



Actieagenda

Projectgroep Kwaliteitsbeleid

December 2015

S.029



# Kwaliteit van (voor)zorg opnieuw definiëren

Actieagenda

Projectgroep Kwaliteitsbeleid

December 2015

Tinneke Beirens (AJN), Marjolein de Booy (Zorginstituut Nederland), Annette van den Bosch (Movisie), Marion Frissen (Certific), Boi Jongejan (Oranje Kruis), Jan van der Kamp (Gepensioneerd GGD directeur), Kiki Lombarts (AMC Universiteit van Amsterdam), Henri Plagge (NPHF), Thomas Plochg (NPHF Federatie voor Gezondheid bureau), Jet Smit (UMC Utrecht), Henriette Treurniet (GGD GHOR NL), Jacqueline de Vries (V&VN), Lode Wigtersma (NVAG; voorzitter).

## Voorwoord

Als de grote veranderingen in de zorg zoals we die nu zien, doorzetten - en veel wijst daarop - dan zal de nadruk verder verschuiven naar integrale zorg, waarin ruim plaats is voor het anticiperen op en voorkómen van (verergering van) ziekte, het begeleiden van mensen met meerdere chronische ziekten gericht op behoud van functioneren en optimale participatie in de samenleving, het bevorderen van gezond leven en een gezonde omgeving, en maximale regie in handen van burgers en patiënten.

Daarmee zal ook de kwaliteitsbeoordeling een ander karakter krijgen of moeten krijgen. Een meer integraal karakter, waarin de zojuist genoemde kenmerken alle aan bod komen. "Harde" criteria zullen, waar nuttig en nodig, daarin worden geïncorporeerd.

In veel gevallen zijn die harde indicatoren echter niet afdoende. Chronische multimorbiditeit, psychische problematiek, het voorkómen van (welvaartsgerelateerde) aandoeningen en het optimaliseren van het functioneren en de participatie hebben vaak weinig boodschap aan harde, ziektegerichte criteria en indicatoren.

De wensen, verwachtingen en eigen activiteiten van burgers en patiënten bepalen, samen met de interactie met zorgprofessionals en maatschappelijke netwerken, de leefbaarheid van onze omgeving en de mate van participatie in de samenleving, de kwaliteit van leven en zorg.

In de beoordeling daarvan moet plaats zijn voor subjectieve overwegingen, afwegingen tussen bewijs en haalbaarheid, regelvrijheid én regelgeving, samenwerking, synergie in belangen en waarden, leren en reflecteren, communicatieve aspecten, en – waar relevant – onderzoeksbewijs (evidence).

In deze NPHF actieagenda geven we een aanzet om deze elementen te vatten in een breder kwaliteitsbegrip, waarin de dynamiek en ontwikkeling van zorg- en preventieprocessen een duidelijke, blijvende plaats heeft.

Dr. Lode Wigtersma, voorzitter NPHF projectgroep Kwaliteitsbeleid

# Inhoudsopgave

1	Inleiding.....	2
2	Van nazorg naar voorzorg.....	5
3	Voorkomen dat het fout gaat én zorgen dat het goed gaat.....	7
4	Slotopmerkingen .....	10

## Referenties

## Bijlagen

- 1 Samenstelling van de NPHF Projectgroep Kwaliteitsbeleid
- 2 Notitie Voorzorg: Als je op tijd bent, kom je nooit te laat. Het wenkende perspectief van voorzorg voor de Nederlandse gezondheidszorg
- 3 Voorbeeld initiatieven

# 1 Inleiding

De gezondheidszorg is in beweging. Oude zekerheden vallen weg want de verdienmodellen werken niet meer. In dit licht moet ook het advies van de “Adviescommissie innovatie zorgberoepen en opleidingen” worden gezien [1]. De commissie neemt daarin een duidelijk voorschot op een ingrijpende reorganisatie van de zorg, waarin voorzorg en gemeenschapszorg prioriteit krijgen.

In het veld dringt ook steeds meer het besef door dat een andere manier van denken noodzakelijk is om de gezondheidszorg toekomstbestendig te maken. Deze noodzaak wordt gemarkeerd door termen als ‘positieve gezondheid’ [2], de ‘transformatie van het sociale domein’ zoals gemeenten die geacht worden vorm te geven [3], ‘van ziekte en zorg naar gezondheid en gedrag’ [4], en ‘kantelen’[5]. De NPHF Federatie voor Gezondheid (NPHF) hanteert in dit kader de slogan ‘van nazorg naar voorzorg’<sup>1</sup>.

In de kern wijzen deze termen allemaal in dezelfde richting. Ze benadrukken een verschuiving naar werkelijk integrale zorg, waarin ruim plaats is voor het bevorderen van gezond leven en een gezonde omgeving, het anticiperen op en voorkómen van (verergering van) ziekte, het begeleiden van mensen met meerdere (gezondheids)problemen gericht op behoud van functioneren en optimale participatie in de samenleving, en maximale regie in handen van burgers en patiënten.

