

# KWALITEIT IN ZICHT



## Minimale voorwaarden voor goede ketenzorg, vanuit patiëntenperspectief

Samenwerking en afstemming tussen betrokken zorgverleners wordt, anno 2011, door mensen met een chronische aandoening nog steeds als een knelpunt ervaren. De patiëntenorganisaties Astma Fonds, de Diabetesvereniging Nederland, De Hart&Vaatgroep, de Nederlandse Federatie van Kankerpatiëntenorganisaties, de Reumapatiëntenbond, de Vereniging Spierziekten Nederland, de Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie en Zorgbelang Nederland\* leggen in dit document vast wat zij minimale voorwaarden voor goede ketenzorg vinden, vanuit patiëntenperspectief. Het betreft de meest relevante, meetbare en onderscheidende voorwaarden voor ketenzorg aan mensen met een chronische aandoening.

Belangrijkste bronnen voor deze minimale voorwaarden zijn:

- [Basisset Kwaliteitscriteria \(programma Kwaliteit in Zicht\\*](#), 2010).
- [Ontwikkelingsmodel voor ketenzorg](#) (Kenniscentrum voor ouderenzorg, sept/okt 2010)
- [Normstelsel ketenkwaliteit](#) (HKZ)
- [Chronische zorg- Minimale Data Sets](#) (Zichtbare Zorg)
- Indicatorenset ZN voor [DM](#), [COPD](#) en [CVR](#)
- Randvoorwaarden contractering ketenzorg (ZN en NPCF),
- [Model voor zorgstandaarden](#) (coördinatieplatform zorgstandaarden, ZonMw, 2010)
- Diverse zorgstandaarden
- Chronic Care Model (CCM)

In 2011-2012 brengen de patiëntenorganisaties aan de hand van deze minimale voorwaarden voor goede ketenzorg de kwaliteit van de ketenzorg in Nederland in kaart. Doel is de kwaliteit van de ketenzorg, middels transparantie van resultaten, te stimuleren. De resultaten van de kwaliteitsmeting geven geen informatie over de kwaliteit van de (keten)zorg aan individuele patiënten, maar geven wel inzicht in de kwaliteit van de ketenzorg in Nederland op een hoger aggregatieniveau. Bovendien ontvangen de zorgaanbieders, aan de hand van hun eigen resultaten, een terugkoppeling van de patiëntenorganisaties over hun ketenzorg- prestaties.

De Patiëntenorganisaties hanteren de definitie voor ketenzorg van VWS: *“Ketenzorg is het samenhangend geheel van zorginspanningen dat door verschillende zorgaanbieders onder een herkenbare regiefunctie wordt geleverd, waarbij de patiënt centraal staat. In de zorgketen bestaan gradaties van eenvoudig en strikt volgtijdelijk tot complexe zorg”*.

\* De genoemde patiëntenorganisaties bundelen hun krachten binnen het [programma Kwaliteit in Zicht](#), dat als doel heeft een stevige positionering van de zorgconsument in de driehoek met zorgverzekeraars en zorgaanbieders te bewerkstelligen. Het programma draagt zorg voor een uniforme en structurele inbreng van het patiëntenperspectief bij kwaliteitsverbeteringen in de zorg en het zorginkoopproces.

## 1. Regie over de zorg

Bij de ontwikkeling en evaluatie van de ketenzorg (geïntegreerd geleverd door zowel de 2<sup>e</sup> als de 1<sup>e</sup> en 3<sup>e</sup> lijn) worden patiënten/ cliënten, de cliëntenraad en/of de betreffende patiëntenorganisatie(s) betrokken.

Met iedere patiënt worden afspraken gemaakt over de eigen rol en verantwoordelijkheden<sup>1</sup> van de patiënt. Deze afspraken zijn vastgelegd in het behandelplan/zorgplan<sup>2</sup> van de patiënt en bekend bij alle betrokken zorgverleners in de keten (binnen en buiten het ziekenhuis).

## 2. Effectieve zorg

Het ziekenhuis en haar ketenpartners hebben een (gezamenlijk) kwaliteitsmanagementsysteem<sup>3</sup>, dat de keten/ het ziekenhuis mogelijkheden biedt de ketenzorg continu te verbeteren.

Minimaal jaarlijks wordt de ketenzorg geëvalueerd aan de hand van:

- Vastgestelde structuur-, proces- en/of uitkomstindicatoren t.a.v. de ketenzorg
- Geregistreerde klachten, fouten of bijna-ongelukken die betrekking hebben op de keten;
- Het oordeel van patiënten/ cliënten t.a.v. de ketenzorg (gebaseerd op [CQI ziekenhuiszorg](#) vraag 12E, 19, 26, 34, 59, 67, 68 en 75 en/of een eigen klantervaringsonderzoek/klanttevredenheidsonderzoek).

