

verslag

Kwaliteitsraad (KR)

Vergaderdatum en –tijd 01 juni 2017, 15.30 – 18.00

Aanwezig Jan Kremer, Niek Klazinga, Petrie Roodbol, Bertine Lahuis, Hugo Keuzenkamp, Sophia de Rooij en Henk Nies.

Afwezig Niek de Wit en Anne-Miek Vroom.

Zorginstituut *Secretariaat*
Celeste van der Vliet en Joline van de Rijt.

Overig

Maud van der Veen, Jacqueline Solleveldt, Ineke Roede, Lonneke Koenraadt, Heleen Moerland, Rudi van der Valk, Uriëll Malanda, Nicolette Huiskes, Margje Mahler, Masja van den Burg, Freeke Mulder, Reinoud Doeschot en Edmar Weitenberg.

1 Opening en Mededelingen

De voorzitter opent de vergadering en heeft enkele mededelingen:

Kwaliteitskader GHZ

Een KR-lid meldt dat het vernieuwde Kwaliteitskader *Gehandicaptenzorg* (GHZ) onlangs is opgenomen in het Register. Er was geen reden om de Kwaliteitsraad voor het RvB-besluit te raadplegen, omdat het kader voldeed aan het Toetsingskader. De Kwaliteitsraad vraagt om toch het Kwaliteitskader *GHZ* voor een volgende keer te agenderen, omdat het veld enthousiast reageert en het positief ontvangen is. De Kwaliteitsraad is benieuwd wat ze ervan kunnen leren. Een KR-lid merkt op dat het een ander concept betreft waarbij ziekte en gezondheid centraal staat in plaats van een ziektegerichte aandoening. De "cure" kan hier leren van de "care".

(**Actie: Komt een volgende vergadering op de agenda. Een van de KR-leden wil het onderwerp mee helpen voorbereiden**

Cosmetische geneeskunde

Agendapunt 3.4 *Cosmetische geneeskunde* valt van de agenda. Afgelopen week zijn er verkennende gesprekken geweest met de verschillende partijen. Het geschil is of alleen medisch specialisten mogen snijden of de zogenoemde cosmetische chirurgen ook. Er wordt geprobeerd of er op korte termijn een plan van aanpak kan komen, anders gaat dit richting doorzettingsmacht.

(**Actie: Komt volgende keer op agenda**

Spoedzorg

De voorzitter merkt op dat er vandaag in Zorgvisie melding is gedaan door het Zorginstituut dat spoedzorg goed gaat en er voorlopig geen doorzettingsmacht ingezet gaat worden. Vreemd dat dit naar buiten gebracht wordt terwijl de voortgang van het MJA-traject nog niet in de Kwaliteitsraad besproken is.

(**Actie: Komt volgende keer op agenda**

Zinnige zorg

Een KR-lid vertelt dat hij kortgeleden bij het Zorginstituut een gesprek heeft gehad met Hans Paalvast en Celeste vd Vliet over het programma *Zinnige Zorg*. Hij vond het interessant voor de gehele Kwaliteitsraad. Op dit moment is noch de Adviescommissie Pakket (ACP) noch de Kwaliteitsraad aangehaakt. Mooi om te bespreken zijn het gebruik van indicatoren, praktijkvariatie en hoe hier met veldpartijen op te reflecteren. Een KR-lid vraagt of dit geagendeerd kan worden. Een KR-lid merkt op dat de Kwaliteitsraad misschien ook wel meer aandacht moet besteden aan de doelmatigheidsaspecten bij Kwaliteit. Dit kwam kortgeleden ook aan de orde naar aanleiding van discussie over verpleeghuiszorg en wat dit voor financiële consequenties heeft.

(**Actie: Komt een volgende keer op agenda**

1.1 Conflicterende belangen

Een KR-lid meldt zijn betrokkenheid bij de totstandkoming van de Kwaliteitsstandaard *Traumatisch Hersenletsel*, maar heeft daar verder geen belangen bij.

1.2 Heidag

Celeste van der Vliet heeft een originele vorm gevonden voor terugkoppeling, dank hiervoor. Een KR-lid heeft echter geen goed gevoel over de afgelopen heidag. Dit lag voor een groot deel aan de lage opkomst van leden en het in- en uitlopen van deelnemers. Voortaan kunnen we beter, als veel Kwaliteitsraad-leden niet kunnen, een andere datum plannen. Voorstel om de volgende heidag nogmaals met hetzelfde doel aan de gang te gaan.

Een KR-lid vraagt wat de Kwaliteitsraad gaat doen met de discussie over Routine Outcome Measurement (ROM). Het was een goede discussie, maar er valt meer over te concluderen dan de Kwaliteitsraad nu heeft gedaan. Een KR-lid merkt op dat de acties die eruit voortkwamen niet op het schema staan. Celeste licht toe dat het een goede oefening was om met verschillende petten op te adviseren. Er ligt vooralsnog een gemankeerd advies, dit heeft zij al eerder rondgestuurd. Een KR-lid merkt op dat rol van de Kwaliteitsraad en de relatie met *leren en verbeteren* nog specifiekier moet worden uitgewerkt in het visiedocument. Een KR-lid vult aan dat dit naar de volgende heidag wordt meegenomen.

