

Kwaliteitsbeleid huisartsenzorg in transitie

4 oktober 2017

Inhoud

1. Behoefte aan een nieuw kwaliteitssysteem.....	2
2. In het kort.....	2
3. Uitgangspunten kwaliteit huisartsenzorg	3
4. Raamwerk huidige kwaliteitssysteem	3
5. Voorstellen tot verbetering van het kwaliteitssysteem.....	4
5.1 Individuele huisarts	4
5.2 Huisartsenpraktijk en regio	6
6. Aandachtspunten rondom spiegelinformatie	8
7. Transparantie	8
8. Onderhoud en ontwikkeling.....	8
Geraadpleegde bronnen	9

1. Behoeftte aan een nieuw kwaliteitssysteem

De omslag naar een nieuw denken over kwaliteit is met Het Roer Moet Om (2015) extra onder de aandacht gebracht van beroepsverenigingen en stakeholders. De omslag betreft niet alleen een reductie van indicatoren, maar vooral een herinrichting van ons eigen kwaliteitssysteem. Huisartsen hebben behoefte aan een kwaliteitssysteem dat is gebaseerd op vertrouwen. In het huidige kwaliteitssysteem ligt het zwaartepunt op externe verantwoording met indicatoren die slechts een beperkt deel van de huisartsgeneeskunde meten, nl. de chronische ziekten, en waarvan de validiteit veelal niet is vastgesteld. In het nieuwe kwaliteitssysteem ligt meer nadruk op het intercollegiaal bespreken van spiegelinformatie en op transparantie over het gevoerde beleid van de praktijk. Het nieuwe kwaliteitssysteem is gebaseerd op de intrinsieke motivatie van huisartsen om het eigen beleid te bestuderen, te spiegelen en waar nodig te verbeteren. We verwachten hiermee een energieke en motiverender kwaliteitssysteem te ontwikkelen.

Sinds 2015 zijn in vier werkgroepen de volgende thema's behandeld: Intern kwaliteitsbeleid, Indicatoren, Patiëntervaringen en Etalage-informatie.

Op basis van de resultaten uit de werkgroepen is dit het voorstel van NHG, LHV, Ineen, VPH en HRMO over hoe het kwaliteitsbeleid van huisartsen mee kan veranderen met de huidige tijdgeest, namelijk die van gerechtvaardigd vertrouwen op professionele aanspreekbaarheid en verantwoordelijkheid. Bij elk voorstel zijn op grote lijnen de benodigde randvoorwaarden geformuleerd. Deze randvoorwaarden zijn essentieel voor het kunnen uitvoeren van de voorstellen. Daarnaast zijn ondersteuningsmogelijkheden vermeld.

2. In het kort

Met deze notitie 'Kwaliteitsbeleid huisartsenzorg in transitie' wordt beschreven waarom er behoefte is aan een duidelijker, transparanter en vooral motiverender kwaliteitssysteem voor de huisartsenzorg.

Daarvoor zijn eerst de kernwaarden van de huisartsenzorg en de uitgangspunten voor een nieuw kwaliteitsbeleid geschetst. Het raamwerk van het huidige kwaliteitssysteem bestaat enerzijds uit opleiding en herregistratie-eisen voor de individuele huisarts en anderzijds uit kwaliteitsprogramma's van de huisartsenpraktijk.

Daarnaast heeft een huisartsenpraktijk te maken met veelomvattende wettelijke eisen, professionele standaarden en beroepsnormen.

Het voorstel is om in het nieuwe kwaliteitssysteem het aantal uren voor intercollegiale toetsing uit te breiden van 2 naar 8 uur per jaar. Voor deze toetsing wordt gebruik gemaakt van spiegelinformatie.

Elke huisartsenpraktijk kan met een Kwaliteitsjaarverslag inzicht geven in de wijze waarop in de praktijk wordt gewerkt aan kwaliteit zowel intern als aan externe partijen. Elke huisarts en huisartsenpraktijk heeft invloed op en te maken met regionaal kwaliteitsbeleid van de

huisartsenpost, de zorggroep en andere regionale samenwerkingsvormen. Samen met regionale stakeholders zullen speerpunten voor regionale kwaliteitsbeleid worden ontwikkeld, welke onderdeel zijn van het kwaliteitssysteem.

