

Handleiding behorend bij Basisset Kwaliteitscriteria

Het patiëntenperspectief op de zorg voor chronisch zieken

Versie 2.0

Inhoud

DE HANDLEIDING.....	3
INGREDIËNTEN BASISSET.....	3
AANDOENINGSPECIFIEKE SET ZELF MAKEN.....	4
<i>I Een set aandoeningsspecifieke kwaliteitscriteria ontwikkelen.....</i>	<i>4</i>
<i>II Uw huidige set aandoeningsspecifieke kwaliteitscriteria herzien.....</i>	<i>10</i>
GEBRUIK VAN DE AANDOENINGSPECIFIEKE SET KWALITEITSCRITERIA.....	11
<i>Publicatie.....</i>	<i>11</i>
BEHEER VAN DE AANDOENINGSPECIFIEKE SET KWALITEITSCRITERIA.....	12
BIJLAGE 1: WEERGEVEN VAN AANDOENINGSPECIFIEKE KWALITEITSCRITERIA	13
<i>Gebruik van het format.....</i>	<i>13</i>
<i>Te denken valt aan.....</i>	<i>14</i>
BIJLAGE 2: FORMAT VOOR EEN SET AANDOENING-SPECIFIEKE CRITERIA.....	16

DE HANDLEIDING

Voor u ligt de handleiding die hoort bij de 'Basisset Kwaliteitscriteria voor de zorg voor mensen met een chronische aandoening' (hierna kortweg 'basisset') waarmee uw patiëntenorganisatie aandoeningspecifieke kwaliteitscriteria kan ontwikkelen. De basisset is opgesteld vanuit het perspectief van mensen met een chronische aandoening en gericht op het omschrijven van de wensen en eisen van patiënten en hun eventuele naasten ten aanzien van de zorg in de gehele keten. De basisset is een product van het programma Kwaliteit in Zicht (KIZ), waarin de zes grootste patiëntenorganisaties, Zorgbelang Nederland en de Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie (NPCF) samenwerken om de kwaliteit van de zorg te optimaliseren, door de zorg beter aan te laten sluiten bij de wensen en eisen van patiënten.

De basisset is primair ontwikkeld voor gebruik door patiëntenorganisaties. Uitgangspunt is dat patiëntenorganisaties op een uniforme wijze aandoeningspecifieke kwaliteitscriteria ontwikkelen, waardoor de herkenbaarheid en bruikbaarheid voor zorgaanbieders en zorgverzekeraars toeneemt. Zorgaanbieders, zorgverzekeraars en de overheid hebben aangegeven deze uniformiteit belangrijk te vinden.

De basisset bevat onder andere een set generieke kwaliteitscriteria, geldend voor alle mensen met een chronische aandoening. Voor specifieke aandoeningen biedt de basisset met deze handleiding u volop mogelijkheden om een product te maken dat past bij de specifieke behoeften en belangen van uw leden/achterban.

In deze handleiding geven wij u handreikingen om met de basisset aan de slag te gaan. Daartoe beschrijven we allereerst de ingrediënten van de basisset. Vervolgens vindt u de methode om zelf aandoeningspecifieke kwaliteitscriteria te ontwikkelen of bestaande criteria te herzien. Daarna gaan we in op het gebruik en het beheer van de aandoeningspecifieke criteria. Tenslotte vindt u in de bijlagen een format (met toelichting) voor het weergeven van uw criteria.

INGREDIËNTEN BASISSET

De Basisset Kwaliteitscriteria bevat een Kwaliteitsmatrix (een tabel) met:

- op de verticale as tien thema's voor (beoordeling van) de kwaliteit van de zorg en
- op de horizontale as vijf fasen van het zorgproces.

Daarnaast bevat de basisset een lijst generieke kwaliteitscriteria die voor alle mensen met een chronische aandoening gelden. De opsomming van kwaliteitscriteria is niet uitputtend.

Over de handleiding

Net als de basisset is deze handleiding een dynamisch document dat kan worden aangevuld naar aanleiding van voortschrijdend inzicht, gebruikservaringen en verzoeken van gebruikers.

De meest recente versie vindt u steeds in de webwinkel op www.programmakwaliteitinzicht.nl.

Heeft u suggesties ter verbetering van de basisset of de handleiding, dan kunt u een mail sturen aan KIZ@npcf.nl

Deze generieke kwaliteitscriteria kunt u in uw eigen aandoeningspecifieke set kwaliteitscriteria gebruiken, verder specificeren, aanvullen en/of prioriteren.

Om uw eigen, aandoeningspecifieke kwaliteitscriteria te ordenen, kunt u gebruik maken van het format (zie bijlage 2). De aan KIZ deelnemende patiëntenorganisaties gebruiken dit format om de uniformiteit en herkenbaarheid te vergroten.

AANDOENINGSPECIFIEKE SET ZELF MAKEN

Door voor uw eigen patiëntenorganisatie een set aandoeningspecifieke kwaliteitscriteria te ontwikkelen of te herzien, legt u vast wat de wensen en eisen vanuit uw eigen achterban (voor een specifieke aandoening) zijn ten aanzien van de zorgverlening. De basisset is primair ontwikkeld voor gebruik door patiëntenorganisaties en vormt de uniforme en methodologische basis voor het ontwikkelen van deze aandoeningspecifieke kwaliteitscriteria. Door gebruik hiervan ontstaat uniformiteit, herkenbaarheid en standaardisatie van de inbreng van patiëntenorganisaties op de kwaliteit van de zorg.

I Een set aandoeningspecifieke kwaliteitscriteria ontwikkelen

In zes stappen maakt u een set aandoeningspecifieke kwaliteitscriteria. Wij raden u aan één uitgebreide versie te maken die vervolgens bruikbaar is als basis voor verschillende doelen en doelgroepen. Hieronder volgen de verschillende stappen.

Stap 1 Deskresearch

- In deze eerste stap verzamelt u bestaande kwaliteitscriteria die voor uw achterban relevant zijn. U kunt daarbij de generieke kwaliteitscriteria gebruiken die in de basisset bij de tien thema's beschreven worden. U kunt deze criteria overnemen, verder specificeren en aanvullen. In bijlage 1 staat hoe u deze criteria en het format kunt gebruiken. Daar wordt bovendien een aantal 'te denken valt aan' criteria genoemd, die wellicht voor uw doelgroep van toepassing zijn. Verder kunt u (uw eigen) bronnen als input gebruiken waar het patiëntenperspectief benoemd is: lotgenotencontact, eerdere achterbanraadplegingen (panels, enquêtes, focusgroepen), CQ Index, zorgstandaarden, Zichtbare Zorg, (digitale) kennisbank, forum, projecten en eventueel beschikbare onderzoeken en literatuur. U kunt hierbij ook informatie gebruiken van collega's en ervaringsdeskundigen. Denkt u daarbij ook aan beschikbare actuele bronnen die niet specifiek vanuit het patiëntenperspectief zijn geschreven, zoals (behandel)richtlijnen en standaarden van beroepsgroepen.

Deskresearch

Gebruik bij uw deskresearch bij voorkeur bronnen die niet ouder zijn dan drie jaar. Bij bronnen die ouder zijn dan drie jaar is het raadzaam om door middel van een (interactieve) achterbanraadpleging na te gaan of ze nog actueel en geldend zijn.

