

Leidraad voor kwaliteitsstandaarden

Advies- en expertgroep
Kwaliteitsstandaarden
(AQUA)

Inhoud

Samenstelling van de advies- en expertgroep.....	3
Inleiding	4
Fasen van ontwikkeling van kwaliteitsstandaarden	8
1. Het onderwerp, het doel en de doelgroep van de kwaliteitsstandaard worden vastgesteld.....	8
2. De initiatiefnemer van de kwaliteitsstandaard identificeert de betrokken beroepsorganisaties en organisaties van zorggebruikers.....	8
3. De primair betrokken organisaties formeren de werkgroep en stellen de werkwijze vast.....	9
4. Bij alle fasen van de ontwikkeling van kwaliteitsstandaarden zijn inhoudsdeskundigen, patiëntenvertegenwoordigers en methodologische experts betrokken.....	9
5. Oneigenlijke beïnvloeding door belangenverstrengeling moet worden voorkomen.....	10
6. Het ontwikkelen van kwaliteitsstandaarden start met een knelpuntenanalyse.....	10
7. Op grond van een knelpuntenanalyse worden specifieke uitgangsvragen opgesteld.....	10
8. Bij de beantwoording van de uitgangsvragen wordt de kennis systematisch samengevat en transparant gepresenteerd.....	10
9. De werkwijze om de tekst met aanbevelingen op te stellen is expliciet beschreven.....	11
10. De aanbevelingen zijn specifiek geformuleerd.....	11
11. De kwaliteitsstandaard heeft een aantal vast herkenbare onderdelen en een modulaire opbouw.....	12
12. Een kwaliteitsstandaard besteedt aandacht aan kosten en andere economische aspecten.....	12
13. De kwaliteitsstandaard besteedt aandacht aan kennislacunes.....	13
14. De kwaliteitsstandaard gaat men na of zinvol is de geleverde zorg te toetsen.....	13
15. De kwaliteitsstandaard bevat een voorstel voor afgeleide producten die de toepassing van de kwaliteitsstandaard bevorderen.....	13
16. Voor publicatie van de kwaliteitsstandaard worden experts en toekomstige gebruikers van de kwaliteitsstandaard geraadpleegd.....	13
17. De kwaliteitsstandaard wordt geaccordeerd door ten minste alle primaire beroepsgroepen en patiënten- / cliëntenorganisatie(s).....	14
18. Een procedure voor herziening van de kwaliteitsstandaard is vermeld.....	14
19. De primair betrokken organisaties zetten zich in om de toepassing van de kwaliteitsstandaard in de praktijk te bevorderen.....	14

Samenstelling van de advies- en expertgroep

1. Dr. L.C.M. Kremer, voorzitter
2. Dr. J.S. Burgers, vicevoorzitter
3. Ir. T.A. van Barneveld
4. Drs. D.J.M.A. Beaujean
5. Dr. L. Hakkaart-van Roijen
6. Prof. dr. C.T.J. Hulshof
7. Dr. A. Broerse
8. Drs. S.M.C. Kersten
9. Dr. H. van 't Land
10. Prof. dr. H. L.G.R. Nies
11. Mr. H. Post
12. Mw. H. Rippen
13. Dr. R. van der Sande
14. Prof. dr. R.J.P.M. Scholten
15. Dr. L.M.T. Schouten
16. Drs. A.E.R.M. Speijer
17. Dr. Ph.J. van der Wees
18. Prof. dr. T. van der Weijden
19. Dr. Tj. Wiersma

Secretarissen

Dr. J.J.E. van Everdingen
Dr. N. Boluyt

Procesondersteuning

Drs. M.K. Tuut

Colofon

De Leidraad voor kwaliteitsstandaarden is opgesteld door de Advies- en expertgroep Kwaliteitsstandaarden en met instemming van de Adviescommissie Kwaliteit ter goedkeuring voorgelegd aan / goedgekeurd door de Raad van Bestuur van Zorginstituut Nederland. Op de werkzaamheden van de commissie is een reglement van toepassing. Alle leden van de Advies- en expertgroep hebben een belangenverklaring ingevuld volgens de KNAW Code ter voorkoming van oneigenlijke beïnvloeding door belangenverstrengeling.

Inleiding

Kwaliteitsstandaarden zijn openbaar toegankelijke documenten die goede zorg beschrijven voor een bepaald gezondheidsgerelateerd thema volgens de criteria van het Toetsingskader van het Zorginstituut ([LINK TOEVOEGEN](#)). Zij beogen een bijdrage te leveren aan verbetering en borging van de kwaliteit van zorg. Het Toetsingskader richt zich op het proces van totstandkoming en de beschrijving van de zorg. De criteria zijn: 1. de relevante partijen zijn betrokken bij de ontwikkeling van de kwaliteitsstandaard of hebben er gemotiveerd van af gezien. 2. De betrokken partijen dragen de kwaliteitsstandaard gezamenlijk 'tripartiet' voor. 3. De kwaliteitsstandaard bevat een adequate beschrijving van de inhoud van zorg en de organisatie van het zorgproces uitmondend in concrete aanbevelingen. De financiële consequenties worden daarbij meegewogen. 4. De kwaliteitsstandaard heeft een cliëntenversie, een samenvatting, al of niet met stroomschema, en een onderhoudsplan. 5. De kwaliteitsstandaard is verbonden met één of meer informatiestandaarden en één of meer meetinstrumenten. Als die elementen ontbreken is een tijdsplan geformuleerd waarin staat wanneer die worden opgeleverd. Om hieraan te voldoen is het van belang dat kwaliteitsstandaarden volgens een gestandaardiseerde methode worden ontwikkeld. Deze leidraad geeft handvatten voor partijen in de zorg voor de ontwikkeling, herziening en toepassing van kwaliteitsstandaarden.

