

# Ketenzorg in zicht

Een onderzoek naar de stand van zaken 2011



## COLOFON

**Titel:**

Ketenzorg in Zicht  
Een onderzoek naar de stand van zaken 2011

**Opgesteld door:**

De partners van het programma Kwaliteit in Zicht (KiZ):

Het Astma Fonds

[www.astmafonds.nl](http://www.astmafonds.nl)

De Diabetesvereniging Nederland

[www.dvn.nl](http://www.dvn.nl)

De Hart&Vaatgroep

[www.hartenvaatgroep.nl](http://www.hartenvaatgroep.nl)

De Nederlandse Federatie van Kankerpatiëntenorganisaties

[www.nfk.nl](http://www.nfk.nl)

De Reumapatiëntenbond

[www.reumabond.nl](http://www.reumabond.nl)

De Vereniging Spierziekten Nederland

[www.vsn.nl](http://www.vsn.nl)

De Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie

[www.npcf.nl](http://www.npcf.nl)

Zorgbelang Nederland

[www.zorgbelang-nederland.nl](http://www.zorgbelang-nederland.nl)

In samenwerking met onderzoeksbureau MediQuest

[www.mediquest.nl](http://www.mediquest.nl)

**Contact:**

Lisenka van Loon  
Projectleider deelproject 6  
l.vanloon@nfk.nl  
030 - 2916099

Mascha van Dort  
Communicatieadviseur  
mvandort@npcf.nl  
06 - 20740716

[www.programmakwaliteitinzicht.nl](http://www.programmakwaliteitinzicht.nl)

## SAMENVATTING

Dit rapport beschrijft de resultaten van het onderzoek naar de kwaliteit van de ketenzorg, uitgevoerd door de partners van het programma Kwaliteit in Zicht (KiZ) in samenwerking met onderzoeksbureau MediQuest. Het doel van het onderzoek was het in kaart brengen van de kwaliteit van de ketenzorg op generiek niveau, als eerste stap om kwaliteitsverbeteringen in de samenwerking en afstemming tussen zorgverleners te stimuleren.

Om de kwaliteit van de ketenzorg in kaart te brengen is een vragenlijst uitgezet onder ziekenhuizen. Deze vragenlijst is gebaseerd op de 'minimale voorwaarden voor goede ketenzorg', opgesteld door de patiëntenorganisaties, en kende een respons van 60% van de ziekenhuizen. De resultaten worden in dit rapport gecombineerd met resultaten uit een ervaringsonderzoek onder patiënten (over 'samenwerking zorgverleners', n=5320) en resultaten van de verkorte CQI ziekenhuiscare. Hiermee kan de informatie van de ziekenhuizen aan de informatie van de patiënten worden gespiegeld om een completer beeld van de kwaliteit van ketenzorg te verkrijgen.

Uit de resultaten blijkt dat er veel ruimte voor verbetering van de ketenzorg is, maar dat er ook al veel ontwikkelingen gaande zijn. Een van de aspecten die grotendeels voldoen aan de wensen van de KiZ-partners is het betrekken van patiënten bij de ontwikkeling, uitvoering en evaluatie van de ketenzorg. Een belangrijk verbeterpunt daarentegen is het vastleggen van de verantwoordelijkheidsverdeling op patiëntniveau. Andere aspecten die verbetering behoeven zijn het waarborgen van een gezamenlijke structurele evaluatie van de ketenzorg en de uitwisseling van patiëntgegevens tussen verschillende zorgverleners (bijvoorbeeld in de vorm van een actueel medicatieoverzicht).

Ziekenhuizen kunnen de minimale voorwaarden voor goede ketenzorg gebruiken om de ketenzorg te optimaliseren. Het Ontwikkelingsmodel voor Ketenzorg (OMK) van Minkman<sup>1</sup> is een instrument dat ziekenhuizen en hun ketenpartners daarbij kan helpen. Alle ziekenhuizen die aan het onderzoek deelnamen ontvangen bovendien een feedbackrapportage waarin hun resultaten worden afgezet tegen het landelijke beeld.

---

<sup>1</sup>Voor meer informatie: <http://www.vilans.nl/Pub/Informatiecentrum/Informatiecentrum-overig/Ontwikkelingsmodel-voor-Ketenzorg.html>

# INHOUD

SAMENVATTING .....	1
1 INLEIDING .....	3
1.1 Kwaliteit van de ketenzorg.....	3
1.2 Opzet rapport .....	3
2 ONDERZOEKSMETHODE.....	4
2.1 Vragenlijst ziekenhuizen.....	4
2.2 Vragenlijst patiënten.....	5
2.3 Resultaten CQI ziekenhuiszorg .....	5
3 RESULTATEN.....	6
3.1 Respons.....	6
3.2 Regie over de zorg .....	6
3.3 Effectieve zorg.....	7
3.4 Continuïteit van zorg .....	10
3.5 Informatie, voorlichting en educatie.....	17
3.6 Veilige zorg .....	17
Bijlage A. Minimale voorwaarden voor goede ketenzorg, vanuit patiëntenperspectief .....	22
Bijlage B. Begeleidende email (kwaliteitsfunctionarissen).....	26
Bijlage C. Begeleidende brief (Raden van Bestuur) .....	28
Bijlage D. Vragenlijst.....	30
Bijlage E. Deelnemende ziekenhuizen .....	42
Bijlage F. Feedbackrapportage ziekenhuizen (met methodologische verantwoording).....	43

# 1 INLEIDING

Dit rapport is onderdeel van het onderzoek 'Kwaliteit van de Ketenzorg', uitgevoerd door de partners van het programma Kwaliteit in Zicht (KiZ)<sup>2</sup> in samenwerking met onderzoeksbureau MediQuest. De KiZ-partners zijn: het 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. Het programma KiZ beoogt de positie van de zorgconsument in de driehoek met zorgaanbieders en zorgverzekeraars te versterken door het patiëntenperspectief op een uniforme en structurele manier in te brengen bij kwaliteitsverbeteringen in de zorg en het zorginkoop proces.

## 1.1 Kwaliteit van de ketenzorg

Dit onderzoek heeft als doel het in kaart brengen van de kwaliteit van ketenzorg aan mensen met een chronische aandoening. De samenwerking en afstemming tussen zorgverleners (ketenpartners) wordt door mensen met een chronische aandoening nog vaak als een knelpunt ervaren: Uit onderzoek van de KiZ-partners naar de ervaren kwaliteit van de ketenzorg<sup>3</sup> blijkt dat een derde van de deelnemers vindt dat hun zorgverleners soms of zelfs nooit goed met elkaar samenwerken. Ruim 40% van de deelnemers vindt dat de samenwerking tussen zorgverleners beter kan dan het nu is.

*"Ik heb mijn huisarts de uitslag van de MRI-scan moeten mededelen. De neuroloog had dit niet meegedeeld aan mijn huisarts. De behandelend internist heeft mijn hoge bloeddruk medicijnen tijdelijk geschrapt om bijwerkingen hiervan op mijn darmen uit te sluiten. Mijn huisarts werd ook hiervan niet op de hoogte gesteld. Het schijnt dat ikzelf de tussenschakel ben; de communicatie tussen de zorgverleners is echt nihil. Er is geen samenwerking, alleen doorverwijzing."* (deelnemer onderzoek patiëntervaring)

De KiZ-partners hanteren de definitie van ketenzorg van het Ministerie 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."* Ketenzorg gaat dus om het geheel van zorg dat door zowel de (multidisciplinaire) 2<sup>e</sup> lijn als de 1<sup>e</sup> en 3<sup>e</sup> lijn aan een specifieke patiëntengroep wordt aangeboden.

Door middel van het verkrijgen van en inzicht geven in de kwaliteit van de ketenzorg hopen de KiZ-partners uiteindelijk de kwaliteit van de ketenzorg te verbeteren. Naast deze algemene rapportage ontvangen alle deelnemende ziekenhuizen daarom specifieke feedback op hun eigen resultaten.

## 1.2 Opzet rapport

In het volgende hoofdstuk wordt ingegaan op de onderzoeksmethode. In hoofdstuk 3 worden de resultaten van het onderzoek besproken aan de hand van de gestelde minimale voorwaarden. Ten slotte worden conclusies getrokken en aanbevelingen gedaan in hoofdstuk 4.

---

<sup>2</sup> [www.programmakwaliteitinzicht.nl](http://www.programmakwaliteitinzicht.nl)

<sup>3</sup> Meer informatie over dit onderzoek kan tevens gevonden worden via [www.programmakwaliteitinzicht.nl](http://www.programmakwaliteitinzicht.nl)

## 2 ONDERZOEKSMETHODE

Dit rapport is samengesteld op basis van resultaten uit drie verschillende bronnen die in dit hoofdstuk achtereenvolgens besproken worden:

1. Een onderzoek naar de bijdrage van ziekenhuizen aan goede ketenzorg (vragenlijst voor ziekenhuizen);
2. Een onderzoek naar de ervaringen van mensen met een chronische aandoening met ketenzorg ('samenwerking tussen uw zorgverleners') door middel van een vragenlijst;
3. Een meting van de ervaringen van mensen met de ziekenhuiszorg, gemeten met de gevalideerde (verkorte) CQI ziekenhuiszorg (specifiek de elementen over ketenzorg).

### 2.1 Vragenlijst ziekenhuizen

Wij hebben zelf een onderzoek verricht naar de bijdrage van ziekenhuizen aan goede ketenzorg, door de ziekenhuizen vragen te stellen die gebaseerd zijn op onze 'minimale voorwaarden voor goede ketenzorg, vanuit patiëntenperspectief'. Ziekenhuizen vervullen een centrale rol binnen verschillende zorgketens. Onze vragen betroffen zowel de samenwerking met de eerste en derde lijn, als ook de 'interne (multidisciplinaire) keten' binnen het ziekenhuis. De kwaliteit van de ketenzorg is niet aandoeningspecifiek onderzocht, maar generiek, op ziekenhuisniveau. Het doel was namelijk inzicht te krijgen in hoeverre een ziekenhuis in zijn geheel voldoet aan de randvoorwaarden voor goede ketenzorg. Enkele goede initiatieven (op aandoeningspecifiek niveau) zijn hier dus mogelijk buiten beschouwing gelaten. In dit rapport worden geen gegevens per ziekenhuis bekend gemaakt; de resultaten worden op een hoger aggregatieniveau weergegeven.

De 'minimale voorwaarden voor goede ketenzorg vanuit patiëntenperspectief' (opgesteld door de betrokken patiëntenorganisaties, zie bijlage A) vormen de basis voor dit onderzoek. Het betreft een selectie van de meest belangrijke, meetbare en onderscheidende voorwaarden voor ketenzorg aan mensen met een chronische aandoening. Bronnen voor deze minimale voorwaarden waren:

- Basisset Kwaliteitscriteria<sup>4</sup>
- Ontwikkelingsmodel voor Ketenzorg<sup>5</sup>
- Normstelsel ketenkwaliteit<sup>6</sup>
- Chronische zorg- Minimale Data Sets<sup>7</sup>
- Indicatorenset ZN voor Diabetes Mellitus, COPD en CVR<sup>8</sup>
- Randvoorwaarden contractering ketenzorg (ZN en NPCF)
- Model voor zorgstandaarden<sup>9</sup>
- Diverse zorgstandaarden
- Chronic Care Model (CCM)<sup>10</sup>

---

<sup>4</sup> [Programma Kwaliteit in Zicht, 2010](#)

<sup>5</sup> [Kenniscentrum voor ouderenzorg, sept/okt 2010](#)

<sup>6</sup> [Stichting Harmonisatie Kwaliteitsbeoordeling in de Zorgsector \(HKZ\)](#)

<sup>7</sup> [Zichtbare Zorg](#)

<sup>8</sup> [Diabetes Mellitus, COPD, CVR](#)

<sup>9</sup> [coördinatieplatform zorgstandaarden ZonMw, 2010](#)

<sup>10</sup> [Improving Chronic Illness Care \(ICIC\)](#)

Op basis van deze set voorwaarden hebben wij onze vragenlijst opgesteld (zie bijlage D). Eén van de minimale voorwaarden, 4a, is niet door middel van deze vragenlijst uitgevraagd: deze resultaten zijn opgevraagd bij Stichting Miletus (zie paragraaf 2.3). Een concept van de vragenlijst is als test aan enkele kwaliteitsfunctionarissen van ziekenhuizen voorgelegd.

De definitieve vragenlijst is omgezet in een online versie en elk ziekenhuis heeft een inlogcode ontvangen om de vragen te kunnen beantwoorden. De uitnodiging met inlogcodes is op 14 december 2011 per e-mail verstuurd aan kwaliteitsfunctionarissen van ziekenhuizen. Bovendien is de Raad van Bestuur van elk ziekenhuis middels een brief geïnformeerd over het onderzoek.

In januari zijn de kwaliteitsfunctionarissen per telefoon of per email herinnerd aan de deadline van het onderzoek. Na de deadline (3 februari 2012) zijn de gegevens door MediQuest geanalyseerd.

## **2.2 Vragenlijst patiënten**

Van november 2011-januari 2012 is in een ander KiZ-project onderzoek gedaan naar de ervaring van chronisch zieken met de samenwerking tussen zorgverleners. Deze vragenlijst, opgesteld door de KiZ-partners, bestaat onder andere uit de volgende onderdelen: 'informatie en uitwisseling tussen zorgverleners', 'adviezen en behandeling' en 'rol van de patiënt'. De vragenlijst is actief uitgezet onder de panels van de patiëntenorganisaties en beschikbaar gesteld op de websites van de KiZ-partners en andere patiëntenorganisaties. 5320 Patiënten met chronische aandoeningen vulden de vragenlijst volledig in. Van de deelnemers heeft 35% één chronische aandoening, 34% heeft twee aandoeningen en 31% heeft te maken met meer dan twee chronische aandoeningen. Meest genoemd zijn diabetes, reumatische aandoeningen en hart- en vaataandoeningen.

## **2.3 Resultaten CQI ziekenhuiszorg**

De gegevens ten behoeve van de analyse van minimale voorwaarde 4a (eenduidige informatieverstrekking aan de patiënt) zijn opgevraagd bij Stichting Miletus. Bovendien zijn enkele andere vragen uit deze CQI ziekenhuiszorg gebruikt om de analyse van minimale voorwaarde 3f (verantwoordelijkheidsverdeling tussen zorgverleners) en 1b (afspraken over rol en verantwoordelijkheden van de patiënt) aan te vullen.

## 3 RESULTATEN

In dit hoofdstuk worden de resultaten van het onderzoek per gestelde minimale voorwaarde besproken. De informatie uit de vragenlijst voor ziekenhuizen wordt binnen de paragrafen gespiegeld aan de beschikbare resultaten van het ervaringsonderzoek voor patiënten.

### 3.1 Respons

In eerste instantie hebben 55 van de 92 benaderde ziekenhuisgroepen meegewerkt. Voor één ziekenhuisgroep is de vragenlijst op verzoek van het ziekenhuis voor twee locaties ingevuld. Dit brengt het totaal aantal meewerkende ziekenhuizen op 56 van de 93: een respons van ruim 60%. De patiëntenorganisaties zijn tevreden met dit resultaat.

### 3.2 Regie over de zorg

#### Minimale voorwaarde 1a

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.

Op deze eerste minimale voorwaarde wordt hoog gescoord: 47 ziekenhuizen (86%) houden bij de ontwikkeling en evaluatie van de ketenzorg rekening met de wensen van patiënten. Bij de ontwikkeling van de ketenzorg worden patiënten/cliënten, de cliëntenraad en patiëntenorganisaties in ongeveer gelijke mate betrokken; bij de evaluatie van de ketenzorg zijn dit voornamelijk patiënten/cliënten uit de eigen populatie van het ziekenhuis. Verschillende manieren waarop patiënten betrokken worden zijn groepsmethoden zoals spiegelgesprekken en focusgroepen, maar ook meer individuele methoden zoals het inzetten van mystery patients, enquêtes en gesprekken met de verpleegkundige.

#### Minimale voorwaarde 1b

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

41% Van de ziekenhuizen maakt voor alle specialismen/aandoeningen afspraken met hun patiënten; 44% doet dit voor de meerderheid van de specialismen/aandoeningen (zie tabel 1). Het gaat hierbij om afspraken over bijvoorbeeld zelfmanagement, zoals het bijhouden van de bloedsuikerverwaarde, (begeleid) sporten of stoppen met roken. Van de deelnemers aan het patiëntervaringsonderzoek geeft 65% aan dat deze afspraken zijn gemaakt. Bovendien blijkt uit de verkorte CQI ziekenhuiszorg dat 81% van de ondervraagde patiënten bij ontslag informatie heeft gekregen over wat te doen bij problemen (vraag 34, n=13.051) en bijna 86% heeft zowel schriftelijke als mondelinge informatie gekregen over het gebruik van nieuwe medicijnen in combinatie met geneesmiddelen die de patiënt al gebruikte (vraag 30, n=6688).



