



Concept verslag KR 40 – 2 februari 2017

verslag

Kwaliteitsraad

Vergaderdatum en –tijd 2 februari 2017, 15.30 – 18.00

Aanwezig Niek de Wit (voorzitter), Anne-Miek Vroom, Sophia de Rooij (later), Bertine Lahuis (later), Henk Nies, Niek Klazinga (later), Petrie Roodbol, Hugo Keuzenkamp.

Afwezig Jan Kremer

Zorginstituut *Secretariaat*
Celeste van der Vliet en Berend Mosk.

Overig

Sjaak Wijma, Sarah Kleijnen, Ferry Nagel, Jeroen Poot, Rudy Dupree, Paula Polman, Anco de Jong, Martin Boekholdt (VGN), Han van Esch (VGN), Margje Mahler, Vera Jansweijer Hans Paalvast, Lonneke Koenraadt, Hans Ossebaard, Helma van Zandvoort, Lise Reinierse, Nicolette Huiskes, Noor Heim, Ditte van Vliet (VGN) en Mariëtte Stokking (VGN)

1 Opening en Mededelingen

Niek de Wit zit de vergadering voor, omdat Jan Kremer moet laten afweten i.v.m. griep.

Conflicterende belangen

Een KR-lid meldt bij twee agendapunten een mogelijk conflicterend belang. Ten eerste bij de bespreking van de verpleeghuiszorg waar het de implementatie van het kwaliteitskader betreft met het oog op zijn rol bij Vilans. Ten tweede bij de bespreking van het kwaliteitskader Gehandicaptenzorg met het oog op zijn rol als voorzitter van de deskundigencommissie die de cliëntervaringsinstrumenten beoordeelt.

2 Verslag vd KR-verg 12 december + data 2017

Naar aanleiding van het verslag een opmerking over pagina 3: de MEX is inmiddels opgeheven en op 13 februari staat een overleg ingepland tussen leden van de KR, AQUA en Zorginstituut Nederland over het vervolg van AQUA-commissie. De uitkomst van dit overleg wordt tijdens de volgende vergadering teruggekoppeld aan de KR. Het verslag wordt verder zonder wijzigingen vastgesteld.

□ **Actie: het betrokken KR-lid koppelt de volgende KR-vergadering (16/3) de uitkomst van het overleg over het vervolg AQUA-commissie d.d. 13 februari 2017 terug.**

3 Visie MJA en procesbeschrijving DZM

Presentatie Ferry Nagel. Binnen het Zorginstituut is uitvoerig gediscussieerd over de inzet van de MJA: een brede agenda waarop alle ontwikkelingen van kwaliteitsproducten staan opgenomen of een meer enge agenda waarop de ontwikkeling van kwaliteitsproducten met

knelpunten worden geprioriteerd. Gekozen is voor het laatste. In de presentatie wordt de beoogde rol van de KR toegelicht in het proces vanaf het aandragen van onderwerpen voor de MJA tot en met het inzetten van doorzettingsmacht.

Celeste van der Vliet brengt opmerking van KR-lid in dat de KR altijd om advies gevraagd dient te worden voor het mogelijke inzetten van doorzettingsmacht. Daarnaast geeft KR-lid aan dat in de procesbeschrijving staat opgenomen dat de KR aan de managementraad (MR) adviseert, maar dat dit de Raad van Bestuur (RvB) moet zijn. Ferry Nagel antwoordt dat de KR inderdaad direct aan de RvB adviseert en dat hier MR staat opgenomen gebaseerd op het besluitvormingsproces van de RvB. Ferry Nagel geeft verder aan dat het Zorginstituut jaarlijks inventariseert welke onderwerpen vanaf de MJA op het werkprogramma van het Zorginstituut dienen te worden geplaatst, dus voor welke onderwerpen capaciteit wordt geprioriteerd voor begeleiding en eventueel het inzetten van doorzettingsmacht. De voorzitter geeft aan dat de KR ook geraadpleegd zou moeten worden over deze jaarlijkse inventarisatie.

