



TOELICHTING INVULFORMULIER KWALITEITSJAARVERSLAG 2025

Inleiding

De revisie van het kwaliteitsjaarverslag in 2025 markeert een belangrijke stap in de doorontwikkeling van dit instrument als middel voor verantwoording door de zorgverlener en toezicht door de Inspectie. Deze aanpassing werd noodzakelijk geacht op basis van de ervaringen in de afgelopen jaren. Uit feedback van het veld bleek dat de eerdere versies van het kwaliteitsjaarverslag niet optimaal waren afgestemd op de behoeften van zorgaanbieders en de Inspectie. Veel respondenten beschouwden de eerdere verslagen als een herhalende oefening zonder significante meerwaarde, wat leidde tot een gebrek aan diepgang in de geleverde informatie.

Met deze inzichten is in 2025 het invulformulier voor het kwaliteitsjaarverslag gereviseerd. Het sluit aan op hetgeen wettelijk vereist is en beschreven in artikelen 3, 4 en 5 van de Landsverordening kwaliteit in de gezondheidszorg. De nieuwe versie van het kwaliteitsjaarverslag is daardoor beter in staat om de organisatie van zorg en de implementatie van een kwaliteitssysteem te toetsen. Bij dit gereviseerde formulier voor het kwaliteitsjaarverslag is gestreefd naar vragen die meer inzicht geven in de essentie van het kwaliteitsbeleid binnen uw instelling/praktijk.

Belangrijk is om te weten dat artikel 5 van de Landsverordening kwaliteit in de gezondheidszorg aangeeft dat de systematische bewaking, beheersing en verbetering van de kwaliteit van de zorg een essentieel onderdeel vormt van het kunnen leveren van goede zorg.¹ Op deze manier is het hebben van een kwaliteitssysteem opgenomen in de wet, als kwaliteitseis voor alle zorgaanbieders. De rode draad hierin vormt de PDCA-cyclus:

- Kwaliteitsbeleid en -doelstellingen vormen de basis voor de zorgverlening (Plan)
- De zorg wordt op de best mogelijke manier uitgevoerd (Do)
- De resultaten van de zorg worden gemeten en geanalyseerd (Check)
- Via periodieke evaluaties worden plannen en werkmethoden verbeterd (Act)

Het kwaliteitsjaarverslag vormt in deze cyclus het middel om evaluatie en verbetering aantoonbaar te maken.

¹ Landsverordening kwaliteit in de gezondheidszorg (AB 2014 no. 74), te vinden op de website van IVA:
<https://www.iva.aw/leynan>

De volgorde van de verschillende thema's van het kwaliteitsjaarverslag is zodanig dat de opbouw van de kwaliteitscyclus PLAN - DO - CHECK - ACT wordt gevolgd:

- Het vaststellen van doelen die voortvloeien uit een visie op kwaliteit (1)
- Het implementeren van een kwaliteitssysteem (in overleg met ketenpartners) om deze doelen te realiseren (2, 3 en 4)
- Het doorlopen van cyclus waarbij doelstellingen worden geoperationaliseerd in normen, normen worden getoetst aan de hand van geregistreerde gegevens, en het doorvoeren van verbeteracties als consequentie van de toetsing (5 en 6)
- Er is aandacht besteed aan de gevolgen van het kwaliteitsbeleid voor patiënten en medewerkers, door het in beeld brengen van de resultaten van de toetsing en de gevolgen van de verbeteracties voor het primaire proces (5 en 6)
- Ketenkwaliteit heeft een plaats gekregen in het verlengde van de beschrijving van het kwaliteitssysteem. De vragen zijn zo concreet mogelijk geformuleerd
- Ook de vragen in 8,9 en 10 vloeien voort uit de wettelijke vereisten van de Landsverordening kwaliteit in de gezondheidszorg. Ze richten zich op de betrokkenheid van patiënten/consumenten bij het kwaliteitsbeleid (art. 7, lid 1, sub a), de gevolgen van meldingen en klachtenbehandeling en -bemiddeling voor de kwaliteit van zorg (art. 7, lid 1, sub c) en de kwaliteitsbeoordelingen en het resultaat daarvan (art. 7, lid 1, sub b)

De meerwaarde van dit kwaliteitsjaarverslag ligt in de focus op de resultaten van het kwaliteitsbeleid, in de aandacht voor de ketenkwaliteit en voor de betrokkenheid van de cliënt bij het kwaliteitsbeleid.

