

# KWALITEITSBELEID OP MAAT

**MET BOUWSTENEN, GEREEDSCHAPPEN EN  
KWALITEITSKENMERKEN**



*"Het zien van nieuwe dingen heeft altijd een pijnlijke kant, doordat ze ons innerlijk uit het evenwicht brengen en ons dwingen het oude te herzien, het nieuwe te doorgronden en beiden naar waarde te schatten. Allicht moet men daarbij afstand nemen van veel, dat men vroeger mooi vond."*

Helene Kröller-Müller

## COLOFON

© InEen, 12 april 2019

Leden van InEen kunnen dit document voor eigen gebruik vrijelijk kopiëren en bewerken. Anderen kunnen daarvoor een verzoek indienen bij InEen, via [info@ineen.nl](mailto:info@ineen.nl).

## INHOUDSOPGAVE

<b>1   Inleiding</b>	<b>2</b>
<b>2   Kwaliteitsbeleid op maat</b>	<b>4</b>
<b>3   De bouwstenen, het gereedschap en kwaliteitskenmerken</b>	<b>6</b>
3.1 Bouwsteen 1: Sluit aan op behoefte	6
3.2 Bouwsteen 2: Stel het lerend vermogen centraal en biedt een lerende omgeving om samen te leren	7
3.3 Bouwsteen 3: Gebruik de kwaliteitscyclus als basis	8
3.4 Bouwsteen 4: Benut verschillende vormen van spiegelinformatie als input	9
3.5 Bouwsteen 5: Maak kwaliteitsverandering (output) inzichtelijk en verwachtingen duidelijk	10
3.6 Bouwsteen 6: Leer van praktijkvariatie	11
3.7 Bouwsteen 7: Laat 'voorbeeldig' leiderschap zien	13
<b>4   Bijlagen</b>	<b>15</b>
Bijlage I 'De basis op orde'	15

## 1 | INLEIDING

De activiteiten van regionale en lokale eerstelijnsorganisaties zijn aan verandering onderhevig. Waar voorheen de nadruk lag op ketenzorg voor mensen met chronische aandoeningen, wordt nu ook invulling gegeven aan o.a. ouderenzorg, GGZ en spoedzorg. Dat vraagt om een andere invulling van het kwaliteitsbeleid.

Bovendien is het kwaliteitsdenken in de zorg aan het veranderen onder invloed van verschillende ontwikkelingen. 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.

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. Maar het verantwoordende karakter van het huidige kwaliteitsbeleid stimuleert niet het lerend vermogen en de intrinsieke motivatie.

In Kwaliteitsbeleid in de huisartsenzorg (2019) hebben InEen, LHV en NHG een gezamenlijke visie op kwaliteit geformuleerd. Deze visie heeft als belangrijkste uitgangspunten verantwoording nemen voor kwaliteit en samen leren en verbeteren. Huisartsen, eerstelijns- en huisartsenorganisaties kiezen daarnaast voor aspecten van zorg en praktijkvoering die passen bij hun patiëntenpopulatie en (praktijk)organisatie om te bouwen aan gerechtvaardigd vertrouwen. Voor succesvolle implementatie van kwaliteitsbeleid werken InEen, LHV en NHG complementair aan instrumenten, werkwijzen en methodieken.

InEen laat zich hierbij inspireren door het 'nieuwe kwaliteitsdenken' dat door de Kwaliteitsraad van het Zorginstituut Nederland (ZiN) wordt uitgedragen<sup>1</sup>. In het nieuwe kwaliteitsdenken staat het (samen) lerend vermogen en de intrinsieke motivatie van professionals centraal en verschuift het accent van verantwoording afleggen naar verantwoordelijkheid nemen voor samen leren en ontwikkelen. Dat vraagt om een bescheiden en nieuwsgierige houding. Niemand heeft de waarheid in pacht. In de lerende praktijk blijft evidence- en practice based werken belangrijk, maar er moet ook ruimte zijn voor andere kennisbronnen zoals: patiëntervaringen, zorggebruik, zorgverlenerstevredenheid, lokale data, big data en verhalen etc. Het meenemen van patiënten, andere zorgverleners, zorgverzekeraars en toezichthouders leidt tot een verrijking van het leerproces. Door met elkaar in gesprek te blijven over kwaliteitsverandering, ontstaat er meer inzicht in het leerproces en een reëel beeld van hetgeen men van elkaar mag verwachten. Ook bij deze nieuwe invulling van het kwaliteitsbeleid blijft transparantie een belangrijk element.

