

Handleiding
voor het opzetten van
**een kwaliteitssysteem
in een huisartsenpraktijk**

VERSIE JUNI 2018

(Voorheen NHG-Praktijkwijzer Kwaliteit & Veiligheid)

INLEIDING	3
RANDVOORWAARDEN CREËREN (PRAKTIJKORGANISATIE)	5
1. <i>Beleidsplan/jaarverslag</i>	5
2. <i>Governance.....</i>	5
3. <i>Middelen en materialen</i>	6
4. <i>Gebouw en Inrichting</i>	6
5. <i>Personeel</i>	6
6. <i>Privacy & gegevensbeheer.....</i>	7
7. <i>Financieel beheer & planning</i>	7
PRIMAIRE PROCES (ZORGVERLENING)	8
A. ONTVANGST EN TRIAGE	8
8. <i>Toegang tot de zorg.....</i>	8
9. <i>Triage.....</i>	8
10. <i>Praktijkinformatie</i>	9
B. PROFESSIONEEL (MEDISCH) HANDELEN	9
11. <i>Gebruik (NHG-)standaarden en richtlijnen.....</i>	9
12. <i>Diagnostiek.....</i>	9
13. <i>Behandeling.....</i>	9
14. <i>Medicatievoorschrift</i>	10
15. <i>Patiëntenvoorlichting.....</i>	10
16. <i>Patiëntgerichtheid.....</i>	10
17. <i>Patiëntveiligheid.....</i>	11
18. <i>Samenwerking met andere zorgverleners.....</i>	11
C. EVALUATIE VAN DE ZORG EN NAZORG	11
19. <i>Evaluatie van het contact.....</i>	11
20. <i>Opvang van onvrede en klachten.....</i>	12
21. <i>Continuïteit en overdracht</i>	12
INFORMATIE VERZAMELEN	13
22. <i>Zorguitkomsten (o.a. indicatoren).....</i>	13
23. <i>Ervaringen patiënten.....</i>	13
24. <i>Ervaringen medewerkers.....</i>	13
25. <i>Risico-inventarisatie en analyse</i>	13
26. <i>Incidentenmelding en -verzameling</i>	14
VERBETEREN EN EVALUEREN	15
A. VERZAMELEN EN COMBINEREN	15
B. PRIORITEREN.....	15
C. PLANNEN	15
BEHEREN EN BORGEN	16
D. SYSTEMATISCHE BEWAKING.....	16
E. BEHEREN EN BORGEN.....	16
BIJLAGE: DEFINITIES	18

INLEIDING

Deze handleiding ondersteunt bij het opzetten van een kwaliteitssysteem in een huisartsenpraktijk. Samen met de bijbehorende digitale achtergronden, voorbeeld- en hulpdocumenten, waarnaar in deze handleiding wordt verwezen, helpt deze de kwaliteit van zorg van de praktijk op belangrijke punten te regelen. Aanpassing op de eigenschappen en aandachtspunten van een specifieke praktijk en de daadwerkelijke toepassing door betrokken medewerkers zijn daarbij voorwaardelijk.

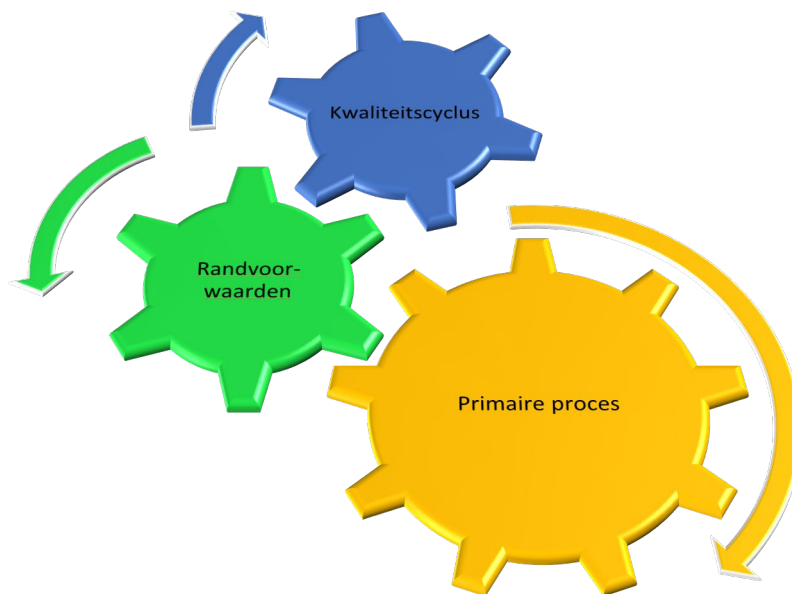
Deze handleiding gaat niet in op de eisen en voorwaarden die aan een kwaliteitssysteem gesteld worden, voor zover deze voortvloeien uit de wet of uit verplichtingen in het kader van een gebruikt accrediterings- of certificeringssysteem. Aanvullende informatie daarover is te vinden in het NHG-dossier '[Organisatie van kwaliteit in de praktijk](#)', specifiek de publicaties:

- [Kwaliteitsdomeinen in de huisartsenvoorzieningen - wettelijk kader, professionele verankering en ondersteuning](#) (pdf)
- [NHG ondersteunt bij leveren 'goede zorg' volgens wet \(Artikel NHG-katern H&W: 2017-03\)](#) (pdf)

De term **kwaliteitssysteem** is de verzamelnaam voor alle afspraken die binnen en buiten de praktijk zijn gemaakt om op georganiseerde en zorgvuldige wijze te kunnen werken en verantwoorde zorg te kunnen verlenen (zie de **BIJLAGE: DEFINITIES**). Dit vraagt expliciet om *praktijkorganisatorische* werkafspraken, overeenkomsten en *medisch-inhoudelijke* protocollen, maar ook om bijvoorbeeld registraties van verbetermaatregelen en kwaliteitsdoelen. Ingekochte en uitbestede processen, producten en diensten die kritisch zijn voor de kwaliteit van de zorg- en dienstverlening verdienen speciale aandacht.

Veel van de werkzaamheden zullen geborgd zijn in het vakmanschap en de deskundigheid van de huisarts, medewerker en eigenaar van de huisartsenvoorziening. Vooral bij risicovolle onderdelen van de zorg, de organisatie en voor het monitoren van kwaliteits-, beleids- en verbetermaatregelen zal behoefte zijn aan documentatie.

