

verslag Kwaliteitsraad (KR)

Datum en tijd	17 juli 2017; 15.30 – 18.00
Aanwezig	Jan Kremer, Niek Klazinga, Niek de Wit, Hugo Keuzenkamp, Sophia de Rooij en Henk Nies.
Afwezig	Petrie Roodbol, Anne-Miek Vroom en Bertine Lahuis.
Zorginstituut	<i>Secretariaat</i> Celeste van der Vliet en Berend Mosk. <i>Overig</i> Joline van der Rijt, Heleen van Andel, Jacqueline Solleveldt, Ineke Roede, Marjolein de Booij, Arnold van Halteren, Sjaak Wijma, Anco de Jong, Ineke van de Voort, Hugo Trouw, Jannes van Everdingen, Jacqueline de Rijk en Laura Koopman.
Bezoekers	Peter Holland, Marilou Muris (beleidsadviseur Patientenfederatie), Dirk Mettes (directeur KIMO), Laurie Ickenroth (projectmanager KIMO) en Ditte van Vliet (VGN).

1 Opening en Mededelingen

Welkom door de voorzitter. De voorzitter introduceert de aanwezigen inclusief bezoekers. Een van de verhinderde KR-leden heeft in een voorbespreking gereageerd op de agenda onderwerpen.

1.1 Conflicterende belangen

Er worden geen conflicterende belangen gemeld door de KR-leden.

1.2 AQUA

Een van de KR-leden licht toe. AQUA is op 22 en 23 juni bijeengekomen. Op voorhand heeft de Kwaliteitsraad een aantal agendaonderwerpen meegegeven. Het KR-lid dat deelgenomen heeft aan de tweede dag van de bijeenkomst, heeft de visie van de Kwaliteitsraad op kwaliteit gepresenteerd; samen leren en verbeteren. Verder is gesproken over wat AQUA voor de Kwaliteitsraad kan doen. Hij vond het een goede bijeenkomst en is onder de indruk van het netwerk van AQUA. Het is belangrijk om de aansluiting tussen de Kwaliteitsraad en de AQUA te borgen. Gezamenlijk kunnen we de visie op kwaliteit in de praktijk stimuleren, o.a. door te sturen op verantwoordelijkheid voor het leer- en verbeterproces in plaats van het afrekenen op strikte naleving van de richtlijnen.

Er stonden dit jaar drie thema's geagendeerd:

- 1 de input van PROMS en PREMS op richtlijnen;
- 2 de rol van data(bases) en andere registraties bij richtlijnontwikkeling, ter aanvulling op of in plaats van de traditionele empirische evidence; en
- 3 de aansluiting van richtlijnen op de praktijk.

Het KR-lid dat op de eerste dag aanwezig was heeft een inleiding gehouden over het eerste thema. In hoeverre worden PROMS al tijdens de systematische review meegenomen als uitkomstmaat en hoe kunnen meer empirische gegevens uit

Nederland worden gebruikt bij richtlijnontwikkeling? AQUA denkt hierover na en werkt dit uit in een tekstvoorstel voor de Kwaliteitsraad. Een ander KR-lid vraagt hoe e.e.a. past binnen het proces van richtlijnontwikkeling en hoe dit terecht komt bij de organisaties die de richtlijnen ontwikkelen. Het betrokken KR-lid antwoordt dat de hele richtlijnontwikkeling geprotocolleerd is. We zullen voornamelijk in het begin van het proces twee stappen moeten inbouwen om ten eerste bij de systematic review gericht te kijken naar PROMS en ten tweede te inventariseren welke data uit Nederlandse klinische registraties beschikbaar is. Binnen AQUA is de vertegenwoordiging van de professionele organisaties voldoende geborgd. Verder wordt een opmerking over deze ontwikkeling meegenomen in de inleiding van de Leidraad voor de ontwikkeling van kwaliteitsstandaarden van AQUA. Het is vervolgens belangrijk om volgend jaar opnieuw te bekijken of we zien dat deze slag in richtlijnontwikkeling gemaakt wordt.

Een KR-lid is benieuwd of AQUA gaat werken aan alternatieve tools om de implementatie van de visie op kwaliteit in de praktijk te bevorderen. PROMS maakt hier onderdeel van uit, maar mogelijk zijn er meerdere tools te bedenken.

1.3 Uit de RvB

Intra-arteriële behandeling (IAT) van acuut herseninfarct

Toelichting Berend Mosk. De kwaliteitsstandaard Acute Herseninfarct is op 10 juni door de RvB van Zorginstituut Nederland opgenomen in het Register. Met oog op het risico op versnippering van zorg volgt het Zorginstituut de implementatie van de kwaliteitsstandaard. Hiervoor heeft het Zorginstituut een brief aan de betrokken partijen geschreven waarin het Zorginstituut het Landelijk Netwerk Acute Zorg (LNAZ) en daarmee de ROAZ-regio's (Regionaal Overleg Acute Zorg), verzoekt om eerst op 1 oktober 2017 en vervolgens op 15 juni 2018 te rapporteren over de implementatie. Op grond hiervan zal het Zorginstituut de totstandkoming en doelmatige uitvoering van de gemaakte regionale afspraken evalueren en aan de minister van VWS rapporteren. Op 21 juni zijn de ROAZ-regio's hierover door het LNAZ geïnformeerd.

Daarnaast heeft het Zorginstituut de voorgestelde werkwijze voor de implementatie opgenomen in een advies aan de minister over de kwaliteitsstandaard. De minister heeft als volgt op het advies gereageerd: "Ik vind dat in dit voorstel op doordachte wijze zorg wordt gedragen van verantwoorde implementatie en acht overheidsingrijpen vanuit kwaliteits- of doelmatigheidsoogpunt op dit moment niet nodig. Ik roep de partijen nogmaals op om de urgentie en goede samenwerking vast te houden en gezamenlijk tot een goede implementatie te komen." Beide brieven zijn gepubliceerd op de corporate website van het Zorginstituut.

