



ACK 22-03a

Zorginstituut Nederland
Kwaliteitsinstituut

Eekholt 4
1112 XH Diemen
Postbus 320
1110 AH Diemen
www.zorginstituutnederland.nl
info@zinl.nl

T +31 (0)20 797 89 59

Contactpersoon

mw. C. van der Vliet
T +31 (0)20 797 87 76

verslag

21
Adviescommissie Kwaliteit

Datum

8 december 2014

Vergaderdatum en -tijd	11 november 2014, 15.00 – 17.30
Aanwezig	Jan Kimpen (voorzitter), Jan Kremer, Rose-Marie Droës, Jan Lavrijsen, Bertine Lahuis, Willem de Gooyer, Hugo Keuzekamp, Annemone Bögels, Niek de Wit, Jenneke van Veen, Peter Holland, Diana Delnoij, Celeste van der Vliet (verslag). Berend Mosk, Charles Gimbrere
Bezoekers	Suzanne van Orlebeke & Wilco Graafmans (agendapunt 5) Leontien Kremer & Jannes van Everdingen (agendapunt 7), Arnold Moerkamp, Femke Vleems, Vera Jansweijer (agendapunt 8)
Afwezig	Evelyn Finnema, Erik Buskens, Mieke Hollander

1. Opening

De voorzitter heet iedereen welkom. De voorzitter meldt dat René Borkus teruggetreden is als programmacoördinator van het kwaliteitsproject binnen PG Werkt Samen per 6 oktober. Hans Blaauwbroek heeft deze functie overgenomen.

2. Mededelingen

2.1 Voortgangsrapportage aan VWS

De ACK complimenteert het KI met het stuk, ook met de aanbiedingsbrief. Informatief en goed geschreven. Het laat zien dat we goed aan het werk zijn. Naar aanleiding van het stuk wordt gevraagd hoe de samenwerking met de gemeenten nu is. Diana geeft aan dat er op een prettige manier overlegd wordt met KING en VNG. Celeste meldt dat VWS heeft aangegeven de WMO-brief te beantwoorden. De wet wordt niet veranderd, maar VWS wil wel in gesprek met ACK.

**→ Zodra de brief er is deze doorsturen aan subcommissie ACK
Langdurige Zorg, zij kunnen dan een afspraak maken.**

Ook wordt gevraagd of we als KI nog actief gaan communiceren dat er al geschrappt wordt in de indicatoren. Dit is inderdaad het geval.

Er wordt opgemerkt dat het fijn is dat het project ontmoetingscentra erkend is door het erkenningstraject van Vilans/Trimbos/ZINL en dus opgenomen wordt in de bibliotheek, maar dat de uitvoerende partijen van de WMO dan ook in deze bibliotheek moeten kijken, anders heeft het geen zin. Hoe kunnen we al die gemeenten hier actief op wijzen?

2.2 MJA 2013

Charles Gimbrere licht het voortgangsverslag kort toe. Er wordt gevraagd of er wel antwoord gegeven kan worden op de vraag bij ouderen en multimorbiditeit "Wat zijn de kosten in verhouding tot het te verwachten effect". Dit gaat niet over inhoud, wel over doelmatigheid, maar hier is niet veel over bekend. Veel richtlijnen gaan in op 'starten van een behandeling' en niet in op 'het stoppen met een behandeling'.

Ook meent de ACK dat het geschetste beeld bij polyfarmacie te positief geformuleerd is, er zijn veel implementatieproblemen. Dit is bekend bij het KI. In de daarop volgende discussie vroeg men zich af of de ACK iets kan betekenen in de bevordering van implementatie, ook al gezien het recente signaal (Dag van Advies) dat verzekeraars zeer terughoudend zijn met de contractering van zorg volgens kwaliteitsstandaarden. Formeel is er bij implementatie geen doorzettingsmacht mogelijk, maar men wil hier toch aandacht aan besteden. Uiteindelijk is besloten volgend jaar een themavergadering te wijden aan "stokkende" implementatie. Mogelijk kunnen we hier ook zorgverzekeraars bij betrekken. Hierbij zal polyfarmacie als een van de voorbeeldcasussen dienen.
→ Aandacht aan implementatie besteden, op reguliere vergadering op of heidag

2.3 MJA 2014

Het verslag van PG Werkt samen en de top 20 onderwerpen is ter kennisname gestuurd. Er zijn geen opmerkingen.

