><li>• Jaarverslag kwaliteit</li><li>• Publieksvriendelijke versie van het (kwaliteits)jaarverslag</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Dashboard met essentiële indicatoren uit landelijke kwaliteitskaders</li></ul>
We geven aan welke ontwikkelingen op het gebied van kwaliteit (intern en extern) hebben plaatsgevonden en wat daarbij is geleerd.	<ul style="list-style-type: none"><li>• Trends analyseren in de lokale/regionale en landelijke benchmarkgegevens</li><li>• Jaarverslag kwaliteit</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Inzicht in wat is geleerd van klachten/incidenten/calamiteiten</li></ul>
We delen periodiek de voortgang van het kwaliteitsbeleid met onze zorgverleners, hun praktijken, (eigen) medewerkers, patiënten en andere belanghebbenden op een manier die past bij hun informatiebehoefte.	<ul style="list-style-type: none"><li>• Uniforme en toegankelijke patiëntinformatie over kwaliteit en veiligheid (website)</li><li>• Toegankelijke en actuele website en nieuwsbrief voor zorgverleners</li></ul>	

#### **4.4 Laat 'voorbeeldig' leiderschap zien**

Formele en informele leiders, zijn belangrijke cultuurdragers binnen een organisatie. Zij kunnen helpen om een beweging op gang te brengen. Ze hebben een voorbeeldfunctie bij het uitdragen van de visie op kwaliteit.

##### **Onze leiders**

- hebben vertrouwen in professionals en in medewerkers.
- stimuleren en faciliteren het leren en ontwikkelen in een veilige omgeving
- zijn dienstbaarheid aan aangesloten zorgverleners, hun praktijken en eigen medewerkers.
- durven los te laten en kunnen omgaan met onzekerheid
- hebben reflecterend vermogen en blijven zich verbeteren en ontwikkelen (practice what you preach)
- stimuleren medewerkers en professionals om hetzelfde te doen

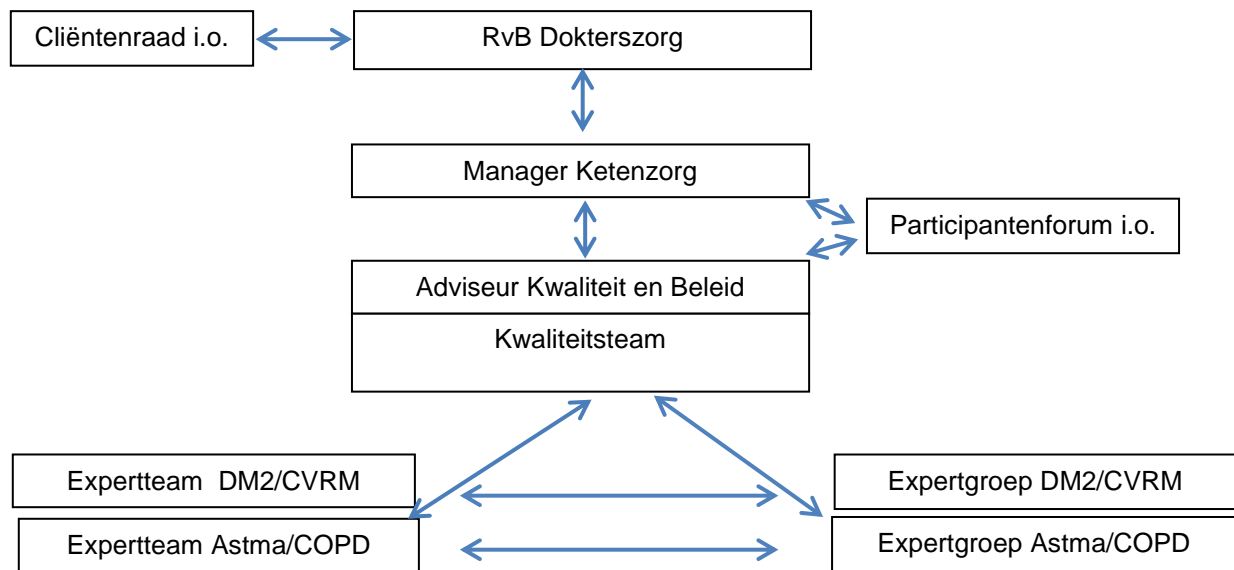
##### **Kwaliteitskenmerken:**

Wij houden bij het aantrekken van een (medisch) leider rekening met de competenties die nodig zijn om het lerende karakter van het kwaliteitsbeleid te ondersteunen.