Tip

Wanneer u zelf onbekend bent in het veld waar u criteria voor opstelt, dan kan een werkbezoek u helpen om een goed beeld van de specifieke zorg te krijgen. Ga bij voorkeur naar twee verschillende plekken.

- U specificeert de kwaliteitscriteria zoveel mogelijk. Dat betekent dat u ze zoveel mogelijk *aandoeningspecifiek* en zoveel mogelijk *specifiek per fase* maakt. Daarbij kunt u gebruik maken van de Kwaliteitsmatrix. Zo kunt u bijvoorbeeld de wachttijd aandoeningspecifiek invullen door hier een maximaal aantal weken te benoemen. De maximaal acceptabele wachttijden kunnen verder nog verschillend zijn per fase.
- U formuleert de kwaliteitscriteria zo concreet (SMART; zie kader) en bondig mogelijk. Hoe concreter u het criterium beschrijft, hoe bruikbaar het is. Zoek daarbij naar balans; de criteria moeten niet op voorhand zo onrealistisch geformuleerd zijn dat het als utopie kan worden afgedaan. Het moet uitgaan van een realistische maar ambitieuze mogelijkheid tot verbetering.

Werk SMART

Elke letter in 'SMART' geeft aan waaraan een kwaliteitscriterium moet voldoen:

- **S***pecifiek*: de formulering is eenduidig en concreet. Het moet zijn uitgedrukt in een getal, bedrag, percentage of een ander kwantitatief gegeven. Vermijd de lijdende vorm: vermeld welk soort behandelaar wat moet doen.
- **M***eetbaar*: wanneer is aan het criterium voldaan? En hoe bepaal of meet je dat?
- **A***ccceptabel*: is er draagvlak voor het kwaliteitscriterium, zijn alle betrokkenen bereid zich eraan te verbinden (waaronder de behandelaars)?
- **R***ealistisch*: is realisatie van het kwaliteitscriterium haalbaar en uitvoerbaar met aanvaardbare inspanningen?
- **T***ijdgebonden*: op welke tijdsperiode heeft het criterium betrekking? Is er een begin en een einde aan te geven in de tijd?

Stap 2 Interactieve achterbanraadpleging

- De ervaring leert dat *interactieve* achterbanraadplegingen meer en betere informatie opleveren dan vormen van achterbanraadpleging waarin de deelnemers niet met elkaar kunnen communiceren. Doordat patiënten en naasten met elkaar in gesprek raken over goede en minder goede ervaringen, kunnen conclusies worden getrokken over wat goede kwaliteit van zorg is vanuit patiëntenperspectief. Op deze manier komt uw organisatie tot meer inhoud en een helderder formulering.
- U gebruikt de interactieve achterbanraadpleging om:

- de eerder verzamelde kwaliteitscriteria te toetsen en te specificeren;
- goede en minder goede ervaringen met de zorg te inventariseren (en te leren van de knelpunten *en* de goede voorbeelden);
- wensen en eisen van patiënten te inventariseren;
- te inventariseren waar precies de knelpunten in de zorg vanuit patiëntperspectief zitten.

Ervaringen gebruiken

Blijkt het lastig een minder goede ervaring om te zetten in een SMART kwaliteitscriterium?

Vraag dan waar en waarom het mis ging. Verwoord deze oorzaak vervolgens positief. Zoek daarbij naar concrete oplossingen en maatregelen, zoals 'handeling x is in richtlijn y opgenomen' of 'behandelaar overhandigt folder van patiëntenorganisatie' of 'behandelaar a verwijst door naar b'.

Bij deze stap kan een uitwisseling met collega organisaties ook meerwaarde bieden. Het sparren met vertegenwoordigers van organisaties die patiënten met andere aandoeningen vertegenwoordigen en het daarbij goed doorvragen, levert vaak een goede specificering van criteria op.

Heeft u ondanks de tips behoefte aan training in het omzetten van ervaringen in kwaliteitscriteria? Neem dan contact op met PGO Support.

- Er zijn verschillende vormen van interactieve achterbanraadpleging. U kunt mensen fysiek bijeen brengen zoals in focusgroepen, maar bijvoorbeeld ook via internet met online webtools. In het kader 'focusgroepen' gaan we dieper in op deze veel gebruikte, effectieve wijze om de achterban te raadplegen.

Focusgroepen

Doel van de focusgroepbijeenkomst is om op basis van ervaringen van patiënten en hun naasten te komen tot gedeelde wensen en eisen ten aanzien van de zorg ('groepsstandpunten'). Naast de gespreksleider is er een notulist die een uitgebreide samenvatting maakt. Idealiter is er ook een 'assistent' of gastheer/gastvrouw aanwezig en wordt in overleg met de deelnemers het gehele gesprek opgenomen.

Zorg bij een focusgroep voor een ervaren gespreksleider. Een focusgroep leiden vergt deskundigheid: de gespreksleider zorgt voor een vertrouwde en veilige bijeenkomst waarin niet wordt geoordeeld, geen consensus hoeft te worden bereikt en waar alle deelnemers gelijkwaardig zijn. Er is een open gesprek waarbij het centrale thema wordt bepaald, maar geen specifieke gespreksonderwerpen. Er is interactie tussen de deelnemers, spreekruimte voor alle deelnemers, tussentijdse samenvattingen en eventuele dieptevragen. De gespreksleider let ook op onderscheid tussen feiten, meningen en emoties, is voldoende betrokken en inhoudelijk op de hoogte maar kan ook afstand houden.

Verder gelden voor focusgroepen de volgende richtlijnen:

- Organiseer bij voorkeur 3 tot 5 bijeenkomsten. Dit blijkt vaak in de praktijk lastig; organiseer er echter minimaal één;
- Voor een bruikbaar interactief gesprek zijn minimaal 6 en maximaal 12 deelnemers nodig. Dit vergroot de kans op evenwichtige inbreng van alle deelnemers;
- Omdat er vaak deelnemers afzeggen – soms op het allerlaatste moment – is het raadzaam om minimaal 8 mensen uit te nodigen;
- Wij raden u aan om zowel patiënten als ook hun naasten uit te nodigen om deel te nemen aan de achterbanraadpleging.

U kunt genodigden die van deelname afzien of afzeggen, vragen of zij wel beschikbaar zijn voor latere raadplegingen, voor het meelezen of beoordelen van op te leveren kwaliteitscriteria of prioritering ervan. Op die manier legt u een groep aan van potentiële betrokkenen die u in toekomst nog eens kunt benaderen.

Soms lukt het niet om voldoende deelnemers te werven, bijvoorbeeld doordat onvoldoende mensen beschikbaar zijn door hun ziekte, beperkte energie, werk, beperkte mobiliteit of doordat het onderwerp te gevoelig is. In zo'n geval kunt u ook kiezen voor een andere vorm van achterbanraadpleging. Voorbeelden zijn:

- een digitale enquête (bijvoorbeeld met de PGO Support Monitor, zie toelichting bij stap 4)
- een online focusgroep (meer informatie via CBO)
- Google Docs (een korte handleiding is beschikbaar op www.programmakwaliteitinzicht.nl).

Zie voor uitgebreide informatie over het organiseren van focusgroepbijeenkomsten de [handleiding voor achterbanraadplegingen](#) van de NPCF. Deze kunt u gratis downloaden in de webwinkel op www.npcf.nl Hierin treft u nog meer tips aan voor het werven van deelnemers. PGO Support kan u desgewenst verwijzen naar personen die ervaring hebben als gespreksleider van focusgroepen.

