



Kwaliteitsbeleid

Auteur: Hester Wagenaar, adviseur Kwaliteit en Beleid
Versie: Concept vastgesteld in kwaliteitsteam: 23-05-2016
Vastgesteld door manager Ketenzorg: 02-06-2016

Inhoud

1. Inleiding.....	3
1.1 Leeswijzer.....	3
2. Uitgangspunten kwaliteitsbeleid	3
3. Kwaliteitscyclus	4
3.1 Activiteiten kwaliteit	5
3.2 Kritische Kwaliteitskenmerken (KKK's)	6
4. Organisatie van kwaliteit.....	10
4.1 Structuur	10
4.2 Rollen, taken en verantwoordelijkheden	15
Bijlage 1.....	17

1. Inleiding

Ketenzorg is programmatische multidisciplinaire eerstelijnszorg voor patiënten met een chronische ziekte, die integraal wordt gefinancierd. De financiering valt onder segment 2 (en deels segment 3) van de huisartsenfinancieringssystematiek.

Ketenzorg Friesland biedt de zorgprogramma's Diabetes Mellitus 2, COPD, Astma en CVRM aan. Het doel is de zorg voor patiënten met deze chronische ziekten zodanig vorm te geven dat de kwaliteit van leven van de patiënten wordt verhoogd. Dit houdt in dat Ketenzorg Friesland zich ten doel stelt om:

- kwalitatief hoogwaardige zorg te leveren
- patiëntbetrokkenheid te verhogen
- transparantie te bieden over de geleverde kwaliteit van zorg.

Deze doelen willen we bereiken door:

1. constructief samen te werken met huisartsenpraktijken, ketenpartners en zorgverzekeraars
2. bevorderen van zelfmanagement door de patiënt bewust te maken van de eigen verantwoordelijkheid
3. gecontracteerde zorgprogramma's te optimaliseren en verder te ontwikkelen
4. het kwaliteitsbeleid verder te professionaliseren
5. alle ketenpartners te laten werken in het Ketenzorg Informatiesysteem
6. een gestandaardiseerd Individueel Zorgplan te introduceren
7. inspelen op nieuwe ontwikkelingen (waaronder E-health-toepassingen).

Deze notitie geeft invulling aan punt 4: het verder professionaliseren van het kwaliteitsbeleid. De gestructureerde wijze waarop kwaliteitsverbetering en -borging vorm krijgen binnen Ketenzorg Friesland, is in dit beleid vastgelegd. Doel is de kwaliteit van zorg te optimaliseren door te werken volgens een vaste cyclus van plannen, uitvoeren, meten/monitoren en evalueren/bijstellen (PDCA-cyclus). In deze notitie zijn zowel de inhoudelijke activiteiten binnen deze cyclus, als de verschillende rollen, taken en verantwoordelijkheden van betrokken functionarissen weergegeven. De notitie beschrijft de cyclus in zijn algemeenheid; per jaar krijgt dit een specifieke uitwerking in een kwaliteitsjaarplan.

1.1 Leeswijzer

In paragraaf 2 zijn de algemene uitgangspunten voor het kwaliteitsbeleid van Ketenzorg Friesland beschreven, waaronder de missie en visie van Ketenzorg Friesland. In paragraaf 3 wordt ingegaan op de kwaliteitscyclus en de activiteiten die daarbinnen plaatsvinden. Deze activiteiten krijgen een plek in het (kwaliteits)jaarplan, waarin per jaar de accenten kunnen verschillen. Paragraaf 4 gaat tenslotte in op de rollen, taken, verantwoordelijkheden en inbreng van de betrokken medewerkers en partners.

2. Uitgangspunten kwaliteitsbeleid

De missie en visie van Ketenzorg Friesland vormen het uitgangspunt voor het kwaliteitsbeleid en geven richting aan de thema's die op het gebied van kwaliteit worden opgepakt. Hieronder zijn de missie en visie weergegeven.

Missie

Ketenzorg Friesland staat als verbindende schakel in de geprotocolleerde zorg voor kwaliteit en toegankelijkheid van de zorg aan patiënten met een chronische aandoening. Dat doen wij door continue kwaliteitsverbetering, transparantie, het bieden van innovatieve (e-health) toepassingen en het sturen op kwaliteit, klanttevredenheid en doelmatigheid.

Visie

Wij geloven dat zorg beter en doelmatiger wordt als zorgverleners onderling én met de patiënt samenwerken. Wij zetten daarom in op goede samenwerkingsafspraken tussen de aangesloten zorgverleners en gaan uit van de eigen kracht van de patiënt.

