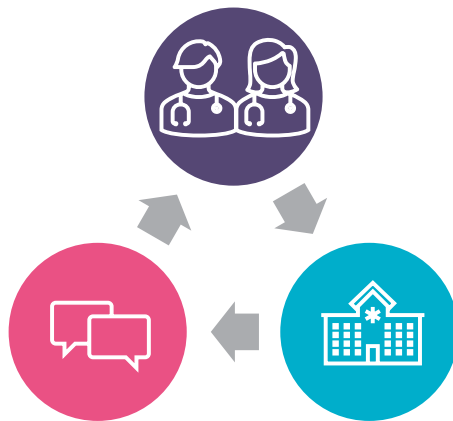


Een uitkomstgerichte kwaliteitscyclus

Deel 1. Analyse van de kwaliteitscyclus



INITIATIEF

Kennisinstituut van de Federatie Medisch Specialisten

IN SAMENWERKING MET

Nederlandse Internisten Vereniging (NIV), Nederlandse Orthopaedische Vereniging (NOV) en Nederlandse Vereniging voor Heelkunde (NVvH)

FINANCIERING

De ontwikkeling van dit product werd gefinancierd door ZonMw - Addendum Overkoepelend deel Kennisinstituut – projectnummer 08590092110004 als onderdeel van het programma Verduurzamen Uitkomstgerichte Zorg.

Colofon

© 2024

Kennisinstituut van de Federatie Medisch Specialisten

Mercatorlaan 1200

Postbus 3320

3502GH Utrecht

Tel: (088) 505 34 44

E-mail: secretariaat@kennisinstituut.nl

Website: www.kennisinstituut.nl

Alle rechten voorbehouden.

De tekst uit deze publicatie mag worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch door fotokopieën of enige andere manier, echter uitsluitend na voorafgaande toestemming van de uitgever. Toestemming voor gebruik van tekst(gedeelten) kunt u schriftelijk of per e-mail en uitsluitend bij de uitgever aanvragen. Adres en e-mailadres: zie boven.

Inhoudsopgave

| | |
|---|----|
| 1. Projectorganisatie | 4 |
| 2. Inleiding | 5 |
| 3. Model van de kwaliteitscyclus op drie niveaus | 6 |
| 3.1 Relatie tussen uitkomst- en procesgegevens op verschillende niveaus | 7 |
| 3.1 Macroniveau: de wetenschappelijke vereniging..... | 8 |
| 3.2 Mesoniveau: ziekenhuis(netwerk) | 9 |
| 3.3 Microniveau: in de spreekkamer..... | 10 |
| 3.4 Rol wetenschappelijke vereniging in relatie tot de andere niveaus | 11 |
| 4. Analyse van de eigen kwaliteitscyclus..... | 13 |
| 4.1 Stap 1 Inventariseren kwaliteitsinstrumenten..... | 13 |
| 4.2 Stap 2 Beschrijven kwaliteitscyclus..... | 15 |
| 4.3 Stap 3 Analyseren knelpunten en ontbrekende schakels | 18 |
| 4.4 Stap 4 Activeren | 19 |
| Bijlage 1. Begrippen en afkortingen | 21 |

1. Projectorganisatie

Stuurgroep

- Selma Tromp, bestuurslid van de Federatie Medisch Specialisten met portefeuille kwaliteit, neuroloog, NVN
- Willem Jan Bos, voorzitter projectgroep NIV en het Linnean initiatief, internist-nefroloog, NIV
- Michel Wouters, voorzitter projectgroep NVvH en hoofd wetenschappelijk bureau DICA, chirurg, NVvH
- Jacob Caron, voorzitter projectgroep NOV, vice voorzitter bestuur NOV en lid commissie kwaliteit, orthopedisch chirurg, NOV
- Linda Daniels, manager medisch-specialistische zorg bij Patiëntenfederatie
- Jacqueline Klein Gunnewiek, senior adviseur kwaliteit bij Zorgverzekeraars Nederland (tot april 2023)

Klankbordgroep

- Commissie Richtlijnen Federatie Medisch Specialisten
- Commissie Kwaliteitsvisitatie Federatie Medisch Specialisten
- Commissie Zorgevaluatie Federatie Medisch Specialisten: Raphael Hemler, Anneke Kwee
- Samenwerkende Kwaliteitsregistraties: Dennis van Veghel
- Patiëntenfederatie

Projectteam

- Teus van Barneveld, directeur, Kennisinstituut van de Federatie Medisch Specialisten
- Margreet Pols, adjunctdirecteur, Kennisinstituut van de Federatie Medisch Specialisten
- Evelyn van Lochem, projectleider en senior adviseur, Kennisinstituut van de Federatie Medisch Specialisten (tot maart 2023)
- Matthijs Ruiter, projectleider en adviseur, Kennisinstituut van de Federatie Medisch Specialisten (vanaf maart 2023)
- Joppe Tra, senior adviseur, Kennisinstituut van de Federatie Medisch Specialisten
- Kirsten Top-Smits, adviseur, Kennisinstituut van de Federatie Medisch Specialisten (tot februari 2023)
- Nynke Kampstra, adviseur, Kennisinstituut van de Federatie Medisch Specialisten (vanaf april 2023)

Met ondersteuning van:

- Sarah van Duijn, adviseur, Kennisinstituut van de Federatie Medisch Specialisten
- Nadine Zielonke, adviseur, Kennisinstituut van de Federatie Medisch Specialisten

Met dank aan:

- | | |
|------------------------------------|--------------------------------|
| • Dieudonné Trip, NOV | • Gertjan Mantjes, NIV |
| • Gerben Aarnoudse, NOV | • Samara Jaber, NIV |
| • Marc ten Dam, Nefrovisie | • Anna Heilig, DICA |
| • Carlijn Voorend, Nefrovisie/LUMC | • Sanne van Houwelingen, DICA |
| • Ellen Parent, Santeon | • Mira Staphorst, DICA |
| • Nelly van Uden, Santeon | • Auke Nutma, NVvH |
| • Hetty Prinsen, Santeon | • Esther Rake, Kennisinstituut |

2. Inleiding

2.1 Doel

Om de beste zorg te kunnen leveren aan de patiënt, is het noodzakelijk om te weten welke zorg de beste uitkomsten geeft, welke uitkomst past bij de patiënt, en hoe deze kennis en informatie opgehaald en toegepast kan worden in het zorgproces. In het Integraal Zorg Akkoord (IZA) staat “Passende zorg is waardegedreven. Dat betekent dat zorg op de eerste plaats effectief is, voldoet aan de stand van wetenschap & praktijk en meerwaarde heeft voor de patiënt, met daarnaast een doelmatige inzet van mensen, middelen en materialen”. Onderdeel hiervan is het gebruik van “Uitkomstinformatie die er voor de patiënt toe doet”. Het ministerie van VWS heeft het Programma Uitkomstgerichte Zorg in gang gezet om uitkomstensets samen te stellen met alle betrokken partijen. Daarin speelt patiëntinformatie een belangrijke rol.

Met de subsidieoproep Verduurzamen Uitkomstgerichte Zorg heeft ZonMw wetenschappelijke verenigingen opgeroepen om goede voorbeelden van het gebruik van (klinische en patiëntgerapporteerde) uitkomsten in de kwaliteitscyclus van de wetenschappelijke vereniging te laten zien. Voor drie onderwerpen (chronische nierschade, dikkedarmkanker en knieartrose) is gestart met ontwikkeling van een set Uitkomstgerichte Zorg indicatoren. Daarnaast lopen deze ‘showcases’ voorop als het gaat om het gebruik van uitkomsten in de kwaliteitscyclus. Zij werken ieder hun eigen goede voorbeeld uit met unieke sterke kanten en ontwikkelpunten.

In het overkoepelende deel van het project Verduurzamen Uitkomstgerichte Zorg verzamelen we de geleerde lessen, geven we een generieke beschrijving van de kwaliteitscyclus en bieden we een stappenplan voor andere wetenschappelijke verenigingen, gebaseerd op kennis uit de showcases.