Doelgroepen

De primaire doelgroepen van kwaliteitsstandaarden zijn zorgverleners uit het curatief (zowel medisch als psychosociaal) domein en (potentiële) zorggebruikers. Zorgverleners betreffen allerlei soorten hulpverleners (bijv. artsen, paramedici, verpleegkundigen en verzorgenden), al dan niet werkzaam in organisaties (bijv. ziekenhuizen, verpleeg- en verzorgingshuizen en Gemeentelijke Gezondheidsdiensten (GGD-en)). Zorgverleners en hun organisaties worden samen zorgaanbieders genoemd. Zorggebruikers zijn patiënten, cliënten (en/of hun vertegenwoordigers). De kwaliteitsstandaarden vormen voor zorgverleners en zorggebruikers een hulpmiddel bij het maken van keuzes in de praktijk. Zorgaanbieders gebruiken kwaliteitsstandaarden ook voor het bijhouden van kennis, voor onderwijs- en nascholingsdoeleinden, voor het opstellen van samenwerkingsafspraken en het meten van kwaliteit, door het aanreiken van meetinstrumenten. Zorggebruikers kunnen, afhankelijk van de informatiebehoefte, via speciaal van de kwaliteitsstandaard afgeleide patiënteninformatie zien welke zorg zij van zorgaanbieders kunnen verwachten. Maar ook wat er van hen als zorggebruiker verwacht kan worden, bijvoorbeeld op het vlak van gedeelde besluitvorming, zelfmanagement of eigen regie met ondersteuning. Naast zorgaanbieders en zorggebruikers hebben zorgverzekeraars een wettelijke taak bij de ontwikkeling, het onderhoud en het bevorderen van de toepassing van een kwaliteitsstandaard. Zorgverzekeraars kunnen kwaliteitsstandaarden gebruiken om afspraken te maken bij inkoop van zorg en verantwoording over de kwaliteit van zorg. Gemeenten en hun zorgkantoren hebben een analoge rol bij de inkoop van voorzieningen die onder de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) en de Wet langdurige zorg. Bestuurders van ziekenhuizen, verpleeghuizen en andere zorginstellingen en koepelorganisaties hebben ook een rol bij het in praktijk invoeren van kwaliteitsstandaarden. Dat maakt dat zij toenemend betrokken zullen worden bij de totstandkoming hiervan. De Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) beschouwt kwaliteitsstandaarden als toonaangevende bron van informatie over de professionele standaard waarop zij haar handhaving baseert. Daarnaast kan de overheid kwaliteitsstandaarden gebruiken bij besluitvorming over de samenstelling van het basiszorgpakket om te bepalen welke zorg wordt vergoed binnen de kaders van een voor iedereen bereikbaar zorgstelsel.

Conceptueel kader

De leidraad gaat uit van het concept kwaliteitsstandaard dat de kernelementen van richtlijnen (met name de zorginhoudelijke elementen) en zorgstandaarden (met name het perspectief van zorggebruiker en organisatie van zorg) in zich verenigt. De wetenschappelijke kennissamenvatting vormt daarbij de basis van de kwaliteitsstandaard. Kwaliteitsstandaarden doen aanbevelingen die zich niet alleen uitstrekken over de inhoud van de zorg, maar ook over de organisatie daarvan en de ondersteuning van de zelfregie van de cliënt. De kwaliteitsstandaard kan uit één of meerdere modules

bestaan, waarbij elke module een deel van het onderwerp beschrijft en modules op elkaar afgestemd zijn. Een module is de kleinste eenheid waaruit een kwaliteitsstandaard bestaat en deze moet dan ook alle elementen bevatten die in deze leidraad voor een kwaliteitsstandaard van belang worden geacht. Dit alles vraagt een duidelijke afstemming bij de ontwikkeling of het actualiseren van kwaliteitsstandaarden. In deze leidraad wordt beschreven hoe aan die criteria voor een kwaliteitsstandaard kan worden voldaan.

In tabel 1 is het concept van de kwaliteitsstandaarden schematisch weergegeven.

Tabel 1 | Overzicht van het kader voor kwaliteitsstandaarden en verwante producten

Kader	Producten*	Goedkeuring door	Ontsluiting
Toetsingskader	Kwaliteitsstandaarden bestaande uit (één of meerdere): <ul style="list-style-type: none"> • zorghoudelijke modules • organisatorische modules • generieke zorgmodules** Hiervoor komen in aanmerking: richtlijnen, zorgstandaarden, modules (zie Zorgverzekeringswet)	Zorginstituut Nederland <ul style="list-style-type: none"> • na aanbieding door zorgaanbieders (beroepsverenigingen en instellingen) • na goedkeuring door patiëntenverenigingen en zorgverzekeraars en/of gemeenten 	Voor zorgaanbieders zorggebruikers en zorgverzekeraars <ul style="list-style-type: none"> • landelijk register (zie zorginzicht.nl)
Huidige stand van zaken Kwaliteitsbeleid veldpartijen	Meetinstrumenten <ul style="list-style-type: none"> • richtlijnen & richtlijnmodules • zorgstandaarden • zorgmodules Andere veldtermen: <ul style="list-style-type: none"> • standpunt/ leidraad/ handreiking Afgeleide producten, zoals: <ul style="list-style-type: none"> • samenvatting • stroomschema • zorgpad • protocol • keuzehulp • patiënteninformatie • meetinstrumenten (indicatoren en patiëntvragenlijsten) • informatiestandaard 	Partijen in de zorg*** o.b.v. AQUA leidraad	Voor professionals <ul style="list-style-type: none"> • richtlijndatabase.nl • websites van beroepsverenigingen • oncoline/pallialine • bibliotheek van zorginzicht • enz Voor zorggebruikers <ul style="list-style-type: none"> • thuisarts.nl • websites van patiëntenverenigingen • Kiesbeter • Enz

Legenda

*Zie bijlage voor definities van gebruikte termen; **VOLGT NOG**

** Zorghoudelijke en organisatorische modules zijn gestructureerde antwoorden op een knelpunt, eventueel met behulp van een zoekvraag en literatuurzoekacties. Een generieke zorgmodule is een eigenstandige kwaliteitsstandaard die (voor zover ook relevant bij een andere zorgvraag) integraal dan wel in verkorte vorm in een andere kwaliteitsstandaard kan worden opgenomen.

