Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd
Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

Uitvraag

Verbeterdoelen medisch specialistische zorg (msz) 2027

voor ziekenhuizen en particuliere klinieken

Utrecht, oktober 2026

Voor goede en veilige zorg,
die je de mensen om je heen gunt.

In samenwerking met

FMS	Federatie Medisch Specialisten
UMCNL	Universitaire Medische Centra Nederland
NVZ	Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen
V&VN	Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland
ZKN	Zelfstandige Klinieken Nederland











Inhoudsopgave

Definities 4

Wat is ‘Verbeterdoelen msz’? 5

Gebruikershandleiding 7

Verbeterdoel: diagnostische processen 8

Verbeterdoel: digitale zorg 11

Verbeterdoel: eigen verbeterdoel 15

Verbeterdoel: patiënt in een kwetsbare situatie 17

Definities

Verbeterdoel: diagnostische processen

- Klinisch redeneren: een cognitief proces waarbij eigen observaties en interpretaties worden gekoppeld aan medische kennis.
- Aanvragers: de zorgprofessionals die diagnostisch onderzoek aanvragen.
- Uitvoerders: de zorgprofessionals die diagnostisch onderzoek uitvoeren zoals radiologen, klinisch chemici, klinisch fysici, pathologen, medisch microbiologen en uitvoerders van functieonderzoek.

Verbeterdoel: digitale zorg

In de definitie van digitale zorg zijn 3 zaken belangrijk:

1. Het gaat om technologie als ondersteuning, dus niet als doel op zichzelf.
2. Het gaat om ondersteuning van gezondheid en gezondheidszorg; daarmee kan digitale zorg dus ook buiten de zorg worden ingezet, bijvoorbeeld door mensen thuis.
3. Het gaat niet om alle technologie, maar om digitale zorg c.q. digitale technologie. Het is voor de ziekenhuizen en particuliere klinieken niet mogelijk om verantwoording af te leggen voor bijvoorbeeld gezondheidsapps die patiënten op eigen initiatief gebruiken. Digitale zorg die thuis gebruikt wordt, is niet hetzelfde als buiten de zorg. Wanneer het onderdeel is van het behandeltraject/diagnostisch traject, is het nog steeds onderdeel van de zorg.

- Interoperabiliteit: de mogelijkheid van systemen, partijen, of individuen om met elkaar samen te werken, te communiceren en informatie uit te wisselen.
- Vendor lock-in: de mate waarin een klant afhankelijk is van een leverancier voor producten en diensten, omdat hij niet in staat is van leverancier te veranderen zonder substantiële omschakelingskosten of ongemak.

Verbeterdoel: patiënt in een kwetsbare situatie

- Gezondheidsvaardigheden: Cognitieve en sociale vaardigheden die men nodig heeft voor het verkrijgen, begrijpen en toepassen van informatie voor het bevorderen of behouden van een goede gezondheid (WHO,2014). Ofwel het kunnen vinden, begrijpen en toepassen van informatie over zorg en preventie.
- Begrijpelijke informatievoorziening: Dat betekent dat mensen informatie kunnen vinden, begrijpen en gebruiken. Denk aan een duidelijk aanmeldproces, begrijpelijke uitleg of eenvoudige brieven met duidelijke instructies.
- Passende zorg: Dat betekent dat de zorg aansluit bij iemands behoeften, achtergrond en mogelijkheden. Niet iedereen herkent zich in het bestaande zorgaanbod of voelt zich welkom in de zorg. Verschillen in cultuur, taal, gender, opleidingsniveau of stress door bijvoorbeeld schulden beïnvloeden wat iemand nodig heeft en hoe goed de zorg daarop aansluit.
- Mantelzorger, vertrouwd familielid en/of naaste: Patiënten en een kwetsbare situatie kunnen aangeboden zorg mogelijk niet begrijpen, ongeacht hoe dit wordt aangeboden, bijvoorbeeld vanwege cognitieve problemen. Dan zal de communicatie vaak verlopen via of met ondersteuning van een mantelzorger, vertrouwd familielid en/of naaste. Daar waar dit verbeterdoel de patiënt in een kwetsbare situatie beschrijft kan ook een mantelzorger, vertrouwd familielid en/of naaste worden gelezen.

Wat is ‘Verbeterdoelen msz’?

Op basis van gesignaleerde risico’s in de Nederlandse gezondheidszorg worden verbeterdoelen vastgesteld om verbeteringen in de kwaliteit en veiligheid van de gezondheidszorg te stimuleren. De Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) doet dit in samenwerking met de Federatie Medisch Specialisten (FMS), Universitaire Medische Centra Nederland (UMCNL), Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ), Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN) en Zelfstandige Klinieken Nederland (ZKN). De verbeterdoelen medisch specialistische zorg (msz) zijn van en voor de veldpartijen en IGJ samen.

‘Verbeterdoelen msz 2027’ bevat vier verbeterdoelen voor ziekenhuizen: diagnostische processen; digitale zorg; eigen verbeterdoel en; patiënten in een kwetsbare situatie. Deze verbeterdoelen kunnen op uitnodiging van de IGJ ook door particuliere klinieken[1] kunnen worden aangeleverd: Zo krijgen de IGJ en het zorgveld inzicht in aspecten van de kwaliteit van de medisch specialistische zorg, ongeacht of deze zorg geleverd wordt in een ziekenhuis of een particuliere kliniek. Particuliere klinieken is een verzamelnaam voor zelfstandige behandelcentra (ZBC, leveren verzekerde zorg) en privéklinieken (leveren onverzekerde zorg).

Hoe bevordert ‘Verbeterdoelen msz’ kwaliteitsverbetering in de Nederlandse gezondheidszorg?

De verbeterdoelen msz hebben in de afgelopen jaren substantieel bijgedragen aan het verbeteren van de kwaliteit en veiligheid van de Nederlandse gezondheidszorg. Met de verbeterdoelen msz wordt de nadruk gelegd op het stimuleren van een cultuur van leren en verbeteren. Er is toenemend aandacht voor het verminderen van registratiedruk zonder afbreuk te doen aan de kwaliteit en veiligheid. Met ‘Verbeterdoelen msz’ beogen de IGJ, FMS, UMCNL, NVZ, V&VN en ZKN méér ruimte te geven aan ziekenhuizen om via eigen inbreng veiligheid en kwaliteit van de gezondheidszorg en de dialoog hierover, te stimuleren en te bevorderen.

Hoe komt ‘Verbeterdoelen msz’ tot stand?

De verbeterdoelen msz zijn ontwikkeld en vastgesteld door IGJ afdeling MSZ in samenwerking met de samenwerkingspartners.

Hoe gebruikt de IGJ ‘Verbeterdoelen msz’ in het toezicht?

Een zorgproces en/of zorgaanbieder kan om meerdere redenen opvallen. Denk hierbij bijvoorbeeld aan de informatie over een verbeterdoel die opvallend afwijkt van wat landelijk gebruikelijk is. Dit kan reden zijn voor een gesprek met de bestuurder van een ziekenhuis of een particuliere kliniek.

