

ACK 32-03a

Verslag ACK 31 - 25 januari 2016

verslag

Adviescommissie Kwaliteit

Vergaderdatum en -tijd	25 januari 2016, 17.00 – 19.30
Aanwezig	Jan Kremer (voorzitter), Bertine Lahuis, Erik Buskens, Evelyn Finnema, Jan Lavrijsen, Jenneke van Veen, Mieke Hollander, Peter Holland en Willem de Gooyer.
Zorginstituut	Secretariaat Diana (ZINL) Celeste (ZINL) Berend (ZINL)
Gasten	Genodigden Intern Vera Jansweijer (adviseur ZINL; agendapunt IC) Mona Wets (teammanager ZINL; agendapunt IC) Willemijn Krol (programmamanager JvT ZINL; agendapunt JvT) Jeroen Poot (adviseur ZINL; agendapunt MJA) Paula Polman (teammanager ZINL; agendapunt Mondzorg) Jan den Dekker (adviseur ZINL; agendapunt Mondzorg) Uriëll Malanda (adviseur ZINL; agendapunt InfoS PWD) Nico Rozing (adviseur ZINL; agendapunt InfoS PWD) Margje Mahler (adviseur ZINL; agendapunt LZ) Extern Hans Blaauwbroek (PGO, agendapunt MJA) Bezoekers Intern Maud (ZINL) Arnold (ZINL) Rudi vd Valk (Adviseur communicatie ZINL) Extern Rob Burgersdijk (KiMo) Janet E. van Keulen (KNMT) Caroline van der Linde (KNMT) Gabriëlle Swinkels (ANT) Jorinde Bisschop (tandarts)

Gerrit Bruin (op persoonlijke titel)

Afwezig

Hugo Keuzenkamp, Niek Klazinga , Anemone Bögels, Niek de Wit en
Rose Marie Droës.

1 Opening

De voorzitter opent de vergadering om 17:00 en heet alle aanwezigen welkom.

2 Mededelingen

2.1 Blogreeks

- Er is een blog geschreven over spoedzorg "Dichtbij als het kan, verder weg als het beter is!"
Er komt een artikel te over de LTA Hartfalen.
- Er gaat een blog komen mbt GGZ en de ontwikkeling van nieuwe kwaliteitsstandaarden.
- Een vervolg op de blog (Trajectverbetering kwaliteit Langdurige zorg) is in de maak.
- Er komt een blog over vrijheidsbeperkende maatregelen in de gehandicaptenzorg.
- Er komt een artikel over Trajectverbetering kwaliteit LZ/Krachtig Leiderschap in Boardroom.

2.2 Evaluatie ACK

De voorzitter voert samen met twee ACK-leden gesprekken met 1) ACK-leden 2) mensen van ZINL en 3) externe stakeholders. Er is al een aantal gesprekken geweest. Dit wordt uitgewerkt tot een concept dat eerst in ACK besproken gaat worden.

2.3 Hulpmiddelen.

Paula Polman licht toe. VWS start een traject ter verbetering van de hulpmiddelenzorg, te beginnen bij stoma-, diabeteshulpmiddelen en incontinentiematerialen. Daartoe stelt VWS drie werkgroepen in van betrokken partijen. Er moeten in ieder geval kwaliteitsstandaarden worden opgesteld waarin wordt beschreven:

- op welke wijze het juiste hulpmiddel bij de patiënt wordt geïndiceerd,
- wie de hulpmiddelen voorschrijft.

Gewenste oplevering van de kwaliteitsstandaarden is in januari 2017 t.b.v. de zorginkoop voor 2018.

Het onderwerp wordt voorbereid voor een volgende ACK.

Een van de ACK-leden geeft aan dat hier bij diabetes discussie over is, omdat zorgverzekeraars beslissen welke hulpmiddelen er verstrekt mogen worden en dit niet per sé dezelfde zijn die patiënten en zorgaanbieders willen.

Er wordt gevraagd wie er verantwoordelijk is voor de onderwerpkeuze?(VWS)

Er wordt gevraagd of er ook gekeken wordt naar de doelmatigheid van de voorgeschreven hulpmiddelen. (ja)

3 Verslag

Ter vaststelling.