Schematisch kan het kwaliteitssysteem worden weergegeven zoals in onderstaande figuur. Het Primaire Proces (zorgverlening) staat centraal. Om te komen tot een adequaat kwaliteitssysteem zijn een aantal Praktijkorganisatorische Randvoorwaarden nodig. Deze zullen als eerste worden beschreven in deze handleiding. Om de kwaliteit te meten, verbeteren, en borgen, wordt meestal gebruik gemaakt van de stappen in de PDCA-(Plan-Do-Check-Act)-kwaliteitscyclus van Deming. Deze stappen zijn ook in deze handleiding gebruikt en uitgewerkt.



Primaire Proces (Zorgverlening)

- Ontvangst en Triage
- Professioneel (medisch) handelen
- Evaluatie en continuïteit

Randvoorwaarden (Praktijkorganisatie)

- Beleid(splan) en governance
- Middelen & materialen
- Gebouw & inrichting
- Personeel en Financiën

Kwaliteitscyclus

- Informatie verzamelen
- Verbeteren en evalueren
- Beheren en borgen

RANDVOORWAARDEN CREËREN (PRAKTIJKORGANISATIE)

1. Beleidsplan/jaarverslag

Een beleidsplan helpt met het prioriteren en plannen van kwaliteitsverbeteringen en het maken van keuzes in de praktijkorganisatie. Tevens is het beleidsplan uitgangspunt voor het evalueren van de plannen, de projecten en de resultaten, zoals samen te vatten in het jaarverslag. Het jaarverslag en nieuwe ontwikkelingen vormen vervolgens de basis voor bijstelling van het beleidsplan. Kennis van en inzicht in de samenstelling van de praktijkpopulatie, de hoeveelheid verrichtingen en de geleverde (kwaliteit van de) zorg zijn belangrijke aspecten om in beeld te hebben.

Het inventariseren van de wensen en verwachtingen van uw collega's en medewerkers is de basis van motivatie voor werken aan kwaliteit. Zorg voor momenten waarop u als team investeert in kennis, teamsfeer en voorbeelden rondom kwaliteitsbeleid en formuleer een eerste gezamenlijke visie.

Ook voor mensen of organisaties buiten de praktijk is het jaarverslag/beleidsplan geschikt, al dan niet in aangepaste versie. Steeds vaker hebben patiënten en externe organisaties behoefte aan inzage in de organisatie, werkwijze en kwaliteitsontwikkeling van de huisartsenvoorziening.

Beschikbare ondersteuning:

- [NHG-handleiding Beleidsplan + Jaarverslag \(versie 2016\)](#) (pdf) + [Hulpdocumenten](#) (zip)

2. Governance

Om goede zorg te kunnen leveren is goed bestuur van en intern toezicht op een zorginstelling belangrijk. Praktijkhouders en directies van dienstenstructuren en zorggroepen zijn daarom aan meer regelgeving gebonden dan bijvoorbeeld hidsa's en waarnemend huisartsen. Zo zouden praktijkhouders op basis van de Wet toelating zorginstellingen (WTZi) elk jaar verantwoording moeten afleggen over de manier waarop zij het geld uit de Zorgverzekeringswet (Zvw) besteden. Doorgaans voldoet voor huisartsenpraktijken, gezien de gemiddelde omvang, een accountantsverklaring (tenzij er 50 of meer mensen werkzaam zijn). Daarnaast verbiedt de Mededingingswet (Mw) praktijkhouders om te onderhandelen over de prijs of concurrentiegevoelige informatie uit te wisselen.

Een kwaliteits- en beleidsmanagementsysteem (KMS) is een hulpmiddel voor het management en de directie van een huisartsenvoorziening om processen te beheersen en om de kwaliteit van de organisatie op systematische wijze te sturen. Het doel is systematiek (samenhang, orde, regelmaat) in het kwaliteitsmanagement aan te brengen en daarmee de kwaliteit van de zorgverlening te verbeteren. Een periodieke directiebeoordeling van het KMS is zinvol om vast te stellen of de beoogde resultaten worden bereikt. Daarnaast kan een KMS voor alle medewerkers een houvast bieden door daarin relevante procedures en werkafspraken vast te leggen (*handboek*), door overzicht te bieden van en samenhang te bewaken tussen de verschillende acties op het gebied van kwaliteit (*monitor*). Desgewenst kan een KMS externe partijen inzicht geven in de wijze waarop de huisartsenvoorziening kwaliteit borgt en verbetert (*transparantie*).

Elke zorginstelling met een WTZi-toelating is wettelijk verplicht om een Raad van Toezicht te hebben die onafhankelijk werkt van het bestuur/directie.

Beschikbare ondersteuning:

- [Governancecode Zorg \(BOZ\)](#)

3. Middelen en materialen

Medische instrumenten en – materialen (officieel ‘medische hulpmiddelen’ genoemd) zijn alle instrumenten, apparaten, materialen, geneesmiddelen en stoffen die worden gebruikt voor onderzoek of behandeling van patiënten.

Binnen medische hulpmiddelen maakt men onderscheid tussen *gebruiksmiddelen*, zoals een reflexhamer en onderzoeksbank, en *verbruiksmiddelen* voor eenmalig gebruik, zoals tongspatels, genees- of verbandmiddelen en disposables.

Zonder deze medische instrumenten en - materialen kan een huisarts geen goede zorg verlenen. De noodzakelijke kwaliteit en uitgebreidheid zijn af te leiden uit het zorgaanbod en de wet-/regelgeving, richtlijnen en aanbevelingen van de professionele standaard voor de huisartsenvoorziening. De noodzakelijke voorraad van de medische hulpmiddelen volgt uit het gebruik en verbruik binnen een bepaalde periode en de mate beschikbaarheid gedurende het onderhouds- en reinigingsproces van de gebruiksmiddelen.

Beschikbare ondersteuning:

- [NHG-themapagina Beheer medische instrumenten en – materialen](#)
- [NHG-Checklist Spoedgeneesmiddelen](#)

4. Gebouw en Inrichting

Het is belangrijk dat het gebouw waarin de huisartsenvoorziening is gevestigd in de buurt van haar patiëntengroep staat en dat de voorzieningen minimaal voldoende zijn voor het leveren van het basisaanbod huisartsenzorg. Daarbij verdient de toegang voor patiënten met beperkingen aandacht, net als het bieden van bescherming bij het bespreken en verwerken van privacygevoelige informatie.