(**Actie: Nogmaals de uitgewerkte consensus van de discussie over ROM rondsturen en kijken wat de Kwaliteitsraad ermee kan doen/in welke vorm.**

1.3 Overleg V&VN

Twee KR-leden melden dat er vanmiddag een positief gesprek was met Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN). Vanuit het Zorginstituut waren Laura Koopman en Celeste van der Vliet aanwezig. Er is gesproken over de aansluiting van indicatoren bij de kwaliteitsstandaarden, waar de beroepsgroep mee worstelt, evenals het eigenaarschap van producten. V&VN sluit goed aan bij de visie van de Kwaliteitsraad op *leren en verbeteren*.

V&VN legt de nadruk op de ontwikkeling van kwaliteitsstandaarden, maar wil hier wel indicatoren aan koppelen. Vanaf 2019 is bijvoorbeeld de pijnindicator veranderd, met daarbij een mooi voorstel om lerende systemen in ziekenhuizen beter te koppelen aan deze indicator. Ook andere indicatoren (vrijheid beperkende interventies, voeding en vochtbalans) gaan doorontwikkeld worden op dit vlak. V&VN is bezig na te denken hoe je nu kunt leren van de resultaten. Het blijkt lastig om dat wat gemeten wordt met de indicatoren daadwerkelijk terug te koppelen aan de verpleegkundigen. Hoe gebruik je de indicatoren om te verbeteren? Een KR-lid licht toe dat V&VN de "N=1 en N=30 regel" toepassen. Dit zijn casusbesprekingen voor teams aan de hand van één geval of aan de hand van een groep van ongeveer dertig gevallen.

V&VN is in contact met de twee grote leveranciers van informatiesystemen. Vooral discussie om registraties binnen de systemen te bouwen en niet in aparte modules. Er moet een link tussen het EPD en ICT-systemen en registraties komen.

V&VN stelde dit gesprek en alle tips die ze gekregen hebben op prijs en wil graag op deze manier contact onderhouden.

De Kwaliteitsraad vraagt zich af of er voldoende expertise aanwezig is, of er verbinding is met andere disciplines is en of er wordt rekening gehouden met de registratielast. Een KR-lid bevestigt dit. Als zorgverleners zich eigenaar voelen van een indicator en van het resultaat kunnen leren, ervaren ze dit niet als een administratieve last. Aanvullend wordt er gevraagd hoe het staat met de verbinding van andere disciplines en hoe het staat met de classificatiesystemen, i.v.m. registratie aan de bron. Een KR-lid legt uit dat de kernset wordt omgebouwd tot bouwstenen waarbij de verschillen classificatie talen aan elkaar gelinkt zijn.

1.4 AQUA

Op 22 en 23 juni is de jaarlijkse vergadering van de AQUA-expertgroep. De agenda is ter kennisname meegestuurd. Die ziet er goed uit. Deze visievraagstukken maken de relatie tussen Kwaliteitsraad en AQUA ook duidelijker; de onderwerpen die de KR heeft voorgesteld, zijn overgenomen. De voorzitter houdt tijdens deze vergadering een kort verhaal over de nieuwe visie van de Kwaliteitsraad. Ook twee andere KR-leden zijn aanwezig en leiden beiden een onderwerp in.

2 Verslag vd KR-verg 2 februari + data 2017

Een KR-lid vraagt wat ICHOM nu ook al weer inhoudt en wat de betrokkenheid van de Kwaliteitsraad en van het Zorginstituut is. Is het mogelijk dit uitgebreider te agenderen? Twee KR-leden hebben op regelmatige basis contact over ICHOM met Petra Beusmans van het Zorginstituut. Een deel van de Kwaliteitsraad maakt zich zorgen over de beeldvorming en hoe het technisch aangevlogen wordt. Ook de RVS maakt zich hierover zorgen. Een KR-lid geeft aan dat ICHOM duidelijk potentie heeft en de minister er ook belangstelling voor heeft. De Kwaliteitsraad vraagt of er nog keuzes zijn of dat dit geaccepteerd moet worden. De Kwaliteitsraad stelt voor om Petra uit te nodigen voor een toelichting en dan een half uur in de volgende vergadering te reserveren.

Een KR-lid maakt een opmerking over eHealth in het verslag en valt over de zin data uitwisseling & informatieoverdracht. Het lijkt nu alsof het twee verschillende zaken zijn, maar zijn beide niet onderdeel van kwaliteit? Een ander KR-lid geeft aan dat kwaliteit pas ontstaat als erover gesproken wordt en vraagt het KR-lid hoe hij het wil formuleren. Celeste van der Vliet geeft aan dat er een adviesvraag namens de Kwaliteitsraad in voorbereiding is, en nodigt het KR-lid uit om hierop mee te lezen.

Er wordt gevraagd of er in het vervolg minder afkortingen in verslag kunnen.

Celeste van der Vliet geeft aan dat de vergaderdata voor 2018 spoedig, mogelijk volgende week, voorgelegd worden.

(**Besluit: Verslag wordt met dank vastgesteld.**

(**Actie: Petra Beusmans uitnodigen om de Kwaliteitsraad voor te lichten over het proces m.b.t. ICHOM.**

3 Meerjarenagenda

3.1 Overzicht MJA

Het overzicht zal voortaan elke vergadering ter kennisname meegestuurd worden.

3.2 K&D artrose heup/knie

Lonneke Koenraadt-Janssen licht toe. Partijen willen de behandelstrategie *artrose van de heup en knie* actualiseren en eerste en tweede lijn beter op elkaar afstemmen om *stepped care* te realiseren. Afspraken hierover zijn onder meer vastgelegd in het Verbetersignalement voor mensen met artrose van knie en heup (Zorginstituut, 2014). Bovendien is de gezamenlijke ontwikkeling van kwaliteitsstandaarden voor fysio- en oefentherapeutische zorg onderdeel van de conservatieve behandeling van artrose bij knie/heup, een belangrijke voorwaarde voor opname van fysio- en oefentherapie in het basispakket. Door nu drie richtlijnen op de Meerjarenagenda te zetten, wil het Zorginstituut de ontwikkeling van de richtlijnen borgen en voorkomen dat de ontwikkeling van deze richtlijnen vertraging oploopt. Partijen zijn er al mee aan de slag gegaan en zijn op de hoogte van het voornemen van het Zorginstituut deze richtlijnen op de meerjarenagenda te plaatsen.