Vastgesteld onder voorbehoud van de volgende aanpassingen:

- Pagina 2: 'zorgpaden' moet 'Zorgpact' zijn;
- Pagina 4: benoemen onderzoeksvoorstel bij 3.4.

Op verzoek van ACK binnen de ACK het spanningsveld tussen 'kwetsbaarheid' en 'eigen regie' een keer bespreken.

➔ Mogelijk onderwerp heidag

4 IC-richtlijn

Vera Jansweijer geeft een korte presentatie (zie bijlage).

Vragen aan de ACK

- Gaat de ACK akkoord met het voorgestelde doorzettingstraject voor de richtlijn IC?
- Welke ACK-leden willen in de subcommissie van de ACK deelnemen om het omvormen van de richtlijn naar de kwaliteitsstandaard IC voor te bereiden?
- Welke rol ziet de ACK voor zichzelf in Deel 2 (implementatietraject) van het voorgestelde traject?

De ACK zal zich in eerste instantie richten op het maken van een kwaliteitsstandaard IC, met de huidige conceptrichtlijn als vertrekpunt. Deze standaard zal minder gedetailleerd zijn. Voor wat betreft de implementatie van de richtlijn faciliteert het Zorginstituut de regionale implementatie, het onderlinge leerproces en bewaakt het de implementatiesnelheid.

Deel I Omvormen van conceptrichtlijn naar kwaliteitsstandaard IC

De ACK vindt het een prima voorstel, maar wilt wel dat het in korter tijdsbestek gaat plaatsvinden. Dit mag niet ten koste van consultatie gaan.

De ACK vraagt in hoeverre verpleegkundigen betrokken zijn/worden. Zij zijn betrokken geweest bij de totstandkoming van de conceptrichtlijn en worden uiteraard ook door het Zorginstituut in het vervolgtraject betrokken.

Een ACK-lid vraagt hoe de stichting Family and Patient Centered Intensive Care (FCIC) zich verhoudt tot dit traject? De FCIC is een relatief nieuwe stichting en om die reden nog niet betrokken bij ontwikkeling van de conceptrichtlijn. Het Zorginstituut zal hen vanaf nu wel betrekken in het vervolgtraject.

De ACK vraagt naar het draagvlak voor het terugbrengen van het detailniveau. Uit het onderzoek van Tijn Kool blijkt dat de angel juist steekt in het detailniveau en dat er voor het terugbrengen hiervan naar verwachting veel draagvlak is.

De ACK heeft vragen met betrekking tot de regie in de regio. In de richtlijn moet duidelijkheid zijn over de landelijke eisen én de bijhorende ruimte voor regionale invulling. Kunst voor ons is om een kwaliteitsstandaard te maken die recht doet aan regionale context, maar niet te vrijblijvend is om onwenselijke kwaliteitsverschillen te voorkomen.

Er wordt gevraagd hoe de patiëntenvertegenwoordiging in de regio is geregeld.

Hun inbreng is belangrijk. Hiervoor kunnen er mogelijk spelregels voor de regionale implementatie worden meegeven.

De ACK vraagt zich af of we inderdaad de bestuurlijke problemen (geld, macht, positie) oplossen met dit traject. Dit wordt wel verwacht.

In algemene zin vindt de ACK dit voorstel prima, maar stelt wel voor om spelregels op te stellen voor de regionale implementatie en hiervoor enkele indicatoren te ontwikkelen. Als het lukt om voor de zomer te consulteren, is de kwaliteitsstandaard 1 augustus klaar en kunnen de regio's in het derde kwartaal aan de slag met de implementatie.

Voor wat betreft de rolverdeling vat de voorzitter het volgende samen. Er is afgesproken om in dit geval geen expertgroep samen te stellen, omdat er weinig onderbouwing is vanuit de literatuur én omdat veel Nederlandse experts al een positie in het debat hebben ingenomen. Er wordt een externe ambtelijke secretaris wordt aangesteld, die, met ondersteuning vanuit het bureau van het Zorginstituut werkbijeenkomsten voorbereidt. De samen te stellen ACKsubcommissie geeft richting en voert regie in het omvormen van de conceptrichtlijn naar kwaliteitsstandaard IC.