Beschikbare ondersteuning:

- [LHV- Bouwadvies - 10 gouden regels van de bouwadviesgroep](#)

5. Personeel

De formatie en de vereiste competenties van de (tijdelijke) medewerkers, zoals huisartsen, praktijkverpleegkundigen, praktijkondersteuners, doktersassistentes en stagiaires (in-opleiding) volgt uit de zorgbehoefte en het door de huisartsenvoorziening vastgestelde zorgaanbod, en is voldoende om verantwoorde zorg te kunnen verlenen.

Het is mogelijk om medische handelingen aan andere medewerkers binnen de huisartsenvoorziening te delegeren, mits dit zorgvuldig gebeurt. Dat kan door medewerkers specifieke kennis en vaardigheden bij te brengen, heldere protocollen te hanteren en geregeld te checken of de medewerkers bekwaam zijn, de protocollen goed werkbaar vinden en juist toepassen.

Om de taken, verantwoordelijkheden, bevoegd- en bekwaamheden goed af te stemmen zijn structureel overleg, individuele functioneringsgesprekken en een personeelsdossier nodig.

Ook heeft elke huisartsenvoorziening de verantwoordelijkheid om te zorgen voor een veilige werkomgeving (ARBO).

Beschikbare ondersteuning:

- [NHG dossier ‘Delegeren van medische handelingen’](#)
- [Personeelsmanagement \(LHV\)](#)
- [Modelprotocol vermeend disfunctioneren \(LHV\)](#)

6. Privacy & gegevensbeheer

De huisartsenvoorziening beheert het elektronisch dossier van de patiënt en zorgt dat dit zodanig geordend en up-to-date blijft dat eenvoudige en doeltreffende uitwisseling mogelijk is met andere zorgverleners die bij de behandeling en zorg van de patiënt betrokken zijn. Daarnaast is borging van de privacy en beveiliging van de onderhavige persoonsgegevens van patiënten belangrijk.

De nieuwe privacywet: de Algemene Verordening Gegevensbescherming (AVG, ingangsdatum 25 mei 2018) stelt een aantal aanvullende eisen ten opzichte van de Wet bescherming persoonsgegevens (Wbp). Deze nieuwe verplichtingen zijn er vooral op gericht om:

- Gegevens beter te beveiligen;
- Patiënten meer controle te geven over hun gegevens;
- Te stimuleren gericht beleid te maken op het gebruik en de verwerking van persoonsgegevens.

Beschikbare ondersteuning:

- [NHG -themapagina Informatiebeveiliging](#)
- [LHV - dossier Privacywet AVG](#)
- [KNMG - Privacy en patiëntengegevens](#)
- [LHV - Overdracht patiëntendossier](#)

7. Financieel beheer & planning

Bij een professionele praktijk hoort een gezonde bedrijfsvoering met aandacht voor de financiële en administratieve aspecten van de praktijkvoering. Het bestuur moet ervoor zorgen dat financiën goed beheerd worden en dat de zorg die de huisartsenvoorziening levert op de juiste manier gedeclareerd wordt.

Beschikbare ondersteuning:

- [Financiering huisartsenzorg \(LHV\)](#)

primaire proces (ZORGVERLENING)

A. Ontvangst en Triage

8. Toegang tot de zorg

Uw bereik- en beschikbaarheid voor zorgvragen van uw patiënten regelt u onder meer door een goede toegankelijkheid van uw praktijk. Daarbij zijn de volgende zaken kritisch:

- (Telefonische) bereikbaarheid bij spoedgevallen
- Fysieke bereikbaarheid praktijkgebouw/spreekkamer voor mensen met een beperking.
- Beschikbaarheid van noodzakelijke hulpverleners in de praktijk.

Dit moet leiden tot laagdrempelige toegang van generalistische goede¹ medische zorg dichtbij huis, 24 uur per dag en 7 dagen in de week, afgestemd op de behoeften van allerlei groepen patiënten in het eigen zorggebied.

Beschikbare ondersteuning:

- Toekomstvisie Huisartsenzorg 2022 (NHG & LHV)
- Voorbeeld-protocollen 'Instroommanagement patiëntencontacten' en 'Afhandelen inkomende telefoons m.b.v. telefooncentrale' onder 'Gerelateerde informatie' in NHG-dossier Spoed

9. Triage

Om triage juist en verantwoord te laten verlopen is het nodig dat uw praktijk:

- Heeft nagedacht hoe de triage in de praktijk moet verlopen en dit heeft vastgelegd en besproken met de praktijkassistente(s);
- Aangeeft hoe hulpvragen moeten worden afgehandeld;
- Duidelijkheid geeft over wie wat mag doen bij de afhandeling van ontvangen vragen (bevoegdheidsverdeling) en hoe overleg met de huisarts mogelijk is;
- Er voor zorgt dat voldoende gekwalificeerd personeel beschikbaar is;
- Er voor zorgt dat degenen die de triage uitvoeren de hulpvraag en de afhandeling registreren;
- Zelfzorgadviezen autoriseert.

Een juiste inschatting van de urgentie van de hulpvraag van de patiënt of zijn vertegenwoordiger is nodig om binnen het kader van beschikbaarheid van mensen en middelen in de praktijk de juiste zorg op het juiste moment te geven. Omdat triage een professionele en risicovolle handeling betreft, is hiervoor periodiek onderhoud en borging van kennis, mensen en middelen nodig.

Beschikbare ondersteuning:

- NHG-TriageWijzer
- NHG - Voorbeeld-werkafpraak Triagesysteem onder 'Gerelateerde informatie' in NHG-dossier Spoed

¹ Goede zorg is zorg van goede kwaliteit en van goed niveau: in ieder geval veilig, doeltreffend, doelmatig en cliëntgericht, tijdig en afgestemd op de reële behoefte van de cliënt, waarbij zorgverleners handelen in overeenstemming met de op hen rustende verantwoordelijkheid, voortvloeiende uit de professionele standaard en waarbij de rechten van de cliënt zorgvuldig in acht worden genomen en de cliënt ook overigens met respect wordt behandeld (Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg; Wkkgz).

10. Praktijkinformatie

Dit betreft informatie over het zorggebied (het praktijkgebied) waarbinnen de praktijk kan voldoen aan de eisen en verwachtingen voor beschikbaarheid en bereikbaarheid, in een vorm die past bij de eigen patiënten (populatie) en die goed toegankelijk is. Het betreft een combinatie van digitale communicatie (eigen website of verwijzing naar betrouwbare websites van derden), schriftelijke communicatie in de wachtkamer (folders, informatiescherm) en mondelinge communicatie.

