

Verslag ACK 35 - 7 juli 2016

verslag

Adviescommissie Kwaliteit

Vergaderdatum en -tijd 7 juli 2016, 16.30 – 18.00

Aanwezig Jan Kremer (voorzitter), Erik Buskens, Jenneke van Veen, Peter Holland, Jan Lavrijsen, Anemone Bögels, Niek Klazinga, Hugo Keuzenkamp, Evelyn Finnema, Willem de Gooijer en Niek de Wit.

Afwezig Bertine Lahuis, Mieke Hollander, Rose Marie Droës.

Zorginstituut *Secretariaat*
Diana Delnoij (ZIN)
Berend Mosk (ZIN)
Celeste van der Vliet (ZIN)

Gasten *Bezoekers - extern*
Tijn Kool en Crétien Jacobs

1. Opening

De voorzitter opent de vergadering om 16.30 en geeft aan dat Niek de Wit later aansluit.

1.1 Conflicterende belangen

Jan Lavrijsen geeft met oog op agendapunt 4.2 aan dat hij in de Stuurgroep van de zorgstandaard Traumatisch Hersenletsel zit.

2. Mededelingen

2.1 Van ACK naar KR

De voorzitter licht toe. Het is tijd voor volgende stap van de ACK. De overgang naar de Kwaliteitsraad (KR) behelst meer dan alleen een naamsverandering. Insteek van de KR is het gevraagd en ongevraagd adviseren van het Zorginstituut over strategische thema's. Hiervoor gaan we toe naar een meer compacte raad met daaromheen (tijdelijke) deskundigencommissies. Het advies voor de hervorming van de ACK is overgenomen door de RvB. Dit betekent dat we vandaag voor het laatst als ACK vergaderen in deze samenstelling. In de zomer wordt ingezet op de verdere vorming van de KR. Vijf leden van de huidige ACK nemen zitting in de KR, dit zijn Bertine Lahuis, Niek de Wit, Hugo Keuzenkamp, Niek Klazinga en Jan Kremer. Daarnaast zijn vier nieuwe mensen benaderd met oog op inbreng van expertise op het gebied van patiëntenperspectief, verpleegzorg, ouderenzorg en langdurige zorg. Ter overbrugging blijft Evelyn Finnema tijdelijk aan, met oog op de borging van kennis op het gebied van langdurige zorg en ouderenzorg. Peter Holland zet zijn werkzaamheden voor mondzorg voort voor zover nodig en houdt verbinding met de Commissie Innovatie Zorgberoepen en Opleidingen tot de afronding van hun rapport. Vanuit deze rollen zal Peter Holland mogelijk nog keer aanschuiven bij een vergadering van de KR. Daarnaast blijven nog een aantal huidige ACK-leden hun werk in de commissies onder de KR voortzetten. Komende maanden wordt nagedacht over de wijze van verbinding tussen de KR en de onderliggende commissies. In ieder geval neemt er in iedere commissie een lid van de KR zitting. Leden van de commissies worden op voordracht van de KR door het Zorginstituut benoemd.

Een ACK-lid merkt op dat de ACK contact heeft met VNG over de ontwikkeling van kwaliteitsstandaarden met oog op zorg in het WMO-domein. Gaat de KR, net als de ACK, alleen over kwaliteit van zorg binnen de Wlz en de Zvw? Diana Delnoij antwoordt dat wij formeel niet over de WMO gaan, maar met oog op de patiënt als uitgangspunt bij de bepaling van goede zorg willen wij een soepele overgang tussen de domeinen borgen. Voor de patiënt begint de zorg al in de WMO en zij hebben geen boodschap aan de kunstmatige scheiding in de verschillende domeinen. Een ACK-lid geeft aan dat dit valt onder de bredere thema's waar de KR zich over zal buigen. De voorzitter onderstreept dat de KR inderdaad naar de gehele breedte van het kwaliteitsdomein kijkt.

Een ACK-lid vraagt hoe de verbinding met de veldpartijen om de KR heen wordt vormgegeven. De voorzitter beantwoordt dat alle leden op persoonlijke titel zitting hebben in de KR en de onderliggende commissies. Het ACK-lid benadrukt het belang van deze insteek om te voorkomen dat commissies verstrikt raken in belangen van veldpartijen.