Deel II: Volgen van implementatie en faciliteren dat regio's en de professionals in die regio's, hierbij van elkaar leren

De ACK bediscussieert vervolgens fase 2, de rol bij de implementatie. Is dit wel een kerntaak van de ACK? Waarom gaan we ons nu wel met de implementatie bemoeien, en in andere gevallen niet? Het bevorderen van implementatie van kwaliteitsinstrumenten is wel degelijk een (wettelijke) taak van het Zorginstituut, maar er zijn hier geen wettelijke bevoegdheden voor.

Wat verstaan we onder het faciliteren van bijeenkomsten? Vera Jansweijer legt uit dat faciliteren simpelweg betekent dat we de gelegenheid creëren voor de betrokken partijen om met elkaar te leren van ervaringen met de implementatie van de kwaliteitsstandaard. Dit kan bijvoorbeeld in de vorm van een bijeenkomst die het Zorginstituut organiseert en waar we *best practices* van regionale samenwerking vragen een workshop te geven over hun ervaringen. Zo'n bijeenkomst wordt dan technisch voorgezeten door het Zorginstituut-ACK, bijvoorbeeld in de persoon van een lid van de ACK. Er wordt aangegeven dat het goed is om in te zetten op het bevorderen van het leerproces.

Een ACK-lid geeft aan dat het mooi zou zijn om dit proces dakpansgewijs in te richten, d.w.z. te beginnen met een aantal regio's en de leerpunten vervolgens mee te geven bij het breder trekken van de implementatie. Anders maakt iedereen in de regio dezelfde fouten. Aan de andere kant leer je het beste van eigen gemaakte fouten. Ook wordt het idee geopperd om de regio's (naar schatting 15-20) te clusteren en per vijf regio's bijeenkomsten te organiseren met een onafhankelijk, ervaren voorzitter. De clustervoorzitters kunnen vervolgens worden samengebracht onder voorzitterschap van een ACK-lid.

Er wordt gevraagd hoe dicht we op het veld moeten gaan zitten als ACK, omdat we immers ook de onafhankelijkheid moeten bewaken. De feitelijke invulling van deel II kan plaatsvinden gedurende de periode waarin de kwaliteitsstandaard IC wordt gemaakt (deel I). De primaire verantwoordelijkheid (ook financieel) ligt bij de betrokken partijen zelf. En ook de IGZ en de zorgverzekeraars kunnen hierin een rol spelen. De ACK geeft aan dat bij *best practices* de professionals het beste

van elkaar kunnen leren, horizontaal toezicht geeft minder regeldruk.

De voorzitter vat de bespreking deel II samen door te stellen dat de ACK wel een rol heeft in de implementatie, zij het een bescheiden rol. Diana Delnoij vult aan: Het is duidelijk dat het veel inspanning vergt, dus we kunnen niet inzetten op ieder onderwerp. Maar inzet op dit onderwerp (IC) lijkt gerechtvaardigd.

De ACK steunt hiermee ook deel II en adviseert ZINL om een goed projectplan te maken voor deel II van het traject. De subcommissie van de ACK die zich richt op het omvormen van de conceptrichtlijn naar kwaliteitsstandaard IC zal hierover meedenken.

→ De ACK zal zich de komende maanden richten op het maken van een kwaliteitsstandaard IC. Zij zullen hiervoor de conceptrichtlijn als basis nemen. De uitgangspunten en grote lijnen van de kwaliteitsstandaard blijven in lijn met de uitgangspunten van de conceptrichtlijn. Met name de detaillering van de aanbevelingen zal door de ACK worden aangepast. De kwaliteitsstandaard moet als raamwerk gaan dienen waarbinnen de ziekenhuizen de vastgelegde uitgangspunten in hun eigen regio kunnen gaan toepassen. De ACK zet erop in om de kwaliteitsstandaard IC in de zomer van 2016 vast te stellen.