Als de andere manier van denken doorzet – en veel signalen wijzen daarop – heeft dat gevolgen voor de kwaliteitsbeoordeling. Is deze nu hoofdzakelijk gebaseerd op sets van indicatoren die vaak van toepassing zijn op een probleem, of een enkele ziekte of behandeling, dan zal deze bij een integrale zorg een ander karakter moeten krijgen. Eén waarin de zojuist genoemde kenmerken recht wordt gedaan, en die bovendien burgers, opdrachtgevers, financiers en toezichthouders voldoende vertrouwen geeft.

Er lopen diverse initiatieven waarin men op zoek is naar nieuwe manieren om de zorg te organiseren conform bovengenoemde uitgangspunten, en daarbij ook de kwaliteitsbeoordeling en het kwaliteitsgericht handelen onder de loep te nemen. Het Zorginstituut Nederland faciliteert bijvoorbeeld het platform ziekte- en sector overstijgende zorg waar veldpartijen bijeenkomen om

---

<sup>1</sup> In de actieagenda zal de transitie van nazorg naar voorzorg worden gehanteerd om de andere manier van denken te duiden. Daarmee is niet gezegd dat dit volgens de NPHF Federatie voor Gezondheid de enige en beste duiding is. Maar voor de eenduidigheid én om semantische discussies te voorkomen, houden wij in deze actieagenda vast aan deze slogan. Zie ook hoofdstuk 2.

te bespreken op welke wijze de (interne en externe) transparantie in de (multidisciplinaire) ziekte- en sector overstijgende zorg kan worden gerealiseerd [6]. Een tweede voorbeeld betreft het programma Welzijn Nieuwe Stijl [6]. Daarin worden acht bakens geïntroduceerd (zie het onderstaande tekstkader).


#### Werken volgens de 8 Bakens van Welzijn Nieuwe Stijl

1. gericht op de vraag achter de vraag;
2. gebaseerd op de eigen kracht van de burger;
3. direct er op af;
4. formeel en informeel in optimale verhouding;
5. doordachte balans van collectief en individueel;
6. integraal werken;
7. niet vrijblijvend, maar resultaatgericht;
8. gebaseerd op ruimte voor de professional.

Een derde voorbeeld betreft de GGZ. Door het bureau "Nieuw Organiseren" is een voorstel gedaan voor een andere aanpak in de geestelijke gezondheidszorg en daarmee samenhangend een ander kwaliteitssysteem [8]. Kernbegrippen daarin zijn: een goede balans tussen regels en vertrouwen, de zorg is een leerproces, kwaliteit is afhankelijk van de vrijheid, ruimte en gemotiveerdheid van betrokkenen, gezamenlijke ambitie van het team, het streven naar waardetoevoeging. Een laatste voorbeeld is het nieuwe landelijke professioneel kader van de jeugdgezondheidszorg relevant. Daarin wordt een paradigmashift gemaakt van het voorkómen van risico's naar het versterken van zelfredzaamheid en eigen kracht. Er wordt gekeken naar wat kinderen nodig hebben om gezond en veilig op te groeien, hun talenten naar vermogen te ontwikkelen, zelfredzaam te zijn en te participeren.

#### De NPHF Projectgroep

In aanvulling op o.a. deze initiatieven heeft de Projectgroep Kwaliteitsbeleid van de NPHF deze actieagenda opgesteld. De verandering in de kwaliteitsbeoordeling is de noodzakelijke weerslag van de geschetste veranderingen in het denken. Maar het zou ook het wenkende perspectief kunnen en moeten zijn, dat de gewenste transitie van nazorg naar voorzorg actief stimuleert. Nieuwe manieren van kwaliteitsbeoordeling kunnen partijen als financiers en toezichthouders, maar ook professionals over de streep trekken. Op deze manier kan een impuls worden gegeven aan de transitie van nazorg naar voorzorg. En dat is hetgeen de NPHF beoogt.



In hoofdstuk 2 zal eerst de strategische visie op verzorging zoals de NPHF die uitdraagt, kort worden toegelicht. Vervolgens wordt in hoofdstuk 3 een aantal algemene principes van kwaliteitsbeoordeling geformuleerd. Betoogd zal worden dat er twee complementaire aanlegroutes zijn waarop de kwaliteitsbeoordeling kan worden ingevuld: 1) voorkomen dat het fout gaat, en 2) zorgen dat het goed gaat. Langs deze beide wegen stippelt de projectgroep de principes van de nieuwe kwaliteitsbeoordeling uit. Voor dit nieuwe format is momenteel nog niet veel aandacht, en er zijn ook nog geen geaccepteerde toepassingen. Dit terwijl daar juist in het kader van de transitie van nazorg naar verzorging behoefte aan is. In hoofdstuk 4 worden enkele acties voorgesteld die de NPHF Federatie voor Gezondheid kan agenderen bij partijen in het veld om de het 'zorgen dat het goed gaat' voor de kwaliteitsbeoordeling nader uit te werken. In het afsluitende hoofdstuk 5 worden enkele conclusies getrokken.