De effectiviteit van het bespreken van spiegelinformatie kan worden vergroot door aan de randvoorwaarden bij de uitvoering te voldoen, financieel en organisatorisch.

Het kwaliteitssysteem zelf dient te worden geëvalueerd en behoeft onderhoud.

3. Uitgangspunten kwaliteit huisartsenzorg

Bij alles wat de huisarts doet, speelt de kwaliteit van de zorg een hoofdrol: in de dagelijkse zorg voor patiënten, bij het volgen van nascholingen, in het deelnemen aan regionale programma's, in de eventuele rol van huisarts-opleider of bij accreditering/certificering van de praktijk. De kwaliteit van de zorg is een vanzelfsprekend onderdeel van het vak en de praktijkvoering en wordt geborgd door het systeem van herregistratie. Werken aan kwaliteit kan motiveren, verbinden en inspireren en leidt tot betere zorg. Dat blijkt ook: de Nederlandse huisartsenzorg behoort tot de internationale top. De uitdrukking 'een leven lang leren' is zeker van toepassing op huisartsen.

Kwaliteit is medisch-inhoudelijk gezien een verantwoordelijkheid van de beroepsgroep zelf (door het ontwikkelen en gebruiken van richtlijnen, herregistratie, opleiding etc). De overheden zorgverzekeraars hebben een verantwoordelijkheid in het toezicht op de uitvoering van het beroep, doelmatigheid, betaalbaarheid etc. Patiëntenverenigingen worden geraadpleegd bij de ontwikkeling van richtlijnen.

Uitgangspunten:

1. Huisartsenzorg is generalistisch, persoonsgericht en continu (kernwaarden);¹
2. Het kwaliteitsbeleid is gericht op goede zorg: persoonsgericht, patiëntveilig, effectief, efficiënt, tijdig en beschikbaar voor iedereen;²
3. De kwaliteit van de huisartsenzorg is beperkt in maat en getal uit te drukken. Informatie verzamelen over de geleverde zorg t.b.v. het kwaliteitsbeleid is spaarzaam waar het kan en uitgebreider waar noodzakelijk;
4. Intercollegiale toetsing van huisartsen stimuleert intrinsieke motivatie en is gebleken effectief bij leerprocessen;
5. Patiëntervaringen maken een belangrijk onderdeel uit van het kwaliteitssysteem, zowel bij de visitatie van de individuele huisarts als bij het evalueren van de zorg van de praktijk;
6. Externe gedetailleerde verantwoording maakt plaats voor vertrouwen in goede zorg op basis van intern kwaliteitsbeleid.
7. Naast aandacht voor verbeterpunten vergt ook behoud van de goede zorg onderhoud.