**Tabel 1.** Afspraken maken over verantwoordelijkheden van de patiënt (n=54)

Antwoordoptie	Aantal	(%)
Ja, voor alle specialismen/aandoeningen	22	(41%)
Ja, voor de meerderheid van de specialismen/aandoeningen	24	(44%)
Ja, voor de minderheid van de specialismen/aandoeningen	7	(13%)
Nee	1	(2%)

*“Voorafgaand aan de chemo’s krijg je een aantal pagina’s met mogelijke bijwerkingen en wat er tegen te doen. Als je goed luistert naar de adviezen, kun je preventief al dingen doen, zodat je je minder ziek voelt.” (deelnemer onderzoek naar patiëntervaring)*

34 Ziekenhuizen (63%) geven aan de afspraken met de patiënt vast te leggen in het behandelplan/zorgplan van de patiënt. Dit komt niet overeen met de resultaten van het ervaringsonderzoek: daar geeft slechts 17% van de respondenten aan dat deze afspraken worden vastgelegd in zorgplan of behandelplan.

Soms worden de afspraken alleen vastgelegd in het dossier (de ‘status’, bedoeld voor de zorgverlener) en/of in een brief/instructie aan de patiënt; tweemaal werd aangegeven dat de afspraken helemaal niet worden vastgelegd. De samenwerkende patiëntenorganisaties vinden het belangrijk dat deze afspraken bekend zijn bij alle zorgverleners in de keten én bij de patiënt zelf. Het behandelplan/zorgplan (bedoeld voor zowel zorgverlener als patiënt) is volgens hun de beste plaats om deze afspraken in vast te leggen. 17 Ziekenhuizen voldoen uiteindelijk aan de gehele voorwaarde zoals deze hierboven is geformuleerd.

*Het zelfoefenboek ‘Zelf oefenen na een beroerte’ (ontwikkeld in het UMC Utrecht, maart 2011) wordt geïmplementeerd in de CVA-keten regio Eindhoven (Catharina ziekenhuis). Het boek helpt CVA-patiënten bij zelfmanagement: zij kunnen hiermee zelfstandig oefeningen doen als aanvulling op de sessies die zij onder begeleiding van een professional uitvoeren.*

### 3.3 Effectieve zorg

#### Minimale voorwaarde 2a

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

In bovenstaande minimale voorwaarde gaat het om een geheel van protocollen en afspraken die ten grondslag liggen aan het proces waarmee de kwaliteit van zorg doorlopend geëvalueerd en verbeterd kan worden. Dit kan ondersteund worden met een ICT-systeem, maar dat hoeft niet: De essentie is hier dat het om een beheerst proces gaat. Slechts twee ziekenhuizen hanteren voor één van hun ketens hetzelfde kwaliteitsmanagementsysteem als hun ketenpartners: voor de CVA en diabetesketen.

Daarnaast geeft geen enkel ziekenhuis aan dat binnen de gehele keten hetzelfde systeem gehanteerd wordt. Wel is er soms periodieke afstemming van protocollen tussen ketenpartners: een stap in de goede richting dus.

De KiZ-partners zien graag dat in de toekomst steeds meer ketenpartners hun kwaliteitsmanagementsysteem op elkaar afstemmen zodat gezamenlijk, systematisch en continu aan betere ketenzorg gewerkt kan worden.

*"De zorgaanbieders in de regio hebben uitgesproken een gedeeld kwaliteitsmanagementsysteem te willen gaan gebruiken. Een definitieve keuze voor een bepaald systeem is nog niet gemaakt. In afwachting daarvan worden in verschillende ketens verschillende systemen gebruikt." (Kennemer Gasthuis)*

#### Minimale voorwaarde 2b

Minimaal jaarlijks wordt de ketenzorg geëvalueerd aan de hand van:

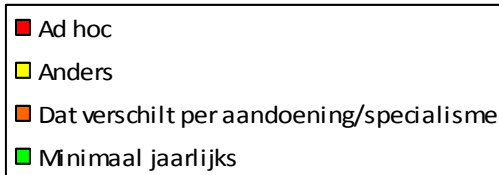
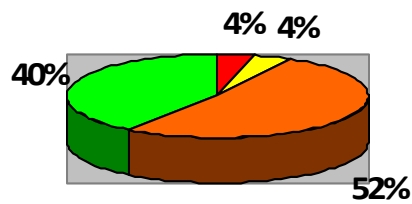
- Vastgestelde structuur-, proces- en/of uitkomstindicatoren t.a.v. de ketenzorg
- Geregistreerde klachten, fouten of bijna-ongelukken die betrekking hebben op de keten;
- Het oordeel van patiënten/ cliënten t.a.v. de ketenzorg (gebaseerd op [CQI ziekenhuiszorg](#) vraag 12E, 19, 26, 34, 59, 67, 68 en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

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

35 Ziekenhuizen (62,5%) hebben structuur-, proces- en/of uitkomstindicatoren ten aanzien van ketenzorg vastgelegd. Dit kunnen landelijk vastgelegde indicatoren zijn, zoals de indicatoren van Zichtbare Zorg, of indicatoren die zijn vastgelegd binnen (transmurale) zorgpaden/ketenzorgprocesbeschrijvingen.

24 Ziekenhuizen evalueren de ketenzorg aan de hand van alle gevraagde aspecten; 3 ziekenhuizen geven aan de ketenzorg (nog) niet te evalueren. Veel ziekenhuizen die de ketenzorg wél evalueren, geven aan dat het verschilt per aandoening/specialisme aan de hand waarvan de zorg in die specifieke keten wordt geëvalueerd. Het meest wordt geëvalueerd aan de hand van klachten, fouten of bijna-ongelukken en een *eigen* klantervaringsonderzoek/klanttevredenheidsonderzoek. De CQI ziekenhuiszorg wordt nog iets minder gebruikt; wanneer deze wordt gebruikt is dat meestal in combinatie met een eigen onderzoek (voor 22 ziekenhuizen).

**Figuur 1.** Frequentie van evaluatie van de ketenzorg (n=50)



*Het Sint Lucas Andreas Ziekenhuis is een van de ziekenhuizen die aan deze minimale voorwaarde voldoet. Zij hebben voor enkele specialismen, zoals neurologie, zowel structuur-, proces- als uitkomstindicatoren vastgelegd. Voor andere specialismen zijn structuur- en procesindicatoren reeds beschikbaar en wordt er naar uitkomstindicatoren toe gewerkt.*

Zoals in figuur 1 te zien is, evalueert 40% van de ziekenhuizen de ketenzorg minimaal jaarlijks; 4% geeft aan slechts ad hoc te evalueren. 52% Van de ziekenhuizen geven aan dat dit verschilt per specialisme, wat zou kunnen betekenen dat zij niet al hun zorgketens minimaal jaarlijks evalueren.

Het vastleggen van de verantwoordelijkheid voor evaluaties is bij ruim de meerderheid van de ziekenhuizen op orde; slechts 5 ziekenhuizen hebben de verantwoordelijkheid voor de evaluaties niet vastgelegd.

#### Minimale voorwaarde 2c

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.

Het evalueren van de samenwerking binnen de keten is het best op orde op ziekenhuisniveau: 21 ziekenhuizen evalueren de samenwerking binnen de keten periodiek én hebben daar de verantwoordelijkheid voor vastgelegd. Evaluatie van de samenwerking op aandoeningsniveau en specialismeniveau is minder goed geregeld. Slechts 10 respectievelijk 9 ziekenhuizen evalueren periodiek op deze onderwerpen en hebben hier de verantwoordelijkheid voor vastgelegd.

De evaluatie met revalidatiecentra is het best geregeld: 19 ziekenhuizen hebben deze evaluatie op orde, inclusief het vastleggen van de verantwoordelijkheid. 15 Ziekenhuizen hebben de evaluatie met huisartsen (bijvoorbeeld via een huisartstevredenheidsonderzoek) of met verzorgings- en verpleeghuizen op orde. Slechts 11 ziekenhuizen voeren de evaluatie met thuiszorgorganisaties in de keten naar wens uit en leggen de verantwoordelijkheid hiervoor vast.

De patiëntenorganisaties vinden het belangrijk dat ketenpartners verwachtingen t.a.v. hun samenwerking bespreken en de samenwerking evalueren zodat gezamenlijk, systematisch en continu aan betere samenwerking en afstemming gewerkt kan worden.

### 3.4 Continuïteit van zorg

#### Minimale voorwaarde 3a

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 verwijsbrief in het ZIS
- Het elektronisch aanvragen van diagnostiek

De resultaten betreffende deze minimale voorwaarde lopen uiteen. Enerzijds geven 27 ziekenhuizen aan dat zij voor alle specialismen/aandoeningen een koppeling met een verwijssysteem hebben met de functionaliteiten zoals hierboven genoemd. Anderzijds geven 18 ziekenhuizen aan dit nog helemaal niet voor elkaar te hebben. 7 Ziekenhuizen hebben een dergelijke koppeling voor een aantal van hun specialismen/aandoeningen geregeld.

Van de ziekenhuizen die deze functionaliteit nog niet volledig naar wens bezitten, geven er wel een aantal aan dat de implementatie van de koppeling in 2012 zal plaatsvinden. Er is op dit moment dus wel ontwikkeling gaande op dit gebied.

*“Ons ziekenhuis staat bekend om de goede relatie met de verwijzers, in het bijzonder met huisartsen. Veel afspraken bestaan over de wijze van verwijzen, alswel de maximale wachttijd, alswel de mate van terugkoppeling en op welk moment. Insteek hierbij is dat regie bij de huisarts ligt en waar nodig expertise vanuit de 2e lijn wordt geboden, om zo snel mogelijk verantwoordelijkheid voor de zorg weer bij de huisarts te kunnen beleggen.” (Saxenburgh groep)*

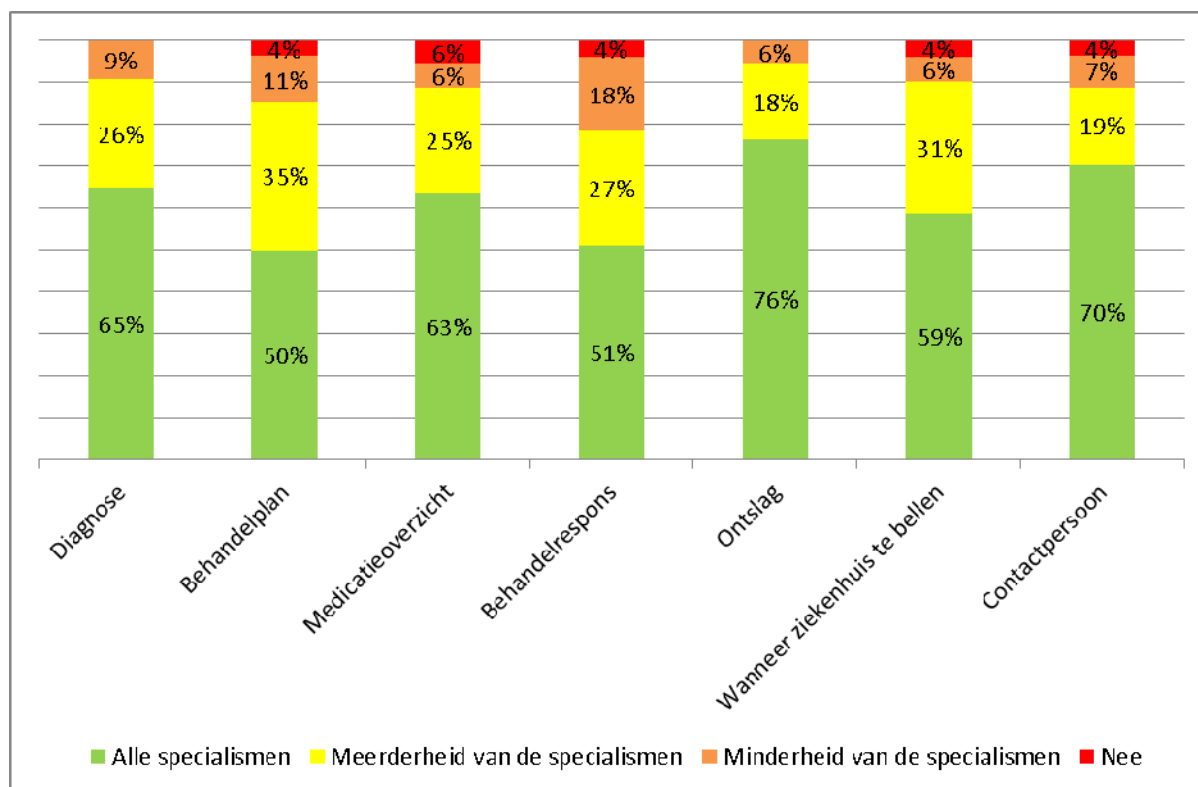
#### Minimale voorwaarde 3b

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

- De gestelde diagnose,
- Het vastgestelde behandelplan/ zorgplan,
- Actueel medicatieoverzicht,
- De vastgestelde respons van behandelingen/ begeleiding,
- Ontslag,
- Bij welke problemen contact op te nemen met het ziekenhuis,
- Met wie contact op te nemen bij bovengenoemde problemen.

In onderstaande figuur is te zien welke antwoorden de ziekenhuizen hebben gegeven. De ziekenhuizen hebben het informeren over de diagnose en over ontslag het best met de huisartsen afgestemd. Bij beide aspecten is geen enkele keer 'nee' geantwoord. Ook hebben ziekenhuizen vaak met huisartsen afgesproken dat zij hen informeren over met wie de huisarts contact op kan nemen bij problemen over het actuele medicatieoverzicht. Afspraken zijn nog wat minder goed vastgelegd voor wat betreft het informeren over het behandelplan/zorgplan en over de respons van behandeling/begeleiding.

**Figuur 2.** Afgesproken informatieverstrekking van ziekenhuis naar huisarts (n=54)



Minimale voorwaarde 3c

Iedere patiënt met een chronische aandoening wordt vóór het vaststellen van het behandelplan besproken in een multidisciplinair overleg (MDO). 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.

In het multidisciplinair overleg (MDO) worden nog lang niet alle patiënten voorafgaand aan en na de behandeling besproken (zie onderstaande tabel).

**Tabel 2.** Multidisciplinaire patiëntbespreking voor en na de behandeling

	Patiënt van tevoren besproken (n=54)	(%)	Patiënt nadien besproken (n=52)	(%)
Voor alle specialismen/aandoeningen	5	(9%)	3	(6%)
Meerderheid van de specialismen/aandoeningen	28	(52%)	23	(44%)
Minderheid van de specialismen/aandoeningen	13	(24%)	12	(23%)
Nee	4	(7%)	6	(12%)
Daar hebben wij ziekenhuisbreed geen zicht op	4	(7%)	8	(15%)

Slechts 5 ziekenhuizen geven aan dat zij iedere patiënt vóór het vaststellen van het behandelplan in een MDO bespreken en 3 ziekenhuizen bespreken iedere patiënt ter vaststelling van het resultaat van de behandeling/begeleiding. Een aantal ziekenhuizen geven ook expliciet aan dat patiënten *niet* multidisciplinair worden besproken. Als toelichting zeggen zij dat het niet nodig is iedere chronische patiënt te bespreken, of dat dit niet efficiënt is. Wat ook blijkt is dat nog niet ieder ziekenhuis voor iedere aandoening een MDO heeft ingesteld. Wel lijkt het aantal MDO's groeiende en sommige ziekenhuizen zien er (toch) de meerwaarde van in om patiënten multidisciplinair te bespreken. Patiëntenorganisaties vinden het van belang dat meerdere disciplines vanuit hun perspectief de patiënt bespreken. Multidisciplinair kan dan afgestemd worden wat voor de individuele patiënt de beste behandeling lijkt te zijn. Ook uit de resultaten van het evaringsonderzoek blijkt dat de afstemming van adviezen en behandeling tussen zorgverleners beter kan. Een kwart van de patiënten geeft aan dat adviezen soms of nooit op elkaar afgestemd zijn/op elkaar aansluiten. Ook komen tegenstrijdige adviezen regelmatig voor; gemeld door ruim 40% van de deelnemers.