Voor deze evaluatie is binnen de betreffende keten vastgelegd wie verantwoordelijk is voor deze evaluatie.

Periodiek wordt de samenwerking binnen de keten gezamenlijk (door de samenwerkende zorgaanbieders) geëvalueerd (normelement 613.01 [NIAZ Kwaliteitsnorm Zorginstellingen 2.2](#)). Deze evaluatie wordt uitgevoerd op ziekenhuisniveau, specialismeniveau en aandoeningenniveau.

Voor deze evaluaties is vastgelegd wie verantwoordelijk is voor deze evaluatie.

## 3. Continuïteit van zorg

Er is een koppeling tussen het ZIS van het ziekenhuis en een verwijssysteem (bijvoorbeeld [ZorgDomein](#)), met minimaal de volgende functionaliteiten:

- Het automatisch plaatsen van de elektronische verwijfsbrief in het ZIS
- Het elektronisch aanvragen van diagnostiek

Het ziekenhuis spreekt met de huisarts af dat het ziekenhuis deze informeert over:

<sup>1</sup> U kunt hier bijvoorbeeld denken aan aspecten van zelfmanagement, zoals het bijhouden van de bloedsuikerwaarde, (begeleid) sporten of stoppen met roken.

<sup>2</sup> Met zorgplan wordt bedoeld (gebaseerd op [het model voor zorgstandaarden](#)): een draaiboek ter ondersteuning van het zelfmanagement van de individuele patiënt (waar deze ook een exemplaar/kopie van heeft), waarin alle zorgafspraken en -doelen zijn opgenomen, en die door de patiënt in overleg met de centrale zorgverlener is afgestemd op zijn/haar persoonlijke situatie.

<sup>3</sup> Het geheel van protocollen en afspraken die ten grondslag liggen aan het proces waarmee de kwaliteit van zorg doorlopend geëvalueerd en verbeterd kan worden.

<ul style="list-style-type: none"> <li>- De gestelde diagnose</li> <li>- Het vastgestelde behandelplan/ zorgplan</li> <li>- Actueel medicatieoverzicht</li> <li>- De vastgestelde respons van behandelingen/ begeleiding</li> <li>- Ontslag</li> <li>- Bij welke problemen contact op te nemen met het ziekenhuis</li> <li>- Met wie contact op te nemen bij bovengenoemde problemen</li> </ul>
<p>Iedere patiënt met een chronische aandoening wordt vóór het vaststellen van het behandelplan besproken in een multidisciplinair overleg (MDO)<sup>4</sup>. Tevens wordt iedere patiënt, ter vaststelling van het resultaat, ná behandeling/zorg/begeleiding besproken in een MDO. De uitkomst van het MDO (bijvoorbeeld over diagnose, behandeling en follow-up) wordt vastgelegd in het behandelplan/ zorgplan en/ of dossier van de patiënt.</p>
<p>Het ziekenhuis spreekt met de zorginstelling waar de patiënt normaal gesproken verblijft en/of met de zorgaanbieder waarnaar wordt verwezen, af dat het ziekenhuis deze informeert over:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- De gestelde diagnose</li> <li>- Het vastgestelde behandelplan/ zorgplan</li> <li>- Actueel medicatieoverzicht</li> <li>- De vastgestelde respons van behandelingen/ begeleiding</li> <li>- Ontslag</li> <li>- Met welke problemen contact op te nemen met het ziekenhuis</li> <li>- Met wie contact op te nemen bij bovengenoemde problemen</li> </ul>
<p>Binnen de keten zijn afspraken vastgelegd over wie welke zorg levert, en op welk moment in het zorgproces.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Binnen de interne organisatie (interne keten 2<sup>e</sup> lijn)</li> <li>- Met 1<sup>e</sup> lijns zorgaanbieders</li> <li>- Met 3<sup>e</sup> lijns zorgaanbieders</li> </ul> <p>Vastgelegd is:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Wie het zelfmanagement van de patiënt ondersteunt/ stimuleert;</li> <li>- Wie aandoeningspecifieke voorlichting, informatie, educatie geeft aan de patiënt;</li> <li>- Wie de patiënt informeert over de organisatie van de keten, de keuzemogelijkheden en de mogelijke ondersteuning bij keuzes;</li> <li>- Wie de patiënt informeert over eventuele (stapeling van) kosten binnen de keten en vergoedingen;</li> <li>- Wie de patiënt informeert over de verantwoordelijkheidsverdeling (zie 4G);</li> <li>- Wie met de patiënt afstemt welke patiëntengegevens gedeeld mogen worden binnen de keten;</li> <li>- Wie de patiënt screent op de behoefte aan psychosociale zorg;</li> <li>- Wie de patiënt in verschillende fasen van het zorgproces begeleidt;</li> </ul> <p>Deze afspraken zijn schriftelijk vastgelegd, in bijvoorbeeld:</p>

<sup>4</sup> Onder een MDO wordt verstaan (gebaseerd op de [IGZ, Basisset kwaliteitsindicatoren 2011](#) (bladzijde 62)): een vastgelegde overlegstructuur binnen een ziekenhuis, waarbij alle disciplines aanwezig zijn die relevant zijn voor de behandeling van een specifieke aandoening. Dit omdat de deskundigheid van de verschillende disciplines op elkaar afgestemd dient te worden voor het optimaal opstellen en uitvoeren van het op de individuele patiënt toegesneden behandelplan.