Het overkoepelende project levert twee eindproducten op:

1. Een handleiding hoe een wetenschappelijke vereniging haar kwaliteitscyclus en de rol van uitkomsten daarin kan analyseren en gebruiken (dit document).
2. Een toolkit die zo gericht mogelijk handvatten te biedt om de kwaliteitscyclus in te richten op basis van uitkomstinformatie, met concrete vervolgstappen gedefinieerd per instapniveau.

Met deze handleiding krijgt de wetenschappelijke vereniging:

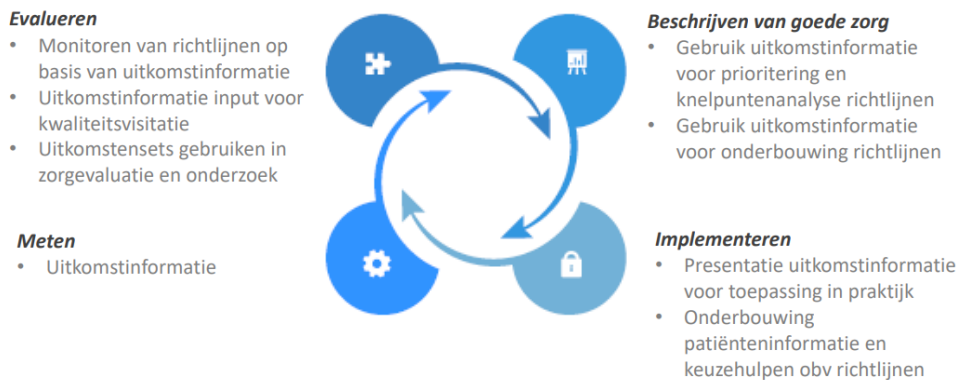
- inzicht in de onderdelen van de kwaliteitscyclus;
- inzicht in de samenhang tussen de onderdelen;
- inzicht in de rol en plek van uitkomsten in de kwaliteitscyclus;
- handvatten om de eigen kwaliteitscyclus te verbeteren/optimaliseren.

2.2 Doelgroep

De eindproducten zijn bedoeld voor alle wetenschappelijke verenigingen die uitkomstgerichte zorg willen verankeren in hun kwaliteitscyclus. Het gaat dus om het landelijke kwaliteitsbeleid.

3. Model van de kwaliteitscyclus op drie niveaus

In dit rapport gaan we uit van de kwaliteitscyclus zoals beschreven door de Federatie Medisch Specialististen. De termen die we in dit rapport gebruiken om de kwaliteitscyclus te beschrijven sluiten hierbij aan. In figuur 1 is deze kwaliteitscyclus schematisch weergegeven. De kwaliteitscyclus beschrijft hoe de kwaliteit van zorg gewaarborgd is voor een aandoening of patiëntengroep. Elke aandoening of patiëntengroep heeft in die zin een eigen kwaliteitscyclus.



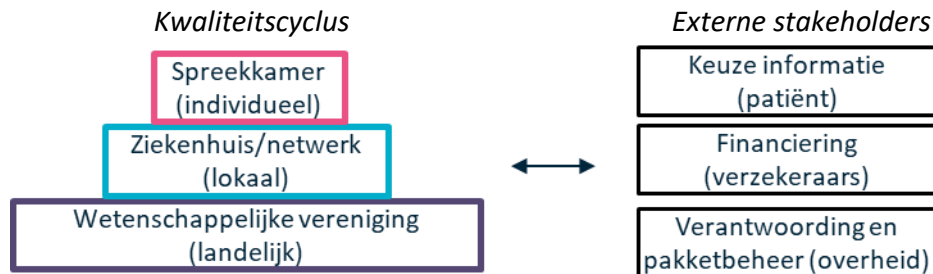
Figuur 1. Uitkomstgerichte kwaliteitscyclus (naar: Federatie Medisch Specialististen, Medisch specialistische richtlijnen 3.0)

Vaak zijn er binnen een vakgebied meerdere kwaliteitscycli rond verschillende aandoeningen of patiëntgroepen. In veel gevallen is er overlap met andere specialismen die ook betrokken zijn bij de behandeling. Tenslotte is elke wetenschappelijke vereniging en elk vakgebied anders. Het generieke model en de variaties die we hier omschrijven, kunnen daarom naar wens en behoefte worden aangepast. Belangrijk is dat we het hier steeds hebben over de kwaliteitscyclus rond een bepaalde aandoening of patiëntengroep.

Het gebruik van kwaliteitsinstrumenten rond een aandoening of patiëntengroep speelt zich niet alleen af op het niveau van de wetenschappelijke vereniging maar ook in de ziekenhuizen en in de spreekkamer:

- Op landelijk (of macro-) niveau is de wetenschappelijke vereniging de belangrijkste trekker van het kwaliteitsbeleid. De organisatie van de kwaliteitsregistratie is in enkele gevallen bij de wetenschappelijke vereniging ondergebracht, maar is meestal een aparte organisatie. Het maken van goede afspraken over inhoud, ontwikkeling en gebruik is dan een voorwaarde om uitkomstgegevens in de kwaliteitscyclus te kunnen gebruiken.
- Het lokaal (of meso-) niveau heeft verschillende vormen. Het kan gaan over het ziekenhuis, of over regionale netwerken of andere samenwerkingsverbanden zoals het Samen Beter initiatief van Santeon. Omdat het doel van deze vormen overall hetzelfde is, namelijk de zorg voor de patiënt verbeteren door (proces)aanpassingen op de werkvloer, hebben we ze alle onder 'lokaal' gezet.
- Het individueel (of micro-) niveau vindt plaats in de spreekkamer en gaat over de behandeling van individuele patiënten.

Daarnaast staat de kwaliteitscyclus niet los van de buitenwereld: met name het Zorginstituut, verzekeraars en patiëntenverenigingen hebben een grote en belangrijke inbreng (zie figuur 2).



Figuur 2. Verschillende niveaus van de kwaliteitscyclus

In dit rapport wordt het model geïllustreerd aan de hand van enkele voorbeelden uit de showcases. Voor een uitgebreide beschrijving van de showcases verwijzen we naar de rapportages van de showcases zelf. Het model is bedoeld voor uitkomstinformatie zoals bijvoorbeeld beschreven in de indicatoren die in het Programma Uitkomstgerichte Zorg zijn bepaald, maar is ook voor andere uitkomstindicatoren toepasbaar. Omdat niet alle indicatoren van het Programma Uitkomstgerichte Zorg al beschikbaar zijn (in definitie en/of in de praktijk) worden in de showcases ook andere uitkomstmaten gebruikt om als voorbeeld te dienen.

3.1 Relatie tussen uitkomst- en procesgegevens op verschillende niveaus

Uitkomstinformatie alleen is niet voldoende om de zorg te kunnen verbeteren. Uitkomsten zeggen iets over hoe het nu is en eventueel waar het naar toe moet, maar niet wat je moet veranderen om daar te komen. Daarom is het kunnen combineren met andere gegevens zoals procesindicatoren noodzakelijk.

Uitkomst- en procesgegevens worden geregistreerd in het ziekenhuis of door de patiënt, verzameld en vervolgens (her-)gebruikt op verschillende niveaus (figuur 3).



Figuur 3. Relaties tussen niveaus uitkomst- en procesgegevens

De door de patiënt gerapporteerde en klinische uitkomsten en worden in de spreekkamer (microniveau) gebruikt, maar vormen ook een gegevensbron voor het ziekenhuis (meso-) en op landelijk niveau (macroniveau). Registratie van complicaties wordt door zorgverleners in het EPD gedaan voor gebruik tijdens het zorgproces, maar

ook geaggregeerd als stuurinformatie voor verbeterprojecten binnen het ziekenhuis en uiteindelijk ook op landelijk niveau. Op landelijk niveau worden de verzamelde gegevens als indicator op de Transparantiekalender, in de kwaliteitsregistratie of in de uitkomstgerichte zorg dataset verzameld en -idealiter- in de landelijke kwaliteitsinstrumenten verwerkt. Op die manier kan in het ziekenhuis en in de spreekkamer bijvoorbeeld weer gebruik worden gemaakt van een landelijke benchmark.