## 2 Van nazorg naar voorzorg

*"If you defer investing your time and energy until you see that you need to, chances are it will already be too late." – Clayton M. Christensen*

De NPHF Federatie voor Gezondheid neemt het voortouw bij het verkennen en realiseren van een toekomstbestendig zorgstelsel, waarbij gezondheid het leidmotief is. Alleen als we anders gaan denken over zorg en gezondheid, kunnen we een houdbaar zorgstelsel inrichten. Het voorkomen van ziekte en bevorderen van individuele en collectieve gezondheid zijn hierin leidend, niet het herstellen van vermijdbare gezondheidsschade achteraf. De slogan 'van nazorg naar voorzorg' verwoordt dit (zie bijlage 3). In de kern zijn er twee redenen waarom het huidige zorgstelsel niet houdbaar is (zie onderstaand kader).


### 1. Dominante focus op het repareren van gezondheidsschade

Het gezondheidszorgstelsel is hoofdzakelijk gericht op de achterkant van gezondheidsproblemen, namelijk het repareren van gezondheidsschade die steeds vaker chronisch van aard is. Van de € 90 miljard die jaarlijks aan het zorgstelsel wordt uitgegeven, gaat 95% naar curatieve en langdurige zorg. Dit betekent dat nog geen 5% besteed wordt aan het voorkómen van gezondheidsschade. Dit ligt wel binnen onze mogelijkheden: 50% van de huidige ziekten is vermijdbaar. Wonen, werk, onderwijs, voeding, beweging en de vormgeving van de publieke ruimte hebben impact op onze gezondheid. Al deze factoren kunnen aangrijpingspunten zijn om gezondheid te creëren en te bevorderen. Wanneer we de focus willen verleggen naar de voorkant, daar waar gezondheidsproblemen ontstaan, is een andere inrichting van ons zorgstelsel nodig. In theorie en opleidingen, én in de praktijk. Dan denken we in gezondheid in plaats van in ziekte.

### 2. Geënt op de gezondheidsproblemen van gisteren, niet die van vandaag of morgen

De moderne geneeskunde heeft effectieve behandelingen ontwikkeld voor acute en ernstige ziekten waaraan men in de 20e eeuw nog overleed. Gevolg van dat succes is dat steeds meer mensen te kampen hebben met chronische ziekten en multi problematiek, terwijl de geneeskunde nog vooral geleverd wordt door specialisten die expert zijn op één terrein. Ketensamenwerking tussen specialisten die hun werk onderling coördineren is belangrijk,





maar het voorkómen van chronische ziekten en het stimuleren van optimaal functioneren met een of meer chronische ziekten is uiteraard nog beter. De gezondheidszorg wordt in belangrijke mate geleverd door verzorgenden en verpleegkundigen, maar ook zij zijn in hun opleiding en praktijk veelal “volgend” aan de principes en denkwijzen van de medisch specialisten. Als we willen bewegen van voorkomen van dat het fout gaat, naar stimuleren dat het goed gaat, moet de aandacht gericht worden op hervorming van de huidige gezondheidszorg, al vanaf de basis. Door de opleiding van artsen en andere zorgprofessionals veel meer in te richten vanuit het idee om mensen gezond te houden. En door een inhaalslag te maken in het ontwikkelen van generalistische expertise en de aanpak van multi problematiek.

De transitie van nazorg naar voorzorg heeft ook gevolgen voor de wijze waarop het kwaliteitsbeleid in de zorg wordt vormgegeven. Het huidige kwaliteitsbeleid, in bijzonder de kaders van toezichthouders, is in belangrijke mate geënt op ziektezorg. Daarbij wordt gedacht en gewerkt in vrij strakke kaders. Er zijn indicatorensets ontwikkeld door de Inspectie voor de Gezondheidszorg, zorgverzekeraars, gemeenten, DICA, beroeps- en wetenschappelijke verenigingen et cetera, en er zijn verschillende klant/patiëntgerichte kwaliteitsinstrumenten zoals de CQ index en de PROM, die vaak afgenomen worden in verband met een bepaalde ziekte, probleem en behandeling. Voor bijna elk zorgdomein bestaan eigen indicatorensets. Hiermee wordt het zicht op kwaliteit versmald en blijven belangrijke aspecten, die verderop in deze agenda aan de orde komen, onderbelicht.

Om die reden zullen we dus op zoek moeten naar nieuwe manieren om kwaliteit te definiëren en meten, waarbij de integraliteit van (voor)zorg, preventie, behandeling, begeleiding, burgerinitiatief en burgerparticipatie, en het resultaat van dat alles leidend is. Het is zaak om van de talrijke gedetailleerde indicatorensets die er nu zijn, de omslag te maken naar een andere, meer integrale vorm van kwaliteitsbevordering en -beoordeling, die in samenspraak tussen burgers, professionals en andere betrokkenen wordt ingevuld. Bij deze herziene kwaliteitsbeoordeling staat de samenwerking tussen burgers / patiënten en professionals (en andere betrokkenen) op de voorgrond. Zij zullen dan ook samen, op grond van de zorgdoelstellingen die zij gezamenlijk geformuleerd hebben, het kwaliteitskader invullen. De “routekaart” naar het gemeenschappelijke doel en de impulsen en prikkels die voor het bereiken van het doel nodig zijn, zijn een noodzakelijke randvoorwaarde voor kwaliteit.

