



Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd
*Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport*

**Verbeterdoelen
msz**

2026

Voor ziekenhuizen en particuliere klinieken

In samenwerking met

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



Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen



Inhoud

Wat is ‘Verbeterdoelen msz’?	4
Gebruikershandleiding	5
Verbeterdoelen msz	6
 Diagnostische processen De complexiteit van het diagnostisch proces	6
 Digitale zorg Ontwikkeling en implementatie van digitale zorg om de gezondheidszorg te ondersteunen, te verbeteren en toegankelijk te houden	8
 Eigen verbeterdoel Eigen verbeterdoel	11
 Ondervoeding Optimale screening én behandeling voor, tijdens en na klinische opname	12

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), Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra (NFU), 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 2026’ bevat vier verbeterdoelen voor ziekenhuizen: diagnostische processen; digitale zorg; eigen verbeterdoel en; ondervoeding. ‘Verbeterdoelen msz 2026’ bevat drie verbeterdoelen die op uitnodiging van de IGJ ook door particuliere klinieken¹ kunnen worden aangeleverd: diagnostische processen; digitale zorg en; eigen verbeterdoel. Voor particuliere klinieken is een aparte publicatie ‘Toezichtvragen msz 2026’. Zo krijgen de IGJ en het zorgveld inzicht in de kwaliteit van de gehele medisch specialistische zorg, ongeacht of deze zorg geleverd wordt in een ziekenhuis of een particuliere kliniek.

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, NFU, 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?

Jaarlijks worden verbeterdoelen vastgesteld. Dit doet de IGJ in samenwerking met FMS, NFU, NVZ, V&VN en ZKN. De inhoud van het verbeterdoel ‘ondervoeding’ is voorbereid en opgesteld door gemandateerde vertegenwoordigers van wetenschappelijke verenigingen van medisch specialisten en afdelingen van V&VN. De verbeterdoelen ‘diagnostische processen’, ‘digitale zorg’ en ‘eigen verbeterdoel’ zijn ontwikkeld 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 de factsheet ‘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 2026’ moeten door ziekenhuizen aangeleverd worden op <https://omniq.dhd.nl>. Voor de aanlevering van de ‘Verbeterdoelen msz 2026’ 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 2027 aanleveren. De resultaten zijn daarna openbaar.

¹ Particuliere klinieken is een verzamelnaam voor zelfstandige behandelcentra (ZBC, leveren verzekerde zorg) en privéklinieken (leveren onverzekerde zorg).

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 2026 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 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. IGJ vertrouwt erop dat de ziekenhuizen de onderliggende risico’s van alle verbeterdoelen uit ‘Verbeterdoelen msz 2026’ 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 2026’ 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 2025)²:

- 1 Er is één nieuw verbeterdoel: ‘digitale zorg’;
- 2 Voor ziekenhuizen zijn er drie verbeterdoelen vervallen: ‘cardiologische zorg’; ‘ketenzorg diabetische voetulcus’ en; ‘vrijheidsbeperkende interventies’.
- 3 Voor klinieken zijn daarnaast de volgende verbeterdoelen vervallen: ‘antistolling’; ‘pijnbeleid’ en; ‘valpreventie’.
- 4 De overige verbeterdoelen zijn vanwege herkenbaarheid en uniformiteit voor zover mogelijk in hetzelfde format geplaatst waarbij mogelijk de inhoud minimaal is gewijzigd.

² Voor wijzigingen m.b.t. toezichtvragen, zie de publicatie ‘Toezichtvragen MSZ’.

Verbeterdoelen msz



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 symptomen 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 onderdelen van het verbeterdoel waarover gereflecteerd moet worden:

- 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.

Achtergrond informatie

- [Rapport Risicoprofiel Diagnostisch Proces \(nvmm.nl\)](#)
- [Leidraad onverwachte bevindingen NVvR](#)
- <https://www.nvkc.nl/files/Richtlijnen/Flankerendbeleidbij-onverwachteklinischchemischelaboratoriumuitslagen-inventarisatie.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 hieronder 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.