Toelichting per hoofdstuk

1. Algemeen

Wat wordt verstaan onder kwaliteit?

Onder kwaliteit wordt verstaan de mate waarin de zorg in ieder geval veilig, doeltreffend, doelmatigheid en cliëntgericht is, tijdig wordt verleend en afgestemd is op de reële behoefte van de cliënt. Het gaat hier dus niet om de kwaliteit van de bedrijfsvoering als zodanig, maar alleen om de mate waarin deze heeft bijgedragen aan een betere zorg. Zorg moet aantoonbaar bijdragen aan de gezondheid en de kwaliteit van het leven van de patiënt en moet tegemoetkomen aan diens zorgvragen en behoeften.

Op welk niveau moeten doelstellingen c.q. missies geformuleerd zijn? Het gaat hierbij om het instellingsniveau c.q. praktijk niveau.

1.1:

Het gaat hierbij om concrete doelstellingen die voor meerdere jaren (3 à 5 jaar) geldig zijn. Het gaat om doelstellingen die zo beschreven zijn, dat men na verloop van tijd kan constateren of zij in meer of mindere mate gehaald zijn. Gedacht kan worden aan het halen van een certificatie-eis, de invoering van een kwaliteitssysteem, het instellen van een goed functionerende cliëntenraad, het vergroten van de tevredenheid van de cliënt, het terugdringen van bijna fouten/incidenten, complicaties of calamiteiten, enzovoorts. De

doelstellingen dienen betrekking te hebben op veiligheid, doelmatigheid, doeltreffendheid, tijdigheid en op patiënt- en cliëntgerichtheid.

1.2:

Met korte termijn wordt bedoeld 1 jaar. Ook hier gaat het om doelstellingen die toetsbaar zijn, dat wil zeggen waarbij men na een jaar kan nagaan of de doelstelling gehaald is. Als deze kortetermijndoelstelling gekwantificeerd is, dit aangeven.

2. Kwaliteitszorg en Kwaliteitssysteem

In deze vraag staat de wijze waarop de zorginstelling/praktijk de kwaliteitszorg georganiseerd heeft centraal. De Landsverordening kwaliteit in de gezondheidszorg verplicht de zorgaanbieder tot het systematisch bewaken, beheersen en verbeteren van de kwaliteit van zorg (art. 5). Bij kleinere instellingen/praktijken is de kwaliteitszorg nog op het niveau van de individuele hulpverlener vormgegeven, waarbij methoden voor kwaliteitsverbetering worden gehanteerd, zoals kwaliteitscirkels, intercollegiale toetsing, etc. Grotere instellingen hanteren meestal een uitgebreid kwaliteitssysteem.

2.1:

Bij het beantwoorden van deze vraag is het belangrijk om te reflecteren op de methoden en instrumenten die uw instelling gebruikt om de kwaliteit van zorg systematisch te bewaken, beheersen en verbeteren. Denk in uw beschrijving aan onder meer de volgende aspecten:

1. Hoe de kwaliteit gemeten wordt:
 - Gebruik van een Kwaliteits- en Veiligheidsdashboard, of indicatoren zoals cliënttevredenheid, incidentenregistratie, of uitkomsten van zorg?
 - Toepassing van interne/externe audits of visitaties?
2. Hoe u kwaliteitsnormen waarborgt:
 - Voldoen aan standaarden zoals ISO, HKZ, JCI of andere richtlijnen?
 - Naleving van protocollen en richtlijnen?
3. Hoe verbeteringen worden doorgevoerd:
 - Toepassing van de PDCA-cyclus (Plan-Do-Check-Act)?
 - Voorbeelden van gerealiseerde verbeteringen en meetbare resultaten?

Wees concreet en baseer uw antwoord op systemen, acties, en resultaten binnen uw instelling. Dit toont aan hoe u inzicht verkrijgt in de door u geleverde kwaliteit van zorg en hoe u de kwaliteit systematisch bewaakt en verbetert.