3.1 Macroniveau: de wetenschappelijke vereniging

Het doel van uitkomsten in de kwaliteitscyclus van de wetenschappelijke vereniging is om inzicht te krijgen in de resultaten van de geleverde zorg, deze gericht te verbeteren en transparant te maken. In de kwaliteitscyclus van de wetenschappelijke vereniging worden instrumenten waar mogelijk multidisciplinair ontwikkeld in afstemming met de betrokken specialismen. Ook patiëntenorganisaties worden betrokken bij het ontwikkelen van de verschillende kwaliteitsinstrumenten. De kwaliteitsinstrumenten worden ontwikkeld in de context van landelijke programma's en initiatieven zoals Samen Beslissen, Juiste Zorg op de Juiste Plek, etc. Door consultaties bij de achterban wordt draagvlak verkregen. Om goed inzicht te krijgen in de geleverde zorg en eventuele verschillen, is het van belang om afspraken te maken welke uitkomsten men meet en monitort en om definities op elkaar af te stemmen.

Voorbeelden van kwaliteitsinstrumenten op landelijk niveau waar wetenschappelijke verenigingen bij betrokken zijn en waarin uitkomsten een rol (kunnen) spelen, zijn weergegeven in figuur 4.



Figuur 4. Kwaliteitsinstrumenten in de uitkomstgerichte kwaliteitscyclus op landelijk niveau.

Binnen de wetenschappelijke vereniging wordt op basis van wetenschappelijk bewijs en met landelijke consensus beschreven wat goede zorg is in richtlijnen en kwaliteitsnormen. De wetenschappelijke vereniging biedt instrumenten aan die de implementatie van goede zorg in de praktijk ondersteunen in de vorm van landelijke uitkomst- en procesinformatie. Deze informatie wordt gebruikt om landelijke ontwikkelingen in de zorg te ontsluiten, monitoren en verantwoorden, bijvoorbeeld aan het Zorginstituut. Evaluatie van de zorg gebeurt door praktijkvariatie, visitaties en zorgevaluatie onderzoek. Kennisvragen worden geagendeerd op de kennisagenda. Zorgevaluatie onderzoek kan gedaan worden met nieuw te verzamelen gegevens (trials) of op basis van bestaande data in de kwaliteitsregistraties ('real world data'). Hiermee kan het beleid van de wetenschappelijke vereniging worden geëvalueerd en kan er op kwaliteitsverbetering worden gestuurd, maar kunnen bevindingen uit de kwaliteitscyclus – mits wetenschappelijk gepubliceerd – ook weer input geven aan richtlijnen en normen.

Het lerend netwerk binnen een vereniging zorgt voor inzicht en draagvlak voor implementatie van nieuwe inzichten. (Geanonimiseerde) spiegelinformatie wordt besproken in bijeenkomsten.

Partners van de wetenschappelijke vereniging hierin zijn vooral de patiëntenorganisaties, die inhoudelijke medezeggenschap hebben. Andere belanghebbenden als overheid, verzekeraars en ziekenhuisorganisaties geven input over onder andere definities en verantwoording en adviseren soms over de inhoud.

De rol van patiënten(organisaties) in de kwaliteitscyclus is nog in beweging. Bij het ontwikkelen van afzonderlijke kwaliteitsinstrumenten worden patiënten betrokken, bijvoorbeeld bij richtlijnen of bij het bepalen van de inhoud van de kwaliteitsregistratie.

3.2 Mesoniveau: ziekenhuis(netwerk)

Uitkomstinformatie in de kwaliteitscyclus binnen het ziekenhuis is met name gericht op reflectie, van elkaar leren, sturen op kwaliteit en transparant maken. Implementatie in de ziekenhuizen gebeurt veelal in samenwerking met vakgroepen en de kwaliteitsafdeling. De kwaliteitsinstrumenten die op ziekenhuisniveau worden gemaakt of gebruikt zijn in figuur 5 weergegeven. Hoe goede zorg er in het ziekenhuis uit ziet, is beschreven in patiëntgerichte zorgpaden. Het volgen van de zorgpaden en de uitkomsten van de behandeling worden vervolgens zichtbaar in spiegelinformatie voor professionals, waar de geleverde zorg voor verschillende (sub)groepen van patiënten kan worden gevolgd in de tijd én vergeleken met een benchmark van andere vakgroepen.

Door middel van de lokale en landelijke uitkomst- en procesinformatie wordt kort cyclisch stuurinformatie gegenereerd en worden ziekenhuis specifieke indicatorresultaten geleverd voor uitkomstinformatie op de Transparantiekalender. De (klinische en door patiënten gerapporteerde) uitkomsten worden gebruikt voor inzicht in de eigen patiëntengroep om te leren en verbeteren, navolging van richtlijnen te monitoren en in gepersonaliseerde keuzehulpen. Complicaties worden meestal lokaal geregistreerd en geanalyseerd en in de kwaliteitsvisitaties uitgevraagd. Waar blijkt dat een individuele vakgroep als uitschieter in de benchmark naar voren komen, kan bijvoorbeeld in de vorm van een audit -intern of extern vanuit de beroepsvereniging- de oorzaak worden uitgezocht.

In de ideale situatie wordt er een volledige kwaliteitscyclus binnen het ziekenhuis geïmplementeerd. Ook regionale samenwerkingen waarbij patiënten worden verwezen naar het ziekenhuis in de regio waar de zorg het beste kan worden geleverd, moeten in het kwaliteitssysteem worden betrokken. Dit is op dit moment nog op weinig plekken het geval. Om de kwaliteit van de zorg te verbeteren is het organiseren van een PDCA-cyclus in het ziekenhuis én in de regio nodig. Dit is echter nog nergens volledig bereikt.

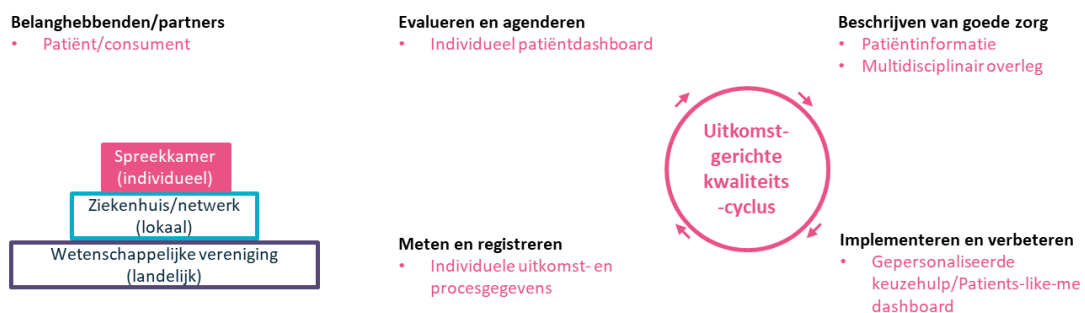


Figuur 5. Kwaliteitsinstrumenten in de uitkomstgerichte kwaliteitscyclus op lokaal niveau (ziekenhuis).

3.3 Microniveau: in de spreekkamer

Ook in de spreekkamer vindt er een kwaliteitscyclus plaats, op individueel niveau. Deze omvat samen beslissen over de keuzemogelijkheden, het instellen en opvolgen van medisch beleid, evalueren van de behandeling en bijstellen of het inzetten van een mogelijk vervolg indien nodig. Klinische uitkomsten en patiënt gerapporteerde uitkomsten (PROMs), gestratificeerd voor patiëntkenmerken afkomstig uit de kwaliteitsregistratie kunnen dit ondersteunen in een (gepersonaliseerde) keuzehulp¹. Zo kan op basis van een grote groep patiënten begrijpelijke en toepasbare informatie worden gemaakt. De patiënt wordt hiermee goed geïnformeerd over de verwachte uitkomsten van verschillende behandelopties en risico's en kan samen met de zorgverlener een afgewogen keuze maken voor de best passende behandeling. Na de behandeling kunnen patiënt en zorgverlener bespreken hoe het verwachte herstel er uitziet. Met name voor chronische aandoeningen vindt hier idealiter een doorlopende cyclus plaats.