Er wordt gevraagd of diëtisten betrokken zijn, dit wordt bevestigd. Een KR-lid vraagt of de ICHOM-indicatoren *hip* en *knee* hierbij betrokken worden? Dit lijkt gewaarborgd, de voorzitter van de Nederlandse orthopedische vereniging was betrokken bij de totstandkoming van de ICHOM-indicatoren. Het Zorginstituut gaat deze set als pilot waarschijnlijk onderzoeken, om te kijken wat de mogelijkheden zijn.

Een KR-lid wijst erop dat er vergelijkbare mechanismen spelen bij andere fysiotherapeutische aandoeningen en vraagt of die ook op de agenda staan. Lonneke geeft aan dat hiervoor aandacht is in het vervolgtraject op het *Systeem Advies Fysio- en oefentherapie*. Op dit moment heeft het Zorginstituut samen met partijen de onderwerpen *COPD* en *Lage rugklachten* geagendeerd. Voor deze onderwerpen beoordeelt het Zorginstituut de effectiviteit van fysio- en oefentherapie. Als voorwaarde voor een mogelijk positief advies vanuit het Zorginstituut is gesteld dat partijen werken aan de (door)ontwikkeling van een kwaliteitsstandaard

Een KR-lid geeft aan dat fysiotherapie goedkoper is dan opereren, maar dat het wel echt effectief moet zijn. Lonneke legt uit dat het Zorginstituut (altijd) eerst de effectiviteit van fysio- en oefentherapie bij een bepaalde aandoening beoordeelt. Als deze wetenschappelijk kan worden onderbouwd, kan het Zorginstituut -gegeven de overige pakketcriteria- een positief advies uitbrengen aan de Minister voor opname in het basispakket. Een belangrijke voorwaarde voor de Minister om een advies van het Zorginstituut op te volgen zijn aantoonbare substitutie-effecten.

Een KR-lid wijst erop dat het begrip *stepped care* achterhaald is en dat er tegenwoordig gesproken wordt over *matched care*. Je zet in wat het beste is voor de patiënt. Triage aan het begin is belangrijk.

- (**Besluit: De Kwaliteitsraad adviseert het RvB van het Zorginstituut de volgende richtlijnen op de MJA te plaatsen:**
- Multidisciplinaire richtlijn conservatieve behandeling van artrose
 - Richtlijn totale heupprothese
 - Niet traumatische knieklachten.

3.3 Wijkverpleging

Sandra Landa en Aster de Lange zijn er niet. Celeste van der Vliet geeft aan als er vragen zijn dat zij die kan doorgeven.

De Kwaliteitsraad maakt zich zorgen over het tempo. Een KR-lid benoemt dat dit ook in het gesprek vandaag met V&VN is besproken, ze hopen het op tijd af te hebben en hopen het te stroomlijnen met verpleeghuiszorg.

De Kwaliteitsraad vraagt zich af wat er nu precies op de MJA staat. Celeste geeft aan dat de indicatoren op de MJA staan, maar het Kwaliteitskader niet. Partijen hebben echter hun commitment gegeven, ze gaan de producten ontwikkelen volgens de criteria van het toetsingskader. Het gaat om *verpleging en verzorging*. Ze komen met een plan van aanpak voor het bestuurlijk overleg met het Zorginstituut van september. De Kwaliteitsraad komt er daarna op terug. [*Informatie van Aster de Lange: Het Zorginstituut heeft de betrokken partijen geïnformeerd tijdens een presentatie en Aster, of een collega, schuift aan bij de werkgroep. De eerstvolgende werkgroep is op 20 juni as.*]

Een KR-lid geeft aan dat er een wijkverpleegkundig genootschap (*Het Nederlands Wijkverpleegkundig Genootschap (NWG)*) is gestart. Zij willen ook de professionalisering van de wijkverpleging versnellen, ze zijn bij het proces betrokken. Een KR-lid houdt verder vinger aan de pols.

(**Besluit: Komt na het bestuurlijk overleg met het Zorginstituut van september terug op de agenda**

3.5 Hulpmiddelen

Ineke Roede licht toe. Op 16 maart 2017 is in de Kwaliteitsraad de toenmalige stand van zaken toegelicht: in het bestuurlijk overleg *hulpmiddelen* van VWS van 15 maart 2017 zijn het Generiek Kwaliteitskader Hulpmiddelenzorg en de drie modules voor diabetes, stoma en continëntie hulpmiddelen inhoudelijk geaccordeerd door de relevante partijen, onder voorbehoud van:

- 1) Een goed implementatieplan voor de doorontwikkeling van de drie modules en het Generiek Kwaliteitskader Hulpmiddelen (GKH), inclusief afspraken over eigenaarschap en welke partij welke opdracht met welke deadline op zich neemt;
- 2) De werkgroepen voor *stoma* en *continentie* werken op korte termijn beide nog een inhoudelijk punt verder uit.