---

<sup>1</sup> De nieuwe kwaliteit, [www.coincide.nl](http://www.coincide.nl) prof. dr. Jan Kremer, voorzitter Kwaliteitsraad Zorginstituut Nederland dr. Sjaak Wijma, lid Raad van Bestuur Zorginstituut Nederland

Het gaat dan niet langer om transparantie over uitkomsten van een beperkt aantal aspecten van de zorg maar om transparantie over het leerproces zelf, dat immers de kern vormt van het nieuwe kwaliteitsbeleid. Op die manier wordt met elkaar gewerkt aan gerechtvaardigd vertrouwen in de kwaliteit van de (huisartsen)zorg en kan ook het toezicht op een daarbij passende wijze worden ingevuld.

## 2 | KWALITEITSBELEID OP MAAT

De afgelopen maanden heeft een flink aantal leden zich, in verschillende sessies en een consultatieronde, gebogen over het toekomstige kwaliteitsbeleid en een herziening van de kritische kwaliteitskenmerken (KKK's). Dat heeft geresulteerd in het formuleren van bouwstenen voor het nieuwe kwaliteitsbeleid van regionale organisaties. Deze bouwstenen zijn niet alleen voor zorggroepen van toepassing, maar ook voor huisartsenposten en gecombineerde organisaties<sup>2</sup>.

Bij bouwen horen een bouwtekening, bouwstenen en gereedschap. Deze worden in dit document weergegeven.

### **Bouwtekening (de eigen visie van een organisatie op kwaliteit en kwaliteitsbeleid)**

Voordat er gebouwd kan gaan worden is het van belang om te weten waar een organisatie staat. Wat is haar geschiedenis en in welke ontwikkelfase bevindt de organisatie zich? Welke cultuur bestaat er in een organisatie? Hoe ziet de omgeving eruit? Vervolgens stellen de betrokkenen met elkaar vast waar ze als organisatie samen voor gaan. Het bepalen van de eigen Why van een organisatie. Met elkaar betekent dat een organisatie met de aangesloten zorgverleners, hun praktijken, patiënten, zorgverzekeraars en andere stakeholders de dialoog aangaat over de kwaliteit van zorg en de zorg voor kwaliteit. Dat betekent dat een regionale organisatie moet beschikken over z.g. grenscompetenties om over de eigen grenzen naar andere velden te kunnen kijken. Welke drijfveren, belangen en waarden spelen een rol bij ieders visie op kwaliteit? Is die visie toekomstbestendig? Op die manier maakt elke organisatie zijn eigen bouwtekening.

### **Bouwstenen**

Nadat een breed gedragen visie van de organisatie op kwaliteit is vastgesteld zijn er bouwstenen nodig om het kwaliteitsbeleid vorm te geven. De voorgestelde bouwstenen vormen de kernelementen van het (regionale) kwaliteitsbeleid en kunnen gebruikt worden om de dialoog te voeren over de lerende cultuur waarin kwaliteitsverbetering plaatsvindt.

### **Gereedschappen**

Voor het toepassen van de bouwstenen worden gereedschappen aangereikt. Het zijn instrumenten, werkwijzen en methodieken die organisaties kunnen gebruiken om hun aangesloten leden

---

<sup>2</sup> N.B. Vanwege het verschil in de achterbannen van zorggroepen, gezondheidscentra, huisartsenposten en regionale organisaties is gekozen voor de algemene formulering 'aangesloten zorgverleners en/of praktijken', zodat alle genoemde organisatievormen zich kunnen herkennen.