### 3 Voorkomen dat het fout gaat én zorgen dat het goed gaat

*When I came to the Netherlands, I was surprised. Honestly surprised. I knew there was a lot of water in Holland, but still. All those ponds, canals and rivers... Endless opportunities... to drown. And yet, not a single fence? Green meadows with a pond every 40 meters, but no fence. Canals in Amsterdam where you can park 2 cm off the edge, no fence. Holland has taught its citizens to swim. The swimming diploma is the first that hangs above a Dutch bed. And sometimes someone drowns... But still... nowhere a fence to be found... because there is trust. There is trust that people will swim. –Damiaan Denys*

#### Het kwaliteitsbegrip

De betekenis van kwaliteit is: 'hoedanigheid, goede eigenschap'. Kwaliteit is dus een kenmerk van iets anders, maar als zodanig niet los verkrijgbaar. Voorbeeld: kwaliteitskrant – een krant met een (veronderstelde, in positieve zin zich onderscheidende) hoedanigheid. Je kunt dit niet omkeren: de krant is geen positief onderscheidende hoedanigheid van het object/verschijnsel kwaliteit. Om deze reden is kwaliteit een abstract begrip dat alleen betekenis krijgt in relatie tot een object of verschijnsel en vergelijkenderwijs tot stand komt.

Het kwaliteitsbegrip wordt veelvuldig in de gezondheidszorg gebruikt omdat het (waarde)oordelen over geleverde gezondheid- en zorgdiensten expliciteert. Deze spelen een cruciale rol in de rationalisering van verschillende besluitvormingsprocessen in de gezondheidszorg. Patiënten / burgers gebruiken het als keuze-informatie voor een behandelaar. Gezondheidsprofessionals en zorginstellingen om zo 'goed' mogelijk te handelen. Gemeenten en zorgverzekeraars om de beste zorg in te kopen. De Inspectie voor de Gezondheidszorg om te bepalen of een professional of aanbieder aan minimale eisen voldoet.

De afgelopen decennia is flink geïnvesteerd in kwaliteitssystemen, kwaliteitsindicatoren, kwaliteitszorg e.d. om die rationalisering tot stand te brengen. Toch is duidelijk dat het nog niet tot de gewenste resultaten heeft geleid. Keer op keer laat onderzoek zien dat verzekerden, patiënten, zorgaanbieders, zorgverzekeraars zich onvoldoende laten leiden door de beschikbare kwaliteitsinformatie, als ze überhaupt daarover kunnen beschikken.

Daar komt bij dat de wijze waarop het kwaliteitsbegrip nu in kwaliteitssystemen en -indicatoren wordt 'vertaald', hoe noodzakelijk die vaak ook zijn, tekortkomingen heeft. Allerlei elementen die

gewoonlijk wel van belang zijn voor het zorgproces en de uitkomst, zoals samenwerking, leren, reflectie, regie van de patiënt, samenhang tussen preventie en zorg, vertrouwen, professionele verantwoordelijkheid en ruimte et cetera, zijn zelden expliciet onderdeel van de kwaliteitssystemen die we nu hanteren.

Kortom, het kwaliteitsbegrip is 'gestold' in systemen en benaderingen, waarvan verondersteld wordt dat ze de volledige hoedanigheid van de geleverde zorg aangeven. Dit terwijl ze dat maar deels doen. Dat brengt een onderwaardering, misschien zelfs een ontkenning, van de integraliteit van (voor)zorg, preventie, behandeling, begeleiding, samenwerking, burgerinitiatief en burgerparticipatie met zich mee.

## Naar een bredere en meer omvattende invulling van het kwaliteitsbegrip

Gezien het voorgaande staat de NPHF projectgroep een bredere, meer omvattende invulling van het kwaliteitsbegrip voor. In zekere zin is dat terug naar de basis. Er zijn voldoende beschrijvingen en analyses voorhanden waarin dit reeds wordt bepleit. De tijd is nu rijp om deze brede en meer omvattende invulling concreet handen en voeten te geven. Het is een onmisbare schakel in het functioneren en rationaliseren van de gezondheidszorg nieuwe stijl.

De volgende beginselen dienen om die brede invulling van het kwaliteitsbegrip te borgen:

- het levert een tussen alle betrokkenen gedeelde *waardebepaling* op waarbij de primaire focus ligt op de wensen, doelen, verwachtingen en mogelijkheden van de burger / patiënt, en de resultaten van de zorg in relatie daarmee;
- het legt de basis voor *onderling vertrouwen* in alle participanten in het team (professionals, burger / patiënt, et cetera);
- het draagt bij aan *verantwoordelijkheidsbesef, kwaliteitsbewustzijn en up-to-date kennis* bij de professionals;
- het geeft de 'drive' om met elkaar *samen te werken*, voortdurend te *leren* en te *reflecteren*, en de zekerheid dat je van elkaar op aan kunt, in het werken aan het gezamenlijke doel;
- het dwingt om *sensitief, responsief en contextgevoelig* te zijn.