Tot slot is de indicatorenset Beroerte voor verslagjaar 2018 besproken tijdens de afgelopen DICA-dagen. Middels deze set worden o.a. de IAT-volumes en de doorlooptijden gemeten. De betrokken partijen zijn overeengekomen de indicatoren verplicht transparant te stellen.

Een KR-lid geeft aan dat er grote stappen zijn gezet en maakt hiervoor complimenten richting de relevante partijen en het Zorginstituut.

De Kwaliteitsraad vraagt of er:

- Bij de ontwikkeling van de indicatorenset gebruik is gemaakt van de ICHOM normen?
- Een indicator beschikbaar komt die zicht biedt op gehele doorlooptijd voor de patiënt, dus vanaf ontstaan van de symptomen tot aan de interventie?

- **Actie: Berend Mosk vraagt na of er gebruik gemaakt is van de ICHOM normen bij de ontwikkeling van de indicatorenset Beroerte en of er een indicator beschikbaar komt voor de totale doorlooptijd van de patiënt.**

[*Reactie Zorginstituut:*

-Projectleider ICHOM: binnen het Zorginstituut is onlangs een project gestart van waaruit de ontwikkelingen rondom ICHOM onder de aandacht zullen worden gebracht van de relevante partijen in het veld.

-Projectleider IAT: in de voor verslagjaar 2018 voorgestelde set is ook een indicator opgenomen waarbij de doorlooptijd geregistreerd wordt vanaf het ontstaan van de symptomen.]

Advies Meerjarenagenda (MJA)

Toelichting Berend Mosk. Het Zorginstituut is blij met het voorstel van de Kwaliteitsraad. Het sluit aan op de bredere behoefte om te laten zien waar we mee bezig zijn en draagt verder bij aan een betere samenwerking met partijen als de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) en de Nederlandse Zorgautoriteit NZa. Het projectteam start nu met de bronnen van de IGZ en de NZa. In samenwerking met deze partijen wordt gekeken naar de werkwijze om uit hun bronnen signalen voor kwaliteitsvraagstukken te filteren en het juridische kader voor het gebruik van de meldingen. Signalen worden vervolgens intern bij het Zorginstituut geanalyseerd en in de relevante zorginhoudelijke teams besproken om aanvullende informatie op te halen. Daarna worden de belangrijkste signalen aan de Kwaliteitsraad voorgelegd, dit zal naar verwachting tijdens de vergadering in november zijn.

De Kwaliteitsraad vraagt of de NZa de meldingen ophaalt bij de zorgverzekeraars, of dat het gaat om directe meldingen aan de NZa door de patiënt/burger. Berend Mosk geeft aan deze vraag mee te nemen in het overleg met de NZa.

- **Actie: Berend Mosk vraagt de NZa of de te gebruiken meldingen bij zorgverzekeraars geïnventariseerd worden, of rechtstreeks bij de NZa zijn gedaan.**

Wob-verzoek kwaliteitskader verpleeghuiszorg

Toelichting voorzitter. VWS heeft op 16 juni een Wob-verzoek van de Volkskrant ontvangen met betrekking tot het kwaliteitskader verpleeghuiszorg voor de periode van 1 januari 2015 tot 13 januari 2017. Vanwege zijn rol in de totstandkoming van het kwaliteitskader, is het verzoek door VWS doorgestuurd naar het Zorginstituut. Omdat het verzoek gedeeltelijk documenten betreft die bij de Kwaliteitsraad berusten en de Kwaliteitsraad een zelfstandige bevoegdheid heeft in het behandelen van het verzoek, heeft het Zorginstituut het verzoek ook naar ons doorgestuurd. Het Zorginstituut heeft de Kwaliteitsraad laten weten dat er op 24 augustus 2017 een gesprek bij VWS plaatsvindt over de inhoud van uw verzoek. In de tussentijd verzamelt Berend Mosk alle relevante documentatie. Waar nodig benadert Berend Mosk hiervoor KR-leden die zitting hadden in de expertcommissie verpleeghuiszorg. Verder is er een ontvangstbevestiging naar de Volkskrant gestuurd.

Een KR-lid stelt voor te overwegen om of voor alle leden een emailaccount bij het Zorginstituut in te stellen, waar ontvangen en verzonden mails in terecht komen ter archivering.

→ **Actie: Berend Mosk verzamelt alle voor het Wob-verzoek relevante documentatie en vraagt deze zo nodig bij de desbetreffende leden van de Kwaliteitsraad op.**

Dutch Surgical Spine Registry (DSSR)

Toelichting Laura Koopman. Laura Koopman informeert de Kwaliteitsraad over de problematiek die speelt bij de DSSR-registratie bij DICA. Er staan twee indicatorensets op de Transparantiekalender (Tpk) die zich baseren op deze registratie. Eén voor geïnstrumenteerde en één voor ongeïnstrumenteerde behandeling van de rug. Over de set voor de geïnstrumenteerde behandeling is wel consensus bij de wetenschappelijke verenigingen (wv-en) en de werkgroep, maar over de set voor ongeïnstrumenteerde behandeling al jarenlang niet. Vaak zijn de wv-en het na de autorisatieronde toch niet eens met de voorliggende set. Ondanks instemming door de koepelorganisaties met de indicatoren op de Tpk, zagen we vorige zomer een oproep van de wv-en aan de achterban om te stoppen met registreren in de DSSR. De verwachting is daarom dat er voor verslagjaar 2017 vrij weinig voor de patiënt relevante informatie zal worden opgeleverd. Tijdens de afgelopen DICA-dagen in juni werd gesproken over de uitvraag voor verslagjaar 2018 en daar is nu de steun voor beide sets ingetrokken door de vertegenwoordigers van de wv-en. Het Zorginstituut gaat nu nog een laatste poging wagen om, onder voorzitterschap van het Zorginstituut, partijen bij elkaar te brengen. Het streven is om te komen tot een oplossing voor het bestuurlijke overleg op 28 september waarin de sets voor verslagjaar 2018 worden vastgesteld. Als deze poging niks oplevert dan wordt het waarschijnlijk een kwaliteitsvraagstuk voor op de MJA en mogelijk doorzettingmacht. De Patiëntenfederatie Nederland en ZN hebben beide al aangedrongen op plaatsing van de indicatorensets op de MJA.