(praktijken en zorgverleners) te ondersteunen bij het uitvoeren van het kwaliteitsbeleid dat binnen de organisatie is afgesproken. Per bouwsteen zijn gereedschappen beschikbaar. Sommige gereedschappen zijn voor meerdere bouwstenen inzetbaar. Het gereedschap is te vinden in een digitale bouwplaats van InEen (op LINK, het besloten ledenplatform van InEen)

### **Kwaliteitskenmerken**

Bij iedere bouwsteen is een aantal bijpassende kwaliteitskenmerken weergegeven die inzichtelijk maken in hoeverre regionale organisaties over de benodigde kenmerken beschikken om de aangesloten zorgprofessionals en praktijken bij het leren en verbeteren van de kwaliteit te ondersteunen. De voormalige kritische kwaliteitskenmerken (KKK's) komen hier deels in terug. In 'De basis op orde' staat een aantal algemene basiskenmerken beschreven die voortkomen uit wet- en regelgeving en bestaande onderdelen van het kwaliteitsbeleid (zie bijlage 'De basis op orde'). Zij vormen het fundament van het (regionale) kwaliteitsbeleid. Tezamen maken deze kwaliteitskenmerken inzichtelijk (bijvoorbeeld door middel van zelfevaluatie, peer review, visitatie of certificering) in hoeverre een organisatie alles in huis heeft om uitvoering te geven aan het 'Kwaliteitsbeleid op Maat'.

Let wel, het 'Kwaliteitsbeleid op Maat' bestaat niet uit afvinklijstjes; de organisatie bepaalt zelf aan welke aspecten van kwaliteit men wil werken, hoe het leerproces eruit ziet en welke gereedschappen daarbij van pas komen. Dit document moet daarom ook gezien worden als een handreiking bij het werken aan kwaliteit; niet als een verantwoordingsinstrument. Alleen de kwaliteitsaspecten die zijn beschreven in 'De basis op orde' zijn niet vrijblijvend. De inhoud van het kwaliteitsbeleid is geen statisch gegeven, maar kan variëren in de tijd, afhankelijk van de ontwikkelingsfase waarin een organisatie zich bevindt en voor welke opgaven zij gesteld wordt. Kwaliteit is daarmee een integraal onderdeel van de bedrijfsvoering en niet iets 'wat erbij komt'.

## 3 | DE BOUWSTENEN, HET GEREEDSCHAP EN KWALITEITSKENMERKEN

### 3.1 Bouwsteen 1: Sluit aan op behoefte

Neem de *behandelrelatie met de patiënt en de behoefte van zorgprofessionals als vertrekpunt* en focus als (regionale) organisatie achtereenvolgens op de toegevoegde waarde voor de:

- patiënt;
- zorgverlener (m.n. de huisarts);
- (huisartsen)praktijk;
- regionale organisatie.



#### *Gereedschap*

- Persoonsgerichte zorg
- Spinnenweb als onderdeel van het concept 'Positieve gezondheid'
- Gezamenlijke besluitvorming
- Juiste zorg op de juiste plek
- Wijkscans
- Value Based Health Care (VBHC)
- Waardenkaart van de Argumentenfabriek uit de serie 'Zo werkt de zorg'
- EHealth
- Spiegelgesprek
- Instrumenten waarmee ondersteuningsbehoefte van zorgverleners geïnventariseerd kunnen worden (zie ook bouwsteen 4)

#### *Kwaliteitskenmerken*

##### De organisatie ...

- inventariseert op een gestructureerde manier de ondersteuningsbehoefte bij:
  - aangesloten zorgverleners;
  - hun praktijken;
  - het (eigen) personeel;
  - de betrokken patiënten;
  - en andere belanghebbenden.
- verwerkt de gesignaleerde (ondersteunings)behoeften in haar kwaliteitsbeleid en houdt daarbij rekening met uiteenlopende verwachtingen.
- gaat periodiek na of het kwaliteitsbeleid werkt en bijdraagt aan het realiseren van de wensen, behoeften en verwachtingen.



### 3.2 Bouwsteen 2: Stel het lerend vermogen centraal en biedt een lerende omgeving om samen te leren

Inzetten op het creëren van een stimulerende omgeving, waarin *samen leren* een vanzelfsprekend onderdeel is van professionaliteit, draagt bij aan permanente kwaliteitsverbetering. Betrek bij dat *samen leren* ook professionals uit andere disciplines, patiënten en andere stakeholders. In een cultuur waarin het gebruikelijk is om van elkaar te leren komen veranderingen makkelijker tot stand.



Een lerende cultuur kenmerkt zich door het bieden van ruimte en het scheppen van vertrouwen, maar ook door het ondersteunen van elkaar bij het werken aan kwaliteitsverbetering. Sluit daarbij aan op de drijfveren en behoeften van de ander en benut de aangrijpingspunten voor verbetering door de ander te *coachen*. Het voeren van de dialoog over kwaliteit is hierbij een essentieel element.