Uit bovenstaande blijkt bijvoorbeeld dat samenwerking een belangrijk speerpunt is. Dat is daarmee ook een aandachtspunt binnen de kwaliteitscyclus. De concretisering van wat de missie en visie betekent voor kwaliteit krijgt vorm in het kwaliteitsjaarplan.

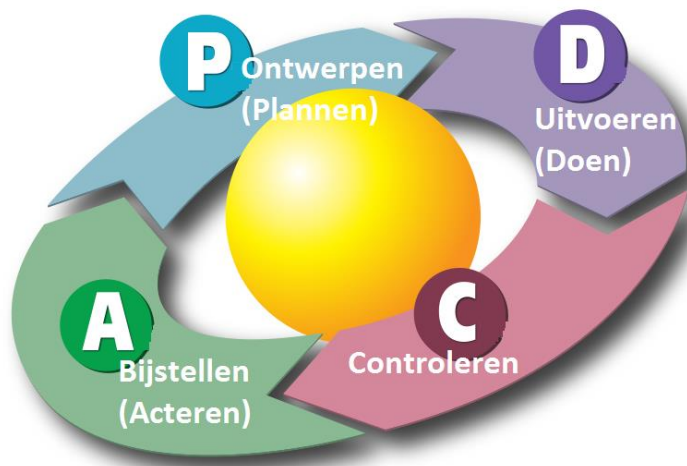
Om kwaliteit cyclisch te kunnen toetsen, verbeteren en borgen is een systematiek nodig. Hierbij gelden de volgende uitgangspunten:

- a. de focus van het kwaliteitsbeleid ligt bij het primaire proces. Alle activiteiten zijn erop gericht dat de zorg voor de patiënten er beter van wordt.
- b. de 21 Kritische Kwaliteits Kenmerken (KKK's) zoals geformuleerd voor ketenzorgorganisaties door Ineen, de branchevereniging van gezondheidscentra en zorggroepen, vormen de kapstok voor het kwaliteitsbeleid binnen Ketenzorg Friesland (zie 2.3)
- c. bij de verschillende zorgprogramma's zijn meerdere disciplines betrokken, die elk vanuit hun eigen deskundigheid de kwaliteit van de zorg binnen het zorgprogramma beïnvloeden. Inbreng van alle betrokken disciplines én van patiëntvertegenwoordigers is dan ook een belangrijk uitgangspunt voor het kwaliteitsbeleid.
- d. verantwoording en transparantie (bijv. aan de hand van de uitkomsten op de indicatoren en patiëntervaringsonderzoeken) vormen onderdeel van de kwaliteitscyclus, met als primaire doel kwaliteitsverbetering.

De uitwerking van deze uitgangspunten is beschreven in de volgende paragrafen.

3. Kwaliteitscyclus

De kwaliteitscirkel van Deming beschrijft vier activiteiten die gericht zijn op kwaliteitsverbetering: Plan-Do-Check-Act (PDCA). Het cyclische karakter van deze vier activiteiten garandeert dat de kwaliteitsverbetering blijvend onder de aandacht is. De kwaliteitscyclus ziet er als volgt uit:



3.1 Activiteiten kwaliteit

Per fase in de kwaliteitscyclus worden binnen Keten zorg Friesland de volgende activiteiten uitgevoerd:

Plan: ontwerpen

- ontwikkelen van een visie en missie gericht op kwaliteit van zorg
- ontwikkelen (nieuwe) zorgprogramma's (zorgprotocollen en zorgproducten)
- afsluiten contracten met zorgverzekeraars, HAP's en ketenpartners
- opstellen meerjaren-/jaarplannen kwaliteit
- ontwikkeling nieuwe ketens/producten
- beleidsontwikkeling (bv. klachtenregeling, zelfmanagement, no show, onvoldoende presteren, VIM)
- ontwikkeling handboek Kwaliteit
- opstellen scholingsplan (i.s.m. Doktersacademie)

Do: uitvoeren

- uitvoering zorgprogramma's door huisartspraktijken en ketenpartners
- registreren van gegevens
- informeren van patiënten, huisartsenpraktijken en ketenpartners over zorgprogramma's en ketenzorg
- implementatie en uitvoering van beleid
- ontwikkelen en aanbieden van scholingen en casuïstieksbesprekingen