Een KR-lid vraagt zich af hoe patiëntenorganisaties aandacht kunnen vragen voor onderwerpen ter opname op de MJA. Aansluitend geeft een KR-lid aan dat in de huidige procesbeschrijving vooral overheidsinstellingen en koepel- en brancheorganisaties een rol hebben in de agendering. Het zou mooi zijn als er ook ruimte is voor het bottom-up vullen van de agenda, waarbij bijvoorbeeld zorgprofessionals en patiënten middels social media aandacht kunnen vragen voor onderwerpen. Waar zit ruimte voor innovatie? Met oog op de criteria zijn er verder vragen over wat de definities van 'braakliggend terrein' en 'hoog verbeterpotentieel' zijn. Aanvullend deelt Celeste van der Vliet mee dat KR-lid graag met een afvaardiging van de KR verder wilt praten over hoe de KR kan bijdragen aan een meer proactieve wijze van agenderen rondom de MJA dan nu het geval is. De voorzitter vraagt welke leden verder willen praten over de agendering. Anne-Miek Vroom, Henk Nies, Bertine Lahuis en de voorzitter zullen hierover doorspreken.

KR-lid vraagt zich af of de voorgaande MJA's ook vanuit de voorgestelde visie zijn opgesteld en stelt voor om de huidige MJA-onderwerpen ook langs de in de procesbeschrijving voorgestelde criteria te houden.

De voorzitter vraagt de vergadering of het Zorginstituut of de KR verantwoordelijk is voor de implementatie van in doorzettingsmacht ontwikkelde kwaliteitsproducten in het veld. Ferry Nagel geeft aan dat de doorzettingsmacht van het Zorginstituut zich wettelijk gezien beperkt tot de ontwikkeling van kwaliteitsproducten en dat de implementatie hierbuiten valt. Henk Nies stelt dat implementatie een ruim begrip is. Bijvoorbeeld in het verpleeghuiszorgtraject heeft het Zorginstituut het veld een aantal doorontwikkelopdrachten meegegeven. Wanneer de deadlines horende bij deze opdrachten niet gehaald worden, worden onderwerpen hiervan weer op de MJA gezet en komen zo mogelijk weer bij de KR terecht. Sjaak Wijma licht toe dat in het traject van implementatie de KR een rol heeft in het inhoudelijk toelichten van (de bedoeling van) het kwaliteitskader verpleeghuiszorg. Daarnaast faciliteert het Zorginstituut het implementatieproces van het kader door de relevante partijen. Het zijn de relevante partijen zelf die verantwoordelijk zijn voor de implementatie.

Tot slot adviseert een KR-lid de opstellers van de visie en de procesbeschrijving om, met oog op extern gebruik, de documenten ter commentaar voor te leggen aan een buitenstaander om de leesbaarheid te vergroten.

□ Besluit: de KR wilt het Zorginstituut adviseren over elke mogelijke inzet van

doorzettingmacht. Daarnaast wil de KR adviseren over de jaarlijkse inventarisatie van onderwerpen die worden geprioriteerd op het werkprogramma van het Zorginstituut. In beide gevallen adviseert de KR de RvB van het Zorginstituut.

□ **Actie: met een afvaardiging van de KR nadenken over innovatie, het bottom-up vullen van de MJA en een meer proactieve MJA. Aanmeldingen: Jan Kremer, Anne-Miek Vroom, Henk Nies, Bertine Lahuis en Niek de Wit. Het secretariaat initieert de bijeenkomst.**

□ **Advies: de KR adviseert het Zorginstituut om de huidige MJA-onderwerpen langs de voorgestelde criteria voor opname te houden en het stuk ter commentaar aan een buitenstaander voor te leggen.**

4 IAT op MJA

Rudy Dupree licht het onderwerp toe.

De voorzitter vraagt of het waarschijnlijk is dat de deadline van 1 juni 2017 voor een kwaliteitskader gehaald wordt door de relevante partijen? Rudy Dupree geeft aan dat er morgen een eerste bijeenkomst is met de betrokken relevante partijen vanuit de zorgaanbieders- en de patiëntvertegenwoordigerskant. Deze inschatting kan dus nu nog niet gemaakt worden. Overigens lijkt de inzet van de Wet Bijzondere Medische Verrichtingen, die de minister voor ogen heeft bij het niet halen van de deadline, niet uiterlijk met oog op de kwaliteit van zorg voor de patiënt. De voorzitter geeft aan dat hierover vanuit het Zorginstituut afstemming dient plaats te vinden met VWS.