Over de geanalyseerde resultaten wordt jaarlijks ‘Verbeterdoelen in beeld’ gepubliceerd. Voor particuliere klinieken is het behandelaanbod van de kliniek van invloed op het aantal verbeterdoelen en toezichtvragen. IGJ maakt met individuele particuliere klinieken afspraken over welke verbeterdoelen de betreffende kliniek aan de inspectie moet rapporteren en op welke wijze dit aangeleverd moet worden. Als de inspectie geen individuele afspraken heeft gemaakt met een particuliere kliniek, dan hoeft deze kliniek geen verbeterdoelen uit te werken en aan IGJ aan te leveren.

Uitgangspunten

Een reactie op een verbeterdoel geeft een signaal over de (kwaliteit van) zorg op grond waarvan de inspectie kan besluiten nader onderzoek te verrichten. Over een negatief signaal kunnen door de inspectie vragen worden gesteld. Overigens brengt de inspectie niet alleen op basis van de aangeleverde ‘Verbeterdoelen msz’ een oordeel over een individuele instelling naar buiten. ‘Verbeterdoelen msz’ zijn een hulpmiddel voor het risico gestuurde toezicht en geven een aanvulling op informatie uit andere bronnen, zoals thematoezicht en meldingen van en over een instelling.

De ‘Verbeterdoelen msz’ geven zonder nadere uitleg niet in alle gevallen een goed beeld van de zorg in een individuele instelling. Om die reden wordt aan de instellingen gevraagd om de eigen resultaten openbaar te maken en van een nadere uitleg te voorzien. Dit kan bijvoorbeeld via de website van de instelling.

Aanlevering

De ‘Verbeterdoelen msz 2027’ moeten door ziekenhuizen aangeleverd worden op https://omniq.dhd.nl. Voor de aanlevering van de ‘Verbeterdoelen msz 2027’ door particuliere klinieken worden door de IGJ individuele afspraken gemaakt met de klinieken die deze verbeterdoelen aan moeten leveren.

Alle ziekenhuizen moeten de ‘Verbeterdoelen msz’ vóór 15 april 2028 aanleveren. De resultaten zijn daarna openbaar.

Verantwoording

De verbeterdoelen zijn ontwikkeld door de Inspectie Gezondheidzorg en Jeugd (IGJ) afdeling medisch specialistische zorg (msz) in samenwerking met de samenwerkingspartners Verbeterdoelen msz.

Gebruikershandleiding

'Verbeterdoelen msz' is bedoeld voor alle zorgaanbieders van medisch specialistische zorg (msz) in Nederland. Voor algemene informatie over 'Verbeterdoelen msz' verwijzen wij u naar de websites www.igj.nl en https://omniq.dhd.nl. Voor informatie over de aanlevering van verbeterdoelen wordt u verwezen naar de veelgestelde vragenlijst op de website van de IGJ. Voor overige vragen over de 'Verbeterdoelen msz' kunt u mailen naar: verbeterdoelenmsz@igj.nl

PDCA-verbetercyclus

Bij de aanlevering van de 'Verbeterdoelen msz' moet de plan-do-check-act (PDCA) verbetercyclus inzichtelijk worden gemaakt door genoemde vragen te beantwoorden. De instelling wordt gevraagd om in de aanlevering te beschrijven wat in 2027 is bewerkstelligd. Uit de aanlevering moet navolgbaar zijn waartoe eerder genomen verbetermaatregelen hebben geleid.

Verbeterdoelen msz ziekenhuizen

Ziekenhuizen leveren drie van de vier verbeterdoelen aan bij de IGJ. Ziekenhuizen bepalen zelf welke drie verbeterdoelen zij aanleveren. Alle verbeterdoelen gaan over belangrijke risico's in de zorg. Daarom wordt van een ziekenhuis verwacht dat er aandacht wordt besteed aan de risico's in de zorg van alle verbeterdoelen. Dus ook van de verbeterdoelen die niet worden aangeleverd of niet meer zijn opgenomen in deze publicatie.

De IGJ vertrouwt erop dat de ziekenhuizen de onderliggende risico's van alle verbeterdoelen uit 'Verbeterdoelen msz 2027' en de verbeterdoelen in eerdere publicaties zelf in beeld houden.

Voor alle verbeterdoelen die niet meer uitgevraagd worden geldt het volgende. Daar waar een individueel ziekenhuis achterblijft en het verbeterdoel nog niet heeft geborgd, blijft de accounthouder het verbeterdoel in dat ziekenhuis volgen.

Verbeterdoelen msz particuliere klinieken

De inspectie maakt met individuele particuliere klinieken afspraken over welke verbeterdoelen de betreffende kliniek aan de inspectie moet rapporteren en op welke wijze dit aangeleverd moet worden. Als de inspectie geen individuele afspraken heeft gemaakt met een kliniek, dan hoeft deze kliniek geen verbeterdoelen aan de inspectie aan te leveren. Voor alle verbeterdoelen die niet meer uitgevraagd worden geldt het volgende. Daar waar een individuele kliniek achterblijft en het verbeterdoel nog niet heeft geborgd, blijft de accounthouder het verbeterdoel in die kliniek volgen.

Verbeterdoelen msz radiotherapeutische instellingen

De inspectie bepaalt jaarlijks met de Nederlandse Vereniging voor Radiotherapie en Oncologie (NVRO) welke verbeterdoelen uit 'Verbeterdoelen msz 2027' moeten worden aangeleverd.

Website is leidend

Er is uiterste zorg besteed aan de publicatie van de 'Verbeterdoelen msz'. Het is mogelijk dat er discrepanties zijn tussen deze publicatie van de 'Verbeterdoelen msz' en de website van OmniQ. De weergave op https://omniq.dhd.nl is leidend.

Wijzigingen

Wat zijn de wijzigingen ten opzichte van de voorgaande versie (Verbeterdoelen msz 2026):

1. Er is één nieuw verbeterdoel: 'patiënten in een kwetsbare situatie'.
2. Voor ziekenhuizen en particuliere klinieken is er één verbeterdoel vervallen: 'ondervoeding'.
3. De overige verbeterdoelen zijn vanwege herkenbaarheid en uniformiteit voor zover mogelijk in hetzelfde format geplaatst, waarbij mogelijk de inhoud minimaal is gewijzigd.

Voor wijzingen m.b.t. toezichtvragen, zie de publicatie 'Toezichtvragen MSZ'.

Verbeterdoel: diagnostische processen

De complexiteit van het diagnostisch proces
Het stellen van een werkdiagnose is belangrijk omdat dit de basis legt voor een behandeltraject. Het diagnostisch proces is echter complex en verloopt om diverse redenen niet altijd optimaal. Bovendien kunnen symptomen in het beloop van de ziekte veranderen, hetgeen invloed heeft op het bijstellen van een werkdiagnose. Behandelaars moeten diagnostische keuzes maken om een verklaring te vinden voor de sympto men van de patiënt, maar soms ook handelen op basis van onzekerheden. Niet altijd kan of hoeft een diagnose gesteld te worden, bijvoorbeeld bij een self limiting aandoening of als er geen behandelconsequenties zijn.