Check: meten en monitoren

- proces- en uitkomstindicatoren (landelijk vastgelegd, zie [website InEen](#))
- Regionale Keten zorg Bijeenkomsten: bespreken indicatoren
De bijeenkomsten zijn toegankelijk voor alle bij de ketenzorgprogramma's betrokken zorgverleners. De ervaren knelpunten op zorggroepniveau en de patiëntervaringen worden besproken en de speerpunten voor het komende jaar worden aangegeven.
- bespreken NHG-indicatoren per praktijk. De deelnemende praktijken ontvangen jaarlijks een spiegel- en benchmarkrapportage van relevante NHG-indicatoren. Het kwaliteitsteam (zie 3.1)

bepaalt, in overleg met relatiebeheer, welke NHG-indicatoren op dat moment relevant zijn om terug te koppelen. De praktijkbezoeker neemt de items met de huisarts en diens praktijkondersteuner door en stimuleert waar nodig tot een verbeterplan. Ondersteuning bij praktijk-specifieke aandachtspunten kan verleend worden door gespecialiseerde verpleegkundigen en kaderhuisartsen. Uitkomsten van de gesprekken die te maken hebben met KZF-breed beleid, worden opgepakt door het kwaliteitsteam.

- patiëntveringsonderzoeken (zoals CQI, PROM's (=Patient Reported Outcome Measures, gericht op uitkomsten van zorg), een spiegelgesprek, focusgroep)
- klantervaringsonderzoeken (huisartsenpraktijken en ketenpartners)
- benchmark: Ketenzorg Friesland levert ieder jaar indicatoren op ten behoeve van de benchmark [‘Transparante Ketenzorg’](#) van InEen
- registratie gevolgde scholingen
- evaluatie verwijzingen naar de 2^e lijn (en terug naar de 1^e lijn): jaarlijks met de ketenpartners/specialisten die betrokken zijn in het zorgprogramma.
- opstellen kwaliteitsjaarverslag
- Best Practices: onderzoeken wat er goed gaat in goed presterende praktijken, om dit te kunnen benutten/delen. Dit kan bijvoorbeeld door enquêtes, audits, bijeenkomsten om ervaringen te delen etc.
- interne audits

Act: bijstellen

- ondersteunen bij verbetermogelijkheden per praktijk (n.a.v. indicatorenrapport)
- actualisatie/optimalisatie zorgprogramma's (zorgprotocollen en zorgproducten), bijv. n.a.v. landelijke ontwikkelingen
- actualisatie beleid (bijv. n.a.v. landelijke ontwikkelingen)

Deze activiteiten kunnen - afhankelijk van visie, missie en jaarplan van de organisatie- worden bijgesteld/aangevuld. Voor alle activiteiten geldt dat zij worden uitgevoerd binnen de kaders van wet- en regelgeving, zorgstandaarden, normen en richtlijnen. De normen zijn landelijk vastgelegd in Kritische Kwaliteitskenmerken (KKK's) van InEen. Hieronder worden de KKK's weergegeven.

3.2 Kritische Kwaliteitskenmerken (KKK's)

De kritische kwaliteitskenmerken vormen de set van relevante veldisen van ketenzorggroepen, geformuleerd door InEen. De kenmerken staan voor de meerwaarde die zorggroepen hebben ten aanzien van de zorg die zorgverleners bieden en formuleren daarmee het bestaansrecht van zorggroepen. Patiënten, zorgverleners, collega-zorggroepen en maatschappij mogen van zorggroepen verwachten dat zij aan de kritische kwaliteitskenmerken (KKK's) voldoen. De KKK's zijn geordend aan de hand van 6 domeinen. Ketenzorg Friesland benut de KKK's als handvat om gestructureerd te kunnen werken aan alle thema's op het gebied van kwaliteit. De KKK's helpen om te selecteren en prioriteren in de thema's waaraan wordt gewerkt. Hieronder worden de KKK's genoemd; de nadere omschrijving is te vinden op de [website van InEen](#).

A. Domein Optimale Zorg en Uitkomsten

Het domein optimale zorg en uitkomsten omvat de volgende acht kritische kwaliteitskenmerken:

- de zorggroep baseert de zorgprogramma's op de vigerende zorgstandaarden
- de zorggroep bevordert dat persoonlijke zorgdoelen van de patiënt zijn vastgelegd
- de zorggroep heeft een beleid t.a.v. zorgverleners die blijvend onvoldoende presteren
- de zorggroep stelt als voorwaarde en gaat na dat alle praktijken werken met een bevoegd zorgteam van voldoende omvang voor het uitvoeren van de zorg
- de zorggroep biedt geaccrediteerde scholing aan zorgverleners
- de zorggroep geeft spiegelinformatie over structuur, processen en uitkomsten van de zorg
- de zorggroep bespreekt de kwaliteit van zorg en de zorgprestaties op praktijkniveau
- de zorggroep ondersteunt met stafcapaciteit de uitvoering in de praktijk en bij het formuleren en uitvoeren van verbeterplannen