De invulling van het kwaliteitsbegrip moet richtinggevend zijn, een 'routekaart' die aangeeft welke wegen bewandeld moeten worden om het beste resultaat in de gegeven omstandigheden te bereiken. Het is aan het team of de instelling om te bepalen, of bestaande kwaliteitsindicatoren passen. Dat zal afhangen van de zorgcontext. In een ziekenhuis zijn bepaalde uitkomstmaten nodig zoals effectiviteit van diagnostiek, slaagkans van een behandeling, percentage genezing, bijwerkingen et cetera. In de extramurale gezondheidszorg

gaat het om uitkomstmaten als in staat zijn om vitaal zijn en te kunnen participeren in de samenleving. Soortgelijke of andere maten zullen ook in andere zorgsoorten van belang blijven voor de kwaliteit en het kwaliteitsoordeel.

## Twee aanvliegroutes

De invulling van het kwaliteitsbegrip, zowel voor de beoordeling als voor het kwaliteitsgericht handelen, kan aldus op twee manieren worden 'aangevlogen'. Het voorkomen dat het fout gaat is en blijft belangrijk. Er moeten regels en richtlijnen in acht worden genomen die bewezen bijdragen aan de veiligheid van zorg en de beste behandeling in een omschreven situatie. Deze zijde van kwaliteit is de dominante invalshoek van het huidige kwaliteitssysteem met indicatoren.

Maar daarnaast zal zorgen dat het goed gaat een veel grotere rol moeten spelen in het bepalen en beoordelen van kwaliteit. De beginselen hiervan zijn hierboven beschreven en zijn zoals gezegd sterk onderbelicht in de huidige kwaliteitsindicatoren en –systemen. Het gaat in de zorg niet alleen om zieke mensen die diagnostiek en behandeling behoeven. Het gaat ook om mensen gezond te houden of mensen die ziek zijn, optimaal te helpen functioneren naar hun eigen wensen en mogelijkheden. De burger / patiënt is met nadruk coproductent van zijn of haar gezondheid, welzijn en kwaliteit van leven. Dit legt de nadruk op het in het team, samen met de burger / patiënt, en eventueel vrijwilligers / mantelzorgers, creëren van gezamenlijke, gedeelde belangen in het zorgproces.

Het risico op verdrinking en de wijze(n) waarop de Nederlandse samenleving daarmee omgaat, laat het onderscheid tussen beide aanvliegroutes goed zien. Het plaatsen van hekken aan grachten, rivieren en kanalen is een voorbeeld van voorkomen dat het misgaat; in dit geval dat mensen verdrinken. Maar in het waterrijke Nederland zijn er nauwelijks hekken zoals Damiaan Denys in zijn TED-X talk constateert [10]. Nederland vertrouwt er blijkbaar op dat mensen kunnen zwemmen, mochten ze onverhoopt te water geraken. Om te zorgen dat dit goed gaat, krijgen alle Nederlandse kinderen van jongs af aan zwemles.

Het is deze manier van denken en doen die de NPHF projectgroep voor een op voorzorg georiënteerde gezondheidszorg van toegevoegde waarde acht. Er zijn al initiatieven die hieraan concreet invulling proberen te geven. In bijlage 3 is een aantal voorbeelden opgenomen die dit illustreren.

## 4 Slotopmerkingen

Tegen de achtergrond van de huidige en toekomstige ontwikkelingen in de gezondheidszorg bepleit de NPHF Federatie voor Gezondheid de bovengenoemde, brede invulling van het kwaliteitsbegrip in de gezondheidszorg. De beweging die de zorg moet maken, zo blijkt uit talloze ontwikkelingen die al in gang zijn, is die naar een door alle betrokkenen gedeeld en geëxpliciteerd belang in het verbeteren van omstandigheden, gedrag, gezondheid, welbevinden en functioneren. Dat bestaande kwaliteitsindicatoren daar in kunnen, maar niet persé moeten passen ligt voor de hand. Een belangrijke randvoorwaarde voor invulling en toepassing van het kwaliteitsbegrip is de mate waarin een organisatie/professie/team het accent (mede) legt op voorzorg. Dit accent kan variëren al naar gelang de plek, omvang en wenselijkheid van voorzorg in het betreffende zorgtraject. Het is aan de instelling of beter nog het team rondom de burger / patiënt, inclusief de laatste, om hierin de juiste afweging te maken.