Stap 3 Longlist opstellen, zo mogelijk met ervaringsdeskundigen

- Als derde stap vult u, met de verzamelde criteria, hoofdstuk 1 in het format (zie bijlage 2). Niet alle fasen en thema's zijn daarbij voor uw achterban van toepassing. De fase 'laatste levensfase en palliatieve zorg' is bijvoorbeeld niet voor iedere aandoening relevant. Dit onderdeel in het format laat u dan leeg.
- Plaats de criteria die u verzameld heeft bij stap 1 en 2 binnen de genoemde fasen en thema's. Dit zijn kwaliteitscriteria vanuit het perspectief van de patiënt. Ook de rol van familie of participatie van cliënten kan hier beschreven worden.
- Nadat u de criteria hebt ingedeeld naar thema en fase, beoordeelt u in samenspraak met ervaringsdeskundigen in uw organisatie en/of uw achterban of de kwaliteitscriteria compleet, aandoeningspecifiek, concreet en actueel zijn. Indien dat nog niet (voldoende) het geval is, kunt u de volgende acties ondernemen:
 - u voert een nieuwe, aanvullende (bij voorkeur interactieve) achterbanraadpleging uit en/of
 - u legt het concept voor aan ervaringsdeskundigen in uw eigen organisatie voor aanvullingen en/of suggesties.

Stap 4 Prioritering longlist door achterbanraadpleging

- Wij raden u aan een prioritering aan te brengen in de kwaliteitscriteria, bij voorkeur door middel van een kwantitatieve achterbanraadpleging (zie kader).
- Prioriteiten kunt u vanuit de patiënt gezien aangeven op twee vlakken:
 - I. Welke kwaliteitscriteria vindt uw achterban het meest belangrijk?
 - II. Welke kwaliteitscriteria ervaart uw achterban als een probleem?

Geef hierbij duidelijk aan om welke prioritering het gaat. Dit is belangrijk voor het inzetten van de kwaliteitscriteria in verschillende trajecten en voor verschillende doelen.

- Om erachter te komen welke kwaliteitscriteria als probleem worden ervaren, kunt u ook gebruik maken van bronnen zoals meldingen van uw achterban, collega's of ervaringsdeskundigen. Let dan wel op dat u knelpunten vanuit patiëntenperspectief beschrijft en dat deze knelpunten actueel zijn.
- Als u de criteria gaat gebruiken, weet u welke criteria u als meest belangrijk naar voren kunt brengen in gesprekken met zorgverleners en/of zorgverzekeraars en kunt u ook aangeven welke criteria vanuit patiëntenperspectief verbeterd kunnen worden.

Monitortool

Een veel gebruikte kwantitatieve achterbanraadpleging is de digitale enquête onder patiënten en naasten. De PGO Support Monitor, Spidox geheten, biedt u de mogelijkheid een dergelijke enquête eenvoudig digitaal uit te zetten.

Desgewenst kan PGO Support u hierbij ondersteunen. Voor meer informatie belt u naar de Projectleider Meldpunt 030 – 297 03 03.

Tip

Het kan nog wel eens lastig zijn om uw achterban via een enquête prioriteiten te laten stellen. Mogelijk kunt u deze vraagstelling (afgeleid van de CQ Index) gebruiken.

I Vraag: Hoe belangrijk vindt u het dat [kwaliteitscriterium x]?

Antwoordcategorieën: niet belangrijk, eigenlijk wel belangrijk, belangrijk, heel erg belangrijk.

II Vraag: Was [kwaliteitscriterium x] een probleem?

Antwoordcategorieën: een groot probleem, een klein probleem, geen probleem.

Stap 5 Toetsing longlist door beroepsgroep op haalbaarheid

- Wij raden u aan een conceptversie van uw kwaliteitscriteria voor te leggen aan de relevante wetenschappelijke beroepsvereniging(en) of landelijke multidisciplinaire werkgroepen. Zijn deze er niet, legt u uw criteria dan voor aan een vooraanstaande zorgverlener. Hiermee toetst u of de kwaliteitscriteria reëel, acceptabel en niet strijdig zijn met de kwaliteitscriteria die de beroepsgroep(en) hanteren. De dialoog met de beroepsvereniging(en) over goede kwaliteit van zorg vanuit patiëntenperspectief kan bovendien bijdragen aan de uiteindelijke acceptatie en implementatie van uw kwaliteitscriteria.

Stap 6 Vaststelling en publicatie

- Zodra de set kwaliteitscriteria naar uw beoordeling compleet, aandoeningspecifiek, concreet en actueel is, afgestemd met de beroepsvereniging(en) en geprioriteerd, accordeert het bestuur of de directie van de patiëntenorganisatie de set.
- U kunt de set aandoeningspecifieke kwaliteitscriteria van uw patiëntenorganisatie publiceren, eventueel in verschillende versies voor verschillende doelgroepen, afhankelijk van het doel. Voor verdere uitleg verwijzen wij naar het laatste hoofdstuk van deze handleiding waarin wordt ingegaan op het gebruik van de set.

II Uw huidige set aandoeningspecifieke kwaliteitscriteria herzien

U kunt de basisset gebruiken voor het toetsen en eventueel herzien van aandoeningspecifieke criteria die uw patiëntenorganisatie al eerder ontwikkelde. Het gebruik van de basisset hierbij heeft als voordeel dat het de uniformiteit, herkenbaarheid en standaardisatie van de inbreng van patiëntenorganisaties vergroot.

Voor toetsing en eventuele herziening gebruikt u hetzelfde stappenplan als voor de ontwikkeling van een aandoeningspecifieke set (zie vorige paragraaf). Omdat uw organisatie al criteria heeft ontwikkeld is het doorgaans minder werk dan het ontwikkelen van een nieuwe set. Het is dan wel van belang op de volgende zaken te letten:

Aandachtspunten bij stap 1 t/m 3 (deskresearch, achterbanraadpleging en longlist)

- Categoriseer uw eerder geformuleerde kwaliteitscriteria door ze te plaatsen in het format en dus te beschrijven onder de thema's en verschillende fasen.
- Inventariseer hoe uw kwaliteitscriteria zich verhouden tot de generieke criteria, welke generieke criteria van toepassing zijn voor uw achterban. Eventueel kunt u uw achterban hierover raadplegen.
- Actualiseer, vul aan (uit recente bronnen) en specificeer/concretiseer (SMART) de kwaliteitscriteria waar nodig. Indien u twijfelt over de actualiteit van het patiëntenperspectief in de bestaande beschrijvingen, raadpleegt u dan (opnieuw) uw achterban hierover.

Aandachtspunt bij stap 4 (prioritering longlist)

- Prioriteer door middel van een kwantitatieve achterbanraadpleging. Mogelijk kunt u kwaliteitscriteria, wanneer deze generiek zijn en niet hoog scoren bij de prioritering, weglaten. Deze criteria blijven uiteraard wel zichtbaar in hoofdstuk 2: generieke kwaliteitscriteria.

Aandachtspunt bij stap 5 (toetsing longlist door beroepsgroep)

- Ook bij herziening van kwaliteitscriteria raden wij u aan de conceptversie voor te leggen aan de relevante beroepsvereniging(en).