Het was de verwachting dat de drie modules en het GKH, met een beperkte overschrijding van de deadline, in april 2017 aan het Register zouden worden aangeboden. Dit is echter alleen voor de module *diabetes* gebeurd. Voor deze module geldt hierbij dat de relevante partijen het Zorginstituut op één onderdeel vragen een knoop door te hakken. Het betreft de vraag of gewijzigd prijsbeleid reden is voor substitutie van de bloedglucosemeter.

Er is een formele brief aan de voorzitters van de werkgroepen verzonden met het verzoek aan te geven wanneer zij de andere modules en het GKH denken aan te bieden aan het Register. De modules *continentie* en *stoma* en het GKH worden na aanbidding eind juni getoetst en vervolgens voorgelegd aan de Kwaliteitsraad.

1. Kan de Kwaliteitsraad positief adviseren over opname van de module *diabetes hulpmiddelen/ 'consensusdocument kwaliteitscriteria voor standaard bloedglucosemeting'* in het Register met uitzondering van het punt met betrekking tot substitutie van de bloedglucosemeter?
2. Hoe adviseert de Kwaliteitsraad om doorzettingsmacht in te zetten op genoemd punt uit de module *diabetes* zijnde paragraaf 3.2.1, met name de alinea met daarin de zin 'Vooralsnog is dit geen reden tot substitutie.' (blz. 15)?
3. Wat is het advies van de Kwaliteitsraad m.b.t. de voortgang als op de aangegeven data de modules *continentie*, *stoma* en het GKH nog niet zijn aangeboden?

Een KR-lid is voorzitter van de in te stellen subcommissie/ expertgroep die een

uitspraak zal doen over het genoemde punt met betrekking tot substitutie van de bloedglucosemeter. Ook een ander KR-lid en eventueel weer een ander KR-lid nemen zitting hierin. Vanuit het Zorginstituut nemen Ineke Roede en Jacqueline Solleveldt zitting en er wordt iemand toegevoegd vanuit het team Juridische Zaken omdat er vragen zijn met betrekking tot concurrentiebeding. Daarbij zitten de juristen van verschillende belanghebbende partijen klaar om de gevolgde processen kritisch te bekijken. Ook komt er iemand vanuit de zorg die tevens patiënt is de commissie versterkten. Er ligt al een plan van aanpak (meegestuurd).

Een KR-lid vraagt of dit vraagstuk wel over kwaliteit gaat, of dat dit alleen een economische vraagstuk is? Een KR-lid legt uit dat iedere patiënt een eigen meter heeft, die het goed moet doen, maar dat het eigenlijk gaat om de bijbehorende stripjes. Het is de vraag of een patiënt een andere meter moet aanschaffen omdat die goedkoper is. Het heeft voor de verpleging veel voeten in de aarde om de patiënt opnieuw te leren omgaan met de meter. De kwaliteitsvraag is hier eigenlijk: 'hoe vaak mag een patiënt wisselen van bloedglucosemeter om goede waardes te krijgen?'

[*Toevoeging van Ineke Roede: De vraag is of een patient van meter mag wisselen omdat de prijzen verhoogd worden, of omdat een andere meter goedkoper is en onder welke voorwaarden. De patiëntenvereniging (DVN) enerzijds (gesteund door V&VN) stelt dat substitutie van de bloedglucosemeting wegens economische redenen onder geen enkele voorwaarde toegestaan kan worden, terwijl anderzijds de verzekeraars (en met hen leveranciers en apothekers) zeggen dat dit niet verboden kan worden, want dit is strijdig met het concurrentiebeding.*]

Een KR-lid vraagt zich af of ook de principekant meegenomen kan worden, hoe ligt de verhouding tussen patiëntenlast en economische waarde. Kan er gekeken worden of er bij dit advies wegingscriteria te bepalen zijn, die bij vergelijkbare vraagstukken toegepast kunnen worden? Een KR-lid maakt de vergelijking met het preferentiebeleid. Hier speelde eigenlijk hetzelfde en het heeft heel veel geld bespaard.

Een KR-lid vraagt hoe ontwikkeling van de modules *continentie* en *stoma* nu lopen. Ineke Roede geeft aan dat daar geen vergelijkbare problemen meer zijn. In juli worden deze modules –na toetsing- aan de Kwaliteitsraad voorgelegd.

(**Besluit: de Kwaliteitsraad stemt in met plan van aanpak voor de doorzettingsmacht op 1 punt uit de module *diabetes* en stemt in met opname van de module *diabetes* in het Register, met de kanttekening dat doorzettingsmacht wordt ingezet op het punt 'substitutie van de bloedglucosemeter op economische gronden' en dat de tekst over dit onderwerp later wordt toegevoegd aan de module. De KR verwacht dat het advies over genoemd punt rond 1 augustus gereed zal zijn.**

3.6 Intra-arteriële behandeling (IAT)

Nicolette Huiskes licht toe. Op 13 maart jl. heeft het Zorginstituut de ontwikkeling van de kwaliteitsstandaard, inhoudende ten minste een beschrijving van de kwaliteitscriteria (waaronder een volumennorm), de indicaties en de beschrijving organisatie van zorg, in navolging van het advies van de Kwaliteitsraad, op de MJA geplaatst met als deadline 1 juni 2017.

De onderstaande documenten zijn op 1 juni 2017 door de relevante partijen gezamenlijk aangeboden:

- Volume- en kwaliteitsnormen voor IAT-centra en centra die acute beroertezorg aanbieden;

- Een regionaal voorbeeldprotocol ter uitwerking van de regionale samenwerkingsafspraken en verantwoordelijkheidstoedeling in de spoedketen;
- Een vernieuwde richtlijn acuut herseninfarct en hersenbloeding waarin de indicatiestelling voor IAT is beschreven;
- Een voorlegger die bovenstaande documenten verbindt.