Definities

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.

Verantwoording

Dit verbeterdoel is ontwikkeld door de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) afdeling medisch specialistische zorg (msz) in samenwerking met de samenwerkingspartners Verbeterdoelen msz.

Zorginstellingen die de processen rondom pijnbehandeling niet goed geregeld hebben, kunnen in potentie zekere patiënten hebben met een langere opnameduur, een vertraagd herstel en meer risico op het ontstaan van chronische pijn. Het verbeterdoel moet leiden tot een optimaal pijnbeleid resulterende in een betere zorg en minder risico's voor patiënten. Het doel van de multidisciplinaire werkgroep is het aanzetten tot het toepassen van de PDCA cyclus ten behoeve van de verbetering van de kwaliteit van de pijnzorg in de Nederlandse zorginstellingen.



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, beslissings-ondersteunende medische en niet-medische *software* met onder andere de inzet van *artificial 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.

1. 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 zorg-aanbieder 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 interoperabiliteit³ 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.

2. 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*⁴ 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

³ Zie definitie voor de toelichting van interoperabiliteit.

⁴ Zie definitie.

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.

3. 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 onderdelen van het verbeterdoel waarover gereflecteerd moet worden:

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.
- Transformerend 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 hieronder 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, affordable 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.



Definitie(s)/Toelichting(en)

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.

Verantwoording

Dit verbeterdoel is ontwikkeld door de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ), afdeling medisch specialistische zorg (MSZ) in samenwerking met de samenwerkingspartners Verbeterdoelen msz.



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 geormerkt 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 geormerkt 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 etc.

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 hieronder 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 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.

Ondervoeding

Optimale screening én behandeling voor, tijdens en na klinische opname

De prevalentie van ondervoeding in het ziekenhuis is hoog: 14-15% van de volwassen patiënten en 6% van de kinderen die worden opgenomen heeft een screeningsuitslag 'ondervoed'⁵. Ondervoeding kan leiden tot verminderd fysiek functioneren, slechtere wondgenezing, langere ligduur in de instelling, verminderde kwaliteit van leven, verhoogde kans op overlijden en achterblijvende groei bij kinderen^{6,7,8}. De kosten voor ondervoeding worden geschat op 1,8 miljard euro per jaar in Nederlandse zorginstellingen. Ziekte gerelateerde ondervoeding leidt in Nederland tot circa 400 doden per jaar⁹.

Ondervoeding ontstaat door een disbalans tussen voedingsbehoefte en voedingsinname. Oorzaken van deze disbalans zijn zeer divers. Bepaalde ziektes verhogen de behoefte aan voedingsstoffen. Wanneer niet met de voedingsinname wordt voorzien in deze toegenomen behoefte, ontstaat een tekort, met als gevolg afname van gewicht en spiermassa. Ook mensen met overgewicht kunnen in de periode voorafgaand aan, tijdens en na een klinische opname ondervoed zijn of worden waardoor zij risico lopen op complicaties. Vaak ontstaat ondervoeding sluipend en is ook herstel van ondervoeding een langdurig traject. De huidige ligduur in het ziekenhuis (gemiddeld 5,2 dagen)¹⁰ of de kliniek is te kort om patiënten weer in goede voedingstoestand te brengen. Het voortzetten van een goed voedingsbeleid na ontslag uit de instelling vraagt nadrukkelijke aandacht gedurende de opname in de instelling¹¹.