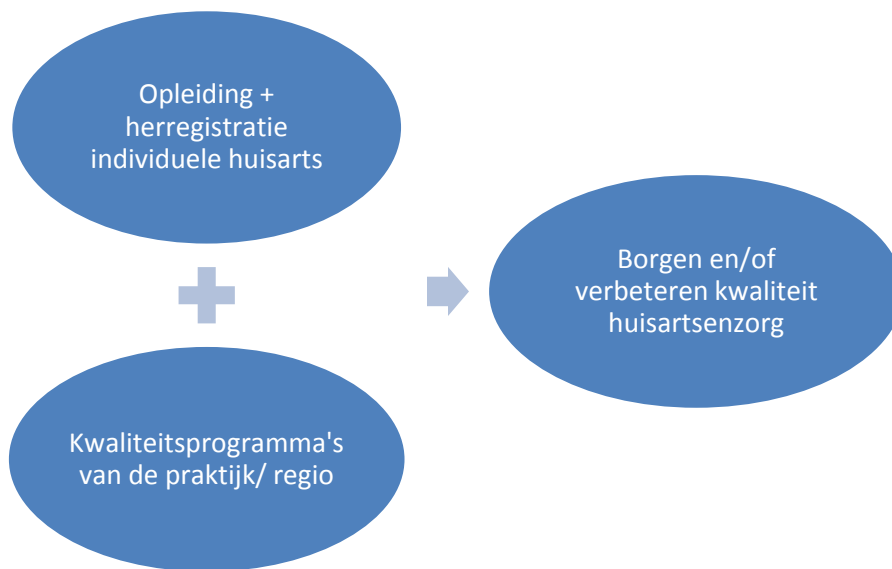
4. Raamwerk huidige kwaliteitssysteem

Na een driejarige specialisatie huisartsgeneeskunde is een afgestudeerde arts in Nederland bevoegd te werken als huisarts. Deze individuele bevoegdheid wordt elke vijf jaar opnieuw gezien met het herregistratieprogramma, waarvoor het College Geneeskundig Specialisten (CGS) de eisen opstelt.

Daarnaast nemen huisartsenpraktijken deel aan diverse kwaliteitsprogramma's van de eigen praktijk en in de regio. De beroepsverenigingen ondersteunen huisartsen in het zorgen voor kwaliteit, door onder meer: het opstellen van medisch-inhoudelijke richtlijnen; het aanbod huisartsenzorg te formuleren; de module Veilig Incident Melden (VIM); en door ondersteuning te bieden rond klachtenafhandeling, geschillen, tuchtrecht en disfunctioneren.

Huisartsenpraktijken kunnen naar wens deelnemen aan regionale programma's, zoals o.a. ketenzorg. Via de ketenzorgprogramma's wordt de kwaliteit van de praktijken ook getoetst.

Herregistratie-eisen van de individuele huisarts en de kwaliteitsprogramma's van de praktijk en regio omvatten samen het raamwerk voor het huidige kwaliteitssysteem, zie figuur 1.



Figuur 1: Raamwerk kwaliteitssysteem

5. Voorstellen tot verbetering van het kwaliteitssysteem

5.1 Individuele huisarts

De huidige basiseisen voor kwaliteit van de individuele huisarts zijn vastgelegd in de eisen van de herregistratie. Het voldoen aan de eisen wordt elke vijf jaar geëvalueerd en is verplicht voor elke huisarts:⁶

- Ten minste 16 uur per week werkzaam zijn als huisarts
- Ten minste 50 uur per jaar avond-, nacht-, weekenddiensten
- Deelname aan het visitatieprogramma zoals vastgesteld door het NHG *
- Ten minste 40 uur geaccrediteerde nascholing per jaar, waarvan op dit moment minimaal 2 uur gelabeld als intercollegiale toetsing.
 - Nascholing kan gericht zijn op medisch inhoudelijke onderwerpen, maar ook op praktijkvoering, communicatie of samenwerking
 - Intercollegiale toetsing kent 2 vormen:

- Als toetsgroep, met als belangrijkste doel gegevens (spiegelinformatie) met elkaar te vergelijken, te leren van en te verbeteren met elkaar. De toetsgroep heeft een gemeenschappelijk doel en een jaarplan⁴ #
- Als intervisie groep, waarbij eigen ervaringen ingebracht worden in een kleine vaste groep en de doelen meer persoonlijk zijn.

* In het visitatieprogramma worden de competenties van de individuele huisarts geëvalueerd (zelf, door andere zorgverleners in en buiten de praktijk, door patiënten), waarna persoonlijke leerdoelen worden opgesteld.³ De visitatie is tot 2020 facultatief als de huisarts deelneemt aan praktijkcertificering.

Voorbeelden van toetsgroepen zijn het Diagnostisch Toets Overleg (DTO) en het FarmacoTherapeutisch Overleg (FTO). Gebruik wordt gemaakt van spiegelinformatie uit het HIS, van diagnostische centra of van apothekers. Bespreken van Vektis cijfers is ook een mogelijkheid, waarbij de zorgkosten van praktijken met elkaar worden vergeleken en besproken.