2.4 Gezamenlijk overleg ACK met ACP op 24 november

Charles licht toe dat op dit overleg het concept voor agendering besproken wordt, de speerpunten en thema's. Oncologie is als voorbeeld al uitgewerkt. Met pakket en kwaliteit samen moeten we de zorgagenda vaststellen. Er zal toegelicht worden hoe vergesorderd de gedachtevorming is op dit punt. Hieraan voorafgaand is er wederzijdse kennismaking tussen de twee adviescommissies. Men vindt het jammer dat dit niet concreet is uitgewerkt zodat we dit konden voorbespreken in de vergadering. De commissie vraagt zich af of het nodig is om met zijn allen te komen, zij kiest liever op basis van de inhoud een paar leden.

2.5 Bijeenkomsten

Donderdag 13 nov 2014	12:30- 16:30	Zorgverbeteraars in de langdurige zorg	Huize ten Oosten, Rubenslaan 1, Bilthoven	ACK + andere genodigden
Vrijdag 14 nov 2014	12:30 18:00	Oratie Bert/symposium Pakketbeheer	Forumzaal vd Erasmus Universiteit Rotterdam	ACK + andere genodigden
Maandag 24 nov 2014	17:00- 20:30	Gezamenlijk overleg ACK-ACP	Regardz La Vie Utrecht	ACK-ACP
Woensdag 26 nov 2014	13:30- 14:30	Overleg minister/staatssecr.	VWS	Voorzitter ACK + Diana
Donderdag 27 nov 2014	10:00- 11:30	Subcommissie strategie	UMC Utrecht	ACK-strategie
Donderdag	12:30-	De Zin van pilots	CVZ	ACK +

27 nov 2014	17:30			andere genodigden
Dinsdag 9 dec 2014	14:00 17:00	Hoe maatwerk standaard wordt	Planetarium, Amsterdam	ACK- langdurige zorg

Zorginstituut Nederland
Kwaliteitsinstituut

Datum
8 december 2014

3. Verslag van de vergadering van 9 september 2014 en vergaderdata

Naar aanleiding van het verslag:

Er wordt opgemerkt dat er geen benoemingsbrieven ontvangen zijn.

→ **Celeste zoekt dit uit**

Het verslag wordt vastgesteld.

4. Stand van zaken ACKcommissies

4.1 Langdurige Zorg

Een van de ACK-leden presenteert trots het concept visiestuk langdurige zorg. Tijdens twee prettige overleggen van de ACK subcie LZ is het stuk uitgebreid aan de orde geweest. De inbreng van kennisinstituten en expertisecentra ontbrak, hier wordt nu aan gewerkt. Er zijn ruim 40 gesprekken gevoerd en er volgen nog een aantal gesprekken, waaraan ook ACK-leden deelnemen. Er is goede samenwerking tussen de ACK en het bureau hierover.

Op 9 december wordt het stuk voorgelegd aan het veld (zie hierboven), met als doel een concretisering van dit stuk met afspraken voor de toekomst. Het visiestuk is een groeidocument, het veld kan hier op 9 december weer commentaar geven. Daarna komt het stuk nog een keer terug in de ACK om het vast te stellen.

Verschillende leden maken complimenten en stellen enkele vragen:

- een heel prettig stuk om te lezen, dit goede stuk kan de staatssecretaris ongelofelijk goed helpen.
- wat kan je meten in de langdurige zorg, wat is onderscheidend in het kortcyclische proces, wat zijn waardebepalende elementen die voor cliënten van belang zijn en hoe breng je dit in beeld? De bijeenkomst van 9 december is belangrijk om te bepalen welke betekenis betrokkenen geven aan de woorden;
- er is een noodzaak tot objectivering en kennisontwikkeling in de langdurige zorg;
- er ontbreekt een goede managementsamenvatting die aangeeft wat er moet veranderen;
- er is commentaar op de titel. Voorstellen: "Maatwerk en Standaard", "Maatwerk is de standaard voor goede langdurige zorg", "Maatwerk als basis voor standaard";
- toon meer lef met het stuk;
- hoe bereik je lageropgeleiden die werken in de langdurige zorg?
- dit is een uitgangspuntennotitie;
- het onderwerp 'shared decision making' wordt gemist;
- meet ook besluitvorming;
- gebruik enkel de nieuwe WHO-definitie;
- wie heeft noodzaak tot kennisontwikkeling? De professional?
- waarom geeft het stuk aan het geen kerntaak te vinden om het over goed bestuur te hebben?
- er zou in de care meer geld beschikbaar moeten zijn voor kwaliteitsbeleid, richtlijnontwikkeling e.d.;