Tot slot geeft de voorzitter aan dat Celeste van der Vliet Diana Delnoij vervangt als secretaris van de ACK en Berend Mosk Celeste van der Vliet vervangt als plaatsvervangend secretaris. De voorzitter geeft het woord aan Diana Delnoij.
Diana Delnoij benoemt dat het de laatste vergadering in deze vertrouwde samenstelling is

en blik terug op de eerste ACK-vergadering, inmiddels al weer vier jaar geleden. Deze eerste vergadering vond, net als nu, plaats tijdens de jaarlijkse bbq van toen het CVZ. Diana Delnoij heeft de ACK-vergaderingen iedere keer met veel plezier beleefd. Zij kwam graag naar de vergaderingen toe en vertrok ook telkens vrolijk, dit zegt genoeg! De afgelopen vier jaar heeft het Zorginstituut hard gewerkt om haar instrumentarium te ontwikkelen en dat was niet gelukt zonder de hulp van de ACK, waarvoor dank. Volgende keer is zij vast ook aanwezig maar dan neemt zij zitting op de publieke tribune. De voorzitter bedankt Diana Delnoij voor haar waardevolle bijdrage aan de vergaderingen tot nog toe en geeft aan dat dit breder geldt voor alle leden van de ACK. Iedereen wordt bedankt voor zijn/haar dappere inzet in deze woelige jaren.

2.2 Geboortezorg

Een ACK-lid licht toe dat het een kort maar efficiënt traject was. Tijdens het traject zijn er knelpunten geïdentificeerd en is geprobeerd deze tekstueel anders op te vangen in de kwaliteitsstandaard. Uitgangspunt hierbij is de centrale positie van de zwangere. De regio is vervolgens verantwoordelijk voor de zorg. Het Zorginstituut verwacht van zorgaanbieders dat zij in hun jaarverslag transparant zijn over de kwaliteit van zorg en een verbeterplan opstellen. De consultatie van de standaard verliep goed en de beroepsgroep reageerde positief. In de media riepen enkele verloskundigen vervolgens dat zij hun autonomie behouden, maar die moeten de standaard nog maar eens goed lezen. Het toekomstbeeld is juist dat zwangeren kiezen voor een samenwerkingsverband i.p.v. apart voor de verloskundige en de specialist. Het komende half jaar moet er een implementatieplan komen voor de standaard.

De voorzitter geeft het ACK-lid complimenten voor het resultaat. Partijen in de zorg zijn hier al meer dan tien jaar mee bezig. Nu is onder leiding van de ACK de knoop in twee maanden doorgehakt. Tevens complimenteert de voorzitter Carola Groenen en Uriëll Malanda voor alle geleverde inspanningen. Een knappe prestatie! Verder vraagt de voorzitter zich af of het gewenst is om de commissie tijdens implementatie te handhaven. Het ACK-lid stelt dit het overwegen waard te vinden.

De oplevering van de zorgstandaard moet follow-up krijgen. Een ACK-lid beaamt dat het mooi is dat de zorgstandaard nu staat. Hij vraagt zich af wie er gedurende het implementatietraject van een jaar de regie voert op de invoering en wat de rol van de KR is. Het ACK-lid geeft aan dat zolang de implementatie niet geborgd is, het onderwerp kan worden aangehouden op de MJA. Een ander ACK-lid geeft aan dat wanneer de zorgstandaard is afgerond deze van de MJA af kan, alleen de implementatie niet. Partijen hebben hierbij volgens de afspraken op de MJA nog tot 1 januari 2017 om het bijhorende onderhoudsplan en indicatoren aan te leveren. De verantwoordelijkheid ligt nu, na het inzetten van doorzettingmacht op de totstandkoming van de zorgstandaard, weer bij de relevante partijen in het veld. Diana Delnoij licht toe dat de MJA is bedoeld voor kwaliteitsproducten voor het Register. Implementatie kunnen wij niet afdwingen, deze rol ligt bij de patiënt, de verzekeraar en de Inspectie. Maar het afvoeren van het onderwerp van de MJA betekent niet dat we de implementatie niet kunnen monitoren. Een ACK-lid merkt op dat de KR te allen tijde advies kan uitbrengen wanneer duidelijk wordt dat de implementatie niet van de grond komt. Celeste van der Vliet vult aan dat het onderwerp wel kan worden opgenomen op de werkagenda van het Zorginstituut. Daarnaast is het Zorginstituut van plan om lering te trekken uit de verschillende trajecten waar nu in verschillende vormen doorzettingmacht is toegepast. Een ACK-lid stelt voor om een volgende vergadering de evaluatie van de doorzettingmacht van de vier trajecten, zijnde de spoedzorg, geboortezorg, de indicatorensets medisch specialistische zorg en de IC-richtlijn te agenderen. Hierbij dient ook overwogen te worden om de evaluatie extern te

laten uitvoeren. Tot slot bedankt de voorzitter nogmaals de betrokkenen bij de totstandkoming van de zorgstandaard voor hun inzet.