De kwaliteitsinstrumenten die in de spreekkamer kunnen worden gebruikt zijn:



Figuur 6. Kwaliteitsinstrumenten in de uitkomstgerichte kwaliteitscyclus op individueel niveau (spreekkamer).

Om de kwaliteitscyclus in de spreekkamer rond te krijgen en de cyclus op de andere twee niveaus te voeden en te kunnen verbeteren moeten de keuzes en de uitkomsten ook weer onderdeel worden van de gemeten dataset, zodat de impact van samen beslissen op uitkomsten kan worden geëvalueerd. In bijvoorbeeld het project Samen

¹ Santeon maakt onderscheid tussen een *keuzehulp*, waarmee patiënt en arts - al dan niet met gebruik van uitkomst informatie op maat - samen kunnen beslissen over de behandeling en een individueel *patiëntendashboard*, waarin de patiënt inzicht in het verloop van zijn eigen behandeling en uitkomsten kan inzien.

Vooruitkijken² is onderzocht hoe samen beslissen op basis van uitkomst informatie in de praktijk vormgegeven kan worden.

3.4 Rol wetenschappelijke vereniging in relatie tot de andere niveaus

Tussen de kwaliteitsinstrumenten van de wetenschappelijke vereniging, het ziekenhuis en de spreekkamer zijn uitkomsten een verbindende factor. Door eenduidige uitkomstgegevens te gebruiken versterken de kwaliteitsinstrumenten op de verschillende niveaus en in verschillende onderdelen van de kwaliteitscyclus elkaar. Zo vindt het landelijk beleid en kennisdeling zijn weerslag in de spreekkamer/praktijk en voedt de spreekkamer/praktijk weer de kennis en kennisontwikkeling op landelijk niveau (figuur 7).



Figuur 7. De 3 niveaus.

Wetenschappelijke vereniging, ziekenhuis en arts hebben op hun eigen niveau in de kwaliteitscyclus elk een rol en verantwoordelijkheid. De rol van de wetenschappelijke vereniging is om te zorgen dat de kwaliteitsinstrumenten op landelijk niveau op elkaar aansluiten (consistent gebruik van uitkomst informatie) en om de kwaliteitscyclus op de andere niveaus te ondersteunen door o.a.:

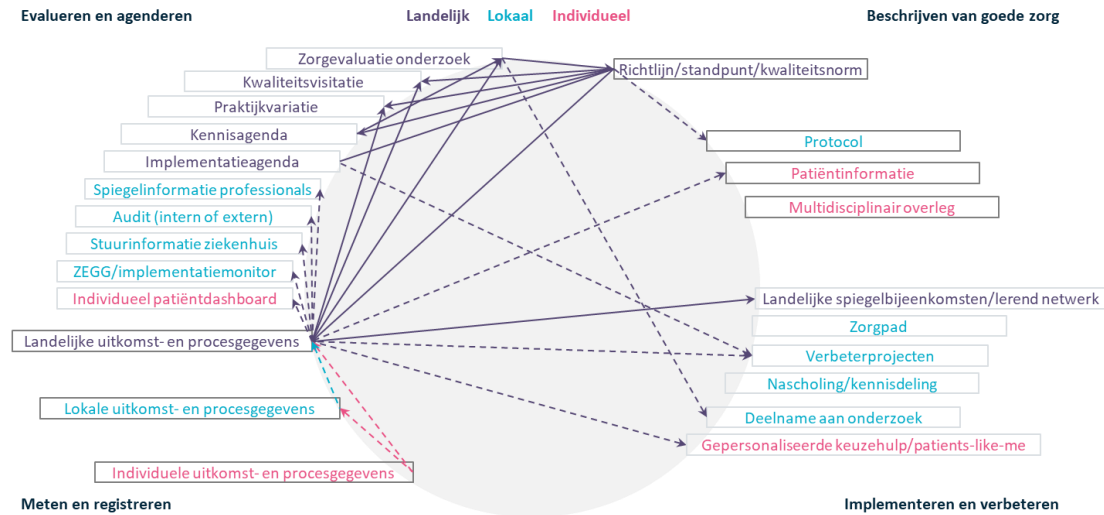
- Beschikbaar stellen van data voor leren en verbeteren en samen beslissen, samen met de kwaliteitsregistratie. Inhoudelijk moet de dataset die in de ziekenhuizen wordt gebruikt aansluiten bij het beleid/de kwaliteitsinstrumenten van de wetenschappelijke vereniging.
- Bevorderen van netwerken/uitwisseling van kennis en ervaring met leren en verbeteren. Zowel op medisch inhoudelijk gebied als procesmatig: hoe gebruik je uitkomst informatie?
- Beschrijven van goede zorg in richtlijnen waarbij de uitkomstmaten die in de richtlijnen worden beschreven overeenkomen met de data die landelijk beschikbaar wordt gesteld voor leren en verbeteren.
- Monitoren van implementatie van richtlijnen aan de hand van uitkomst informatie, bijvoorbeeld in de vorm van rapportages waarin vakgroepen hun eigen data zien, als onderdeel van kwaliteitsvisities en door te agenderen op de landelijke implementatieagenda.
- Faciliteren en bevorderen van zorgevaluatie door vragen te agenderen op de kennisagenda en onderzoek te stimuleren, waarbij het gebruik van real-world data voor onderzoek via de kwaliteitsregistratie mogelijk wordt gemaakt.

In dit document beschrijven we de rol van de wetenschappelijke vereniging. De rol van het ziekenhuis of netwerk is o.a. goed beschreven in het project Uitkomst informatie

² [Samen Vooruitkijken](#) (DICA)

voor kwaliteitsverbetering³. De rol van arts en patiënt in de spreekkamer is onderwerp van lijn 2 van het programma Uitkomstgerichte Zorg, Samen Beslissen⁴.

In Figuur 8 staan de instrumenten in elke fase van de kwaliteitscyclus op verschillende niveaus naast elkaar en zijn mogelijke (complexe) verbanden weergegeven. Hierin zijn alleen de verbanden weergegeven tussen kwaliteitsinstrumenten die binnen de kwaliteitscyclus van de wetenschappelijke vereniging vallen.



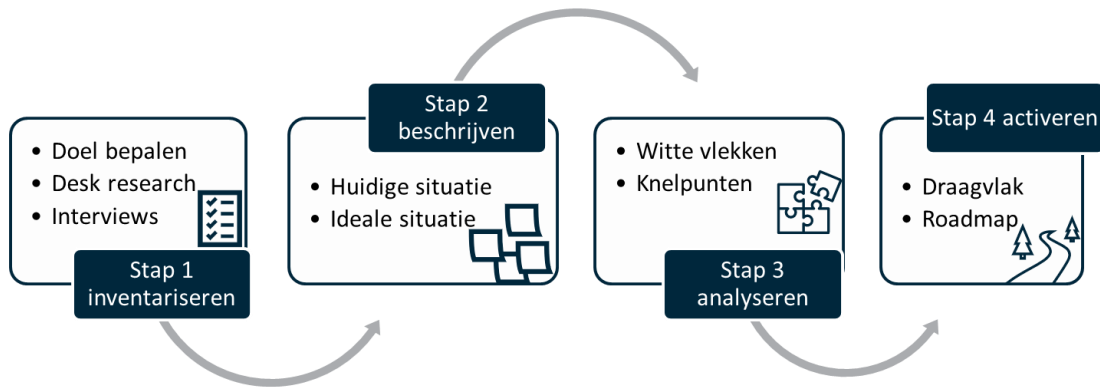
Figuur 8. Relaties van kwaliteitsinstrumenten van de wetenschappelijke vereniging (doorgestroken streep: op landelijk niveau; onderbroken streep: van landelijk naar lokaal of individueel niveau)

³ [Uitkomstinformatie voor kwaliteitsverbetering](#) (ZonMW)

⁴ [Samen Beslissen](#) (Platform uitkomstgerichte Zorg)

4. Analyse van de eigen kwaliteitscyclus

Het analyseren van de kwaliteitscyclus kan door middel van de volgende stappen: het inventariseren van de kwaliteitsinstrumenten, de beschrijving van de kwaliteitscyclus als geheel en de analyse van knelpunten en ontbrekende schakels (witte vlekken), zie figuur 9.