- Samenwerkingsovereenkomst/convenant (ketenafspraken op bestuurlijk niveau)
- Ketenbreed zorgpad/ ketenzorgprocesbeschrijving
- Regionaal Transmurale (werk)Afspraken (RTA), gebaseerd op [LTA](#), landelijke richtlijn of zorgstandaard

Per patiënt is de verantwoordelijkheidsverdeling tussen de samenwerkende zorgverleners vastgelegd in het behandelplan/zorgplan en/of dossier van de patiënt<sup>5</sup>. Vastgelegd is:

- welke zorgverlener (eventueel per fase van het zorgproces) **inhoudelijk eindverantwoordelijk** is voor de gehele zorgverlening aan de individuele patiënt (de 'hoofdbehandelaar'),
- welke zorgverlener de gehele zorgverlening aan de patiënt **coördineert** en
- welke zorgverlener (eventueel per fase van het zorgproces) het **aanspreekpunt** is voor de patiënt (en/of diens naasten) **bij vragen en onduidelijkheden**
- welke zorgverlener of welk organisatieonderdeel **aanspreekpunt** is voor de patiënt (en/of diens naaste) **in acute situaties** (eventueel per fase van het zorgproces)

Elk dossier is op een gestructureerde, dan wel gecodeerde manier vormgegeven, en is elektronisch toegankelijk:

- voor alle bij de zorg voor de patiënt betrokken en geautoriseerde zorgverleners in de gehele keten
- voor de patiënt

#### 4. Informatie, voorlichting en educatie

De betrokken zorgverleners geven eenduidige informatie aan de patiënt (scores [CQI ziekenhuiszorg](#) op vragen 19, 26 en 34<sup>6</sup>).

#### 5. Veilige zorg

Bij iedere patiënt vindt bij opname en ontslag medicatieverificatie plaats, vanuit de gedachte dat dit leidt tot het meest optimale medicatieoverzicht:

- Het ziekenhuis heeft samen met collega zorgverleners een protocol 'overdracht van medicatiegegevens'<sup>7</sup> opgesteld, dat gebaseerd is op de richtlijn 'Overdracht van medicatiegegevens in de keten'<sup>8</sup>
- Bij ontslag uit het ziekenhuis of binnen 24 uur na afloop van een polikliniekbezoek worden alle wijzigingen in of toevoegingen aan het medicatie-overzicht en andere relevante medische en

<sup>5</sup> Conform 'Handreiking bij verantwoordelijkheidsverdeling bij samenwerking in de zorg', KNMG, 2010

<sup>6</sup> Betreffende vragen uit de CQI ziekenhuiszorg:

Nr. 19: Gaven medewerkers u, bij de ontvangst op de afdeling, tegenstrijdige informatie?

Nr. 26: Gaven de verpleegkundigen u tegenstrijdige informatie?

Nr. 34: Gaven de artsen u tegenstrijdige informatie?

<sup>7</sup> Als mogelijke basis voor de protocollen zijn [handreikingen voor zes verschillende overdrachtsituaties](#) bij deze richtlijn gevoegd. Zorgaanbieders/zorgverleners kunnen hiervan afwijken als de specifieke lokale situatie dat vraagt

<sup>8</sup> De IGZ handhaaft deze richtlijn sinds 1 januari 2011.

farmaceutische gegevens van de patiënt door het ziekenhuis overgedragen aan:

- de door de patiënt opgegeven farmaceutisch zorgaanbieder/ apotheek én
- de huisarts van de patiënt

En, indien van toepassing:

- de trombosedienst,
- de thuiszorg<sup>9</sup> en
- de zorginstelling<sup>9</sup> waar patiënt verblijft.

Overdracht vindt plaats conform de vigerende [richtlijn 'Overdracht medicatiegegevens in de keten'](#).

Uit: [Prestatiebeschrijving farmaceutische zorg](#), hoofdstuk 9, NZA, juli 2011.

---

<sup>9</sup> Indien de patiënt de regie over zijn medicijngebruik heeft overgedragen aan de thuiszorg/zorginstelling.