Het voorstel is om in deze fase :

1. Het minimum aantal uur voor intercollegiale toetsing te verhogen van 2 naar 8 uur per jaar
2. De onderwerpen voor intercollegiale toetsing te laten bepalen op praktijk- of toetsgroepniveau.
3. Bij intercollegiale toetsing, daar waar nodig te evalueren en te verbeteren, de kwaliteitscirkel te doorlopen als dit past bij de aard van het onderwerp, maar dit niet te eisen als er een eenvoudige en snelle verbetering mogelijk is.
4. De toetsgroepen te laten begeleiden door Erkende Kwaliteitsconsulenten (EKC).

Tijdens de intercollegiale toetsing, reflecteren de huisartsen op variaties in het handelen. Het spiegelen, elkaar durven aanspreken en feedback geven leidt tot inzicht in eigen handelen, meer samenwerking en verbetering van de zorg. Toetsing kan daar waar de zorg al goed is leiden tot bevestiging en consolidatie. Door zelf (met de groep) de onderwerpen te kiezen neemt de huisarts de professionele verantwoordelijkheid om te reflecteren op de onderwerpen die hij/zij relevant vindt, al dan niet op basis van patientervaringen. Het idee hierbij is dat het zelf kiezen van de onderwerpen en het onderling spiegelen veel meer raakt aan de eigen leerbehoefte en intrinsieke motivatie dan het van 'boven'af opgelegd krijgen van onderwerpen en streefnormen.

NB: Het College Geneeskundig Specialismen heeft (CGS) "externe kwaliteitsevaluatie" als herregistratie eis voor alle specialismen toegevoegd per 1 januari 2020.¹

Randvoorwaarden

De onderstaande randvoorwaarden zijn noodzakelijk voor het kunnen uitvoeren van de bovengenoemde wijzigingen:

- Het commitment van alle partijen voor het nieuwe kwaliteitssysteem als borging voor de kwaliteit. Er vinden geen aanvullende uitvragen van gegevens plaats.
- Voor het spiegelen binnen de toetsgroep, is nodig:

¹ Aan het CGS is aangegeven dat met uitvoering van de intercollegiale toetsing zoals hierboven omschreven, de huisarts automatisch aan deze nieuwe eis voldoet.

- ICT-matig moet het mogelijk zijn om de benodigde (spiegel)informatie uit het HIS te extraheren. Voor huisartsen zonder patiënten op naam is het niet mogelijk om via VIP-live spiegelinformatie op te halen. Hiervoor moeten alternatieven voor handen zijn.
- Ook is voldoende informatie nodig, bij voorkeur een regionale benchmark, als basis om mee te kunnen spiegelen.
- Ondersteuning bij het presenteren en interpreteren van de spiegelinformatie door middel van een dashboard en training van een EKC.
- Financiering voor de tijdsinzet van de individuele huisarts: extraheren en interpreteren spiegelinformatie, bespreking met collega's, implementatie en evaluatie.
- Voldoende mankracht voor de begeleiding van de toetsgroepen. Hiervoor is nodig:
 - Meer EKC'ers. In bepaalde regio's zullen voldoende EKC'ers zijn, in andere regio's is meer mankracht nodig. Het is niet goed te voorspellen hoeveel extra capaciteit aan EKC'ers nodig is – dit zal in de praktijk moeten blijken.
 - Meer en betere ondersteuning van de EKC'ers: het werk van de EKC'ers wordt uitgebreid, het is van groot belang dat hun ondersteuning naventant meegroeit. Momenteel worden EKC'ers - afhankelijk van de precieze regionale organisatie - ondersteund door praktijkmanagers, zorggroepen, huisartsondersteuningsorganisaties, kringen of WDH's. Bij deze organisaties moet voldoende tijd en capaciteit zijn om de EKC'ers uitgebreider te ondersteunen.
 - Financiering: op dit moment krijgen EKC'ers geen vergoeding voor hun inzet. NB: EKC'ers moeten voor het behoud van hun registratie, ook nascholing speciaal voor EKC'ers volgen. Zij hebben dus niet alleen werk en onkosten voor het begeleiden van toetsgroepen, maar ook voor het behouden van hun registratie.
 - Tenslotte moeten er voor de diverse toetsgroepen voldoende collega's uit andere beroepsgroepen beschikbaar zijn. Denk aan medisch microbiologen bij het DTO, apothekers voor het FTO et cetera. Voor hun inzet zijn ook financiële middelen nodig.