Een diagnostisch proces omvat functieonderzoek, laboratoriumdiagnostiek, beeldvorming, pathologisch en microbiologisch onderzoek. Daarnaast zijn vanzelfsprekend de anamnese, lichamelijk onderzoek, klinisch redeneren, afweging van risico's, het nauwgezet volgen van het beloop en heroverwegen (in multidisciplinair overleg) van de werkdiagnose onderdeel van het diagnostisch proces. Dit geheel kan bemoeilijkt worden door patiëntgebonden factoren zoals atypische klachten, een taalbarrière en/of multimorbiditeit. Bij het leren van elkaar spelen onder andere multidisciplinaire overleggen (MDO), casuïstiek besprekingen, complicatiebesprekingen en het delen van goede voorbeelden een belangrijke rol.

In het diagnostisch proces zijn verschillende aspecten van belang, namelijk: veiligheid, effectiviteit, efficiëntie, tijdigheid, patiëntgerichtheid en rechtvaardigheid. Een goed diagnostisch proces is veel meer dan alleen het juiste label voor de ziekte van een patiënt.

Dat betekent niet te veel aanvullend onderzoek (overdiagnostiek) en niet te weinig aanvullend onderzoek (onderdiagnostiek) om te komen tot de juiste diagnose of een rechtvaardiging voor een afwachtend beleid. Diagnostiek is in het kader van passen de zorg ook passend bij de individuele patiënt.

Dit verbeterdoel beoogt het risico op vermijdbare zorg gerelateerde schade te reduceren en streeft naar een duurzame inzet van middelen, materialen en medewerkers door het optimaliseren van diagnostische processen. De focus ligt hierbij op het proces en niet op de medisch inhoudelijk diagnostische keuzes welke door de zorgprofessional worden genomen. De preanalytische risico's (patiëntverwisselingen, afnamefouten, opslag en transport issues) vallen ook buiten het bestek van dit verbeterdoel.

Verbeterdoel

Het verbeterdoel spreekt behandelaars (aanvragers van diagnostiek), uitvoerders van diagnostisch onderzoek en bestuurders van zorginstellingen aan:

Voor aanvragers van diagnostiek is het belangrijk om hun deel van het diagnostisch proces te optimaliseren, waarbij geleerd wordt van bijvoorbeeld actieve feedback op het diagnostisch handelen, *best practises* en casuïstiekbesprekingen.

Uitvoerders van diagnostisch onderzoek kunnen de behandelaar ondersteunen bij het selecteren van het juiste diagnostisch onderzoek en de interpretatie ervan in relatie tot de klachtenpresentatie van de patiënt. Goede communicatie tussen behandelaars en uitvoerders van diagnostiek is hierbij een belangrijk aspect.

Denk hierbij bijvoorbeeld aan het communiceren van onverwachte bevindingen en kritieke bevindingen.

Bestuurders van zorginstellingen kunnen bijdragen aan het optimaliseren van het diagnostisch proces door structureel risico's in kaart te brengen en verbeteringen op systeemniveau toe te passen. Daarin is het onder meer cruciaal dat zorginstellingen een goed werkend systeem hebben voor het opvolgen van afwijkende testuitslagen.

Reflectie instelling

De uitvraag van een verbeterdoel bevat de volgende algemene vragen. Deze geven inzicht waar de instellingen staan in hun verbeterproces. De vragen zijn uniform gesteld en gelden voor elk verbeterdoel.

1. Hoe is de huidige situatie en het vastgestelde beleid van dit verbeterdoel?
2. Hoe analyseert en beoordeelt de instelling het beleid? En wat zijn concreet geformuleerd de resultaten van deze analyse?
3. Welke verbeteringen (SMART) gaat de instelling implementeren, op grond van welke bevindingen uit de analyse?
4. Als u een kleur moet geven aan de stand van zaken in het behalen van het verbeterdoel, geeft u dan rood (doel niet bereikt), oranje (we zijn bezig, nog werk aan de winkel) of groen (doel bereikt)? Licht toe waarom u deze kleur hebt gekozen. Indien rood of oranje, welke maatregelen worden genomen om volgend jaar het doel te bereiken.

Minimale verbeteronderdelen

1. Klinisch redeneren van zorgprofessionals in multidisciplinair verband wordt continu bevorderd.
2. Behandelaars (aanvragers van diagnostiek) leren van het diagnoseproces via actieve feedback van de uitvoerders van diagnostiek. Er is een actieve leercultuur tussen aanvrager en uitvoerder.
3. Communicatieketen van aanvraag naar uitslag is geborgd, ongeacht de locatie van de diagnostiek (inrichting van *closed loops* van aanvraag van diagnostiek tot rapportage van uitslagen en implementatie leidraden van wetenschappelijke verenigingen).
4. Duurzame inzet van middelen, materialen en medewerkers in het diagnostisch proces heeft aandacht, onderbouwd met een voorbeeld.

Gezien de brede context van dit verbeterdoel is het advies om twee diagnostische processen als uitgangspunt voor de aanlevering van dit verbeterdoel te gebruiken. Voorwaarde hiervoor is dat dit diagnostische processen met verbeterpotentieel betreft.

Inclusie- en exclusiecriteria

Dit verbeterdoel heeft betrekking op alle patiënten die een of meerdere diagnostisch(e) proces(sen) in een ziekenhuis of particuliere kliniek ondergaan.

Achtergrondinformatie

- Rapport Risicoprofiel Diagnostisch Proces (nvmm.nl)
- Leidraad onverwachte bevindingen NVvR
- https://www.nvkc.nl/files/Richtlijnen/Flankerendbeleidbij-onverwachteklinischchemischelaboratoriumuitslageninventarisatie.pdf
- Duurzaamheid in de zorg | KNMG

Hulpmiddelen

Het staat een instelling vrij hoe zij verantwoording aflegt over de (voortgang van de) realisatie van een verbeterdoel. De enige vereisten aan deze verantwoording zijn: objectief aantonen in welke mate het verbeterdoel is gerealiseerd en hoe het risico (waar het verbeterdoel naar verwijst) wordt beheerst. De verantwoording moet objectief en navolgbaar zijn. Dat wil zeggen dat het onderbouwd wordt met feiten.

Enkele algemene voorbeelden van hulpmiddelen en beheersmethoden die gebruikt kunnen worden, staan hierna beschreven. Ook is een aantal specifieke hulpmiddelen voor het verbeterdoel beschreven. Dit zijn slechts voorbeelden en het staat een instelling vrij om dit op een andere manier aan te tonen.

Algemene voorbeelden van mogelijke hulpmiddelen zijn:

- Gegevens die over het onderwerp van het verbeterdoel zijn opgenomen in de Transparantiekalender, DICA, informatie uit de eigen instelling (eigen indicatoren) etc.
- Resultaten van audits of tracers
- Technische oplossingen (bijvoorbeeld software, medische technologie etc.)
- Organisatie van processen

Verbeterdoel: digitale zorg

Ontwikkeling en implementatie van digitale zorg om de gezondheidszorg te ondersteunen, te verbeteren en toegankelijk te houden
De toegankelijkheid en betaalbaarheid van de zorg staat onder druk. Daarom zijn nieuwe vormen van zorg nodig. Steeds vaker is dit binnen de ziekenhuizen en particuliere klinieken een mix van digitale zorg en fysiek aangeboden zorg.

Onder digitale zorg verstaat de IGJ de inzet van digitale informatie- en communicatietechnologie om de gezondheid en/of zorg te ondersteunen en/of te verbeteren. Het gaat om digitale toepassingen die een rol spelen in het primaire zorgproces. Digitale zorg kan een middel zijn voor procesoptimalisatie en is geen doel op zich.