**Tabel 3.** Vastleggen van de uitkomst van het multidisciplinair overleg (n=53)

Antwoordoptie	Aantal	(%)
Voor alle specialismen/aandoeningen	23	(43%)
Voor de meerderheid van de specialismen/aandoeningen	19	(36%)
Voor de minderheid van de specialismen/aandoeningen	8	(15%)
Nee	3	(6%)

23 Ziekenhuizen geven aan de uitkomst van het MDO altijd vast te leggen in behandelplan/zorgplan en/of dossier. Indien een ziekenhuis een EPD-systeem heeft, wordt de uitkomst van het MDO ook meestal daarin vastgelegd.

Minimale voorwaarde 3d

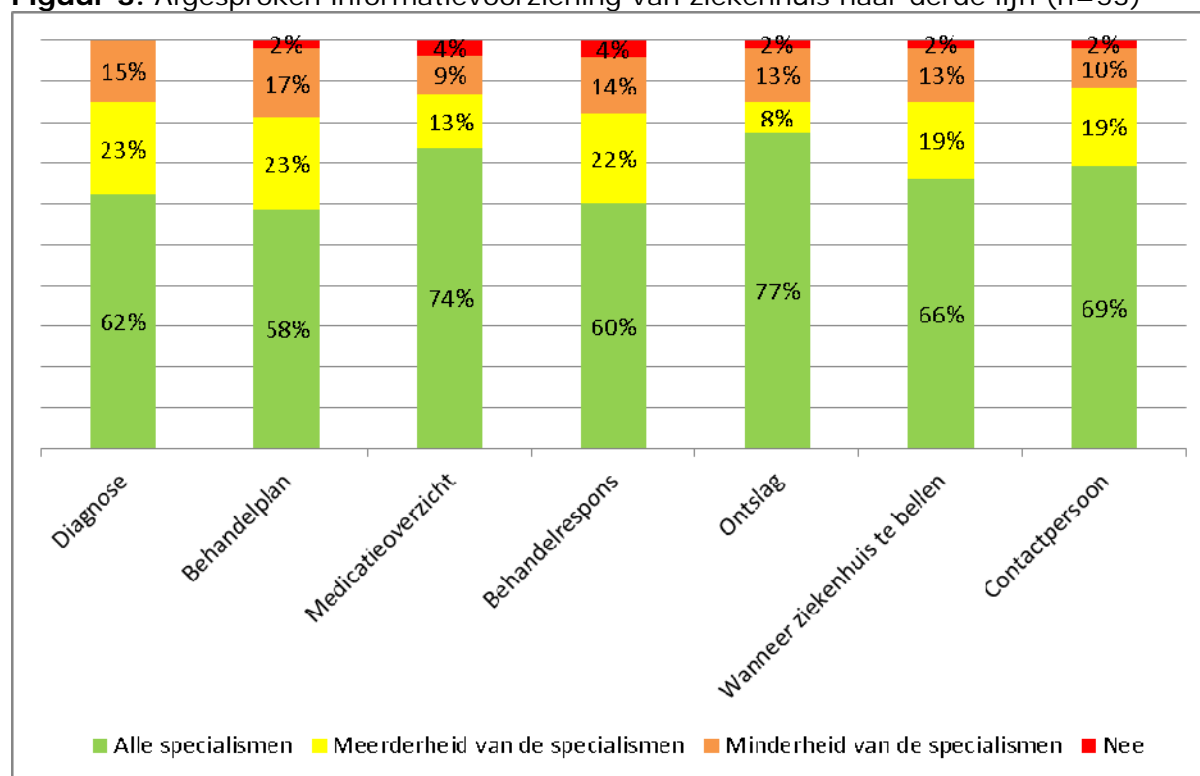
Het ziekenhuis spreekt met de **zorginstelling** waar de patiënt normaal gesproken verblijft en/of met de zorgaanbieder waarnaar wordt verwezen, af dat het ziekenhuis deze informeert over:

- De gestelde diagnose
- Het vastgestelde behandelplan/ zorgplan
- Actueel medicatieoverzicht
- De vastgestelde respons van behandelingen/ begeleiding
- Ontslag
- Met welke problemen contact op te nemen met het ziekenhuis
- Met wie contact op te nemen bij bovengenoemde problemen.

Deze minimale voorwaarde is vergelijkbaar met 3b; echter, hier gaat het om het maken van afspraken tussen het ziekenhuis en de zorginstelling waar de patiënt normaal gesproken verblijft/de zorgaanbieder waarnaar wordt verwezen, dus de derde lijn. In figuur 3 is weer per aspect te zien hoe vaak ziekenhuizen hebben aangegeven dat zij hierover afspraken hebben gemaakt met de betreffende derdelijnsorganisaties.

In figuur 3 is te zien dat wederom over diagnose en ontslag de beste afspraken zijn gemaakt. Het overdragen van het medicatieoverzicht lijkt met de derde lijn beter afgesproken te zijn dan met de huisarts. Het maken van afspraken over het verstrekken van het behandelplan/zorgplan en informatie over de respons van behandeling / begeleiding lijkt hier, net als bij de huisarts, het minst vaak te gebeuren. Voor deze aspecten geven de ziekenhuizen het minst vaak aan dat zij dit voor alle specialismen hebben afgesproken. Bovendien zijn er een aantal aspecten waarvoor ziekenhuizen aangeven dat geen enkel specialisme daar afspraken over maakt. De patiëntenorganisaties zien graag dat het ziekenhuis over de informatieverstrekking betreffende *alle* genoemde aspecten afspraken maakt met de huisarts en met de derde lijn.

**Figuur 3.** Afgesproken informatievoorziening van ziekenhuis naar derde lijn (n=53)



*Het HagaZiekenhuis is een van de ziekenhuizen die aan deze minimale voorwaarde voor goede ketenzorg voldoen. Als toelichting op de betreffende vraag gaven zij: "Er zijn momenteel gesprekken gaande tussen het HagaZiekenhuis en de belangrijkste verpleeg- en verzorgingshuizen om de medische overdracht te optimaliseren."*

#### Minimale voorwaarde 3e

Binnen de keten zijn afspraken vastgelegd over wie welke zorg levert, en op welk moment in het zorgproces (binnen de interne keten 2<sup>e</sup> lijn en met 1<sup>e</sup> en 3<sup>e</sup> lijns zorgaanbieders)

Vastgelegd is:

- Wie het zelfmanagement van de patiënt ondersteunt/ stimuleert;
- Wie aandoeningsspecifieke voorlichting, informatie, educatie geeft aan de patiënt;
- Wie de patiënt informeert over de organisatie van de keten, de keuzemogelijkheden en de mogelijke ondersteuning bij keuzes;
- Wie de patiënt informeert over eventuele (stapeling van) kosten binnen de keten en vergoedingen;
- Wie de patiënt informeert over de verantwoordelijkheidsverdeling (zie 4G);
- Wie met de patiënt afstemt welke patiëntengegevens gedeeld mogen worden binnen de keten;
- Wie de patiënt screent op de behoefte aan psychosociale zorg;
- Wie de patiënt in verschillende fasen van het zorgproces begeleidt.

Deze afspraken zijn schriftelijk vastgelegd, in bijvoorbeeld:

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

Slechts 4 ziekenhuizen geven aan dat zij voor alle aandoeningen ketenzorgprocessen hebben vastgelegd. 49 Ziekenhuizen (92%) hebben dit voor een deel van de aandoeningen vastgelegd. Bovendien geven veel ziekenhuizen als toelichting dat zij op dit moment verscheidene zorgpaden in ontwikkeling hebben. Soms is een zorgpad intern (binnen het ziekenhuis) al ontwikkeld, maar dient deze nog verder met externe zorgaanbieders afgestemd te worden. Voor welke aandoeningen er al zorgpaden vastgelegd zijn, verschilt per ziekenhuis. Echter, CVA lijkt wel een aandoening te zijn waarvoor het zorgpad in de meeste ziekenhuizen al goed uitgewerkt is.

In de ketenzorgprocessen die zijn vastgelegd worden ook veel van de gewenste aspecten vastgelegd. Zie in onderstaande tabel hoeveel ziekenhuizen aangeven de verschillende aspecten vast te leggen. 14 Ziekenhuizen leggen al deze aspecten vast.

De ketenzorgprocessen worden meestal vastgelegd in zorgpaden/ketenzorgprocesbeschrijvingen (inhoudelijk): dit is 44 keer geantwoord. 30 Ziekenhuizen zeggen deze ketenzorgprocessen vastgelegd te hebben in een overeenkomst/convenant tussen de ketenpartners (op bestuurlijk niveau). Nog eens 25 ziekenhuizen hebben dit vastgelegd in Regionaal Transmurale afspraken die gebaseerd zijn op landelijke richtlijnen of zorgstandaarden. Afspraken worden soms ook in meerdere soorten documenten tegelijk vastgelegd.

**Tabel 4.** Inhoud van ketenzorgprocesbeschrijvingen (n=53)

Aspecten vastgelegd in ketenzorgprocesbeschrijvingen:	Aantal 'ja'	(%)
Wie aandoeningsspecifieke voorlichting, informatie, educatie geeft aan de patiënt	43	(81%)
Wie de patiënt informeert over de organisatie van de keten, de keuzemogelijkheden en de mogelijke ondersteuning bij keuzes	42	(79%)
Wie de patiënt in verschillende fasen van het zorgproces begeleidt	40	(75%)
Wie het zelfmanagement van de patiënt ondersteunt/ stimuleert	33	(62%)
Wie de patiënt informeert over de verantwoordelijkheidsverdeling (zie 4G)	32	(60%)
Wie de patiënt screent op de behoefte aan psychosociale zorg	31	(58%)
Wie de patiënt informeert over eventuele (stapeling van) kosten binnen de keten en vergoedingen	26	(49%)
Wie met de patiënt afstemt welke patiëntengegevens gedeeld mogen worden binnen de keten	19	(36%)

*Bij Tergooiziekenhuizen hebben verschillende hulpverleners (waaronder de arts, (gespecialiseerd) verpleegkundige, voorlichtingsdeskundige, transferverpleegkundige en de externe casemanager) hun eigen rol en verantwoordelijkheden. Bijvoorbeeld met betrekking tot voorlichtingsmateriaal en -bijeenkomsten, open spreekuren en het Eerstelijns Diagnostisch Centrum Tergooi (EDC) dat onder andere functioneert als coördinator van werkafspraken tussen huisartsen en specialisten binnen het ziekenhuis.*



### Minimale voorwaarde 3f

Per patiënt is de verantwoordelijkheidsverdeling tussen de samenwerkende zorgverleners vastgelegd in het behandelplan/zorgplan en/of dossier van de patiënt. 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)

Slechts 19 Ziekenhuizen (34%) leggen de verantwoordelijkheidsverdeling van alle gewenste functionarissen vast in het zorgplan/behandelplan en/of dossier van de patiënt. Van de vier verantwoordelijkheden wordt de inhoudelijk eindverantwoordelijke (de hoofdbehandelaar) het best vastgelegd (zie tabel 5). Vergeleken met de hoofdbehandelaar worden de aanspreekpunten (voor vragen/onduidelijkheden en voor acute situaties) en de zorgcoördinator minder vaak goed vastgelegd.

**Tabel 5.** Vastleggen van verantwoordelijkheid op patiëntniveau (n=54)

	Hoofdbehandelaar (%)	Coördinator (%)	Aanspreekpunt (%)	Aanspreekpunt acuut (%)
Voor alle specialismen/aandoeningen	42 (78%)	22 (41%)	25 (46%)	25 (46%)
Meerderheid van de specialismen/aandoeningen	6 (11%)	11 (20%)	10 (19%)	9 (17%)
Minderheid van de specialismen/aandoeningen	3 (6%)	14 (26%)	12 (22%)	10 (19%)
Nee	0	4 (7%)	3 (6%)	5 (9%)
Daar is ziekenhuisbreed geen zicht op	3 (6%)	3 (6%)	4 (7%)	5 (9%)

De cijfers worden bevestigd door de resultaten van het ervaringsonderzoek onder patiënten: bijna 40% geeft aan geen zorgverlener te hebben met wie hij/zij in principe als eerste contact opneemt bij vragen of onduidelijkheden. Echter, 84% van de deelnemers vindt het wel belangrijk dat er een vaste zorgverlener is waarbij hij/zij terecht kan met vragen en/of problemen. Ook uit de resultaten op vraag 4d uit de verkorte CQI ziekenhuiszorg (n=12.053) blijkt dat de patiënt niet altijd wordt gewezen op een aanspreekpunt bij vragen: 38,8% is hier tijdens het opnamegesprek niet op gewezen.

*"Ik zou wel graag een aanspreekpunt hebben vooral in urgente situaties; je moet dan echt je hele ziektegeschiedenis gaan opsommen terwijl je dat er dan eigenlijk niet bij kan hebben. Daarom was ik blij met de komst van het elektronisch patiëntendossier."*  
(deelnemer patiëntervaringsonderzoek)

Er zijn een aantal ziekenhuizen die op een enkele of meerdere van de vragen hebben geantwoord met 'Daar hebben wij ziekenhuisbreed geen zicht op'. Dit betekent mogelijk dat er in de ziekenhuizen die dit hebben geantwoord (nog) geen algemeen beleid is om een/meerdere van deze verantwoordelijkheden op patiëntniveau vast te leggen.

De patiëntenorganisaties vinden een heldere verantwoordelijkheidsverdeling per patiënt, conform de Handreiking verantwoordelijkheidsverdeling bij samenwerking in de zorg<sup>11</sup>, een absolute voorwaarde voor goede ketenzorg.

*Het Zaans Medisch Centrum is een van de ziekenhuizen die aan deze minimale voorwaarde voldoen. Zij hebben de vier verantwoordelijken (op patiëntniveau) voor alle aandoeningen/specialismen vastgelegd in het behandelplan/zorgplan en/of dossier. Het aanspreekpunt is bijvoorbeeld vaak een specialistisch verpleegkundige, die een afweging maakt wanneer advies van een specialist noodzakelijk is.*

#### Minimale voorwaarde 3g

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

In slechts 2 ziekenhuizen is elk dossier op een gestructureerde en/of gecodeerde manier vormgegeven én elektronisch toegankelijk voor alle betrokken zorgverleners in de keten en de patiënt. In 18 ziekenhuizen zijn alle behandelplannen elektronisch toegankelijk voor de zorgverleners en in 23 ziekenhuizen geldt dat voor een deel van de behandelplannen; in 10 ziekenhuizen is geen van de behandelplannen elektronisch toegankelijk voor alle zorgverleners. Het knelpunt in de toegankelijkheid tot een elektronisch dossier is vaak dat er nog geen EPD is of dat dit dossier nog niet door de verschillende zorgverleners wordt gedeeld. Er is dus vaak nog geen overzicht van alle behandelingen/begeleiding rondom een patiënt binnen een keten.

Ook patiënten zelf hebben vaak het idee dat zorgverleners hun medische gegevens niet goed uitwisselen; dit zegt 40%. Een kwart van de deelnemers geeft aan dat hun medische gegevens niet zijn gebundeld in één dossier voor alle zorgverleners (tegenover een kwart waarbij dat wel zo is). Bijna 40% gaf ook aan vaak of regelmatig hetzelfde verhaal te moeten vertellen aan verschillende zorgverleners, iets wat opgelost zou kunnen worden met een gedeeld dossier.

*“De gynaecoloog heeft al anderhalf jaar de belofte met de uroloog te overleggen, nu gaat de uroloog het andersom proberen. Hoezo gegevensuitwisseling?” (deelnemer patiëntervaringsonderzoek)*

In slechts vier ziekenhuizen heeft de patiënt elektronisch toegang tot zijn/haar behandelplan. Veel ziekenhuizen hebben ingevuld dat de patiënt een kopie van of inzage in het dossier kan krijgen (hetgeen ook wettelijk vastgelegd is), dit is echter geen directe toegang en ook geen toegang tot alle gegevens.

*“Voor diabeteszorg is er een behandelplan dat voor de zorgverleners én voor de patiënt elektronisch toegankelijk is. Voor de overige ketens zijn er nog geen elektronisch toegankelijke behandelplannen. Diabetespatiënten krijgen een inlogcode en kunnen bijvoorbeeld labwaarden raadplegen en bloedglucosewaarden invoeren. Ook kunnen patiënten vragen stellen via deze applicatie.” (Ziekenhuis Rivierenland)*

<sup>11</sup> [KNMG,2010](#)

### 3.5 Informatie, voorlichting en educatie

#### Minimale voorwaarde 4a

De betrokken zorgverleners geven eenduidige informatie aan de patiënt (scores verkorte [CQI ziekenhuiszorg](#) op vragen 11 en 26).