GEBRUIK VAN DE AANDOENINGSPECIFIEKE SET KWALITEITSCRITERIA

Uw patiëntenorganisatie heeft nu alle kwaliteitscriteria in het format staan. Het is een openbaar document, een zogenaamde 'longlist' van kwaliteitscriteria. Deze longlist kunt u voor meerdere doeleinden gebruiken. De prioriteiten vanuit patiëntperspectief kunnen aangeven waar mogelijkheden liggen om met deze lijst aan de slag te gaan. Zo kan u aan verschillende partijen aangeven welke criteria patiënten het meest belangrijk vinden en waar de knelpunten volgens patiënten zitten.

Afhankelijk van het gekozen doel kan het overigens soms wenselijk zijn meerdere doelgroepen te specificeren, rekening houdend met de diversiteit van de groep patiënten. Dit kan gelden als de kwaliteitscriteria verschillen per doelgroep, bijvoorbeeld tussen mannen en vrouwen, tussen mensen met verschillende culturele achtergronden, tussen mensen uit de stad en mensen van het platteland.

De set aandoeningspecifieke kwaliteitscriteria als input voor goede kwaliteit van zorg:

- geeft zorgaanbieders input voor patiëntgerichte kwaliteitsverbeteringen;
- geeft zorgverzekeraars input voor het inkopen van zorg van goede kwaliteit;
- geeft de patiëntenorganisatie input voor het regionaal overleg met zorgaanbieder(s) en zorgverzekeraar(s) over goede kwaliteit van zorg;
- geeft de patiëntenorganisatie input voor zorgstandaarden en/of voorlichtingsmateriaal voor patiënten;
- geeft de patiëntenorganisatie input voor keuze-instrumenten ('keurmerk');
- geeft patiëntenvertegenwoordigers input voor hun werkgroepen over richtlijnontwikkeling;
- geeft cliëntenraden van zorginstellingen input voor het overleg met hun zorginstelling.

Publicatie

Wij bevelen het sterk aan om de set aandoeningspecifieke kwaliteitscriteria van uw patiëntenorganisatie te publiceren, om zo kenbaar te maken wat de wensen en eisen zijn van uw achterban. Eventueel kunt u één versie voor patiënten en één versie voor zorgaanbieders en/of zorgverzekeraars maken.

U kunt alle kwaliteitscriteria opnemen (de 'longlist') of - afhankelijk van de doelgroep – juist alleen de prioriteiten aangeven (een zogenaamde 'shortlist' per doelgroep).

Publicatie is in het belang van uw patiënten en/of leden

Met publicatie van de eigen, aandoeningspecifieke, kwaliteitscriteria maakt u actief kenbaar wat de eisen en wensen van patiënten zijn ten aanzien van de kwaliteit van de zorg.

Om de leesbaarheid te bevorderen kunt u de kwaliteitscriteria uit de kwaliteitsmatrix halen en in een prettig leesbare lay-out beschrijven.

BEHEER VAN DE AANDOENINGSPECIFIEKE SET KWALITEITSCRITERIA

Zorg is voortdurend aan verandering onderhevig. Onderhoud van de kwaliteitscriteria is daarom van groot belang. De criteria moeten gebaseerd zijn op de laatste inzichten met betrekking tot goede zorg. Daarbij kan ook het perspectief van de patiënten veranderen als het gaat om wat zij op dat moment als probleem ervaren. Enkele richtlijnen bij het onderhouden van de kwaliteitscriteria:

- Beleg de verantwoordelijkheid voor het actueel houden van de criteria als verantwoordelijkheid vast in één functie. De persoon die deze functie vervult moet voldoende zicht hebben op de ontwikkelingen om voortdurend te kunnen bepalen of deze aanleiding geven tot aanpassing van de criteria;
- Stel het proces en de 'spelregels' voor beheer vast: wie worden betrokken, wat zijn de verantwoordelijkheden en bevoegdheden per betrokkene, wat zijn doorlooptijden, hoe vindt verspreiding en archivering plaats, hoe vaak moet herziening minimaal plaatsvinden (met andere woorden; wat is de maximale 'houdbaarheid' van een criteriumset?);
- Versiebeheer: voorzie versies van een uniek versienummer en datum zodat versies van elkaar te onderscheiden zijn;
- Breng relevante stakeholders op de hoogte wanneer er een nieuwe versie beschikbaar is.

BIJLAGE 1: WEERGEVEN VAN AANDOENINGSPECIFIEKE KWALITEITSCRITERIA

Gebruik van het format

Het ontwikkelen van aandoeningspecifieke kwaliteitscriteria volgens de KIZ methode met behulp van het format:

- Het format is onderverdeeld in 2 hoofdstukken. In hoofdstuk 1 staan de kwaliteitscriteria benoemd die specifiek voor uw achterban gelden. Dit zijn criteria die belangrijk zijn voor uw achterban of knelpunten in de huidige zorg betreffen. Hier wordt ook duidelijk welke criteria uw achterban als prioriteit heeft aangegeven. In hoofdstuk 2 staan de generieke criteria. Deze criteria zijn voor alle chronische patiënten geldend, maar zijn geen uitputtende lijst.
- Er is een aantal redenen om aandoeningspecifieke kwaliteitscriteria op te nemen in hoofdstuk 1: aandoeningspecifieke kwaliteitscriteria:
 - Generieke criteria waarvan uw achterban door de prioritering heeft aangegeven dat deze belangrijk zijn en/of ze worden door uw achterban als (groot) probleem ervaren.
 - Criteria die niet voorkomen in de generieke lijst maar wel specifiek van belang zijn voor uw achterban.
 - Criteria die een specificering betreffen van een generiek criterium en waarvan uw achterban heeft aangegeven deze belangrijk te vinden en/of als een (groot) probleem te ervaren.
- Het betreft het patiëntenperspectief op de zorg. Dat wil zeggen dat de criteria vanuit de patiënt gezien worden over wat zij eisen en verwachten van zorgverleners en zorgaanbieders.
- De kwaliteitscriteria worden actief beschreven, dat wil zeggen dat ‘worden’ er zoveel mogelijk wordt uitgehaald, bijvoorbeeld: niet ‘er wordt voorgeschreven..’, maar ‘de zorgverlener schrijft voor ...’
- In de generieke kwaliteitscriteria worden geen middelen en voorbeelden beschreven, wel doelen. Middelen kunnen wel als voorbeeld genoemd worden binnen het aandoeningspecifieke deel. Bijvoorbeeld een bepaalde richtlijn kunt u dan ook benoemen als criterium.
- De generieke kwaliteitscriteria bevatten kwaliteitscriteria die gelden voor alle patiënten. Wanneer deze niet meer voorkomen in hoofdstuk 1, wil dat zeggen dat het op dat moment niet als probleem wordt ervaren en niet belangrijk wordt gevonden door uw achterban.
- De criteria worden onderverdeeld in fasen en thema’s. Er kunnen kwaliteitscriteria zijn die voor meer fasen geldend zijn. U kunt er dan voor kiezen om deze criteria te herhalen of in de fase te plaatsen waar de patiënt in het zorgproces dit het meest als probleem ervaart of het meest belangrijk vindt. Laat wel duidelijk in het document blijken waarom u voor een bepaalde indeling heeft gekozen.
- De bronnen die u gebruikt heeft tijdens het ontwikkelen van de aandoeningspecifieke kwaliteitscriteria neemt u op in de bijlage. U gebruikt geen voetnoten, hiermee voorkomt u dat het een onoverzichtelijk document wordt. Zorg ervoor dat hieruit duidelijk wordt welke bronnen u heeft geraadpleegd en hoe u de achterbanraadplegingen vorm heeft gegeven.