De Kwaliteitsraad vraagt of de NZa, als toezichthouder op het aanleveren van data, hier nog een rol in speelt. Laura Koopman geeft aan dat er contact is geweest met de NZa. Echter omdat de organisaties de data wel aanleveren (waarbij voor alle indicatoren de waarde 0 is ingevuld), is er strikt genomen voldaan aan de aanleverplicht. Daarnaast geeft de NZa aan dat wanneer het gaat om een groot deel van de sector dat weigert aan te leveren, NZa hier ook niet op kan handhaven.

Een KR-lid adviseert dat wanneer het tot opname op de MJA komt, niet sec te kijken naar alleen de indicatoren maar het probleem in de bredere context te bezien van o.a. de domeinafbakening tussen de neurochirurgen, orthopeden en mogelijk de anesthesiologen.

→ **Actie: Laura Koopman houdt de Kwaliteitsraad op de hoogte van de voortgang in het DSSR-traject.**

Aanvullende mededeling

Een KR-lid geeft aan twee weken geleden samen met Margje Mahler te hebben gesproken met Verenso en V&VN over de implementatie van de kwaliteitstandaard verpleeghuiszorg en met name de veiligheidsindicatoren. Er is discussie gevoerd over het landelijk gestandaardiseerd kunnen meten van de vier veiligheidsthema's. De ontwikkeling van de veiligheidsindicatoren is één van de vereisten uit de kwaliteitsstandaard. Het onderwerp zal op een later moment terug komen in de Kwaliteitsraad.

De Kwaliteitsraad vraagt of de ontwikkeling van de veiligheidsindicatoren nu op de MJA is opgenomen. En breder, welke andere vereisten uit de kwaliteitsstandaard op de MJA zijn opgenomen?

→ **Actie: de secretaris vraagt aan de betrokken collega bij het Zorginstituut welke van de vereisten uit de kwaliteitsstandaard verpleeghuiszorg worden opgenomen op de MJA.**

[Reactie Zorginstituut: op 18 juli 2017 heeft de Raad van Bestuur van het Zorginstituut de werkplannen voor de indicatoren veiligheid, de selectie meetinstrumenten, de informatiestandaard en de cliëntenversie op de MJA geplaatst. In bijlage vergaderstuk KR 42-06 staat een overzicht opgenomen van de opdrachten uit het kwaliteitskader die op de MJA worden geplaatst. Een update van de stand van zaken met betrekking tot het aanbieden van de overige werkplannen volgt.]

2 Verslag vd KR-verg 1 juni jl.

Het verslag wordt zonder wijzigingen vastgesteld.

Een KR-lid geeft aan graag het programma Zinnige zorg van het Zorginstituut te behandelen in de Kwaliteitsraad en vraagt wanneer dit op de agenda staat. Celeste van der Vliet geeft aan dat dit voor de vergadering van november geagendeerd staat.

→ **Actie: de secretaris agendeert het programma Zinnige Zorg voor de KR-vergadering in november.**

3 Presentatie Patiëntenfederatie Nederland – Aan de slag met Transparantiegegevens

Presentatie door Marilou Muris. De voorzitter bedankt voor de heldere en overzichtelijke presentatie en vraagt de KR-leden te reageren.

Ook de leden van de Kwaliteitsraad complimenteren de presentatie. Er wordt opgemerkt dat hoewel leren, informeren en kiezen als doelstellingen zijn genoemd, de focus vooral te ligt bij het creëren van keuze informatie. Marilou Muris geeft aan dat de Patiëntenfederatie het ondersteunen van kiezen echt als zijn taak ziet. Op gebied van informeren kan meer worden gedaan, maar het leren is ook en vooral een taak van de zorgverzekeraars en de professionals. Er wordt gevraagd of informeren en kiezen dicht bij elkaar gebracht kunnen worden in de keuzetool? Het zou goed zijn om ook niet onderscheidende informatie onder de aandacht van de patiënt te brengen. Bijvoorbeeld om te laten zien dat het sterftecijfer bij een bepaalde aandoening in alle Nederlandse ziekenhuizen laag is. Vaak zoeken patiënten namelijk naar bevestiging, in plaats van dat zij een neutrale zoekactie verrichten. Marilou Muris geeft aan dat op de detailpagina's achter de keuzepagina's meer toelichting op de indicatoren wordt gegeven om, daar waar mogelijk, geruststelling te bieden. Niet-onderscheidende indicatoren worden echter vaak in het ontwikkeltraject al uit de indicatorensets verwijderd. Daarnaast ziet de Patiëntenfederatie in eigen onderzoeken terug dat er weliswaar nog niet veel wordt gekozen, maar dat deze wens er wel is. De keuzetool is gericht op het faciliteren hiervan.

Er wordt gevraagd of er ook gekeken is naar de methode *Patients like me*, waarbij patiënten op basis van te selecteren kenmerken (leeftijd, co-morbiditeit, etc.) kunnen zien hoe andere patiënten hebben gekozen. Dit kan een verrijking van de tool zijn. Marilou Muris geeft aan dat dit voor een toekomstige versie mooi

zou zijn, maar dat hier met de beschikbare data geen invulling aan kan worden gegeven. Tegelijkertijd willen ze de informatie ook zo plat mogelijk aanbieden om te voorkomen dat ze straks het onderliggende algoritme niet meer kennen.