*** Goedkeuring van de inhoud van de kwaliteitsstandaard

De leidraad voor kwaliteitsstandaarden is bedoeld voor de gehele Nederlandse gezondheidszorg. Dit betekent dat de leidraad niet alleen van toepassing is op curatieve zorg, die hoofdzakelijk via de eerste lijn, ziekenhuizen en ZBC's wordt verleend, maar ook de preventieve en langdurige zorg, waaronder

gehandicapten-, verzorgings-/verpleeghuiszorg en langdurige geestelijke gezondheidszorg en voor aanbieders uit het sociaal domein zoals welzijn. Om de samenspraak tussen alle personen in die sectoren te bevorderen is het van belang te komen tot een eenduidig begrippenkader. Dit begrippenkader is als bijlage aan deze Leidraad toegevoegd (**VOLGT NOG**). Daarbij richt men zich naast het verbeteren van de gezondheidstoestand op het scheppen van een optimaal leefklimaat, verbetering van kwaliteit van leven en het beperken van de nadelen van ziekten, functiestoornissen, beperkingen in activiteiten en participatieproblemen en andere uitkomsten die door zorggebruikers relevant worden geacht. Voor alle sectoren geldt dat een kwaliteitsstandaard geen doel op zich is, maar een middel om aan te geven welke acties onder welke omstandigheden verricht zouden moeten worden opdat de juiste zorg zo goed mogelijk wordt geleverd. Soms zijn andere instrumenten en interventies meer geschikt om problemen aan te pakken, zoals samenwerkingsafspraken, beleidsnormen of –rapporten, een andere organisatiestructuur of wet- en regelgeving. Deze dragen op een andere wijze bij aan het kwaliteit- en veiligheidsbeleid.

Juridische status

Kwaliteitsstandaarden zijn praktijkgerichte documenten. Het zijn geen wetten of dwingende voorschriften. Juristen spreken in dit geval van niet-bindende regels. In principe wordt men geacht zich hier aan te houden, maar beargumenteerd afwijken is legitiem.

Aangezien de aanbevelingen hoofdzakelijk gericht zijn op groepen zorggebruikers en de praktijk vaak complexer is dan in de kwaliteitsstandaard is weergegeven, kan men in individuele gevallen, in samenspraak met de cliënt, afwijken van de aanbevelingen in de kwaliteitsstandaard. Sterker: goed 'evidence based' handelen betekent dat men de kennis vertaalt naar de individuele patiënt en bij een deel van de gevallen beargumenteerd (en liefst ook gedocumenteerd) afwijkt van de kwaliteitsstandaard omdat dat past bij de situatie en wensen van de individuele patiënt.

Kennisbank

Aanvullend op deze leidraad zijn er instrumenten die kunnen helpen bij de ontwikkeling, herziening, toepassing en evaluatie van kwaliteitsstandaarden. Op de Kennisbank van het Zorginstituut Nederland zijn deze instrumenten te vinden ([LINK TOEVOEGEN](#)). Hieronder geven we enkele voorbeelden:

- Het handboek en toolbox Richtlijnontwikkeling in de Nederlandse Gezondheidszorg (HARING) bevat 13 praktische hulpmiddelen ('tools'). De thema's van deze tools zijn gekozen door deskundigen uit het veld op basis van de behoefte aan ondersteuning. Voorbeelden van thema's zijn knelpuntenanalyse, doelmatigheid, organisatie en samenwerking, gedeelde besluitvorming, kennislacunes en monitoring.
- De Implementatiechecklist voor kwaliteitsstandaarden is een hulpmiddel voor commissies, werkgroepen en andere bij de ontwikkeling betrokken instanties om een inschatting te maken van mogelijke barrières bij het verspreiden en implementeren van de kwaliteitsstandaard.

Het verdient aanbeveling de kennisbank uit te breiden met gevalideerde instrumenten uit binnen- en buitenland.

Kwaliteitscyclus

De investering in kwaliteitsstandaarden stopt niet na afronding en publicatie van de kwaliteitsstandaard, maar gaat voort in de verspreiding, toepassing, monitoring van het gebruik, evaluatie en het actueel houden van de kwaliteitsstandaard. In het kader van een samenhangend landelijk kwaliteitsbeleid pleit AQUA voor een continue cyclus van ontwikkeling, evaluatie van het gebruik en bijstelling van kwaliteitsstandaarden; het geheel noemen we het 'onderhoud' van de kwaliteitsstandaard. Het is van belang om per kwaliteitsstandaard vast te stellen wie hiervoor verantwoordelijk is (het zogenoemde eigenaarschap van de kwaliteitsstandaard) en hoe voorzien wordt in het tot stand brengen van deze kwaliteitscyclus.

Literatuur

- Coördinatieplatform Zorgstandaarden. Zorgstandaarden in model: rapport over het model voor zorgstandaarden bij chronisch zieken. ZonMw, 2010.

- Werkgroep Richtlijn voor richtlijnen. Richtlijn voor richtlijnen. 3e editie. Den Haag: Regieraad Kwaliteit van Zorg, 2012.
 - Toetsingskader kwaliteitsstandaarden, informatiestandaarden en meetinstrumenten 2015
 - Haringtools (zie zorginzicht.nl).

Fasen van ontwikkeling van kwaliteitsstandaarden

Deze leidraad volgt het proces van ontwikkeling van kwaliteitsstandaarden aan de hand van drie fasen:

- Voorbereidingsfase
- Ontwikkelfase
- Afrondingsfase

Vorbereidingsfase

1. Het onderwerp, het doel en de doelgroep van de kwaliteitsstandaard worden vastgesteld.

Iedereen kan het initiatief nemen om een kwaliteitsstandaard te ontwikkelen. De initiatiefnemer zoekt hiervoor steun bij andere bij het onderwerp betrokken partijen (zie item 2, voorbereidingsfase). Factoren die een rol spelen bij het verkrijgen van steun zijn o.a. de ernst (ziektelast) en prevalentie van de aandoening, de maatschappelijke relevantie en de verwachting dat een kwaliteitsstandaard de kwaliteit van de zorg kan verbeteren. Als een onderwerp door betrokken partijen geschikt wordt gevonden, wordt gezamenlijk een zorgvuldige procedure gevolgd van prioritering en agendering, waarbij het belang en de urgentie van het onderwerp wordt nagegaan ten opzichte van andere relevante onderwerpen. Voordat een kwaliteitsstandaard wordt ontwikkeld, wordt gewoonlijk met een knelpuntenanalyse (zie item 6, ontwikkelfase) gehouden, waarvoor alle betrokken partijen worden uitgenodigd en waarbij alle problemen worden geïnventariseerd waar de kwaliteitsstandaard een antwoord op zou kunnen geven. Beschikbare aanverwante kwaliteitsstandaarden worden geïnventariseerd om onnodige investering en overlap te vermijden en onderlinge samenhang te bevorderen. Het onderwerp wordt afgebakend door aan te geven waar de kwaliteitsstandaard wel en niet over gaat. Hierbij wordt ook aangegeven welke problemen zoals co- en multimorbiditeit worden meegenomen. De doelstelling van de kwaliteitsstandaard wordt duidelijk beschreven met oog voor de toepassing door de verschillende doelgroepen. Tot die doelgroepen behoren zorgaanbieders (zowel zorgverleners als de organisaties waarvoor zij werken), zorggebruikers en zorgfinanciers, zoals zorgverzekeraars, gemeenten, zorgkantoren en werkgevers. De doelgroepen worden specifiek benoemd, zodat zij direct kunnen vaststellen of de kwaliteitsstandaard voor hen relevant is. Bij aanvang kan het Zorginstituut Nederland desgewenst door de ontwikkelaars van de kwaliteitsstandaard worden gevraagd voor een adviserende rol, bijvoorbeeld omtrent beschrijving van de doelmatigheid ten einde een eventuele pakketduiding/ advisering in een later stadium te vergemakkelijken. De initiatiefnemers vormen de projectgroep of stuurgroep, die de ontwikkeling en voortgang van de kwaliteitsstandaard aanstuurt en de afspraken maakt over de (verantwoordelijkheden voor) implementatie, onderhoud en evaluatie van de kwaliteitsstandaard. Bij voorkeur leggen initiatiefnemers dit vast in een projectplan.