- hoe verhoudt de kwaliteitsvisie zich tot het Kwaliteitskader Gehandicapten zorg?
- n.a.v. personalised care - "u vraagt wij draaien" kan niet helemaal de bedoeling zijn. Standaarden stellen vast wat gegeven bepaalde omstandigheden en beperkingen zorg zou moeten inhouden.

Een van de ACK-leden nodigt gezien de discussie iedereen uit de lezing van Margot Trappenburg op 27 november bij te wonen in Den Haag onder de titel: "*Bescheiden professies. Over evidence based werken buiten de cure*".

- **Celeste en Jenneke geven de opmerkingen door**
- **Het stuk komt een volgende vergadering terug in ACK**

4.2 Spoedzorg

De stand van zaken wordt kort toegelicht. De subcie heeft net een uur voor de ACK-vergadering overlegd met het bureau en de RvB. De bestuurlijke partijen zijn nu hard aan de gang om te overleggen en om gezamenlijk (een aantal) normen in te dienen. Dit doen ze voor 15 november. Kort daarna komt de ACK subcie Spoedzorg samen om de witte vlekken op te sporen en na te gaan om welke onderwerpen de doorzettingsmacht ingezet moet gaan worden. Op onderdelen zullen enkele lastige noten gekraakt moeten worden. Als duidelijk is op welke zorgdomeinen dit aan de orde is kan ook de expertcommissie verder ingericht worden.

4.3 Strategie

De eerste vergadering staat gepland op 27 november as..

4.4 Commissie Innovatie Zorgberoepen en Opleidingen

Een commissielid licht toe: de grootste problemen in de toekomst in de gezondheidszorg hebben te maken met mobiliteit en dementie. In deze commissie wordt overigens wel specifiek uitgegaan van het nieuwe concept van gezondheid van Machteld Huber. In hun visiestuk Kwaliteitsstandaard 2030 wordt uitgegaan van veel voorzorg: hoe mensen gezonder met hun lijf kunnen omgaan. Het visiestuk wordt nu via focusgroepen geconsulteerd. Het commentaar dat de subcie LZ had (dat het stuk zich te weinig richt op GGZ, gehandicaptenzorg en ouderenzorg en teveel op de cure) komt in deze focusgroepen ook terug. De GGZ kan nog beter aangehaakt worden. Een van de ACK-leden vraagt zich af hoe de commissie haar slag gaat maken naar het rationaliseren van de beroepenstructuur.

De commissie IZO is heel enthousiast, de uitgangspunten zijn goed, maar het stuk moet nog aangeven hoe lang alles duurt en behoeft meer onderbouwing. Een ACK-lid merkt op dat dementie hoogcomplexe zorg is, dit mist in het stuk.

- **Begin volgend jaar komt dit stuk aan de orde tijdens een ACK-vergadering met Marian erbij**

5. Advies voorgedragen kwaliteitsinstrumenten voor opname in het register

5.1 Transparantiekalender/Proces JMV-sets

Suzan Orlebeke geeft een presentatie van de stand van zaken van de verplichte indiening van de JMV-sets. Het gaat om zes sets: gehandicaptenzorg, kraamzorg, verpleging-verzorging-thuis zorg, medisch specialistische zorg, revalidatiezorg en

geestelijke gezondheidszorg. Doordat de JMV-verplichting vervalt, is het van belang om het register gevuld te hebben met indicatoren, anders kan er niet gemeten worden.

Het gaat goed, bijna alle sets zijn inmiddels ingediend, een groot gedeelte is ook herzien en er is geschrappt. De ACK is hier blij mee.