Een KR-lid geeft aan dat het debat nu vooral lijkt te gaan over de werkbaarheid van de interventie. Een minstens zo groot aandachtspunt is de inbedding hiervan in de zorgketen. Hoe gaat de uitvoering straks? Bij de aandoening hartinfarct zijn er ruim 15 jaar problemen geweest met doorverwijzing naar de juiste centra na triage. 7% van de patiënten kan profiteren van de voorliggende interventie, maar dit lukt niet zonder goede samenwerkingsafspraken in de keten. Nog niet alle CVA-ketens zijn goed ingericht. M.a.w. het is prima om tot volumenormenten te komen maar er moeten bijvoorbeeld ook afspraken zijn over waar de ambulance naartoe moet rijden. Wie doet triage? Wat zijn de aanrijtijden? Een kwaliteitsstandaard die alleen op de techniek ingaat, lost deze problemen niet op. Rudy Dupree geeft aan dat dit bekend is bij het Zorginstituut. Het is aan de relevante partijen om hier actie op te ondernemen. Een KR-lid stelt dat goed is om dit onder de aandacht van de betrokken relevante partijen te brengen en deze afspraken parallel aan de kwaliteitscriteria te laten ontwikkelen. Een KR-lid vult aan dat er nog geen evidentie bekend is over de zorgketen, d.w.z. de toeleiding van de patiënt naar de juiste centra en vraagt zich af wat de dynamiek in de sector is. Een KR-lid onderstreept het belang van inzicht in de dynamiek met oog op de impact van de voorgestelde interventie op het vakgebied van de neurologie.

De voorzitter stelt voor het Zorginstituut te adviseren het onderwerp op de MJA te zetten. De KR stemt in. Daarbij geeft de voorzitter aan dat vooralsnog de veldpartijen aan zet zijn en geeft de relevante partijen graag de bovenstaande overwegingen mee. Met oog op de onduidelijkheid over de haalbaarheid van de deadline nu, is het wenselijk dat er verstandig met die deadline wordt omgegaan: wanneer bijvoorbeeld 1 juni niet gehaald lijkt te worden maar een reële oplevering wel in beeld is, dan moet die periode overbrugd worden. Sarah Kleijnen geeft aan dat er in dergelijke gevallen toe over kan worden gegaan de deadline op

de MJA te verzetten.

□ **Advies: de KR adviseert het Zorginstituut om de ontwikkeling van een kwaliteitsstandaard Intra-arteriële behandeling van het acute herseninfarct op de MJA te zetten.**

5 Kwaliteitskader Gehandicaptenzorg

Presentatie Martin Boekholdt en Han van Esch.

De voorzitter bedankt voor de heldere en informatieve presentatie en complimenteert VGN met de ontwikkelingen. Naar aanleiding van de presentatie heeft de KR de volgende vragen.

Een KR-lid vraagt met oog op de inzet van narratieve instrumenten hoe patiënten een veilige omgeving wordt geboden om als organisatie ook echt een eerlijk verhaal van de patiënt te krijgen. En wanneer er structureel iets fout gaat, komt dit voldoende uit de verhalen naar voren? Han van Esch geeft aan dat Philadelphia gebruik maakt van het instrument 'Dit vind ik ervan'. Een instrument dat o.a. samen met Achmea is ontwikkeld en waarbij gezocht is naar een instrument om de cliënt het best te ondervragen. Uit vergelijking tussen het interviewen van cliënten door een voor de cliënt bekende/vertrouwde zorgverlener en een onbekende/onafhankelijke interviewer blijkt dat het afnemen van interviews door de organisatie zelf meer/betere informatie oplevert. Naast kwalitatieve informatie wordt ook ingezet op kwantitatieve informatie.

Een KR-lid complimenteert de inzet op de context en vraagt met oog op de inzet van narratieve instrumenten hoe er van verhalen tot geclusterde thema's wordt gekomen en vervolgens tot kwaliteitsindicatoren. Hoe wordt de informatie geaggregeerd? Landelijk vergelijkbare kwaliteitsinformatie is van belang voor inzicht in landelijke ontwikkelingen van de kwaliteit van zorg. Martin Boekholdt geeft aan dat dit een lastig methodologisch vraagstuk is, waarover in samenwerking met o.a. het Zorginstituut wordt nagedacht. Als tip verwijst een KR-lid naar *From safety one to safety two*.