Beschikbare ondersteuning:

- [NHG-Checklist praktijkfolder + -website over praktijkorganisatie](#)
- www.kiesuwhuisarts.nl (LHV & NIVEL)

B. Professioneel (medisch) handelen

11. Gebruik (NHG-)standaarden en richtlijnen

De zorgverlener wordt geacht te handelen in overeenstemming met de op hen rustende verantwoordelijkheid; (1) volgens de normen, wet- en regelgeving en wetenschappelijke inzichten zoals neergelegd in richtlijnen en protocollen van de beroepsgroep, of (2) hiervan gemotiveerd afwijkend op basis van specifieke situaties van de patiënt, en (3) handelen met de ervaring van een redelijk bekwaam arts van gelijke medische categorie, in gelijke omstandigheden en met middelen die in redelijke verhouding staan tot het concreet behandelingsdoel.

Beschikbare ondersteuning:

- [NHG-Richtlijnen en Praktijk \(medisch handelen en praktijkorganisatie\)](#)

12. Diagnostiek

Diagnostiek is een belangrijk hulpmiddel om verantwoorde zorg aan patiënten te leveren. Het is belangrijk daarbij de kwaliteit en veiligheid van het hele proces te monitoren: van (de juiste indicatie voor) de aanvraag, de uitvoering, het verwerken en beoordelen van de uitslag tot het bespreken en opvolgen met de patiënt.

Veel zorgverleners en schakels zijn betrokken bij het aanvragen, uitvoeren en verwerken van diagnostiek. Daarom is het zinvol duidelijke afspraken binnen uw huisartsenvoorziening te maken, wie wat doet en wie waarvoor verantwoordelijk is.

Een goede methode om binnen uw huisartsenvoorziening gerichte verbeteracties rondom het aanvragen van diagnostiek in gang te zetten is het organiseren van een groepsbespreking of een diagnostisch toetsoverleg (DTO).

Bepaalde diagnostische handelingen die een risico voor de patiënt met zich meebrengen, zijn voorbehouden aan daartoe bevoegde en bekwame zorgverleners.

Beschikbare ondersteuning:

- [LESA Rationeel aanvragen laboratoriumdiagnostiek \(NHG\)](#)
- [Risicoscan + voorbeeld-protocol laboratoriumdiagnostiek in de huisartsenpraktijk](#)
- [Handleiding voor de opzet en uitvoering van een Diagnostisch Toetsoverleg in de huisartsenzorg \(DTO\)](#)

13. Behandeling

Behandeling van alle gezondheids- of ziektegerelateerde problemen en klachten, op basis van de professionele standaard en voor zover onderdeel van het basis- en aanvullend aanbod van de

huisartsenzorg, met speciale aandacht voor het feit dat bepaalde behandelingen die risico voor de patiënt met zich meebrengen, zijn voorbehouden aan daartoe bevoegde en bekwame medewerkers.

Beschikbare ondersteuning:

- [NHG-scholing & e-learning](#)
- [NHG-themapagina Delegeren medische handelingen](#)

14. Medicatievoorschrift

Het voorschrijven van actuele, recente of nieuwe medicatie, afstemming over medicatie tussen zorgverleners en de overdracht van medicatiegegevens aan andere zorgverleners vormen een belangrijk veiligheidsrisico voor de patiënt. Essentieel voor een veilig medicatieproces zijn: goede samenwerking en afspraken tussen patiënt, arts, apotheker, zorgmedewerker en zorgorganisatie, en een actueel medicatieoverzicht inclusief de door andere zorgverleners voorgeschreven medicatie.

Het maken van herhaalreceptuur is van oudsher gedelegeerd aan de praktijkassistente. Dat gaat vaak zonder vastgelegde afspraken en lijkt in de praktijk in de samenwerking tussen arts en assistente weinig problemen te geven. Er is echter inhoudelijk veel verbetering mogelijk.

Beschikbare ondersteuning:

- [NHG-Dossier Farmacotherapie](#)
- [Voorschrijven nieuwe- actuele of recente medicatie - voorbeeldprotocol](#)
- [Farmacotherapeutische richtlijn Geneesmiddelen en zuurstof in spoedeisende situaties](#)
- [Overzicht spoedeisende indicaties, geneesmiddelen en doseringsadvies](#)
- [Farmacotherapie voor de huisarts \(zakboekje NHG\)](#)

15. Patiëntenvoorlichting

Patiëntenvoorlichting splitst zich op in zowel voorlichting over de organisatie van uw huisartsenvoorziening (zie [PRAKTIJKINFORMATIE](#)), als het verstrekken van informatie over klachten, aandoeningen en adviezen voor, tijdens of na het contact met de huisarts of medewerker.

Patiënten kunnen zelf of samen met medewerkers binnen de huisartsenvoorziening aan de slag met betrouwbare informatie over hun probleem of aandoening. Dit kan vóór, tijdens of na het consult. Ook kan informatie worden verstrekt om patiënten in staat te stellen het voorgestelde beleid, alternatieven en de betrokken risico's te begrijpen en hierin zelf keuzes te maken.

Beschikbare ondersteuning:

- [Patiëntenvoorlichting via Thuisarts.nl \(NHG\)](#)
- [Kennismakingsgesprek-met-huisarts \(NHG\)](#)

16. Patiëntgerichtheid

Tijdens de voorbereiding, uitvoering en nazorg van alle patiëntencontacten is het belangrijk oog te hebben voor de specifieke lichamelijke, psychische en sociale kenmerken van de patiënt en de patiënt te betrekken bij medische beslissingen. Goede communicatie en respect voor de behoeften, wensen en waarden van de patiënt vormen hiervoor de basis.

Beschikbare ondersteuning:

- [NHG-Dossier persoonsgerichte zorg](#)

17. Patiëntveiligheid

Het is belangrijk om onbedoelde fouten in het zorgproces (incidenten) en uitingen van patiënten over onplezierige ervaringen (klachten) serieus te nemen. Ze kunnen structurele verbeterpunten in beeld brengen, tot meer begrip van patiënten leiden en in de toekomst grotere fouten en klachten voorkomen.

Onbedoelde fouten maken is menselijk en berust vaak op vermijdbare en onlogische stappen in de organisatie van uw praktijk of huisartsenpost. Samen kijken naar en leren van fouten, maar ook het inschatten van risico's maken de zorg voor uw patiënten veiliger. Daarvoor kijkt u naar wat er (bijna) fout ging, en schat u in wat er fout kán gaan.