Een KR-lid maakt zich zorgen over de standaardisatie van de keuzes, terwijl deze heel persoonlijk zijn. Het zou goed zijn om de keuze informatie zichtbaar tot een aantal basisindicatoren te beperken en voor diepgaandere keuzeondersteuning door te verwijzen. Bijvoorbeeld voor het kiezen tussen behandelopties. Marilou Muris onderschrijft dit en laat zien dat de keuzetool vooral basale informatie toont. Daarnaast vraagt het KR-lid hoe de te tonen informatie wordt geselecteerd. Marilou Muris antwoordt dat de eerste selectie van indicatoren plaatsvindt aan de Transparantietafel met alle relevante partijen (tripartiet). Wat is überhaupt zinvol om te meten? Vervolgens overlegt de Patiëntenfederatie met de verschillende patiëntenorganisaties welk informatie geschikt is voor de keuzetool. Dit gebeurt op basis van consensus en waar nodig met aanvullende toelichting van de wv-en. Het KR-lid geeft aan dat het belangrijk is om na te denken over de gebruikte methode, om je te kunnen verantwoorden voor de gemaakte keuzes in de selectie van informatie.

Een KR-lid geeft aan dat de ontwikkeling van een dergelijke tool ons terugbrengt bij de oorspronkelijke opdracht om kwaliteit te objectiveren en de Nederlandse burger wegwijs te maken in de zorg. De vraag is dan wel of we in de zorg te maken met patiënten die rationele keuzes maken, maar het beschikbaar stellen van meer informatie draagt hier aan bij. Marilou Muris benadrukt dat het niet de aannahme van de Patiëntenfederatie is dat patiënten volstrekt rationele keuzes maken, maar zich er wel voor inspant om patiënten objectieve informatie te bieden die patiënten vervolgens mee kunnen nemen in gesprek met de zorgaanbieder.

Er wordt gevraagd hoe het gebruik van ZorgkaartNL zich verhoudt tot de gestelde objectiviteit van de keuzetool. Het ene ziekenhuis besteedt hier meer aandacht aan dan het andere. Marilou Muris geeft aan dat de Patiëntenfederatie landelijk dekkende patiëntervaringen een belangrijk onderdeel vindt van de keuze informatie, maar dat naast ZorgkaartNL ook CQ- en PREM-scores prima te verwerken zijn in de keuzetool. Het is wel een worsteling welke informatie op welk niveau transparant gemaakt kan worden. Informatie bieden over individuele artsen in de keuzetool is nu nog niet mogelijk. Een KR-lid geeft aan dat de opgegeven wachtlijsten niet altijd overeenkomen met de werkelijke wachtlijsten.

→ **Actie: de secretaris stuurt Marilou Muris de feedback van de Kwaliteitsraad toe.**

4 Meerjarenagenda

Cosmetische geneeskunde

Toelichting Peter Holland. Op 1 mei 2017 is door het Zorginstituut het verzoek van de minister om het Kwaliteitskader Cosmetische Geneeskunde op de MJA te plaatsen gehonoreerd. Op basis van de verkennende gesprekken met partijen en de context van het kwaliteitsvraagstuk heeft het Zorginstituut aan alle relevante partijen voorgesteld om het gehele ontwikkelproces te laten plaatsvinden onder coördinatie en voorzitterschap van het Zorginstituut, in nauwe samenwerking met alle betrokken partijen. Inmiddels hebben alle partijen ingestemd met het voorstel.

Peter Holland verwacht dat het opstellen van het kwaliteitskader wel zal slagen. Het breekpunt zit in de bekwaamheidseisen en dan in het uitvoeren van plastische chirurgie door niet-medische specialisten. Er is gesproken met de Patiëntenfederatie, maar die heeft op dit moment weinig zicht op wat patiënten hier willen. ZN staat op afstand omdat het hoofdzakelijk om niet-verzekerde zorg gaat en de IGZ heeft nauwelijks mogelijkheden om te handhaven op de uitvoering. Ook wanneer het Zorginstituut bekwaamheidseisen vaststelt en het kwaliteitskader opneemt in het Register betekent dat niet zonder meer dat de IGZ hierop kan handhaven. Als iemand een interventie succesvol uitvoert, dan wordt deze persoon bekwaam geacht en kan deze interventie blijven uitvoeren. Pas wanneer het fout gaat kan via de tuchtrechter ingegrepen worden. Als mogelijke oplossingsrichting ziet Peter Holland hier het opzetten van een profielregistratie. Eerder is dit niet gelukt, maar een dergelijke registratie moet op onderdelen wel mogelijk zijn. Een KR-lid adviseert om een gesprek te hebben met de voorzitter van het College van Geneeskundige Specialismen om de criteria die gehanteerd worden voor het toelaten van de registratie te bespreken. Daarnaast kan worden gekeken naar buitenlandse voorbeelden. Bijvoorbeeld in Noord-Amerika speelt deze discussie zeker.

De Kwaliteitsraad vraagt hoe de rol van het Zorginstituut zich nu verhoudt ten opzichte van de eventueel in te zetten doorzettingsmacht. Peter Holland antwoordt dat doorzettingsmacht nu als argument wordt gebruikt: of jullie stellen het kwaliteitskader gezamenlijk op onder voorzitterschap van het Zorginstituut. Of het wordt voor jullie gedaan.

De Kwaliteitsraad vraagt wanneer het kwaliteitskader opgeleverd wordt. Kim Boerman antwoordt dat met partijen is afgesproken dat zij voor 15 september input aanleveren voor het kwaliteitskader. Vervolgens wordt gezamenlijk met het Zorginstituut een haalbare deadline voor de oplevering van het kader op de MJA bepaald. Peter Holland vult aan dat, gegeven het voortraject, december 2017 een mooi streven is als deadline. Het KR-lid stelt daarop voor om dan in concept 1 december als MJA-deadline te adviseren aan het Zorginstituut en de partijen. Tijdens de vergadering in september ontvangt de Kwaliteitsraad hierop dan graag een reactie om tot een definitief advies te kunnen komen. Sjaak Wijma heeft het advies gehoord en benadrukt dat het nu eerst aan de betrokken partijen is om gezamenlijk en in overleg met het Zorginstituut tot een datum voor de MJA te komen. Een KR-lid geeft aan dat de Kwaliteitsraad hier alvast een voorlopig advies uitbrengt omdat het een spoedige voortgang op dit dossier van maatschappelijk belang acht. Het is nu voor de patiënt onduidelijk wat goede cosmetische chirurgie is.