- We evalueren periodiek in of het leiderschap bijdraagt aan het leren en verbeteren in de organisatie en aan een veilige cultuur bij het werken aan kwaliteit.
- We spreken de verantwoordelijken binnen een organisatie aan op het leiderschap dat nodig is om het lerende karakter van het kwaliteitsbeleid te ondersteunen.

## 5. Organisatie van kwaliteit

Hieronder wordt beschreven hoe de organisatie t.a.v. kwaliteit binnen Ketenzorg Friesland is ingericht.



### 5.1 De manager Ketenzorg

De eindverantwoordelijkheid voor inhoud en uitvoering van het kwaliteitsbeleid is belegd bij de manager Ketenzorg. De manager neemt beslissingen over kwaliteitsthema's en is eindverantwoordelijk voor de kwaliteit van de dienstverlening van Ketenzorg Friesland. In die rol is de manager ook eigenaar van de zorgprogramma's.

De manager Ketenzorg en de adviseur Kwaliteit en Beleid hebben eens per week overleg en stemmen zo nodig tussentijds af. Op de agenda van het bilateraal overleg staan de voortgang van uitvoering van het kwaliteitsbeleid, nieuwe ontwikkelingen en voorstellen/adviezen vanuit het kwaliteitsteam. De manager informeert de adviseur Kwaliteit en Beleid over ontwikkelingen binnen Dokterszorg.

### 5.2 Het kwaliteitsteam

Om beslissingen op het gebied van kwaliteit te kunnen nemen, wordt de manager gevoed met voorstellen, adviezen en ondersteuning van het kwaliteitsteam.

Het kwaliteitsteam bestaat uit:

- adviseur Kwaliteit en Beleid
- medisch adviseur Ketenzorg
- specialistisch verpleegkundige Diabetes Mellitus/CVRM
- specialistisch verpleegkundige Astma/COPD

Het kwaliteitsteam bewaakt de kwaliteit van de verschillende ketens en zorgt voor afstemming tussen de ketens. Het kwaliteitsteam kan aanvullend advies vragen van kaderhuisartsen, expertteams, expertgroepen of vertegenwoordigers van de ketenpartners.

Het kwaliteitsteam richt zich op kwaliteitsborging en -verbetering binnen de ketens door onder meer de volgende taken uit te voeren:

1. beleidsontwikkeling

2. actualisatie en doorontwikkeling zorgprotocollen en zorgproducten
3. signaleren van medisch-inhoudelijke ontwikkelingen binnen de geprotocolleerde zorg en deze vertalen naar beleid en praktijk
4. ontwikkeling patiëntenvoorlichtingsmateriaal
5. uitvoeren en analyseren van kwaliteitsmetingen (indicatoren, patiëntervaringsonderzoeken) en het adviseren t.a.v. verbetermogelijkheden
6. het doen van voorstellen ten aanzien van ontwikkeling en/of verbetering van de medische processen, werkwijze en procedures
7. beantwoording van vragen vanuit de praktijken
8. bevorderen kennis en deskundigheid binnen de huisartsenpraktijk, onder meer door opstellen scholingsplan, vaststellen van scholingsvereisten, ontwikkeling scholingen, voorlichting, casuïstiekbesprekingen, inhoudelijk voorbereiden van symposia en bijeenkomsten etc.
9. ondersteuning huisartsen en praktijkondersteuners bij het operationaliseren van beleid.

Het kwaliteitsbeleid is de leidraad voor het kwaliteitsteam in het selecteren en prioriteren van te agenderen thema's.

Het kwaliteitsteam overlegt eenmaal per drie weken, zodat de doorlooptijd voor (beleids)ontwikkelingen beperkt blijft en het team snel kan schakelen bij vraagstukken en ontwikkelingen die zich aandienen. De adviseur Kwaliteit en Beleid is coördinator van het team en voorzitter van het overleg.