Vormen van digitale zorg zijn onder andere patiëntportalen, online afspraken inplannen, beeldbellen, online behandelprogramma's, thuismetingen, telemonitoring, beslissingsondersteunende medische en niet-medische *software* met onder andere de inzet van *artifical intelligence* (AI). Ook kan gedacht worden aan screening, intake, anamnese en vragenlijsten in het kader van uitkomstgerichte zorg.

Het elektronisch patiëntendossier (EPD) speelt veelal een centrale rol bij de ontwikkeling van digitale zorg. Vrijwel altijd is het EPD zelf een deel van de oplossing of leiden nieuwe initiatieven tot aanpassing van of integratie met het EPD. Goede inrichting en doorontwikkeling van het EPD vergt de nodige aandacht, ook als onderdeel van de visie, strategie en beleid omtrent digitale zorg en de toekenning van verantwoordelijkheden, rollen en taken.

Digitale zorg wordt gezien als een ontwikkeling met potentie en biedt kansen voor uitdagingen in de zorg, zoals: regie van de patiënt, toegankelijkheid, preventie, organisatie van zorg, passende zorg en schaarste met betrekking tot mensen en middelen. Het biedt daarnaast ook kansen in het kader van duurzaamheid. Tegelijkertijd gaat het bij digitale zorg om transformatie van zorg voor medewerker en patiënt. Het brengt daarmee veranderingen en mogelijke risico's voor de patiëntenzorg met zich mee.

Verbeterdoel

Het verbeterdoel digitale zorg omvat drie thema's die betrekking hebben op de ontwikkeling en implementatie van digitale zorg.

Verantwoord innoveren
Digitale zorg heeft impact voor de organisatie van de zorg. Bijvoorbeeld omdat de patiënt vaker zorg op afstand krijgt. Daarom is het cruciaal dat de raad van bestuur van een zorgaanbieder aandacht geeft aan visie, strategie en beleid omtrent digitale zorg, zowel vanuit het perspectief van patiënten en zorgprofessionals als ook ketenpartners.

Voor de implementatie van digitale zorg is betrokkenheid nodig van zowel de raad van bestuur alsook van verschillende relevante disciplines die aantoonbaar onderdeel zijn bij het ontwikkelen van beleid. Hierbij valt te denken aan: *chief medical information officer* (CMIO), *chief nursing information officer* (CNIO), (kwaliteit)medewerkers, manager ICT, zorgprofessionals, patiëntvertegenwoordiger(s) en eventuele andere digitale zorgexperts en innovators, zowel klinisch als niet klinisch (CxIO).

Om veilig digitale zorg te kunnen leveren moeten verantwoordelijkheden, rollen en taken duidelijk zijn. Ook moet risicomanagement worden vormgegeven als integraal onderdeel van het kwaliteitsmanagementsysteem. Op basis van verantwoorde risico's is het van belang om innovatie te faciliteren. Het is belangrijk aandacht te hebben voor de infrastructuur waarin de digitale producten en diensten worden aangeboden.

Het streven hierbij is dat interoperabiliteit voor ogen wordt gehouden, zodat betrokkenen niet meerdere applicaties hoeven te gebruiken en verschillende toepassingen kunnen worden beheerd vanuit een applicatie naar keuze van de patiënt, zorgprofessional en/of zorgaanbieder. Daarnaast is er expliciet aandacht voor de interoperabiliteit met de systemen van ketenpartners. Bij digitale zorg waarbij ketenpartners een rol spelen moet de uitwisseling van voor de zorg relevante gegevens aandachtspunt zijn in het implementatietraject.

Invoering en gebruik van digitale producten en diensten

Zorgaanbieders moeten vooraf in kaart brengen wat de eisen en wensen van digitale producten en diensten zijn, zowel op generiek als op specifiek niveau, om te voorkomen dat de gekozen toepassing niet voldoet. Expertise van zorgprofessionals moet hierbij vanaf het begin worden ingezet.

Ook is het belangrijk tijdig te weten welke partijen hierin een rol spelen om *vendor lock-in* te voorkomen, waarbij de instelling afhankelijk wordt van de leverancier van het product of de dienst. Digitale producten en diensten moeten passen binnen relevante richtlijnen en/of leidraden bij de invoer en het gebruik ervan. Daarnaast is het van belang dat zorgaanbieders van elkaar leren en waar mogelijk gebruik maken van goede voorbeelden bij andere zorgaanbieders voordat zij zelf iets gaan ontwikkelen.

Ook moet er aandacht zijn voor de deskundigheidsbevordering van zorgprofessionals. Daarnaast is gebruiksvriendelijkheid en interoperabiliteit (ook met ketenpartners) van belang voor zowel zorgprofessionals als patiënten. Digitale zorg mag niet leiden tot meer belasting van zorg, tenzij dit aantoonbaar bijdraagt aan de kwaliteit van zorg. Het implementatieplan bevat een evaluatie van het effect van de geleverde zorg.

Betrekken, informeren en ondersteunen van patiënten

De zorgaanbieder kan digitale zorg aanbieden onafhankelijk van plaats en tijd. Daarvoor moet de patiënt wel gebruik willen en kunnen maken van de digitale producten en diensten. Bij de invoering en het gebruik van digitale producten en diensten is de betrokkenheid van een brede afvaardiging van patiënten cruciaal. Denk hierbij bijvoorbeeld aan de input van cliëntenraden en patiënten.

Voor de juiste toepassing is het ook van belang dat patiënten goed worden geïnformeerd over en goed worden ondersteund bij het gebruik van de digitale producten en diensten. Een patiënt moet op basis van de informatie een goede keuze kunnen maken het digitale product of de digitale dienst al dan niet te gebruiken. De patiënt dient zoveel mogelijk zelfstandig gebruik te kunnen maken van de digitale zorg en hier voldoende over geïnformeerd en ondersteund te worden door de zorgaanbieder. Voor patiënten die geen gebruik willen of kunnen maken van digitale zorg moet fysiek aangeboden zorg beschikbaar blijven. Digitale zorg mag de menselijke zorgrelatie niet ondermijnen.

De zorgaanbieder moet bij de ontwikkeling van digitale zorg aandacht hebben voor eventuele aanvullende of andere behoeften van specifieke patiëntengroepen. Denk hierbij bijvoorbeeld aan digitale toegankelijkheid, beschikbaarheid en het aanbod van digitale producten en diensten in verschillende talen en communicatievormen. Hierbij wordt tegemoet gekomen aan groepen zoals kinderen en jongeren, ouderen, mensen met een beperking en mensen met een taalachterstand.

De zorgaanbieder maakt zelf een inschatting van de specifieke patiëntengroepen waarmee rekening gehouden moet worden in de ontwikkeling en implementatie van digitale producten en diensten. Gezien de brede context van dit verbeterdoel is het advies om op basis van twee toepassingen van digitale zorg de realisatie van het verbeterdoel te beschrijven. Voorwaarde voor het selecteren van een toepassing is dat het digitaliseringsproject verbeterpotentieel heeft voor de kwaliteit en veiligheid van zorg.