De Kwaliteitsraad vraagt of dit cosmetische geneeskunde wel onder het domein van het Zorginstituut valt. Peter Holland adviseert hierin het speelveld van de IGZ te volgen. Een KR-lid geeft aan dat het belang van de patiënt hier voorop staat, los van het feit of het om verzekerde zorg gaat.

Een KR-lid vraagt of er evidence is op basis waarvan gesteld kan worden welke groep beter behandelt. Peter Holland antwoordt dat hiervoor geen enkel bewijs is. We moeten afspraken maken over eisen op basis waarvan je mag verwachten dat mensen bekwaam zijn. Bij medisch specialisten is dit geregeld in opleidingseisen en met nascholing, maar voor de groep cosmetische artsen is dit nauwelijks geregeld. Daarom wil Peter een waarborg krijgen dat ook zij adequaat zijn opgeleid en worden nageschoold. Een KR-lid vult aan dat je daarom wilt inzetten op profielregistratie binnen de medisch specialistische geneeskunde. Anders duw je het richting de alternatieve en voor de Inspectie moeilijker te controleren zorg.

Peter Holland geeft aan dat zijn betrokkenheid bij het vervolgtraject nog niet duidelijk is en afhangt van de te verwachten benodigde inspanning.

- **Advies: de Kwaliteitsraad adviseert het Zorginstituut in concept om 1 december als MJA-deadline voor de oplevering van het kwaliteitskader cosmetische chirurgie aan te houden;**
- **Actie: Kim Boerman koppelt in de KR-vergadering van september de reactie van de betrokken partijen op het concept advies terug, waarna de Kwaliteitsraad een definitief advies kan uitbrengen;**
- **Advies: de Kwaliteitsraad adviseert het Zorginstituut om, indien mogelijk, Peter Holland aan te houden als onafhankelijke voorzitter in het traject van totstandkoming van het kwaliteitskader en de bekwaamheidseisen.**

Mondzorg

Toelichting Hugo Trouw. Begin 2016 werkten partijen in de mondzorg onvoldoende samen aan de kwaliteitsontwikkeling en werden er twee kwaliteitsorganisaties afzonderlijk van elkaar opgestart. Onderhandelingen tussen de partijen hebben er toe geleid dat de toenmalige stichting KIMO en de vereniging NVPM in september 2016 zijn samengegaan in de vereniging KIMO (KIMO). Door bestuurlijke vertraging in de opzet van KIMO moet nu worden geconstateerd dat de eerder gekozen MJA-deadlines te ambitieus zijn. KIMO stelt daarom een nieuwe meerjarenplanning voor, waarin zowel de tijdsplanning als de volgorde van oplevering van de richtlijnen zijn aangepast. De vraag aan de Kwaliteitsraad is of deze het Zorginstituut kan adviseren om de MJA-planning aan te passen aan de door KIMO voorgestelde planning.

Een KR-lid heeft hier een dubbel gevoel bij. Enerzijds fijn dat de partijen nu gezamenlijk zo goed op weg zijn. Anderzijds jammer dat deadlines verschuiven, sommige zelfs met twee jaar. Dirk Mettes geeft aan dat KIMO pas eind 2016, na de ontvangst van de subsidie van VWS, voldoende financiële middelen had om te starten. Dit was negen maanden na het aanvankelijk voorziene startmoment. Deze vertraging werkt door in de planning. Daarnaast draait de organisatie nu, maar deze is nog niet volwassen. Er moet nog veel expertise opgedaan worden. De complexe governance structuur van KIMO heeft ook invloed op het tempo van de richtlijnontwikkeling. Maar KIMO is op de goede weg.

Kijkende naar de voorgestelde planning constateert een KR-lid dat het jammer is dat de richtlijnontwikkeling op het gebied van antistolling met twee jaar wordt uitgesteld terwijl het nu zo'n heet hangijzer is. Dirk Mettes geeft aan dat dit inderdaad een groot knelpunt is en dat KIMO daarom in overleg met het Kennisinstituut Medisch Specialisten (KIMS) heeft besloten om de ontwikkeling van de module voor mondzorg te koppelen aan de ontwikkeling van de landelijke richtlijn, onder regie van KIMS. Dit najaar staat hiervoor een invitational conference ingepland. De oplevering van de richtlijn volgt in 2019.

De Kwaliteitsraad vraagt of de complexe governancestructuur risico's met zich meebrengt voor de accordering van de richtlijnen. Dirk Mettes antwoordt bevestigend. De EBRO-werkwijze borgt weliswaar een zorgvuldige ontwikkeling en creëert daarmee draagvlak, maar de uiteindelijke vaststelling gebeurt in een ledenvergadering. Er wordt gevraagd of het KIMO geholpen is bij het handhaven van een strakke planning om niet in bestuurspolitiek te verzanden. Dirk Mettes geeft aan dat, met oog op de negen maanden vertraging en de nu benodigde tijd voor het professionaliseren van de organisatie, het KIMO meer geholpen is met

het uitstellen van de MJA-deadlines. De Kwaliteitsraad stelt voor om ten minste één richtlijn in een pressurecooker te zetten, om zo op korte termijn ervaring op te doen met het gehele ontwikkelproces. Dirk Mettes geeft aan dat ultimo 2017 in een ledenvergadering wordt gestemd over de richtlijnen peri-implantaire infecties en implantaatgedragen protheses (2x). De Kwaliteitsraad stelt voor om voor deze richtlijnen de deadline van 1 maart 2018 op de MJA te hanteren. Zo wordt het KIMO niet in de wielen gereden, maar staat er wel druk op de bestuurlijke besluitvorming. De Kwaliteitsraad stemt in met het voorstel.