2. De initiatiefnemer van de kwaliteitsstandaard identificeert de betrokken beroepsorganisaties en organisaties van zorggebruikers.

De primair betrokken beroepsorganisaties zijn die organisaties die gezamenlijk het belangrijkste aandeel hebben in de levering van zorg voor de zorggebruikersgroep die in de kwaliteitsstandaard wordt beschreven. De primair betrokken organisaties van zorggebruikers zijn die organisaties die de patiënten-/cliëntengroep(en) vertegenwoordigen die bij het klinisch proces van het onderwerp betrokken zijn. Voor het identificeren van de betrokken partijen neemt de initiatiefnemer vooraf contact op met de koepelorganisaties die overzicht hebben over de lopende initiatieven van organisaties die de zorgverleners, zorggebruikers of zorgfinanciers vertegenwoordigen. Het is raadzaam om dit op het niveau van opene richtlijnprogramma's te bespreken, waarbij meerdere onderwerpen tegelijk worden besproken en een landelijk consistent beleid kan worden gevoerd. Ook andere relevante betrokkenen worden in kaart gebracht, bijvoorbeeld beroepsorganisaties die verder van het onderwerp afstaan, zorgorganisaties, kenniscentra, kennisinstituten, Inspectie voor de Gezondheidszorg en andere overheidsinstanties, zorgindustrie, werkgevers- en werknemersorganisaties. Het is essentieel dat alle bij het onderwerp betrokken partijen bijdragen aan

de ontwikkeling van de kwaliteitsstandaard en vervolgens desgewenst aan de implementatie en evaluatie.

Dat kan zijn door gemandateerde afvaardiging in een werkgroep die de kwaliteitsstandaard ontwikkelt, maar ook door deze partijen naar knelpunten en om commentaar te vragen. Een gangbare methode is dat de kern van de initiatiefnemers (projectgroep/stuurgroep) alle relevante partijen uitnodigen voor een overleg, waarna de werkgroep van primair betrokken organisaties aan de slag gaat met ontwikkeling van de kwaliteitsstandaard.

3. De primair betrokken organisaties formeren de werkgroep en stellen de werkwijze vast.

Essentieel is dat de deelnemende beroepsgroepen en organisaties van zorggebruikers in de werkgroep vanaf de start of de revisie van de kwaliteitsstandaard onderling goede afspraken maken over de opzet en de werkwijze. Daarbij worden indien van toepassing ook andere partijen gehoord, zoals verzekeraars en gemeenten. Als de opzet en de werkwijze is vastgesteld, kan men van start gaan. De primair bij het onderwerp betrokken doelgroepen en organisaties kiezen gezamenlijk een voorzitter van de werkgroep. De instantie die met de organisatie is belast nodigt de primair betrokken partijen uit leden af te vaardigen aan de werkgroep. Aan de andere relevante betrokkenen wordt gevraagd of zij een rol willen spelen in de werkgroep of op andere wijze willen bijdragen. Er worden afspraken gemaakt over het delegeren van verantwoordelijkheden, beslissingsbevoegdheden en uitbesteden van taken, bijvoorbeeld aan een ondersteunende organisatie met specifieke expertise op het gebied van ontwikkeling van kwaliteitsstandaarden, doelmatigheid, informatiestandaarden of meetinstrumenten. De werkgroepleden bepalen op basis van inhoudelijke overwegingen in samenspraak met de voorzitter welke andere relevante partijen in de werkgroep vertegenwoordigd dienen te zijn en hoe de balans tussen de betrokken partijen is. Mocht het aantal partijen te groot worden, dan kan een kerngroep binnen de werkgroep geformeerd worden. Alle betrokken beroepsorganisaties en patiëntenorganisaties mandateren hun afgevaardigde leden. In het mandaat worden de verantwoordelijkheden, bevoegdheden en afspraken met betrekking tot terugkoppeling en ruggespraak aangegeven en gecommuniceerd. Er zijn kleine verschillen in werkwijze voor de ontwikkeling, herziening en vaststelling van een kwaliteitsstandaard. Zo komen de kwaliteitsstandaarden in de GGZ en de huisartsgeneeskunde anders tot stand dan in de jeugdzorg of de ziekenhuiszorg, bijv. in de wijze waarop de werkgroep wordt samengesteld, de concepttekst wordt getest of de autorisatie plaats vindt. De gevolgde wijze van ontwikkeling en vaststelling wordt expliciet beschreven in de kwaliteitsstandaard en aan het begin van het traject door de betrokken partijen akkoord bevonden. Indien wordt afgeweken van de leidraad wordt dit in de kwaliteitsstandaard als zodanig benoemd in de inleiding. *Zie ook het hoofdstuk Projectmanagement uit het Handboek evidence-based richtlijnontwikkeling.*

4. Bij alle fasen van de ontwikkeling van kwaliteitsstandaarden zijn inhoudskundigen, patiëntvertegenwoordigers en methodologische experts betrokken.