Beschikbare ondersteuning:

- [NHG-Themapagina Patiëntveiligheid](#)
- [Veilig Incident Melden \(VIM\) \(NHG\)](#)
- [Prospectieve risico-inventarisatie \(NHG\)](#)
- [Verbeterplan schrijven handleiding + format \(NHG\)](#)
- [Veilige principes van medicatie verder in praktijk \(NHG\)](#)
- [Meetinstrument voor veiligheidscultuur \(SCOPE\)](#)
- [Scholing:](#)
 - [Leren van incidenten en klachten \(PIN 21/03\)](#)
 - [NHG StiP-cursus Starten met VIM](#)
 - [NHG StiP-cursus Verdieping in VIM-analyse](#)
 - [NHG StiP-cursus Verdieping in VIM-analyse \(praktijkondersteuning\)](#)
 - [EKC-vervolgcursus Veilig Incident Melden](#)
- [LHV - Handreiking Patiëntveiligheid in de huisartsenzorg](#)

18. Samenwerking met andere zorgverleners

Samenwerking met en overdracht aan andere zorgverleners staan in dienst van de continuïteit en de kwaliteit van de zorg. Hierbij wordt rekening gehouden met de wensen van de patiënt binnen redelijke grenzen.

Structureel overleg kan een goede samenwerking stimuleren tussen alle zorgverleners die bij de zorg betrokken zijn

Beschikbare ondersteuning:

- [Landelijke Eerstelijns Samenwerkingsafspraken \(NHG\)](#)

C. Evaluatie van de zorg en nazorg

19. Evaluatie van het contact

De zorgverlener die het contact met de patiënt afsluit, controleert bij de patiënt of de geboden zorg aan zijn vraag heeft voldaan. Als de patiënt vindt dat dit niet of onvoldoende het geval is, gaat de zorgverlener samen met de patiënt na of daar alsnog aan tegemoet kan worden gekomen, passend binnen het aanbod.

Bij afsluiting van een contact spreekt de zorgverlener met de patiënt af wat zij doen als achteraf blijkt dat het probleem van de patiënt niet of onvoldoende is opgelost. Bij een onverwacht verloop van een zorgvraag of wanneer een eerste beoordeling en/of diagnose duidelijk afwijkt van die bij een vervolcontact, informeren de betrokken zorgverleners elkaar daarover.

Beschikbare ondersteuning:

- [NHG-themapagina Patiënten betrekken bij praktijkorganisatie](#)
- [NHG-Thuisarts.nl: Hoe verloopt een bezoek aan de huisarts?](#)

20. Opvang van onvrede en klachten

Het is belangrijk dat patiënten die de zorgverlening in een huisartsenvoorziening als onprettig hebben ervaren, hun onvrede of klacht makkelijk kunnen bespreken. Ook is het belangrijk dat zorgverleners open staan voor het signaleren van onvrede en het bespreken van klachten. Een laagdrempelige klachtenregeling draagt bij aan het (herstel van) vertrouwen van de patiënt in de huisartsenvoorziening of een specifieke medewerker.

Slaagt deze opzet niet, dan is bemiddeling door een onafhankelijke klachtenfunctionaris mogelijk. Deze helpt zowel de zorgverlener als de patiënt een oplossing te vinden. Lukt dit ook niet en komt uit de klacht een geschil voort, dan kan voor bemiddeling en eventueel een bindend oordeel worden doorverwezen naar een landelijke en erkende geschilleninstantie.

Beschikbare ondersteuning:

- [NHG-themapagina Klachtenopvang](#)
- [LHV - Model klachtenregeling](#)

21. Continuïteit en overdracht

Wordt de behandelrelatie tussen de huisartsenvoorziening en de patiënt beëindigd? Dan spant de praktijk zich in om het medische dossier zorgvuldig over te dragen ten bate van een goede voortgang van de zorgverlening. De praktijk mag verwachten dat de patiënt hier ook aan meewerkt.

Beschikbare ondersteuning:

- [Overdracht patiëntendossier \(LHV\)](#)

Informatie verzamelen

- Laat alle medewerkers in de praktijk actief op zoek gaan naar verbeterpunten. Dit levert betrokkenheid en discussie op. Gebruik de gezamenlijke visie als focus van de zoekactiviteiten.
- Verzamel objectieve gegevens die de basis vormen voor kwaliteitsmeting (indicatoren) in uw praktijk en vergelijk deze met andere praktijken (benchmark). Zo komt u te weten waar uw praktijk goed in is, maar ook waar het beter kan.
- Gebruik een risicoanalyse-instrument om globaal te inventariseren wat de grootste risico's en knelpunten zijn voor uw patiënten of medewerkers in het zorgproces van uw praktijk. Doe dit met het team. Gebruik hierbij als basis per onderwerp de volgende vragen:
 - Wat is er al geregeld en hoe groot is de kans dat het misgaat?
 - Wat kan gedaan worden om te voorkomen dat het misgaat?

22. Zorguitkomsten (o.a. indicatoren)

Kwaliteitsindicatoren zijn meetbare elementen van de zorgverlening die een aanwijzing geven over de kwaliteit ervan en hebben een signaleringsfunctie: ze geven geen directe maat voor kwaliteit, maar wijzen op bepaalde prestatieaspecten en kunnen aanleiding geven tot nader onderzoek. Gangbaar is de indeling in structuur-, proces- en uitkomstindicatoren.

Beschikbare ondersteuning:

- [NHG - Indicatoren Medisch Handelen](#)

23. Ervaringen patiënten

De mening en het perspectief van de patiënt zijn belangrijk voor kwaliteitsmeting en -verbetering van de praktijk. Dit kan zowel in de vorm van een enquête als met interactieve methoden zoals een patiënten-interview, -panel of -raad.

Beschikbare ondersteuning:

- [NHG-themapagina Patiënten betrekken bij praktijkorganisatie](#)

24. Ervaringen medewerkers

Het is zinvol, maar niet wettelijk verplicht om regelmatig de medewerkers te bevragen en terugkoppeling te geven over de tevredenheid over hun werksituatie, arbeidsomstandigheden, betrokkenheid, motivatie, loyaliteit, gevoel van veiligheid en het effect daarvan op de werksfeer, verloop, verzuim, effectiviteit, efficiëntie, klantgerichtheid en productiviteit. Zorg ook voor een procedure om klachten van medewerkers op te vangen en af te handelen. Tevreden medewerkers hebben een positieve invloed op de kwaliteit van de patiëntenzorg.