Een KR-lid stelt voor om de rol van governance in de ontwikkeling van kwaliteitsstandaarden (bevorderende en belemmerende factoren) een keer als onderwerp te nemen voor de heidag. De Kwaliteitsraad stemt in met het voorstel.

- **Advies: de Kwaliteitsraad adviseert het Zorginstituut om voor de richtlijnen peri-implantaire infecties en implantaatgedragen protheses 1 maart 2018 als MJA-deadline te hanteren en voor de overige richtlijnen de MJA-deadlines aan te passen naar de herziene planning van het KIMO.**
- **Actie: de secretaris noteert governance als onderwerp voor een komende heidag.**

5 ICHOM

Presentatie door Arnold van Halteren.

Twee leden vanuit de Kwaliteitsraad zijn aangehaakt op dit onderwerp. Een KR-lid ziet ICHOM als een concept ter benadering van de werkelijkheid. Dit moet goed in gaten gehouden worden bij het gebruik ervan. Het dient uiteindelijk een bijdrage te leveren aan het leren en verbeteren van zorg in de spreekkamer. Het andere KR-lid onderschrijft het uitgangsprincipe dat ICHOM ondersteunend moet zijn aan het gesprek in de spreekkamer en kijkt positief tegen het verzoek VWS aan. Het is belangrijk om te onderzoeken hoe Nederland bij de (door) ontwikkeling van indicatorensets kan aansluiten bij de ICHOM ontwikkelingen. Maak gebruik van de internationale discussies over bijvoorbeeld welke generieke PROMs je het beste kunt gebruiken. Bovendien kun je door deelname ook invloed op de ontwikkeling zelf uitoefenen. Zo doet Nederland bijvoorbeeld al mee aan pilot borstkanker en bij heup en knie.

De Kwaliteitsraad wordt graag periodiek geïnformeerd over de voortgang, bijvoorbeeld door tweemaandelijks overleg door de twee betrokken leden, die vervolgens de rest van de Kwaliteitsraad informeren.

- **Advies: de Kwaliteitsraad adviseert het Zorginstituut om de twee betrokken KR-leden ongeveer eens per twee maanden aan tafel uit te nodigen om mee te denken in het ICHOM project.**

6 Kwaliteitskader GHZ

Toelichting Anco de Jong en Ineke van der Voort. Belangrijk leerpunt is dat de partijen een gezamenlijke visie op goede zorg hebben ontwikkeld. Dit heeft eraan bijgedragen dat partijen er steeds samen uitkomen. Een KR-lid vraagt of er overeenkomsten zijn met het ontwikkeltraject in de verpleeghuiszorg? Anco de Jong antwoordt dat het centraal stellen van de cliënt en de focus op het leren en verbeteren van de kwaliteit van leven in plaats van externe verantwoording

belangrijke overeenkomsten zijn. Een KR-lid vult aan dat dit gedachtegoed in de hele sector geadopteerd is. Ook wordt er eenduidig gedacht over het doel van en de te stellen eisen aan het kwaliteitskader. Ineke geeft aan dat de sector een gezamenlijk leerproces heeft doorgemaakt, men stond nog achter de visie maar niet meer achter de uitwerking en is toen gezamenlijk gaan doorontwikkelen. Anco vult aan dat de intrinsieke motivatie hiertoe o.a. volgde omdat de pijlers met indicatoren onvoldoende aansloten bij het kader. In de doorontwikkeling is de dialoog tussen cliënten en medewerkers centraal komen te staan.

Een KR-lid vraagt of de verschillende belangen binnen de Stuurgroep nog een belemmerende rol speelden. Anco de Jong antwoordt dat de visie als basis stevig genoeg was om er gezamenlijke uit te komen. Bijvoorbeeld het beschikbaar komen van keuze-informatie was een belangrijk aandachtspunt, aangedragen door de cliëntenorganisaties en ZN. Dat is serieus genomen in de Stuurgroep en hier zijn afspraken over gemaakt. Het KR-lid vraagt waarom het deze sector wel lukt om zelfstandig een kader te maken, maar de verpleeghuiszorg niet? Anco de Jong geeft aan dat de energie in de sector goed is, maar een incident kan de dynamiek veranderen. Een ander KR-lid vult aan dat ook het collectieve afhaken op het bestaande instrumentarium en de oproep van de minister om dan met een alternatief te komen heeft bijgedragen aan de gezamenlijke inzet.

Een KR-lid vraagt op welke bijdrage het Zorginstituut het meest trots is. Anco de Jong antwoordt dat het vooral ging om het open blijven staan voor alternatieven. Vertrouwen houden in de energie van het ontwikkelproces. Ineke van der Voort vult aan dat het belangrijk is geweest de eigen agenda steeds in breder perspectief plaatsen. Aansluiten bij energie voor doorontwikkeling om de voortgang op kwaliteitsverbetering te borgen.

Er wordt gevraagd of het Zorginstituut nog een rol heeft gespeeld in het opzetten van de proeftuinen? Het creëren van de regelruimte voor een alternatieve aanpak is belangrijk gebleken. En wanneer eindigen de proeftuinen? Anco de Jong antwoordt dat VGN dit bij VWS heeft geregeld. Met het opnemen van het kwaliteitskader in het Register zijn de proeftuinen beëindigd. Iedereen moet nu werken volgens de afspraken in het kader.