B. Domein Samenwerking

Het domein samenwerking omvat de volgende twee kritische kwaliteitskenmerken:

- de zorggroep heeft samenwerkingsafspraken met kwaliteitseisen met alle ketenpartners
- de zorggroep biedt trainingen met betrekking tot zorginhoud en samenwerking multidisciplinair aan

C. Domein Patiëntenparticipatie

Het domein patiëntenparticipatie omvat de volgende drie kritische kwaliteitskenmerken:

- de zorggroep zorgt ervoor dat de patiënt is geïnformeerd over het zorgprogramma en hoe dit wordt uitgevoerd
- de zorggroep werkt aan beleid op het gebied van zelfmanagement van patiënten
- de zorggroep heeft een adequate klachtenregeling

D. Domein Continuïteit en Overdracht

Het domein continuïteit en overdracht omvat de volgende twee kritische kwaliteitskenmerken:

- de zorggroep heeft verwijs- en terugverwijsafspraken
- de zorggroep zorgt ervoor dat het voor alle patiënten altijd helder is wie het eerste aanspreekpunt is

E. Domein Bestuur en Organisatie

Het domein bestuur en organisatie omvat de volgende vier kritische kwaliteitskenmerken:

- de zorggroep heeft een actuele missie en visie
- de zorggroep heeft de bestuurlijke organisatie vastgelegd in statuten en reglementen
- de zorggroep heeft beleid ontwikkeld om incidenten binnen de ketenzorg op te halen en te gebruiken om de kwaliteit van de zorg te verbeteren. De zorggroep ondersteunt desgewenst zorgverleners bij het melden van calamiteiten
- de zorggroep beschikt over een kwaliteitsjaarverslag en financieel jaarverslag en over een jaarplan en begroting

F. Domein Informatiesystemen

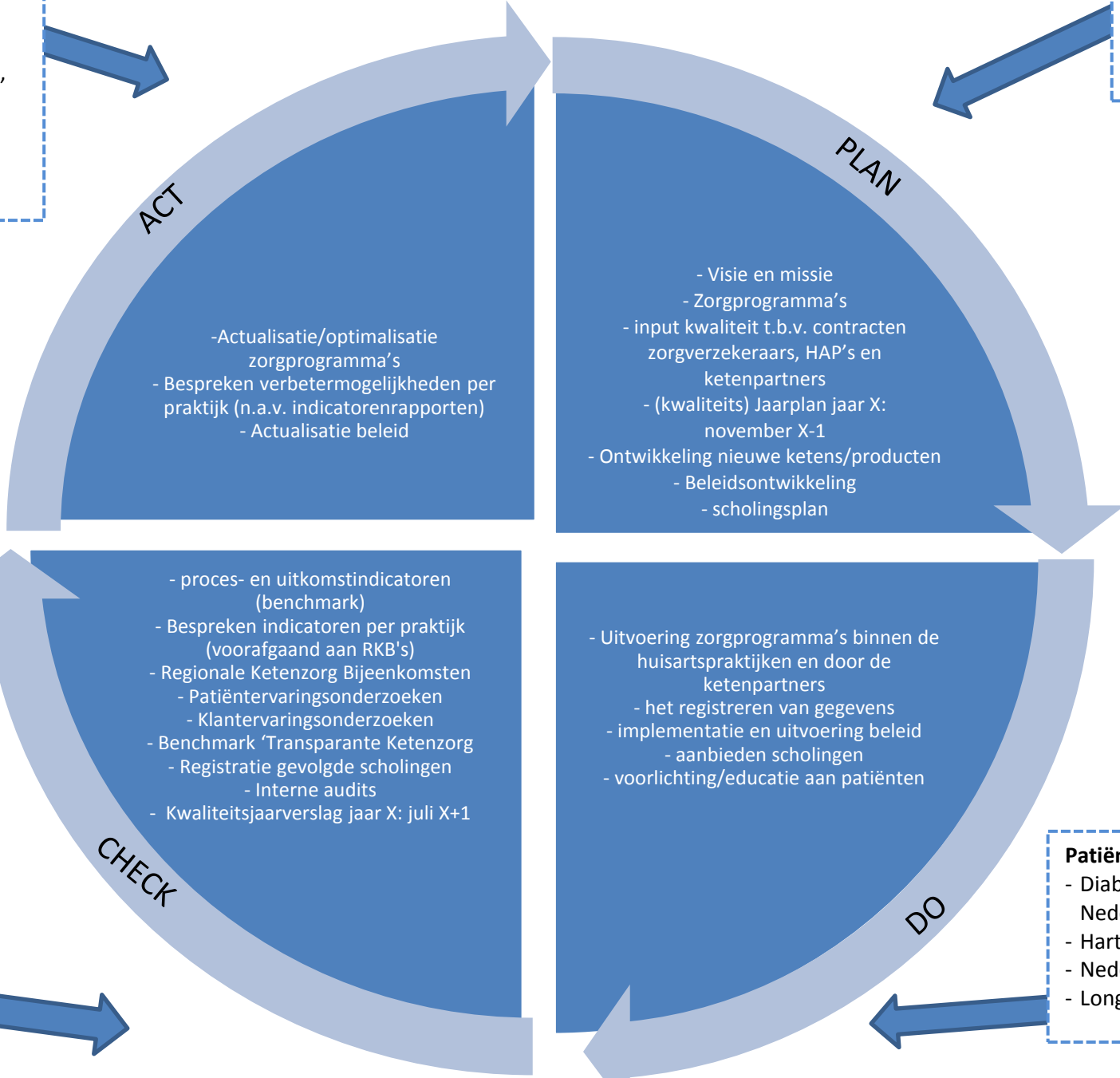
Het domein informatiesystemen omvat de volgende twee kritische kwaliteitskenmerken:

- de zorggroep voldoet aan privacy richtlijnen
- de zorggroep verzamelt en rapporteert landelijke indicatoren conform de kwaliteitscriteria van de regionale data centra procedure

Op de volgende pagina is de kwaliteitscyclus van Ketenzorg Friesland, inclusief de context waarbinnen deze wordt uitgevoerd, schematisch weergegeven:

- Standaarden en richtlijnen**
- NHG: standaarden, richtlijnen, LTA's en LESA's
 - LHV: Standpunten
 - Zorgstandaarden (NDF, LAN, Platform Vitale vaten)
 - Zorgmodules
 - Wisselprotocollen (vanuit Friesland Voorop)

- Wet- en regelgeving**
- WGBO
 - Wet BIG
 - Wkkgz
 - WBP



- Normen**
KKK's (Ineen)

- Patiëntenverenigingen**
- Diabetes Vereniging Nederland
 - Hart en Vaat Groep
 - Nederlandse Hartstichting
 - Longfonds

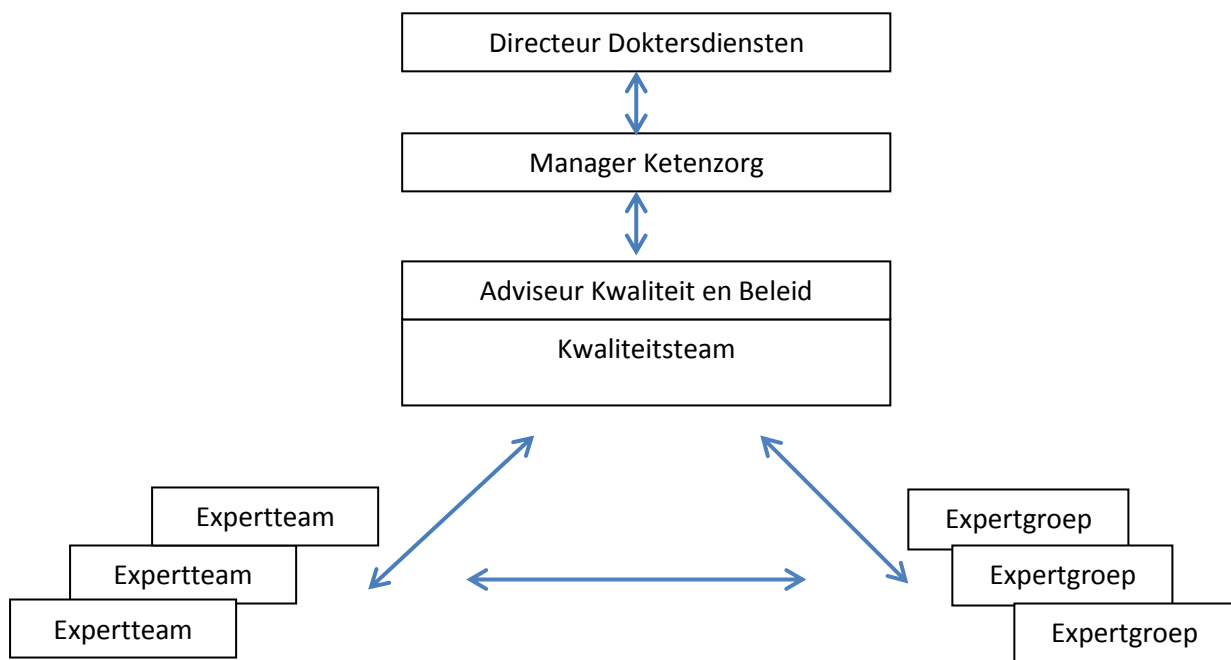
4. Organisatie van kwaliteit

Ketenzorg Friesland vormt onderdeel van de holding Dokterszorg. De holding omvat twee divisies: Dokterswacht en Doktersdiensten. De holding kent een directie bestaande uit een algemeen directeur en twee divisie-directeuren. Ketenzorg Friesland is een van de BV's binnen Doktersdiensten, naast Doktersacademie, Dokterspraktijk en Zorgvernieuwing, en valt daarmee onder de verantwoordelijkheid van de directeur Doktersdiensten. Naast Ketenzorg Friesland beschikt ook Dokterswacht over twee kwaliteitsmedewerkers.

In de uitvoering van het kwaliteitsbeleid binnen Ketenzorg Friesland is een aantal rollen, taken en verantwoordelijkheden te onderscheiden. Hieronder wordt beschreven hoe de organisatie t.a.v. kwaliteit binnen Ketenzorg Friesland is ingericht om te waarborgen dat de PDCA-cyclus voor kwaliteit wordt doorlopen.

4.1 Structuur

In schema ziet de structuur er als volgt uit.



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 Ketenzorg ook eigenaar van de zorgprogramma's.

De manager Ketenzorg en de adviseur Kwaliteit en Beleid hebben eens per twee weken 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.

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 (tevens coördinator kwaliteitsteam)
- medisch adviseur Ketenzorg
- specialistisch verpleegkundige Diabetes Mellitus
- specialistisch verpleegkundige Astma/COPD
- specialistisch verpleegkundige CVRM (optioneel¹)

Op afroep kunnen de kaderhuisartsen als adviserende leden van het kwaliteitsteam optreden.

Taken