Voor de inhoudskundigen geldt dat deze werkzaam zijn in het veld van de doelgroep van de kwaliteitstandaard, kennis en ervaring in de praktijk hebben met betrekking tot het onderwerp en afgevaardigd zijn als vertegenwoordiger van een beroepsorganisatie. Inhoudskundigen zullen zich zowel richten op zorginhoudelijke als ook organisatorische vragen. Patiëntvertegenwoordigers nemen deel als een vertegenwoordiger van hun organisatie en vanuit zorggebruikersperspectief. Daar waar geen organisatie van zorggebruikers aanwezig is, wordt(en) hun koepel(s) uitgenodigd bij te dragen. De expertise en ervaringen van de zorggebruikersgroep zijn bij zorginhoudelijke aspecten vooral gewenst bij de knelpuntenanalyse (zie item 6 ontwikkelfase), bij het vaststellen van relevante uitkomstmaten, bij het formuleren van aanbevelingen en bij de organisatorische aspecten. Methodologische experts beschikken onder andere over kennis van en ervaring met procesbegeleiding, systematisch literatuuronderzoek (zoeken, selecteren, beoordelen en samenvatten van literatuur), epidemiologie, health technology assessment (zie ook item 12, ontwikkelfase), richtlijn- en meetinstrumentontwikkeling en zullen in alle fasen een ondersteunende rol hebben. De rol van een ieder wordt geëxpliciteerd in de kwaliteitsstandaard. De projectgroep/stuurgroep van initiatiefnemers en de werkgroepvoorzitter bewaken (het evenwicht tussen) de verschillende inbreng en rollen.

5. Oneigenlijke beïnvloeding door belangenverstremgeling moet worden voorkomen.

De kwaliteitsstandaard wordt zo opgesteld dat de financier van de ontwikkeling geen invloed heeft op de inhoud van de aanbevelingen. Eventuele belangenverstremgeling van werkgroepleden wordt vastgelegd in een belangenverklaring die alle leden invullen voordat de werkgroep begint. Daarbij heeft men niet alleen oog voor financiële belangen, maar ook voor bijvoorbeeld researchbelangen. Hiervoor heeft men zich geconformeerd aan de 'Code ter voorkoming van oneigenlijke beïnvloeding door belangenverstremgeling' van de Koninklijke Nederlandse Academie van Wetenschappen (KNAW). Op basis van de ingevulde belangenverklaring ([LINK TOEVOEGEN](#)) beoordeelt de daartoe aangewezen functionaris van de initiërende partij of uitgenodigde individuen tot de werkgroep kunnen worden toegelaten, en indien van toepassing met welke restricties. Als de kwaliteitsstandaard gereed is, wordt de belangenverklaring nogmaals ingevuld. De twee belangenverklaringen van alle werkgroepleden worden aan het eind van het traject openbaar gemaakt.

Ontwikkelfase

6. Het ontwikkelen van kwaliteitsstandaarden start met een knelpuntenanalyse.

De knelpuntenanalyse richt zich zowel op de inhoud als op de organisatie van de zorg. Onderdelen van de organisatie van zorg zijn onder meer de structuur en aansturing van het zorgproces, de verantwoordelijkheidstoedeling en het vastleggen en overdragen van informatie. Alle relevante partijen worden gevraagd naar knelpunten. Methoden om knelpunten in kaart te brengen zijn bijvoorbeeld literatuuronderzoek, vragenlijstonderzoek, focusgroepen en interviews met sleutelfiguren en patiëntenvertegenwoordigers. Getracht wordt een goed beeld te krijgen van de meest pregnante knelpunten in de praktijk. Het is de gezamenlijke verantwoordelijkheid van zorgaanbieders, zorggebruikers en zorgfinanciers om te bepalen of een kosteneffectiviteits- en/of budgetimpactanalyse in de kwaliteitsstandaard relevant is en op welke manier hier invulling aan wordt gegeven. De inventarisatie van belemmerende en bevorderende factoren voor acceptatie en de systematische, structurele invoering en toepassing (implementatie) van de toekomstige kwaliteitsstandaard vormen ook een onderdeel van de knelpuntenanalyse. De werkgroep is verantwoordelijk voor de analyse en prioritering van de knelpunten. Bij de knelpuntenanalyse staat de zorgvraag centraal. Het verdient aanbeveling bij de knelpuntenanalyse aandacht te besteden aan multi- en comorbiditeit en diversiteit en een inschatting te maken van mogelijke problematiek op deze gebieden. Ook de aansluiting op aanverwante kwaliteitsstandaarden verdient aandacht.

Deze fase wordt afgesloten met een beoordeling of de geïnventariseerde knelpunten voldoende reden zijn om de beoogde kwaliteitsstandaard verder te ontwikkelen en of een kwaliteitsstandaard het juiste instrument is om de ervaren knelpunten op te lossen. Dit leidt tot het definitieve besluit om al dan niet verder te gaan met het ingezette ontwikkeltraject.

7. Op grond van een knelpuntenanalyse worden specifieke uitgangsvragen opgesteld.

Uitgangsvragen kunnen betrekking hebben op allerlei domeinen zoals: etiologie, screening, preventie, diagnostiek, (behandel-)interventies, prognose en follow-up, en organisatie van zorg. Er wordt nagegaan of er aparte uitgangsvragen moeten komen met betrekking tot (maatschappelijk) functioneren (waaronder arbeid), met multi- en comorbiditeit, en met specifieke uitkomstmaten die rekening houden met wensen en voorkeuren van zorggebruikers en kwaliteit van leven. Er wordt met patiëntenvertegenwoordigers gesproken of zij behoefte hebben aan specifieke uitgangsvragen. De uitgangsvragen zijn zo specifiek mogelijk gesteld, waarbij ook de voor zorggebruikers relevante uitkomstmaten zijn benoemd (bij voorkeur volgens de internationaal erkende PICO methodiek). Per uitgangsvraag wordt bezien hoe deze het beste kan worden beantwoord. Dit gebeurt in principe door een zo veel mogelijk op wetenschappelijke kennis gebaseerde samenvatting en aanbeveling. Afhankelijk van het onderwerp kan hiervoor ook andersoortige kennis (systematisch geïnventariseerde ervaringskennis) worden verzameld. De werkgroep brengt een prioritering aan in de uitgangsvragen en selecteert de meest relevante uitgangsvragen voor gericht literatuuronderzoek of andersoortige kennisvergaring (zoals focusgroepdiscussie).