En besef: leren gaat makkelijker als je er plezier in hebt. Zorg er dus voor dat werken aan kwaliteit leuk is en maak het niet te ingewikkeld.

#### *Gereedschap*

- Regel- en innovatieruimte bieden
- Vieren van successen en briljante mislukkingen
- Interprofessionele scholing
- Leren van incidenten
- Deelname aan (digitale) leernetwerken
- Open cultuur
- Coaching/POP/functioneringsgesprekken
- Instrumenten voor reflectie/intervisie/(360 graden) feedback
- Investeren in relaties (met patiënt, professional, praktijken, samenwerkingspartners)
- Praktijkbezoeken
- Best practices delen
- Inzet kwaliteitscoaches/consulenten
- LEAN
- Digitale bouwplaats InEen
- Casuïstiekbespreking
- Serious Gaming
- Diverse vormen van toetsoverleggen (Farmacotherapeutisch Toetsoverleg (FTO)  
Diagnostisch Toetsoverleg (DTO), Intervisie op praktijkniveau of intervisie op zorggroepniveau)

### *Kwaliteitskenmerken*

#### De organisatie ...

- inventariseert op een gestructureerde manier periodiek de (persoonlijke) leerbehoefte en ontwikkelwensen van de aangesloten zorgverleners en/of praktijken en (eigen) personeel.
- helpt de aangesloten zorgverleners en/of praktijken en (eigen) personeel met tijd en middelen om met elkaar te leren en te verbeteren.
- ondersteunt mogelijkheden voor gezamenlijke reflectie op het professionele handelen waardoor aangesloten zorgverleners en/of praktijken en (eigen) personeel van elkaar kunnen leren.
- werkt aan een open en veilige cultuur de ruimte biedt voor reflectie en het leren van fouten en briljante mislukkingen.

### 3.3 Bouwsteen 3: Gebruik de kwaliteitscyclus als basis

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<sup>3</sup>:

- zoek de knelpunten en maak een plan (plan);
- voer het plan uit (do);
- meet en evalueer wat er gebeurt (check);
- stuur het proces zo nodig bij (act).



Bij het formuleren van verbeteracties wordt een passende doorlooptijd gekozen, bij voorkeur zo kort mogelijk. Het is belangrijk dat een verbetering op één onderdeel niet ten koste gaat van de kwaliteit van een ander deel van de zorg.

NB. Voor het draagvlak bij het door ontwikkelen van kwaliteit is het belangrijk dat de noodzaak, werkzaamheid en doelmatigheid van veranderingen helder is voor alle betrokkenen. Draagt het voorgenomen beleid of een registratie niet bij aan kwaliteit, overweeg dan of het kan worden geschrapt. (Trechter van Verdunning: <https://www.vaa.nl/landingspagina/ont-regel-de-zorg/denkgereedschap-trechter-en-argumentenkaart>)

#### *Gereedschap*

- Methodieken om de PDCA-cyclus toe te passen
- Kwaliteitsjaarplan
- Kwaliteitsmanagementsysteem

<sup>3</sup> Verantwoorde zorg van goede kwaliteit, Rob Ong, Pieter van den Hombergh en Margriet Bouma, uit: Praktijkvoering in de huisartsgeneeskunde, Fred Dijkers, Albert Nijland en Kees in 't Veld, 2011.

- Herziene versie van de zelfevaluatie gebaseerd op het nieuwe 'Kwaliteitsbeleid op Maat'
- Onderlinge visitatie tussen (regionale) organisaties waarvoor het nieuwe 'Kwaliteitsbeleid op Maat' een handvat kan bieden
- Te ontwikkelen accreditering/certificering volgens het nieuwe kwaliteitsdenken
- Toepassen van Trechter van verdunning
- Kortcyclische verbetertrajecten (d.w.z. verbetertrajecten met een korte doorlooptijd, die uitgevoerd worden volgens de PDCA)

#### *Kwaliteitskenmerken*

##### De organisatie ...

- Ondersteunt aangesloten zorgverleners en/of praktijken bij het identificeren van verbeterpunten in de kwaliteit van (de organisatie van) het zorgverleningsproces
- Helpt de organisatie kwaliteitsdoelen op te stellen die van betekenis zijn voor aangesloten zorgverleners en/of praktijken, patiënten en andere belanghebbenden
- Faciliteert bij de uitvoering van hun verbeteracties, waar nodig.
- Ondersteunt het periodiek evalueren van de voortgang van de voorgenomen verbeteracties en het benoemen van geleerde lessen.
- Stimuleert het tijdig aanpassen van de voorgenomen kwaliteitsdoelen en verbeteracties.
- past de stappen uit de kwaliteitscyclus ook toe bij het kwaliteitsbeleid van de eigen organisatie.