Suzanne licht per sector de stand van zaken toe, Wilco doet dit voor de medisch specialistische zorg. Voor die gevallen waar er toch problemen zijn, bespreken we dit later dit jaar met de Adviescommissie. Bijvoorbeeld binnen de gehandicaptenzorg zijn we aan het kijken of de aangeboden set (die overigens al jaren gehanteerd wordt) voldoet aan de methodologische eisen van vergelijkbaarheid en statistische betrouwbaarheid, of dat de toelichting bij deze criteria volgens het Toetsingskader voldoende is. Indien dit inderdaad een probleem blijkt te zijn of teveel vragen oproept, dan zullen wij dit aan de Adviescommissie voorleggen.

De sheets van de presentatie zijn opgenomen in de bijlage van dit verslag. De ACK vindt dit een mooi resultaat.

→ De discussiepunten komen terug bij de subcie Strategie.

5.2 Aangepaste werkwijze ACK

Berend Mosk licht de voorgestelde nieuwe werkwijze toe. Hij stelt voor om de ACK alleen nog te betrekken bij de check op de toets (1) indien de kwaliteitsstandaard of het meetinstrument een onderwerp betreft waarmee een groot maatschappelijk belang gemoeid is. Voor het bepalen hiervan wordt een groep mensen aangewezen vanuit het Zorginstituut, aangevuld met een ACK-lid; en (2) indien het Zorginstituut vragen heeft over de Registerwaardigheid van het product omdat het kwaliteitsproduct niet aan alle criteria lijkt te voldoen. In die gevallen dat er wel gebruik gemaakt moet worden van de deskundigheid van de ACK, kiezen we aan de hand van de zogenaamde trefwoordenmatrix één of twee ACK-leden uit.

Een ACK-lid vergelijkt de werkwijze met een trechter en adviseert de check op politieke gevoeligheid te doen bij ACK-leden uit de betreffende zorgsector.

De ACK wordt wel periodiek op de hoogte gehouden van de ingediende kwaliteitsinstrumenten.

De ACK is akkoord met de voorgestelde werkwijze.

Een ACK-lid merkt (schriftelijk) op: *Partijen die aanbieden dienen zelf ook verantwoordelijkheid te nemen in vaststellen groot maatschappelijk belang. Maar ook als doelmatigheid voor bepaalde diagnostiek, behandeling of zorg een "belemmering" op zou leveren of bepaalde subpopulatie zorg zou "ontzeggen" kan dat als groot maatschappelijk belang worden onderkend. Het instituut in Nederland om in zo'n geval verantwoordelijkheid te nemen en een standpunt in te nemen zou ZINL/ACK moeten zijn.*

Het signaleren van een kennis lacune van bijvoorbeeld niet aangetoonde doelmatigheid kan reden zijn ACK separaat te informeren en te agenderen voor onderzoek bijvoorbeeld bij ZonMw en zolang een (deel van) richtlijn aan te houden.

5.3 Zorgstandaard Noonan Syndroom

Een van de ACK-leden heeft een check op de toets gedaan. De zorgstandaard voldoet aan de criteria en hoeft dus niet besproken te worden in de ACK. De zorgstandaard kan opgenomen worden in het Register.

6. Volgende vergadering Informatiehuishouding

Ter kennisname, is verder niet besproken in de vergadering

7. Advies AQUA

De voorzitter verwelkomt Leontien Kremer en complimenteert haar met het stuk. Leontien houdt een korte inleiding en hoopt daarna op een goede discussie. Ze is zelf kinderarts en heeft ervaring dat er steeds meer richtlijnen van alle kanten over de zorg ontwikkeld worden, daarnaast is er een aanzienlijk aantal protocollen. Hierdoor is niet altijd duidelijk wat iedereen moet doen. Kwaliteitsstandaarden hebben verschillende doelen. Er bestaan verschillende vormen, zorgstandaarden gaan bijvoorbeeld meer uit van het patiëntenperspectief, richtlijnen beschrijven vaak het professioneel handelen. Het voorstel van AQUA is om nu alleen nog maar te praten over kwaliteitsstandaarden. Alle partijen moeten met elkaar rond de tafel en samen beslissen aan welke kwaliteitsstandaarden behoefte is en wat er herzien moet worden. Er is een onderscheid te maken tussen het beantwoorden van kennisvragen en de organisatie van zorg. De belangrijkste figuur van het advies staat op pagina 10. Alle modules in deze figuur kunnen kwaliteitsstandaarden zijn, zowel zorginhoudelijke als organisatorische. Maar het is belangrijk dat er eerst gekeken wordt naar wat er al is en wie welk deel doet. Losse modules kunnen los van elkaar geüpdatet worden. Verder is het zinvol om alleen te doen wat er nodig is, ontwikkel bijvoorbeeld een generieke module voor kanker, of een organisatorische module, of bijvoorbeeld een module over zelfmanagement. Jannes van Everdingen vult aan dat de erfenis van "Richtlijn voor richtlijnen" en "Zorgstandaarden in model" nu opgegaan is in deze nieuwe AQUA-werkgroep. De werkgroep gaat jaarlijks kritisch de tekst door van de Leidraad. Diana merkt op dat als het goed is het Toetsingskader en de Leidraad Kwaliteitsstandaarden 100% op elkaar aansluiten. En samen met de Haringtools vormt dit een goede leidraad voor de ontwikkeling van nieuwe standaarden of herzieningen. Doordat de ontwikkelaars in het veld zitting hebben in de werkgroep en met elkaar deze leidraad geschreven hebben, kan je straks mogelijk toegroeien naar een soort van certificering van kwaliteitsstandaardontwikkelaars.