→ de ACK adviseert het Zorginstituut om implementatie zorgstandaard Geboortezorg op de werkagenda van het Zorginstituut te zetten

→ de ACK adviseert het Zorginstituut met klem om doorzettingstrajecten te evalueren, eventueel door een externe partij, en deze evaluatie te agenderen bij de KR

3. Verslag

Het verslag wordt zonder wijzigingen vastgesteld. De voorzitter bedankt het secretariaat voor het verslag.

Een ACK-lid heeft naar aanleiding van het verslag twee opmerkingen. Ten eerst heeft het ACK-lid naar aanleiding van de vorige vergadering een goed gesprek gevoerd op het Zorginstituut met Celeste van der Vliet en Fransje van Vlaardingen over de onderwerpen astma en diabetes. Er is besproken hoe beschikbare landelijke cijfers over uitkomstmaten in de toekomst kunnen worden meegenomen in rapportages van het Zorginstituut. Verder is er een link gelegd naar het RIVM. Ten tweede koppelt het ACK-lid zijn aanwezigheid terug op de bijeenkomst van de ACK subcommissie AQUA. Tijdens de AQUA werden discussies gevoerd over de techniek van richtlijnontwikkeling. Het ACK-lid heeft daar ingebracht dat er ingezet moet worden op een betere koppeling tussen richtlijnen en informatiestandaarden. Het gebeurt al wel, maar meer als afterthought. Aan de verbinding zou structureel meer invulling moeten worden gegeven, al tijdens de ontwikkeling van de richtlijn. Hiervoor bleek belangstelling in de AQUA. Er was ook iemand van Nictiz aanwezig bij de AQUA die het belang erkent en de inzet hierop ondersteunt.

Een ACK-lid licht naar aanleiding van het verslag toe dat in de mondzorg beide partijen onder hoge druk overeenstemming hebben bereikt om te komen tot één organisatie voor richtlijnontwikkeling. Zij gaan gezamenlijk verder onder de naam Vereniging KIMO. Als knelpunt in de richtlijnontwikkeling geeft het ACK-lid aan dat het besluitvormingsproces buitengewoon stroperig is vastgelegd. Er bestaan veel mogelijkheden om richtlijnen in ontwikkeling lang in procedures vast te houden. Hopelijk wordt hier bij het opstellen van de statuten nog iets aan gedaan. Maar goed om te benoemen dat er met het komen tot één organisatie een grote stap is gezet.

4. Bipartiete Registratieaanbiedingen

4.1 Registratieaanbieding kwaliteitsstandaard zonder verzekeraar

Reinoud Doeschot licht toe. ZN hanteert twee soorten procedurele selectiecriteria om deelname aan de aanbieding en ontwikkeling van kwaliteitsstandaarden te bepalen. Ten eerste op grond van timing (ZN is pas na ontwikkelfase betrokken) en ten tweede op grond van impactcriteria (incidentie, prevalentie en zorgkosten). Hoe moet ZIN omgaan met Registratieaanbiedingen van kwaliteitsstandaarden waarbij ZN op één van deze gronden heeft afgezien van betrokkenheid? Het voorstel is om kwaliteitsstandaarden die door ZN zijn afgewezen op grond van timing, ook af te wijzen voor opname in het Register en aanbiedende partijen te adviseren het doorontwikkeltraject versneld in te zetten om ZN alsnog te betrekken. Hierbij vraagt het Zorginstituut zich wel af of en zo ja hoe er tegemoet kan worden gekomen aan aanbiedende partijen die ZN voor 1 januari 2015 aantoonbaar en tevergeefs hebben geprobeerd te betrekken en na 1 januari zijn afgewezen. Het gaat hierbij volgens schatting van ZN om ongeveer tien gevallen. Op grond van de impactcriteria heeft ZN tot dusverre drie kwaliteitsstandaarden afgewezen voor deelname aan ontwikkeling en aanbieding. Ons voorstel voor omgang met afwijzingen door ZN op grond van impactcriteria, is toch toewerken naar opname in het Register.

Een ACK-lid heeft voorafgaande aan de vergadering het volgende per mail ingebracht. Kwaliteitsstandaarden die door ZN zijn afgewezen op grond zowel impact als timing toch opnemen in het Register. Hierbij in de beoordeling benoemen dat de zorgverzekeraar ontbreekt en als opdracht meegeven om de zorgverzekeraar op moment van doorontwikkeling alsnog te betrekken. Opname stimuleert voortgang. Afwijzen doet geen recht aan het veld.