In tabel 6 is een overzicht te zien van de relevante vragen uit de verkorte vragenlijst CQI ziekenhuiszorg. Uit de resultaten blijkt dat artsen slechts soms tegenstrijdige informatie aan de patiënt geven en dat de afstemming tussen medewerkers meestal geen probleem lijkt te zijn. Toch komt het ook bij 22,5% van de respondenten soms of altijd/meestal voor dat artsen tegenstrijdige informatie geven en zegt nog 18% de afstemming tussen medewerkers een probleem te vinden. Betere afstemming tussen de verschillende zorgverleners is door de patiëntenorganisaties gewenst om tegenstrijdige informatieverstrekking en/of behandeling tot een minimum te beperken.

**Tabel 6.** Eenduidigheid van informatieverstrekking aan de patiënt

Vraag uit de verkorte CQI ziekenhuiszorg	% Altijd/meestal	% Soms	% Nooit
Vraag 11: Gaven artsen u tegenstrijdige informatie? (n=13.866)	4,6%	17,9%	77,5%
	Groot probleem (%)	Klein probleem (%)	Geen probleem (%)
Vraag 26: Was de afstemming van de werkzaamheden tussen de medewerkers onderling een probleem? (n=13.917)	4%	14%	82,1%

### 3.6 Veilige zorg

#### Minimale voorwaarde 5a

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

Het ziekenhuis heeft samen met collega zorgverleners een protocol 'overdracht van medicatiegegevens' opgesteld, dat gebaseerd is op de richtlijn ['Overdracht van medicatiegegevens in de keten'](#)

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 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 en
- de zorginstelling waar patiënt verblijft.

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

78% Van de ziekenhuizen heeft een protocol 'overdracht van medicatiegegevens', gebaseerd op de richtlijn 'overdracht van medicatiegegevens in de keten'; 22% geeft aan een dergelijk protocol niet te hebben. Van deze laatste groep geeft wel ongeveer de helft aan dat het protocol in ontwikkeling is, of dat het binnenkort zal worden ontwikkeld.

In tabel 7 is terug te vinden hoeveel ziekenhuizen aan een andere zorgverlener in de keten een actueel medicatieoverzicht overdragen. Er lijkt vooral goede informatievoorziening te zijn richting de zorginstelling waar de patiënt normaal verblijft. Iets meer dan de helft van de ziekenhuizen draagt een actueel medicatieoverzicht over aan alle onderstaande ketenpartners.

*“Ziekenhuis was goed op de hoogte welke medicatie ik gebruik. Binnen Friesland bestaat er een EPD waarop de gegevens tussen de zorgverleners over het algemeen goed worden uitgewisseld.” (deelnemer patiëntervaringsonderzoek)*

**Tabel 7.** Overdracht van medicatiegegevens tussen ketenpartners (n=55)

<b>Overdracht medicatieoverzicht aan verschillende ketenpartners:</b>	<b>Aantal keer ‘ja’</b>
De zorginstelling waar patiënt verblijft	46
De trombosedienst	42
De huisarts van de patiënt	41
De door de patiënt opgegeven farmaceutisch zorgaanbieder/ apotheek	40
De thuiszorg	34

Veel ziekenhuizen geven aan dat overdracht van een actueel medicatieoverzicht wél goed geregeld is na ontslag, maar nog niet na bezoek aan de polikliniek. Daarnaast wordt een medicatieoverzicht nog vaak aan de patiënt meegegeven (indirecte informatieoverdracht) of wordt aangegeven dat de ketenpartner het overzicht in een gezamenlijk systeem kan opzoeken (niet-actieve informatieoverdracht). De termijn waarbinnen dit overzicht wordt overgedragen lijkt wel naar wens van de patiëntenorganisaties te zijn: bijna alle ziekenhuizen geven aan dat dit binnen 2 of 5 werkdagen gebeurt. Dit is echter tegenstrijdig met de indruk die patiënten hebben: een derde van de deelnemers heeft de indruk dat medische gegevens niet tijdig werden uitgewisseld, tegenover 45% die denkt dat dat wel zo is (wat ‘tijdig’ voor deze patiënten betekent, is echter niet verder gespecificeerd).

## 4 CONCLUSIES EN AANBEVELINGEN

Over het algemeen kan gesteld worden dat er nog een aanzienlijke ontwikkeling nodig is om aan de minimale voorwaarden voor goede ketenzorg van de betrokken patiëntenorganisaties te voldoen. Toch zijn er momenteel ook veel goede ontwikkelingen gaande.

Wanneer het gaat om regie over de zorg (de eerste twee minimale voorwaarden), scoren ziekenhuizen redelijk tot goed. Bijna alle ziekenhuizen betrekken patiënten bij het ontwikkelen en evalueren van de ketenzorg. Bovendien maakt een groot deel van de zorgverleners afspraken met hun patiënten over de rol en verantwoordelijkheden van de patiënt. Echter, deze afspraken worden nog niet altijd naar wens van de samenwerkende patiëntenorganisaties (KiZ) vastgelegd: het vastleggen van afspraken in het behandelplan/zorgplan zijn essentieel om ervoor te zorgen dat ze bij alle betrokkenen bekend zijn.

Voor het waarborgen van de continuïteit van ketenzorg zijn een aantal verbeterpunten te benoemen. Zo zijn elektronische toegang tot, en uitwisseling van patiëntgegevens nog niet overal geregeld maar voor goede ketenzorg wel essentieel. Ten eerste hebben vaak niet alle zorgverleners toegang tot een (elektronisch) gedeeld dossier en de patiënt heeft slechts zelden elektronische toegang. Bovendien heeft slechts de helft van de ziekenhuizen een koppeling tussen het ZIS van het ziekenhuis en een verwijssysteem (bij ongeveer 15% is dit overigens wel in ontwikkeling). Ten laatste kan de informatieverstrekking op patiëntniveau door het ziekenhuis aan ketenpartners (eerste en derde lijn) beter: vanuit het perspectief van de betrokken patiëntenorganisaties betreft dit vooral informatieverstrekking over het behandelplan en de behandelrespons. Uit de resultaten van de CQI ziekenhuiscare blijkt ook dat artsen soms nog tegenstrijdige informatie aan de patiënt verstrekken en dat de afstemming tussen zorgverleners nog niet optimaal is. Het maken van afspraken tussen zorgverleners is een belangrijke eerste stap. Bovengenoemde aspecten dragen bij aan meer overzicht over, en dus efficiëntie van, het individuele zorgproces.

Los van het uitwisselen van gegevens vinden samenwerkende patiëntenorganisaties ook dat het vastleggen van de verantwoordelijkheidsverdeling tussen zorgverleners op patiëntniveau beter moet. Uit de data blijkt dat de verantwoordelijkheidsverdeling vaak nog niet vastgelegd is, maar voor de patiënt is het essentieel om te weten bij wie hij/zij terecht kan voor vragen (bij allerhande vragen, maar zeker ook in acute situaties). Daarnaast is het zowel voor zorgverleners als de patiënt goed om te weten wie de gehele zorgverlening aan de patiënt coördineert en wie dus het gehele overzicht heeft, vooral bij patiënten met meerdere aandoeningen.

Twee aspecten die ook invloed hebben op de continuïteit van zorg, die vanuit het perspectief van de samenwerkende patiëntenorganisaties verbetering behoeven maar waar reeds aan gewerkt wordt, zijn multidisciplinaire patiëntbesprekingen (MDO's) waarin de behandelingen door verschillende zorgverleners op elkaar afgestemd worden, en het ontwikkelen van ketenzorgprocesbeschrijvingen om het (transmurale) zorgpad bij specifieke aandoeningen in beeld te brengen en te kunnen optimaliseren.

Aan het optimalisatieproces zelf kan ook nog gewerkt worden. Ten eerste geven slechts twee ziekenhuizen aan dat zij voor één van hun ketens hetzelfde kwaliteitsmanagementsysteem (KMS) als hun ketenpartners hanteren. Met een gezamenlijk KMS kunnen ketenpartners continue (samen) werken aan verbetering van hun ketenzorg. Ten tweede kunnen de ketenzorg en de samenwerking tussen ketenpartners grondiger geëvalueerd worden. Zo laat minimale voorwaarde 2B zien op basis waarvan de kwaliteit van ketenzorg idealiter geëvalueerd wordt.

Het maken van afspraken met betrekking tot deze evaluaties, zoals het vastleggen van de verantwoordelijkheden en de evaluatiefrequentie, is wederom een belangrijke eerste stap.

Met betrekking tot het laatste aspect, veilige zorg, vinden de KiZ-partners voornamelijk een actueel medicatieoverzicht essentieel voor goede ketenzorg. Ruim driekwart van de ziekenhuizen heeft in ieder geval een protocol voor overdracht van medicatiegegevens (of in ontwikkeling). De daadwerkelijke uitvoering laat af en toe nog te wensen over. Een aantal ziekenhuizen geven namelijk aan dat het overzicht aan de patiënt meegegeven wordt en dat het op die manier bij de eerste/derde lijn terecht komt: de betrokken patiëntenorganisaties vinden dat het overzicht niet indirect, maar direct aan de ketenpartners moet worden overgedragen.

Kortom, ziekenhuizen en andere zorgaanbieders zouden hun ketenzorg en processen daaromtrent op een aantal aspecten kunnen optimaliseren. De belangrijkste aspecten volgens de patiëntenorganisaties: het vastleggen van de verantwoordelijkheidsverdeling op patiëntniveau, het maken van afspraken met de patiënt over eigen rol en verantwoordelijkheden, het evalueren van de ketenzorg en het betrekken van patiënten bij ontwikkeling en evaluatie. Dit zijn dan ook de aspecten waarop deelnemende ziekenhuizen van de patiëntenorganisaties individueel feedback krijgen. Uit een recentelijk verschenen onderzoeksrapport van RAND Europe en Ernst&Young blijkt dat goede ketenzorg (vooral horizontale ketenzorg) het aantal geplande ziekenhuisopnames en poliklinische contacten kan verminderen.<sup>12</sup>

Recentelijk is een proefschrift verschenen<sup>13</sup> waarin het 'Ontwikkelingsmodel voor Ketenzorg' (OMK) beschreven wordt (al deels gebruikt voor het opstellen van de minimale voorwaarden). Het model onderscheidt vier fasen van ketenontwikkeling: de initiatief- en ontwerpfasen, de experiment- en uitvoeringsfasen, de uitbouw- en monitoringsfasen en de verduurzamings- en transformatiefasen. In deze fasen worden in totaal 89 elementen beschreven waarmee ketenzorg kan worden gerealiseerd, verbeterd, geïnnoveerd en verduurzaamd; deze elementen zijn in 9 clusters onder te verdelen (zoals 'Cliëntgerichtheid', 'Ketenregie en logistiek' en 'Rol- en taakverdeling'). Met behulp van het OMK kunnen ziekenhuizen en hun ketenpartners reflecteren op hun eigen praktijk, zorgketens optimaliseren of een geheel nieuwe zorgketen ontwikkelen.

---

<sup>12</sup> RAND Europe, Ernst&Young (2012) *National Evaluation of the Department of Health's Integrated Care Pilots*. Cambridge: RAND Corporation

<sup>13</sup> Minkman, M.M.N. (2011). *Developing integrated care. Towards a Development Model for Integrated Care*. Deventer: Kluwer. ([www.vilans.nl/ketenzorg](http://www.vilans.nl/ketenzorg))

## BIJLAGEN

## Bijlage A. 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

Vraag 2	A	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.
Vraag 3	B	Met iedere patiënt worden afspraken gemaakt over de eigen rol en verantwoordelijkheden <sup>14</sup> van de patiënt. Deze afspraken zijn vastgelegd in het behandelplan/zorgplan <sup>15</sup> van de patiënt en bekend bij alle betrokken zorgverleners in de keten (binnen en buiten het ziekenhuis).

<sup>14</sup> U kunt hier bijvoorbeeld denken aan aspecten van zelfmanagement, zoals het bijhouden van de bloedsuikerwaarde, (begeleid) sporten of stoppen met roken.

<sup>15</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.



## 2. Effectieve zorg

Vraag 4	A	Het ziekenhuis en haar ketenpartners hebben een (gezamenlijk) kwaliteitsmanagementsysteem <sup>16</sup> , dat de keten/ het ziekenhuis mogelijkheden biedt de ketenzorg continu te verbeteren.
Vraag 5	B	<p>Minimaal jaarlijks wordt de ketenzorg geëvalueerd aan de hand van:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Vastgestelde structuur-, proces- en/of uitkomstindicatoren t.a.v. de ketenzorg</li> <li>- Geregistreerde klachten, fouten of bijna-ongelukken die betrekking hebben op de keten;</li> <li>- Het oordeel van patiënten/ cliënten t.a.v. de ketenzorg (gebaseerd op <a href="#">CQI ziekenhuiszorg</a> vraag 12E, 19, 26, 34, 59, 67, 68 en 75 en/of een eigen klantervaringsonderzoek/klanttevredenheidsonderzoek).</li> </ul> <p>Voor deze evaluatie is binnen de betreffende keten vastgelegd wie verantwoordelijk is voor deze evaluatie.</p>
Vraag 6	C	<p>Periodiek wordt de samenwerking binnen de keten gezamenlijk (door de samenwerkende zorgaanbieders) geëvalueerd (normelement 613.01 <a href="#">NIAZ Kwaliteitsnorm Zorginstellingen 2.2</a>). Deze evaluatie wordt uitgevoerd op ziekenhuisniveau, specialismeniveau en aandoeningenniveau.</p> <p>Voor deze evaluaties is vastgelegd wie verantwoordelijk is voor deze evaluatie.</p>

## 3. Continuïteit van zorg

Vraag 7	A	<p>Er is een koppeling tussen het ZIS van het ziekenhuis en een verwijssysteem (bijvoorbeeld <a href="#">ZorgDomein</a>), met minimaal de volgende functionaliteiten:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Het automatisch plaatsen van de elektronische verwijfsbrief in het ZIS</li> <li>- Het elektronisch aanvragen van diagnostiek</li> </ul>
Vraag 8a	B	<p>Het ziekenhuis spreekt met de huisarts 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>- Bij welke problemen contact op te nemen met het ziekenhuis</li> <li>- Met wie contact op te nemen bij bovengenoemde problemen</li> </ul>
Vraag 9	C	<p>Iedere patiënt met een chronische aandoening wordt vóór het vaststellen van het behandelplan besproken in een multidisciplinair overleg (MDO)<sup>17</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>

<sup>16</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.

<sup>17</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.

Vraag 8b	D	<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>
Vraag 10	E	<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 patiëntgegevens 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> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Samenwerkingsovereenkomst/convenant (ketenafspraken op bestuurlijk niveau)</li> <li>- Ketenbreed zorgpad/ ketenzorgprocesbeschrijving</li> <li>- Regionaal Transmurale (werk)Afspraken (RTA), gebaseerd op <a href="#">LTA</a>, landelijke richtlijn of zorgstandaard</li> </ul>
Vraag 11	F	<p>Per patiënt is de verantwoordelijkheidsverdeling tussen de samenwerkende zorgverleners vastgelegd in het behandelplan/zorgplan en/of dossier van de patiënt<sup>18</sup>. Vastgelegd is:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- welke zorgverlener (eventueel per fase van het zorgproces) <b>inhoudelijk eindverantwoordelijk</b> is voor de gehele zorgverlening aan de individuele patiënt (de 'hoofdbehandelaar'),</li> <li>- welke zorgverlener de gehele zorgverlening aan de patiënt <b>coördineert</b> en</li> <li>- welke zorgverlener (eventueel per fase van het zorgproces) het <b>aanspreekpunt</b> is voor de patiënt (en/of diens naasten) <b>bij vragen en onduidelijkheden</b></li> <li>- welke zorgverlener of welk organisatieonderdeel <b>aanspreekpunt</b> is voor de patiënt (en/of diens naaste) <b>in acute situaties</b> (eventueel per fase van het zorgproces)</li> </ul>

<sup>18</sup> Conform 'Handreiking bij verantwoordelijkheidsverdeling bij samenwerking in de zorg', KNMG, 2010

Vraag 12	G	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

	A	De betrokken zorgverleners geven eenduidige informatie aan de patiënt (scores <a href="#">CQI ziekenhuiszorg</a> op vragen 19, 26 en 34 <sup>19</sup> ).
--	---	--

#### 5. Veilige zorg

Vraag 13	A	<p>Bij iedere patiënt vindt bij opname en ontslag medicatieverificatie plaats, vanuit de gedachte dat dit leidt tot het meest optimale medicatieoverzicht:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Het ziekenhuis heeft samen met collega zorgverleners een <u>protocol 'overdracht van medicatiegegevens'</u><sup>20</sup> opgesteld, dat gebaseerd is op de richtlijn <u>'Overdracht van medicatiegegevens in de keten'</u><sup>21</sup></li> <li>- 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 farmaceutische gegevens van de patiënt door het ziekenhuis overgedragen aan: <ul style="list-style-type: none"> <li>• de door de patiënt opgegeven farmaceutisch zorgaanbieder/apotheek én</li> <li>• de huisarts van de patiënt</li> </ul> <p>En, indien van toepassing:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• de trombosedienst,</li> <li>• de thuiszorg<sup>22</sup> en</li> <li>• de zorginstelling<sup>22</sup> waar patiënt verblijft.</li> </ul> <p>Overdracht vindt plaats conform de vigerende <u>richtlijn 'Overdracht medicatiegegevens in de keten'</u>. Uit: <u>Prestatiebeschrijving farmaceutische zorg</u>, hoofdstuk 9, NZA, juli 2011.</p> </li> </ul>
----------	---	---

<sup>19</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>20</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>21</sup> De IGZ handhaaft deze richtlijn sinds 1 januari 2011.