De NPHF Federatie voor Gezondheid beveelt de volgende actoren, die medebepalend zijn voor de kwaliteit van zorg aan, deze nieuwe invulling van het kwaliteitsbegrip te omarmen en verder uit te werken tot een aan verschillende omstandigheden aan te passen kwaliteitskader:

- Zorginstituut Nederland, als drager van het Toetsingskader kwaliteit, de wettelijk aangewezen instantie voor het verzamelen van informatie over de kwaliteit van verleende zorg door zorgaanbieders, en aanbieder van begrijpelijke en betrouwbare informatie over de kwaliteit van zorg. Dit overheidsinstituut zal in lijn met de onder hem ressorterende Adviescommissie Innovatie Zorgberoepen en Opleidingen bredere, meer integrale kwaliteitskaders en –informatie ontwikkelen;
- Wetenschappelijke verenigingen, beroepsverenigingen en koepels in de zorg, als eerst verantwoordelijke organisaties voor het opstellen van richtlijnen en kwaliteitsdoelen binnen hun domein. Zowel binnen als vooral ook tussen de domeinen zal overeenstemming nodig zijn over het hanteren van het brede kwaliteitsbegrip als reflectie van een verander(en)de zorg.
- Kennisinstituten die zich op kwaliteit van zorg richten. Zij passen onderzoek en instrumentontwikkeling aan aan de verander(en)de zorg.
- De Inspectie voor de Gezondheidszorg, formeel toezichthouder op de kwaliteit en veiligheid van zorg, zal met (deels) andere maten en criteria aan de slag moet voor effectief toezicht op de kwaliteit en veiligheid in de verander(en)de zorg.
- Andere toezichthouders zoals de Arbeidsinspectie, Inspectie Jeugdzorg, gemeenten, ggd-en e.d. herformuleren eveneens hun toezichtcriteria in lijn met het brede kwaliteitsbegrip.

- Opleidingen van zorgprofessionals bereiden hun studenten voor op de nieuwe situatie in de zorg, waarbij zowel de competenties als het kwaliteitsbegrip moeten passen bij wat er in de ( nabije) toekomst van de zorgverleners wordt verwacht.

## Referenties

1. Commissie Kaljouw 10 april 2015 zie <https://www.zorginstituutnederland.nl/beroepen+en+opleidingen/naar+nieuwe+zorg+en+zorgberoepen+-+de+contouren>.
2. Huber, M. Towards a new, dynamic concept of Health. Its operationalisation and use in public health and healthcare, and in evaluating health effects of food. Proefschrift Universiteit Maastricht.2014.
3. VNG zie <https://vng.nl/onderwerpenindex/sociaal-domein/verkenningen-transformatie-sociaal-domein>.
4. Raad Voor de Volksgezondheid en Zorg. Zorg voor je gezondheid! Gedrag en gezondheid: de nieuwe ordening . Den Haag. 2010.
5. Rotmans, J. zie <http://www.nederlandkantelt.nl>.
6. Landelijk Platform Kwaliteit Ziekte- en Sectoroverstijgende Zorg, Zorginstituut Nederland
7. Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, in samenwerking met MO groep en VNG. Welzijn Nieuwe Stijl. 2010.
8. Labrujere, H. Karsten, M. Kwaliteit in de GGZ. Terug naar de kern. Nieuw Organiseren.
9. Ministerie van Veiligheid en Justitie, het Ministerie van VWS, en VNG. Stelselwijziging Jeugd. Factsheet Nieuw basispakket Jeugdgezondheidszorg. 2014.
10. Denys, D. What is the relationship between angst en freedom? TEDX Amsterdam. 2015.
11. InEen, Zuyd Hogeschool en Universiteit Maastricht, in samenwerking met de Ondernemende Huisarts, het NHG, Huisartopleiding VUmc en NCPF, en in opdracht van het Zorginstituut Nederland. Handreiking gezamenlijke besluitvorming. Utrecht.2015.
12. Bolt, E. Palm, G. Het cultiveren van kwaliteitsbewustzijn. Leren anders te kijken, te duiden en te doen. Een onderzoek naar de werking van leermiddelen. 2014.



## Colofon

NPHF Federatie voor Gezondheid

Bezoekadres

p/a NIVEL

Otterstraat 118-124

3513 CR Utrecht

Postadres

p/a NIVEL

Postbus 1568

3500 BN Utrecht

December 2015

© NPHF Federatie voor Gezondheid

Redactie NPHF bureau, NPHF Federatie voor Gezondheid



# Bijlage 1

## Samenstelling van de NPHF Projectgroep Kwaliteitsbeleid

- Lode Wigersma (NVAG; voorzitter)
- Tinneke Beirens (AJN)
- Marjolein de Booy (Zorginstituut Nederland)
- Annette van den Bosch (Movisie)
- Marion Frissen (Certific)
- Boi Jongejan (Oranje Kruis)
- Jan van de Kamp (Gepensioneerd GGD directeur)
- Kiki Lombarts (AMC Universiteit van Amsterdam)
- Henri Plagge (NPHF)
- Jet Smit (UMC Utrecht)
- Henriette Treurniet (GGD GHOR NL)
- Jacqueline de Vries (V&VN)
- Thomas Plochg (NPHF Federatie voor Gezondheid bureau)

## Bijlage 2

### Notitie Voorzorg

#### Als je op tijd bent, kom je nooit te laat

Het wenkende perspectief van **voorzorg** voor de Nederlandse gezondheidszorg

Thomas Plochg, directeur NPHF Federatie voor Gezondheid, 28 november 2014

In de Van Dale klinkt **voorzorg** vrij logisch: het van tevoren zorgen dat problemen worden voorkomen.