Een KR-lid vraagt of het kwaliteitskader handvatten geeft om in te spelen op de ouder wordende populatie. Biedt het genoeg handvatten voor het personeel om zichzelf verder te verbeteren? En biedt het handvatten voor het samenwerken met externe organisaties, bijvoorbeeld voor mondzorg van cliënten. Han van Esch geeft aan dat hier aandacht voor is en dat hier door organisaties zelf met ook in samenwerking met partijen als Vilans over wordt nagedacht.

Tot slot benoemt Martin Boekholdt de goede samenwerking met het Zorginstituut en Anco de Jong als afgevaardigde vanuit het Zorginstituut.

6 Evaluatietraject Verpleeghuiszorg

Sjaak Wijma complimenteert alle betrokkenen bij het proces van totstandkoming van het kwaliteitskader verpleeghuiszorg. Er ligt nu een mooi kader, dat opdrachten voor de relevante partijen bevat. Doorzettingsmacht toepassen betekent knopen doorhakken, niet dat alles wordt overgenomen. Het eigenaarschap voor de implementatie nu ligt bij de relevante partijen in het veld. De stavaza van de implementatie van het kwaliteitskader verpleeghuiszorg volgt onder agendapunt 11.

De voorzitter geeft aan dat de verdere stavaza rondom de implementatie van de kwaliteitsstandaard verpleeghuiszorg volgt en vraagt alle KR-leden zich nu te beperken tot een korte eerste reactie op het doorlopen proces.

Een KR-lid geeft aan dat het een interessant leertraject is geweest. Er werd snel geschakeld door de betrokkenen, zodat zij zich de situatie vlug eigen moest maken. Verder viel haar de tegenvallende input van haar beroepsgroep (verpleegkundigen) op. Een KR-lid onderstreept het hoge tempo van het proces en het harde werken door betrokkenen. Hij stelt dat het regelmatige contact van Jan Kremer met de betrokken partijen en de verkenning vooraf een belangrijke rol hebben gespeeld in de totstandkoming van het uiteindelijke kader. Het kwaliteitskader is echter nog niet overal geland. Met oog op de reacties vanuit het veld merkt Een KR-lid verder op dat het commentaar vaak vanuit een ouderwets denkkader is ingestoken. Hij benadrukt daarom het belang van de rol van de KR om (de bedoeling van) het kwaliteitskader op consistente wijze toe te lichten in het veld. Hij vraagt om toelichting op de doorgevoerde wijzigingen in de laatste fase voor Registeropname van het kwaliteitskader. Een KR-lid deelt haar ervaring tijdens een bijeenkomst op 16 januari waar zij het kader heeft toegelicht. 's Ochtends vroegen de betrokkenen zich hardop af of al hun inspanningen in het voorstadium van doorzettingsmacht voor niets waren geweest en dat het voorliggende kwaliteitskader vooral veel 'moeten' meebrengt. 's Middags landde de indruk dat zij het kwaliteitskader juist als handvat kunnen gebruiken om de zorg in de lokale context in te kleuren. Een KR-lid geeft aan dat er nog wel zorgen in het veld bestaan over de haalbaarheid van het uitwisselen van personeel tussen organisaties onderling en de benoeming van zorgprofessionals in de RvB. Een KR-lid geeft aan de pressurecooker als positief te hebben ervaren, maar moest wel wennen aan het eigen taalgebruik en de beeldvorming van de sector. Een KR-lid viel vooral de onvolwassen opstelling van een aantal betrokken partijen t.o.v. elkaar in het voortraject op, zoals deze uit de politieke analyse naar voren kwamen. Deze houding was in de consultatiereacties vaak nog terug te lezen en een KR-lid vraagt zich af wat dit betekent voor de implementatie. Een KR-lid wil als nabrander meegeven dat er in de toekomst ook moet worden nagedacht over communicatie breder dan alleen naar de overheidsinstituten en koepel- en brancheorganisaties.

7 RVS-advies Implementatie eHealth

De voorzitter vraagt de KR-leden om reactie op het advies: ziet de KR in de moeizaam op gang komende implementatie van eHealth een kwaliteitsprobleem waar de KR zich tegenaan moet bemoeien?