Te denken valt aan

Hieronder vindt u een aantal onderwerpen die niet in de generieke criteria voorkomen omdat ze niet voor alle mensen met een chronische aandoening in de zorg geldend zijn, maar die voor specifieke doelgroepen wel zeer belangrijk kunnen zijn. Dit lijstje kan u mogelijk helpen om dit bij uw eigen achterban na te gaan.

- Complementaire behandeling
- Vruchtbaarheid
- Reanimeren, levenseinde en palliatieve zorg
- Second opinion
- Nacontroles bij operaties
- Nacontroles bij progressieve ziekten
- Pijn en medicatie
- Bij en nascholing voor zorgverleners
- Gespecialiseerde verpleegkundigen
- Periodiek overleg met zorgverleners onderling (zoals een inter- of multidisciplinair overleg)
- Trials/wetenschappelijk onderzoek
- Erfelijkheid

©NPCF, 2011. Het is toegestaan de tekst op papier of in digitale vorm te vermenigvuldigen, te verspreiden en/of op andere wijze openbaar te maken, mits de tekst volledig en ongewijzigd wordt overgenomen en voorzien is van bronvermelding.

Deze uitgave is ontwikkeld binnen het programma Kwaliteit in Zicht, dat mogelijk is gemaakt door het Ministerie van VWS, unit Fonds PGO.

BIJLAGE 2: FORMAT VOOR EEN SET AANDOENING-SPECIFIEKE CRITERIA

Kwaliteitscriteria zorg voor mensen met [doelgroep]

Geformuleerd vanuit patiëntenperspectief

INHOUD

INHOUD	[]
INLEIDING	[]
<i>Gebruik van de set kwaliteitscriteria vanuit patiëntperspectief</i>	[]
<i>Leeswijzer</i>	[]
<i>De kwaliteitsmatrix Kwaliteit in Zicht</i>	[]
HOOFDSTUK 1 – AANDOENINGSPECIFIEKE KWALITEITSCRITERIA	[]
<i>Fase 1</i>	[]
<i>Fase 2</i>	[]
<i>Fase 3</i>	[]
<i>Fase 4</i>	[]
<i>Fase 5</i>	[]
HOOFDSTUK 2 – GENERIEKE KWALITEITSCRITERIA	[]
<i>Terminologie</i>	[]
<i>Verklarende woordenlijst</i>	[]
<i>Colofon</i>	[]

INLEIDING

[Hier kunt u een stuk opnemen over uw doelgroep en de relatie met zorg. Daarnaast kunt u kort ingaan op wat het doel van de zorg bij deze doelgroep is]

Wensen en eisen die patiënten hebben ten aanzien van deze zorg, zijn in deze set kwaliteitscriteria beschreven. De kwaliteitscriteria zijn aanvullend op al bestaande richtlijnen en behandelprogramma's in de zorg. Uitgangspunt bij het opstellen van deze kwaliteitscriteria is een zo hoog mogelijke kwaliteit van leven en met dit product aan een zo hoog mogelijke kwaliteit van zorg.

[Voor KIZ partners] Deze kwaliteitscriteria voor [doelgroep] zijn opgesteld door de [patiëntenorganisatie] binnen het programma Kwaliteit in Zicht. Voor meer informatie over en producten van dit kwaliteitsprogramma, een samenwerkingsverband tussen 8 patiëntenorganisaties, zie www.programmakwaliteitinzicht.nl. Voor meer informatie over of toelichting op deze set kwaliteitscriteria [aandoening] kunt u contact opnemen met [patiëntenorganisatie].

Gebruik van de set kwaliteitscriteria vanuit patiëntperspectief

Deze kwaliteitscriteria kunnen ingezet worden voor meerdere doeleinden, zoals:

- input aan zorgaanbieders voor patiëntgerichte kwaliteitsverbeteringen;
- input aan zorginkopers voor het inkopen van zorg van goede kwaliteit;
- input voor regionaal overleg met zorgaanbieders, patiëntenorganisaties en zorgverzekeraars over goede kwaliteit van zorg;
- input bij de ontwikkeling van een zorgstandaard, richtlijn, keurmerk of patiënteninformatie.

Leeswijzer

Er zijn generieke kwaliteitscriteria voor de chronische patiënt in de zorg ontwikkeld. Dit zijn wensen en eisen die voor alle chronische patiënten gelden. De generieke criteria gelden logischerwijs ook voor [doelgroep] en worden daarom ook genoemd in dit document.

De kwaliteitscriteria specifiek geldend voor [doelgroep], zijn aandoeningspecifiek. Deze criteria kunnen:

- aanvullend zijn op de generieke criteria;
- een specifieke invulling van een generiek criterium betreffen;
- generieke criteria betreffen die door deze doelgroep als extra belangrijk zijn benoemd of volgens de doelgroep als probleem worden ervaren.

Door deze laatst genoemde mogelijkheid, kan het voorkomen dat criteria dubbel benoemd worden. Het kan zowel een generiek als aandoeningspecifiek criterium zijn, wanneer patiënten dit aangeven als extra belangrijk voor hun specifieke aandoening of wanneer dit als probleem wordt ervaren.

In hoofdstuk 1 worden de specifieke criteria voor [doelgroep] weergegeven, in hoofdstuk 2 worden de generieke criteria benoemd.

De criteria worden volgens de 'matrix', te zien op de volgende pagina, onderverdeeld in 10 thema's en 5 fasen. Toelichting op deze indeling en thema's vindt u in de Basisset Kwaliteitscriteria.

In de bijlagen vindt u een verklarende woordenlijst en worden de gebruikte bronnen vermeld.

Dit is een dynamisch document, dat periodiek aangepast kan worden.

De kwaliteitsmatrix Kwaliteit in Zicht

Fasen van het ziekteproces of zorgcontinuüm voor patiënten met een chronische aandoening

		1	2	3	4	5
	Thema's	Vroege onderkenning & preventie	Diagnostiek	Individueel zorgplan en behandeling	Begeleiding, revalidatie, re-integratie, participatie en relapspreventie	Laatste levensfase en palliatieve zorg
1	Regie over de zorg					
2	Effectieve zorg					
3	Toegankelijke zorg					
4	Continuïteit van zorg					
5	Informatie, voorlichting en educatie					
6	Emotionele ondersteuning, empathie en respect					
7	Patiëntgerichte omgeving					
8	Veilige zorg					
9	Kwaliteit van zorg transparant					
10	Kosten transparant					

HOOFDSTUK 1 – AANDOENINGSPECIFIEKE KWALITEITS-CRITERIA

In dit hoofdstuk worden aandoeningsspecifieke kwaliteitscriteria genoemd, dat wil zeggen dat dit wensen en eisen zijn die gelden voor [doelgroep] in de zorg. Hoe zich dit verhoudt tot de generieke criteria, kunt u lezen in de leeswijzer.

Binnen deze kwaliteitscriteria zijn een aantal prioriteiten aangegeven door de achterban zelf:

Wat vinden patiënten belangrijk in de zorg?

1.

2.

Enz.

Wat geven patiënten aan als een probleem in de zorg?

1.

2.

Enz.