2.2:

Een visitatie binnen de zorgsector is een vorm van peer review, waarbij collega-professionals (Peers) of externe deskundigen een zorginstelling, afdeling of individuele zorgverlener beoordelen. Het doel is om de kwaliteit van zorg te evalueren, verbeteren en waar nodig bij te sturen. Visitatie is vaak gericht op het toetsen van de naleving van professionele standaarden, protocollen, en richtlijnen binnen de zorgsector.

De essentie van visitatie als peer review is dat het uitgevoerd wordt door gelijken:

professionals die een vergelijkbare achtergrond, opleiding, en expertise hebben als degenen die geëvalueerd worden. Dit zorgt ervoor dat de beoordeling wordt gedaan door mensen met praktische ervaring en inzicht in het vakgebied.

2.3:

Het volledig overzicht van de vijf meest voorkomende domeinen binnen de kwaliteitssystemen in de gezondheidszorg, inclusief de bijbehorende kwaliteitsnormen, ziet u in de bijlage van deze toelichting.

Vragen ter beeldvorming en inspiratie voor het beantwoorden van vraag 2.3 zijn:

1. Patiëntgerichte zorg en ervaring:

- Op welke manier heeft uw organisatie de focus gelegd op patiëntgerichte zorg en ervaring?
- Welke initiatieven of acties zijn er ondernomen om de betrokkenheid van patiënten te vergroten of te verbeteren?

2. Klinische kwaliteit en veiligheid:

- Welke normen op het gebied van klinische kwaliteit en veiligheid hebben prioriteit gekregen?
- Hoe heeft u deze normen geïmplementeerd en welke resultaten zijn er behaald?

3. Middelenbeheer en infrastructuur:

- Op welke manieren heeft u middelenbeheer en infrastructuur verbeterd?
- Welke maatregelen heeft u genomen om te voldoen aan de gestelde normen?

4. Regelgeving en juridische aspecten:

- Welke normen omtrent regelgeving en juridische aspecten stonden centraal?
- Hoe heeft uw organisatie deze normen toegepast in de praktijk?

5. Communicatie en informatiedeling:

- Hoe heeft uw organisatie gewerkt aan verbetering van communicatie en informatiedeling?
- Op welke wijze heeft dit bijgedragen aan betere samenwerking of patiëntenzorg?

2.4:

Hier wordt de instelling/praktijk uitgenodigd om opmerkingen te noteren die inzicht geven in belemmerende en stimulerende factoren die in het verslagjaar zijn opgetreden.

2.5 en 2.6:

In artikel 5 van de Landsverordening kwaliteit in de gezondheidszorg vereist dat een zorgaanbieder een kwaliteitssysteem heeft. Onder een kwaliteitssysteem wordt verstaan het op een methodische, systematische en cyclische wijze werken aan kwaliteitsverbeteringen die instellings-/praktijk breed worden doorgevoerd. Met cyclisch wordt geduid op het doorlopen van de zogenaamde Deming cirkel (PDCA): normeren/verbeteren, evalueren en bijstellen. Veel toegepaste kwaliteitssystemen in de gezondheidszorg zijn: EFQM-INK, ISO, HKZ, JCI,

Qmentum. Het gaat hierbij met name om kwaliteitssystemen die instellings-/praktijk breed worden toegepast.

De definitie die de Inspectie hanteert voor een kwaliteitssysteem is: "*Een samenhangend geheel van gestructureerde activiteiten, procedures, instructies en registraties dat gericht is op het systematisch borgen en verbeteren van de kwaliteit en veiligheid van de zorgverlening.*"

2.7:

Hieronder volgt de beschrijving van de 3 fasen van invoering van een instellings-/praktijk brede kwaliteitssysteem:

1. Voorbereidingsfase:
 - Analyse van de huidige situatie.
 - Selectie van een geschikt kwaliteitssysteem.
 - Opstellen van een implementatieplan en vaststellen van doelstellingen.
 - Betrekken van medewerkers en creëren van bewustwording.
 - Start van scholing en training over het kwaliteitssysteem.
2. Implementatiefase:
 - Het uitvoeren van het implementatieplan.
 - Invoering van procedures, richtlijnen en werkprocessen volgens het kwaliteitssysteem.
 - Het trainen en ondersteunen van medewerkers in het gebruik van het systeem.
 - Testen en aanpassen van het systeem op basis van de eerste bevindingen.
 - Opzetten van een systeem voor continue monitoring en feedback.
3. Borgingsfase:
 - Het kwaliteitssysteem is volledig geïntegreerd in de dagelijkse praktijk.
 - Uitvoeren van interne audits en kwaliteitsmetingen.
 - Continu verbeteren op basis van feedback en resultaten.
 - Voorbereiden op externe toetsing of certificering.
 - Stimuleren van een cultuur van kwaliteitsbewustzijn en voortdurende verbetering.

3. Risicomanagement

Binnen de zorg is de essentie van patiëntveiligheid het voorkomen van onbedoelde en vermijdbare schade aan de patiënt. Potentieel vermijdbare schade wordt gedefinieerd als een onbedoelde uitkomst die is ontstaan door het onvoldoende handelen volgens professionele standaard en/of door tekortkomingen van het zorgsysteem met schade voor de patiënt zodanig ernstig dat er sprake is van tijdelijke of permanente beperking dan wel overlijden. Met andere woorden is de risico op onverantwoorde zorg de kans en de mate waarin een ongewenste verandering in de gezondheidstoestand en de kwaliteit van leven van de patiënt kan optreden, die niet kan worden toegeschreven aan een onderliggende ziekte of aandoening.

Naast onder meer veiligheidsmaatregelen en voortdurende opleiding van het personeel is een effectieve risicomanagement-identificatiesysteem van groot belang voor het garanderen van patiëntveiligheid. Met een effectief risicomanagement kunt u risico's beter anticiperen en beheersen, door de kans van het optreden van risico's vast te stellen, de gevolgen ervan te bepalen en de nodige maatregelen te nemen om de risico's te voorkomen, en zo uw kwaliteit en continuïteit van zorg te waarborgen. Dit geschiedt op basis van risicoanalyses. Hierbij worden de risico's binnen de instelling/praktijk geïdentificeerd en gekwantificeerd.

Het gaat hierbij om de wijze waarop uw risicomanagement is georganiseerd.

4. Zorgketen en Kwaliteit

Het kan hierbij gaan om afspraken over gezamenlijk gehanteerde doelstellingen, normen, indicatoren en het gezamenlijk doorvoeren van verbeteringen. Ook kan het gaan om afspraken op het niveau van het primaire proces.

5. Middelenbeheer en Infrastructuur

5.1:

Het gaat hierbij om de verantwoordelijkheidstoedeling en de betrokkenheid van (zorg)professionals bij de kwaliteitszorg.

5.2:

Hiermee worden doelstellingen bedoeld met betrekking tot het opleiden van (zorg)professionals in het kader van kwaliteitszorg b.v. als auditor.

5.3:

Hiermee worden specifieke kwaliteitseisen bedoeld die gesteld worden aan de materiële infrastructuur: materialen, hulpmiddelen en apparatuur. Gedacht kan worden aan eisen met betrekking tot hygiëne, veiligheidsvoorschriften, kalibratie, onderhoud, certificering, etc.

6. Uitkomsten van Kwaliteitsbeleid

6.1:

In verschillende sectoren wordt de discussie gevoerd over uitkomst- c.q. resultatenindicatoren, waaraan de kwaliteit van zorg kan worden afgemeten. In het algemeen wordt tevredenheid van cliënten, tevredenheid van medewerkers, incidenten en meldingen en klachten, en Kritische Prestatie indicatoren (KPI) veel genoemd als mogelijke indicatoren. Indicatoren kunnen gebruikt worden om vergelijkingen te maken met uitkomstindicatoren bij andere instellingen/praktijken. Ze kunnen echter ook een belangrijke functie binnen uw instelling/praktijk vervullen in de kwaliteitscyclus bij het verbeteren van zorgprocessen.