In een eerste reactie vindt de KR het advies breed en fragmentarisch opgesteld waarin de verschillende eHealth toepassingen ongedifferentieerd zijn meegenomen. Een KR-lid geeft aan dat eHealth toepassingen vaak al worden bejubeld zonder dat de werkzaamheid in de praktijk getoetst is, dit terwijl de implementatie bakken met geld kost. De macht ligt hier dan ook vaak bij ICT-partijen en niet bij de vragende partijen, d.w.z. de zorgverleners. De voorzitter vraagt of een kwaliteitskader hierbij kan helpen. Een KR-lid ziet vooral een relatie met Pakketbeheer. Als onderdeel van behandelmethoden en consultaties is de vraag in hoeverre innovatieve eHealth toepassingen staan opgenomen in productbeschrijvingen. Vanuit Kwaliteit kan de totstandkoming van informatiestandaarden gestimuleerd worden en kunnen betrokken partijen gestimuleerd worden zichzelf de vraag te stellen: 'Hoe kan eHealth helpen de zorgkwaliteit te verbeteren bij deze zorgvorm'. Een KR-lid vraagt zich af hoe we partijen kunnen stimuleren eHealth meer prioriteit te geven bij het

(door)ontwikkelen van richtlijnen. Daarnaast zijn het eigenaarschap van patiënten van hun zorgdata en inzage in hun EPD's belangrijke punten. Een KR-lid geeft aan dat er in ziekenhuizen vaak wordt gewerkt met een technisch convenant en dat er op deze wijze mogelijk ook afspraken over de toepassing van eHealth kunnen worden gemaakt. Henk Nies geeft aan dat in het rapport alle vormen van eHealth worden samengenomen. Wat verstaan we onder eHealth? De voorzitter stelt voor om met een kleine afvaardiging van de KR verder na te denken over het rapport, eHealth en een mogelijke taak voor de KR.

□ **Actie: met een afvaardiging van de KR nadenken over het adviesrapport, eigenaarschap van patiëntendata, de trage implementatie van eHealth als kwaliteitsprobleem en een eventuele rol voor de KR hierin. Aanmeldingen: Jan Kremer, Anne-Miek Vroom, Bertine Lahuis, Niek Klazinga en Sophia de Rooij. Het secretariaat initieert de bijeenkomst.**

8 Kwaliteit en Opleidingen / Bekwaamheid

De voorzitter vraagt aan de KR-leden of zij zich kunnen vinden in de notitie die op basis van de bespreking tijdens de vorige vergadering is opgesteld.

Een KR-lid herkent de discussie in de notitie maar vindt deze nog te ruim opgesteld. Hij waarschuwt het Zorginstituut ervoor terughoudend te zijn qua bemoeienis met opleidingen en scholingen. Hooguit wanneer problematiek op dit punt naar voren komt bij het opstellen van een kwaliteitsstandaard. Een KR-lid wijst op problemen die ontstaan wanneer de opleidingen onvoldoende aansluiten op elkaar en op de zorgvraag. Als voorbeeld noemt zij de nu noodzakelijke screening van 220.000 verpleegkundigen. De rol van de KR hierin is een vraag, maar de signalering van dit soort problemen is belangrijk. Een KR-lid geeft aan dat het goed is om dit te signaleren vanuit de vraagstukken die bij de KR ter tafel komen, waarbij de rol van de KR enkel het signaleren zou moeten zijn. Een KR-lid is het eens met de notitie en de conclusies van de vorige sprekers. Wel mist hij in de notitie een uitspraak over het monitoren van onder- en overgekwalificeerd personeel. Beide kunnen tot kwaliteitsproblemen leiden. Is dit een taak voor het Zorginstituut? Een KR-lid wijst erop dat de KR in het kwaliteitskader verpleeghuiszorg oproept tot innovatieve zorgconcepten en dat het op grond daarvan van belang is om ook een oogje in het zeil te houden bij de ontwikkeling van de opleidingen. Een KR-lid stelt dat de conclusie van de notitie aangescherpt moet worden: gaan we ons nou wel of niet bemoeien met opleiding en scholing? Wat betekent de conclusie voor de werkwijze van de KR?

De voorzitter concludeert dat het Zorginstituut en subsequent de KR een rol hebben, maar alleen in het signaleren van opleidingsproblemen als die leiden tot kwaliteitsproblemen. Aangescherpt moet dus worden wat die bemoeienis, naast het signaleren, kan inhouden. Wanneer wel een probleem, wanneer niet en welke stappen kunnen worden genomen door de KR? De voorzitter vraagt de opstellers van de notitie om deze aan te scherpen op grond van de gevoerde discussie, en deze ter bespreking voor te leggen in de volgende vergadering.