Een ACK-lid vult aan dat het de voorkeur verdient wanneer ZN deze kwaliteitsstandaarden pro forma mee zou aanbieden, maar dat ZN hier niet aan meewerkt. Een ander ACK-lid vraagt waarom. Het klinkt als een strategische keuze. Reinoud Doeschot geeft aan dat ZN de selectiecriteria heeft opgesteld met oog op inzetbare capaciteit. Daarbij heeft ZN aangegeven het belangrijk te vinden te worden betrokken tijdens de ontwikkelfase zodat ze kunnen toetsen of de voor hen belangrijke aandachtspunten worden meegenomen. Door pas deel te nemen op moment van doorontwikkeling van al bestaande richtlijnen, spreiden ze deelname in de tijd (gefaseerd proces). De selectie op de impactcriteria is risicogericht: de groep 'kleine' aandoeningen heeft te weinig impact en de mogelijkheden voor de zorgverzekeraar om hier te sturen op kwaliteit zijn gering. De aantallen zijn te klein om iets over doelmatigheid te zeggen.

Een ACK-lid stelt dat het hier om een principieel punt gaat. Meedoen is niet vrijblijvend. Een ander ACK-lid merkt op dat er op grond van timing twee groepen te benoemen zijn. Ten eerste de ontwikkelaars die feitelijk te laat zijn met het betrekken van de zorgverzekeraar. Ten tweede een groep die ZN voor 1 januari 2015 tevergeefs heeft geprobeerd te betrekken en na 1 januari 2015 toch worden afgewezen. Diana Delnoij geeft aan dat het Zorginstituut kwaliteitsontwikkeling niet door vetorecht hoeft te laten vertragen. Hier is de MJA voor. De kwaliteitsproducten waaraan ZN niet deelneemt zijn er al en kunnen via MJA en doorzettingmacht richting het Register. Een ACK-lid vraagt zich af in hoeverre het noodzakelijk is om de MJA en doorzettingmacht te gebruiken. Dit klinkt als een procedurele omweg.

→ *Reactie JZ: Het Zorginstituut kan niet zelf een kwaliteitsstandaard of meetinstrument opnemen in het Register zonder dat eerst formeel op de MJA te plaatsen. In artikel 66c Zvw is geregeld dat het Zorginstituut kan bepalen dat een kwaliteitsstandaard*

of een meetinstrument opgenomen kan worden in het Register, als het Zorginstituut eerst een tijdstip heeft vastgesteld waarbinnen de kwaliteitstandaard of het meetinstrument moet zijn opgesteld of aangepast (artikel 66c, tweede en derde lid Zvw). Het vaststellen van het tijdstip gebeurt via de MJA (of het werkprogramma van het Zorginstituut), dat is ook de bedoeling van artikel 66c, tweede lid Zvw. Als voor het tijdstip dat is vastgesteld (op de MJA) er geen kwaliteitsstandaard of meetinstrument is aangeboden kan het Zorginstituut de ACK verzoeken dat te doen binnen een nader te bepalen termijn in overleg met partijen (dit noemen we doorzettingsmacht).