6.2:

Hier kan de instelling/praktijk inzicht geven in de wijze waarop de kwaliteitscyclus functioneert

in de instelling/praktijk, tot welke gevolgtrekkingen dat leidt en tot welke uitkomsten. Het is de bedoeling dat per (korte termijn, 1 jaar) doelstelling, die in vraag 1 zijn geformuleerd, wordt aangegeven welke normen zijn gehanteerd en op basis van welke gegevensverzameling men de normen getoetst heeft, tot welke conclusies men komt over de bereikte resultaten. De normen dienen zoveel mogelijk gekwantificeerd te worden of in ieder geval meetbaar. Een voorbeeld van een norm is de mate van tevredenheid van cliënten /patiënten die bij de instelling voor zorg of dienstverlening aankloppen.

Per beroepsgroep kunnen verschillende soorten gegevens van belang zijn. Hieronder worden de meest bekende genoemd:

- Mening en klachten van cliënten/patiënten
- Mening en klachten van medewerkers
- Mening van verwijzers
- Mening van cliëntenraad/patiënten adviesraad
- Gegevens van patiëntenorganisatie(s)
- Gegevens van de zorgverzekeraar
- Mening van zorgaanbieders in dezelfde sector (=benchmark², horizontale ketenzorg)
- Mening van zorgaanbieders in de omgeving (= verticale ketenzorg)
- Gegevens n.a.v. meldingen over incidenten en calamiteiten. Benoem aantallen meldingen en de categorieën waarop de meldingen betrekking hebben.
- Gegevens over complicaties. Geef aan of er complicatiebesprekingen plaatsvinden en welke complicaties (door welke beroepsgroepen) worden geregistreerd.
- Gegevens van interne toetsingen/audits. Welke interne toetsingen hebben plaatsgevonden en wat was het resultaat?
- Gegevens van externe toetsingen bijvoorbeeld accreditatie, risico-inventarisatie, visitatie, accreditatie, inspectie. Welke externe toetsingen hebben plaatsgevonden en wat was het resultaat?

7. Verbeteracties

Hierbij gaat het om acties die bijdragen aan het bereiken van de kwaliteitsdoelstellingen van het beschreven jaar. Voorbeelden zijn het terugdringen van wachttijden, betere informatievoorziening aan patiënten, verbeteren van de telefonische bereikbaarheid voor cliënten. Beantwoord de vragen op instellings-/praktijkniveau. Geef zo concreet mogelijk aan wie de acties uitvoert, waar dat gebeurt en op welke termijn.

² Benchmarking in de zorgsector is een methode om de prestaties, kwaliteit en processen van een zorginstelling of afdeling te vergelijken met die van andere instellingen, met gestelde normen of met de eigen prestaties in het verleden. Het doel is om sterke punten en verbeterpunten te identificeren en best practices over te nemen om de kwaliteit van zorg te verbeteren. Het is een proces dat zorgaanbieders helpt inzicht te krijgen in hoe ze presteren ten opzichte van anderen, en tegelijkertijd stimuleert om continu te verbeteren.

8. Patiëntgerichte zorg en ervaring

8.1:

Instellingen kunnen op verschillende niveaus en op verschillende manieren cliënten betrekken bij de kwaliteit van zorg. Het kan gaan om contacten met individuele patiënten of cliënten, het kan ook gaan om contacten met patiënten/consumentenorganisaties, etc.

8.2:

Hier gaat het om de inbreng van de cliënten of cliëntenraad of de patiënten adviesraad in het kwaliteitsbeleid. In hoeverre heeft de inbreng van de cliënten(raad) invloed gehad op de vaststelling van de doelstellingen, het toetsen van de doelstellingen en het evalueren van de verbeteracties. Met inbreng wordt bedoeld in hoeverre doelstellingen en normen van kwaliteitsbeleid voorgelegd zijn aan de cliënten(raad), de adviezen die de cliënten(raad) over de drie onderwerpen heeft uitgebracht en de wijze waarop deze adviezen in het kwaliteitsbeleid van de instelling/praktijk zijn verwerkt.

9. Klachten en Kwaliteit

Bij deze vraag is met name van belang in hoeverre klachten geleid hebben tot verbeteringsacties. Het betreft hieronder klachten van allerlei niveaus in de instelling/praktijk. Het gaat zowel om klachten die bij een klachtencommissie zijn geregistreerd, als klachten die bemiddeld zijn (door eventueel een klachtenfunctionaris of een medewerker van de instelling/praktijk).