Daarmee is voorzorg een *mindset*; een oriëntatie waarin individuen of organisaties anticiperen op de mogelijk negatieve gevolgen van het eigen handelen, zodat die op voorhand worden weggenomen of geneutraliseerd.

Iedereen kan zich deze oriëntatie toe-eigenen; de burger, de bestuurder, de politicus en de wetenschapper. Het is een universele oriëntatie die we ook in andere sectoren kunnen toepassen. Denk bijvoorbeeld aan watermanagement, onderwijs of de sociale zekerheid.

**Voorzorg** is een wenkend perspectief voor de gezondheidszorg. Wenkend omdat de dominante oriëntatie op zorg nu nazorg is: we proberen problemen op te lossen vanaf het moment dat deze zijn ontstaan. Deze oriëntatie is ook te zien in de andere genoemde sectoren. In plaats van wachten tot de acties van gisteren leiden tot gezondheidsschade, en die schade dan waar mogelijk te beperken, richt **voorzorg** zich op vandaag, en vooral op morgen.

Steeds meer mensen kampen tegenwoordig met chronische en meervoudige gezondheidsproblemen; vaak een kluwen aan elkaar beïnvloedende oorzaken en gevolgen die zowel fysiek als sociaal kunnen zijn. Eén pil, één operatie of één behandeling helpt dan niet meer. Net zo min als een reeks van losse interventies, waar mensen niet beter van worden, en bovendien machteloos en ongelukkig.

**Voorzorg** geeft, al wenkend, richting. Richting om tot een integrale én omvattende aanpak van gezondheidsproblemen te komen. **Voorzorg** vraagt mensen positieve gezondheid, gezondheid als het menselijk vermogen tot aanpassen en het voeren van regie, als vertrekpunt te nemen. Het vraagt mensen het grotere plaatje te zien. Het vraagt mensen menselijke relaties tot stand te

brengen. Dit is allemaal nodig om de juiste overkoepelende keuzes te kunnen maken. Enkele voorbeelden zijn:

- Het bevorderen van beweging en monitoring met een moderne stappenteller en bijbehorende app;
- Het voorkomen van ondervoeding bij patiënten door in ziekenhuizen à la carte maaltijden aan te bieden;
- Het bevorderen van bewegen bij kinderen door het aanleggen van Schoolplein14, een initiatief van de Johan Cruijff Foundation;
- Eenzaamheid bij ouderen tegengaan door senioren handwerk uit te laten oefenen in groepsverband, begeleid door jonge ontwerpers, een initiatief van Granny's finest.

Als mensen **voorzorg** maatregelen willen nemen, gaan ze op zoek naar een combinatie van collectieve en individuele maatregelen, preventieve en zorg acties, binnen en buiten de gezondheidszorgsector, waarmee ze de neerwaartse spiraal waarin ze zelf of de aan hun toevertrouwde patiënt of populatie kunnen raken, proberen te doorbreken.

Kortom, **voorzorg** dwingt mensen om het grote geheel te zien. In dat grote geheel bewegen mensen zich, in dat grote geheel ontstaan gezondheidsproblemen en in dat grote geheel moeten ze ook worden opgelost.

# Bijlage 3

## Voorbeeld initiatieven

Er zijn diverse (lokale) initiatieven waarin de andere manier van denken en doen vertaald wordt in nieuwe vormen van kwaliteitsbeoordeling. Zonder uitputtend te willen zijn, wordt in deze bijlage een viertal initiatieven genoemd.

### 1. Handreiking gezamenlijke besluitvorming op basis van persoonlijke doelen.

De Handreiking is ontwikkeld door het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG), InEen en Hogeschool Zuyd. Aanleiding was dat in de eerstelijns zorggroepen steeds vaker wordt gewerkt met het generiek Raamwerk Individueel Zorgplan. Dit raamwerk bevat zowel het proces van gezamenlijke besluitvorming als het vastleggen van afspraken tussen zorgvrager en zorgverlener(s). De persoonlijke situatie van de burger/patiënt is daarbij het uitgangspunt en niet de ziekte en/of beperkingen. De Handreiking is een operationalisatie van hoe het gesprek aan te gaan met burgers/patiënten die te kampen hebben met een cumulatie van problemen [11].