Het kwaliteitsteam bewaakt de kwaliteit van de verschillende ketens en zorgt voor afstemming tussen de verschillende ketens. Alle onderwerpen die betrekking hebben op kwaliteit van zorg worden in het kwaliteitsteam besproken. Op basis daarvan kan het kwaliteitsteam besluiten aanvullend advies te vragen van individuele kaderhuisartsen, expertteams, expertgroepen of vertegenwoordigers namens de ketenpartners. Elk advies of voorstel dat aan de manager Ketenzorg wordt voorgelegd, is eerst besproken in het kwaliteitsteam en wordt door de adviseur Kwaliteit en Beleid voorgelegd aan de manager.

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 praktijken² (t.a.v. de ketenzorg, geen patiënt-specifieke behandelvragen).

¹ Deze kennis is deels aanwezig bij de gespecialiseerde verpleegkundigen Diabetes en COPD/Astma. Op termijn wordt beoordeeld of een afzonderlijke gespecialiseerde verpleegkundige CVRM nodig is.

² De praktische werkwijze voor beantwoording van vragen door het kwaliteitsteam is beschreven in bijlage 1.

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.

De thema's zoals vastgelegd in de KKK's zijn de leidraad voor het kwaliteitsteam in het selecteren en prioriteren van de te agenderen thema's.

Vragen op het gebied van kwaliteit kunnen worden ingediend bij de adviseur Kwaliteit en Beleid, die de vragen zo nodig zal agenderen voor het kwaliteitsteam. Het kwaliteitsteam bespreekt of vragen moeten worden geagendeerd voor expertteam en/of expertgroep.

Overleg

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

Expertteam

Per keten-DBC functioneert binnen Ketenzorg Friesland een **expertteam**. Het expertteam geeft advies aan het kwaliteitsteam over het ontwikkelen, evalueren en bijstellen van medisch-inhoudelijk beleid binnen de keten. De leden van het expertteam signaleren relevante (landelijke) ontwikkelingen en bespreken de mogelijke en/of gewenste consequenties daarvan. Doel is te komen tot kwaliteitsborging en -verbetering en (door)ontwikkeling van de zorgprotocollen en zorgproducten van de betreffende keten-DBC.

Uitkomst van het overleg van het expertteam is advies (gevraagd en ongevraagd) aan het kwaliteitsteam over bijv. bijstelling van het zorgprotocol en/of de zorgproducten voor de betreffende keten-DBC of andere verbetermogelijkheden voor de zorg die wordt verleend binnen de betreffende keten. Het kwaliteitsteam bespreekt het advies van het expertteam en kan op basis daarvan een voorstel voorleggen aan de manager Ketenzorg.