□ **Actie: aanscherpen conclusie notitie op grond van gevoerde discussie ter bespreking in de volgende vergadering op 16 maart 2017. Celeste van der Vliet pakt dit op in samenwerking met Jan Kremer.**

9 Indicatoren MSZ

Toelichting Petra Beusmans. Vorig jaar zijn er governance afspraken gemaakt met de relevante partijen betreffende de (door)ontwikkeling en aanbidding van de MSZ-indicatorensets. Hierbij is het besluitvormingsproces zo ingericht dat het Zorginstituut knopen doorhakt wanneer de partijen er onderling niet uitkomen. In de afspraken is gestreefd naar sets van maximaal 10 indicatoren en in totaal maximaal 1500 (sub)indicatoren. De voorzitter vraagt of we hiermee op de goede weg zijn. Petra Beusmans geeft aan dat de procesafspraken nog niet aangeven of we de goede dingen meten. In samenwerking met VWS wordt ingezet op de ontwikkeling van uitkomstindicatoren en deze een prominentere plek te geven. We zien in de sets nu wel een toename in het aantal uitkomstindicatoren, maar deze zijn nog lang niet allemaal transparant. Partijen werken met een gefaseerde transparantie.

Een KR-lid bedankt voor de heldere notitie. Het is hoopgevend dat er meer informatie automatisch wordt aangeleverd en niet van zelfrapportage van ziekenhuizen afkomstig is. Ook het betrekken van IGZ is positief. Naar aanleiding van de notitie heeft een KR-lid vier opmerkingen:

1. Hij is niet overtuigd van de bijdrage van alle 1500 indicatoren aan leren en verbeteren. Hoe kan het leren op deze indicatoren door de organisaties zichtbaar gemaakt worden? Het zou goed zijn om inzicht te hebben in de 'actionability' van de 44 indicatorensets;
2. Goed om een mijlpaal als prikkel te stellen voor het stimuleren dat steeds meer informatie automatisch kan worden aangeleverd, bijvoorbeeld 80% in 2020. En waar nodig hiervoor registraties te koppelen;
3. Uitkomstmaten zijn vaak van toepassing op meerdere aandoeningen. Goed om deze generieke maten over de sets heen te standaardiseren;
4. Goed om voor de gewenste standaardisatie onder punt 3 ook naar internationale uitkomstmaten te kijken.

Aansluitend benadrukt de voorzitter dat het inderdaad goed bij de rol van de KR past om inzicht te verkrijgen in wat er met de indicatoren en de hieruit volgende kwaliteitsinformatie gebeurt. Een KR-lid wijst op de ROM-discussie in de GGZ die op dit moment speelt. Kern van de discussie draait hierbij om: van wie zijn de data en is de aan de data gegeven betekenis wel correct? Discussie draait uiteindelijk om wie wanneer welke data transparant mag maken. De KR hoeft hierbij niet iedere indicator in het toetsproces onder ogen te krijgen, maar moest wel op de hoogte zijn van het transparantieproces zelf en vooral waar het gebruik van de indicatorensets toe leidt. Een KR-lid benadrukt dat het, naast de leerkant van de zorgaanbieders, ook van belang is om de gebruikerskant van de informatie in de gaten te houden. Wordt de informatie wel gebruikt om te kiezen?

Petra Beusmans geeft aan dat het feit dat het Zorginstituut waar nodig knopen doorhakt bij de totstandkoming van de sets, bijv. als beroepsgroepen bezwaar maken, in het veld soms gepercipieerd wordt als de toepassing van doorzettingmacht, maar dat dit feitelijk de toepassing van de governance-afspraken is. Celeste van der Vliet brengt namens Jan Kremer het voorstel in om met een kleine afvaardiging te reflecteren op het proces van (door)ontwikkeling van de indicatorensets te kijken naar de bruikbaarheid van de sets om een uitspraak te doen over de kwaliteit van zorg. De voorzitter geeft aan dat binnen de KR is afgesproken om dit toetsproces bij het Zorginstituut te laten en alleen de uit het ontwikkelproces naar voren komende knelpunten in de KR te bespreken. Hoe groot is het probleem? Een KR-lid geeft aan dat voor de gevallen waarbij de wetenschappelijke verenigingen er onderling niet uitkomen en de Federatie de knoop doorhakt en de set aanbiedt aan het Zorginstituut, het probleem niet groot lijkt. Je kunt hierover wel als