Vragen verbeterdoel

1. In hoeverre is het verbeterdoel geïmplementeerd (zie ook onder ‘hulpmiddelen’)?
2. Hoe analyseert en beoordeelt de instelling haar eigen beleid, op grond van welke gegevens?
3. Welke verbetermaatregelen gaat de instelling implementeren, op grond van welke bevindingen?
4. Als u een kleur moet geven aan de stand van zaken in het behalen van het verbeterdoel, geeft u dan rood (doel niet bereikt), oranje (we zijn bezig, nog werk aan de winkel) of groen (doel bereikt)? Licht toe waarom u deze kleur hebt gekozen. Indien rood of oranje, welke maatregelen worden genomen om volgend jaar het doel te bereiken?

Minimale verbeteronderdelen

Verantwoord innoveren

- De raad van bestuur heeft een visie, strategie en beleid met doelen geformuleerd voor de inzet van digitale zorg en verbindt zich aan de implementatie van digitale zorg.
- Experts worden nauw betrokken en zijn aantoonbaar onderdeel van het maken van beleid. Hierbij valt te denken aan: *chief medical information officer* (CMIO), *chief nursing information officer* (CNIO), manager ICT, (kwaliteit)medewerkers, zorgprofessionals, patiëntvertegenwoordiger(s) en andere digitale zorgexperts en innovators, zowel klinisch als niet klinisch (CxIO).
- Rollen, taken en verantwoordelijkheden van betrokken partijen en functionarissen zijn vormgegeven. Denk hierbij aan beroepsprotocollen, kwaliteitsnormen, kwaliteitshandboeken en specifieke werkinstructies.
- Risicomanagement is integraal onderdeel van het kwaliteitsmanagementsysteem zodat op basis van verantwoorde risico’s innovatie kan worden gefaciliteerd. Een zorgaanbieder voert een analyse uit gericht op risico’s en benodigde deskundigheid. Er wordt hierbij ook gekeken naar het proces waarbij de impact voor medewerkers zorgvuldig wordt onderzocht en gespiegeld aan eerder genoemde visie, strategie en beleid.
- Er is aandacht voor de infrastructuur waarin de digitale producten worden aangeboden en interoperabiliteit, met name ook met de systemen van ketenpartners, wordt nagestreefd.

Invoering en gebruik digitale producten en diensten

- Eisen en wensen van digitale producten en diensten, zowel op generiek als op specifiek niveau, zijn voorafgaand door de zorgaanbieder in kaart gebracht. Hierbij hebben zorgaanbieders waar mogelijk gebruik gemaakt van goede voorbeelden bij andere zorgaanbieders.
- Expertise van zorgprofessionals wordt vanaf het begin ingezet bij de ontwikkeling van digitale zorg.
- Zorgaanbieders hebben expliciet aandacht voor de deskundigheidsbevordering van betrokken zorgprofessionals in het gebruik van digitale zorg voor het betreffende product of de dienst.
- Het implementatieplan bevat een evaluatie van het effect van de geleverde digitale zorg die aansluit bij het werkproces van de zorgprofessionals en de wensen en behoefte van de patiënt.

Betrekken, informeren en ondersteunen van patiënten

- Zorgaanbieders gebruiken input van de patiënt bij de invoering van digitale producten en diensten. Het is belangrijk dat kwetsbare patiëntengroepen worden gehoord om digitale zorg voor iedereen toegankelijk te maken en te houden.
- De informatievoorziening over digitale producten en diensten richting de patiënt is geborgd.
- De patiënt wordt zodanig ondersteund in het gebruik van digitale producten en diensten dat de patiënt zoveel mogelijk zelfstandig gebruik kan maken van de digitale zorg.

Inclusie- en exclusiecriteria

- Dit verbeterdoel gaat niet over het elektronisch vastleggen en uitwisselen van gegevens, de ICT infrastructuur, zoals hardware voor bijvoorbeeld telemonitoring of informatiebeveiliging. Dit zijn overigens wel randvoorwaarden die van belang zijn voor een goede implementatie van vele digitale toepassingen.
- Dit verbeterdoel heeft betrekking op alle zorgaanbieders, (zorg)professionals, patiënten en hun omgeving die te maken hebben met digitale zorg in een ziekenhuis of particuliere kliniek.
- Transformeren doe je niet alleen. Het verbeterdoel heeft ook betrekking op de transmurale netwerken tussen ziekenhuizen en eerstelijnszorgaanbieders, jeugdgezondheidszorg, (jeugd)GGZ, (kinder) revalidatiecentra en behandelcentra voor mensen met een verstandelijke beperking. Hierbij is het van belang om oog te hebben voor de interoperabiliteit met ketenpartners en dat mee te nemen in het traject. Daarnaast zijn ook ontwikkelaars van software/digitale tools betrokken bij dit verbeterdoel en hebben het Ministerie van VWS en de zorgverzekeraars een rol in het financieren, stimuleren en faciliteren van nieuwe vormen van zorg.

Hulpmiddelen

De manier waarop een zorgaanbieder verantwoording aflegt over de (voortgang van de) realisatie van een verbeterdoel, staat vrij. De enige vereiste aan deze verantwoording is dat objectief moet kunnen worden aangetoond in welke mate het verbeterdoel is gerealiseerd en hoe het risico (waar het verbeterdoel naar verwijst) wordt beheerst. De verantwoording moet objectief en navolgbaar zijn, dus worden onderbouwd met feiten.

Enkele algemene voorbeelden en een specifiek voorbeeld van hulpmiddelen/beheers methoden die gebruikt kunnen worden, staan hierna beschreven. Dit zijn voorbeelden en het staat een zorgaanbieder vrij om dit op een andere manier aan te tonen.

Algemene voorbeelden van hulpmiddelen zijn:

- Gegevens die over het onderwerp van het verbeterdoel zijn opgenomen in transparantiekalender, kwaliteitsregistratie, informatie uit de eigen instelling (eigen indicatoren) etc.
- Resultaten van audits en/of tracers
- Organisatie van processen

De volgende specifieke hulpmiddelen kunnen worden gebruikt bij het realiseren van het verbeterdoel:

- Toetsingskader Digitale Zorg, Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ)
- Checklist RIVM *safe, effective, afford able medical innovation from science to society* (SEAMleSS).
- Digizo.nu. Er worden risicoanalyses op landelijk niveau uitgevoerd. Indien het proces is geagendeerd bij Digizo.nu is het efficiënt om daarbij aan te sluiten.
- Relevante richtlijnen en/of leidraden zoals de leidraad Medische technologie in instellingen voor medisch specialistische zorg.

Verbeterdoel: eigen verbeterdoel

Eigen verbeterdoel
Met een eigen verbeterdoel kunnen ziekenhuizen en particuliere klinieken een thema kiezen dat voor de eigen organisatie relevant is voor het verbeteren van de kwaliteit en veiligheid van zorg. Het thema van het eigen verbeterdoel is geoormerkt als een multidisciplinair risico voor de patiëntveiligheid en heeft verbeterpotentieel in zich. Daarbij moet het eigen verbeterdoel binnen de eigen organisatie draagvlak hebben en moeten zorgprofessionals invloed hebben op de reductie van het risico. Met het eigen verbeterdoel wordt de nadruk gelegd op het stimuleren van een cultuur van leren en verbeteren.