Het expertteam bereidt daarnaast de agenda voor de expertgroep voor en bepaalt uiterlijk twee weken voorafgaand aan het geplande overleg van de expertgroep of het noodzakelijk is dat de expertgroep bijeen komt.

Linking pins tussen de expertteams onderling en tussen expertteams en kwaliteitsteam zijn de medisch adviseur en de adviseur Kwaliteit en Beleid. Zij waarborgen verbinding tussen de ketens en bewaken het overzicht over de ketens heen, zowel op medisch-inhoudelijk vlak (belegd bij de medisch adviseur), als op gebied van beleidsontwikkeling/proces/organisatie van kwaliteit (adviseur Kwaliteit en Beleid).

Per keten-DBC hebben de volgende personen zitting in een expertteam:

- Medisch adviseur (voorzitter)

- Kaderhuisarts
- Praktijkondersteuner/gespecialiseerd verpleegkundige
- Adviseur Kwaliteit en Beleid.

Er moeten minimaal twee personen aanwezig zijn om het overleg door te kunnen laten gaan, waarvan tenminste één inhoudelijk deskundige en één adviseur.

Overleg

De expertteams komen eens per 2 maanden bijeen. De medisch adviseur is voorzitter, omdat de thema's die worden besproken in het expertteam medisch-inhoudelijk van aard zijn. De medisch adviseur kan als voorzitter medisch-inhoudelijke conclusies formuleren en in de rol van voorzitter ook de inhoudelijke verbinding met de andere expertteams bewaken.

Multidisciplinaire expertgroep

Per keten-DBC zijn er **expertgroepen** met een *multidisciplinair* karakter. In deze expertgroepen zijn de patiënten en alle binnen de keten deelnemende disciplines vertegenwoordigd: huisartsen, praktijkondersteuners, ketenpartners en eventueel specialisten uit de 2^e-lijn. In de expertgroepen staat kwaliteitsverbetering binnen de keten centraal, met name waar het gaat om de multidisciplinaire samenwerking. Jaarlijks wordt beoordeeld of de (medische-paramedische) inhoud van het zorgprogramma nog voldoet aan de huidige inzichten/evidence. De expertgroep is een denktank die ontwikkelingen in het vakgebied volgt. In de expertgroep ligt de focus op samenwerking en onderlinge afspraken en delen de leden 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.

De agenda voor de expertgroep wordt voorbereid door het expertteam. Uitkomsten van de expertgroepen krijgen een vervolg in het betreffende expertteam en/of direct in het kwaliteitsteam.

Overleg

De expertgroepen komen minimaal twee maal per jaar bijeen. Uit praktische overwegingen worden er op jaarbasis vier momenten vooraf ingepland. Uiterlijk twee weken van tevoren bepaalt het expertteam of er voldoende aanleiding is (bijv. landelijke ontwikkelingen, aanpassing standaard e.d.) om het overleg door te laten gaan. Alleen als er voldoende bespreekpunten zijn, komt de expertgroep bijeen.

De medisch adviseur is voorzitter, omdat de thema's die worden besproken in de expertgroep medisch-inhoudelijk van aard zijn. De medisch adviseur kan als voorzitter medisch-inhoudelijke conclusies formuleren en in de rol van voorzitter ook de inhoudelijke verbinding met de andere expertgroepen bewaken.

Ambitie is om de multidisciplinaire expertgroepen uiteindelijk breder te benutten dan alleen voor Ketenzorg Friesland, in het kader van provinciaal kwaliteitsbeleid.).

Vanuit kwaliteit zijn er diverse relaties binnen en buiten KZF:

- A. **Huisartsen, praktijkondersteuners, ketenpartners:** huisartsen, praktijkondersteuners en ketenpartners kunnen met vragen terecht bij het kwaliteitsteam. Nieuw beleid of informatie wordt vanuit het kwaliteitsteam uitgezet via website en/of mail, in afstemming met Relatiebeheer en zo nodig Communicatie, en na akkoord van de manager Ketenzorg.
- B. **Relatiebeheer:** een nauwe samenwerking tussen kwaliteit en relatiebeheer 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 relatiebeheer inbrengen bij of voorleggen aan het veld (denk aan: input voor spiegel- en benchmarkgesprekken, nieuw beleid, informatie/voorlichting, uitkomsten kwaliteitsmetingen).

Met relatiebeheer is de afspraak gemaakt dat **alle** zaken die het kwaliteitsteam ontwikkelt, eerst worden voorgelegd aan het team relatiebeheer (via de coördinator), voordat zij via website, mailings of praktijkbezoeken worden uitgezet in het veld. Zo kan relatiebeheer toetsen of de informatie begrijpelijk is en op het juiste moment wordt gegeven.