### **5.3 De expertteams**

Er zijn twee expertteams: één voor de ketens DM2/CVRM en één voor de ketens Astma/COPD. Elke expertteam bestaat uit:

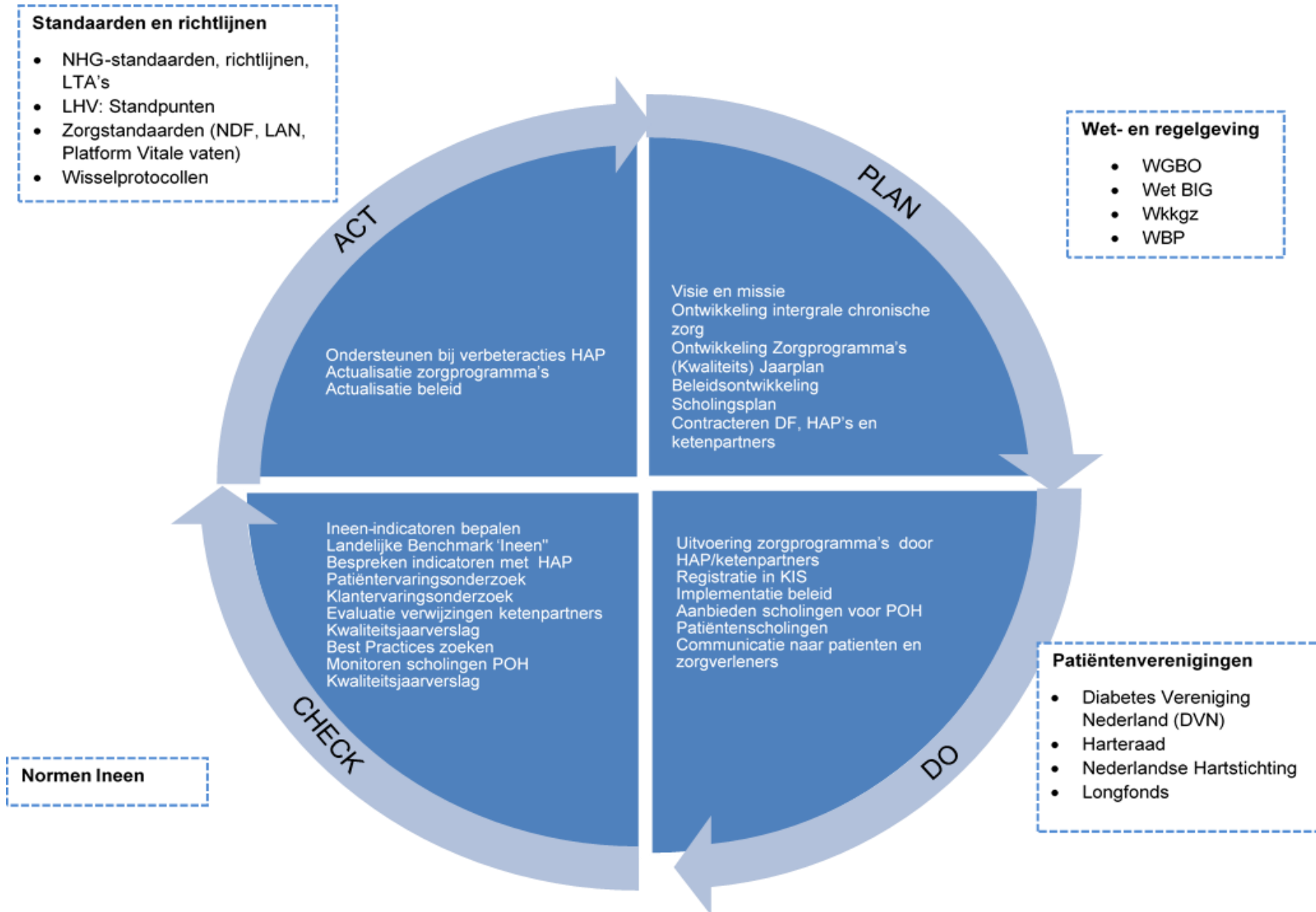
- medisch adviseur (voorzitter)
  - gespecialiseerd verpleegkundige
  - adviseur Kwaliteit en Beleid
  - kaderhuisarts
  - medisch specialist (keten Astma/COPD)
- Doel is te komen tot kwaliteitsborging en -verbetering en (door)ontwikkeling van de zorgprogramma en zorgproducten van de betreffende keten-DBC.
  - De leden van het expertteam signaleren relevante (landelijke) ontwikkelingen en bespreken de mogelijke en/of gewenste consequenties daarvan.
  - Het expertteam geeft advies over het ontwikkelen, evalueren en bijstellen van medisch-inhoudelijk beleid binnen de keten.
  - Het expertteam heeft 2 keer per jaar overleg met de expertgroep, bereidt de agenda voor en bepaalt uiterlijk twee weken voorafgaand aan het geplande overleg van de expertgroep of het noodzakelijk is dat de expertgroep bijeen komt. De expertteams kunnen hiervoor fysiek bijeenkomen.
  - Gedurende het jaar houden de expertteamleden onderling contact via email, telefonisch en/of fysiek overleg m.b.t. ontwikkelingen, lopende zaken en actiepunten vanuit de overleggen.