Individuele terugkoppeling van het eigen verbeterdoel zal zijn in dialoog met de accounthouder van het ziekenhuis of particuliere kliniek. Het staat ziekenhuizen en particuliere klinieken uiteraard vrij om de bevindingen van het eigen verbeterdoel te delen met andere instellingen. Dit is in lijn met de wens van de inspectie dat ziekenhuizen en particuliere klinieken leren van elkaar en verbeteren.

Ziekenhuizen en particuliere klinieken kunnen maximaal één eigen verbeterdoel aanleveren. De inspectie verwacht dat het eigen verbeterdoel minimaal twee opeenvolgende jaren wordt aangeleverd. Zo kan de dialoog over de voortgang in de PDCA-cyclus van het eigen verbeterdoel gevoerd worden over een zekere tijdspanne.

Verbeterdoel

Voor het opstellen van een eigen verbeterdoel houdt u zich strikt aan onderstaand format. De begeleidende tekst in grijs geeft weer welke beschrijving in het betreffende item verwacht wordt.

I. Titel eigen verbeterdoel (max 10 woorden)

Geef een heldere titel aan het eigen verbeterdoel.

II. Algemene inleiding op het onderwerp (max. 200 woorden)

Geef kort het belang aan van het eigen verbeterdoel voor de eigen organisatie in relatie tot het verbeteren van de kwaliteit en veiligheid van zorg. Beschrijf relevante patiëntrisico's die binnen het onderwerp van het eigen verbeterdoel vallen.

Geef weer in hoeverre het eigen verbeterdoel voldoet aan de volgende criteria:

1. Het patiëntrisico van het eigen verbeterdoel is te beïnvloeden door middel van de PDCAcyclus.
2. De zorgprofessional heeft invloed op reductie van het risico.
3. Het eigen verbeterdoel heeft draagvlak binnen de organisatie.
4. Het onderwerp is geoormerkt als een risico voor de patiëntveiligheid voor de organisatie en heeft verbeterpotentieel.

III. Specificatie van het eigen verbeterdoel

1. Beschrijf het eigen verbeterdoel zo concreet mogelijk. Geef hierbij duidelijke afbakening aan voor wat betreft de populatie, de setting, de aandoening etc.
2. Beschrijf wat de organisatie wil bereiken met dit eigen verbeterdoel. Met welke resultaten is het ziekenhuis of de kliniek tevreden?

Reflectie instelling

De uitvraag van een verbeterdoel bevat de volgende algemene vragen. Deze geven inzicht waar de instellingen staan in hun verbeterproces. De vragen zijn uniform gesteld en gelden voor elk verbeterdoel.

1. Hoe is de huidige situatie en het vastgestelde beleid van dit verbeterdoel?
2. Hoe analyseert en beoordeelt de instelling het beleid, en wat zijn concreet geformuleerd de resultaten van deze analyse?
3. Welke verbeteringen (SMART) gaat de instelling implementeren, op grond van welke bevindingen uit de analyse?
4. Als u een kleur moet geven aan de stand van zaken in het behalen van het verbeterdoel, geeft u dan rood (doel niet bereikt), oranje (we zijn bezig, nog werk aan de winkel) of groen (doel bereikt)? Licht toe waarom u deze kleur hebt gekozen. Indien rood of oranje, welke maatregelen worden genomen om volgend jaar het doel te bereiken?

Inclusie- en exclusiecriteria

Geef duidelijk aan welke inclusie- en exclusiecriteria zijn gehanteerd, zodat er geen twijfel kan ontstaan over de specifieke doelgroep waar het verbeterdoel betrekking op heeft. Geef ook aan op welk organisatorisch verband het eigen verbeterdoel wel/niet van toepassing is. Denk hierbij bijvoorbeeld aan: ziekenhuis of ketenzorg; kliniek of polikliniek; vakgroep; individuele zorgprofessional.

Richtlijn of norm

Als er een richtlijn of norm is die ten grondslag ligt aan het verbeterdoel, welke richtlijn is dat en licht de norm toe.

Hulpmiddelen

De manier waarop een instelling verantwoording aflegt over de (voortgang van de) realisatie van een eigen verbeterdoel, staat een instelling vrij. De enige vereiste aan deze verantwoording is, dat objectief moet kunnen worden aangetoond, in welke mate het eigen verbeterdoel is gerealiseerd en hoe het risico (waar het eigen verbeterdoel naar verwijst) wordt beheerst. De verantwoording moet objectief en navolgbaar zijn, dus worden onderbouwd met feiten. Enkele voorbeelden van hulpmiddelen/beheersmethoden die gebruikt kunnen worden, staan hierna beschreven.

Algemene voorbeelden van mogelijke hulpmiddelen

- Gegevens die over het onderwerp van het verbeterdoel zijn opgenomen in de Transparantiekalender, kwaliteitsregistratie, informatie uit de eigen instelling (eigen indicatoren), etc.
- Resultaten audits, tracers, veiligheidsrondes, dossieronderzoek.
- Technische oplossingen (bijvoorbeeld software, medische technologie, etc.).
- Organisatie van processen.

Specifieke voorbeelden van mogelijke hulpmiddelen

- Hulpmiddelen die de instelling heeft gebruikt om het antwoord op de vragen (onder III-Specificatie van het eigen verbeterdoel) te onderbouwen.

Definitie(s)/Toelichting(en)

Definieer/specificeer de belangrijke begrippen in het eigen verbeterdoel.

Personen en partijen

Beschrijf hier in welk jaar het eigen verbeterdoel ontwikkeld is en welke partijen hebben deelgenomen aan de ontwikkeling van het eigen verbeterdoel. Contactpersoon (naam, functie, ziekenhuis): Vul hier een contactpersoon in.

De lijst met eigen verbeterdoelen wordt inclusief de naam van het ziekenhuis of de particuliere kliniek openbaar gemaakt. Op deze wijze wordt gestimuleerd om onderling te leren en gezamenlijk te verbeteren.

Verbeterdoel: patiënt in een kwetsbare situatie

Herkennen van kwetsbaarheid, optimaliseren van gelijke toegang tot zorg en samenwerking in de zorg, zowel in de klinische als poliklinische setting

In dit verbeterdoel hebben we het over patiënten in een uitzonderlijk kwetsbare situatie. Een patiënt in een kwetsbare situatie wordt gekenmerkt door een combinatie van lichamelijke problemen en één of meer psychische, functionele en/of sociale problemen. Factoren zoals taalachterstand, leeftijd, sociaaleconomische status en de kwaliteit van sociale netwerken spelen hierbij een rol. Zij kunnen bijdragen aan lagere gezondheidsvaardigheden, specifieke (zorg)behoeften en een verhoogde complexiteit van de benodigde zorg en ondersteuning.

Voorbeelden van patiënten in een kwetsbare situatie zijn onder andere dakloze personen, patiënten met een migratieachtergrond, patiënten met een taalbarrière en ouderen zonder sociaal vangnet of mantelzorgnetwerk. Ook mensen met financiële problemen, beperkte gezondheidsvaardigheden, psychiatrische problematiek of mensen met een combinatie van meerdere sociale én medische uitdagingen kunnen hieronder vallen. Deze opsomming is nadrukkelijk niet-limitatief.