Aanvullend vraag de Kwaliteitsraad wat de rol is geweest van kennisinstututen, zoals het Centrum voor Consultatie en Expertise (CCE), bij de ondersteuning van de proeftuinen. Het is goed om te kijken welke lessen uit het organiseren van vrije regelruimte worden getrokken. Wat zijn de randvoorwaarden om zo iets te realiseren en wat is de rol van kennispartners hierin? De geleerde lessen blijven nu dicht bij het eigen verhaal. De Kwaliteitsraad is op zoek naar een bredere analyse om geleerde lessen in andere sectoren te kunnen toepassen. Ineke geeft aan dat de proeftuinen zijn geëvalueerd.

De voorzitter sluit het agendapunt af met de suggestie aan Anco de Jong en Ineke van der Voort om hun opgedane ervaringen met AQUA te delen. Mogelijk kan een KR-lid hierin een rol spelen.

- **Actie: Anco de Jong en Ineke van der Voort delen, via een KR-lid, hun analyse van de leerpunten uit het proces van totstandkoming van het kwaliteitskader GHZ met AQUA.**
- **Actie: Celeste van der Vliet brengt een van de KR-leden in contact met de ontwikkelaars van het Kwaliteitskader GHZ, omdat zij geïnteresseerd is in de te leren lessen m.b.t. cliënteninbreng.**

7 DZM-trajecten

Traumatisch hersenletsel

Toelichting van een KR-lid. Er is inmiddels een informele peiling gehouden onder personen die betrokken waren in de totstandkoming van de zorgstandaard. Complicerend is dat de toenmalig betrokken personen veelal geen contactpersoon voor de zorgstandaard meer zijn. Over het algemeen staan de gesprokenen nog steeds achter de opname van de huidige standaard in het Register. De volgende stap is om middels een formele schriftelijk ronde de relevante partijen te consulteren over de voordracht van de door de partijen zelf ontwikkelde standaard aan het Register. Er is toch gekozen voor een schriftelijke in plaats van een telefonische consultatie in verband met de vakantieperiode. Een KR-lid merkt op dat het niet opschiet als de zorgverzekeraar niet meedoet. Het is raar om na twee jaar nog zo'n proces in te zetten, dat lijkt bureaucratisch. Sjaak Wijma bevestigt dit, maar dit is de wettelijk voorgeschreven procedure. De verzekeraar veroorlooft het zich hier om niet mee te doen. Doorzettingsmacht is noodzakelijk om tot Registeropname te kunnen komen en standaard te laten gelden als landelijke afspraak voor goede zorg.

Hulpmiddelen

(1) Generiek Kwaliteitskader Hulpmiddelenzorg (GKH) en modules stoma en continentie

Toelichting Jannes van Everdingen en Ineke Roede. Er zijn twee aandachtspunten bij de toets van het GKH. Ten eerste ontbreekt de informatiestandaard en ten tweede ontbreekt vertegenwoordiging van een aantal organisaties van andere dan de nu beschreven categorieën hulpmiddelen. De samenstelling van de bij de ontwikkeling van het GKH betrokken partijen is organisch ontstaan vanuit betrokkenheid bij de drie zorg specifieke modules. Nu trekken ontbrekende organisaties bij de Patiëntenfederatie Nederland aan de bel. Om deze reden organiseert de Patiëntenfederatie in november opnieuw een bestuurlijke consultatie voor de bij hen aangesloten organisaties. Bovendien staat het GKH open voor doorontwikkeling op korte termijn. Een KR-lid ziet hierin dan geen bezwaar om het GKH nu al op te nemen in het Register. En de informatiestandaard? Ineke Roede legt uit dat het GKH ongeschikt is om een informatiestandaard op te baseren, maar dat deze wel worden ontwikkeld voor de onderliggende modules.

Een KR-lid geeft aan dat je met het GKH en de onderliggende modules op de markt aan het interveniëren bent. Heeft er een juridische toets plaats gevonden op de wijze waarop dit gebeurt? En, gegeven dat discussies rond standaardisering van hulpmiddelen vaker terugkomen, kan het GKH hierin dan voorzien? Een KR-lid geeft aan dat juristen van het Zorginstituut in casu diabeteszorg daarover hebben gesproken met het ACM, specifiek over het mededingingsrecht van verzekeraars. Mogelijk wordt dit meer generiek meegenomen als de nu ontbrekende partijen gaan aanhaken in de doorontwikkeling van het GKH. Een KR-lid geeft aan hier graag ruimte open te willen houden om op dit soort afwegingen in te gaan. De Kwaliteitsraad moet alert zijn op problemen die op dit vlak worden gesignaleerd.

Celeste van der Vliet geeft namens een KR-lid aan dat er meer problemen in de hulpmiddelenindustrie spelen en vraagt zich af of het Zorginstituut middels de MJA en onder de paraplu van het GKH nu kan inzetten op de ontwikkeling van modules hiervoor. Een KR-lid geeft aan dat het om een ontzettend groot speelveld gaat, waardoor het bijna noodzakelijk is om een programma op te zetten om problematiek in de hulpmiddelenzorg te prioriteren. Een KR-lid stelt voor om over een half jaar, nadat ook de ontbrekende organisaties in de bestuurlijke consultatie van de Patiëntenfederatie hebben kunnen reageren, weer te buigen over de stavaza.

- **Advies: de Kwaliteitsraad adviseert het Zorginstituut om op bestuurlijk niveau in gesprek te gaan met de ACM over de rollen en verantwoordelijkheden op het snijvlak van kwaliteit en markt in de hulpmiddelenzorg.**
- **Advies: de Kwaliteitsraad adviseert het Zorginstituut om het GKH en de modules continëntie en stoma op te nemen in het Register.**
- **Actie: Ineke Roede informeert de Kwaliteitsraad over een half jaar over de stavaza van (de discussie rondom) het GKH.**

(2) Diabetes

Ineke Roede deelt de uiteindelijke formulering voor de in doorzettingmacht ontwikkelde passage voor in de module diabetes uit. Een KR-lid licht toe dat het er op neer komt dat het wisselen van bloedglucosemeters kan, mits de hoofdbehandelaar hiertoe samen met de patiënt besluit op basis van een risicoschatting voor de kwaliteit van leven van de patiënt. Het is daarbij goed om te weten dat er in de expertcommissie die zich over dit vraagstuk heeft gebogen ook een patiënt (ervaringsdeskundige en tevens zorgverlener) zat. Is de Kwaliteitsraad akkoord met het tekstvoorstel?