5.2 Huisartsenpraktijk en regio

Een huisartsenpraktijk heeft te maken met beroepsnormen zoals die van KNMG, NHG en LHV, professionele standaarden en wettelijke eisen (link invoegen). Deze zijn veelomvattend en hebben een grote invloed op het werk van de huisarts in de praktijk.

Huisartsenpraktijk

Het gewenste kwaliteitssysteem voor de praktijk dient helder en transparant te zijn. De huisartsenpraktijk geeft daarom inzicht in het gevoerde kwaliteitsbeleid met een Kwaliteitsjaarverslag. Hiervoor is een handleiding met voorbeelddocumenten beschikbaar.⁷ Kern van dit Kwaliteitsjaarverslag is de evaluatie van het gevoerde beleid en de behaalde resultaten.

Deze kunnen waar nodig worden aangevuld met

- Relevante uitkomsten van het medisch handelen van de praktijk;

- Patiëntervaringen over de praktijk

In het jaarverslag staat beknopt welke onderwerpen zijn geëvalueerd en waarom, wat de evaluatiecriteria zijn geweest en of het beoogde doel is bereikt. Dit kan worden gerapporteerd vanuit het perspectief van zowel de zorgverlener als de patiënt.

Voor het betrouwbaar meten van patiëntervaringen wordt een landelijke basisset ontwikkeld, uitgaande van de huidige lijst van het visitatieinstrument, waarbij de mogelijkheid bestaat om facultatief vragen toe te voegen die op dat moment van belang zijn in de lokale praktijk.

Mogelijke onderwerpen en invalshoeken voor het werken aan kwaliteit in de praktijk worden beschikbaar gesteld. De huisartsenpraktijk kan ook eigen onderwerpen kiezen die van toepassing of bruikbaar zijn voor het eigen kwaliteitsbeleid. De huisartsenpraktijk bepaalt zelf welke resultaten beschikbaar worden gesteld aan derden, maar staat open voor de informatiebehoeften van patiënten en externe partijen.

Een deel van de praktijken is gecertificeerd, als facultatief onderdeel van het kwaliteitssysteem. Huisarts-opleiders zijn verplicht het certificeringsproces te doorlopen volgens de regels van de registratiecommissie geneeskundig specialisten (RGS). Organisaties die certificering uitvoeren voor de huisartsenpraktijk zijn o.a. de NHG-Praktijkaccreditering® (www.praktijkaccreditering.nl), DEKRA Certification (www.dekra-certification.nl/nl/dekra) en HaZo24 (www.hazo24.nl/). Praktijken die gecertificeerd zijn maken een kwaliteitsjaarverslag en verzamelen patiëntervaringen. Certificering heeft aandacht voor normen op het gebied van medische inhoud, organisatie, veiligheid, wettelijke normen, professionele standaarden en beroepsnormen.

Randvoorwaarden

De benodigde randvoorwaarden voor het opstellen van een beknopt kwaliteitsjaarverslag, zijn:

1. Een handleiding en ondersteuningsinstrumenten voor het opstellen van een dergelijk verslag. Zie voetnoot 7 voor de op dit moment beschikbare ondersteuningsinstrumenten.
2. De beroepsgroep heeft de toezegging van externe partijen nodig, dat het kwaliteitsjaarverslag zoals beschreven, geaccepteerd wordt.