Figuur 9. Stappen in het analyseren van de kwaliteitscyclus.

Voorafgaand aan het uitwerken van de uitkomstgerichte kwaliteitscyclus is het belangrijk om de vraag te stellen of het voor de aandoening of patiëntengroep waar het over gaat nodig en gewenst is om de volledige kwaliteitscyclus uitkomstgericht te maken. Het verzamelen, analyseren en gebruiken van uitkomstinformatie is een kostbaar en tijdrovend proces. De afweging die de wetenschappelijke vereniging moet maken is daarom of de opbrengsten (omvang patiëntengroep en te behalen gezondheidswinst) opwegen tegen de kosten en inspanning.

4.1 Stap 1 Inventariseren kwaliteitsinstrumenten

De inventarisatie begint met het stellen van het doel: voor welke aandoening(en) of patiëntgroep(en) moet de uitkomstgerichte kwaliteitscyclus worden ingericht en wat wil je ermee bereiken? Gaat het alleen over de kwaliteitscyclus op landelijk niveau of worden ook lokale of regionale initiatieven meegenomen? Wil je alleen kijken naar kwaliteitsinstrumenten waarin uitkomsten een rol spelen of moeten alle kwaliteitsinstrumenten in de inventarisatie komen? Een brede inventarisatie waarbij pas later wordt gekozen welke patiëntgroepen en instrumenten worden meegenomen geeft een completer beeld, maar is meer werk dan wanneer vooraf al een aantal beperkende keuzes wordt gemaakt. In deze handleiding gaan we ervan uit dat de uitkomstenset van het programma Uitkomstgerichte Zorg als uitgangspunt voor de inventarisatie dient.

Vervolgens staan verschillende methoden ter beschikking om informatie over de bestaande kwaliteitsinstrumenten te vergaren. In de showcases werd gebruik gemaakt van desk research, interviews, gezamenlijke sessies met stakeholders en eventueel een uitvraag naar lokale initiatieven onder leden. Deze methoden worden hieronder verder uitgewerkt.

Desk research: bij de wetenschappelijke vereniging en de kwaliteitsregistratie is vaak al veel documentatie beschikbaar. Gecombineerd met gesprekken met medewerkers van wetenschappelijke vereniging en/of kwaliteitsregistratie levert dit al veel informatie op over de

kwaliteitscyclus en over welke uitkomstinformatie er beschikbaar is. Op de websites van ziekenhuizen en samenwerkingsverbanden als Santeon en mProve is vaak informatie te vinden over lokale of regionale kwaliteitsinstrumenten. Daarnaast is het verstandig om in kaart te brengen welke (landelijke) programma's een raakvlak hebben met de kwaliteitsinstrumenten. Zie hiervoor ook de lijst met landelijke programma's in paragraaf 0.

Gesprekken/interviews met stakeholders geven na de deskresearch verdiepend inzicht in de rol en het gebruik van de kwaliteitsinstrumenten. In de showcases is gesproken met bv de beleidsadviseur kwaliteit van een wetenschappelijke vereniging, medewerkers van de kwaliteitsregistratie, de voorzitter van diverse commissies en werkgroepen van de wetenschappelijke vereniging (richtlijnwerkgroep, onderzoeksnetwerk, commissie kwaliteit, commissie wetenschap, werkgroep auditing), de visitatiecommissie, het hoofd van het wetenschappelijk bureau, de projectleider van het programma waardegedreven zorg, aanpalende specialismen en beroepsgroepen, en een medewerker/ vertegenwoordiger van de patiëntenorganisatie, de samenwerkingsverbanden van ziekenhuizen, de subvereniging, ZN, VWS en betrokkenen regionale initiatieven.

In deze gesprekken kan onder andere aan bod komen:

- welke kwaliteitsinstrumenten er nog ontbreken na de inventarisatie.
- In welke context en door wie de kwaliteitsinstrumenten worden gebruikt.
- Welke uitkomsten relevant zijn en in welke kwaliteitsinstrumenten die gebruikt worden.
- Wat de samenhang is tussen de kwaliteitsinstrumenten.
- Hoe de samenwerking tussen bv werkgroepen op het gebied van uitkomsten verloopt.
- Hoe de kwaliteitsinstrumenten bij landelijke of juist lokale programma's passen.
- Wat de geleerde lessen zijn.

Ten slotte is het belangrijk om een afbakening te maken, voor zover dat nog niet vooraf is gedaan. Controleer bijvoorbeeld:

- Of uitkomsten een rol spelen in de kwaliteitsinstrumenten.
- Of het gaat om bestaande of in ontwikkeling zijnde instrumenten: kijk niet alleen naar wat er al is, maar ook wat er nog in ontwikkeling is.
- Hoe de kwaliteitsinstrumenten worden gebruikt. Kijk ook naar de mate van implementatie: door lokale tools als basis te gebruiken en aan te sluiten op de landelijke kwaliteitscyclus kunnen goede voorbeelden sneller worden verspreid. Als er veel verschillende tools in gebruik zijn of een tool wordt maar in een enkel ziekenhuis gebruikt, is het lastiger om draagvlak te krijgen. Dit kan bijvoorbeeld spelen bij lokaal ontwikkelde PROMs of keuzehulpen.
- Of aansluiting in de kwaliteitscyclus uitvoerbaar is: kunnen bijvoorbeeld aanpassingen in de kwaliteitsinstrumenten waar nodig geïnitieerd of aangedragen worden door de wetenschappelijke vereniging.

Daarnaast moeten er keuzes gemaakt worden om de scope van het project te bepalen. Criteria hiervoor kunnen bijvoorbeeld zijn:

- Gaat het over één specifieke aandoening of behandeling of over een grotere groep waarin ook algemene kwaliteitsinstrumenten als generieke PROMs meedoen? Het voordeel van alleen aandoening specifieke kwaliteitsinstrumenten is een overzichtelijk aantal instrumenten, waarbij de relatie tussen de instrumenten vaak al duidelijk is en de wetenschappelijke vereniging zelf de regie heeft over ontwikkeling en onderhoud. Hierbij kan men bv uitgaan van een richtlijn en van daaruit de uitkomstinformatie in

andere instrumenten één voor één uitwerken. Wanneer ook algemene kwaliteitsinstrumenten of een bredere patiëntgroep of behandeling worden meegenomen, bv generieke PROMs of het gehele behandeltraject van eerste lijn tot en met derde lijn, is de afhankelijkheid van andere beroepsgroepen en beheerders van kwaliteitsinstrumenten groter en de samenhang daardoor complexer. De drie uitgevoerde showcases zijn begonnen met een beperkte scope van instrumenten.

- Gaat het over alleen landelijke kwaliteitsinstrumenten of ook lokale? Wanneer implementatie binnen het project valt, is het nuttig om inzicht te krijgen in de lokaal gebruikte kwaliteitsinstrumenten.
- Welke instrumenten zijn in scope om aan elkaar te verbinden? Op welke heb je als wetenschappelijke vereniging invloed en hoe moeilijk of gemakkelijk zijn ze aan te passen? Soms is klein beginnen beter.

Stakeholder sessies

Betrek belanghebbende partijen als patiëntenorganisaties, andere specialismen, en vertegenwoordigers van verschillende commissies bij de inventarisatie en bij de discussie over de rol van uitkomsten in de verschillende instrumenten, bv door middel van stellingen of een brown-paper sessie.