### **5.4 De multidisciplinaire expertgroepen**

Er zijn twee expertgroepen: één voor de ketens DM2/CVRM en één voor de ketens Astma/COPD. In elke expertgroep zijn alle binnen de betreffende ketens deelnemende disciplines en de patiënten vertegenwoordigd:

- huisartsen
  - praktijkondersteuners
  - ketenpartners (diëtisten en fysiotherapeuten)
  - medische specialisten uit de 2<sup>e</sup>-lijn.
  - patiëntvertegenwoordigers
- Doel is kwaliteitsverbetering binnen de keten, met name waar het gaat om de multidisciplinaire samenwerking.
  - De expertgroep is een denktank die ontwikkelingen in het vakgebied volgt, de focus ligt op samenwerking en onderlinge afspraken en de leden delen kennis en ervaring met elkaar. Hiermee levert iedereen een waardevolle bijdrage aan het innoveren en optimaliseren van de zorg aan de chronische patiënt door optimale samenwerking tussen de verschillende disciplines. Jaarlijks wordt beoordeeld of de (medische-paramedische) inhoud van het zorgprogramma nog voldoet aan de huidige inzichten/evidence.
  - Expertgroep en expertteam komen twee maal per jaar gezamenlijk bijeen, in mei en oktober/nov. Daarnaast wordt er wordt een reserve bijeenkomst gepland in maart. Hierdoor kunnen actuele zaken en landelijke ontwikkelingen (bijv. aanpassing NHG-standaard) tijdig besproken worden.
  - De agenda voor het overleg wordt voorbereid door het expertteam.
  - Uitkomsten van de expertgroepen krijgen een vervolg in het betreffende expertteam en/of direct in het kwaliteitsteam

## Bijlage 1 Onze kwaliteitsinstrumenten in de PDCA-cyclus



## Bijlage 2 Meer over het kwaliteitsteam

### In- en externe relaties

Vanuit kwaliteit zijn er diverse relaties binnen en buiten de organisatie:

- A. **Huisartsen, praktijkondersteuners, ketenpartners:** zij kunnen met vragen terecht bij het kwaliteitsteam. Nieuw beleid of informatie wordt vanuit het kwaliteitsteam uitgezet via website en/of mail, in afstemming met Regioadviseurs en zo nodig Communicatie, en na akkoord van de manager Ketenzorg.
- B. **Regioadviseurs:** een nauwe samenwerking tussen kwaliteit en de regioadviseurs is van belang. Het kwaliteitsteam zal:
  - a. input vanuit het veld over kwaliteit benutten (denk aan: terugkerende vragen over inhoudelijke thema's, knelpunten in de praktijk, beleidsmatige aandachtspunten op basis van spiegel- en benchmarkgesprekken)
  - b. nieuw beleid/ontwikkelingen via regioadviseurs inbrengen bij of voorleggen aan het veld (denk aan: input voor spiegel- en benchmarkgesprekken, nieuw beleid, informatie/voorlichting, uitkomsten kwaliteitsmetingen).