Regionaal

Huisartsen werken niet alleen aan hun individuele professionele kwaliteit en die van de huisartsenpraktijk, maar zijn ook betrokken bij de kwaliteit van de regionale huisartsenzorg. Zij werken op de huisartsenpost en zijn dus onderdeel van en mede verantwoordelijk voor de daar geleverde kwaliteit. Zij zijn meestal onderdeel van de zorggroep en andere samenwerkingsvormen waar in samenspraak met regionale stakeholders regionaal kwaliteitsbeleid wordt geformuleerd. Zo kan in de regio afgesproken worden dat het bespreken van bepaalde spiegelinformatie van belang is voor de verbetering van de afgesproken zorg. Regionale organisaties kunnen huisartsen faciliteren bij hun kwaliteitsbeleid door het maken van regionale kwaliteitsafspraken met andere zorgpartijen, het aanleveren van spiegelinformatie en regionale benchmarks, het helpen organiseren van scholingen en andere verbeteractiviteiten voor de praktijken, het ondersteunen van toetsgroepen en EKC'ers en het faciliteren van de PAM'en en van de praktijkaccreditering. Ook hier gelden de eerder benoemde randvoorwaarden voor spiegelinformatie (o.a. technisch haalbaar voor alle huisartsen om de spiegelinformatie te extraheren en de beschikbaarheid van een benchmark).

6. Aandachtspunten rondom spiegelinformatie

De belasting van huisartsen in de dagelijkse praktijk is hoog, een goede infrastructuur voor ondersteuning en begeleiding van toetsgroepen is een voorwaarde voor succes.

De toetsgroepen laten zich begeleiden door een EKC'er. Aan Kaderhuisartsen kan gevraagd worden een inhoudelijke bijdrage te leveren aan de toetsgroepen (www.chbb.lhv.nl/). Goede training van de begeleiders is belangrijk zodat intercollegiale toetsing deskundig wordt uitgevoerd. Dit vergt afdoende financiering, tijd en capaciteit. Regionaal worden de begeleiders ondersteund en gefaciliteerd in de uitwerking.

Praktijkmanagers, zorggroepen, huisartsondersteuningsorganisaties, LHV kringen of WDH's (afhankelijk van hoe de zorg in de regio is georganiseerd) kunnen worden ingezet om de toetsgroepen organisatorisch te ondersteunen.

Om zinvolle en betrouwbare informatie uit de HISsen te halen is ICT ondersteuning nodig. NHG, LHV, Nedhis, de gebruikersverenigingen van de HISsen en Vektis zullen op ICT gebied samenwerken en in gesprek gaan met de HIS leveranciers.

7. Transparantie

De roep om transparantie is hoog. Het blijft zoeken naar betekenisvolle kwaliteitsinformatie die redelijkerwijs kan worden aangeleverd.

Met het Kwaliteitsjaarverslag geeft de huisartsenpraktijk inzicht in de verbetering die het interne kwaliteitsbeleid heeft opgeleverd. Als patiëntevaluaties hebben plaatsgevonden wordt uit het verslag duidelijk wat de praktijk daarmee heeft gedaan. De huisartsenpraktijk bepaalt zelf welke resultaten beschikbaar worden gesteld aan derden, maar staat open voor de informatiebehoeften van patiënten en externe partijen. De praktijk of zorggroep kan de informatie gebruiken om transparant te zijn over de processen en uitkomsten van de zorg die de praktijk of zorggroep verleent. De gegevens kunnen dan worden voorzien van de benodigde context om tot een betekenisvolle interpretatie te komen.

Voor huisartsen en huisartsenpraktijken is duidelijk en helder hoe zij moeten en kunnen voldoen aan wettelijke eisen en hoe professionele richtlijnen tot stand komen.

8. Onderhoud en ontwikkeling

Het nieuwe kwaliteitssysteem zal na enige tijd worden geëvalueerd. Wat levert het kwaliteitssysteem op voor patiënten, huisartsen, zorgverzekeraars, VWS en andere stakeholders? Hier ligt mogelijk een rol voor het Nivel of de universiteiten.