De aangeboden kwaliteitsstandaard *Acute Herseninfarct* voldoet aan de criteria van het Toetsingskader. Met de gezamenlijke aanbieding van de standaard is door de relevante partijen een belangrijke stap gezet naar gepast gebruik van IAT, gericht op stimulatie van kwaliteit van zorg en ingebed in de regionale CVA-spoedketen. Er is hierbij breed draagvlak en eigenaarschap getoond voor verdere implementatie van de zorg passend binnen de door de minister uitgezette randvoorwaarden.

Met oog op de in de kwaliteitsstandaard opgenomen volumenormenten voor behandelcentra die IAT aanbieden het volgende. Bij de aanbieding van de kwaliteitsstandaard is aangegeven dat dit minimumnormen zijn, en geen optimale of streefnormen. Voor een optimale inrichting is bij het maken van afspraken ook weging van de beschikbaarheid en doelmatigheid van deze zorg van belang. Hiervoor bestaan geen criteria. In de werkgroep van de relevante partijen is gesproken over een vervolgtraject waarbij de Regionaal Overleg Acute Zorg (ROAZ) regio's de opdracht krijgen om in hun regio te inventariseren wat ziekenhuizen van plan zijn. Op basis van deze plannen en de bovenregionale samenhang kunnen de relevante partijen beoordelen wat voor effect het heeft als er een verschuiving in het aanbod plaatsvindt en of er geen witte vlekken in Nederland zijn. Een KR-lid vult aan dat het goed is om de totstandkoming en uitvoering van de regionale afspraken, die invulling geven aan een doelmatige implementatie van de kwaliteitsstandaard, te blijven monitoren en over een jaar de stand van zaken nogmaals te evalueren. Als het Zorginstituut hiervoor een opdracht aan de sector formuleert, kunnen we een vinger aan de pols houden.

Een KR-lid vraagt of hier ook ICHOM-indicatoren voor zijn. Een ander KR-lid geeft aan dat die er wel zijn. Het is een goede suggestie om deze mee te nemen. Momenteel zijn de indicatoren die de functionele gezondheidsstatus en de criteria aan instellingen meten met de kwaliteitstandaard verbonden.

Een KR-lid vraagt of er nog iets komt voor de hele beroertezorg. Nicolette licht toe dat deze richtlijn onderdeel is van de richtlijn *Beroertezorg*, deze ligt op dit moment ter autorisatie en wordt gefinaliseerd.

De Kwaliteitsraad complimenteert alle partijen en Nicolette en andere medewerkers van het Zorginstituut.

Een KR-lid vraagt waarop de volumenorment van 50 gebaseerd is. Nicolette geeft aan dat dit gebaseerd is op de expert opinion van neurologen. Daarnaast vraagt het KR-lid of er zicht is op de totale doorlooptijden, dit is een grote wens van zorgverzekeraars en patiënten. Over verslagjaar 2018 wordt dit nog niet transparant gemaakt, maar wel op den duur. Momenteel wordt dit onder regio's gedeeld. Kan het Zorginstituut op termijn deze indicator vragen voor transparantie?

Een KR-lid geeft aan dat het woord interventielogist een vreemd woord is en stelt voor om het woord interventionist te gebruiken.

Besluit: de Kwaliteitsraad adviseert het Zorginstituut de kwaliteitsstandaard *Acute Herseninfarct* op te nemen in het Register. Tevens adviseert de Kwaliteitsraad het Zorginstituut om de relevante partijen de opdracht mee te geven de totstandkoming en uitvoering van de regionale afspraken, die

invulling geven aan een doelmatige implementatie van de kwaliteitsstandaard, alsmede de bovenregionale afstemming hiervan, te monitoren en hierover aan het Zorginstituut te rapporteren. De Kwaliteitsraad adviseert het Zorginstituut om de implementatie op basis hiervan te evalueren.

3.7 KOPP/KVO

Een KR-lid heeft geïnformeerd bij het Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGZ, ze zien geen beren op de weg. Ze stelt voor om het advies over te nemen.

↳ **Besluit: de Kwaliteitsraad stemt in met:**

- 1. het verzoek om de oplevertermijn van de kwaliteitsstandaard KOPP/KVO te bepalen op 31-12-2018.**
- 2. de overdracht van de ontwikkeling van de generieke module KOPP/KVO van PGtop naar het Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGZ.**

3.8 Mondzorg

De volgende vergadering komt Hugo Trouw eventueel met iemand van KiMo toelichting geven op de stand van zaken. Een KR-lid merkt op dat Consumentenbond aandringt op snelheid.

↳ **Actie: Komt volgende keer op agenda**

3.9 Subgroep MJA: advies agenderen

Een KR-lid geeft aan dat de Kwaliteitsraad volgens het advies van de subgroep MJA van de Kwaliteitsraad een belangrijk rol krijgt in het agenderingsproces. De subgroep heeft drie adviezen gegeven:

- 1) De Kwaliteitsraad adviseert het Zorginstituut te onderzoeken of de bronnen (genoemd in de bijlage) bereid zijn samen te werken en informatie te delen met het Zorginstituut. Om werk te voorkomen en niet opnieuw het wiel uit te vinden.
- 2) De Kwaliteitsraad adviseert om per bron (zie bijlage) te onderzoeken of op basis van de door hen verzamelde signalen kwaliteitsvraagstukken kunnen worden geïdentificeerd, die leven in de samenleving en waarop het ontwikkelen van een kwaliteitsproduct oplossing biedt, maar die nog niet door partijen in de zorg worden opgepakt.
- 3) De Kwaliteitsraad adviseert het Zorginstituut om de Kwaliteitsraad te betrekken bij het analyseren van de signalen en identificeren van de kwaliteitsvraagstukken.