Een ACK-lid geeft aan te begrijpen waarom ZN bij relatief kleine aandoeningen niet meedoet, hier hoeft niet op worden aangedrongen. Een ander ACK-lid stelt dat er veel kleine aandoeningen zijn en vraagt zich af of het helpt om deze aandoeningen te bundelen. Een volgend ACK-lid meent dat het niet meedoen door ZN aan kwaliteitsstandaarden voor deze kleine aandoeningen leidt tot ontgoocheling in de praktijk. Men vraagt zich af waar het commitment ligt bij de zorginkoop. Een ACK-lid vraagt zich af of wij moeten meegaan in de selectie van de zorgverzekeraar wat voor hen wel en niet relevant is. Een ander ACK-lid geeft aan dat de rol van de verzekeraar met oog op doelmatigheid belangrijk is. Berend Mosk geeft aan dat ZN zichzelf voor deze kleine aandoeningen niet als relevante partij ziet voor wat betreft de totstandkoming van normen voor goede zorg. ZN geeft aan bij inkoop niet op doelmatigheid te kunnen sturen, omdat hiervoor de aantallen te klein zijn en de DBC's te generiek. Bij de inkoop gebruikt de zorgverzekeraar waar mogelijk de criteria voor expertisecentra. In praktijk verwacht ZN geringe praktijkvariatie in de zorginkoop voor deze aandoeningen. Reinoud Doeschot vult aan dat ook de handhaving van artikel 13 maakt dat de zorgverzekeraar zich niet in staat acht op echt te sturen bij de zorginkoop. Een ACK-lid geeft aan, met oog op het ontbreken van de zorgverzekeraar, kwaliteit toch vooral iets van de patiënt en de zorgaanbieder te vinden. De zorgverzekeraar moet vooral inkopen. Een ander ACK-lid vraagt zich aansluitend af of de zorgverzekeraar dan wel een essentiële partij is? Diana Delnoij stelt voor dat de ACK per Registeraanbieding zou kunnen afwegen of deze zonder betrokkenheid van de zorgverzekeraar wel of niet in het Register kan worden opgenomen. Diana Delnoij noemt hier de zorgstandaard dementie als voorbeeld. Hierbij waren de zorgverzekeraars wel betrokken bij de ontwikkeling maar niet bij de aanbieding. Toch is toen besloten de zorgstandaard op te nemen in het Register. Een ACK-lid benadrukt het belang van de afweging, het heeft geen zin om alleen papier door te schuiven. Een ander ACK-lid vult aan dat bij opname op de MJA een brief met daarin een termijn uit kan gaan naar de zorgverzekeraar, om aan te geven dat het Zorginstituut voornemens is de kwaliteitsstandaard op te nemen in het Register. Een volgend ACK-lid sluit zich hierbij aan. Op deze wijze wordt ZN in de gelegenheid gesteld om alsnog deel te nemen. Wanneer ZN dit nalaat en dit achteraf toch tot problemen leidt, dan kunnen partijen een proces aanspannen.

→ de ACK besluit om per bipartiet aangeboden kwaliteitsstandaard waarbij de zorgverzekeraar ontbreekt, af te wegen of deze wel/niet zou moeten worden opgenomen in het Register. Wanneer opname in het Register gewenst is, wordt de kwaliteitsstandaard op de MJA geplaatst. Hierbij wordt een brief uitgestuurd naar ZN, waarin zij worden opgeroepen alsnog deel te nemen aan de aanbieding.

4.2 Registeraanbieding zorgstandaard THL

Toelichting Madelon Rooseboom. Op het ontbreken van de zorgverzekeraar na voldoet de zorgstandaard verder aan alle criteria van het Toetsingskader. ZN heeft deelname aan de aanbieding van de zorgstandaard aan het Register afgewezen op grond van timing, d.w.z. dat de zorgverzekeraar niet tijdens de ontwikkelfase is betrokken. Echter de zorgverzekeraar is in deze fase (voor 1 januari 2015) wel meermaals benaderd en

uitgenodigd om deel te nemen.

Een ACK-lid vraagt zich af of de Hersenstichting een fonds is? En zo ja, of de Hersenstichting dan namens de patiënten kan aanbieden? Een ander ACK-lid geeft aan dat het akkoord is wanneer de Hersenstichting de zorgstandaard namens de patiënten aanbiedt.

Een ACK-lid stelt voor het Zorginstituut te adviseren de zorgstandaard op de MJA te zetten, om deze op termijn middels doorzettingsmacht op te nemen in het Register. Een ander ACK-lid geeft aan dat ZN geen bezwaar lijkt te hebben tegen opname en wijst op de afwijzingsbrief van ZN. Hierin wordt gesteld dat het Zorginstituut een Kwaliteitsstandaard kan opnemen in het Register zonder hun medewerking. Het ACK-lid vraagt of deze brief kan dienen als gemotiveerde afwijzing waarmee de zorgstandaard direct in het Register kan worden opgenomen?

➔ *Reactie JZ: De voorliggende brief waarin ZN deelname aan de aanbidding van de zorgstandaard Traumatisch Hersenletsel afwijst is daartoe niet geschikt. Uit de brief blijkt onvoldoende duidelijk of ZN zich al dan niet achter de inhoud van de aangeboden kwaliteitsstandaard schaart, dan wel akkoord is met aanbidding zonder van de inhoud kennis te nemen. In dat geval kan niet afgezien worden van het formele proces. Het is daarom raadzaam te allen tijde tripartiete aanbidding te vragen en anders in gevallen als deze de MJA in te zetten. Daarmee geeft het Zorginstituut het signaal af dat de zorgverzekeraar een belangrijke partij is om te betrekken. Terwijl het daarnaast, door te werken met verkorte termijnen voor de MJA en de inzet van doorzettingsmacht, laat zien dat het bereid is om weliswaar formeel, maar niet op een bureaucratische wijze met de spelregels om te gaan.*

Een ACK-lid geeft aan dat het goed zou zijn om te volgen wat opname in het Register voor de zorginkoop betekent. Een ander ACK-lid sluit hierop aan door te stellen dat het in bredere zin interessanter zou zijn om inzicht te krijgen in hoe de zorg verrijkt wordt door de opname van kwaliteitsproducten in het Register.