Uitvraag lokale initiatieven

Door lokale initiatieven uit te vragen, bijvoorbeeld door middel van een enquête, wordt inzicht verkregen in wat er allemaal speelt in de ziekenhuizen. De wetenschappelijke vereniging kan hierin een verbindende rol spelen door een platform te bieden, én goede ideeën opschalen en op die manier een plek in de landelijke kwaliteitscyclus geven.

4.2 Stap 2 Beschrijven kwaliteitscyclus

Om van de inventarisatie naar een beschrijving van de kwaliteitscyclus als geheel te komen, zijn drie verschillende strategieën mogelijk:

- 1) vanuit de bestaande situatie;
- 2) vanuit de gewenste situatie;
- 3) middenweg.

De best passende werkwijze is afhankelijk van hoe ver de kwaliteitscyclus van de wetenschappelijke vereniging ontwikkeld is en of er al uitkomst informatie beschikbaar is. Ook factoren als implementatiegraad en of er al processen zijn ingericht om kwaliteitsinstrumenten op elkaar aan te laten sluiten spelen een rol.

In de showcases zijn er kwaliteitsinstrumenten op vrijwel elk onderdeel van de kwaliteitscyclus en is er uitkomst informatie beschikbaar, al dan niet overeenkomend met de Uitkomstgerichte Zorg-set. Voor hen is de eerste werkwijze het meest voor de hand liggend.

Wetenschappelijke verenigingen waar de kwaliteitscyclus nog minder gevorderd is, of waar nog geen uitkomsten gedefinieerd zijn, kunnen ook werkwijze 2 of 3 hanteren.

Werkwijze 1: vanuit de bestaande situatie

Dit is de werkwijze die de showcases hebben gebruikt. Aan de hand van een aantal vragen kan de kwaliteitscyclus in samenhang worden beschreven. Het gaat daarbij vooral om hoe de kwaliteitsinstrumenten in de kwaliteitscyclus worden gebruikt, en in dit stadium nog niet om de processen of hoe de instrumenten er precies uitzien of zijn gedefinieerd. Het gaat hier alleen om

kwaliteitsinstrumenten waarin uitkomsten een rol spelen. Maak naast eigen instrumenten en de Uitkomstgerichte Zorg dataset ook gebruik van wat er in andere landelijke initiatieven (ZE&GG, Transparantiekalender) gebeurt. Zie hiervoor ook het rapport “Een uitkomstgerichte kwaliteitscyclus; toolkit voor het inrichten van de kwaliteitscyclus op basis van uitkomstinformatie”.

- Op basis van de inventarisatie, welke landelijke instrumenten (of lokale initiatieven) zijn er al waar uitkomsten een rol in spelen?
- Op welk niveau van de kwaliteitscyclus worden de instrumenten ontwikkeld en gebruikt?
- Hoe hangen de afzonderlijke instrumenten inhoudelijk samen en hoe worden ze gebruikt?
- Welke kwaliteitsinstrumenten ontbreken er nog in de kwaliteitscyclus?
- Welke personen en partijen zijn bij de kwaliteitsinstrumenten betrokken?
- Hoe zijn patiënten vertegenwoordigd bij de verschillende kwaliteitsinstrumenten?

Op basis hiervan wordt een actieplan gemaakt.

Showcase knieartrose:

Allereerst is er een inventarisatie geweest van alle kwaliteitsinstrumenten binnen de NOV rondom knie artrose zorg. Deze instrumenten zijn gebundeld in een mindmap om overzicht te creëren. Ook zijn lokale initiatieven rondom verduurzamen van uitkomsten in de knieartrose zorg meegenomen in de beschrijving. Er is gekeken naar welke uitkomsten de kwaliteitsinstrumenten meenemen en hoe de instrumenten met elkaar samenhangen. Ook is er binnen de lokale initiatieven gekeken welke kwaliteitsinstrumenten relevant zijn voor de showcase knieartrose die uitkomsten bevatten. Er is vervolgens gekeken naar de kansen en mogelijkheden voor verbetering, welke factoren daarbij een rol spelen en hoe de NOV dit in de toekomst kan aanpakken.

Showcase dikkedarmkanker:

Per onderdeel van de kwaliteitscyclus hebben we de kwaliteitsinstrumenten gerangschikt en is de rol van uitkomsten in kaart gebracht. Drie blokken zijn nauw met elkaar verbonden: research, kwaliteitsregistratie en richtlijnontwikkeling (tabel 1). De bijbehorende organisaties of werkgroepen zijn resp. DCCG, DICA/DRCA/werkgroep audit en de richtlijnwerkgroep. Ze beïnvloeden elkaar (idealiter) continue. Vanuit de richtlijn en kennisagenda wordt duidelijk wat de kennishiaten zijn; dit leidt tot research ideeën; de kwaliteitsregistratie kan data leveren om research hypothesen te toetsen, wetenschappelijk onderzoek kan dit verder vorm geven en wanneer dat peer-reviewed wordt gepubliceerd kan het weer in de richtlijn worden meegenomen.

| Kwaliteitscyclus | Kwaliteitsinstrument | Rol uitkomsten |
|---------------------------|---|--|
| Kennisontwikkeling | Wetenschappelijk onderzoek | Uitkomsten kunnen onderzoeksvragen beantwoorden. |
| Kennisduiding | Multidisciplinaire richtlijn werkgroep | Praktijkvariatie verkleinen. |
| Kennisverspreiding | Richtlijndatabase | Richtlijn maakt gebruik van relevante uitkomsten |
| | Oncoline | n.v.t. |
| | Symposia | n.v.t. |
| Kennistoepassing | Wetenschappelijke commissie | n.v.t. |
| | Normering + Certificering | Uitkomsten kunnen tonen of normen nageleefd worden. |
| | Multidisciplinaire DCRA met Codman dashboards | Spiegelinformatie voor ziekenhuizen en artsen, zorg verbeteren en praktijkvariatie verkleinen. |

| | | |
|----------------------|-----------------------------|--|
| | Patients like me dashboards | Samen beslissen in de spreekkamer. Uitkomsten vergelijken. |
| | Kwaliteitsvisite | Spiegelinformatie voor ziekenhuizen en artsen, zorg verbeteren en praktijkvariatie verkleinen. |
| | NVvH Werkgroep Audit | Bespreken van outliers, zorg verbeteren, Praktijkvariatie verkleinen. |
| | Dikkedarmkanker keuzehulp | Tot nu: algemene OS NKR data voor stadium IV opgenomen. In de toekomst nog verder te verrijken met uitkomstinformatie. |
| Kennislacunes | Kennisagenda NVvH | n.v.t. |

Tabel 1. Beschrijving van kwaliteitsinstrumenten rondom dikkedarmkanker.

Werkwijze 2: vanuit de gewenste situatie

Een andere aanpak is om uit te gaan van de gewenste toekomstige situatie, zonder te leunen op wat er al is en op successen of mislukkingen uit het verleden (Greenfield methode). Men kan ervoor kiezen om helemaal vanaf niets te beginnen, of te starten vanuit een blanco kwaliteitscyclus. Uitgangspunten daarbij zijn het zorgproces en een vastgestelde uitkomstenset.

Vervolgens brengt men in kaart:

- In welke kwaliteitsinstrumenten het zinvol is om de uitkomsten te gebruiken?
- Op welk beleidsniveau deze zich bevinden?
- Hoe hangen ze samen?

Bij het ontwerp volgt men de kwaliteitscyclus, te beginnen bij het beschrijven van goede zorg (bijvoorbeeld over welke onderwerpen moeten er richtlijnmodules zijn en welke uitkomsten horen daarbij?). Daarna de kwaliteitsinstrumenten die vallen onder evalueren (wat wil je evalueren en hoe, bv met zorgevaluatie onderzoek). Uit de onderdelen beschrijven en evalueren volgt wat je wilt meten, en daarmee welke gegevens er daarvoor in de kwaliteitsregistratie verzameld moeten worden. Tenslotte wat er nodig is om te implementeren. Belangrijk hierbij is dat er bij elk instrument een onderbouwde keuze wordt gemaakt of dit absoluut noodzakelijk is (toegevoegde waarde) en met welk instrument je het beste kunt beginnen (quick wins).