Fase 1 – Vroege onderkenning en preventie

1. **Regie over de zorg**
2. **Effectieve zorg**
3. **Toegankelijke zorg**
4. **Continuïteit van zorg**
5. **Informatie, voorlichting en educatie**
6. **Emotionele ondersteuning, empathie en respect**
7. **Patiëntgerichte omgeving**
8. **Veilige zorg**
9. **Kwaliteit van zorg transparant**
10. **Kosten transparant**

Fase 2 – Diagnostiek

- 1. Regie over de zorg**
- 2. Effectieve zorg**
- 3. Toegankelijke zorg**
- 4. Continuïteit van zorg**
- 5. Informatie, voorlichting en educatie**
- 6. Emotionele ondersteuning, empathie en respect**
- 7. Patiëntgerichte omgeving**
- 8. Veilige zorg**
- 9. Kwaliteit van zorg transparant**
- 10. Kosten transparant**

Fase 3 – Individueel zorgplan en behandeling

- 1. Regie over de zorg**
- 2. Effectieve zorg**
- 3. Toegankelijke zorg**
- 4. Continuïteit van zorg**
- 5. Informatie, voorlichting en educatie**
- 6. Emotionele ondersteuning, empathie en respect**
- 7. Patiëntgerichte omgeving**
- 8. Veilige zorg**
- 9. Kwaliteit van zorg transparant**
- 10. Kosten transparant**

Fase 4 - Begeleiding, revalidatie, re-integratie, participatie en relapspreventie

- 1. Regie over de zorg**
- 2. Effectieve zorg**
- 3. Toegankelijke zorg**
- 4. Continuïteit van zorg**
- 5. Informatie, voorlichting en educatie**
- 6. Emotionele ondersteuning, empathie en respect**
- 7. Patiëntgerichte omgeving**
- 8. Veilige zorg**
- 9. Kwaliteit van zorg transparant**
- 10. Kosten transparant**

Fase 5 - Laatste levensfase en palliatieve zorg

- 1. Regie over de zorg**
- 2. Effectieve zorg**
- 3. Toegankelijke zorg**
- 4. Continuïteit van zorg**
- 5. Informatie, voorlichting en educatie**
- 6. Emotionele ondersteuning, empathie en respect**
- 7. Patiëntgerichte omgeving**
- 8. Veilige zorg**
- 9. Kwaliteit van zorg transparant**
- 10. Kosten transparant**

HOOFDSTUK 2 – GENERIEKE KWALITEITSCRITERIA

In dit hoofdstuk worden generieke kwaliteitscriteria genoemd, dat wil zeggen dat dit wensen en eisen die gelden voor alle chronische patiënten in de zorg. Hoe zich dit verhoudt tot de aandoeningsspecifieke criteria, kunt u lezen in de leeswijzer.

Generieke kwaliteitscriteria voor de chronische patiënt

De hierna genoemde generieke kwaliteitscriteria zijn geldend voor iedere chronische patiënt en geformuleerd vanuit het perspectief van patiënten en naasten.

Uitgangspunt bij deze criteria is, dat alle zorgverleners werken binnen het kader van de geldende wet- en regelgeving in de zorg en conform de geldende richtlijnen en protocollen. Ook gaan we uit van de verantwoordelijkheden en plichten die een patiënt heeft in de zorg, zoals die wettelijk beschreven zijn in de WBGGO.

De kwaliteitscriteria beschrijven de wensen, eisen en verwachtingen die patiënten ten aanzien van de gezondheidszorg hebben. Daarom worden bij het opstellen ervan partijen buiten de directe gezondheidszorg, zoals gemeenten en zorgverzekeraars, buiten beschouwing gelaten.

De hieronder genoemde lijst met generieke kwaliteitscriteria is onderverdeeld per thema. Allereerst noemen we echter de thema overstijgende kwaliteitscriteria.

Thema overstijgende kwaliteitscriteria

- De zorgverlener stelt de kwaliteit van leven van de individuele patiënt centraal in de zorg.
- De zorgverlener verleent patiëntgerichte zorg die is afgestemd op de voorkeuren, mogelijkheden en behoeften van de individuele patiënt.
- De zorgverlener verleent zorg volgens de laatste richtlijnen, (zorg)standaarden, protocollen, procedures en (regionale) samenwerkingsafspraken. Wanneer hij hiervan afwijkt, bespreekt hij dit vooraf met een collega en andere betrokken zorgverleners, motiveert hij het afwijken aan de patiënt en legt hij dit vast in het medisch dossier.
- De zorgverlener is op de hoogte van eventuele andere aandoeningen van de patiënt en stelt de totale ziektelast van de patiënt vast.
- De zorgverlener waarborgt de privacy van de patiënt.
- De zorgverlener legt alle afspraken met de patiënt vast.
- De zorgverlener betreft, in overleg met de patiënt zelf, naasten van de patiënt bij de zorg in alle fasen.
- De patiënt heeft vrije keuze van zorgaanbieder en zorgverlener.
- De zorgverlener stelt in samenspraak met de patiënt de behandeldoelen vast en bespreekt de verwachtingen van patiënt en zorgverleners hierbij. Zij overleggen en werken samen om de afgesproken behandeldoelen te bereiken.
- De zorgaanbieder betreft patiënten(organisaties) bij het inrichten en verbeteren van de zorg.

1. Regie over de zorg

De patiënt maakt indien mogelijk en gewenst zelf keuzes t.a.v. behandeling en zorg. De zorgverlener geeft hem hierbij de ruimte om zoveel mogelijk eigen regie te voeren.

- De zorgverlener brengt de patiënt op de hoogte van de verschillende mogelijkheden van behandeling en/of begeleiding (inclusief niet behandelen en/of begeleiden).
- De zorgverlener geeft de patiënt alle informatie die deze nodig heeft om zelf weloverwogen keuzes over de zorg te kunnen maken.
- De zorgverlener heeft een coachende rol bij het maken van keuzes door de patiënt.
- De zorgverlener stimuleert proactief het voeren van de eigen regie door de patiënt.
- De zorgverlener maakt samen met de patiënt afspraken over de rol die de patiënt heeft binnen de behandeling of begeleiding.

2. Effectieve zorg

De patiënt krijgt de meest effectieve behandeling(en) en begeleiding aangeboden.

- De zorgverlener verleent zorg volgens de laatste stand van wetenschap en praktijk.
- De zorgverlener zorgt dat de informatie in het medisch dossier juist, actueel en volledig is.
- De zorgverlener verheldert de zorgvraag.
- De zorgverlener legt eventuele comorbiditeit en/of multimorbiditeit vast in het medisch dossier. Hij stemt de behandeling en begeleiding van deze verschillende aandoeningen op elkaar af.
- De zorgverlener is deskundig en ervaren op het gebied van het behandelen en begeleiden van de betreffende patiëntengroep.
- De zorgverlener verwijst door in gevallen waarin hij de benodigde kennis en ervaring mist.
- Zorgverlener en patiënt evalueren periodiek of de behandeling of begeleiding van de patiënt effectief is en of er belemmeringen zijn om de afgesproken doelen te bereiken. Zo mogelijk heffen zij belemmeringen op en stellen zij de doelen bij.

3. Toegankelijke zorg

De zorg is voor de patiënt tijdig beschikbaar, goed bereikbaar, goed betaalbaar en goed toegankelijk.