Met de regioadviseurs is de afspraak gemaakt dat alle zaken die het kwaliteitsteam ontwikkelt, eerst worden voorgelegd aan het team regioadviseurs (via de coördinator), voordat zij via website, mailings of praktijkbezoeken worden uitgezet in het veld. Zo kunnen de regioadviseurs toetsen of de informatie begrijpelijk is en op het juiste moment wordt gegeven. Zij kunnen dan tijdens praktijkbezoeken verwijzen naar deze informatie.
- C. **Projecten:** leden van het kwaliteitsteam nemen als inhoudsdeskundige deel aan projecten om daarin aandacht voor kwaliteit van de zorg te borgen. Zij borgen dat de uitkomsten van het project bijdragen aan kwaliteit van zorg en werkbaar zijn na overdracht aan de lijn. In het kwaliteitsteam wordt besproken welk lid van het kwaliteitsteam een rol heeft in een project. Bij projecten voor (door)ontwikkeling van keten-DBC's zal de specialistisch verpleegkundige in ieder geval zitting nemen in het projectteam. Voor deze projecten geldt dat borging van kwaliteit na afronding van het project plaatsvindt in de kwaliteitsteam.
- D. **Primaire processen & ICT:** wijzigingen in zorgprotocollen en -producten kunnen consequenties hebben voor ICT (Coordinate) en de Zorgadministratie. Zo kan vanuit het kwaliteitsteam de wens komen tot aanpassing van het Coordinate. De adviseur Kwaliteit en Beleid zal dergelijke ontwikkelingen afstemmen met de functioneel beheerder. De manager Ketenzorg beslist uiteindelijk of en welke wijzigingen in het Coordinate worden doorgevoerd.
- E. **Verpleegkundig consulenten DM2/CVRM:** Deze consulenten zijn verbonden aan KZF en kunnen praktijkondersteuners laagdrempelig inhoudelijk ondersteunen. De gespecialiseerd verpleegkundige DM2/CVRM is de linking pin tussen deze consulenten en het kwaliteitsteam.
- F. **Kwaliteitsfunctionarissen Dokterswacht:** de adviseur Kwaliteit en Beleid heeft periodiek afstemmingsoverleg met afdeling Kwaliteit van Dokterswacht (uitwisselen ervaringen, efficiënte inzet van middelen, denk aan patiëntervaringsonderzoeken).
- G. **Doktersacademie:** alle ontwikkelingen op het gebied van scholingen worden inhoudelijk en qua organisatie besproken met Dokstersacademie. In overleg met de Dokstersacademie wordt een jaarplan opgesteld voor de scholingen die zullen worden aangeboden namens Ketenzorg Friesland.



- H. **Zorgverzekeraar:** in het overleg van de manager Doktersdiensten, de manager Ketenzorg en de medisch adviseur Ketenzorg met de Zorgverzekeraar worden afspraken gemaakt over de te leveren zorg. De medisch adviseur brengt bij dit overleg de medisch-inhoudelijke kennis in. Het Programma van Eisen van de zorgverzekeraar en de contractuele afspraken met de zorgverzekeraar met KZF vormen samen het kader voor de werkzaamheden van het kwaliteitsteam (bijv. afspraken over patiëntervaringsonderzoeken, scholingseisen etc.). Eventuele strijdigheden tussen deze afspraken en de kwaliteit/inhoud van de zorg worden voorgelegd aan de manager Ketenzorg, zodat deze punten kunnen worden meegenomen in de periodieke afstemming en/of contractbesprekingen met de zorgverzekeraar.

## **Rollen, taken en verantwoordelijkheden**

Hier wordt per functie weergegeven welke rollen, taken en verantwoordelijkheden onder meer gelden voor de verschillende functies:

### **1. Adviseur Kwaliteit en Beleid**

De adviseur Kwaliteit en Beleid is verantwoordelijk voor de ontwikkeling, uitvoering, toetsing en borging/verbetering van het kwaliteitsbeleid van de organisatie. De adviseur heeft een coördinerende rol binnen het kwaliteitsteam en is de schakel tussen management en kwaliteitsteam. Dat betekent dat de adviseur vraagstukken vanuit het management inbrengt in het kwaliteitsteam en voorstellen/adviezen vanuit het kwaliteitsteam voorlegt aan de manager. De adviseur is linking pin op het gebied van kwaliteitsbeleid (proces en uitvoering) tussen kwaliteitsteam, expertteams en expertgroepen. Daarnaast zorgt de adviseur voor verbinding tussen Ketenzorg Friesland en de holding Dokterzorg middels overleg met de kwaliteitsmedewerkers van Dokterswacht. De adviseur volgt in- en externe (landelijke) ontwikkelingen op het gebied van kwaliteit binnen de ketenzorg en wijzigingen in wet- en regelgeving en vertaalt deze naar de praktijk binnen Ketenzorg Friesland. De adviseur ontwikkelt en evalueert beleid, in samenspraak met het kwaliteitsteam.