### 2. Het Keurmerk Seniorvriendelijk Ziekenhuis

Voor ouderen is een verblijf in het ziekenhuis vaak extra vervelend. Zij hebben dikwijls meerdere aandoeningen tegelijkertijd en ouderen lopen meer risico op blijvend functieverlies als gevolg van de opname. Ziekenhuizen zijn dikwijls niet goed ingericht op zorg voor ouderen. De samenwerkende ouderenorganisaties Unie KBO, PCOB, NOOM en NVOG willen dat dit verandert. Zij hebben samen met ouderen het keurmerk Seniorvriendelijk Ziekenhuis ontwikkeld met als doel de zorg voor deze doelgroep te verbeteren. Het idee daarbij is dat ziekenhuizen met het keurmerk ouderen helpt bij het bewuster voor zorg die het beste bij hun hulpvraag past, professionals worden gestimuleerd de zorg te verbeteren op punten die vanuit de patiëntenorganisaties (i.s.m. beroepsgroepen) als belangrijk worden gezien, het management en bestuur van zorgaanbieders worden gestimuleerd om middelen vrij te maken voor kwaliteitsverbetering, en zorginkopers input hebben voor kwalitatieve zorginkoop. Zie de website [www.seniorvriendelijkziekenhuis.nl](http://www.seniorvriendelijkziekenhuis.nl)

### 3. Kwaliteit en Presentie

ActiZ heeft prof. dr Andries Baart en Stichting Presentie verzocht te participeren in het kwaliteitsproject 'Kwaliteitskoers 2.0. Vernieuwd kwaliteitsbewustzijn – een thematisch werkprogramma over goede zorg en verantwoording' in de ouderenzorg, thuiszorg en

aanverwante sectoren. In vier praktijkorganisaties worden experimenten op het gebied van kwaliteitsbevordering onderzoeksmatig gevolgd. Doel van het onderzoek is het vaststellen van de doorwerking en effecten van de experimenten, en het evalueren van de daartoe gebruikte curricula en tool. Daarnaast werd beoogd om in dit onderzoek een bijdrage te leveren aan de wetenschappelijke legitimatie van de nieuwe kwaliteitskoers van Actiz en haar leden en aan de verdere ontwikkeling van het theoretisch gedachtegoed over 'goede zorg'. Het onderzoek is gepubliceerd op de ActiZ website [12].

#### 4. Landelijke Professionele Kader Jeugdgezondheidszorg

Met het nieuwe Landelijke Professionele Kader maakt de jeugdgezondheidszorg (JGZ) een paradigma shift van voorkomen van risico's naar versterken van zelfredzaamheid en eigen kracht. De JGZ gaat niet langer uit van een risicobenadering; we plakken geen stickers op risicokinderen. De nieuwe JGZ gaat uit van het concept van positieve gezondheid; de kracht van kinderen en gezinnen, hun kansen en mogelijkheden.

De oude JGZ definitie was: bevorderen, beschermen en beveiligen van gezondheid van kinderen. De nieuwe definitie van gezondheid van Hubert is door de adviescommissie de Winter voor de JGZ beschreven als: kijken wat kinderen nodig hebben om gezond en veilig op te groeien, hun talenten naar vermogen te ontwikkelen, zelfredzaam te zijn, en deel te nemen aan de maatschappij en wat ouders nodig hebben om hun kind gezond, veilig en positief op te voeden. De oude richtlijn contactmomenten met één uniform JGZ pakket en met één afsprakenschema voor alle kinderen is verleden tijd. Het nieuwe Landelijke Professioneel Kader vervangt vanaf 2016 de richtlijn contactmomenten en biedt veel professionele ruimte en vrijheid. Gezinnen kunnen met de JGZ professionals binnen een ruim kader flexibel afspraken maken over de frequentie, vorm en inhoud van de jeugdgezondheidszorg. De contactmomenten zijn gebundeld in de leeftijdsfasen: zuigeling, peuter, kleuter, schoolkind, puber. Per leeftijd zijn er een X aantal contactmomenten beschikbaar voor alle kinderen, maar als alles goed gaat dan kan een gezin ook minder afspraken maken met de JGZ.

Het volledige schema blijft beschikbaar voor alle kinderen en er zijn extra contactmomenten voor de kinderen waar zorgen over zijn. Het uitgangspunt is dat bij elk contactmoment en iedere activiteit gekeken wordt naar de specifieke omstandigheden van elk kind/jongere/gezin/omgeving.

De vorm kan variëren, dus het letterlijke 'kinderen zien' gaat niet altijd meer op, dat wordt vervangen door alle mogelijke vormen van contact. Zo bereiken we druk bezette werkende gezinnen op door hen gewenste tijdstippen met digitale informatie, via de website, met de



inloopsprekuren, via chats, met fimpjes, via facebook, twitter, etc. Voor ouders die een regelmatige gezondheid- en opvoedcheck op prijs stellen blijft de mogelijkheid bestaan om gebruik te maken van alle contactmomenten. En we hebben een uitgebreid aanbod van preventie interventies.

De uitdaging zit in het op zoek gaan naar wat mensen belangrijk vinden, beter aansluiten bij de leefwereld van elk gezin, los laten waar we zelf misschien nog wel verder hadden willen gaan, soms doorpakken en de contacten anders vorm geven.

Het landelijk Professioneel Kader is een uitwerking van het vernieuwde basispakket JGZ in de wet publieke gezondheid. Een en ander is uitgewerkt in de factsheet basispakket JGZ van het Ministerie van Veiligheid en Justitie, het Ministerie van VWS, en VNG [Fout! Verwijzingsbron niet gevonden.].