NB. De organisatie neemt de verantwoordelijkheid niet over. Die blijft bij de zorgverlener en/of praktijk.

### 3.4 Bouwsteen 4: Benut verschillende vormen van spiegelinformatie als input

Om de kwaliteitscyclus in beweging te brengen en te houden is input vanuit meerdere invalshoeken nodig. Het gebruik van meerdere bronnen helpt om zicht te krijgen op de werkelijkheid.

Kijk daarbij vanuit verschillende perspectieven:

- inhoud en organisatie, ook vanuit andere velden;
- evidence en practice based geneeskunde;
- quadrupel-aim (medisch-inhoudelijke indicatoren, patiëntervaringen, zorgverlenerstevredenheid en cijfers over zorggebruik en kosten).



#### *Gereedschap*

- Cliëntenraad/panel/focus- en spiegelgesprekken met patiënten
- Patient related experience measurement (Prem's)
- Patientjourneys
- Medewerkerstevredenheidsmetingen
- Professionele richtlijnen

- Proces- en uitkomstindicatoren uit de landelijke benchmarks
- Netwerkgorgindicatoren
- Kosten-batenanalyse
- Veilig Incident Melden (VIM) en Transmuraal Incident Melden (TIM)
- Klachtenregeling
- Wetenschappelijk onderzoek
- Lokale zorg- en welzijnsdata (uit WLZ en WMO)
- Gecombineerd gebruik van gegevens volgens 'Big data'-principes
- Zorggroepenatlas versie 1.0 (in ontwikkeling)
- Zelfevaluatie van de organisatie
- Ziekenhuisdata/Vektis
- Data-extracties uit Huisartsen Informatie Systeem (HIS) of Keten Informatie Systeem (KIS)

#### *Kwaliteitskenmerken*

##### De organisatie ...

- gebruikt verschillende bronnen van (kwalitatieve en kwantitatieve) spiegelinformatie om te reflecteren op de kwaliteit van de (eigen) zorg- en dienstverlening.
- betreft patiëntervaringen en zorgverlenerstevredenheid bij het werken aan kwaliteit.
- gaat met de aangesloten zorgverleners en/of praktijken en eigen personeel in gesprek over de beschikbare spiegelinformatie en faciliteert reflectie hierop.
- betreft (vertegenwoordigers van) patiënten en andere belanghebbenden bij het gesprek over kwaliteit
- gebruikt de uitkomsten van gesprekken over kwaliteit voor het doorlopen van de (eigen) kwaliteitscyclus (zie bouwsteen 3).

### 3.5 **Bouwsteen 5: Maak kwaliteitsverandering (output) inzichtelijk en verwachtingen duidelijk**

Voor patiënten, zorgverzekeraars en toezichthouders is voldoende transparantie een voorwaarde om gerechtvaardigd vertrouwen te krijgen in de kwaliteit van de organisatie. Daarbij gaat het niet zozeer om vooraf gedefinieerde uitkomsten van zorg, maar veeleer om inzicht in hoe de organisatie en haar professionals voortdurend en samen werken aan kwaliteit. Dat kan door gebruik te maken van zogenaamde *veranderparameters*, die de organisatie bespreekt met patiënten, zorgverzekeraars en toezichthouders. Veranderparameters bieden inzicht in het leerproces, de voortgang daarin en wat men aan output mag verwachten.

De organisatie kiest, in samenspraak met de aangesloten zorgverleners en/of praktijken, op welke onderdelen van het kwaliteitsbeleid de focus ligt.