### **2. Medisch adviseur**

De medisch adviseur zorgt voor overzicht over de ketens heen en is de verbindende factor tussen de ketens als het gaat om medisch-inhoudelijke ontwikkelingen. Ook beoordeelt de medisch adviseur vanuit medisch-inhoudelijk perspectief nieuwe ontwikkelingen die (nog) niet aan een bestaande keten zijn toe te wijzen. T.a.v. keten-specifieke vraagstukken kan de medisch adviseur advies vragen aan de kaderhuisartsen en de specialistisch verpleegkundigen. De medisch adviseur is linking pin op medisch-inhoudelijk gebied tussen kwaliteitsteam, expertteams en expertgroepen en draagt zorg voor verbinding tussen Ketenzorg Friesland en de holding Dokterzorg middels overleg met de medisch adviseur(s) van de holding.

### **3. Gespecialiseerd verpleegkundige**

De gespecialiseerde verpleegkundige biedt medisch-inhoudelijke expertise over de zorg binnen de specifieke keten. De verpleegkundige volgt zelfstandig ontwikkelingen binnen de keten en vertaalt deze zo nodig naar onze zorgprotocollen en zorgproducten, in samenspraak met de kaderhuisarts. Na afstemming met de adviseur Kwaliteit en Beleid, kan de verpleegkundige huisartsen en praktijkondersteuners adviseren, informeren en begeleiden op het gebied van zorginhoudelijke vraagstukken binnen de keten-DBC en het operationaliseren van ons beleid in de praktijk. Daarnaast draagt de verpleegkundige bij aan het formuleren van de opleidingseisen per keten en aan ontwikkeling en uitvoering van scholingen, casuïstiekbesprekingen, symposia en bijeenkomsten. De gespecialiseerde verpleegkundige kan gevraagd en ongevraagd advies geven over (door)ontwikkeling van de keten-DBC. Deze adviezen worden eerst in het kwaliteitsteam besproken. Het kwaliteitsteam beoordeelt vervolgens of het advies wordt geagendeerd voor expertteam en/of expertgroep of rechtstreeks ter besluitvorming wordt voorgelegd aan de manager Ketenzorg.

4. **Kaderhuisarts**

De kaderhuisarts biedt medisch-inhoudelijke expertise over de zorg binnen de specifieke keten. De kaderhuisarts volgt zelfstandig ontwikkelingen binnen de keten en vertaalt deze zo nodig naar de zorgprotocollen en zorgproducten van Ketenzorg Friesland, in samenspraak met de gespecialiseerde verpleegkundige. Na afstemming met de adviseur Kwaliteit en Beleid, kan de kaderhuisarts huisartsen en praktijkondersteuners adviseren, informeren en begeleiden op het gebied van zorginhoudelijke (niet patiënt-specifieke) vraagstukken binnen de keten-DBC en het operationaliseren van het beleid van Ketenzorg Friesland in de praktijk. Daarnaast draagt de kaderhuisarts bij aan het formuleren van de opleidingseisen per keten en aan de ontwikkeling en uitvoering van casuïstiekbesprekingen, scholingen, symposia en bijeenkomsten.

De kaderhuisarts levert zijn of haar bijdrage voornamelijk door zitting te nemen in het expertteam en de expertgroep voor de betreffende keten. Daarnaast kan de kaderhuisarts op afroep of op eigen verzoek aansluiten bij het kwaliteitsteam of tussentijds gevraagd en ongevraagd advies geven.

5. **Leden van de expertteams en expertgroepen**

De leden van de expertgroepen hebben hun keten-specifieke inbreng door deel te nemen aan de overleggen van de teams en/of groepen. Van de vertegenwoordigers wordt verwacht dat zij in hun advies de lijn van hun (beroeps)vereniging kennen en uitdragen. De leden kunnen niet spreken namens de gehele beroepsgroep, maar spreken ook niet als individu op basis van persoonlijke meningen. De vertegenwoordigers van patiënten en van de deelnemende disciplines per keten in de multidisciplinaire expertgroepen kunnen vanuit het kwaliteitsteam tussentijds worden benaderd voor advies. Dit kan nodig zijn gelet op de beperkte frequentie van overleg van de expertgroep.