→ Nadat de kwaliteitsstandaard IC is vastgesteld, kan de implementatiefase van de kwaliteitsstandaard in de verschillende regio's starten (na de zomer 2016). De invoering van de kwaliteitsstandaard is in principe een taak van de partijen in de zorg zelf. Maar het Zorginstituut zal de implementatie van de regionale afspraken volgen en zal faciliteren dat de regio's en de professionals in die regio's hierbij van elkaar leren, bijvoorbeeld door bijeenkomsten te organiseren waarop ziekenhuizen *best practices* kunnen uitwisselen. Een precieze uitwerking van deze aanpak volgt.

→ Vanuit de ACK hebben vier ACK-leden zich aangemeld. Voor deel II nog twee reserveleden.

→ Naar aanleiding van de discussie ontstond een onderwerp voor de heidag: wat is de reikwijdte van de ACK. Hoe kijken we terug, wat zijn onze taken en met wie kunnen we samenwerken.

5 Jaar van de Transparantie

Presentatie Willemijn Krol.

Thema Jaar van de Transparantie 2016: Transparantie in de context van Samen Beslissen. Het thema kent drie pijlers:

- Afronden en bestendigen MSZ 2015
- Samen Beslissen in de GGZ
- Samen Beslissen in de huisartsenpraktijken

Vragen aan de ACK:

Is betrokkenheid van de ACK gewenst bij de pijlers? Zo ja, wie wil namens MSZ, GGZ en huisartsenzorg deelnemen aan de pijlers? Bijvoorbeeld: meedenken over de juiste impulsen om de gewenste resultaten binnen de pijlers te realiseren, het

houden van startbijeenkomsten en het voeren van gesprekken met de sector?

Aanvullende toelichting

Willemijn Krol: De FMS trekt de invitationals rondom de Top 30 aandoeningen MSZ en bereidt deze inhoudelijk voor. Tijdens de invitationals dragen alle betrokken partijen hun verbeterpunten voor. In onderlinge afstemming wordt tijdens de bijeenkomst een selectie van verbeterpunten geprioriteerd. Tot slot moeten de besturen van de betrokken partijen van het hoofdlijnenakkoord de selectie van verbeterpunten accorderen.

Discussie

De ACK bediscussieert of zij een wetenschappelijke adviesraad wil zijn om initiatieven te beoordelen op hun merites? Op welke wijze wordt er gekeken als er subsidies verdeeld moeten worden? Projecten moeten onafhankelijk en transparant beoordeeld worden. Is het uitzetten van dit soort onderzoek wel een taak van ZINL?

Willemijn Krol ligt toe dat de vraag aan de ACK is om per pijler mee te kijken met het Zorginstituut of het gewenste resultaat behaald gaat worden met de (selectie van) ingediende projecten.

De ACK kan wel als klankbord voor de samenhang van de projecten fungeren. Goed om voor de volgende keer een concretere invulling van de gewenste rol van de ACK-leden bij de pijlers op de agenda te zetten.

Toelichting op artikel in Zorgvisie over regierol van de minister op de Top30

Willemijn: de minister neemt regie op de governance van de gegevens uitvraag op zich en niet de regie over de Top 30.

6 Meerjarenagenda

Hans Blaauwbroek, projectleider van PG WerkSamen, biedt allereerst het boekje *20+ Toppers*, (20 prachtige projecten over cliëntgerichte zorg, een uitgave van het Landelijke Platform GGZ, Ieder(In) en NPCF) aan aan de voorzitter en aan Diana Delnoij.