- 5 Kruizenga H., Keeken S.van, Weijs P., et al. Undernutrition screening survey in 564,063 patients: patients with a positive undernutrition screening score stay in hospital 1.4 d longer. *Am J Clin Nutr* 2016; 103(4): 1026-1032.
- 6 Valmorbidia E, Trevisan C, Imoscoli A, Mazzochin M, Manzato E, Sergi G. Malnutrition is associated with increased risk of hospital admission and death in the first 18 months of institutionalization. *Clin Nutr*. 2020 Dec 1;39(12):3687-94. 60.
- 7 Rizzoli R, Reginster J-Y, Arnal J-F, Bautmans I, Beaudart C, Bischoff-Ferrari H, et al. Quality of life in sarcopenia and frailty. *Calcif Tissue Int* 2013 Aug 5;93(2):101e20.
- 8 Lim SL, Ong KCB, Chan YH, Loke WC, Ferguson M, Daniels L. Malnutrition and its impact on cost of hospitalization, length of stay, readmission and 3-year mortality *Clin Nutr* 2012 Jun;31(3):345e50.
- 9 Kok L, Scholte R, Carl Koopmans. Ondervoeding onderschat. Amsterdam; 2014 Jul.
- 10 Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu. RIVM. [Internet]. Beschikbaar via: Prestatie-indicatoren gezondheidszorg | Systeemdoelen | Doelmatigheid | Volksgezondheidszorg.info. [geraadpleegd 25 juni 2021].
- 11 Lærum-Onsager, E., Molin, M., Olsen, C. F., Bye, A., Debesay, J., Hestevik, C. H., Bjerk, M., & Pripp, A. H. (2021). Effect of nutritional and physical exercise intervention on hospital readmission for patients aged 65 or older: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 18(1).

Verbeterdoel

Dit verbeterdoel beoogt:

Ondervoeding tijdig te herkennen (screening) en te behandelen voor, tijdens en na klinische opname. Dit geldt zowel vóór opname, bijvoorbeeld door poliklinisch te screenen bij hoog risico groepen, als tijdens en na klinische opname. Zo kan ondervoeding of verdere achteruitgang van de voedingstoestand tijdens opname worden voorkomen en tijdig worden behandeld waarbij, indien geïndiceerd, zorg wordt gedragen voor het voortzetten van de behandeling na ontslag. Het is hierbij duidelijk wat de verantwoordelijkheden zijn van de betrokken zorgprofessionals en/ of organisaties voor, tijdens en na de opname in de instelling.

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 onderdelen van het verbeterdoel waarover gereflecteerd moet worden:

Screening en behandeling ondervoeding (alle leeftijden):

- De instelling heeft tijdige screening op ondervoeding voor en tijdens een klinische opname in de instelling geborgd. Na signalering van ondervoeding worden acties ingezet om in afstemming met de patiënt (en/of met mantelzorger(s) en bij kinderen met ouder(s)/ verzorger(s)) tijdig een behandelplan in te zetten. Het is hierbij voor de betrokken zorgprofessionals, patiënten en/of mantelzorger(s)/ouder(s)/verzorger(s) duidelijk wie welke verantwoordelijkheid heeft, hoe de multidisciplinaire samenwerking is tussen deze zorgprofessionals en wat de doelen zijn;
- De instelling heeft de continuïteit van zorg voor ondervoeding voor, tijdens en na een klinische opname in de keten geborgd middels een passende overdracht naar het netwerk (in bijvoorbeeld de eerste lijn en/of andere zorginstelling) welke is afgestemd met de patiënt en/of mantelzorger(s) of met het kind en/of met de ouder(s)/ verzorger(s).

Inclusie- en exclusiecriteria

Alle instellingen (ziekenhuizen en particuliere klinieken) die medisch specialistische zorg verlenen.

Richtlijn of norm

- Leidraad Screening op – en behandeling van ondervoeding bij kinderen opgenomen in Nederlandse ziekenhuizen.
- Kenniscentrum Ondervoeding; 2022;
- Ondervoeding bij de geriatrische patiënt. Utrecht. FMS; Nederlandse Vereniging voor Klinische Geriatrie; jan 2013;
- Ondervoeding bij kinderen. Utrecht. FMS; Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde; jun 2021;
- Perioperatief voedingsbeleid. Utrecht. FMS; Nederlandse Vereniging voor Anesthesiologie; Nederlandse Vereniging voor Heelkunde; jan 2022;
- Richtlijn Ondervoeding. Stuurgroep Ondervoeding; jan 2019.