#### *Gereedschap*

- Accreditering/certificering volgens de principes van het nieuwe kwaliteitsdenken (nadruk op leren en verbeteren)
- Trends in de lokale/regionale en landelijke benchmarkgegevens
- Dashboard met essentiële indicatoren uit landelijke kwaliteitskaders
- Uniforme en toegankelijke patiëntinformatie over kwaliteit en veiligheid
- Publieksvriendelijke versie van het (kwaliteits)jaarverslag volgens format NHG (in ontwikkeling)
- Inzicht in wat is geleerd van klachten/incidenten/calamiteiten
- Beproefde communicatietechnieken voor het verwerven van draagvlak
- Gebruik van best practices en briljante mislukkingen

#### *Kwaliteitskenmerken*

##### De organisatie ...

- formuleert, samen met de aangesloten zorgverleners en/of praktijken, (eigen) personeel, patiënten en andere belanghebbenden, veranderparameters over ontwikkelingen in kwaliteit van zorg.
- maakt inzichtelijk hoe ze op een gestructureerde manier werkt aan kwaliteitsverbetering en -borging en vergroot daarmee het draagvlak bij belanghebbenden
- geeft aan welke ontwikkelingen op het gebied van kwaliteit (intern en extern) hebben plaatsgevonden en wat daarbij is geleerd.
- deelt periodiek de voortgang van het kwaliteitsbeleid met aangesloten zorgverleners, hun praktijken, (eigen)personeel, patiënten en andere belanghebbenden op een manier die past bij hun informatiebehoefte.

### 3.6 Bouwsteen 6: Leer van praktijkvariatie<sup>4</sup>

Spiegelinformatie maakt praktijkvariatie inzichtelijk. Vanwege de mogelijkheden om hiervan te leren krijgt praktijkvariatie als bouwsteen in het 'Kwaliteitsbeleid op Maat' extra aandacht.



4

Praktijkvariatie 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
- door ruimte in interpretatie en toepassing van wetenschap en richtlijnen, door taakverdeling, concentratie, en door overige verschillen tussen zorgaanbieders, die op basis van landelijke

Op alle niveaus is sprake van praktijkvariatie:

- tussen patiënten;
- tussen zorgprofessionals;
- tussen (huisartsen)praktijken;
- tussen lokale/regionale organisaties.

Praktijkvariatie heeft betrekking op een breed scala van mogelijke onderwerpen en kent meerdere oorzaken en factoren. De mate waarin organisaties praktijkvariatie wenselijk achten is daarbij een belangrijk aandachtspunt. Doel is uiteindelijk dat professionals praktijkvariatie benutten om op te reflecteren, erover met elkaar in gesprek te gaan en van te leren.

Praktijkvariatie op input en output als belangrijk facet in het kwaliteitsbeleid leent zich goed voor het cyclische leerproces. Bij de duiding van de praktijkvariatie helpen de professionals elkaar te ontdekken in welke mate deze gewenst of ongewenst is. Regionaal wordt daartoe de bandbreedte voor de gehanteerde indicatoren afgesproken. Bij praktijkvariatie blijkt de praktijkorganisatie vaak een belangrijke bepalende factor. Het is daarom essentieel om de praktijkorganisatie op te nemen in de dialoog met praktijken over praktijkvariatie als onderdeel van het kwaliteitsbeleid.

#### *Gereedschap*

- In de aansluitovereenkomst, die aangesloten zorgverleners en/of praktijken met hun organisaties aangaan, wederzijdse verwachtingen m.b.t. te voeren kwaliteitsbeleid opnemen
- Regionaal afspraken maken over normering voor praktijkvariatie op specifieke thema's of gekozen indicatoren
- Inclusie- en exclusiecriteria voor deelname aan ketenzorgprogramma's
- Meerjarige trendanalyses van de landelijke benchmark gebruiken voor de keuze van speerpunten in het kwaliteitsbeleid
- Spiegelinformatie gebruiken als input voor de dialoog
- Praktijkbezoeken door kwaliteitsconsulenten van organisaties
- Onderlinge visitaties tussen praktijken, respectievelijk organisaties
- Uitwisselen van best practices
- Deskundigheidsbevordering op basis van behoeften én uitkomsten
- Multidisciplinaire casuïstiekbespreking en intervisie
- Inzet van kwaliteitsconsulenten
- Competentieontwikkeling van kwaliteitsconsulenten o.a. gericht op verandermanagement

---

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.