Een ACK-lid signaleert dat deze zorgstandaard de ambitie laat zien voor wat betreft het registreren en gebruiken van kwaliteitsinformatie, maar dat het abstract blijft. Dit bedoelt het ACK-lid niet als argument tegen het opnemen in het Register.

Een ACK-lid merkt tot slot op, met oog op de voorlegger, dat de zorgstandaard als onderwerp weliswaar eerder is genoemd in de ACK, maar dat het nooit een agendapunt is geweest.

De voorzitter vat samen en stelt voor om de RvB te adviseren om de zorgstandaard op te nemen in het Register, omdat ZN gemotiveerd afziet van aanbidding. Daarnaast moet de KR in bredere zin de komende maanden nadenken over haar rol in het traject na opname van kwaliteitsstandaarden in het Register. Kwaliteit reikt immers verder dan enkel het Register.

➔ **de ACK adviseert het Zorginstituut om het proces gericht op opname van de zorgstandaard Traumatisch Hersenletsel in het Register in te zetten.**

5 Verpleeghuiszorg

5.1 Verpleeghuis voorbereiding doorzettingsmacht

Toelichting ACK-lid. In het voorjaar is aan de Commissie Tijdelijke Expertgroep Verpleeghuiszorg een tussenversie van het kwaliteitskader en de leidraad personeelssamenstelling aangeboden. Toen leek de ontwikkeling van het kwaliteitskader en leidraad personeelssamenstelling nog redelijk te gaan. Wel heeft de commissie destijds gesignaleerd dat beide in de huidige vorm nog onvoldoende concreet waren en onvoldoende houvast voor de praktijk boden. Het is de betrokken partijen vooralsnog niet gelukt om hier invulling aan te geven. In juni heeft de expertcommissie uitgesproken het onwaarschijnlijk te achten dat het gewenste kader voor 1 oktober 2016 tot stand komt. Deze boodschap is tevens neergelegd bij VWS. Naar aanleiding hiervan heeft er twee dagen later een gesprek met de staatssecretaris plaatsgevonden. In dit gesprek is aangegeven dat de ACK het Zorginstituut kan adviseren over de benodigde stappen voor de totstandkoming van het kader. Op 6 juli is opnieuw overlegd met de betrokken partijen. Zij blijven, met name rondom het kwaliteitskader en de op te leveren producten, een positief beeld schetsen. De expertcommissie heeft aangegeven in augustus graag te willen zien dat er concrete stappen zijn genomen. De verwachting is echter dat dit niet lukt. We moeten ons daarom op voorhand afvragen waar we staan op 1 oktober en bespreken of we voorafgaande aan de deadline op de tijdige totstandkoming van het gewenste kader kunnen sturen.

Een ACK-lid geeft aan dat het formeel aan het Zorginstituut is om in te grijpen. Dit is niet de rol van VWS. Margje Mahler legt uit dat VWS niet ingrijpt op de totstandkoming van het kwaliteitskader, maar reageert in het kader van Waardigheid en Trots. Waardigheid en Trots is een bundeling van 26 projecten, waarvan de ontwikkeling van het kwaliteitskader en de leidraad personeelssamenstelling er beide één zijn. Het ACK-lid stelt dat de ACK de RvB moet informeren over de verwachting dat de deadline voor het kwaliteitskader niet gehaald gaat worden. Maar dit weten we pas zeker op 1 oktober.

Een ACK-lid vraagt zich af waarom de betrokken partijen het niet redden. Een ander ACK-lid vermoedt dat dit o.a. te wijten is aan het onvoldoende ervaring hebben met het maken van standaarden. Een volgend ACK-lid geeft aan dat er bij IC gekozen is om niet te veel in detail te willen vastleggen en vraagt zich af of de expertcommissie op dit vlak wellicht te ambitieus is. Het eerste ACK-lid antwoordt dat het hier gaat om het ontbreken van basale veiligheidszaken, zoals beschrijvingen van preventie en zorg voor bijvoorbeeld decubitus en uitdroging. Dit soort zaken horen thuis in het kwaliteitskader.