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 die gebruikt kunnen worden, staan hieronder beschreven. Ook is een aantal specifieke hulpmiddelen voor het verbeterdoel beschreven. Ook dit zijn slechts voorbeelden en het staat een instelling vrij om dit op andere manieren aan te tonen.

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;
- Technische oplossingen (bijvoorbeeld software, medische technologie, etc.);
- Organisatie van processen.

Specifieke voorbeelden van mogelijke hulpmiddelen

Screening ondervoeding kinderen:

- Groeicurves voor verschillende etniciteiten en syndromen;
- Screening op risico op ondervoeding, bijvoorbeeld met STRONGkids.

Screening ondervoeding volwassenen:

- SNAQ;
- MUST;
- PG-SGA Short Form.

Screening ondervoeding voor opname / op de polikliniek volwassenen:

- Voedingstoestandmeter (herziene versie 2021);
- SNAQ+BMI;
- PG-SGA Short Form;
- MNA Short Form.

Voeding in ziekenhuizen

- *Factsheet* Gezonder voedingsaanbod in ziekenhuizen en instellingen. Goede zorg proef je. najaar 2020;
- Rapport Succesfactoren en knelpunten in de behandeling van (hoog risico op) ondervoeding in ziekenhuizen Stuurgroep Ondervoeding. nov 2020;
- Rapport Voedingsconcepten in Nederlandse ziekenhuizen. Stuurgroep Ondervoeding. mei 2016.

Richtlijnen

- Leidraad Screening op en behandeling van ondervoeding bij kinderen opgenomen in Nederlandse ziekenhuizen. Kenniscentrum Ondervoeding; 2022;
- Ondervoeding bij de geriatrie patiënt. Utrecht. FMS. Nederlandse Vereniging voor Klinische Geriatrie; jan 2013;
- Ondervoeding bij kinderen. Utrecht. FMS. Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde; jun 2021;
- Perioperatief voedingsbeleid. Utrecht. FMS. Nederlandse Vereniging voor Anesthesiologie; Nederlandse Vereniging voor Heelkunde; jan 2022;
- Richtlijn Ondervoeding. Stuurgroep Ondervoeding; jan 2019.

Continuïteit van zorg

- Medisch Kindzorgsysteem;
- Ondervoeding bij kinderen. Utrecht. FMS. Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde, hoofdstuk 8: Voedingsbeleid en voedingsplan na ontslag - Aanbeveling 1; juni 2021;
- Informatie voor patiënten bijv. <https://www.thuisarts.nl/> (te veel afgevallen/ondervoeding);
- Voedingspaspoort. Handreiking voor een domein overstijgende werkwijze voor optimale transmurale (voedings) zorg voor (kwetsbare) ouderen. Stuurgroep Ondervoeding, jan 2020.



Definitie(s)/Toelichtingen

Ondervoeding: een acute of chronische toestand waarbij een tekort of disbalans van energie, eiwit en andere voedingsstoffen leidt tot meetbare, nadelige effecten op lichaamssamenstelling, functioneren en klinische resultaten.



Werkgroep

Dit verbeterdoel is in 2022 ontwikkeld door:

NIV	drs. C. Boeddha, dr. M. Soeters
NVK	prof. dr. K. Joosten
NVKG	drs. S. Verhaar
NVMDL	dr. J.W. Kruimel
Stuurgroep Ondervoeding	E. van der Heijden, dr. E. Naumann, M. Schager
V&VN Geriatrie en Gerontologie	D. ten Cate
V&VN Kinderverpleegkundigen	M. Hendriks

verbeterdoelenmsz@igj.nl

Duidelijk. Onafhankelijk. Eerlijk.