Werkwijze 3: middenweg

Tussenvorm waarin eerst de ideale situatie wordt geschetst, die vervolgens gevuld wordt met zoveel mogelijk bestaande kwaliteitsinstrumenten. Dit zal in veel gevallen de meest praktische aanpak zijn, omdat er al een basis is aan richtlijnen en andere kwaliteitsinstrumenten.

Voorbeeld showcase chronische nierschade

We hebben de huidige en toekomstige (gewenste) kwaliteitscyclus chronische nierschade in beeld gebracht en gedeeld met de leden van de NIV. De ontwikkeling van de kwaliteitscyclus bevat in onze visie de volgende onderdelen:

- Richtlijnen geven input voor nieuwe indicatoren in de kwaliteitsregistratie.
- Uit de kwaliteitsvisites kunnen aspecten naar voren komen die tot aanpassing van de richtlijnen of tot het toevoegen, monitoren van nieuwe indicatoren in de kwaliteitsregistratie kunnen leiden of tot laten vervallen van niet meer relevante uitkomsten.
- Aanbevelingen in de richtlijnen geven in combinatie met proces- en uitkomstindicatoren uit de kwaliteitsregistratie input voor uitkomstgerichte kwaliteitsvisite.
- Met gegevens uit de kwaliteitsregistratie wordt onderzoek gedaan, waarmee de richtlijnen verbeterd kunnen worden.

- De gegevens van de kwaliteitsregistratie worden toegepast bij ondersteuning van behandelkeuzes.

4.3 Stap 3 Analyseren knelpunten en ontbrekende schakels

Het analyseren van knelpunten en ontbrekende schakels in de kwaliteitscyclus op landelijk niveau richt zich op drie onderdelen: inhoud, proces en structuur. Door de producten naast elkaar te leggen, wordt inzicht in de inhoudelijke knelpunten verkregen:

- Welke uitkomsten worden gebruikt?
- Welke definities van de uitkomsten komen overeen? Welke niet? Wat zijn de verschillen?
- Welke uitkomstinformatie ontbreekt nog?
- Welke mogelijkheden zijn er om met (kleine) aanpassingen de definities te stroomlijnen?
- Waar kunnen (uitkomsten in de) producten elkaar aanvullen?

In tabel 2 is vanuit de showcase dikkedarmkanker een voorbeeld gegevens voor hoe de inhoudelijke analyse kan worden opgezet. Hier zijn van verschillende instrumenten de gebruikte uitkomstmaten op een rij gezet.

| Concept | Richtlijn | Kwaliteitsregistratie | Kennisagenda | Visitatie |
|------------------------------------|--|--|-----------------|--|
| Overleving/ mortaliteit | <ul style="list-style-type: none"> - totale overleving - postoperatieve mortaliteit - progressievrije overleving - kanker-specifieke overleving - langetermijn overleving - locoregionale ziektevrije overleving | <ul style="list-style-type: none"> - mortaliteit 90 dagen - ziekenhuis-mortaliteit | | De vakgroep heeft een regeling om eigen uitkomsten te analyseren |
| Gezondheid/ ziekte | <ul style="list-style-type: none"> - post-operatieve morbiditeit - langetermijn morbiditeit - postoperatief herstel - locoregionaal recidief | | | |
| Medisch handelen | | <ul style="list-style-type: none"> - heropname - reïnterventie | optimale nazorg | |
| Kwaliteit van leven | <ul style="list-style-type: none"> - kwaliteit van leven | | | |
| Complicaties | <ul style="list-style-type: none"> - postoperatieve complicaties | <ul style="list-style-type: none"> - chirurgische complicaties - andere complicaties | | |

Tabel 2. Voorbeeld inhoudelijke knelpuntenanalyse dikkedarmkanker.

In de analyse van het proces wordt gekeken naar:

- Wie is er verantwoordelijk voor welk kwaliteitsinstrument? Is er formele of informele afstemming tussen de groepen of personen?
- Is er een onderhoudscyclus afgesproken en hoe zien die afspraken eruit?
- Wat zijn de raakvlakken met de kwaliteitscyclus op lokaal en individueel niveau?

De analyse van de structuur geeft inzicht in de randvoorwaarden die nodig zijn om uitkomsten in de kwaliteitscyclus te kunnen verankeren. Bijvoorbeeld:

- Zijn er technische of juridische beperkingen?
- Wat is de invloed van wetenschappelijke vereniging op bijvoorbeeld EPD-ontwikkeling en implementatie?

4.4 Stap 4 Activeren

Nadat de knelpunten in kaart zijn gebracht, de (huidige en gewenste) samenhang in de kwaliteitscyclus is beschreven en de definities van de uitkomsten naast elkaar zijn gelegd, kan een roadmap worden opgesteld. Belangrijk is dat in deze fase, waarin al meer inzicht is in wat er nodig is om het doel te bereiken, het draagvlak te toetsen. Om alle partijen mee te krijgen, helpt het om stap voor stap te kunnen laten zien wat de verwachte opbrengsten zijn, maar ook wat de bedoeling is en wat er van eenieder wordt verwacht.

Op basis van de inhoudelijke beschrijving die in stap 1 t/m 3 is gemaakt worden randvoorwaarden beschreven en acties opgesteld. Er moeten organisatorische aanpassingen en formele afspraken worden gemaakt, en de kwaliteitsinstrumenten moeten worden doorontwikkeld zodat uitkomsten erin geïntegreerd worden. Dit laatste kan verder worden geconcretiseerd per kwaliteitsinstrument en desbetreffend instapniveau aan de hand van het rapport “Een uitkomstgerichte kwaliteitscyclus; toolkit voor het inrichten van de kwaliteitscyclus op basis van uitkomstinformatie”. Hieronder gaan we nog in op de organisatorische aanpassingen en formele afspraken.

Organisatie kwaliteitscyclus

Het inrichten en onderhouden van een duurzame uitkomstgerichte kwaliteitscyclus, waarbij kwaliteitsinstrumenten en uitkomsten op elkaar aansluiten, begint met voldoende kennis en begrip bij de wetenschappelijke vereniging, zowel bij de bestuursleden als bij de bureamedewerkers. Om de ontwikkeling van de kwaliteitscyclus te kunnen sturen, is het belangrijk om een goed overzicht op de samenhang en de beperkingen van de kwaliteitsinstrumenten te hebben. Daarbij is ook de inbreng vanuit het patiëntperspectief essentieel in de ontwikkeling van kwaliteitsinstrumenten en de afstemming daartussen.

Ook in de goede voorbeelden van de showcases hangt de afstemming tussen kwaliteitsinstrumenten vaak af van individuele aanjagers. Om te zorgen dat kennis en continuïteit goed zijn geborgd, moet er vanaf het begin een ontwikkel- en onderhoudscyclus worden ingericht waarin periodiek de vertegenwoordigers uit de werkgroepen die de kwaliteitsinstrumenten beheren bij elkaar zitten om de ontwikkelagenda te bespreken. Dit kan bijvoorbeeld zijn de richtlijnwerkgroep of -cluster, de commissie wetenschap en zorgevaluatie, de kwaliteitsregistratie of de visitatiecommissie. Denk daarbij ook aan een vertegenwoordiging van gebruikers (artsen en patiënten) van de instrumenten in de ziekenhuizen.

Afspraken over verzamelen en onderhoud gegevens

Het verzamelen van kwaliteitsinformatie wordt in alle drie de showcases niet door de wetenschappelijke vereniging gedaan, maar door een (aan de vereniging gelieerde) kwaliteitsregistratie. Zij definiëren en verzamelen de datasets en koppelen de resultaten terug aan de zorgprofessionals. Het ligt voor de hand om ook het verzamelen van de uitkomstenset bij de kwaliteitsregistratie te beleggen of bij een andere gegevensbron waar ook proces- en structuurinformatie beschikbaar is.

Soms omvat een registratie meerdere onderwerpen of specialismen en zijn er meerdere wetenschappelijke verenigingen betrokken. Het is daarom belangrijk dat er goede afspraken tussen de wetenschappelijke vereniging(en) en de kwaliteitsregistratie(s) worden gemaakt over beheer en ontwikkeling van de dataset.