- De Treeknormen zijn van toepassing, tenzij er afwijkende normen voor wacht- en/of toegangstijden zijn vastgelegd.
- De zorglocatie is goed bereikbaar met auto en openbaar vervoer.
- De zorglocatie is fysiek goed toegankelijk.
- De zorgverlener stemt dag en tijdstip van afspraken af met de patiënt.
- De wachttijd in de wachtkamer van de zorgverlener is acceptabel.
- De patiënt heeft een goed bereikbaar aanspreekpunt voor zijn behandeling en/of begeleiding.
- De patiënt weet waar hij, 24 uur per dag, 7 dagen per week, terecht kan in acute situaties.
- De zorgverlener informeert de patiënt over problemen met de bekostiging van medicijnen of andere behandelingen die onderdeel zijn van de behandeling en begeleiding van de patiënt en zoekt, voor zover mogelijk, naar alternatieven.

4. Continuïteit van zorg

De patiënt weet wie verantwoordelijk is voor zijn zorg. De patiënt ervaart naadloze overgangen tussen zorginstellingen, tussen afdelingen en tussen zorgverleners.

- De betrokken zorgverleners stemmen de behandeling en begeleiding met elkaar af.
- Per patiënt is de verantwoordelijkheidsverdeling over zijn zorg vastgelegd. De patiënt weet wie zijn hoofdbehandelaar, zijn aanspreekpunt en zijn zorgcoördinator is.
- De hoofdbehandelaar en de zorgcoördinator zijn op de hoogte van de zorg gegeven door alle betrokken zorgverleners.

5. Informatie, voorlichting en educatie

De patiënt ervaart begrijpelijke en op zijn of haar voorkeuren en mogelijkheden afgestemde informatie, voorlichting en educatie.

- De zorgverlener biedt informatie passend bij de informatiebehoefte van de patiënt.
- De zorgverlener biedt informatie via de meest voor de patiënt geschikte informatiekanalen (mondeling, schriftelijk, digitaal) aan.
- De zorgverlener toetst regelmatig of de patiënt de informatie heeft ontvangen en begrepen of dat nadere toelichting nodig is.
- De verschillende zorgverleners geven eenduidige informatie aan de patiënt.
- De zorgverlener bespreekt met de patiënt (en, in overleg met de patiënt, zijn naasten):
 - o De aandoening
 - o Alle behandel- en begeleidingsmogelijkheden, binnen en buiten eigen instelling
 - o Per behandel- en begeleidingsmogelijkheid:
 - Effectiviteit / verwacht resultaat op korte en lange termijn
 - Mogelijke complicaties en bijwerkingen
 - Voor- en nadelen van de behandeling, consequenties van het niet volgen hiervan
 - o Zorgproces (welke zorgverlener doet wat en wanneer?)
 - o Rol en verantwoordelijkheid van de patiënt
 - o Gezonde leefstijl
 - o Meerwaarde van patiëntenorganisaties en uitwisseling van ervaringen met medepatiënten.
 - o Het effect van de aandoening op het leven van de patiënt (leren omgaan met de aandoening)
 - o Waar men terecht kan met meldingen van incidenten, klachten en/of claims en de verschillende mogelijke klachtwegen.

6. Emotionele ondersteuning, empathie en respect

De patiënt voelt zich gehoord en begrepen en krijgt ondersteuning op psychosociaal vlak waar nodig.

- De zorgverlener peilt de behoefte aan psychosociale hulp, biedt zo nodig ondersteuning of verwijst door.
- De zorgverlener neemt voldoende tijd, luistert aandachtig, neemt de patiënt serieus, geeft begrijpelijke uitleg en wekt vertrouwen.

7. Patiëntgerichte omgeving

De patiënt ervaart een geschikte en prettige (behandel)omgeving.

- De inrichting van de ruimtes en de faciliteiten van zorglocaties sluiten aan bij de behoeften en mogelijkheden van de patiënt.

8. Veilige zorg

De patiënt ervaart een veilige (behandel-)omgeving.

- De zorgverlener registreert en analyseert meldingen van incidenten en complicaties, meldingen van patiënten, klachten en claims, bespreekt deze met alle betrokkenen en gebruikt deze uitkomsten om verbeteringen in de zorg te bewerkstelligen.
- De zorgverlener nodigt de patiënt uit om mee te werken aan de veiligheid van zijn eigen behandeling.
- De zorgverlener neemt signalen van de patiënt serieus die kunnen leiden tot mogelijk onveilige situaties.
- De zorgverlener en de patiënt weten welke medicijnen de patiënt gebruikt op basis van een beschikbaar actueel medicatieoverzicht.
- De zorgverlener vraagt aan de patiënt naar de zelfzorgmiddelen die hij gebruikt en recente wijzigingen van het medicatiegebruik.
- De zorgverlener is alert op bijwerkingen van medicijnen en de beïnvloeding van verschillende medicijnen op elkaar.

9. Kwaliteit van zorg transparant

Patiënten en hun naasten hebben inzicht in de (organisatie van de) zorgaanbieder en de uitkomsten van de zorg (resultaten) van de zorgaanbieder.

- De zorgaanbieder maakt informatie over de zorgverleners inzichtelijk voor de patiënt. Dit betreft opleiding, ervaring/deskundigheid en eventuele specialisaties.
- De zorgaanbieder maakt informatie over zijn organisatie inzichtelijk voor de patiënt. Dit betreft beschikbare voorzieningen, apparatuur en werkwijze/logistiek.
- De zorgaanbieder werkt mee aan het meten van de kwaliteit van zorg en het op een begrijpelijke manier inzichtelijk maken van deze informatie voor de patiënt.

10. Kosten transparant

Patiënten en hun naasten hebben inzicht in de kosten van behandelingen/zorg en de vergoedingen hiervan.

- De zorgverlener maakt de kosten van de behandeling en begeleiding inzichtelijk voor de patiënt.
- De zorgverlener maakt inzichtelijk voor de patiënt welke kosten van behandeling en begeleiding worden vergoed en welke de patiënt geheel of gedeeltelijk zelf moet betalen.

BIJLAGE 1 – TERMINOLOGIE EN VERKLARENDE WOORDENLIJST

Terminologie

- In dit document wordt de 'hij-vorm' gebruikt. Wanneer er 'hij' of 'hem' staat in de tekst kan daar ook 'zij' of 'haar' gelezen worden.
- [aanvullen eigen terminologie]