Een KR-lid vraagt of deze bronnen werken? Melden mensen zaken bij deze bronnen? En mag het Zorginstituut deze bronnen wel gebruiken? Het KR-lid legt uit dat er nog verkend moet worden in hoeverre het Zorginstituut deze bronnen mag ontsluiten. Er wordt van deze bronnen veel gebruik van gemaakt, het is de kunst om te aggregeren en de klagende mensen eruit te filteren. De vraag is hoe hoog het realiteitsgehalte is. Volgens de Kwaliteitsraad moet hiermee ervaring opgedaan worden of het gaat werken. Lerende wijs moet dit verscherpt worden. Lonneke Koenraadt merkt op dat de IGZ zelf als bron zorgt voor de filtering, dit hoeft het Zorginstituut of de Kwaliteitsraad niet te doen.

Een KR-lid vraagt of dit wel een manier is om proactief te signaleren. Een ander KR-lid geeft aan dat er in het stuk scherper onderscheid gemaakt moet worden tussen reactief signaleren via de beschreven stappen en proactief door de Kwaliteitsraad. De Kwaliteitsraad kan altijd adviseren om iets op de MJA te plaatsen. Hierbij kunnen ook andere bronnen dan de genoemde bronnen geraadpleegd worden. Een KR-lid raadt aan om ook internationale vergelijkingen te gebruiken als bron, zoals Choosing Wisely.

Een KR-lid heeft nog wel een onderwerp dat belangrijk is om te gaan agenderen:

doelmatige diagnostiek. Een andere keer zal de Kwaliteitsraad hier verder over praten, Celeste van der Vliet meldt dat het Zorginstituut binnen het programma *Zinnige zorg* hier wel aandacht aan besteed.

Een KR-lid merkt nog op dat er gelet moet worden op de communicatie van dit document. De Kwaliteitsraad adviseert om hier actief mee naar buiten te gaan. Ook moet het document aan AQUA ter kennisname gestuurd worden. De Kwaliteitsraad bedankt de subcie en Ferry voor het geschreven stuk

(**Actie: Ook het gebruiken van internationale vergelijkingen als bron opnemen in het advies.**

4 DZM trajecten

4.1 Geboortezorg

Uriell bedankt de Kwaliteitsraad-leden voor de vlotte reacties. Op 6 april jl. verzocht het Zorginstituut de Kwaliteitsraad om een indicatorenset Integrale Geboortezorg te ontwikkelen. Na meerdere herinneringen bleek op 1 april 2017 dat het de relevante veldpartijen niet gelukt is om de set indicatoren Integrale Geboortezorg gezamenlijk voor die datum voor te dragen. De expertcommissie *geboortezorg* van de Kwaliteitsraad heeft, met ondersteuning van twee onafhankelijke adviseurs, de indicatorenset ontwikkeld met maximaal gebruik van wat het veld al met draagvlak ontwikkeld en opgeleverd had. Tussen 12 mei en 22 mei is de concept indicatorenset ter consultatie voorgelegd aan alle betrokken partijen. Wanneer een reactie een aanmerkelijke verbetering van de indicatorenset betekende, is deze verwerkt in de uiteindelijke versie. Uriell licht toe dat er vooral discussie over de cliëntervaringsvraag was, met name over de ReproQ. Vooral zorgaanbieders hadden toch veel vraagtekens bij de vragenlijst, omdat er veel implementatie problemen te verwachten zijn. De vragenlijst brengt ook behoorlijke administratieve lasten met zich mee. Er is daarom een voorstel gedaan vanuit de Kwaliteitsraad om de NPS vast te stellen in plaats van de ReproQ, zodat er op korte termijn toch iets van cliëntervaring beschikbaar is. Uiterlijk na twee jaar moet het veld gezamenlijk bepalen of de NPS blijft. Daarnaast moeten de regio's (VSV-niveau) gaan experimenteren met uitgebreidere cliëntervaringsinstrumenten voor *leren en verbeteren* en kijken of het kan toegroeien naar een landelijk instrument. Op de twee andere onderdelen, zorginhoudelijk en klantpreferenties, is niet zoveel commentaar geweest. Een KR-lid heeft met de partijen gebeld. Zorgverzekeraars Nederland was iets teleurgesteld, want ze hadden veel geïnvesteerd in de vragenlijst. Bij het college perinatale zorg was ook teleurstelling over het inzetten van doorzettingsmacht, omdat de Kwaliteitsraad hiermee ook zegt dat de kwaliteitsdiscussie richting de regio's moet gaan. Voor de Patiëntenfederatie waren de klantpreferenties, dat zijn de indicatoren waarbij keuzinformatie centraal staat, erg belangrijk. Een KR-lid is niet gelukkig met de NPS want het lerend vermogen bij vergelijken met andere organisaties is nihil. Daarnaast geeft hij aan dat een samengestelde indicator zoals de AOI-5 een aantal dingen verhuult. Een voorbeeld is de indicator over *whole obstetric trauma* (inscheuren). Wanneer deze indicator apart transparant wordt gemaakt kan deze mogelijk een betere indruk van de kwaliteit geven. De gegevens staan immers al in de basisregistratie. De opmerking over samengestelde indicatoren is eerder als advies meegegeven.