8. Bij de beantwoording van de uitgangsvragen wordt de kennis systematisch samengevat en transparant gepresenteerd.

Voor uitgangsvragen die beantwoord moeten worden door een overzicht van wetenschappelijke literatuur wordt de kennis samengevat door een methodoloog en een inhoudsdeskundige of een team met deze kwaliteiten. Eerst worden richtlijndatabases geraadpleegd en bestaande (binnen- en buitenlandse) kwaliteitstandaarden (guidelines) doorzocht op systematische samenvattingen van kennis, welke samenvattingen zo mogelijk kunnen worden gebruikt en geactualiseerd. Er wordt systematisch naar literatuur gezocht. Bij het ontwikkelen van een zoekstrategie wordt bij voorkeur ook een informatiespecialist betrokken. Indien een richtlijn beschikbaar is en er twijfels zijn over de degelijkheid of actualiteit van het literatuuronderzoek, wordt de zoekstrategie overgedaan. Als er geen goede bestaande richtlijnen zijn die aansluiten bij de vastgestelde uitgangsvragen, wordt een zoekstrategie ontworpen en uitgevoerd en de geïdentificeerde evidence systematisch samengevat. Dit omvat een systematische zoekstrategie, van te voren vastgestelde in- en exclusiecriteria en systematische beoordeling van de kwaliteit van de studies, zo mogelijk gevolgd door kwantitatieve pooling van de resultaten (meta-analyse). Het literatuuronderzoek richt zich zo veel mogelijk op tevoren door de werkgroep vastgestelde en voor zorggebruikers relevante uitkomstmaten, met aandacht voor tevoren vastgestelde grenzen voor klinische relevantie. Het systematisch samenvatten van de literatuur door ten minste twee personen, onafhankelijk van elkaar, verhoogt de betrouwbaarheid van het literatuuronderzoek. De methode waarmee de literatuur is samengevat wordt expliciet beschreven. Bij de samenvatting van onderzoekgegevens wordt bij voorkeur gebruik gemaakt van evidence-tabellen en een graderingssysteem dat de kracht van het bewijs expliciet maakt. De hierboven beschreven werkwijze komt overeen met de EBRO-methodiek ([LINK TOEVOEGEN](#)). Bij uitgangsvragen op het gebied van belangrijke nieuwe interventies wordt bij voorkeur gebruik gemaakt van de GRADE-methodiek ([LINK TOEVOEGEN](#)). Voor uitgangsvragen die kwalitatief afdoende beantwoord kunnen worden met andersoortige kennis dan wetenschappelijke literatuur of waar vrijwel geen wetenschappelijke evidentie voorhanden is (kennislacune), kan ook van kwalitatieve wetenschappelijke onderzoeksmethoden gebruik worden gemaakt, bijvoorbeeld door een weloverwogen samengesteld panel van experts systematisch te bevragen via vragenlijsten of focusgroepen, of d.m.v. data-analyse uit een (landelijk) register of kan huidige kennis vanuit de praktijk transparant worden samengevat. Ook de methoden en resultaten van deze kennisvergaring worden samengevat en zichtbaar gemaakt.

9. De werkwijze om de tekst met aanbevelingen op te stellen is expliciet beschreven.

De werkwijze van de werkgroep is er op gericht consensus te bereiken en waar dat niet mogelijk is, duidelijkheid te verschaffen. De totstandkoming van de kwaliteitsstandaard en het proces van besluitvorming, zoals de methode om tot een aanbeveling te komen, zijn expliciet in de tekst beschreven. Bij het opstellen van de aanbevelingen worden gezondheidswinst, bijwerkingen, veiligheid, doelmatigheid, organisatorische consequenties, budget-impact, voorkeuren van zorggebruikers en zorgaanbieders en bevorderende en belemmerende factoren van de toepassing gewogen. Ook wordt rekening gehouden met de acceptatie en uitvoerbaarheid van de aanbevelingen en met de verantwoordelijke uitvoeringsorganen overlegd. In de tekst van de kwaliteitsstandaard bestaat een expliciet verband tussen de onderliggende kennis (wetenschappelijke kennis en/of expert kennis) en de aanbevelingen. Daarbij hoort een beschrijving van de overige overwegingen en beweegredenen om tot bepaalde aanbevelingen te komen. Ook hierbij kan de GRADE methodiek (onderdeel 'from evidence to decision') worden gebruikt.

10. De aanbevelingen zijn specifiek geformuleerd.

Een aanbeveling geeft antwoord op een uitgangsvraag en beschrijft concreet en specifiek welk beleid in bepaalde situaties bij een welomschreven groep van zorggebruikers geschikt wordt geacht. Duidelijk is welke (onthouding van) actie wordt aanbevolen en wat het doel daarvan is. Een aanbeveling is zo geformuleerd dat duidelijk wordt hoe krachtig die moet worden opgevat. Als er voldoende bewijs is dat de voordelen van een nieuwe interventie opwegen tegen de nadelen, met het oog op effectiviteit, veiligheid, doelmatigheid en patiëntgerichtheid, kan de voorkeur worden uitgesproken voor de nieuwe interventie. Als het niet goed mogelijk is een keuze te maken en bijvoorbeeld de wensen en voorkeuren van zorggebruikers sterk variëren (preferentiegevoeligheid), worden de voor- en nadelen van de

verschillende beleidsopties beschreven om de gezamenlijke besluitvorming (tussen zorgverlener en zorggebruiker) in de praktijk te ondersteunen.

11. De kwaliteitsstandaard heeft een aantal vaste onderdelen en een modulaire opbouw.

Een kwaliteitsstandaard bevat de volgende onderdelen:

- samenvatting met kernaanbevelingen
- algemene inleiding
- zorginhoudelijke modules met aandacht voor doelmatigheid (zie item 12, ontwikkelfase)
- module over de organisatie van zorg, indien relevant
- adviezen voor e-health, indien relevant
- overzicht van kennislacunes (zie item 13, ontwikkelfase), indien van toepassing
- voorstel voor indicatoren om gebruik van de standaard te monitoren (zie item 14, ontwikkelfase)
- adviezen voor toepassing en acties bij praktijkknelpunten, en met (voorstel voor) afgeleide producten (zie item 15, ontwikkelfase)
- overzicht van organisatorische en financiële consequenties, eventueel aangevuld met een budget-impact analyse.
- implementatieplan met acties en betrokken partijen
- verwijzing(en) naar patiëntinformatie
- (voorstel voor) een methode om in samenspraak te komen tot keuzeinformatie en oplossingen

De algemene inleiding beschrijft het doel, de doelgroep(en), werkwijze en totstandkoming, samenstelling van de werkgroep (met in een bijlage een lijst van gemelde belangen van alle betrokkenen), en een procedure voor herziening van de kwaliteitsstandaard (zie item 18, afrondingsfase) en indien nodig een begrippenlijst. Bij de kernbegrippen wordt zo mogelijk ook beschreven welke gegevens bij de uitvoering van de zorg worden vastgelegd en uitgewisseld (als onderdeel van informatiestandaard).