Zorginstituut het gesprek voeren met de Federatie. Petra Beusmans geeft aan dat er vanuit het Zorginstituut gesprekken lopen met de Federatie. De voorzitter herhaalt vooral geïnteresseerd te zijn in inzicht in waartoe de sets leiden. Een KR-lid stelt voor dat het wel goed zou zijn om voor twee of drie aandoeningen te bekijken waar het proces en de indicatorensets toe geleid hebben. Petra Beusmans geeft aan dat de werkgroepen hier graag over komen vertellen. Een KR-lid stelt dat het belangrijk is om dit vanuit de KR goed te framen, dus dat we geïnteresseerd zijn in het lerend vermogen en de bijdrage van de sets aan de kwaliteit van zorg en deze exercitie niet gericht is op een verkapte inzet van doorzettingsmacht. Een KR-lid voegt toe dat het vanuit de KR goed is om setoverstijgend te bevragen op standaardisatie en koppeling van registraties, om administratieve lasten te beperken en vergelijkbaarheid te vergroten. Petra Beusmans geeft aan dat het bevragen van de KR op deze punten het Zorginstituut helpt in gesprek met de betrokken partijen. Wel zie je dat de gewenste samenwerking tussen de partijen op gebied van registratie vorm begint te krijgen, waarbij de ontwikkeling van het Landelijk Schakelpunt Kwaliteitsregistraties een rol speelt.

□ Besluit: de KR wil niet op detailniveau betrokken worden in het proces van de indicatorensets, maar wil zicht op de consequenties van het gebruik van de sets. Om hier gevoel bij te krijgen wil de KR om te beginnen voor drie aandoeningen de werkgroepen uitnodigen om hierover te presenteren. Het Zorginstituut initieert de uitnodiging.

10 Wijkverpleging stavaza

Toelichting Margje Mahler. Er zijn vijf partijen betrokken bij de ontwikkeling van een richtinggevend kader en bijhorende meetinstrumenten, zijnde V&VN, Actiz, BTN, PFN en ZN. Deadline aanlevering 6 maart 2017. 12 januari is bestuurlijk overleg geweest tussen de partijen. De aanbidding van de meetinstrumenten (Zorgkaart, NPS en PREMs) ligt op schema. Over de tijdige totstandkoming van het richtinggevend kader zijn de partijen voorzigtiger. Dit is volgens partijen verbonden aan de ontwikkelagenda van werk- en stuurgroep onder leiding van VWS. Ter vergadering is op 12 januari afgesproken dat het Zorginstituut en VWS hierover afstemmen. V&VN wilt graag komen presenteren, maar dit is niet hetzelfde als aanbieden van het kader aan het Register. Goed om dit te bespreken met de betrokken partijen.

Een KR-lid heeft geen vertrouwen in de tijdige totstandkoming van het kwaliteitskader wijkverpleging. Zij bespeurt onvoldoende focus bij de betrokken partijen om krachtig door te zetten op de ontwikkeling van dit richtinggevende kader. Margje Mahler vraagt welke stappen de KR wil zetten om beweging te stimuleren? De voorzitter vraagt aan een KR-lid of zij als ambassadeur vanuit KR wilt aanhaken bij het ontwikkelproces. Sjaak Wijma geeft aan dat de deadline op de MJA op 6 maart gezet is. Pas dan hebben we zicht op wat er ligt en op de hieruit volgende problemen en kan er gesproken worden over een reëel tijdspad waarbinnen deze geadresseerd moeten worden. Pas na 6 maart en bij het niet halen van de deadline kan de KR vanuit kwaliteit richting geven. Margje Mahler vult aan dat het voor die tijd wel goed is om de partijen te wijzen op de verwachtingen vanuit het Zorginstituut op 6 maart volgend vanuit de MJA-afspraken. De voorzitter stelt voor dat een KR-lid en Margje Mahler tot die tijd de lijnen kort houden m.b.t. dit onderwerp. De volgende vergadering (na de MJA-deadline) komt dit onderwerp terug op de agenda.

□ Besluit: Petrie Roodbol haakt aan bij het dossier wijkverpleging. Het onderwerp komt ter bespreking terug op de agenda van de volgende vergadering op 16 maart

2017.