<sup>22</sup> Indien de patiënt de regie over zijn medicijngebruik heeft overgedragen aan de thuiszorg/ zorginstelling.

## Bijlage B. Begeleidende email (kwaliteitsfunctionarissen)

Geachte heer/mevrouw,

Graag nodigen wij u uit deel te nemen aan het onderzoek naar de kwaliteit van de ketenzorg, uitgevoerd door de zes grote categorale patiëntenorganisaties\*, Zorgbelang Nederland en de Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie, in samenwerking met onderzoeksbureau MediQuest.

### Doel van het onderzoek

De samenwerking en afstemming tussen betrokken zorgverleners wordt door mensen met een chronische aandoening (nog steeds) als een knelpunt ervaren. Door mee te werken aan ons onderzoek ontvangt uw ziekenhuis feedback van de patiëntenorganisaties op uw bijdrage aan goede ketenzorg. Tegelijkertijd met dit onderzoek (gericht op ziekenhuizen), onderzoeken de patiëntenorganisaties de *ervaring van patiënten* met de samenwerking tussen hun zorgverleners. Het doel van beide onderzoeken is de kwaliteit van de ketenzorg in beeld te brengen en te optimaliseren.

Dit onderzoek maakt deel uit van 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.

### Minimale voorwaarden voor goede ketenzorg

De patiëntenorganisaties hebben vanuit het perspectief van patiënten 'minimale voorwaarden voor goede ketenzorg' gedefinieerd. Deze minimale voorwaarden en de hiervan afgeleide vragenlijst zijn te vinden via <https://www.mediquest.nl/ketenzorg>.

### Vragenlijst

Via de link <https://www.mediquest.nl/ketenzorg> kunt u de vragenlijst digitaal invullen. U komt via deze link ook bij de handleiding voor het invullen van de vragenlijst. De inloggegevens voor uw ziekenhuis zijn:

Gebruikersnaam: xxxxx

Wachtwoord: xxxxx

Wij vragen u vriendelijk de vragen uiterlijk **20 januari 2012** te beantwoorden.

### Wat gebeurt er met de resultaten?

De resultaten van dit onderzoek worden eerst besproken door de projectgroep en de stuurgroep van Kwaliteit in Zicht; waar nodig worden aanvullende vragen gesteld. De set minimale voorwaarden kan naar aanleiding van de resultaten nog aangepast worden, zodat het reële voorwaarden voor goede ketenzorg zullen zijn. De resultaten van dit onderzoek en het onderzoek naar de ervaringen van patiënten worden vervolgens beschreven in een rapport over de kwaliteit van de ketenzorg, gericht aan alle stakeholders in de zorg. Aanvullend krijgt elk ziekenhuis een individuele terugkoppeling van de betrokken patiëntenorganisaties.

Wij hopen op uw medewerking, zodat wij u begin 2012 feedback kunnen geven op uw bijdrage aan goede ketenzorg. Bij voorbaat hartelijk dank voor uw medewerking.

Met vriendelijke groet, mede namens:

Bestuur Astma Fonds,  
Bestuur Diabetes Vereniging Nederland,  
Bestuur De Hart&Vaatgroep,  
Bestuur Nederlandse Federatie van Kankerpatiëntenorganisaties,

Bestuur Reumapatiëntenbond,  
Bestuur Vereniging Spierziekten Nederland,  
Bestuur Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie en  
Bestuur Zorgbelang Nederland,

Heleen Post  
Programmamanager Kwaliteit in Zicht (KiZ)  
[www.programmakwaliteitinzicht.nl](http://www.programmakwaliteitinzicht.nl)

**Contact**

Heeft u inhoudelijke vragen of opmerkingen t.a.v. dit onderzoek/ deze vragenlijst? Neemt u dan contact op met Lisenka van Loon, projectleider Kwaliteit van Zorg, NFK, tel: 030 2916090, e-mail: [l.loon@nfk.nl](mailto:l.loon@nfk.nl).

Heeft u vragen over hoe u gegevens in de online vragenlijst kunt invullen, neemt u dan contact op met Loes Paauwe van MediQuest, tel.: 088 1263973, e-mail: [lpauwe@mediquest.nl](mailto:lpauwe@mediquest.nl)

\* Het Astma Fonds, de Diabetes Vereniging Nederland, De Hart&Vaatgroep, de Nederlandse Federatie van Kankerpatiëntenorganisaties, de Reumapatiëntenbond en de Vereniging Spierziekten Nederland.

## **Bijlage C. Begeleidende brief (Raden van Bestuur)**

[Naam ziekenhuis]  
T.a.v. de Raad van Bestuur  
[Postadres]  
[Plaats]

Datum: 14 december 2011

Onderwerp: Onderzoek Kwaliteit van de Ketenzorg

Geachte heer/mevrouw,

Met deze brief wil ik u graag op de hoogte stellen van het onderzoek naar de kwaliteit van de ketenzorg, uitgevoerd door de zes grote categorale patiëntenorganisaties\*, Zorgbelang Nederland en de Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie, in samenwerking met onderzoeksbureau MediQuest.

Wij hebben onderstaande contactpersoon van uw ziekenhuis gevraagd deel te nemen aan dit onderzoek, door het invullen van een online vragenlijst (zie de link onderaan deze brief, deadline **20 januari 2012**). Wij vragen de Raad van Bestuur om dit initiatief onder de aandacht te brengen van deze contactpersoon.

De inloggegevens voor de online vragenlijst zijn verstuurd naar xxxx

### **Doel van het onderzoek**

De samenwerking en afstemming tussen betrokken zorgverleners wordt door mensen met een chronische aandoening (nog steeds) als een knelpunt ervaren. Door mee te werken aan ons onderzoek ontvangt uw ziekenhuis feedback van de patiëntenorganisaties op uw bijdrage aan goede ketenzorg. Tegelijkertijd met dit onderzoek (gericht op ziekenhuizen), onderzoeken de patiëntenorganisaties de *ervaring van patiënten* met de samenwerking tussen hun zorgverleners. Het doel van beide onderzoeken is de kwaliteit van de ketenzorg in beeld te brengen en te optimaliseren. Dit onderzoek maakt deel uit van 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.

### **Minimale voorwaarden voor goede ketenzorg**

De patiëntenorganisaties hebben vanuit het perspectief van patiënten 'minimale voorwaarden voor goede ketenzorg' gedefinieerd. Deze minimale voorwaarden zijn tevens te vinden via de link onderaan deze brief.

### **Wat gebeurt er met de resultaten?**

De resultaten van dit onderzoek worden eerst besproken door de projectgroep en de stuurgroep van Kwaliteit in Zicht; waar nodig worden aanvullende vragen gesteld. De set minimale voorwaarden kan n.a.v. de resultaten nog aangepast worden, zodat het reële voorwaarden voor goede ketenzorg zullen zijn. De resultaten van dit onderzoek en het onderzoek naar de ervaring van patiënten worden vervolgens beschreven in een rapport over de kwaliteit van de ketenzorg, gericht aan alle stakeholders in de zorg. Aanvullend krijgt elk ziekenhuis een individuele terugkoppeling van de betrokken patiëntenorganisaties.

\* Het Astma Fonds, de Diabetes Vereniging Nederland, De Hart&Vaatgroep, de Nederlandse Federatie van Kankerpatiëntenorganisaties, de Reumapatiëntenbond en de Vereniging Spierziekten Nederland.

Wij hopen op uw medewerking, zodat wij u begin 2012 feedback kunnen geven op uw bijdrage aan goede ketenzorg. Bij voorbaat hartelijk dank voor uw medewerking.

Met vriendelijke groet, mede namens:

Bestuur Astma Fonds,  
Bestuur Diabetes Vereniging Nederland,  
Bestuur De Hart&Vaatgroep,  
Bestuur Nederlandse Federatie van Kankerpatiëntenorganisaties,  
Bestuur Reumapatiëntenbond,  
Bestuur Vereniging Spierziekten Nederland,  
Bestuur Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie en  
Bestuur Zorgbelang Nederland,



Heleen Post  
Programmamanager Kwaliteit in Zicht (KiZ)  
[www.programmakwaliteitinzicht.nl](http://www.programmakwaliteitinzicht.nl)

#### **Link**

De vragenlijst 'Kwaliteit van de ketenzorg' en de minimale voorwaarden voor goede ketenzorg van de patiëntenorganisaties vindt u via de link <https://www.mediquest.nl/ketenzorg>.

#### **Contact**

Heeft u inhoudelijke vragen of opmerkingen t.a.v. dit onderzoek? Neemt u dan contact op met Lisenka van Loon, projectleider Kwaliteit van Zorg, NFK, tel: 030 2916090, e-mail: [l.loon@nfk.nl](mailto:l.loon@nfk.nl).

# KWALITEIT IN ZICHT



## Vragenlijst 'Kwaliteit van de ketenzorg'

Deze vragenlijst is onderdeel van het programma Kwaliteit in Zicht (KiZ), een samenwerkingsverband tussen acht grote patiëntenorganisaties\*. Met de vragenlijst willen de patiëntenorganisaties de kwaliteit van de ketenzorg in beeld brengen. Naast deze uitvraag aan ziekenhuizen wordt ook aan patiënten met één of meer chronische aandoeningen gevraagd hoe zij de samenwerking en afstemming tussen hun zorgverleners ervaren en wat hun wensen zijn op dit vlak. Ten derde worden enkele scores uit de CQI Ziekenhuiszorg gebruikt om de kwaliteit van ketenzorg te beoordelen. De resultaten zullen geïntegreerd worden in een eindrapport over de (ervaren) kwaliteit van de ketenzorg in Nederland. Tevens ontvangt elk ziekenhuis dat meewerkt aan ons onderzoek feedback van de patiëntenorganisaties op haar bijdrage aan goede ketenzorg.

Deze vragenlijst wordt uitgezet bij de Nederlandse ziekenhuizen, omdat zij een centrale rol binnen verschillende zorgketens vervullen. Het uiteindelijke doel van de patiëntenorganisaties is de samenwerking en afstemming tussen de zorgverleners te bevorderen, waardoor de zorg voor de individuele patiënt wordt geoptimaliseerd.

De patiëntenorganisaties hanteren de definitie van ketenzorg van het Ministerie 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". Het gaat bij ketenzorg dus zowel om de afstemming binnen het ziekenhuis (2<sup>e</sup> lijn), als de afstemming tussen het ziekenhuis en andere zorgaanbieders (1<sup>e</sup> en 3<sup>e</sup> lijn). Deze uitvraag betreft alleen de ketenzorg voor mensen met een chronische aandoening.

*\*Het programma Kwaliteit in Zicht (KiZ) bewerkstelligt een stevige positionering van de zorgconsument in de driehoek met zorgverzekeraars en zorgaanbieders. Het programma draagt zorg voor een uniforme en structurele inbreng van het patiëntenperspectief bij kwaliteitsverbeteringen in de zorg en het zorginkoopproces. Het samenwerkingsverband KiZ bestaat uit: het Astma Fonds, Diabetesvereniging Nederland, De Hart & Vaatgroep, de Nederlandse Federatie van Kankerpatiëntenorganisaties, de Reumapatiëntenbond, de Vereniging Spierziekten Nederland, de Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie en Zorgbelang Nederland.*



---

## Algemeen

---

1. Naam van het ziekenhuis:

---

---

---

## Regie over de zorg

---

2. Worden patiënten betrokken 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)?

Patiënten betrokken?	Bij ontwikkeling*	Bij evaluatie*
Patiënten uit eigen populatie ziekenhuis	Ja/ Nee	Ja/ Nee
De cliëntenraad/ Patiënten Advies Raad	Ja/ Nee	Ja/ Nee
Patiëntenorganisaties	Ja/ Nee	Ja/ Nee
Anders, namelijk...	Ja/ Nee	Ja/ Nee

\* Streep door wat niet van toepassing is.

Ruimte voor toelichting:

---

---

3. A. Worden met iedere patiënt afspraken gemaakt over diens eigen rol en verantwoordelijkheden met betrekking tot de zorg<sup>23</sup>?

- Ja, voor alle specialismen/aandoeningen  
 Ja, voor de meerderheid van de specialismen/aandoeningen  
 Ja, voor de minderheid van de specialismen/aandoeningen  
 Nee (U kunt vraag B en C overslaan)

Ruimte voor toelichting:

---

---

B. Wie maakt deze afspraken met de patiënt?

- De behandelend specialist  
 De (gespecialiseerd) verpleegkundige  
 De huisarts  
 Dat verschilt per specialisme  
 Anders, namelijk...

Ruimte voor toelichting:

---

---

---

<sup>23</sup> U kunt hier bijvoorbeeld denken aan aspecten van zelfmanagement, zoals het bijhouden van de bloedsuikerwaarde, (begeleid) sporten of stoppen met roken.

C. Worden deze afspraken vastgelegd? (meerdere antwoorden mogelijk)

- Ja, mondeling
- Ja, in brief/instructie voor patiënt
- Ja, in het behandelplan/zorgplan<sup>24</sup> van de patiënt
- Ja, in het medisch dossier van de patiënt
- Ja, anders, namelijk...
- Dat verschilt per patiënt/specialisme
- Nee

Ruimte voor toelichting:

---

---

**Effectieve zorg**

---

4. Wordt er gebruik gemaakt van een kwaliteitsmanagementsysteem<sup>25</sup>, dat de keten/ het ziekenhuis mogelijkheden biedt de ketenzorg continu te verbeteren? (meerdere antwoorden mogelijk)

- Het ziekenhuis maakt gebruik van een dergelijk systeem
- Alle ketenpartners maken gebruik van hetzelfde systeem
- Enkele ketenpartners maken gebruik van hetzelfde systeem
- Ketenpartners maken gebruik van verschillende systemen
- Anders, namelijk...

Ruimte voor toelichting:

---

5. A. Zijn met de ketenpartners indicatoren vastgelegd betreffende de ketenzorg? (meerdere antwoorden mogelijk)

- Ja, er zijn structuurindicatoren vastgelegd
- Ja, er zijn procesindicatoren vastgelegd
- Ja, er zijn uitkomstindicatoren vastgelegd
- Dat verschilt per aandoening/specialisme
- Nee

Ruimte voor toelichting:

---

---

<sup>24</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>25</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.

B. Wordt de kwaliteit van de ketenzorg geëvalueerd? (meerdere antwoorden mogelijk)

- Ja, aan de hand van klachten, fouten of bijna-ongelukken betreffende de keten
- Ja, aan de hand van de CQI ziekenhuiszorg
- Ja, aan de hand van eigen klanttevredenheidsonderzoek betreffende de ketenzorg
- Dat verschilt per aandoening/specialisme
- Nee (U kunt vraag C en D overslaan)
- 

Ruimte voor toelichting:

---

C. Hoe vaak wordt de ketenzorg geëvalueerd?

- Minimaal jaarlijks
- Ad hoc
- Dat verschilt per aandoening/specialisme
- Anders, namelijk...

Ruimte voor toelichting:

---

D. Is voor de evaluatie van de ketenzorg vastgelegd wie verantwoordelijk is voor deze evaluatie? (meerdere antwoorden mogelijk)

- Ja, op ziekenhuisniveau vastgelegd
- Ja, op specialismeniveau vastgelegd
- Anders, namelijk...
- Nee

Ruimte voor toelichting:

---

6. A. Wordt de samenwerking met de huisartsen geëvalueerd?

Niveau	Samenwerking wordt geëvalueerd*
Op ziekenhuisniveau	Ja, minimaal jaarlijks/Ja, ad hoc/ Ja, met een andere frequentie, namelijk... /Nee
Op specialismeniveau	Ja, minimaal jaarlijks/Ja, ad hoc/ Ja, met een andere frequentie, namelijk... /Nee
Op aandoeningenniveau	Ja, minimaal jaarlijks/Ja, ad hoc/ Ja, met een andere frequentie, namelijk... /Nee

\* Streep door wat niet van toepassing is.