Vervolgens presenteert Hans de stand van zaken van de MJA 2014, waarbij het Zorginstituut de 20 onderwerpen van PGO heeft geadopteerd (zie bijlage). Bij een aantal projecten zijn de betreffende kwaliteitsstandaarden of modules al klaar, of zelfs al aangeboden aan het Register. Bij andere projecten blijft het steken. Er worden drie soorten kwaliteitsproducten ontwikkeld: kwaliteitscriteria (vanuit patiëntenperspectief), keuzeondersteunende informatie en kwaliteitsinstrumenten. Tot slot presenteert Hans op de laatste dia een voorstel met welke onderwerpen "klaar" zijn en van de Meerjarenagenda af kunnen en welke onderwerpen gehandhaafd moeten worden. Hans stelt dat in zijn algemeenheid eerst moet worden nagaan of de kwaliteit van zorg met betrekking tot deze aandoeningen inderdaad verbeterd is. De ontwikkeling van de kwaliteitsproducten is een eerste stap, maar leidt dit tot betere zorg? Hans geeft een toelichting bij enkele onderwerpen op de lijst, zo wordt VCT/DISS opgepakt door het Netwerk GGZ, hun programma staat al op onze MJA. De richtlijn Dementie is al opgenomen in het Register, de keuzehulp bij Chronisch Nierfalen zal in oktober klaar zijn. De richtlijn CVA is nog steeds niet geaccordeerd door ZN. Een ACK-lid merkt op dat deze, samen met de richtlijn

Traumatisch Hersenletsel, binnenkort toch aangeboden gaat worden aan het Register.

Er ontstaat een discussie over onbegrepen gedrag. Wat is dit? Hans licht toe dat het gaat om kinderen die zich niet verstaanbaar kunnen maken, vaak ten gevolge van een verstandelijke beperking. Voor dit onderwerp blijkt geen trekker te zijn. Het expertisecentrum is niet bereid om dit te zijn, waarschijnlijk i.v.m. de financiële consequenties. Er wordt gevraagd wat dan de rol van de ACK zou moeten zijn, wanneer onderwerpen blijven liggen? De winnaar van de Jenneke van Veen-prijs zou een mogelijke kandidaat voor dit onderwerp zou kunnen zijn.

Er wordt besloten dat het Zorginstituut eerst zelf de lijst met onderwerpen moet analyseren samen met Hans Blaauwbroek. Er moet worden geïnventariseerd waar goede instrumenten nog ontbreken en welke termijnen hieraan verbonden kunnen worden.

→Onderwerp komt terug op een/de volgende vergadering

7 Mondzorg

Ter besluitvorming. Toelichting Jan den Dekker.

Er zijn in de sector twee structuren gevormd voor richtlijnontwikkeling: het Kennisinstituut Mondzorg (KiMo) en de Nederlandse Vereniging Praktijkstandaarden Mondzorg (NVPM). Beide partijen hebben een plan van aanpak ingezonden voor de ontwikkeling en implementatie van klinische richtlijnen en meetinstrumenten.

Er wordt op twee punten advies aan de ACK gevraagd:

1. Hoe adviseert de ACK het Zorginstituut om te gaan met de huidige situatie waarin twee partijen afzonderlijk een plan van aanpak hebben aangeboden?
2. Welke onderwerpen adviseert de ACK om op de Meerjarenagenda te plaatsen?

Een van de ACK-leden (schriftelijk): Hier lijkt een Salomonsoordeel aangewezen. Beide plannen dragen bij tot een betere mondzorg maar in het verdere ontwikkelingspad zijn ze wel tot elkaar veroordeeld; proberen vanuit de mogelijkheden van Zorginstituut Nederland de eindproducten op de mate van afstemming en samenhang te beoordelen en partijen gezamenlijk aanspreken op de kwaliteit van de mondzorg.

Peter Holland: in verband met mijn tijdelijke rol als toezichthouder van KiMo onthoud ik me van stemming om de schijn van eventuele belangenverstremming te voorkomen.

Discussie

De voorzitter maakt een rondgang langs de ACK-leden om te peilen of handhaving van twee initiatieven gewenst is. De ACK vindt unaniem van niet.

De voorzitter vraagt de afgevaardigden van beide partijen om een korte toelichting op hun Plan van Aanpak.