Een KR-lid merkt op dat als partijen het er tripartiet over eens zijn, de Kwaliteitsraad de autoriteit mist om iets te vinden van de keuze van veldpartijen. Een ander KR-lid vraagt zich af of de Kwaliteitsraad toch geen advies mee kan geven aan de partijen. De Kwaliteitsraad adviseert om mee te geven om bij doorontwikkeling te kijken of onderdelen van samengestelde indicators niet apart gerapporteerd moeten worden en te benadrukken dat de NPS een tijdelijke

oplossing is.

Een KR-lid maakt een kanttekening, dat vanuit het perspectief van de bestuurder het wel heel prettig is om de NPS te meten, deze indicator heeft een namelijk een andere functie. Je krijgt namelijk een beeld van hoe de patiënt aankijkt tegen de organisatie.

Besluit: De Kwaliteitsraad adviseert de RvB van het Zorginstituut om de indicatorset op te nemen in het Register met in achtname van de bovenstaande opmerkingen.

4.2 Traumatisch hersenletsel

Een KR-lid licht kort toe. Er is een informele belronde geweest, partijen vonden het een beetje vreemd dat er een doorzettingsmachttraject was en hadden het idee al klaar te zijn. Ze hebben in acht regio's al laten zien met de implementatie bezig te zijn.

Zorgverzekeraars Nederland (ZN) blijft erbij een eigen prioritering te hebben en komt hier niet op terug. In het bestuurlijk overleg tussen ZN en het Zorginstituut zou dit terugkomen, maar dit is niet gebeurd. Er spelen geen gevoeligheden, maar partijen vallen meer over het proces en het daarbij inzetten van doorzettingsmacht.

Op 12 juni is er overleg bij het Zorginstituut over het project met twee KR-leden, Madelon en Berend. Zij zullen de stappen en de brief beoordelen en vervolgens het concept van de standaard vaststellen.

5 Presentatie Jeugdhulp/Jeugdzorg

Een KR-lid en Reinoud Doeschot geven samen een presentatie. De sheets staan in de bijlage van dit verslag. Een van de vragen die aan de orde komen is de vraag hoe de Kwaliteitsraad omgaat met vraagstukken waarin de burger zich beweegt tussen de zorgverzekeringswet en het sociale domein. Als voorbeeld wordt de jeugdzorg genomen, maar dit kan even zo worden ingevuld door ouderenzorg, WMO en overige zorg.

Gebeurtenissen rondom de jeugdwet kunnen indirect impact hebben op de kwaliteit van de jeugdzorg. Binnen het sociale domein is er weinig aandacht voor governance-vraagstukken, maar er speelt wel een belangrijke governance vraagstuk. De gemeente speelt namelijk zowel de rol van financier, uitvoerder en beoordelaar. Daarnaast willen zij graag lokaal beleid voeren, maar hoe wordt dan op landelijk niveau de kwaliteit geborgd? Samenwerkend Toezicht Jeugd (STJ) heeft zijn rol hierin nog niet gepakt, ze zijn nog druk bezig met de herorganisatie.

Volgens een principe besluit moet het jeugd domein gaan aansluiten bij het Kwaliteitsinstituut. Als eerste stap wilt VWS een doorontwikkeling van de richtlijnen Jeugdhulp, zodat die in het Register kunnen worden opgenomen. Hiervoor stellen het Nederlands Jeugdinstuut (NJI) en het Zorginstituut een werkagenda op. De Kwaliteitsraad vraagt of het Zorginstituut alleen over de Zorgverzekeringswet gaat. Nee, het Zorginstituut gaat ook over de Wet Langdurige zorg en voor zijn kwaliteitstaken over de gehele zorg.

Een KR-lid benoemt dat er betere afstemming moet komen tussen NJI en de jeugd/kinderpsychiatrie vertegenwoordigd door het Landelijk Kenniscentrum Kinder- en Jeugdpsychiatrie (LKC-KJP). Het NJI vertegenwoordigt vanuit historie niet de psychiatrie maar de bredere jeugdzorg.

Reinoud merkt op dat de partijen zeker een jaar nodig hebben om met elkaar

goed contact te krijgen (huisartsen, LOC etc.). Verder is het de vraag of de Vereniging van Nederlandse Gemeenten (VNG) de gemeenten wel kan vertegenwoordigen, volgens een KR-lid is dit lastig. VNG is een branche, gemeenten willen veelal hun eigen beleid bepalen. De handvraag is of de kwaliteitstaak van het Zorginstituut aansluit bij doelstellingen van andere betrokken organisaties in het jeugddomein.

Een KR-lid merkt op dat de discussie ook andersom speelt, het grootste deel speelt zich af in het sociale domein. Je moet afbakenen, maar dat doet geen recht aan de zorg die geleverd is in een ander domein, waaraan andere eisen gesteld worden. Wat willen we/wat kunnen we hiermee?

Een-KR is benieuwd of de wet aangepast wordt. Reinoud merkt op dat op 15 juni duidelijker wordt hoe het verder zal gaan en koppelt dit terug. het Zorginstituut gaat dit volgen en team Juridische Zaken is hierbij betrokken.

Een KR-lid is contactpersoon vanuit de Kwaliteitsraad. Zij geeft aan dat het een complexe discussie met veel partijen is en veel belangen. Nadruk moet liggen op wat bijdraagt aan kwalitatief betere zorg. Er moet dus goed worden nagedacht over welke partijen betrokken moeten worden. De Kwaliteitsraad adviseert het Zorginstituut dan ook vaker hierover met de Kwaliteitsraad te overleggen.