Ruimte voor toelichting:

---

B. Wordt de samenwerking met de verplegings- en verzorgingshuizen (V&V) geëvalueerd?

Niveau	Samenwerking wordt geëvalueerd*
Op ziekenhuisniveau	Ja, minimaal jaarlijks/Ja, ad hoc/ Ja, met een andere frequentie, namelijk... /Nee
Op specialisameniveau	Ja, minimaal jaarlijks/Ja, ad hoc/ Ja, met een andere frequentie, namelijk... /Nee
Op aandoeningenniveau	Ja, minimaal jaarlijks/Ja, ad hoc/ Ja, met een andere frequentie, namelijk... /Nee

\* Streep door wat niet van toepassing is.

Ruimte voor toelichting:

---

C. Wordt de samenwerking met de thuiszorginstellingen geëvalueerd?

Niveau	Samenwerking wordt geëvalueerd*
Op ziekenhuisniveau	Ja, minimaal jaarlijks/Ja, ad hoc/ Ja, met een andere frequentie, namelijk... /Nee
Op specialisameniveau	Ja, minimaal jaarlijks/Ja, ad hoc/ Ja, met een andere frequentie, namelijk... /Nee
Op aandoeningenniveau	Ja, minimaal jaarlijks/Ja, ad hoc/ Ja, met een andere frequentie, namelijk... /Nee

\* Streep door wat niet van toepassing is.

Ruimte voor toelichting:

---

D. Wordt de samenwerking met de revalidatiecentra geëvalueerd?

Niveau	Samenwerking wordt geëvalueerd*
Op ziekenhuisniveau	Ja, minimaal jaarlijks/Ja, ad hoc/ Ja, met een andere frequentie, namelijk... /Nee
Op specialisameniveau	Ja, minimaal jaarlijks/Ja, ad hoc/ Ja, met een andere frequentie, namelijk... /Nee
Op aandoeningenniveau	Ja, minimaal jaarlijks/Ja, ad hoc/ Ja, met een andere frequentie, namelijk... /Nee

\* Streep door wat niet van toepassing is.

Ruimte voor toelichting:

---

E. Is voor de genoemde evaluaties vastgelegd wie hiervoor verantwoordelijk is?

**NB. Indien de samenwerking niet wordt geëvalueerd, dan kunt u de betreffende vraag overslaan.**

Niveau	Vastgelegd voor evaluatie met huisartsen	Vastgelegd voor evaluatie met V&V	Vastgelegd voor evaluatie met Thuiszorg	Vastgelegd voor evaluatie met Revalidatiecentra
Ziekenhuisniveau	Ja/ nee	Ja/ nee	Ja/ nee	Ja/ nee
Specialisameniveau	Ja/ nee	Ja/ nee	Ja/ nee	Ja/ nee
Aandoeningenniveau	Ja/ nee	Ja/ nee	Ja/ nee	Ja/ nee

\* Streep door wat niet van toepassing is.

Ruimte voor toelichting:

---

## Continuïteit van zorg

7. Is er een koppeling tussen het Ziekenhuisinformatiesysteem (ZIS) en een digitaal verwijssysteem (bijvoorbeeld [ZorgDomein](#)), met minimaal de volgende functionaliteiten:
- Het automatisch plaatsen van de elektronische verwijsbrief in het ZIS
  - Het elektronisch aanvragen van diagnostiek

- |  |  |
|--|--|
|  | Ja, voor alle specialismen/aandoeningen                  |
|  | Ja, voor de meerderheid van de specialismen/aandoeningen |
|  | Ja, voor de minderheid van de specialismen/aandoeningen  |
|  | Nee  |

Ruimte voor toelichting:

---

8. A. Over welk van de volgende aspecten heeft het ziekenhuis met de huisartsen in de regio de informatiebehoefte afgestemd?

Aspect	Wordt informatiebehoefte hierover afgestemd?*
De gestelde diagnose	Ja, voor alle specialismen/ Ja, voor de meerderheid van de specialismen/ Ja, voor de minderheid van de specialismen/ Nee
Het behandelplan/ zorgplan	Ja, voor alle specialismen/ Ja, voor de meerderheid van de specialismen/ Ja, voor de minderheid van de specialismen/ Nee
Het actuele medicatieoverzicht	Ja, voor alle specialismen/ Ja, voor de meerderheid van de specialismen/ Ja, voor de minderheid van de specialismen/ Nee
De vastgestelde respons van behandelingen/ begeleiding	Ja, voor alle specialismen/ Ja, voor de meerderheid van de specialismen/ Ja, voor de minderheid van de specialismen/ Nee
Ontslag	Ja, voor alle specialismen/ Ja, voor de meerderheid van de specialismen/ Ja, voor de minderheid van de specialismen/ Nee
Bij welke problemen contact op te nemen met het ziekenhuis	Ja, voor alle specialismen/ Ja, voor de meerderheid van de specialismen/ Ja, voor de minderheid van de specialismen/ Nee
Met wie contact op te nemen bij bovengenoemde problemen	Ja, voor alle specialismen/ Ja, voor de meerderheid van de specialismen/ Ja, voor de minderheid van de specialismen/ Nee

\* *Streek door wat niet van toepassing is.*

Ruimte voor toelichting:

---

- B. Over welk van de volgende aspecten heeft het ziekenhuis met de verzorgings- en verpleeghuizen de informatiebehoefte afgestemd?

Aspect	Wordt informatiebehoefte hierover afgestemd?*
De gestelde diagnose	Ja, voor alle specialismen/ Ja, voor de meerderheid van de specialismen/ Ja, voor de minderheid van de specialismen/ Nee
Het behandelplan/ zorgplan	Ja, voor alle specialismen/ Ja, voor de meerderheid van de specialismen/ Ja, voor de minderheid van de specialismen/ Nee
Het actuele medicatieoverzicht	Ja, voor alle specialismen/ Ja, voor de meerderheid van de specialismen/ Ja, voor de minderheid van de specialismen/ Nee
De vastgestelde respons van behandelingen/ begeleiding	Ja, voor alle specialismen/ Ja, voor de meerderheid van de specialismen/ Ja, voor de minderheid van de specialismen/ Nee
Ontslag	Ja, voor alle specialismen/ Ja, voor de meerderheid van de specialismen/ Ja, voor de minderheid van de specialismen/ Nee

Bij welke problemen contact op te nemen met het ziekenhuis	Ja, voor alle specialismen/ Ja, voor de meerderheid van de specialismen/ Ja, voor de minderheid van de specialismen/ Nee
Met wie contact op te nemen bij bovengenoemde problemen	Ja, voor alle specialismen/ Ja, voor de meerderheid van de specialismen/ Ja, voor de minderheid van de specialismen/ Nee

\* *Streep door wat niet van toepassing is.*

Ruimte voor toelichting:

---

9. A. Wordt iedere (niet acute) patiënt met een chronische aandoening vóór het vaststellen van het behandelplan besproken in een multidisciplinair overleg<sup>26</sup> (MDO)?

- Ja, voor alle specialismen/aandoeningen
- Ja, voor de meerderheid van de specialismen/aandoeningen
- Ja, voor de minderheid van de specialismen/aandoeningen
- Nee
- Daar hebben wij ziekenhuisbreed geen zicht op

Ruimte voor toelichting:

---

B. Wordt iedere patiënt met een chronische aandoening ná behandeling/begeleiding, ter vaststelling van het resultaat, besproken in een MDO?

- Ja, voor alle specialismen/aandoeningen
- Ja, voor de meerderheid van de specialismen/aandoeningen
- Ja, voor de minderheid van de specialismen/aandoeningen
- Nee
- Daar hebben wij ziekenhuisbreed geen zicht op

Ruimte voor toelichting:

---

**Indien bij vraag 9A én 9B 'nee' is ingevuld, kunt u vraag C overslaan.**

C. Wordt de uitkomst van het MDO (bijvoorbeeld de diagnose, behandelvoorstel en respons) vastgelegd in het zorgplan/behandelplan en/of dossier van de patiënt?

- Ja, voor alle specialismen/aandoeningen
- Ja, voor de meerderheid van de specialismen/aandoeningen
- Ja, voor de minderheid van de specialismen/aandoeningen
- Nee
- Daar hebben wij ziekenhuisbreed geen zicht op

Ruimte voor toelichting:

---

<sup>26</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, 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.

10. A. Zijn, voor de verschillende zorgketens, ketenzorgprocessen<sup>27</sup> vastgesteld?

- Ja, voor alle specialismen/aandoeningen
- Ja, voor de meerderheid van de specialismen/aandoeningen
- Ja, voor de minderheid van de specialismen/aandoeningen
- Nee (U kunt vraag B en C overslaan)
- Daar hebben wij ziekenhuisbreed geen zicht op (U kunt vraag B en C overslaan)

Ruimte voor toelichting:

---

B. Welke van de volgende aspecten zijn daarin standaard vastgesteld? (meerdere antwoorden mogelijk)

- Wie het zelfmanagement van patiënten ondersteunt
- Wie aandoeningsspecifieke informatie en educatie aan patiënten geeft
- Wie patiënten informeert over de organisatie van de keten, keuzemogelijkheden en ondersteuning daarbij
- Wie patiënten informeert over eventuele kosten binnen de keten en vergoedingen
- Wie patiënten informeert over de verantwoordelijkheidsverdeling (zoals genoemd in vraag 3)
- Wie met patiënten afstemt welke patiëntgegevens gedeeld mogen worden binnen de keten
- Wie patiënten screent op de behoefte aan psychosociale zorg
- Wie patiënten in verschillende fasen van het zorgproces begeleidt
- Daar hebben wij geen standaard voor

Ruimte voor toelichting:

---

C. Zijn deze ketenzorgprocessen vastgelegd? (meerdere antwoorden mogelijk)

- Ja, in een overeenkomst/convenant met ketenpartners (op bestuurlijk niveau)
- Ja, in een ketenbreed zorgpad/ketenzorgprocesbeschrijving (zorginhoudelijk)
- Ja, in Regionaal Transmurale Afspraken<sup>28</sup>
- Anders, namelijk...
- Nee

Ruimte voor toelichting:

---

---

<sup>27</sup> Hierbij kunt u denken aan het vastleggen van de verantwoordelijkheidsverdeling tussen ketenpartners. Bijvoorbeeld: wie screent patiënten op de behoefte aan psychosociale zorg? En: wie begeleidt de patiënt in verschillende fasen van het zorgproces?

<sup>28</sup> Gebaseerd op [LTA](#), landelijke richtlijn of zorgstandaard

\* Het gaat hier om het vastleggen conform de omschrijving in de [Handreiking voor Verantwoordelijkheidsverdeling bij Samenwerking in de Zorg](#) (KNMG, 2010).

11. A. Is per patiënt in het zorgplan/behandelplan en/of dossier vastgelegd welke zorgverlener de **inhoudelijk eindverantwoordelijke** (hoofdbehandelaar) is voor de zorgverlening?\*

- Ja, voor alle specialismen/ aandoeningen
- Ja, voor de meerderheid van de specialismen/ aandoeningen
- Ja, voor de minderheid van de specialismen/ aandoeningen
- Nee
- Daar hebben wij ziekenhuisbreed geen zicht op

Ruimte voor toelichting:

---

B. Is per patiënt in het zorgplan/behandelplan en/of dossier vastgelegd welke zorgverlener de zorgverlening aan de patiënt **coördineert**?

- Ja, voor alle specialismen/ aandoeningen
- Ja, voor de meerderheid van de specialismen/ aandoeningen
- Ja, voor de minderheid van de specialismen/ aandoeningen
- Nee
- Daar hebben wij ziekenhuisbreed geen zicht op

Ruimte voor toelichting:

---

C. Is per patiënt in het zorgplan/behandelplan en/of dossier vastgelegd welke zorgverlener het **aanspreekpunt** is voor de patiënt, en/of diens naasten, **bij vragen en onduidelijkheden**?\*

- Ja, voor alle specialismen/ aandoeningen
- Ja, voor de meerderheid van de specialismen/ aandoeningen
- Ja, voor de minderheid van de specialismen/ aandoeningen
- Nee
- Daar hebben wij ziekenhuisbreed geen zicht op

Ruimte voor toelichting:

---

D. Is per patiënt in het zorgplan/behandelplan en/of dossier vastgelegd welke zorgverlener of welk organisatieonderdeel, **aanspreekpunt** is voor de patiënt, en/of dienst naasten, **in acute situaties**?\*

- Ja, voor alle specialismen/ aandoeningen
- Ja, voor de meerderheid van de specialismen/ aandoeningen
- Ja, voor de minderheid van de specialismen/ aandoeningen
- Nee
- Daar hebben wij ziekenhuisbreed geen zicht op

Ruimte voor toelichting:

---



12. A. Is elk dossier elektronisch toegankelijk voor alle bij de zorg betrokken en geautoriseerde zorgverleners van de keten, en de patiënt? (meerdere antwoorden mogelijk)

- |                          |   |
|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | Elk behandelplan is elektronisch toegankelijk voor de zorgverleners                     |
| <input type="checkbox"/> | Het merendeel van de behandelplannen is elektronisch toegankelijk voor de zorgverleners |
| <input type="checkbox"/> | De minderheid van de behandelplannen is elektronisch toegankelijk voor de zorgverleners |
| <input type="checkbox"/> | De behandelplannen zijn niet elektronisch toegankelijk voor de zorgverleners            |
| <input type="checkbox"/> | De patiënt kan een kopie of inzage in het dossier krijgen                               |
| <input type="checkbox"/> | Het behandelplan is elektronisch toegankelijk voor de patiënt                           |
| <input type="checkbox"/> | De patiënt heeft geen inzage in het behandelplan  |

Ruimte voor toelichting:

---

B. Hoe is de informatie in het dossier vastgelegd?

- |                          |   |
|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | Gestructureerd met open invulvelden                         |
| <input type="checkbox"/> | Gestructureerd met gecodeerde invulvelden                   |
| <input type="checkbox"/> | Het behandelplan bevat een open, ongestructureerd invulveld |
| <input type="checkbox"/> | Anders, namelijk...   |

Ruimte voor toelichting:

---

---

### Veilige zorg

---

13. A. Heeft het ziekenhuis, samen met andere zorgverleners uit de keten, een protocol voor de overdracht van medicatiegegevens<sup>29</sup> opgesteld, dat gebaseerd is op de richtlijn ['Overdracht van medicatiegegevens in de keten'](#)<sup>30</sup>?

Ja/ Nee

\* *Streep door wat niet van toepassing is*

Ruimte voor toelichting:

---

---

<sup>29</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>30</sup> De IGZ handhaaft deze richtlijn sinds 1 januari 2011.

B. Wordt door het ziekenhuis, na ontslag van patiënt uit het ziekenhuis of na afloop van een polikliniekbezoek, een actueel medicatieoverzicht overgedragen aan:

Geadresseerde:	Overgedragen*	Binnen welke periode?*
De door de patiënt opgegeven farmaceutisch zorgaanbieder/ apotheek	Ja/ Nee	2 werkdagen/ 5 werkdagen/ anders, namelijk...
De huisarts van de patiënt	Ja/ Nee	2 werkdagen/ 5 werkdagen/ anders, namelijk...
De trombosedienst (indien van toepassing)	Ja/ Nee	2 werkdagen/ 5 werkdagen/ anders, namelijk...
De thuiszorg (indien van toepassing)	Ja/ Nee	2 werkdagen/ 5 werkdagen/ anders, namelijk...
De zorginstelling waar de patiënt verblijft (indien van toepassing)	Ja/ Nee	2 werkdagen/ 5 werkdagen/ anders, namelijk...

\* Streep door wat niet van toepassing is

Ruimte voor toelichting:

---



---

### Afsluiting

---

14. Heeft u, naar aanleiding van deze vragenlijst, nog aanvullingen over hoe de zorg binnen uw keten georganiseerd is, dan kunt u deze hieronder kwijt.

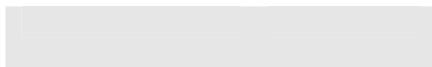
15. Heeft u nog opmerkingen betreffende deze vragenlijst, dan kunt u deze hieronder kwijt.

Het kan zijn dat wij naar aanleiding van uw antwoorden nog vragen hebben. Wilt u daarom aangeven wie de contactpersoon voor deze vragenlijst is, en op welke wijze wij contact op kunnen nemen?