11 DZM-trajecten stavaza

IC-zorg

Toelichting Vera Jansweijer. Afgelopen zomer heeft de KR de kwaliteitsstandaard vastgesteld. Daarmee startte de implementatiefase, waarvoor de Stuurgroep IC in het leven is geroepen. De beginperiode heeft Jan Kremer de SG voorgezeten als technisch voorzitter. Vorige week heeft Diederik Gommers, voorzitter van de NVIC, het voorzitterschap van Jan Kremer overgenomen in het kader van gefaseerde teruglegging van de regie bij de veldpartijen. Vera Jansweijer blijft het secretariaat uitvoeren. Op 1 januari 2017 zouden alle ziekenhuizen moeten zijn aangesloten bij een netwerk voor IC-zorg. Een tiental ziekenhuizen is nu nog niet aangesloten. Er heeft een eerste overleg plaatsgevonden tussen de SG, het Zorginstituut, de IGZ en de NZa over de bekostiging van en toezicht op de implementatie. De indicatoren voor de IC-standaard staan op de MJA met als deadline 1 oktober, maar eerst gaat de conceptset mee in het MSZ-traject om te kijken welke indicatoren in aanmerking komen voor transparantie.

Een KR-lid geeft aan dat de indicatoren er goed uitzien. Goed dat wordt aangesloten op bestaande registraties. Met betrekking tot de indicatoren die gaan over de relatie tussen personeelsinzet en de zwaarte van de patiënten wel een opmerking. Nu breed opgesteld. Onderwerp de indicatoren aan een empirische toets m.b.t. wat is vastgelegd in de personeels- en patiëntenadministratie en hoe, alvorens deze vast te stellen. Mogelijk is aanscherping nodig om vergelijkbaarheid te vergroten. Denk bijvoorbeeld aan de te gebruiken definities van tijdseenheden etc.

Geboortezorg

Toelichting voorzitter. Vorig jaar zomer is de standaard Geboortezorg vastgesteld. De regie voor de implementatie is primair bij het CPZ belegd. In november is uitstel gevraagd op drie dossiers: 1. opleveren extra indicatorenset, 2. opleveren patiëntenversie en 3. het implementatieplan. Alleen met uitstel voor het laatste punt ging de KR/ZIN destijds niet akkoord. In december is vervolgens een implementatieplan aangeleverd door het CPZ, maar dat was onvoldoende concreet qua planning, targets en deelname van relevante partijen. Het CPZ is verzocht een aangepaste versie op te stellen. Inmiddels is door het CPZ een implementatiewerkgroep ingericht en is er een implementatiedeskundige aangetrokken. Verwachting is nu dat binnen twee weken dat herzien implementatieplan gereed is. Sjaak Wijma vult aan dat er nu in feite al sprake is van uitstel van oplevering van het plan tot maart, omdat de opstellers hierover eerst nog in gesprek willen gaan met de relevante partijen. Volgende week overleggen Sjaak Wijma en de voorzitter met het bestuur van CPZ over de stand van zaken.

Verpleeghuiszorg

Toelichting Margje Mahler. In het kader staan opdrachten voor de relevante partijen. Een deel van deze opdrachten brengt discussie met zich mee en je ziet de nog steeds bestaande spanningen tussen de veldpartijen. Voor het uitzetten van de opdrachten en het maken van de bijhorende planning wordt nu zo snel mogelijk de in het kader genoemde stuurgroep opgericht. Hierin worden in eerste instantie de geconsulteerde partijen, behalve de IGZ, opgenomen. Tijdens het eerste overleg wordt gezamenlijk gekeken welke partijen nog meer moeten worden aangehaakt. Het Zorginstituut zit de stuurgroep voor en verzorgt het secretariaat. Het Zorginstituut kan zo de voortgang monitoren en uiteindelijk toetsen of aan de opdrachten in het kader is voldaan. Net als bij IC wordt aangestuurd op het overdragen

het voorzitterschap aan de partijen. De trekkende rol bij het initiëren van de implementatie door het Zorginstituut is afgestemd met VWS. Qua implementatie wordt gekozen voor een regionale insteek d.m.v. het samenwerken met organisaties die zich letterlijk openstellen bij het implementeren van het kader en hierbij de relevante partijen in de regio aan te haken. Ingezet wordt op tussen de 12 en 15 regionale bijeenkomsten.

12 Rondvraag

Geen.

13 Sluiting

De voorzitter sluit de vergadering om 18:11 uur.