Diana Delnoij merkt op dat er daarnaast nog geen kwaliteitsindicatoren zijn aangeleverd. Een ACK-lid licht toe dat in 2010 gestart is met de ontwikkeling van twee pijlers voor goede zorg: één gericht op zorginhoud en één gericht op liefdevolle zorg. Op dit moment is men nog bezig met de laatste pijler. Een ander ACK-lid geeft aan dat het kwaliteitskader een sympathiek stuk is, waar iedereen het mee eens is. Echter geeft dit kader nog geen duidelijkheid over waar je naar zou moeten kijken om een beeld van de zorgkwaliteit te krijgen. Op grond hiervan geeft de expertcommissie aan dat het concreter moet, maar heeft er nu weinig vertrouwen in dat dit tijdig gebeurt. Terwijl de veldpartijen, dus de opstellers, er wel in blijven geloven. Een ACK-lid vraagt hoe we de zorgen van de expertcommissie kunnen operationaliseren. Is het een optie om vanuit het Zorginstituut een brief aan de opstellers te sturen, waarin de zorgen over het halen van de deadline worden geuit? Een ACK-lid geeft aan dat er nog over de voortgang wordt gerapporteerd in augustus en in september. Maar kunnen we alvast anticiperen op het niet halen van deadline van 1 oktober? Een ander ACK-lid geeft aan dat wellicht de rol van de expertcommissie kan worden uitgebreid tot meer dan alleen het fungeren als klankbord.

Margje Mahler geeft aan dat het goed is om nu in te zetten op versnellen. Bijkomend punt is namelijk dat de CQi-aanleverplicht is bevroren, in afwachting van de oplevering van het kwaliteitskader. Afspraak is dat deze na 1 oktober ontdooit, op het moment dat er niks ligt en daar schiet niemand iets mee op. Goed om daarom als expertcommissie de ontwikkelaars actiever bij te staan met raad en daad, maar wel de verantwoordelijkheid bij hen te laten. De voorzitter geeft aan dit een goed voorstel te vinden en stelt voor hiertoe te besluiten als ACK. De ACK stemt in.

→ ACK besluit om in te zetten op de versnelling van de totstandkoming van het kwaliteitskader en de leidraad personeelssamenstelling met oog op de deadline op 1 oktober en geeft de expertcommissie de opdracht om de ontwikkelaars met raad en daad bij te staan.

Een ACK-lid deelt verder nog mee dat zij een bijeenkomst met Joris Slaets heeft bijgewoond. Joris Slaets werkt vanuit een narratief zorgkader aan een kwaliteitsstandaard voor verpleegzorg. Hoe verhoudt deze standaard zich tot het gewenste kwaliteitskader? Margje Mahler verwacht dat dit een van de vele projecten onder Waardigheid en Trots is. De voorzitter geeft aan dat de focus van de ACK en de expertcommissie bij het kwaliteitskader en de leidraad personeelssamenstelling ligt.

5.2 Benoeming nieuw lid

Toelichting ACK-lid. Er is door de Commissie Tijdelijke Expertgroep Verpleeghuiszorg een nette procedure gevolgd om tot een voorstel voor het nieuwe lid te komen. Vanuit de commissie wordt de ACK nu gevraagd of zij deze keuze overnemen en de benoeming van het nieuwe lid willen voorstellen aan de RvB. De AK stemt in.

6 IC-zorg - KS Organisatie Intensive Care

Toelichting Vera Jansweijer op de inhoud en het proces van de totstandkoming van de kwaliteitsstandaard. Voor wat de inhoud beschrijft Vera Jansweijer de vier kernwaarden van de kwaliteitsstandaard:

1. Bouwt voort op beschikbare kennis en ervaring;
2. Is gericht op te behalen doelen, maar legt de route er naartoe niet tot in teveel detail vast;
3. Geeft zodoende ruimte voor maatwerk in de regio;
4. Geeft zodoende ruimte voor het versneld verbeteren en kennis verzamelen en benutten uit de praktijk, bijvoorbeeld van Good Practices voor regio-samenwerking.
5. Het proces van totstandkoming is erop gericht geweest om snel resultaat te boeken en om gebruik te maken van bestaande kennis en ervaring, bijvoorbeeld door gebruik te maken van ervaringen met de huidige richtlijn uit 2006 en door de conceptrichtlijn van partijen zelf uit 2015 als startpunt voor de kwaliteitsstandaard te nemen. Aanbevelingen in de kwaliteitsstandaard baseren zich op wetenschappelijke evidence. Tijdens de ontwikkeling van de kwaliteitsstandaard zijn op verschillende momenten betrokken partijen en inhoudelijk deskundigen geraadpleegd. Voorafgaand aan het doorzettingstraject is er een uitgebreide inventarisatie gedaan bij direct betrokkenen en inhoudsdeskundigen over het onderwerp. De conceptkwaliteitsstandaard is in april voorgelegd aan de relevante partijen ter consultatie. In de kwaliteitsstandaard is de nadruk gelegd op samenwerking om maatwerkoplossingen in de regio's te realiseren en op verbeteren om de wetenschappelijke bewijslast vanuit de praktijk verder aan te vullen, bijvoorbeeld door kwaliteitsgegevens via passende indicatoren te gaan verzamelen lessen uit goede praktijkvoorbeelden te trekken.