Contactpersoon

Naam:		Functie:	
Voorletters:		Telefoonnummer:	
Titel:		E-mailadres:	

Ondertekening van de vragenlijst door middel van het invullen van de datum:



**Einde van de vragenlijst, hartelijk dank voor het invullen.**

## Bijlage E. Deelnemende ziekenhuizen

Admiraal de Ruyter Ziekenhuizen	't Lange Land Ziekenhuis
Amphia Ziekenhuis	Tergooiziekenhuizen
Atrium Medisch Centrum	VieCuri Medisch Centrum
AZM, Maastricht	Vlietland Ziekenhuis groep
BovenIJ Ziekenhuis	VU Medisch Centrum
Canisius-Wilhelmina Ziekenhuizen	Waterlandziekenhuizen
Catharina ziekenhuizen	Westfriesgasthuis groep
Deventer Ziekenhuizen	Wilhelmina Ziekenhuis Assen
Elkerliek Ziekenhuis	Zaans Medisch Centrum Groep
Flevoziekenhuis	Ziekenhuis Amstelland
Franciscus ziekenhuizen	Ziekenhuis Bernhoven
Gelderse Vallei	Ziekenhuis Bethesda
Gelre Ziekenhuizen	Ziekenhuis De Sionsberg
Gelre ziekenhuizen Zutphen	Ziekenhuis De Tjongerschans
Gemini Ziekenhuis	Ziekenhuizen Rivierenland
Haga Ziekenhuis	Zuwe Hofpoort Groep
IJsselland Ziekenhuis groep	
Ikazia ziekenhuizen	
Isala Klinieken	
Jeroen Bosch Ziekenhuis	
Kennemer Gasthuis	
Laurentius Ziekenhuizen	
Lievensberg Ziekenhuizen	
Maasstad Ziekenhuizen	
Martini Ziekenhuis Groep	
Maxima Medisch Centrum	
MC Groep	
Medisch Centrum Alkmaar	
MS Twente	
Ommelander Ziekenhuis Groep	
Refaja Ziekenhuis	
Rijnlandziekenhuis	
Rijnstate Zorggroep	
Rode Kruis ziekenhuizen	
Ruwaard van Putten Groep	
Saxenburgh Groep	
Scheper Ziekenhuis	
Sint Lucas Andreas Ziekenhuis	
St. Elisabeth Ziekenhuis	
Stichting Bronovo-Nebo	

# KWALITEIT IN ZICHT



## Kwaliteit van de ketenzorg Feedbackrapportage

Mei 2012

Uw ziekenhuis heeft in de periode december 2011 - januari 2012 deelgenomen aan het onderzoek 'Kwaliteit van de ketenzorg', uitgevoerd door de patiëntenorganisaties verenigd in het programma Kwaliteit in Zicht (KiZ).

Naast een algemeen rapport wat hierover verschenen is krijgt elk deelnemend ziekenhuis een individuele feedbackrapportage. In deze individuele rapportage kunt u (voor een selectie van 'minimale voorwaarden voor goede ketenzorg') zien hoe uw ziekenhuis zich verhoudt tot andere ziekenhuizen. Hiermee willen wij u concrete aanknopingspunten bieden om de kwaliteit van ketenzorg verder te optimaliseren.

Op [www.programmakwaliteitinzicht.nl](http://www.programmakwaliteitinzicht.nl) zijn het eindrapport 'Ketenzorg in Zicht' (onderzoek onder ziekenhuizen en patiëntervaringsonderzoek), de 'minimale voorwaarden voor goede ketenzorg vanuit patiëntenperspectief' en het onderzoeksrapport van het patiëntervaringsonderzoek te vinden.

Naam ziekenhuis:

## Opzet van de feedbackrapportage

De opzet van de feedbackrapportage wordt hier kort toegelicht. Een uitgebreidere verantwoording vindt u in bijgevoegd document 'Methodologische verantwoording feedbackrapportage ketenzorg'.

Allereerst is een selectie gemaakt van 'minimale voorwaarden voor goede ketenzorg' op basis van wat de samenwerkende patiëntenorganisaties, naar aanleiding van het algemene onderzoeksrapport 'Ketenzorg in Zicht', de meest essentiële randvoorwaarden vinden.

In de rapportage is per geselecteerde voorwaarde weergegeven of een ziekenhuis het criterium heeft behaald, of het goed op weg is, of dat het tijd is voor actie (deze indeling is uitgewerkt in de methodologische verantwoording). Bovendien is per categorie aangegeven welk percentage van de deelnemende ziekenhuizen hier binnen valt. Deze benchmark is gebaseerd op 56 ziekenhuizen.

Vervolgens is ingezoomd op de bijbehorende vragen. Daarbij is aangegeven welk percentage van de ziekenhuizen welk antwoord/welke antwoorden heeft gegeven. Er is een cirkel gezet om de antwoorden die uw ziekenhuis heeft gegeven.

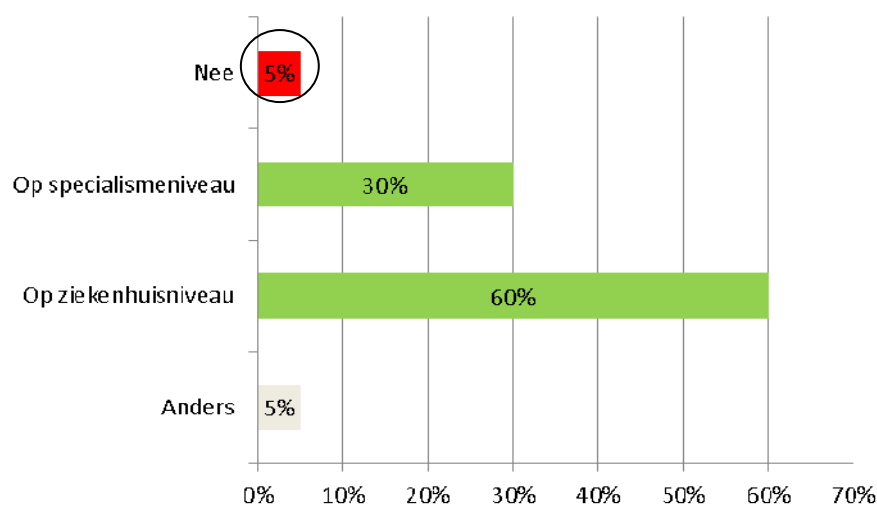
Ten laatste is de informatie per minimale voorwaarde gespiegeld aan de resultaten van het patiëntervaringsonderzoek (de 'meldactie') en van de CQI ziekenhuiszorg.

### Voorbeeldgrafiek 1:



Iedere kleur vertegenwoordigt 1 antwoord op de vraag. Groen is het meest gewenste antwoord, rood het minst gewenste (hier door niemand gegeven). 77% heeft het meest gewenste antwoord gegeven, zo ook het voorbeeldziekenhuis (zie cirkel). De percentages bij elkaar opgeteld zijn 100%.

### Voorbeeldgrafiek 2:



Per mogelijk antwoord is weer aangegeven welk percentage van de ziekenhuizen dit heeft geantwoord. Omdat bij deze vraag meerdere antwoorden mogelijk zijn kan het totaalpercentage meer dan 100% zijn. De groen gekleurde antwoorden zijn ook weer de meest gewenste antwoorden. Het voorbeeldziekenhuis heeft hier het minst gewenste antwoord gegeven.

<b>VERANTWOORDELIJKHEIDSVERDELING ZORGVERLENERS</b> (n=54)	<b>Tijd voor actie</b> 26 (48%)	<b>Goed op weg</b> 9 (17%)	<b> criterium behaald</b> 19 (35%)
---	---------------------------------------	----------------------------------	--

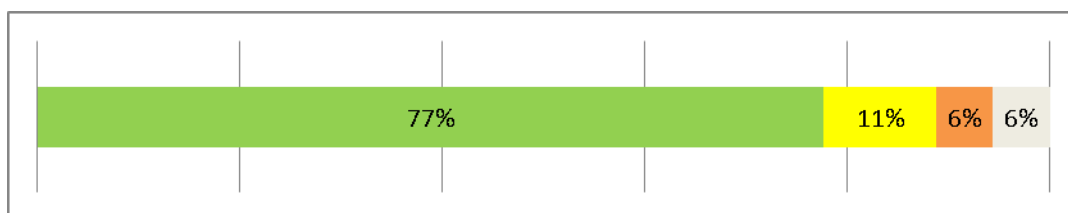
Per patiënt is de verantwoordelijkheidsverdeling tussen de samenwerkende zorgverleners vastgelegd in het behandelplan/zorgplan en/of dossier van de patiënt. Vastgelegd is:

- Welke zorgverlener (evt. 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;
- 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).

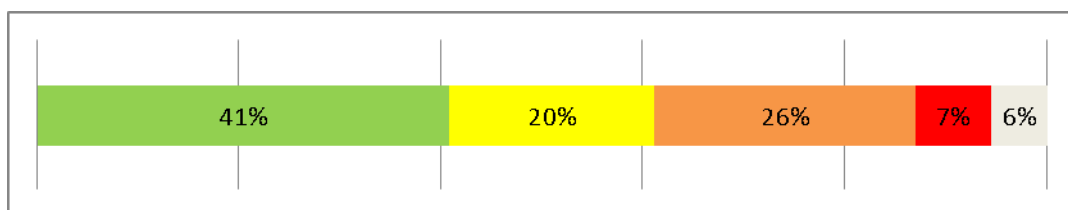
Legenda bij onderstaande grafieken

- Ja, voor alle specialismen/aandoeningen
- Ja, voor de meerderheid van de specialismen/aandoeningen
- Ja, voor de minderheid van de specialismen/aandoeningen
- Nee
- Daar hebben wij ziekenhuisbreed geen zicht op
- Het door uw ziekenhuis gegeven antwoord

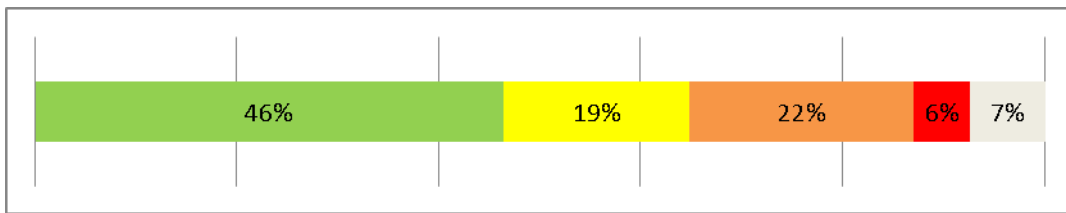
Is per patiënt in het zorgplan/behandelplan en/of dossier vastgelegd welke zorgverlener de inhoudelijk eindverantwoordelijke (hoofdbehandelaar) is voor de zorgverlening? (vraag 11a)



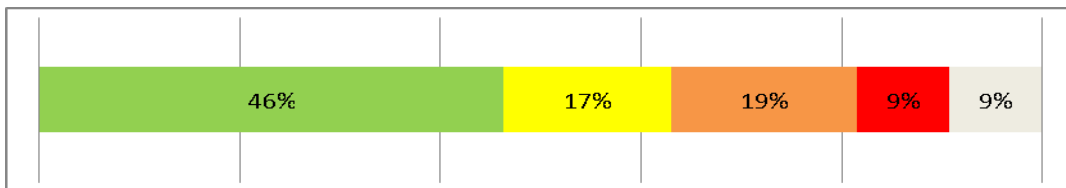
Is per patiënt in het zorgplan/behandelplan en/of dossier vastgelegd welke zorgverlener de zorgverlening aan de patiënt coördineert? (vraag 11b)



Is per patiënt in het zorgplan/behandelplan en/of dossier vastgelegd welke zorgverlener het aanspreekpunt is voor de patiënt, en/of dienst naasten, bij vragen en onduidelijkheden? (vraag 11c)



Is per patiënt in het zorgplan/behandelplan en/of dossier vastgelegd welke zorgverlener of welk organisatieonderdeel, aanspreekpunt is voor de patiënt, en/of dienst naasten, in acute situaties? (vraag 11d)



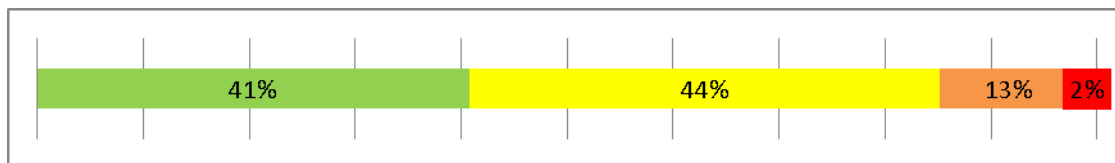
[Spiegeling van de bovenstaande resultaten aan de resultaten van de meldactie (patiëntervaringsonderzoek door KiZ) en van de verkorte CQI ziekenhuiszorg (vraag 4d): in hoeverre komt dit wel/niet overeen?]

AFSPRAKEN EIGEN VERANTWOORDELIJKHEID PATIËNT (n=54)	Tijd voor actie 3 (6%)	Goed op weg 34 (63%)	Criterium behaald 17 (31%)
Met iedere patiënt worden afspraken gemaakt over diens eigen rol en verantwoordelijkheden. Deze afspraken zijn vastgelegd in het behandelplan/zorgplan van de patiënt en bekend bij alle betrokken zorgverleners in de keten (binnen en buiten het ziekenhuis).			

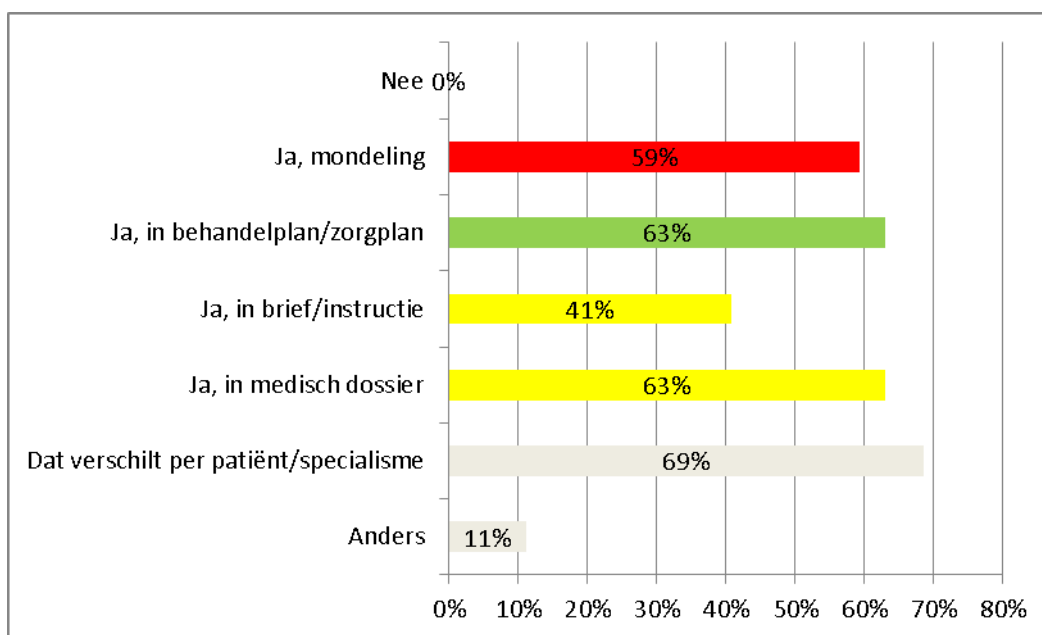
- Legenda bij onderstaande grafiek
- Ja, voor alle specialismen/aandoeningen
  - Ja, voor de meerderheid van de specialismen/aandoeningen
  - Ja, voor de minderheid van de specialismen/aandoeningen
  - Nee
  - Het door uw ziekenhuis gegeven antwoord



Worden met iedere patiënt afspraken gemaakt over diens eigen rol en verantwoordelijkheden met betrekking tot de zorg? (vraag 3a)



Worden deze afspraken vastgelegd? (meerdere antwoorden mogelijk) (vraag 3c)



[Spiegeling van de bovenstaande resultaten aan de resultaten van de meldactie (patiëntervaringsonderzoek door KIZ) en van de verkorte CQI ziekenhuiszorg (vraag 30&34): in hoeverre komt dit wel/niet overeen?]