Verklarende woordenlijst

- **Aanspreekpunt.** Hieronder verstaan de patiëntenorganisaties de zorgverlener die op de hoogte is van het dossier van de patiënt en bereikbaar is voor vragen van patiënten of naasten. Zie voor nadere toelichting de Handreiking Verantwoordelijkheidsverdeling bij samenwerking in de zorg op knmg.artsennet.nl
- **Comorbiditeit.** Er zijn tegelijkertijd meer stoornissen en aandoeningen aanwezig, zowel geestelijke als lichamelijke, zonder een causaal verband tussen die aandoeningen, maar gerelateerd aan een (chronische) ziekte, bijvoorbeeld depressie bij dementie.
- **Hoofdbehandelaar.** De zorgverlener die inhoudelijk eindverantwoordelijk is voor de gehele zorg aan de individuele patiënt. Zie voor nadere toelichting op de 'inhoudelijk eindverantwoordelijke zorgverlener' de Handreiking Verantwoordelijkheidsverdeling bij samenwerking in de zorg op knmg.artsennet.nl
- **Multimorbiditeit.** Het tegelijk optreden van meerdere aandoeningen, bron: RIVM.
- **Naasten.** Mensen uit de omgeving van de patiënt (familieleden, partner etc.). Vaak zijn belangrijke naasten in meer of mindere mate betrokken bij de (organisatie van de) zorg aan de patiënt.
- **Patiënten.** Mensen met een ziekte of aandoening. Bij wilsonbekwame patiënten wordt hieronder ook verstaan de 'naasten' van de patiënt.
- **Patiëntenperspectief.** Het perspectief van mensen met een ziekte of aandoening. Bij wilsonbekwame patiënten gaat het ook om het perspectief van de naasten.
- **Relapspreventie.** Terugvalpreventie.
- **Treeknorm.** Een norm waarin is bepaald hoe lang mensen maximaal mogen wachten voor een behandeling. Er is door diverse partijen overeenstemming bereikt over streefnormen en maximale wachttijden voor niet-acute zorg. De normen zijn als volgt gedefinieerd:
 - Toegangstijd huisarts: 80% binnen 2 werkdagen, maximaal 3 werkdagen
 - Toegangstijd apotheek: 100% binnen 1 werkdag
 - Toegangstijd paramedische zorg: 100% binnen 1 week
 - Toegangstijd ziekenhuiszorg: 80% binnen 3 weken, maximaal 4 weken
 - Wachttijd diagnostiek/indicatiestelling: 80% binnen 3 weken, maximaal 4 weken
 - Wachttijd poliklinische behandeling: 80% binnen 3 weken, maximaal 4 weken

- Wachttijd klinische behandeling: 80% binnen 5 weken, maximaal 7 weken
Noot: de kwaliteitscriteria vanuit patiëntenperspectief kunnen anders zijn dan deze Treeknormen! Meer informatie op www.treeknorm.nl

- **WGBO.** Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst. In deze wet staan rechten en plichten waar de zorgverlener en de patiënt zich aan dienen te houden.
- **Zorgcoördinator:** de zorgverlener die het overzicht heeft van de situatie van de betreffende patiënt en de vereiste zorg en die zo nodig kan interveniëren (door zelf in actie te komen of door andere zorgverleners te verzoeken actie te ondernemen). Zie voor nadere toelichting de Handreiking Verantwoordelijkheidsverdeling bij samenwerking in de zorg. Deze staat als pdf op knmg.artsennet.nl.
- **Zorgplan.** Beschrijving van de behandeling met alle rollen en verantwoordelijkheden van de zorgverleners en patiënt. Het is zodanig opgesteld dat een patiënt het zorgplan begrijpt en onderschrijft. In een zorgplan worden schriftelijk vastgelegd: de gestelde doelen, de verwachte tijdsduur, de te verrichten taken, het tijdstip van zorgverlening, de omvang van de te verlenen hulp, de in te zetten deskundigheid, het tijdstip van de evaluatie, de betrokken zorgverleners en afspraken. Het zorgplan wordt ter goedkeuring door de patiënt/cliënt ondertekend.
In plaats van zorgplan wordt ook gesproken over zorgleefplan, behandelplan of begeleidingsplan. Bron: Vilans. Meer informatie: www.zorgleefplanwijzer.nl.
- **Zorgstandaard:** Een beschrijving van de noodzakelijke onderdelen van multidisciplinaire zorg voor mensen met een bepaalde chronische ziekte, gezien vanuit de patiënt. Een zorgstandaard beperkt zich tot het hele zorgcontinuüm, zelfmanagement door de patiënt en op de organisatie van het zorgproces (de ketenorganisatie) en de bijbehorende prestatie-indicatoren. Waar een zorgstandaard in meer algemene termen is gesteld, beschrijft een klinische richtlijn in detail de inhoud van de zorg. Een zorgstandaard en de daarbij behorende klinische richtlijn(en) vormen een integrale eenheid. Een zorgstandaard is de basis van de programmatische behandeling van chronisch zieken.
- **Zorgverleners.** Alle disciplines die zorg verlenen aan patiënten en/of patiënten behandelen. U kunt daarbij denken aan artsen, verpleegkundigen, fysiotherapeuten, psychologen, ergotherapeuten, logopedisten, etc.

BIJLAGE 2 - BRONNEN

- Eerder ontwikkelde Basisset Kwaliteitscriteria van de samenwerkende patiëntenorganisaties (2009).
- Eerder ontwikkelde sets aandoenings specifieke kwaliteitscriteria van de diverse patiëntenorganisaties (gebaseerd op onderzoeken naar het patiëntenperspectief).
- Aandoenings specifieke kwaliteitscriteria ontwikkeld binnen KIZ: artrose (2010), VHL (2011), spierziekten in revalidatie (2010).
- Kwaliteitscriteria van de NPCF:
 - o Algemene kwaliteitscriteria (2006)
 - o Patiënt aan zet! Een handreiking voor de patiënt (2006)
 - o Ons ziekenhuis? Patiëntgericht! (2008)
 - o Eerstelijnszorg voorop! (2007)
- Kwaliteitscriteria Picker Institute.
- Zorgstandaarden in model. Rapport over het model voor zorgstandaarden bij chronische ziekten. Coördinatieplatform Zorgstandaarden (ZonMw programma Diseasemanagement chronische ziekten). Februari 2010. Als PDF te downloaden op www.zonmw.nl.
- NTA norm Veiligheidsmanagementsysteem (revisie NTA 8009, 2011).
- Gedragscode openheid Medische aansprakelijkheid, GOMA (2010).
- RIVM, Nationaal Kompas Volksgezondheid, zie www.nationaalkompas.nl.
Samenvatting van belangrijkste kwaliteitscriteria vanuit patiëntenperspectief (internationaal), door Centrum Klantervaring Zorg (CKZ). Uit: 'Zicht op kwaliteit. Transparantie in de zorg vanuit patiëntenperspectief', Oratie van Diana Delnoij, hoogleraar *Transparantie in de zorg vanuit patiëntenperspectief* aan de Universiteit van Tilburg en directeur CKZ. Als PDF te downloaden op www.npcf.nl.
- www.deeljezorg.nl; website van de 13 provinciale Zorgbelangorganisaties met verhalen, ervaringen, oproepen en tips van patiënten.
- www.consumentendezorg.nl; website van de NPCF met informatie over zorg en patiëntenrechten, meldacties, adressen van zorgaanbieders etc.
- Handreiking verantwoordelijkheidsverdeling bij samenwerking in de zorg. Door KNMG, V&VN, KNOV, KNFG, KNMP, NIP, NVZ, NFU, GGZ Nederland en NPCF (2010).
- Richtlijn overdracht van medicatiegegevens in de keten. Aangesloten partijen: Actiz, FNT, GGZ, IGZ, KNMG, KNMP, LEVV, LHV, NFU, NHG, NMT, NICTIZ, NPCF, NVZ, NVZA, Orde, V&VN, VGN, Verenso, VWS en ZN (april 2008).
- [aanvullen eigen bronnen]

Colofon

Deze set "Kwaliteitscriteria zorg voor mensen met [doelgroep], geformuleerd vanuit patiëntenperspectief" is opgesteld door [patiëntenorganisatie]. Deze uitgave is ontwikkeld binnen het programma Kwaliteit in Zicht, dat mogelijk gemaakt is door het Fonds PGO van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

Meer informatie vindt u op www.programmakwaliteitinzicht.nl en op [website patiëntenorganisatie].