Een rondje opmerkingen:

- Leidt dit tot ontdebelen van richtlijnen? De figuur op pag. 10 kan een mooi overzicht geven van wat er beschikbaar is binnen een zorgdomein aan standaarden en modules en dit kan op deze manier behulpzaam zijn bij het vullen van de MJA. Diana merkt op dat de bibliotheek deze functie zou moeten hebben, maar dat dit wel een mooi onderwerp is voor doorontwikkeling.
- Hoe zit het in het buitenland, wordt daar ook een dergelijke figuur gebruikt? Leontien geeft aan dat Nederland samen met de Angelsaksische landen (Canada en Engeland met NICE) eigenlijk voorop loopt.
- Hoe krijg je dit nu verder geïmplementeerd? Diana antwoordt dat iedereen die in de commissie zit, hiermee aan het werk gaat, dus dat het proces zelf hier al aan bijgedragen heeft.

Wijkt de werkwijze die beschreven wordt in de leidraad af van hoe er nu al gewerkt wordt door richtlijnmakers? Jannes geeft aan dat de NHG al op de beschreven manier werkt, alleen lopen zij nog iets achter met het betrekken van patiëntenorganisaties. De meeste werkverenigingen van de Orde van MS doen dit meestal ook al, enkele uitzonderingen (cardiologen) daargelaten.

- De rol van zorgverzekeraars staat nog niet expliciet benoemd. Waarom moeten zorgverzekeraars niet autoriseren? Hoe verhoudt het stuk zich tot het toetsingskader? Diana geeft aan dat in het toetsingskader we vragen of zorgverzekeraars willen voordragen, dit kan wat anders zijn dan autoriseren. Zorgverzekeraars hebben in elk geval wel een rol bij het stellen van de uitgangsvragen, dit staat ook in het advies benoemd. Er wordt opgemerkt dat zorgverzekeraars ook een rol hebben in het stellen van doelmatigheidsvragen.
- Kan de kwaliteit van leven apart benoemd worden?
- Welke rol speelt Zorginstituut bij WMO? Spelen we een harde rol, of een verleidende rol?
- Hoe wordt de leidraad onderhouden? Leontien antwoordt dat ze hoopt dat AQUA elk jaar een paar dagen bij elkaar gaan komen.
- Er wordt gesteld dat soms andere instrumenten effectiever kunnen zijn pag. 10 o.a. wet en regelgeving. Is dit wat verder uit te werken? Zijn dat niet laatste redmiddelen?
- Wie past nu alle richtlijnen in elkaar en maakt een ordening gaat maken, zodat patiënten ook informatie kunnen vinden? Leontien geeft aan dat de specialisten en huisartsen al een mooie database hebben. Diana legt uit dat KiesBeter hier hulp bij moet gaan bieden. Door als in een metrolijn diagram aan te geven wat bij welke aandoening goede zorg is, of er iets te kiezen valt, de betreffende keuzehulp als deze er zijn en waar de goede zorg te vinden is.

Diana vat samen: De leidraad moet naadloos aansluiten op het toetsingskader, het proces van de totstandkoming is net zo belangrijk of misschien nog wel belangrijker geweest als het resultaat. De verzekeraars moeten een duidelijke plek krijgen in het beschreven proces, maar dit is een stap verder dan iedereen tot nog toe gewend is. Ook de zorgverzekeraars vinden dit moeilijk. Dit is een mooie opgave voor volgend jaar.