Een ACK-lid merkt een nieuw stuk over nazorg in de kwaliteitsstandaard op. Tijn Kool geeft aan dat de literatuursearch voor dit onderwerp in de kwaliteitsstandaard na de consultatie is geactualiseerd. Patiëntverenigingen (FCIC en NPCF) hadden hier terecht in de consultatie op aangedrongen. Recent onderzoek t/m mei 2016 is nu in de kwaliteitsstandaard meegenomen. Nazorg en Post IC-syndroom zijn onderwerpen waar de laatste jaren steeds meer onderzoek naar gedaan wordt. Maar de literatuur is nog beginnend, en het is nog moeilijk om effecten van nazorg-interventies overtuigend aan te tonen. Daarom is het belangrijk om de komende tijd ook voor dit onderwerp steeds meer kennis vanuit de praktijk te gaan verzamelen. Een ACK-lid voegt toe dat het Radboud nu begint met een soortgelijk onderzoek.

Een ACK-lid heeft een vraag over de passage uit hoofdstuk 5 (regel 670). Zij is van mening dat de aanbeveling te zwak is, omdat het om HBO-verpleegkundigen moet gaan en dat de aanbeveling tegenwoordig een vereiste is. Het lijkt haar zinvol om de gestelde aanbevelingen te checken op dit soort inconsistenties. Een ander ACK-lid is het hiermee eens. Goed om eventuele inconsistenties met geldende veiligheidsnormen te checken. Daarnaast is het ook raadzaam om naar de verplicht aan te leveren kwaliteitsinformatie te kijken en naar het implementatietraject. Er staat een lijst met conceptindicatoren in de kwaliteitsstandaard. Als je kijkt naar de data en de opbouw hiervan geeft dit niet direct een probleem aan, maar als je op de uitkomsten wilt gaan sturen moet hier bij de implementatie wel aandacht voor zijn. Een ACK-lid geeft aan dat het de bedoeling is om de implementatie (tweede fase) te ondersteunen en te faciliteren. Echter dit is een gescheiden traject en volgt deze fase na opname van de kwaliteitsstandaard in het Register. De verantwoordelijkheid voor implementatie ligt bij de relevante partijen zelf.

Een ACK-lid geeft aan dat de NVIC een kritisch verhaal over de standaard heeft geschreven in Medisch Contact. Is de verwachting dat deze vereniging met de standaard gaat werken? Een ander ACK-lid antwoordt dat de kop van het stuk verontrustender is dan de inhoud. Er is veelvuldig contact met de NVIC. Ondanks dat het nog geen formele wetenschappelijke vereniging is, is het wel een partij die een belangrijke beroepsgroep op de IC vertegenwoordigt en dus een grote rol moet spelen bij de implementatie. Het ACK-lid heeft goede hoop dat er constructieve slagen te maken zijn en heeft vertrouwen in implementatie.

Om de snelheid in het proces te houden vraagt de voorzitter aan de Adviescommissie Kwaliteit om hem, vanuit zijn rol als voorzitter van de ACK en de expertcommissie IC-zorg, te mandateren om de RvB over het volgende concept rechtstreeks te adviseren namens de ACK. Mits natuurlijk het volgende concept de hoofdgedachte /uitgangspunten blijft volgen, maar met eventuele laatste aanpassingen naar aanleiding van hierboven gemaakte opmerkingen. De ACK stemt hiermee in.

→ de ACK kan zich vinden in de gekozen uitgangspunten en de tekst van de kwaliteitsstandaard Organisatie van IC

→ de ACK vraagt de voorzitter om een aantal aanbevelingen in de kwaliteitsstandaard na te lopen op gemaakte opmerkingen en zo nodig hierin kleine verduidelijkingen aan te brengen.

→ de ACK mandateert de voorzitter om de RvB namens de ACK te adviseren over opname in het Register van de kwaliteitsstandaard na eventueel gedane kleine aanpassingen.

7 Rondvraag

Er zijn geen vragen voor de rondvraag.

8 Sluiting

De voorzitter sluit de vergadering om 18.15 uur.