Zorg voor patiënten in een kwetsbare situatie is niet altijd voldoende begrijpelijk of passend voor de patiënt, waardoor gelijke toegang tot zorg onder druk kan komen te staan. Verschillen in taalvaardigheid, gezondheidsvaardigheden, achtergrond en leefomstandigheden kunnen ervoor zorgen dat de zorg niet altijd aansluit bij wat de patiënt nodig heeft. Dit kan bijdragen aan gezondheidsverschillen tussen patiënten.

Onderzoek naar gezondheidsverschillen laat zien dat structurele factoren binnen het zorgsysteem, zoals beperkte toegankelijkheid, onvoldoende afgestemde communicatie en kennislacunes bij zorgverleners, een belangrijke rol spelen in het ontstaan en voortbestaan van deze verschillen.

Doordat er sprake kan zijn van gezondheidsverschillen, een verminderde toegang tot gelijke zorg en mogelijke knelpunten in de samenwerking in de zorg, kan er een risico ontstaan voor de kwaliteit en veiligheid van zorg voor een patiënt in een kwetsbare situatie, zowel in de klinische als poliklinische setting.

Er is een diversiteit aan patiënten in een kwetsbare situatie. Het is regionaal verschillend met welke groep zorgaanbieders met name te maken hebben, daarom is voor dit verbeterdoel geen specifieke doelgroep vooraf vastgesteld.

De zorgaanbieder wordt gevraagd om één patiëntengroep in een uitzonderlijk kwetsbare situatie te kiezen en duidelijk af te bakenen voor de verdere uitwerking van dit verbeterdoel. Hierbij ligt de focus op de groep die in de eigen regio het meest kwetsbaar is of die het moeilijkst te bereiken is. Voorwaarde is dat het gaat om een patiëntengroep in een uitzonderlijk kwetsbare situatie waarvoor aantoonbaar verbeterpotentieel bestaat, specifiek op het gebied van gelijke toegang tot zorg of samenwerking in de zorg.

Het verdient aanbeveling dat patiënten in een kwetsbare situatie betrokken worden bij de analyse van knelpunten, participeren in de ontwikkeling van verbetermaatregelen en meegenomen worden bij de evaluatie van interventies.

Verbeterdoel

Het verbeterdoel patiënten in een kwetsbare situatie heeft betrekking op drie thema's:

1. Herkennen van patiënten in de gekozen kwetsbare situatie.
2. Optimaliseren van gelijke toegang tot zorg voor patiënten in de gekozen kwetsbare situatie.
3. Optimaliseren van samenwerking in de zorg voor patiënten in de gekozen kwetsbare situatie.

Herkennen van patiënten in de gekozen kwetsbare situatie

Patiënten in een kwetsbare situatie kunnen moeite hebben met het vinden, begrijpen en gebruiken van gezondheidsinformatie. De patiënten beschikken vaak over beperkte gezondheidsvaardigheden waardoor zij onder andere moeite kunnen hebben met: medicijnen op de juiste manier innemen; de weg vinden in het ziekenhuis; het zoeken op het internet van informatie of gebruik van een digitaal patiënten portaal (digitale vaardigheden); (uitnodigings)brieven en mails begrijpen; folders, websites, formulieren en bijsluiters begrijpen; gesprekken met zorgverleners voeren en; uitleg en adviezen begrijpen en in praktijk brengen. Dit kan van invloed zijn op de behandeling, bijvoorbeeld doordat patiënten minder therapietrouw zijn, afspraken missen en hun leefstijl niet of slechts beperkt aanpassen.

Zorgaanbieders hebben de taak om patiënten in de gekozen kwetsbare situatie tijdig in beeld te brengen en passende aandacht te geven binnen de zorgverlening. Daarnaast ligt er een belangrijke verantwoordelijkheid in het vergroten van bewustwording bij zorgprofessionals over de specifieke behoeften van de patiëntengroep. Door de bewustwording te bevorderen, kunnen zorgprofessionals beter inspelen op kwetsbaarheden en zorg verlenen die beter aansluit bij de individuele situatie van de patiënt.

Optimaliseren van gelijke toegang tot zorg voor patiënten in de gekozen kwetsbare situatie

Gelijke toegang tot zorg staat onder druk wanneer de zorg voor patiënten in een kwetsbare situatie niet begrijpelijk, niet passend of onvoldoende is afgestemd op de individuele behoeften van de patiënt.

Als zorginformatie moeilijk te begrijpen is, kan dit leiden tot verslechtering van de gezondheid en het ontstaan van chronische ziekten, evenals tot een toename van zorgafspraken of ziekenhuisopnames. Het kan bijdragen aan verminderd zelfvertrouwen en gevoelens van uitsluiting of niet volwaardig kunnen deelnemen aan de samenleving en; zorg die minder goed aansluit bij de behoeften van de patiënt. Bijvoorbeeld, doordat informatie niet goed wordt begrepen komt de patiënt te laat of niet op een afspraak of neemt medicijnen niet goed in.

Zorgaanbieders hebben de taak om informatie zo begrijpelijk mogelijk aan te bieden door bijvoorbeeld: gesprekken af te stemmen op het taalniveau van de patiënt; te vragen of iemand de informatie echt heeft begrepen en kan samenvatten of specifieke checkvragen te stellen (bijvoorbeeld de terugvraagmethode: 'Wat is het belangrijkste dat je hebt onthouden?' of 'Wat moet je doen bij...?'); langere of extra afspraken in te plannen als iets onduidelijk blijft en verhelderd moet worden; tolken of meertalige zorgverleners in te zetten; pictogrammen, tekeningen of korte teksten te gebruiken; ervaringsdeskundigen te betrekken bij het testen van teksten; folders en brieven op taalniveau A2/B1 te schrijven en; in meerdere talen aan te bieden.

Zorgaanbieders hebben de taak om ervoor te zorgen dat de zorg aansluit bij de behoeften van de patiënt door bijvoorbeeld: actief te vragen naar de wensen en behoeften van de patiënt en de zorg hierop aan te passen; zo mogelijk langere afspraken te plannen of eventueel bereikbaarheid buiten kantooruren aan te bieden; de zorg samen met de patiënt te bespreken en te beoordelen; de patiënt te betrekken in het multidisciplinaire overleg; indien nodig en gewenst familie of mantelzorgers te betrekken; ervaringsdeskundigen te betrekken en de samenwerking binnen een zorgnetwerk rondom de patiënt versterken.

De inspectie benadrukt dat de genoemde voorbeelden uitsluitend bedoeld zijn ter illustratie en geen verplichte werkwijze of norm. Bij het uitwerken van activiteiten voor dit verbeterdoel is het belangrijk dat een zorgaanbieder kijkt wat mogelijk is in de huidige situatie waarin schaarste een rol speelt.

Optimaliseren van samenwerking in de zorg voor patiënten in de gekozen kwetsbare situatie

Bij patiënten in een kwetsbare situatie is een goede samenwerking tussen zorgprofessionals essentieel, om ervoor te zorgen dat vastgestelde kwetsbaarheden zorgvuldig worden overgedragen aan opvolgende zorgverleners binnen de zorgketen. Wanneer deze afstemming ontbreekt, bestaat het risico dat belangrijke informatie verloren gaat en de patiënt niet de meest passende zorg ontvangt. Heldere afspraken over verantwoordelijkheden en taakverdeling tussen verschillende disciplines binnen multidisciplinaire zorgpaden is hierbij van belang om de continuïteit, veiligheid en kwaliteit van zorg te waarborgen.