Een module geeft op basis van systematische analyse en argumentatie antwoord op één omschreven, aan gezondheid, organisatie van zorg of maatschappelijk gerelateerd probleem (uitgangsvraag, zie item 7, ontwikkelfase) en sluit af met een advies/ aanbeveling. Een modulaire opbouw bevordert de toepassing in de praktijk en faciliteert efficiënt en flexibel onderhoud van de kwaliteitsstandaarden. Als een module integraal wordt opgenomen in verschillende standaarden, spreekt men van een generieke zorgmodule. Als invoering van de kwaliteitsstandaard belangrijke organisatorische consequenties met zich meebrengt, hoort hiervan een beschrijving te worden gegeven. De module over de organisatie van zorg is gebaseerd op ervaren knelpunten vanuit de praktijk. Indien e-health (hier gedefinieerd als ICT-toepassingen die kunnen bijdragen aan de zorg) een relevante strategie is, wordt dit expliciet beschreven in de kwaliteitsstandaard.

12. Een kwaliteitsstandaard besteedt aandacht aan kosten en andere economische aspecten.

Informatie over doelmatigheid kan worden gebruikt om aanbevelingen aan te scherpen, beter te onderbouwen of te differentiëren naar specifieke subgroepen van zorggebruikers. Bij die kwaliteitsstandaarden die een grote organisatorische en/of financiële wijziging van de huidige praktijk beogen, kan naast informatie over de doelmatigheid ook informatie over de impact van de aanbevelingen op populatieniveau van grote waarde zijn. Een zogenoemde budgetimpactanalyse geeft dan inzicht in de verwachte verandering van effecten, kosten en capaciteitsbeslag op nationaal niveau en is noodzakelijk voor mogelijke keuzes die gemaakt moeten worden in de zorg. De rol van dit type economische evaluatie kan ook signalerend zijn in de vorm van knelpunten die aandacht moeten krijgen bij implementatie. Een gezondheidseconoom kan de kwaliteit van economische evaluaties en toepasbaarheid voor de Nederlandse gezondheidszorg beoordelen en bijdragen aan een goede integratie van deze kennis in de aanbevelingen van de kwaliteitsstandaard. Bij dit alles moet worden bedacht dat kwaliteitsstandaarden rond ketens zo complex kunnen zijn dat een economische evaluatie niet haalbaar is.

13. De kwaliteitsstandaard besteedt aandacht aan kennislacunes.

Bij het selecteren van de uitgangsvragen of bij het verrichten van literatuuronderzoek kan blijken dat er onvoldoende wetenschappelijk bewijs is voor het beantwoorden van een uitgangsvraag. Ook kan er sprake zijn van conflicterend bewijs. In beide gevallen is er sprake van een kennislacune. Kennislacunes worden in de kwaliteitsstandaard beschreven in een aparte paragraaf of bijlage, bij voorkeur met prioritering ten behoeve van onderzoeksagenda's.

14. Bij elke kwaliteitsstandaard gaat men na of het zinvol is de geleverde zorg te toetsen.

De meest gebruikte meetinstrumenten om de geleverde zorg te toetsen zijn zorg parameters of indicatoren gebaseerd op de kernaanbevelingen in kwaliteitsstandaarden. Meetinstrumenten komen bij voorkeur tot stand in een samenspraak tussen zorgaanbieders, zorggebruikers en verzekeraars. Aan het opstellen van indicatoren gaat eerst de vraag vooraf waarvoor de indicator is bedoeld, bijv. kwaliteitsverbetering, verantwoording). Omdat bij veel onderwerpen meerdere indicatorensets voorhanden zijn, is het wenselijk om eerst een inventarisatie te maken van de beschikbare indicatoren. Bij het formuleren van methoden voor het vaststellen van de kwaliteit van zorg en ondersteuning wordt zoveel mogelijk aangesloten bij de reeds bestaande indicatoren die voortkomen uit bestaande kwaliteitsregistraties, mede met het oog op de meetbaarheid van zorgonderdelen en het beperken van de registratielast. Bij indicatoren wordt onderscheid gemaakt tussen de structuur, het proces of de uitkomst van de zorg. De gegenereerde data kunnen helpen om na te gaan of zorgaanbieders kwalitatief goede zorg leveren. Daarbij is van belang het gewenste streefniveau eenduidig en helder te omschrijven (absoluut of relatief, eventueel na een pilot- of validatietest). De meetresultaten kunnen op verschillende niveaus (individu, groep-, instelling of landelijk) inzicht geven in hoeverre aan de kwaliteitsstandaarden wordt voldaan. Hiertoe zijn voldoende aantallen en meerdere metingen in de tijd vereist. De data die indicatoren opleveren, kunnen worden gebruikt voor interne kwaliteitsverbetering, publieksinformatie voor zorggebruikers, zorginkoop of toezicht. Tevens kunnen uitkomsten van metingen aanleiding geven tot aanpassing van de implementatiestrategie of een (hernieuwde) revisie van de module/richtlijn.

15. De kwaliteitsstandaard bevat een voorstel voor afgeleide producten die de toepassing van de kwaliteitsstandaard bevorderen.

Producten die de toepassing van de kwaliteitsstandaard kunnen bevorderen zijn onder meer protocollen, digitale applicaties, scholingsmaterialen, systemen voor medische besliskunde, auditsystemen, keuze-ondersteunend voorlichtings- en educatiemateriaal, keuzehulpen en andere producten die zelfmanagement en gezamenlijke besluitvorming door zorgaanbieder en zorggebruiker in het zorgproces bevorderen. Ook afgeleide producten ten behoeve van het management en de organisatie van zorg (zoals een zorgpad of zorgplan) vallen hieronder. In de beginfase van het ontwikkeltraject spreken de projectgroep/stuurgroep en werkgroep af dat een implementatieplan en zo nodig producten ontwikkeld worden. Op basis van een inventarisatie/analyse van de belemmerende en bevorderende voor implementatie van de opgestelde (aanbevelingen in de) kwaliteitsstandaard, wordt aan de hand van de vast gestelde uitgangsvragen na de knelpuntanalyse ook vastgesteld welke producten de primair bij het onderwerp betrokken doelgroepen en organisaties aan het eind van het traject opleveren.

Afrondingsfase

16. Voor publicatie van de kwaliteitsstandaard worden experts en toekomstige gebruikers van de kwaliteitsstandaard geraadpleegd.