Wél wettelijk verplicht is het uitvoeren van een risico-inventarisatie & -evaluatie (RI&E). Hiermee brengt u de veiligheids- en gezondheidsrisico's van uw medewerkers in kaart, evalueert u gevaren en risico's verwerkt deze in een plan van aanpak.

Beschikbare ondersteuning:

- [LHV - RI&E \(Risico-inventarisatie & -evaluatie medewerkers\)](#)

25. Risico-inventarisatie en analyse

Een risicoscan en -analyse is bedoeld om globaal te inventariseren wat de grootste risico's en knelpunten zijn voor uw patiënten in het zorgproces van de huisartsenvoorziening. Enkele vragen daarbij zijn: 'Wat kan er misgaan en hoe ernstig is dat? Wat is er al geregeld en hoe groot is de kans dat het misgaat? Wat kan gedaan worden om te voorkomen dat het misgaat?'. De nadruk ligt dus

niet op ingecalculerde risico's in de zorgverlening zoals complicaties, maar meer op het verminderen van risico's op vermijdbare fouten. Hoe meer mensen binnen de organisatie een risicoscan invullen, hoe beter de opbrengst.

Beschikbare ondersteuning:

- [NHG - Themapagina Patiëntveiligheid](#)
- [NHG - Hoe verricht ik een prospectieve risico-inventarisatie?](#)

26. Incidentenmelding en -verzameling

Systematisch en intern melden, registreren, analyseren, herstellen en opvolgen van (bijna-) incidenten helpt om structurele weeffouten in de organisatie van de zorgverlening op te sporen en grotere fouten in de toekomst te voorkomen. Voorwaarde voor een goed functionerende VIM-procedure is een werkcultuur van onderling vertrouwen en veiligheid rondom het melden van incidenten: 'Veilig' wil zeggen dat de melder met een veilig gevoel kan melden wat er misgaat, zonder dat dit leidt tot individuele maatregelen.

Beschikbare ondersteuning:

- [NHG - Themapagina Patiëntveiligheid](#)
- [NHG - Hoe zet ik een VIM procedure op?](#)

Verbeteren en evalueren

A. Verzamelen en combineren

Naar aanleiding van de Informatie verzameling, zoals hiervoor beschreven, komen verbeterpunten en –activiteiten naar voren. Wanneer verschillende verbeteractiviteiten met elkaar samenhangen, doet u er goed aan om ruim voor de start na te denken wat nodig is om al deze activiteiten zo logisch en efficiënt mogelijk uit te voeren.

Denk ook aan persoonlijke ontwikkeling en (na)scholing van huisartsen en medewerkers die nodig zijn om de gewenste verbeteringen te bereiken.

Zijn er ook externe partijen bij een plan betrokken en is de financiële begroting een onlosmakelijk onderdeel van de planning? Kies dan voor een projectplan. Losse acties, zoals het bellen van een adviseur of het bestellen van naaldcontainers, zijn eenvoudig en kunnen zonder specifiek plan worden uitgevoerd.

Beschikbare ondersteuning:

- [verbeteringsplan schrijven – handleiding \(pdf\) + format \(word\)](#)
- [voorbeeld-procedure voor systematisch verbeteren](#)
- achtergronden voor het schrijven van een projectplan in het [Handboek Praktijkvoering in de huisartsgeneeskunde](#)
- [NHG-nascholing](#)

B. Prioriteren

Ga na in hoeverre de uitkomsten van de voorbereidende acties (wensen, gegevensverzameling, scan potentiële risico's) samenvallen, of juist van elkaar afwijken.

Maak een rangorde en zet de meest samenvallende en genormeerde² onderwerpen bovenaan en eindig met de zaken die niet objectief aantoonbaar zijn of voornamelijk persoonlijke wensen betreffen.

C. Plannen

De ranglijst geeft u zicht op de omvang en prioriteiten van uw verbetermogelijkheden. Ga na in hoeverre u voor het aanpakken van deze onderwerpen in de komende jaren gebruik kunt maken van de beschikbare tijd en expertise van uw collega's en medewerkers. Zet zo nodig scholing in voor of betrek externe deskundigheid bij de uitvoer van uw verbeteringen.

Maak een SMART-planning van alle activiteiten die u wilt uitvoeren en coördineren. Dit overzicht bevat losse acties die eenvoudig en snel uitvoerbaar zijn, maar ook zaken die een planmatige aanpak vragen (bestaande uit meerdere activiteiten). Zorg dat alle medewerkers deze agenda altijd kunnen inzien en gebruik deze tijdens uw reguliere overleg in de praktijk.

Beschikbare ondersteuning:

- [verbeteringsplan schrijven – handleiding + format \(NHG\)](#)
- [NHG-erkende praktijkconsulenten](#) en [NHG-erkende kaderhuisartsen](#).

² voor professioneel handelen en/of voor een certificeringssysteem vereist.

Beheren en BORGEN

D. Systematische bewaking

Systematische bewaking betekent dat de praktijk zich voortdurend inspant om zo zorgvuldig en optimaal als mogelijk zorg te verlenen. Een veranderende werkomgeving, professionele standaard, patiëntengroepen en (kennis van) de zorgverleners maken dat cyclisch gegevens verzamelen, verbeterpunten kiezen, haalbare doelen stellen, acties uitvoeren, evalueren en bijstellen (plan-do-check-act) nodig zijn om kwaliteit te behouden. Er zijn diverse bronnen voor de gegevensverzameling en het identificeren van verbetermogelijkheden, zoals patiëntervaringen, registraties van incidenten, resultaten van interne audits, risicoscans en het jaarverslag. Een systematische vergelijking van de eigen huisartsenvoorziening met de gegevens van andere organisaties die onder vergelijkbare omstandigheden werken (benchmarking), geeft inzicht in de (relatieve) sterktes en zwaktes.

Door systematische bewaking van de kwaliteit binnen uw huisartsenvoorziening kunt u met regelmaat de noodzakelijke aanpassingen in uw organisatie doorvoeren. Daarbij is het belangrijk zowel aandacht te hebben voor aspecten van de directe zorgverlening aan de patiënt, als de randvoorwaarden om deze zorg te kunnen leveren.

E. Beheren en borgen

Wanneer u verbeteracties heeft uitgevoerd, is het belangrijk dat u de resultaten voor de toekomst **beheert** en:

- Makkelijk kunt gebruiken:
 - o door goede ordening altijd snel te vinden zijn;
 - o door goed onderhoud altijd de juiste versie bevatten.
- Makkelijk kunt (laten) zien:
 - o voor kwaliteitsbeleid in eigen praktijk;
 - o voor vergelijking met collega-praktijken en transparantie naar externen.