Rob Burgersdijk (KiMo): KiMo is al operationeel maar heeft nog geen budget. Eerste richtlijn ligt inmiddels voor bij de autorisatiecommissie en kan daarna worden aangeboden aan het Zorginstituut. Hierbij zijn alle relevante partijen betrokken. Dus ook tandartsen, welke lid zijn van de wetenschappelijke verenigingen (naar schatting ongeveer 5000 tandartsen). De gehanteerde EBRO-methode borgt draagvlak bij de ontwikkeling. Dit laat echter onverlet dat we graag betrokkenheid van de beroepsverenigingen wensen. Gesprekken over samenvoeging met beroepsverenigingen lopen. Een moeilijk punt is dat de beroepsverenigingen vinden dat hun achterban zeggingsrecht moet blijven houden over de uiteindelijke ontwikkeling van richtlijnen. We zetten ons in voor samenvoeging, maar het is moeilijk in te schatten wanneer die lukt. We hopen in elk geval snel fiat te krijgen om te starten met de commissie.

Jorinde Bisschop (NVPM): de beroepsgroep is zeer bereid om tot een compromis te komen. Het enige wat NVPM vraagt is om in gezamenlijkheid met de wetenschappelijke verenigingen richtlijnen te maken. NVPM wilt graag betrokken zijn bij ontwikkeling en de implementatie van richtlijnen.

De ACK is blij te horen dat er bij beide partijen bereidheid is om samen te werken. De ACK bediscussieert vervolgens de plannen van aanpak en komt tot de conclusie dat hieruit blijkt dat het KiMo verder is in de operationalisering dan het NVPM. Hierbij onderkent de ACK dat de betrokkenheid van de tandartsen cruciaal is voor implementatie. De tijd is echter voorbij om partijen weer een half jaar de tijd te geven om er samen uit komen. Er moet nu worden gestart met de ontwikkeling van richtlijnen.

De voorzitter vraagt of de ACK tot het advies kan komen dat we het KiMo laten starten met de ontwikkeling van de door hen voorgestelde richtlijnen, met daarbij de opdracht om de NVPM bij de ontwikkeling te betrekken. We adviseren het Zorginstituut de onderwerpen van het KiMo dan op de Meerjarenagenda te zetten en geven de partijen een deadline van zes maanden om de gewenste samenwerking bij de ontwikkeling te realiseren. Met oog op het aftreden van de voorzitter van de KNMT en het feit dat een commissie de opdracht heeft gekregen om een nieuwe organisatiestructuur voor de KNMT te ontwikkelen, stelt een ACK-lid voor om de gestelde termijn te verruimen tot negen maanden. De ACK adviseert om ten minste de onderwerpen van het KiMo op de MJA te plaatsen, omdat deze multidisciplinair, breed gedragen worden en al concreter in aanpak en structuur zijn. Alvorens de onderwerpen op te nemen op de MJA, stelt de ACK voor om KiMo en NVPM één maand te geven om, indien gewenst, gezamenlijk met een voorstel te komen voor een andere prioritering of aanvulling van deze lijst. Op deze manier is er ruimte om ook de door de NVPM voorgestelde richtlijnen in samenwerking te ontwikkelen. Mocht het de partijen niet lukken om de gewenste samenwerking binnen de op de MJA vastgelegde termijnen bij de te ontwikkelen richtlijnen vorm te geven, dan kan het Zorginstituut het initiatief op de ontwikkeling van de op de MJA geplaatste onderwerpen zonnodig overnemen.

De ACK benadrukt dat samenwerking tussen de partijen essentieel is omdat beide partijen nodig zijn voor de ontwikkeling en implementatie. Het is onwenselijk dat er twee richtlijn instituten binnen de mondzorg komen. Het KiMo voldoet aan alle eisen, heeft zijn organisatie inmiddels op orde en moet zo snel mogelijk starten. Het is wenselijk dat de twee partijen zo snel mogelijk de krachten bundelen en samen gaan. Daarom roept de ACK de partijen op om

binnen zes tot negen maanden te fuseren. Tot slot leggen we vanuit de ACK de vraag bij beide partijen neer wat zij van de ACK nodig hebben om gestalte te geven aan de opdracht.

Slotwoord

De voorzitter wenst de partijen succes bij het gezamenlijk oppakken van de handschoen voor de kwaliteitsverbetering in de sector zorg en verwacht dat beide partijen hiertoe de verantwoordelijkheid voelen die logischerwijs bij hen ligt. Verder spreekt de voorzitter het vertrouwen uit dat er met wederzijds respect wordt samengewerkt.