De voorzitter vraagt Diana aan welke punten, zoals beschreven in de voorlegger, het KI prioriteit wil geven. Zij noemt dan toch als eerste de informatiestandaard. De ACK noemt aandacht voor het modulair opbouwen van kwaliteitsstandaarden, patiëntenparticipatie, hoe kunnen we de inbreng van patiëntenervaringen faciliteren. De voorzitter stelt voor om een andere keer door te praten over de prioritering.

→ **Op de agenda zetten**

8. Rol van bestuurlijke partijen bij aanbidding van kwaliteitsinstrumenten

Femke Vlems trapt af en geeft hiermee vervolg aan de eerder gehouden discussie binnen de ACK. In de meegestuurde notitie wordt de invulling van de rol van de bestuurlijke partijen beschreven in vier voorkomende situaties. Wat dit betekent wordt uitgelegd in de beschrijving van de twee casus.

Arnold Moerkamp geeft aan, dat hij als bestuurder nu eenmaal van doen heeft met de andere bestuurders en hij wil dat dit goed geregeld is. Partijen zijn zelf naar ons toegekomen met de vraag of we meer invulling kunnen geven aan het begrip relevante partijen in het toetsingskader.

Een ACK-lid vraagt zich af of we nu ook aan bestuurlijke partijen vragen om standaarden te maken. Arnold Moerkamp geeft aan dat als mensen moeten gaan werken met de standaarden, dit ook bestuurlijk geregeld moet worden. De bestuurlijke partijen moeten verklaren dat ze dit doen, maar ook dat ze het regelen door voldoende mensen en geld hier beschikbaar voor te stellen. Als voorbeeld noemt hij de positie van de zorgverzekeraar. Die vragen zich nu af

waarvoor ze tekenen bij aanbieding van een kwaliteitsstandaard voor het Register. Ze vragen zich af of ze wel een autoriserende partij zijn. Ze willen wel akkoord geven op het proces.

Een ACK-lid vraagt zich af hoe we omgaan met de machtsfactor van de brancheorganisaties. Het mag toch niet zo zijn dat zij een mooi initiatief in de weg gaan staan. Arnold antwoordt dat in die gevallen waar partijen er niet uitkomen, het KI altijd de knoop kan doorhakken.

Een ACK-lid geeft aan dat het niet wenselijk is als er drie richtlijnen voor borstkanker zijn, maar drie indicatorensets voor borstkanker is ook niet wenselijk.

Ook wordt er gevraagd of er geen verschil is tussen de koepels van zorgverzekeraars en ziekenhuizen? De rol van de ziekenhuizen is anders, zij kunnen vooraf al een idee hebben over de implementeerbaarheid. *[overigens staat in het toetsingskader dat onder zorgaanbieders zowel de zorgverleners als de instellingen bedoeld worden als partijen].*

Een ACK-lid heeft moeite met hoe strak het nu allemaal opgeschreven is. Is het nodig om dit allemaal zo te formuleren? Arnold geeft aan dat we voorwaarden kunnen stellen wat we willen, op het moment van de eerste toetsing van het kwaliteitsinstrument, pas bij aanbieding aan het Register, spelen we een rol en kunnen we eisen stellen aan de betrokkenheid. Bij MJA-onderwerpen kan dit al bij opname van het onderwerp op de MJA.

De ACK heeft de meeste discussie gehad over de brancheorganisaties. Arnold geeft aan dat dit ook lastig is, ZN zit bijvoorbeeld met concurrentiële partijen. Maar we verwachten enkel commitment. Arnold geeft aan dat we hier de MJA voor hebben. Maar de ACK betwijfelt dit want een koepelorganisatie wil pas iets opnemen in een kwaliteitsstandaard als dit usual care is. Diana vult aan dat als de bestuurlijke partijen geen rol hadden gespeeld, er ook geen sprake was geweest van het schrappen van de indicatoren, zij hebben daar een belangrijk aandeel in gehad.