Zorgaanbieders hebben de taak om zorg te dragen voor een goede samenwerking binnen het zorgproces, met een duidelijke taak- en verantwoordelijkheidsverdeling tussen betrokken zorgprofessionals. Zorgverleners moeten duidelijk met elkaar communiceren en hun werkzaamheden en informatie zorgvuldig afstemmen. Zorgaanbieders zijn verantwoordelijk voor het faciliteren en ondersteunen van hun medewerkers hierin. Dat zijn belangrijke randvoorwaarden voor het bieden van goede zorg aan patiënten in een kwetsbare situatie. Een effectieve onderlinge afstemming ondersteunt de patiënt bovendien in het voeren van eigen regie daar waar dat mogelijk is.

De focus van dit onderdeel ligt primair op het optimaliseren rondom de gekozen patiëntengroep binnen de eigen organisatie, zowel in de klinische als poliklinische setting, maar kan desgewenst worden uitgebreid naar transmurale zorg. Dit is afhankelijk van de gekozen patiëntengroep.

Minimale verbeteronderdelen

Herkennen van patiënten in de gekozen kwetsbare situatie

- De zorgaanbieder definieert een groep patiënten in een kwetsbare situatie.
- De zorgaanbieder bevordert de bewustwording van zorgprofessionals ten aanzien van deze groep patiënten in een kwetsbare situatie.

Optimaliseren van gelijke toegang tot zorg voor patiënten in de gekozen kwetsbare situatie

- De zorgaanbieder heeft beleid voor begrijpelijke informatievoorziening, in ieder geval ten aanzien van de door de instelling gedefinieerde groep patiënten in een kwetsbare situatie.
- De zorgaanbieder maakt het mogelijk dat de zorgprofessional de zorg kan laten aansluiten bij de door de instelling gedefinieerde groep patiënten in een kwetsbare situatie.

Optimaliseren van de samenwerking in de zorg voor patiënten in de gekozen kwetsbare situatie

De zorgaanbieder maakt het mogelijk dat bij de door de instelling gedefinieerde groep patiënten in een kwetsbare situatie (klinisch en poliklinisch) bij wie de zorg en behandeling wordt geleverd door meerdere zorgverleners en vanuit verschillende specialismen, één zorgverlener de regie voert en toeziet op:

- de continuïteit en samenhang van de zorg;
- adequate afstemming tussen zorgverleners en;
- het aanwijzen van een aanspreekpunt voor de patiënt.

Optimaliseren van de samenwerking in de zorg voor patiënten in een kwetsbare situatie komt voort uit de KNMG Handreiking Verantwoordelijkheidsverdeling bij samenwerking in de zorg 2022. De geformuleerde verbeteronderdelen kunnen reeds ingezette initiatieven door de zorgaanbieder gebaseerd op deze handreiking versterken, dan wel toereikend zijn.

De inspectie heeft oog voor de bestaande schaarste aan zorgpersoneel en de hoge werkdruk binnen de sector. Bij de uitwerking en toepassing van de minimale verbeteronderdelen staat nadrukkelijk voorop dat het niet de bedoeling is dat de administratieve last voor zorgprofessionals toeneemt. Het verbeterdoel is vooral bedoeld om te bezien waar, binnen de bestaande situatie, verdere verbetering kan worden behaald.

Reflectie instelling

De uitvraag van een verbeterdoel bevat de volgende algemene vragen. Deze geven inzicht waar de instellingen staan in hun verbeterproces. De vragen zijn uniform gesteld en gelden voor elk verbeterdoel.

1. Hoe is de huidige situatie en het vastgestelde beleid van dit verbeterdoel?
2. Hoe analyseert en beoordeelt de instelling haar eigen beleid, en wat zijn concreet geformuleerd de resultaten van deze analyse?
3. Welke verbeteringen (SMART) gaat de instelling implementeren, op grond van welke bevindingen uit de analyse?
4. Als u een kleur moet geven aan de stand van zaken in het behalen van het verbeterdoel, geeft u dan rood (doel niet bereikt), oranje (we zijn bezig, werk aan de winkel) of groen (doel bereikt)? Licht toe waarom u deze kleur hebt gekozen. Indien rood of oranje, licht toe welke maatregelen worden genomen om volgend jaar het doel te bereiken.

Inclusiecriteria

Dit verbeterdoel heeft betrekking op alle zorgaanbieders en (zorg)professionals in een ziekenhuis of particuliere kliniek die te maken hebben met patiënten in een kwetsbare situatie, zowel klinisch als poliklinisch. Het verbeterdoel kan ook betrekking hebben op transmurale netwerken tussen ziekenhuis en eerstelijnszorgaanbieders, jeugdgezondheidszorg, (jeugd) GGZ, (kinder) revalidatiecentra en behandelcentra voor mensen met een verstandelijke beperking. Hierbij is het van belang oog te hebben voor gezondheidsverschillen, toegang tot zorg en samenwerking in de zorg met ketenpartners en dat mee te nemen in het traject.

Hulpmiddelen

De manier waarop een instelling verantwoording aflegt over de (voortgang van de) realisatie van een verbeterdoel, staat een instelling vrij. De enige vereiste aan deze verantwoording is, dat objectief moet kunnen worden aangetoond, in welke mate het verbeterdoel is gerealiseerd en hoe het risico (waar het verbeterdoel naar verwijst) wordt beheerst. De verantwoording moet objectief en navolgbaar zijn, dus worden onderbouwd met feiten.

Enkele algemene voorbeelden van hulpmiddelen/beheersmethoden staan hierna beschreven. Dit zijn voorbeelden en het staat een zorgaanbieder vrij om dit op een andere manier aan te tonen.

Voorbeelden van hulpmiddelen die kunnen worden gebruikt om de realisatie van het verbeterdoel aan te tonen zijn:

- Gegevens die over het onderwerp van het verbeterdoel zijn opgenomen in transparantiekalender, kwaliteitsregistratie, informatie uit de eigen instelling (eigen indicatoren zoals specifieke screening of inzet interventies), interviews, dossieronderzoek, resultaten van audits en/of tracers, organisatie van processen die beschreven zijn in protocollen.

Achtergrondinformatie:

- Gezondheidsverschillen en gelijke toegang tot zorg | Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd.

Relevante richtlijnen en/of leidraden:

- KNMG Handreiking Verantwoordelijkheidsverdeling bij samenwerking in de zorg
- 10 kenmerken van een gezondheidsvaardige organisatie;
- Comprehensive Geriatric Assessment (CGA), specifiek het geriatrisch model.
- pharos.nl | Gezondheidsvaardigheden en laaggeletterdheid
- gezondheidsvaardigheden.nl
- nivel.nl | Kennissynthese 2024. Gezondheidsvaardigheden in Nederland: actuele kennis en inzichten
- nivel.nl onderzoeksprogrammas/patientperspectief-participatie-en-zorg/dossier-gezondheidsvaardigheden
- toezichtsociaaldomein.nl | Meedoen met taal
- nza.nl | Stand van de zorg 2025