Een KR-lid merkt op dat het een belangrijk vraagstuk is, die ook geldt voor ouderenzorg en gehandicaptenzorg, dit gaat over meer dan een miljoen mensen. Hij stelt voor dit breder te thematiseren dan alleen jeugdzorg. Andersom is dit een interessante casus om inzicht te krijgen en dit dan weer te verbreden.

Een KR-lid gaat jeugdzorg ook bespreken met Sjaak Wijma.

6 Implementatie DZM-trajecten

6.1 IC

Dit punt is niet besproken tijdens de vergadering. *[Wel is er een update per mail gestuurd door Vera Jansweijer, deze wordt met het verslag meegestuurd aan de Kwaliteitsraad.]*

6.2 Verpleeghuiszorg

Masja van den Burg geeft een korte toelichting. Er is een tripartiet samengestelde stuurgroep Verpleeghuiszorg samengesteld. Er zijn 28 opdrachten geformuleerd in het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg waarmee partijen nu aan de slag zijn gegaan. Inmiddels zijn zeven werkplannen tripartiet geaccordeerd, elf werkplannen zijn in bewerking, vijf werkplannen zijn inmiddels uitgevoerd en voor vijf opdrachten is nog geen plan opgesteld.

Een KR-lid heeft adviesvraag voorbereid en heeft een aantal aanvullende opmerkingen gemaakt. Zijn belangrijkste punt is dat het een multidisciplinair vakgebied is, maar niet alle disciplines zijn aangehaakt (bijvoorbeeld apothekers of diëtisten). Daarom moet er tijdig geschakeld worden met experts, ook vanuit de andere expertises. Dit is ook al doorgegeven aan de stuurgroep.

Het gaat goed, er wordt hard en constructief samengewerkt. Een KR-lid adviseert de Kwaliteitsraad hier positief over te adviseren.

Een KR-lid geeft nog mee dat het stuk over veiligheidsindicatoren erg procesmatig van insteek is en geeft geen informatie voor gesprek in de spreekkamer. Hij is bang dat dit niet tot vergelijkbare veiligheidsindicatoren leidt. Er moet ook gekeken worden naar informatie-infrastructuur en dataverzameling. Partijen willen graag dat experts binnen de Kwaliteitsraad vroegtijdig aansluiten.

Een KR-lid biedt zijn medewerking aan.

Een KR-lid geeft aan dat bij de uitwerking van de opdrachten de verbinding gelegd moet worden met het programma Langdurige zorg van ZonMw.

Een KR-lid vult aan dat er een programma is dat zich bezig houdt met landelijk puntprevalentiemetingen in verpleeghuizen rondom decubitus. Verpleeghuizen in het zuiden van Nederland zijn tevreden hierover. Kan een dergelijk project niet gekoppeld worden aan de vijf academische werkplaatsen, om te kijken hoe het meten aan leren kan worden gekoppeld? En als dit goed uitpakt vervolgens een opschaling te doen naar heel Nederland?

Een KR-lid relativeert dat er in het veld wordt aangegeven dat je je wel moet blijven realiseren wat het niveau is van de betrokken zorgverleners in de verpleeghuiszorg en daarmee de klus nu geklaard moet worden.

(**Actie: De KR adviseert positief over de werkplannen, maar stelt wel voor om de stuurgroepexpertise uit te breiden met multidisciplinaire expertise en aansluiting te zoeken bij bestaande kennisprogramma's.**

Margje bedankt iedereen voor bijdragen en betrokkenheid bij de bijeenkomsten van de Tour. De tour is nu ten einde en daarmee verwachten we ook dat de inzet van de KR in de nadere toelichting afgebouwd kan worden. Facts en figures:

- Er zijn tot nu toe 16 bijeenkomsten geweest; daar waren 1750 deelnemers. De bijeenkomsten voorzien duidelijk in een behoefte.
- Er is onder partijen veel angst en ruimtevreze, naast 'interpretatievragen'. Zorginstituut krijgt nog 50 vragen per dag zowel over het kader als de aanlevering van de informatie.
- 1100 mensen hebben naar de webinar gekeken en bij het aansluitende twitterspreekuur zijn meer dan 40 vragen gesteld
- 35 kamervragen over het kwaliteitskader (antwoorden zie ook bijlage)
- Er is een brief naar de tweede kamer gestuurd over de voortgang van de implementatie, met de financiële en juridische consequenties.
- Binnen publieke driehoek (IGZ-NZa en het Zorginstituut) wordt er gesproken over nadere uitwerking en fasering van de vereisten, de handhaving en de bekostiging van het kwaliteitskader. Ook daar is het uitgangspunt dat het primaat bij veldpartijen ligt. Vandaag zijn de inkoopkaders 2018 van de Wlz gepubliceerd en het Kwaliteitskader is de basis van het inkoopkader van de WIZ.

Een KR-lid vult nog aan dat hij voor Sjaak de argumenten om de governance code instrumenteel te maken nog op een rijtje heeft gezet.

Margje heeft ook nog nieuws over de informatie aanlevering/transparantieverplichting: 1 juli moet de informatie aan het Zorginstituut aangeleverd worden. 5% heeft geaccordeerd, 35% is bezig en 50 % heeft nog niks gedaan. Margje heeft contact opgenomen met brancheorganisaties en zij gaan hun leden nogmaals dringend verzoeken op tijd aan te leveren. Er zit namelijk handhaving op, het kwaliteitskader is wettelijk bindend.

7 Rondvraag

Geen.

8 Sluiting

De voorzitter sluit de vergadering om 18:00 uur.