Deze afspraken moeten onder andere gaan over het vaststellen van de doelen, de samenstelling en definities van de datasets, en duiding en terugkoppeling in relatie tot de kwaliteitscyclus. Ook afspraken over uitwisseling en koppeling van data over verschillende bronnen en registratiehouders horen hierbij.

Er is door verschillende partijen opgeschreven hoe deze afspraken gemaakt kunnen worden:

- Werken aan samenwerken, juni 2022, FMS en SKR
- Leidraad kwaliteitsregistraties, januari 2017, Zorginstituut en Nictiz
- Witboek kwaliteitsregistraties en patiëntparticipatie, Patiëntenfederatie
- Punten over uitwisseling en samenwerking in de toetsingscriteria van de Inhoudsgovernancecommissie ([website Shared Service Center](#))

Voor handvatten om de kwaliteitscyclus in te richten op basis van uitkomstinformatie, met concrete vervolgstappen gedefinieerd per instapniveau, verwijzen we naar de toolkit.

Bijlage 1. Begrippen en afkortingen

Verklaring van gebruikte termen

| | |
|-----------------------------------|---|
| Kwaliteitscyclus | Het geheel van instrumenten waarmee de kwaliteitszorg rond een bepaalde patiëntengroep of aandoening wordt beschreven, uitgevoerd, gemeten en geëvalueerd. |
| Showcase | Goed voorbeeld van (in dit geval) een aandoening waar uitkomsten een grote rol spelen in de kwaliteitscyclus. |
| Waardegedreven zorg | Zorg waarbij het toevoegen van de waarde voor de patiënt centraal staat. |
| Uitkomstgerichte zorg | Zorg waarbij op basis van uitkomstinformatie de kwaliteit van de zorg wordt verbeterd en de waarde voor de patiënt wordt afgemeten aan voor de patiënt belangrijke uitkomsten. |
| Samen Beslissen | Het proces waarin de arts en de patiënt gezamenlijk bespreken welk medisch beleid het beste bij de patiënt past, waarbij alle opties, voor- en nadelen, patiëntvoorkeuren en omstandigheden worden meegenomen. |
| Keuzehulp | Kwaliteitsinstrument waarmee de patiënt inzicht krijgt in de verschillende behandelopties en risico's van de behandeling. |
| Gepersonaliseerde keuzehulp | Kwaliteitsinstrument waarmee patiënt en arts inzicht krijgen in de verschillende behandelopties en risico's en uitkomsten bij verschillende patiëntgroepen. Ook bekend als "Patients-like-me". |
| Individueel patiëntdashboard | Kwaliteitsinstrument waarmee patiënt en arts inzicht krijgen in het verloop van de ziekte van de individuele patiënt, gebaseerd op door de patiënt gerapporteerde uitkomsten. |
| Kwaliteitsnorm | Afspraak waaraan zorg moet voldoen voor behoud en bevordering van kwaliteit, eenduidigheid van zorg en inzichtelijkheid, waarop beleid en uitvoeringspraktijk kan worden getoetst. Dit kan een losstaand document zijn of onderdeel van richtlijn, leidraad of standpunt. |
| Leidraad | Een verzameling van aanbevelingen over vaak organisatorische of uitvoerende zaken. Het betreft adviezen die niet primair betrekking hebben op de medische inhoud, indicatiestelling of diagnostiek. Bevat meestal geen uitkomsten en is daarom niet in de uitkomstgerichte kwaliteitscyclus meegenomen. |
| Patients-like-me Protocol/zorgpad | Zie <i>Gepersonaliseerde keuzehulp</i> . Een lokaal of landelijk opgestelde instructie ter ondersteuning van zorgprofessionals en zorggebruikers, gericht op het verbeteren van de kwaliteit van zorg, zo mogelijk afgeleid van een richtlijn, standpunt of kwaliteitsnorm, die aangeeft hoe in de dagelijkse praktijk te handelen met inachtneming van plaatselijke mogelijkheden en beperkingen. |
| PROs | Patiënt gerapporteerde uitkomsten waarmee het perspectief van de patiënt over zijn/haar gezondheid gerelateerde uitkomsten gemeten wordt. |
| Richtlijn | Een document met aanbevelingen met betrekking tot medische inhoud, indicatiestelling of diagnostiek, gericht op het verbeteren van de kwaliteit van zorg, berustend op systematische samenvattingen van wetenschappelijk onderzoek en afwegingen van de voor- en nadelen van de verschillende zorgopties, aangevuld met expertise en ervaringen van zorgprofessionals en zorggebruikers. |
| Standpunt | Een standpunt is een document dat ingaat op een actuele zorgvraag en tijdelijk richting geeft aan zorgverleners en -gebruikers wanneer een richtlijn ontbreekt of niet meer up-to-date is. Een standpunt wordt ad hoc en versneld opgesteld en kan worden gebruikt als voorloper van één of meer (nieuwe of herziene) richtlijnmodules |
| Uitkomstgegevens | data die worden gemeten en vastgelegd tijdens het zorgproces |
| Uitkomstinformatie | informatie die na bewerken en interpreteren van de uitkomstgegevens kan worden gebruikt op individueel, lokaal en landelijk niveau |

Landelijke programma's

| | |
|-------------------------------------|---|
| Programma Uitkomstgerichte Zorg | Programma van VWS met als doel om uitkomstensets samen te stellen met belanghebbende partijen die inzicht geven in de kwaliteit van zorg en ondersteunend zijn aan samen beslissen. |
| Verduurzamen kwaliteitsregistraties | Programma van de Federatie Medisch Specialisten om de wijze waarop data voor kwaliteitsregistraties worden vastgelegd en verzameld te optimaliseren. |
| Waardegedreven Zorg | Verschillende programma's van NVZ, NFU, SAZ, Santeon om de kwaliteit van de zorg en daarmee de uitkomsten en ervaring van patiënten continu te verbeteren. |
| ZE&GG | Programma Zorgevaluatie en Gepast Gebruik van het Zorginstituut met als doel om zorgevaluatie en de implementatie van gepast gebruik onderdeel van het reguliere zorgproces te maken. |
| Zinnige Zorg (ZiN) | Programma van het van Zorginstituut om te beoordelen of diagnostiek en de therapeutische interventies die deel uitmaken van het basispakket op een patiëntgerichte, effectieve en doelmatige manier worden ingezet. |
| Transparantiekalender | Verzameling kwaliteitsindicatoren waarover het Zorginstituut afspraken heeft gemaakt met zorgaanbieders, verzekeraars, patiëntenorganisaties en andere belanghebbenden en die jaarlijks worden aangeleverd en gepubliceerd. |
| IGJ basisset | Verzameling verbeterdoelen en kwaliteitsindicatoren waarmee de Inspectie toezicht houdt op de ziekenhuizen. |

Afkortingenlijst

| | |
|------|--|
| DCCG | Dutch Colorectal Cancer Group |
| DCRA | Dutch ColoRectal Audit |
| DICA | Dutch Institute for Clinical Auditing |
| FMS | Federatie Medisch Specialisten |
| IGJ | Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd |
| IZA | Integraal Zorg Akkoord |
| NFU | Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra |
| NIV | Nederlandse Internisten Vereniging |
| NOV | Nederlandse Orthopaedische Vereniging |
| NVN | Nederlandse Vereniging voor Neurologie |
| NVvH | Nederlandse Vereniging voor Heelkunde |
| NVZ | Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen |
| NZa | Nederlandse Zorgautoriteit |
| PF | Patiëntfederatie Nederland |
| PRO | Patiënt gerapporteerde uitkomst (patient reported outcome) |
| PROM | Patiënt gerapporteerde uitkomstmaat (patient reported outcome measure) |
| SAZ | Samenwerkende Algemene Ziekenhuizen |
| UZ | Programma Uitkomstgerichte Zorg |
| VWS | Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport |
| ZN | Zorgverzekeraars Nederland |