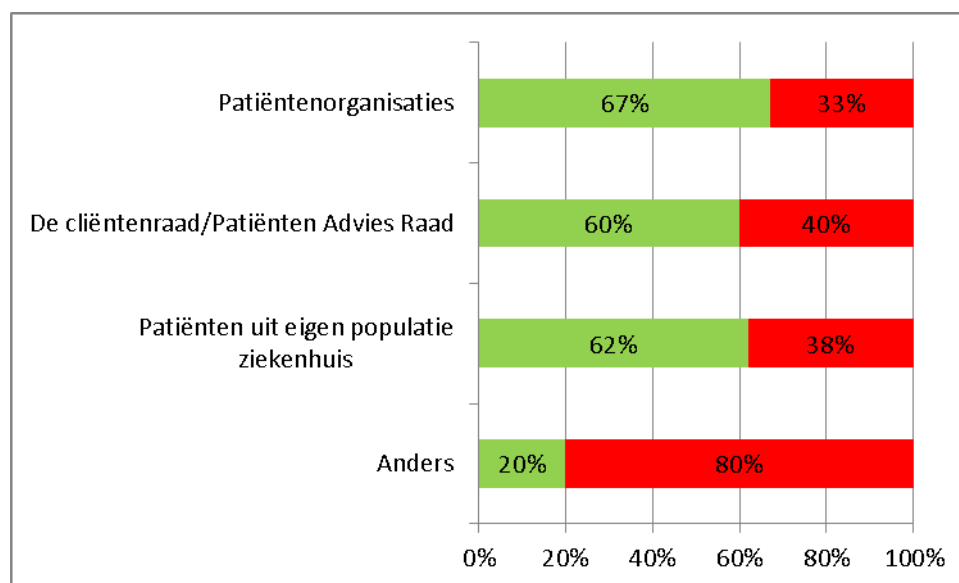
PATIËNTEN BETREKKEN BIJ ONTWIKKELING & EVALUATIE (n=55)	Tijd voor actie 4 (7%)	Goed op weg 4 (7%)	Criterium behaald 47 (86%)
Bij de ontwikkeling en evaluatie van de ketenzorg (geïntegreerd geleverd door zowel de 2e als de 1e en 3e lijn) worden patiënten/ cliënten, de cliëntenraad en/of de betreffende patiëntenorganisatie(s) betrokken.			

Legenda bij onderstaande grafiek

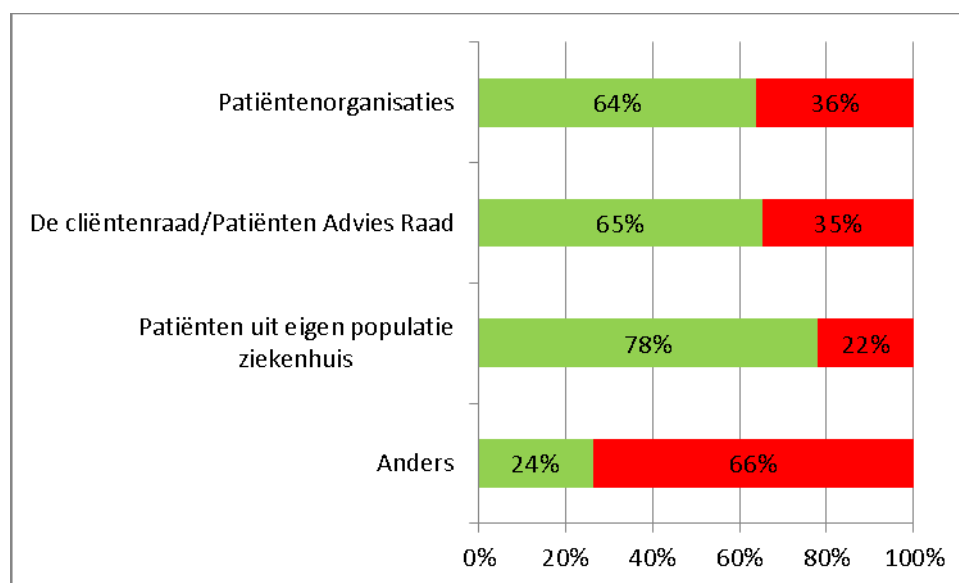
- Groep is betrokken
- Groep is niet betrokken
- Het door uw ziekenhuis gegeven antwoord

Worden patiënten betrokken 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)? (vraag 2)

### Bij ontwikkeling



### Bij evaluatie



Spiegeling van de bovenstaande resultaten aan de resultaten van de meldactie en de verkorte CQI ziekenhuiszorg is hier niet van toepassing omdat deze voorwaarde niet op patiëntniveau geldt.

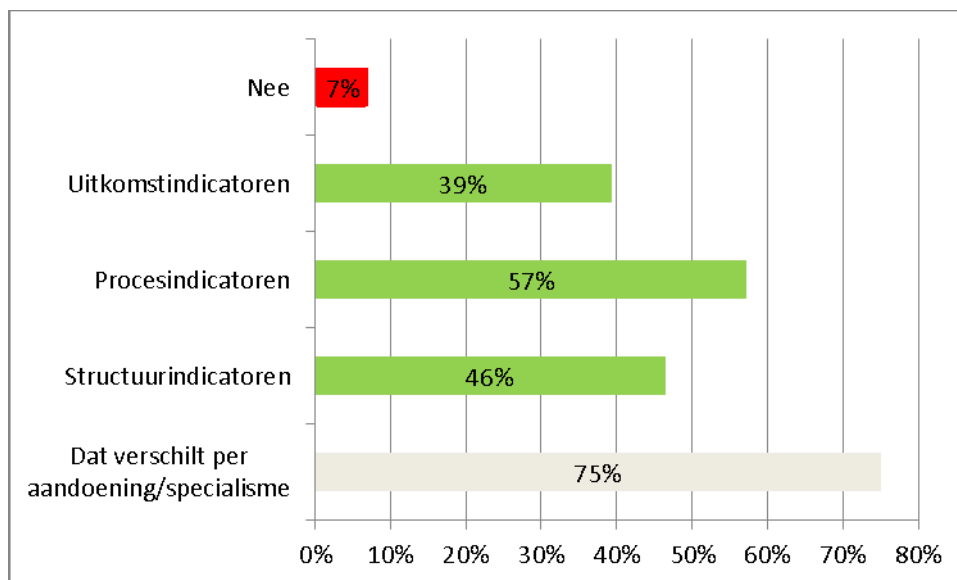
EVALUATIE VAN DE KETENZORG (n=56)	Tijd voor actie 13 (23%)	Goed op weg 34 (61%)	Criterium behaald 9 (16%)
--------------------------------------	--------------------------------	----------------------------	------------------------------

Minimaal jaarlijks wordt de ketenzorg geëvalueerd aan de hand van:

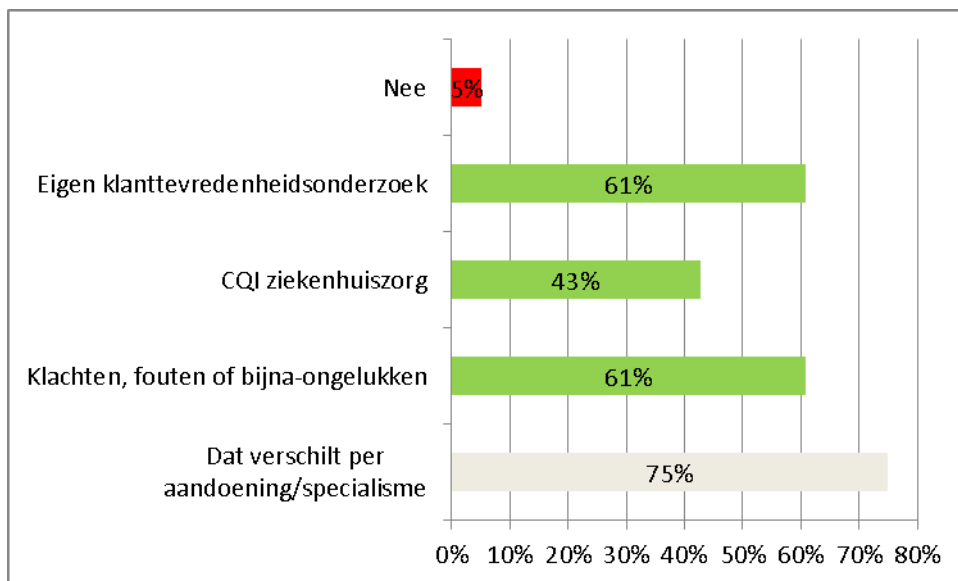
- Vastgestelde structuur-, proces- en/of uitkomstindicatoren t.a.v. de ketenzorg;
- Geregistreerde klachten, fouten of bijna-ongelukken die betrekking hebben op de keten;
- Het oordeel van patiënten/cliënten t.a.v. de ketenzorg (gebaseerd op CQI ziekenhuiszorg vraag 12E, 19, 26, 34, 59, 67, 68 en 75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

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

Zijn met de ketenpartners indicatoren vastgelegd betreffende de ketenzorg? (meerdere antwoorden mogelijk) (vraag 5a)



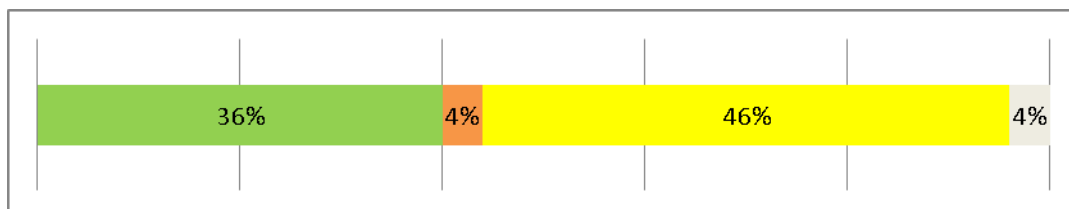
Wordt de kwaliteit van de ketenzorg geëvalueerd? (meerdere antwoorden mogelijk) (vraag 5b)



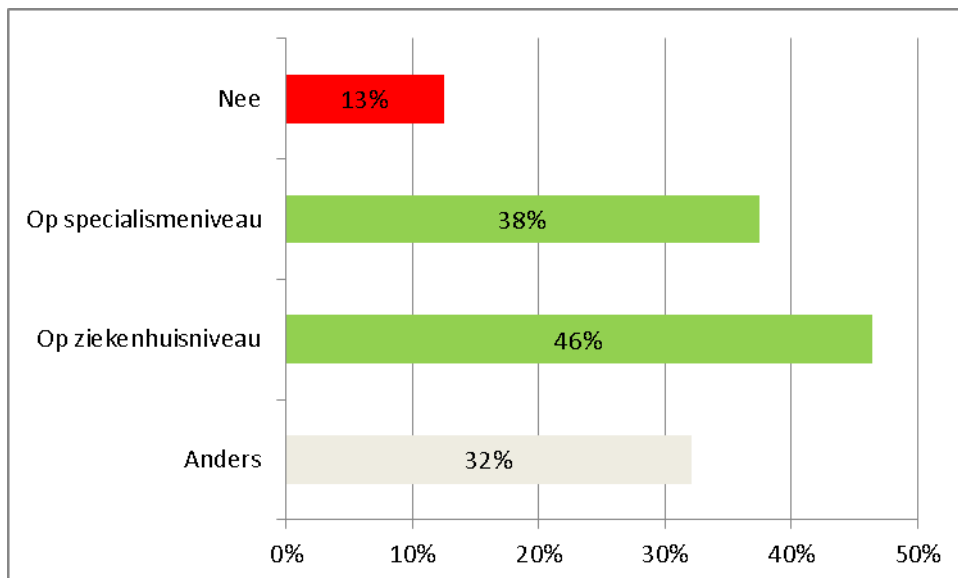
Legenda bij onderstaande grafiek

- Minimaal jaarlijks
- Ad hoc
- Dat verschilt per aandoening/specialisme
- Anders
- Het door uw ziekenhuis gegeven antwoord

Hoe vaak wordt de ketenzorg geëvalueerd? (vraag 5c)



Is voor de evaluatie van de ketenzorg vastgelegd wie verantwoordelijk is voor deze evaluatie?  
(meerdere antwoorden mogelijk) (vraag 5d)



Spiegeling van de bovenstaande resultaten aan de resultaten van de meldactie en de verkorte CQI ziekenhuiszorg is hier niet van toepassing omdat deze voorwaarde niet op patiëntniveau geldt.

# Methodologische verantwoording feedbackrapportage Kwaliteit van de ketenzorg

In dit document wordt de methode uitgewerkt die gehanteerd is bij het opstellen van de feedbackrapportages voor ziekenhuizen die hebben deelgenomen aan het onderzoek 'Kwaliteit van de ketenzorg'.

Voor deze feedbackrapportages zijn vier 'minimale voorwaarden voor goede ketenzorg' geselecteerd. Per minimale voorwaarde is aangegeven of een ziekenhuis het criterium heeft behaald, of het goed op weg is, of dat het tijd is voor actie. Deze indeling in drie categorieën wordt op de volgende pagina's uitgewerkt.

## VERANTWOORDELIJKHEIDSVERDELING ZORGVERLENERS

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

- Welke zorgverlener (evt. 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;
- 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).\*

### Criteria behaald

Indien bij vraag 11A t/m 11D "Ja, voor alle specialismen/aandoeningen" is aangekruist

### Tijd voor actie

Als bij 1 of meerdere vragen van 11A t/m 11D is ingevuld "Ja, voor de minderheid van de specialismen/aandoeningen"

OF

Als bij 1 of meerdere vragen van 11A t/m 11D is ingevuld "Nee"

OF

Als bij 1 of meerdere vragen van 11A t/m 11D is ingevuld "Daar hebben wij ziekenhuisbreed geen zicht op"

### Goed op weg

De rest van de antwoordopties

\* Als de vraag niet is ingevuld, gebruiken we een vraagteken.

## AFSPRAKEN EIGEN VERANTWOORDELIJKHEID PATIËNT

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

### Criterion behaald

Als bij vraag 3A is ingevuld "Ja, voor alle specialismen/aandoeningen"

EN

Als bij vraag 3C is ingevuld "Ja, in het behandelplan/zorgplan van de patiënt"

### Tijd voor actie

Als bij vraag 3A is ingevuld "Nee"

EN/OF

Als bij vraag 3C alleen is ingevuld "Ja, mondeling" (met evt. ook "Dat verschilt per patiënt/specialisme") of "Nee"

### Goed op weg

De rest van de antwoordopties

## PATIËNTEN BETREKKEN BIJ ONTWIKKELING & EVALUATIE

*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.\**

### Criterion behaald

Bij ontwikkeling zijn 1 of meerdere van de genoemde patiëntengroepen betrokken

EN

Bij evaluatie zijn 1 of meerdere van de genoemde patiëntengroepen betrokken

### Tijd voor actie

Bij zowel ontwikkeling als evaluatie is geen van de genoemde patiëntengroepen betrokken

### Goed op weg

De rest van de antwoordopties

\* Als de vraag niet is ingevuld, gebruiken we een vraagteken.

## EVALUATIE VAN DE KETENZORG

*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.*

### Criterion behaald

Als bij vraag 5A is aangekruist "Ja, er zijn structuurindicatoren vastgelegd" en/of "Ja, er zijn procesindicatoren vastgelegd" en/of "Ja, er zijn uitkomstindicatoren vastgelegd"  
EN

Als bij 5B is aangekruist "Ja, aan de hand van klachten, fouten of bijna-ongelukken betreffende de keten" EN ("Ja, aan de hand van de CQI ziekenhuiszorg" EN/OF "Ja, aan de hand van eigen klanttevredenheidsonderzoek betreffende de ketenzorg") EN NIET "Dat verschilt per aandoening/specialisme" of "Nee"  
EN

Als bij 5C is aangekruist "Minimaal jaarlijks"  
EN

Als bij 5D is aangekruist "Ja, op ziekenhuisniveau vastgelegd" OF "Ja, op specialisameniveau vastgelegd"

### Tijd voor actie

Als bij vraag 5A is aangekruist "Nee"  
EN/OF

Als bij vraag 5B is aangekruist "Nee"  
EN/OF

Als bij vraag 5C is aangekruist "Ad hoc"  
EN/OF

Als bij vraag 5D is aangekruist "Nee"

### Goed op weg

De rest van de antwoordopties

\* Als de vraag niet is ingevuld, gebruiken we een vraagteken.

*©NPCF, 2011. Het is niet toegestaan de tekst of digitale afbeelding op papier of in digitale vorm te vermenigvuldigen, te verspreiden en/of op andere wijze openbaar te maken voor andere doeleinden dan in deze publicatie is aangegeven, tenzij hiertoe een expliciete overeenkomst met de rechthebbende is afgesloten.*

*Deze uitgave is financieel mogelijk gemaakt door het Ministerie van VWS, unit Fonds PGO.*