Het kwaliteitssysteem heeft regelmatig onderhoud wat betreft:

- de afspraken waarop het kwaliteitssysteem wordt geëvalueerd;

- nieuwe wetenschappelijke inzichten over kwaliteitsbeleid en -bevordering;
- het aanbieden van regionale of landelijke ondersteuningsmaterialen en –methoden voor bepaalde onderwerpen;
- het ontwikkelen van meetinstrumenten over aspecten van kwaliteit;
- de ondersteuning in de uitvoering.

Geraadpleegde bronnen

1. LHV, NHG. Toekomstvisie huisartsenzorg. Modernisering naar menselijke maat, Huisartsenzorg in 2022. Utrecht: LHV, NHG, 2012.
2. Institute of Medicine (IOM). Crossing the quality chasm. A new health system for the 21st century. Washington, DC: National Academy Press, 2001.
3. Cruisberg J, Braspenning J. Evaluatie Pilot visitatiemodule. Nijmegen: IQ healthcare, 2013.
4. NHG. Toetsgroep en EKC: Hoe zit dat ook al weer? Tips voor de Erkend KwaliteitsConsulent. Utrecht: NHG, 2016.
5. Dik E, Nelissen-Vrancken M. Handboek FTO. Werken aan verbetering van het FTO-niveau. Utrecht: Instituut voor Verantwoord Medicijngebruik, 2013.
6. Registratiecommissie Geneeskundig Specialisten. Informatie over gewijzigde herregistratie-eisen door nieuwe regelgeving [brief aan alle huisartsen]. Utrecht: RGS/KNMG, oktober 2016.
7. NHG. NHG-Handleiding beleidsplan en jaarverslag van de huisartsenpraktijk. Utrecht: NHG, 2016.
8. Elwyn G, Bekkers MJ, Tapp L, Edwards A, Newcombe R, Eriksson T, Braspenning J, Kuch C, Adzic ZO, Ayankogbe O, Cvetko T, In 't Veld K, Karotsis A, Kersnik J, Lefebvre L, Mecini I, Petricek G, Pisco L, Thesen J, Turón JM, van Rossen E, Grol R. Facilitating organisational development using a group-based formative assessment and benchmarking method: design and implementation of the International Family Practice Maturity Matrix. *Qual Saf Health Care*. 2010;19(6):e48.
9. Verhoef L, van Lieshout J, Ouwens M. Team functioneren in multidisciplinaire eerstelijns gezondheidszorgteams. Een validatie- en determinantenstudie met de Team Climate Inventory lijst. Nijmegen, Radboudumc, IQ healthcare, 2015.
10. Verbakel NJ, Zwart DLM, Langelaan M, Verheij TJM, Wagner C. Measure safety culture in Dutch primary care: psychometric characteristics of the SCOPE-PC questionnaire. *BMC Health Services Research* 2013, 13:354.
11. Lawrence M, Olesen F, et al. Indicators of quality in health care. *Eur J Gen Pract* 1997;3:103-8.
12. Grol R, Wensing M (red.). Implementatie: Effectieve verbetering van de patiëntenzorg. Amsterdam: Reed Business, 2011 (vierde, herziene druk).
13. Ivers N, Jamtvedt G, Flottorp S, Young JM, Odgaard-Jensen J, French SD et al. Audit and feedback: effects on professional practice and healthcare outcomes. *Cochrane database systematic reviews* 2012;6:CD000259.
14. Donabedian A. Explorations in quality assessment and monitoring. Volume 1: The definition of quality and approaches to its assessment. Ann Arbor (MI): Health Administration Press, 1980.
15. Dixon-Woods M, McNicol S, Martin G. Ten challenges in improving quality in healthcare: lessons from the Health Foundation's programme evaluations and relevant literature. *BMJ Qual Saf* 2012;21:876-884.
16. Ikkersheim D, Wittgen H, Thijssing L. Inzicht in uitgevraagde variabelen voor kwaliteitsmetingen en handvatten voor verbetering. *Medisch specialistische zorg*. Amstelveen: KPMG-Plexus, 2016.
17. Osborn R, Squires D. International perspectives on patient engagement. *J Ambulatory Care Manage* 2012;35(2):118-128.