In de commentaarronde toetsen zorgaanbieders, zorggebruikers en andere betrokkenen de kwaliteitsstandaard op inhoud en toepasbaarheid. Kwaliteitsstandaarden kunnen worden becommentarieerd tijdens een invitationale conference, landelijke openbare bijeenkomst, via een online commentaarronde, via vragenlijstonderzoek of door een praktijktest / proefimplementatie met een concept van de kwaliteitsstandaard. Commentaar wordt in elk geval gevraagd aan de organisaties die ook in de knelpuntanalyse betrokken waren. Het is gebruikelijk een concept-kwaliteitsstandaard op de websites van participerende organisaties te plaatsen, waarbij alle betrokkenen van de achterban gevraagd wordt om het concept te becommentariëren. De commentaarronde duurt bij voorkeur niet

langer dan drie maanden. De methode van de commentaarronde en het verwerken van het commentaar staan in de kwaliteitsstandaard beschreven. De partijen die commentaar gegeven hebben, worden geïnformeerd over hoe hun commentaar is verwerkt in de definitieve kwaliteitsstandaard.

17. De kwaliteitsstandaard wordt geaccordeerd door ten minste alle primaire beroepsgroepen en patiënten- / cliëntenorganisatie(s).

Het is belangrijk voorafgaand aan de start van de ontwikkeling van de kwaliteitsstandaard afspraken te maken over de vaststellingsprocedure, bij voorkeur op programmaniveau (van organisaties die kwaliteitsstandaarden ontwikkelen). Autorisatie door beroepsgroepen is een formele accordering van de kwaliteitsstandaard die op alle onderdelen wordt onderschreven. Sommige beroepsverenigingen hebben dit aan een commissie gedelegeerd. Een lichtere variant van accordering verloopt via de verklaring-van-geen-bezwaar- procedure. Dit betekent dat de kwaliteitsstandaard in hoofdlijnen wordt onderschreven en dat er geen majeure bezwaren zijn tegen de voorgestelde aanbevelingen. Accordering wordt aan alle in de werkgroep vertegenwoordigde groepen gevraagd, inclusief de organisaties van zorggebruikers. Bij de laatste gaat het dan vooral om de vraag of de aspecten die vanuit het patiënten-/cliëntenperspectief van belang zijn, voldoende aan bod komen. Daarom is het belangrijk dat die aspecten bij het vaststellen van de uitgangsvragen expliciet worden benoemd. De autorisatie of accordering duurt bij voorkeur maximaal drie maanden. Het is niet de bedoeling om tijdens de autorisatieronde nieuwe inhoudelijke discussiepunten aan te kaarten, want daar is de commentaarronde voor bestemd. Indien zich problemen voordoen bij de autorisatie, dan wordt gezocht naar een voor de partijen acceptabele oplossing, bijvoorbeeld door de kwaliteitsstandaard (op onderdelen) aan te passen of door arbitrage.

18. Een kwaliteitsstandaard wordt regelmatig en tijdig onderhouden.

In de kwaliteitsstandaard worden afspraken vastgelegd met betrokken partijen over de procedure, wijze en termijn van herziening. Dit kan op basis van bestaande procedures van de makers van de kwaliteitsstandaard met eventuele aanpassing aan de snelheid van wetenschappelijke ontwikkelingen < en ervaringen van cliënten met betrekking tot het onderwerp van de kwaliteitsstandaard. Ook wordt beschreven wie verantwoordelijk is/zijn voor herziening. Dit zijn meestal de primaire beroepsorganisaties. Het verdient aanbeveling een procedure (beheersplan) op te stellen voor het omgaan met onbeantwoorde knelpunten en met nieuwe (wetenschappelijke) inzichten die tot tussentijdse wijziging van bestaande of nieuwe aanbevelingen kunnen leiden. Het verdient aanbeveling een procedure (beheersplan) te volgen voor het omgaan met onbeantwoorde knelpunten en met nieuwe (wetenschappelijke) inzichten die tot tussentijdse wijziging van bestaande of nieuwe aanbevelingen kunnen leiden.

Een kwaliteitsstandaard kan geheel of alleen op onderdelen (modulair) worden herzien, waarbij de verantwoordelijke partij per onderdeel of module kan verschillen. Als slechts één onderdeel wordt bijgesteld kan die verantwoordelijkheid na overleg met de andere betrokken partijen worden gedelegeerd naar één partij. Modulaire herziening is met name geschikt om sneller in te springen op actuele ontwikkelingen. Tijdwinst kan mede worden bereikt door een verkorte procedure toe te passen, waarbij vooraf afspraken worden gemaakt met alle relevante partijen (ten minste de partijen die bij de ontwikkeling van de kwaliteitsstandaard betrokken waren) over verantwoordelijkheden, prioritering, werkwijze, betrokkenheid en goedkeuringsprocedure (bijvoorbeeld een geen-bezwaar-procedure, zie item 17).

19. De primair betrokken organisaties zetten zich in om de toepassing van de kwaliteitsstandaard in de praktijk te bevorderen.

De implementatie van een kwaliteitsstandaard wordt met name uitgevoerd door de lokale veldpartijen en lokale zorgaanbieders. In de ideale situatie zijn zorggebruikers tevens informatiedragers van de kwaliteitsstandaarden Om de toepassing op lokaal en regionaal niveau te faciliteren, bevat de kwaliteitsstandaard een lijst van bevorderende en belemmerende factoren, aanbevelingen voor implementatie, afgeleide producten (zie item 15), en, indien van toepassing, (een overzicht van) randvoorwaarden voor implementatie van de kwaliteitsstandaard. Hierbij wordt zo veel mogelijk gebruik gemaakt van implementatiestrategieën die bewezen effectief zijn. Indien bepaalde

randvoorwaarden ingevuld moeten worden, dan wordt bij voorkeur een tijdpad aangegeven, zodat duidelijk is wanneer mag worden verwacht dat de kwaliteitsstandaard wordt toegepast. De primair betrokken organisaties spannen zich in om bekendheid en toepassing voor de kwaliteitsstandaard te genereren en, voor zover dit tot hun mogelijkheden behoort, landelijk randvoorwaardelijke belemmeringen op te lossen. Een praktijktest of proefimplementatie, ook na de autorisatie, kan hiervoor nuttige informatie opleveren. Al deze aspecten, afspraken en acties worden vastgelegd in een implementatieplan dat bij de kwaliteitstandaard wordt opgeleverd.