Het gaat hierbij niet om hoe de klachtencommissie klachten afhandelt, maar om de vraag op welke wijze de instelling/praktijk de informatie die uit de klachtenbemiddeling en -behandeling naar voren komt, benut voor verbeteringsacties.

10. Externe Oriëntatie

Hierbij gaat het om de inbreng van andere partijen in het kwaliteitsbeleid van de instelling/praktijk. Deze inbreng kan betrekking hebben op toegankelijkheid, samenwerking, continuering van zorg, afspraken m.b.t. zorgketens, inbreng in het kwaliteitsbeleid, afspraken over wachttijden, deelname aan kwaliteitsprojecten, communicatie, bejegening, informatievoorziening voor patiënten/consumenten.

Het gaat in deze vraag met name om concrete afspraken die gemaakt zijn met andere partijen over kwaliteitsbeleid. Het gaat dus niet om uitwisseling van informatie of oriënterende gesprekken, maar om het zichtbaar maken van concrete resultaten van de inbreng van andere partijen.

Bijlage

Deze bijlage behoort bij vraag 2.3:

Het volledig overzicht van de vijf meest voorkomende domeinen binnen de kwaliteitssystemen in de gezondheidszorg, inclusief de bijbehorende kwaliteitsnormen.

1 DOMEIN Patiëntgerichte zorg en ervaring KWALITEITSNORMEN: • Patiëntenbetrokkenheid bij zorgbeslissingen • Respect voor patiënten-voorkeuren • Patiënttevredenheid en -ervaringenquêtes • Culturele gevoeligheid en diversiteit in zorg • Patiëntenbelangenbehartiging en -ondersteuning • Gedeelde besluitvorming • Effectieve communicatie met patiënten • Toegankelijkheid en tijdigheid van zorg • Continuïteit van zorg en follow-up • Emotionele ondersteuning en welzijn van patiënten	2 DOMEIN Klinische kwaliteit en veiligheid KWALITEITSNORMEN: • Naleving van klinische richtlijnen • Infectiebeheersing en hygiëne • Medicatieveiligheid en -toediening • Diagnostische nauwkeurigheid en testen • Preventie van zorggerelateerde infecties • Veiligheid bij chirurgie en procedures • Radiologie en stralingsveiligheid • Kwaliteitsverbetering en resultaten • Rapportage van incidenten voor patiëntveiligheid • Noodvoorbereiding en -respons	3 DOMEIN Middelenbeheer en Infrastructuur KWALITEITSNORMEN: • Personeelsniveaus en -kwalificaties • Onderhoud van apparatuur en faciliteiten • Allocatie van financiële middelen • Ruimte- en omgevingsveiligheid • Beschikbaarheid van noodapparatuur • Technologie en informatiesystemen • Toegankelijkheid van noodzakelijke benodigdheden • Afvalbeheer en duurzaamheid • Noodstroom en nutsvoorzieningen • Voldoen aan milieunormen	4 DOMEIN Regelgeving en juridische aspecten KWALITEITSNORMEN: • Naleving van reguleringsnormen • Voldoen aan wettelijke eisen • Accreditatie en certificering • Ethiek en professioneel gedrag • Risicobeheer en verzachting • Gedocumenteerde beleidslijnen en procedures • Gegevensbeveiliging en privacy • Toestemming en patiëntenrechten • Beheer van gezondheidsinformatie • Interne en externe audits • Governance en leiderschap	5 DOMEIN Communicatie en informatiedeling KWALITEITSNORMEN: • Interprofessionele communicatie • Patiëntendossiers en informatiebeveiliging • Overdracht van informatie bij overgangen in zorg • Gezondheidseducatie en -promotie • Taal- en communicatietoegankelijkheid • Gebruik van gezondheidsinformatietechnologie • Verspreiding van klinische kennis • Terugkoppeling en prestatiecommunicatie • Systemen voor incident- en foutenrapportage • Trainings- en educatieprogramma's
--	--	--	---	---