Een ACK-lid geeft aan dat discussies soms inhoudelijk zijn en niet over belangen gaan, zoals de discussie over de aanwezigheid van een CT-scan op de Spoedeisende hulp. Moerkamp bevestigt dat er ook gerechtvaardigde belangen zijn. Hij stelt voor dat we ons misschien niet moeten focussen op de belangenbehartigers zelf, maar bijvoorbeeld ook te spreken met een paar vertegenwoordigers van het ziekenhuis.

Maar kan dit wel?


Diana geeft aan dat wij, maar ook de bestuurlijke partijen, risicogericht moeten kijken. De ACK stelt voor om daar volgend jaar nog een keer op terug te komen.

→ Over enige tijd terug kijken hoe de rol van de bestuurlijke partijen heeft uitgepakt en dit nog een keer in ACK te bespreken

9. Rondvraag en sluiting

Een ACK-lid is bezorgd over het gebrek aan inkoop van zorgverzekeraars van dementiezorg.

De voorzitter sluit om half 6 de vergadering.




Zorginstituut Nederland

Transparantiekalender Proces JMV-sets

ACK 11 november 2014

Wilco Graafmans
Suzan Orlebeke

| Van goede zorg verzekerd |



Aanleiding

Twee redenen voor aanbidding indicatorensets JMV sectoren voor 1 november:

1. Continuïteit van transparante kwaliteitsgegevens:
 - Verplichting aanlevering voor de JMV sectoren over 2014
 - Verplichting stopt met de intrekking van de "Regeling Kwaliteitjaarverslag zorginstellingen 2010"
 - Opname in het register nodig voor continuïteit aanlevering na 2015
2. Wens om indicatorensets te vernieuwen:
 - Nieuwe sets mogelijk door opname in het register
 - Indiening per 1 november 2014 nodig om:
 - met terugwerkende kracht aanlevering over 2014 te kunnen wijzigen
 - om de indicatoren voor verslagjaar 2015 te definiëren.

2

014



Stand van zaken proces indiening JMV-sets

6 JMV sets:

1. Gehandicaptenzorg
2. Kraamzorg
3. Verpleging, Verzorging en Thuiszorg
4. Revalidatiezorg
5. Geestelijke Gezondheidszorg
6. Medisch Specialistische zorg

3



Stand van zaken proces indiening JMV-sets

GEHANDICAPTENZORG

Ingediend voor opname Register : 23-10

Wijzigingen t.o.v. JMV set vorig Jaar : Nee

Aantal indicatoren : 20

Issues m.b.t. opname Register: indicatorset voldoet niet aan eisen t.a.v. vergelijkbaarheid en statistische betrouwbaarheid; voldoet de toelichting?

NB : naast de JMV-set zijn tevens de overige indicatorensets (niet voor keuze informatie) en het Kwaliteitskader Gehandicaptenzorg ingediend

4



Stand van zaken proces indiening JMV-sets

KRAAMZORG


Ingediend voor opname Register : 31-10

Wijzigingen t.o.v. JMV set vorig Jaar : Nee (set was al gereduceerd in 2013)

Aantal indicatoren : 11

Issues m.b.t. opname Register : geen

5



Stand van zaken proces indiening JMV-sets

VERPLEGING, VERZORGING EN THUISZORG

Ingediend voor opname Register : 07-11

Wijzigingen t.o.v. JMV set vorig Jaar : JA
VV indicatoren gereduceerd tot 1 CQI totaal score
T indicatoren apart ingediend

Aantal indicatoren : 1 (VV); 8 (T)

Issues m.b.t. opname Register : geen

MJA : zorginhoudelijke indicatoren VV

6

<p>Stand van zaken proces indiening JMV-sets</p> <p>REVALIDATIEZORG</p> <p>Ingediend voor opname Register : 31-10</p> <p>Wijzigingen t.o.v. JMV set vorig jaar : NEE (nieuwe set sinds 2013)</p> <p>Aantal indicatoren : 21</p> <p>Issues m.b.t. opname Register : geen</p>
7

<p>Stand van zaken proces indiening JMV-sets</p> <p>GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG</p> <p>Ingediend voor opname Register : 20-11?</p> <p>Wijzigingen t.o.v. JMV set vorig jaar : 1 geschrapt</p> <p>Aantal indicatoren : 19</p> <p>Issues m.b.t. opname Register : geen</p> <p>NB : geen aparte IGZ uitvraag risico indicatoren; loopt mee in deze set</p>
8

t Nederland
tuut

014