Tevens zult u het belang ervaren om de resultaten te **behouden**, omdat u zuinig wilt omspringen met kosten en inspanningen die u heeft geïnvesteerd.

Daarom is het belangrijk dat u de resultaten **borgt** om verlies van kwaliteit te voorkomen. U mag er niet zo maar vanuit gaan dat kwaliteit behouden blijft, want de voorzieningen en omgeving van uw praktijk, de samenstelling, kennis en vaardigheid van de medewerkers, de toepassingsmogelijkheden en de samenstelling van uw patiëntenpopulatie veranderen voortdurend wat een potentiële bedreiging vormt voor de kwaliteit en veiligheid van de zorgverlening in uw praktijk.

Het is zaak dat u dus al voordat u start met het opbouwen van een **kwaliteitssysteem** bedenkt hoe u een overzicht gaat bijhouden van alle te beheren en te borgen resultaten, zodat u goed in beeld heeft welke zaken in de toekomst onderhoud behoeven en wie hiervoor verantwoordelijk is. Daarbij kunt u denken aan:

- Procedures:
 - o protocollen
 - o werkafspraken (intern, extern)
- Hulpdocumenten:
 - o lijsten (check-, actie-)
 - o schema's (stroom-, figuur)
 - o formulieren (verwijs-, inschrijf-)

- tabellen
- plannings
- naslagwerken

Bewijsstukken:

- projecten (bouw-, vernieuwings-)
- certificaten, registraties

Onderhouds-, ijkings-, vervang-, expiratiedatums.

Beschikbare ondersteuning:

- Beleids- en kwaliteitsmonitor – voorbeeld NHG
- Beheer kwaliteitssysteem – voorbeeldprocedure NHG
- Interne controle kwaliteitssysteem – voorbeeldprocedure NHG
- Onderdelenlijst van kwaliteitssysteem

BIJLAGE: DEFINITIES

<p>Kwaliteit</p>	<p>De mate waarin een product of dienst voldoet aan de verwachtingen en/of eisen van de afnemer(s) en/of stakeholders.</p> <p>De zes internationaal erkende kwaliteitsaspecten zijn:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Patiëntgerichtheid: de huisartsenzorg is afgestemd op de behoeften, wensen en waarden van de patiënt. 2. Veiligheid: de zorg is gericht op het vermijden van risico's en fouten die schade kunnen toebrengen aan patiënten en medewerkers. 3. Effectiviteit: de geleverde zorg leidt tot het behalen van de gestelde gezondheidsdoelen. 4. Efficiency: verspilling wordt vermeden. 5. Tijdigheid: de zorg wordt op het juiste moment geleverd. Goede bereik- en beschikbaarheid van zorgverleners is daarbij een randvoorwaarde. 6. Gelijkheid: alle patiëntengroepen ontvangen gelijkwaardige zorg.
<p>Kwaliteitsdomeinen van de huisartsenvoorziening</p>	<p>De door NHG gekozen indeling in Kwaliteitsdomeinen bieden een samenhangend en werkbaar kader voor het kwaliteitsbeleid van de huisartsenvoorziening en zijn gebaseerd op de kwaliteitsnormen/-domeinen van NHG-Praktijkaccreditering® en de domeinen zoals gehanteerd in het proefschrift 'Development of a Quality Instrument for Dutch Academic General Practices van J.M.C. Bleeker (2014).</p>
<p>Kwaliteitseisen</p>	<p>Verwachtingen die expliciet uitgesproken zijn en waarover afspraken gemaakt zijn (bijv. ten aanzien van borging of handhaving).</p>
<p>Kwaliteitsindicator</p>	<p>Meetbaar aspect uitgedrukt in een getal, percentage of ratio, dat iets zegt over de kwaliteit van zorg, gewoonlijk gebaseerd op een norm waaraan voldaan moet worden.</p> <p>Kwaliteitsindicatoren hebben een signaleringsfunctie: ze geven niet per se een directe maat voor kwaliteit maar wijzen op bepaalde prestatieaspecten en kunnen aanleiding geven tot nader onderzoek.</p>
<p>Kwaliteitscyclus</p>	<p>Een cyclus van handelingen gericht op kwaliteitsverbetering. Het heet ook wel verbetercyclus of PDCA-cyclus (van 'plan, do, check, act'): de zogenoemde Deming-cyclus. De PDCA-cyclus impliceert dat elk productie- of bedrijfsproces kan worden verbeterd door telkens kleine veranderingen te introduceren en uit te proberen ('rapid cycle improvement'). In plaats van 'check' wordt ook wel 'study' gebruikt, afgekort PDSA-cyclus.</p> <p>(Bron: Zorginstituut Nederland)</p>

<p>Kwaliteitsborging</p>	<p>Het aspect van kwaliteitsmanagement dat gericht is op het blijven voldoen aan kwaliteitseisen (HKZ).</p> <p>Om te zorgen dat diensten aan kwaliteitseisen (en/of normen) blijven voldoen kunnen diverse beheersmaatregelen ingezet worden, zoals protocollen en richtlijnen, scholing, indicatoren)</p>
<p>Kwaliteitssysteem</p>	<p>Een kwaliteitssysteem is het samenhangend geheel van organisatiestructuren, bevoegdheden, verantwoordelijkheden, procedures, processen, voorzieningen en middelen dat nodig is voor het ten uitvoer brengen van het kwaliteitsbeleid, het bereiken van de vastgestelde kwaliteitsdoelstellingen en het waarborgen van de kwaliteit van zorg</p> <p>(Bron: Zorginstituut Nederland)</p> <p>Huisartsen gaan bij het management uit van twee belangrijke pijlers van het kwaliteitssysteem (Bron: Toekomstvisie Huisartsenzorg 2022, NHG & LHV):</p> <ul style="list-style-type: none"> • de kwaliteit van de huisarts zelf • de kwaliteit van de praktijk waarbinnen hij/zij werkt.
<p>Kwaliteitsmanagement systeem</p>	<p>Een kwaliteits- en beleidsmanagementsysteem (KMS) is een hulpmiddel voor het management en de directie van een huisartsenvoorziening om processen te beheersen en om de kwaliteit van de organisatie op systematische wijze te sturen. Het doel is systematiek (samenhang, orde, regelmaat) in het kwaliteitsmanagement aan te brengen en daarmee de kwaliteit van de zorgverlening te verbeteren.</p>
<p>Veiligheidsmanagement systeem</p>	<p>Een veiligheidsmanagementsysteem is het samenhangend geheel van organisatiestructuren, bevoegdheden, verantwoordelijkheden, procedures, processen, voorzieningen en middelen dat nodig is voor het ten uitvoer brengen van het veiligheidsbeleid, het bereiken van de vastgestelde veiligheidsdoelstellingen en het waarborgen van de veiligheid.</p> <p>Het VMS is de nationale basis van het systeem waarmee de zorgverleners continu risico's signaleren, verbeteringen doorvoeren en beleid vastleggen, evalueren en aanpassen. Het is daarmee de verankering van patiëntveiligheid in de praktijk (Bron: KNMG).</p>
<p>Certificatie</p>	<p>Bij certificatie toetst een onafhankelijke certificatie-instelling of het kwaliteitssysteem van een instelling voldoet aan vooraf vastgestelde normen (HKZ).</p> <p>Ook huisartsen kunnen aantonen dat het kwaliteitssysteem van hun praktijk aan bepaalde normen voldoet. Er zijn verschillende keurmerken beschikbaar. De meeste bekende is die van NPA (zie ook https://www.nhg.org/overzicht-erkende-certificaten-en-certificerende-organisaties)</p>