- Ondersteuning door kwaliteitsconsulenten bij de implementatie en uitvoering van verbeteracties- en plannen bij praktijken
- Zorgvuldige introductie en gefaseerde implementatie van zorginnovaties
- Lerende netwerken opzetten
- Personeelsmix in de praktijk op basis van competenties en zorgvraag
- Aanbieden van de praktijkscan over bedrijfsvoeringsaspecten

#### *Kwaliteitskenmerken*

##### De organisatie ...

- brengt de praktijkvariatie rond specifieke thema's in beeld, zowel op praktijkniveau als op organisatieniveau.
- bevordert een omgeving gericht op leren van praktijkvariatie.
- bepaalt samen met de aangesloten zorgverleners en/of praktijken regionaal de maximale bandbreedte voor wenselijke praktijkvariatie op specifieke thema's of indicatoren.
- gaat in gesprek met de aangesloten zorgverleners en/of praktijken om met elkaar te reflecteren op de vastgestelde praktijkvariatie en deze te duiden.
- ondersteunt de aangesloten zorgverleners en hun praktijken bij het benoemen, uitvoeren en evalueren van verbeteracties die bijdragen aan het verminderen van ongewenste praktijkvariatie.
- formuleert beleid op praktijken die bij herhaling niet binnen de overeengekomen bandbreedte van praktijkvariatie op specifieke thema's of indicatoren blijven.

### 3.7 Bouwsteen 7: Laat 'voorbeeldig' leiderschap zien

Het nieuwe kwaliteitsdenken vraagt om een vorm van leiderschap dat uitgaat van vertrouwen in professionals en in medewerkers. De focus ligt op het stimuleren dat zij blijven leren, zich blijven

ontwikkelen in een veilige omgeving en op het faciliteren

daarvan. Leiders tonen zich in dit opzicht dienstbaar aan aangesloten zorgverleners, hun praktijken en eigen medewerkers. Los durven laten en kunnen omgaan met onzekerheid zijn competenties die daarbij horen: "de brug bouwen terwijl je erover loopt". (Medisch) leiders zijn belangrijke cultuurdragers binnen een organisatie die kunnen helpen om een beweging op gang te brengen.

Zij vervullen een voorbeeldfunctie bij het uitdragen van de visie op kwaliteit op alle niveaus. In hun gedrag dient daarom zichtbaar te zijn dat zij zelf ook periodiek reflecteren op hun functioneren, hun competenties blijven verbeteren en zich blijven ontwikkelen (practice what you preach). Zo stimuleren zij medewerkers en professionals om hetzelfde te doen. 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!



### *Gereedschap*

- Leiderschapsprogramma's
- Leiderschapsprofiel
- Zelfevaluatie leiders
- Deelname aan lerende netwerken
- Professionele ontwikkeling
- Goed werkgeverschap
- Veilige werkomgeving
- Regel- en innovatie ruimte bieden
- Eigen en gezamenlijke verantwoordelijkheid stimuleren
- Medewerkers/praktijktevredenheid meten
- Successen vieren
- Binden en boeien van personeel
- Principes uit de Zorgbrede Governancecode

### *Kwaliteitskenmerken*

#### De organisatie ...

- houdt bij het aantrekken van een (medisch) leider rekening met de competenties die nodig zijn om het lerende karakter van het kwaliteitsbeleid te ondersteunen.
- evalueert periodiek in hoeverre het getoonde leiderschap bijdraagt aan het leren en verbeteren in de organisatie en aan een veilige cultuur bij het werken aan kwaliteit.
- spreekt de verantwoordelijken binnen een organisatie aan op het leiderschap dat nodig is om het lerende karakter van het kwaliteitsbeleid te ondersteunen.



## 4 | BIJLAGEN

### Bijlage I '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 onderstaande 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>5</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>5</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

<b>Governance</b>	Bestuur is ingericht volgens de principes van de Zorgbrede Governance Code <sup>6</sup> .	Zorgbrede Governance Code
	Statuten en reglementen zijn aanwezig	Statuten Huishoudelijk reglement
<b>Samenwerking</b>	Er zijn actuele samenwerkingsafspraken met ketenpartners Regulier overleg met ketenpartners Uniforme patiëntinformatie over de zorgprogramma's	Regionale Transmurale Afspraken (RTA) Dienstverleningsovereenkomst (DVO) Service Level Agreement (SLA) Samenwerkingsafspraken tussen zorggroep en huisartsenpost

<sup>6</sup> InEen heeft de Zorgbrede Governancecode niet ondertekend. Dit betekent dat de leden hier strikt genomen niet aan gehouden zijn. Het volgen van de Governancecode is evenwel aanbevelenswaardig.