Vervolgens kan tijdens praktijkbezoeken actief worden verwezen 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 expertteams.
- D. **Primaire processen & ICT:** wijzigingen in zorgprotocollen en -producten kunnen consequenties hebben voor ICT (KIS) en de Zorgadministratie. Zo kan vanuit het kwaliteitsteam de wens komen tot aanpassing van het KIS. De adviseur Kwaliteit en Beleid zal dergelijke ontwikkelingen afstemmen met de coördinator Primaire processen en ICT of inbrengen voor het coördinatorenoverleg. De manager Ketenzorg beslist uiteindelijk of en welke wijzigingen in het KIS worden doorgevoerd.
- E. **Klankbordgroep:** binnen Ketenzorg Friesland wordt een klankbordgroep ingericht waaraan (bijgestelde/nieuwe) zorgprogramma's of andere voorstellen op het gebied van kwaliteit van zorg kunnen worden voorgelegd (na bespreking in expertteams en/of -groepen)
- F. **Kwaliteitsfunctionarissen Dokterswacht:** de adviseur Kwaliteit en Beleid van KZF heeft periodiek afstemmingsoverleg met afdeling Kwaliteit van Dokterswacht (uitwisselen ervaringen, efficiënte inzet van middelen, denk aan patiëntveringsonderzoeken).
- G. **Doktersacademie:** alle ontwikkelingen op het gebied van scholingen worden inhoudelijk en qua organisatie besproken met Doksteracademie. In overleg met de Doktersacademie wordt

een jaarplan opgesteld voor de scholingen die zullen worden aangeboden namens Ketenzorg Friesland.

- H. **Zorgverzekeraar:** in het overleg van de directeur 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 die Ketenzorg Friesland vastlegt, vormen 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.
- I. **Externe partners,** zoals Vilans, ROS, etc.

4.2 Rollen, taken en verantwoordelijkheden

Binnen de organisatiestructuur voor kwaliteit zijn verschillende functies onderscheiden. Hieronder wordt per functie weergegeven welke rollen, taken en verantwoordelijkheden onder meer gelden voor de betreffende functionaris (NB: dit is geen limitatieve opsomming).

1. Adviseur Kwaliteit en Beleid

De adviseur Kwaliteit en Beleid is verantwoordelijk voor de ontwikkeling, uitvoering, toetsing en borging/verbetering van het kwaliteitsbeleid van Ketenzorg Friesland. 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 Doksterzorg 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 Doksterzorg middels overleg met de medisch adviseur(s) van de holding. Een van de taken van de medisch adviseur is het presenteren van de indicatoren tijdens de jaarlijkse regionale ketenzorgbijkomsten.

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 de zorgprotocollen en zorgproducten van Ketenzorg Friesland, 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 (niet patiënt-specifieke) vraagstukken binnen de keten-DBC en het operationaliseren van het beleid van Ketenzorg Friesland in de praktijk. Daarnaast draagt de verpleegkundige bij aan het formuleren van de opleidingseisen per keten en aan ontwikkeling en uitvoering van (casuïstiek)scholingen, symposia en bijeenkomsten. De gespecialiseerde verpleegkundige kan gevraagd en ongevraagd advies geven over (door)ontwikkeling van de keten-DBC. Deze adviezen worden altijd 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.

Bijlage 1

Afhandeling vragen door kwaliteitsteam.

Alle vragen die (mogelijk) betrekking hebben op kwaliteit komen binnen bij de adviseur Kwaliteit en Beleid. De adviseur beoordeelt:

- a. of de vraag inderdaad kan/moet worden beantwoord door het kwaliteitsteam. Zo nee, dan stuurt de adviseur de vraag door naar de manager Ketenzorg.
- b. wie binnen het kwaliteitsteam de vraag kan beantwoorden.
- c. of de vraag direct kan/moet worden doorgezet of eerst moet worden besproken in het kwaliteitsteam.

Ad. a

Indien de vraag direct wordt doorgezet naar een gespecialiseerd verpleegkundige of kaderhuisarts, ontvangt de medisch adviseur altijd een cc. Het concept-antwoord gaat terug naar de adviseur Kwaliteit en Beleid, eveneens in cc naar de medisch adviseur. Na akkoord van de medisch adviseur, verstuurt de adviseur Kwaliteit en Beleid het antwoord naar de praktijk.

Vragen over beleid(aanpassing) worden geagendeerd voor het kwaliteitsteam en vervolgens voor het expertteam. De vraagsteller krijgt dan bericht van de adviseur Kwaliteit en Beleid wanneer hij een antwoord op de vraag kan verwachten.