Accreditatie	De erkenning door een gezaghebbende organisatie dat een andere organisatie of persoon competent is om een bepaalde taak uit te voeren. De Raad voor Accreditatie is de gezaghebbende organisatie die accreditaties verleent aan certificatie-instellingen (HKZ).
Visitatieprogramma	<p>Het visitatieprogramma is een instrument voor huisartsen en biedt de kans om het eigen individuele functioneren te evalueren en daar feedback op te ontvangen. In het kaderbesluit van de CHVG van de KNMG is vastgelegd dat huisartsen, in navolging van medisch specialisten en bedrijfsartsen (waarbij visitatie al langer bestaat) voor hun herregistratie moeten deelnemen aan een visitatieprogramma (www.mijnvisitatie.nl).</p> <p>Visitatie is een structuurgerichte beoordeling van kwaliteit door vakgenoten uit een soortgelijke instelling (HKZ).</p> <p>Bij huisartsen wordt deze vorm van onderlinge toetsing gebruikt ter bevordering van de kwaliteit van individuele huisartsen.</p>
Primaire proces(sen)	<p>Alle activiteiten waarvan de output direct bijdraagt aan het resultaat voor de klant. De primaire bedrijfsprocessen vormen het bestaansrecht van een organisatie.</p> <p>In de zorg wordt hieronder verstaan het daadwerkelijk 'verlenen van zorg' aan de patiënten, gangbaar in te delen in intake, behandeling en nazorg.</p>
Secundaire processen	Alle activiteiten die worden uitgevoerd om bepaalde productiefactoren in stand te houden. Geheel van activiteiten die randvoorwaardelijk zijn bij een optimale taakuitoefening van alle praktijkmedewerkers en nodig zijn om de primaire processen soepel te laten verlopen.
Protocol	Een protocol is een document waarin stapsgewijs beschreven staat hoe en door wie een handeling moet worden uitgevoerd. Een protocol is sterk sturend en geeft aan hoe iets gedaan zou moeten worden (en door wie). Dit document heeft weinig ruimte te bieden voor interpretatie en is dus zo helder en concreet mogelijk.
Richtlijn	<p>Een richtlijn is een document met aanbevelingen, 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.</p> <p>(Bron: Regieraad Kwaliteit van Zorg. 'Richtlijn voor Richtlijnen', 2012)</p>
Werkafpraak	<p>Een werkafpraak omvat allerlei aspecten van het werk, is minder concreet dan een protocol en niet toegespitst op het 'hoe' van de uitvoering van taken.</p> <p>Ook is een werkafpraak niet altijd stapsgewijs van opbouw. Wel geeft deze vaak inzicht in wat er tussen mensen is afgesproken</p>

	en kan erin verwezen worden naar protocollen en richtlijnen.
Norm	<p>De betekenis van de term ‘norm’ kan op verschillende manieren ingevuld worden, nl:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. manier van doen die geldt als normaal of acceptabel (bv ‘normen en waarden’) 2. precies vastgelegde waarde als referentiepunt (Bv ‘Gelden hier erg strenge normen voor?’, synoniem = criterium, standaard) <p>Deze twee betekenissen worden door elkaar heen toegekend aan diverse termen in het veld die normen betreffen.</p> <p>Onder praktijknormen, ook beroepsnormen genoemd, verstaan we de regels die na een zorgvuldige procedure door professionals zijn aanvaard op basis van gezamenlijk opgestelde waarden (Regieraad, 2009).</p> <p>De normstelling in de Nederlandse gezondheidszorg is (door de overheid) grotendeels neergelegd bij de beroepsgroep zelf. De laatste 20 jaar worden die normen in toenemende mate vastgelegd in richtlijnen. Deze richtlijnen, ook veldnormen genoemd, bieden de Inspectie voor de Gezondheidszorg, naast wet- en regelgeving en jurisprudentie, een toetsingskader om toezicht te kunnen houden op de kwaliteit van zorg.</p>
Professionele standaard	<p>De professionele standaard is het geheel van normen, regels, wetenschappelijke inzichten en ervaringen, zoals neergelegd in richtlijnen en protocollen van de beroepsgroep, volgens welke een zorgverlener zou moeten handelen. (Bron: Zorginstituut Nederland)</p> <p>Handelen volgens de professionele standaard is “Zorgvuldig volgens de inzichten van de medische wetenschap en ervaring handelen als een redelijk bekwaam arts van gelijke medische categorie in gelijke omstandigheden met middelen die in redelijke verhouding staan tot het concreet behandelingsdoel” (Bron: Leenen et al. Handboek Gezondheidsrecht. Den Haag: Boom Juridische uitgevers, 2017)</p> <p>In de toelichting op de Wkkgz wordt beschreven:</p> <p>Een professionele standaard is te beschouwen als een norm waarbij de zorgaanbieder in het specifieke geval steeds de afweging moet maken of de standaard zorgverlening moet worden geboden dan wel in het belang van de cliënt afwijking noodzakelijk is. Indien in het belang van de gezondheid van de cliënt afwijking van de professionele standaard noodzakelijk is, is de zorgaanbieder daartoe gehouden.</p> <p>(Bron: Kamerstuk 32 402: Regels ter bevordering van de kwaliteit van zorg en de behandeling van klachten en geschillen in de zorg; Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg)</p>