8 Toetsen

8.1 Informatiestandaard PWD.

Uriëll Malanda geeft een korte toelichting. Er wordt al met deze informatiestandaard gewerkt, het is er een uit het boekje. Adviseert de ACK om de PWD informatiestandaard op te nemen in het Register?

Een ACK-lid vraagt of de zwangeren betrokken worden? In principe hebben alle partijen, waaronder de NPCF deze informatiestandaard voorgedragen. Andere organisaties die opkomen voor de belangen van zwangeren zijn niet bekend, maar welkom om aan te haken.

Een ACK-lid heeft bezwaar tegen het onderscheid dat gemaakt wordt voor 0-4 jarigen en 4 jaar en ouder. Dit onderscheid is niet overal geïntegreerd. Er is in de keten wel aandacht voor de link met jeugdzorg, maar de link met vroegtijdige onderkenning ontbreekt.

Desalniettemin adviseert de ACK de informatiestandaard op te nemen in het Register.

9 Stand van zaken ACK subcommissies

9.1 Langdurige zorg

Terugkoppeling WMO/Jeugdzorg themagroep bijeenkomst Utrecht. Op vrijdag 15 januari heeft een aantal ACK-leden in Utrecht een gesprek gevoerd met de wethouders van de G32 over het thema 'kwaliteit', om te vertellen over de werkzaamheden van het Zorginstituut en de ACK gericht op kwaliteit. Uit eerder overleg is geconstateerd dat kwaliteitsdenken bij veel gemeenten nog niet op de agenda staat en dat woorden als kwaliteitskaders, standaarden eerder weerstand oproepen dan helpend zijn. Dit gesprek is dan ook bedoeld om daadwerkelijk de dialoog over kwaliteit te voeren en te kijken in hoeverre de opgedane ervaringen en producten ondersteunend kunnen zijn. Afspraak om een werkgroepje te vormen om samen op te trekken.

9.2 Verpleeghuiszorg

De expertcommissie komt maandelijks bijeen om de voortgang te monitoren op de onderdelen Kwaliteitskader Verpleegzorg en Leidraad Personeelssamenstelling binnen Waardigheid en Trots. De vragen en adviezen vanuit de commissie zijn naar de betreffende werkgroepen gestuurd. De aangeleverde documenten bieden op dit moment voldoende vertrouwen in een tijdige oplevering van de

documenten. Wel zijn er zorgen of de voortgang in voldoende mate aansluit bij processen van andere partijen, waaronder de IGZ en ZN (in april moeten de documenten gereed zijn om meegenomen te kunnen worden in een nieuw toetsingskader respectievelijk inkoopleidraad). Hierover zal met partijen nog gesproken worden in de eerstvolgende vergadering. De Leidraad zelf wordt onderdeel van het Kwaliteitskader. Het tijdsplan is dat op 1 oktober 2016 het Kwaliteitskader Verpleegzorg ingediend moet worden bij het Zorginstituut, inclusief instrumentarium. De expertcommissie zal dit proces nauwlettend blijven monitoren en nodigt de projectleiders uit ter vergadering om de voortgang te bespreken en vragen direct te kunnen stellen.

10 Rondvraag

Er wordt gevraagd of de ACK belangstelling heeft voor de 7 essays over belemmerende factoren.

→ Celeste stuurt link door

Er wordt gevraagd of het Kwaliteitsstatuut nog ter sprake komt.

→ Dit is verschoven naar de volgende vergadering.

Er is een vraag wie betrokken moet worden bij stuurgroep van het project Bewustzijn. Het deelname verzoek van het project wordt naar Celeste gestuurd.

Er wordt gevraagd of, nu het Kwaliteitsverdrag er is, er geen plan gemaakt kan worden welke impact dit heeft/ zou moeten hebben, welke wettelijke gronden er zijn, etc.

Diana Delnoij vraagt zich af of we dit op termijn mee kunnen nemen in een volgende herziening van het toetsingskader, mogelijk via de AQUA.

11 Sluiting

De voorzitter sluit om 19.30 de vergadering.