Een KR-lid geeft aan dat het mooi is dat de beoordeling of het wisselen ongewenst is nu overgelaten wordt aan hoofdbehandelaar en patiënt. De term diabetesverpleegkundige is echter ongelukkig gekozen, want die is vaak niet de hoofdbehandelaar. Een KR-lid stelt voor in de tweede alinea het woord diabetesverpleegkundige te schrappen en in de 1^e alinea 'rol' te vervangen door 'adviesrol'. Met deze aanpassingen stemt de Kwaliteitsraad in met de voorgestelde tekstpassage.

- **Besluit: de Kwaliteitsraad stemt, onder voorbehoud van enkele wijzigingen, in met de uitwerking van de doorzettingsovername door de expertcommissie en draagt de uitwerking voor aan het Zorginstituut ter opname in de zorgmodule Diabetes in het Register.**

8 Meerjarenagenda/deel 2 - Spoedzorg

Presentatie door Marjolein de Booy.

Een KR-lid merkt op dat het project eigenlijk verkeerd om begonnen is door te starten met de meetinstrumenten in plaats van het kwaliteitskader, waarin afspraken worden gemaakt over goede spoedzorg. Dit hebben betrokken KR-leden zich gaandeweg het traject gerealiseerd. Marjolein de Booy merkt op het kader zich richt op de organisatie van spoedzorg in de keten. De voorzitter kan zich voorstellen dat er in de toekomst vervolgens weer richtlijnen worden ontwikkeld die onder het kwaliteitskader komen te hangen.

Een KR-lid vraagt of er hete hangijzers aan te wijzen zijn in het komende traject tot aanbidding ter opname in het Register. Marjolein geeft aan dat partijen er op inhoud tot nu toe samen zijn uitgekomen, doordat gekozen is voor een bottom-up benadering waarbij partijen gezamenlijk vanuit de inhoud aan het kader hebben gewerkt. In het nu volgende bestuurlijke traject, waarin belangen ook een rol gaan spelen, moet blijken of alle elf betrokken landelijke (koepel)organisaties het kwaliteitskader ook daadwerkelijk onderschrijven en mee aanbieden.

De Kwaliteitsraad vraagt wanneer het kader opgeleverd kan gaan worden.

Marjolein schat in dat in oktober bekend is waar eventuele bestuurlijke pijnpunten zitten. De Kwaliteitsraad stelt voor om het Zorginstituut te adviseren

om 1 december 2017 als MJA-deadline te hanteren, om zo druk te houden op het bestuurlijke besluitvormingsproces. Met oog op het aantal nog aanwezige KR-leden wordt besloten om dit voorstel in een schriftelijke ronde aan de Kwaliteitsraad voor te leggen.

→ **Actie: Berend Mosk zet een schriftelijke ronde uit waarin de Kwaliteitsraad wordt gevraagd al dan niet in te stemmen met het advies om 1 december 2017 te hanteren als MJA-deadline voor de oplevering van het kwaliteitskader Spoedzorg.**

[Advies schriftelijke ronde: de Kwaliteitsraad adviseert het Zorginstituut om 1 december 2017 als MJA-deadline te hanteren voor de oplevering van het kwaliteitskader Spoedzorg.]

9 Sluiting

De voorzitter sluit de vergadering om 18:35 uur.

Presentatie Patiëntenfederatie

Samen de zorg beter maken




Aan de slag met Transparantie-gegevens

Mariou Muris
Sr. Beleidsadviseur



Overzicht

- Vragen om informatie maakt je niet populair
- Waarom we toch menen dat het belangrijk is
- Wat we met deze informatie doen
- Hoe we dat doen
- Welke kansen en uitdagingen we daarbij zien



Informatie vragen is niet hip



**WAT ZULLEN ZE
DAAR LANG
OVER VERGADERD
HEBBEN**

Loezje

'Schaf onnodige kwaliteitsindicatoren af'

Ziekenhuizen vinden dat ze te veel peld kwijt zijn aan kwaliteitsregistraties. De PrvA roept de sector op om onnodige kwaliteitsindicatoren te schrappen.



.. maar wel belangrijk



Wat doen we met die informatie?



Van dit..




Naar dit..




Naar dit..




Uitgangspunten

- We realiseren ons wat aanlevering van ziekenhuizen en zorgprofessionals vraagt
- We weten dat de patiënt niet direct geholpen is met een databestand met duizenden records
- ..en ook niet met een te complexe vergelijkingshulp
- We hebben twee prachtige rapporten van ZiNL en KWF over wat wel en niet werkt bij de presentatie van kwaliteitsinformatie
- We willen zo veel mogelijk mensen bereiken
- We overleggen met iedereen die wil
- We houden tempo
- Iedereen mag de tool kosteloos gebruiken en plaatsen

Recept voor een keuzeadviestool

Ingrediënten

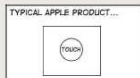
- Overzicht informatiebehoefte
- Overzicht data / informatieaanbod
- Betrekken patiëntorganisaties
- Gemotiveerde bouwers
- Goede procesbegeleiding
- Inspiratie uit binnen- en buitenland

Stappen

1. Vergelijk informatiebehoefte met informatieaanbod (waar waar vraag > aanbod -> doorontwikkelens werkgroep/transparentie)
2. Filter beschikbare informatie i.o.m. PO's:
 - Relevantie
 - Onderscheidend vermogen
 - Begrijpelijkheid
 - Betrouwbaarheid
3. Bepaal op basis hiervan welke indicatoren geschikt zijn voor keuze-gedeelte en welke voor detail-gedeelte
4. Maak een omschrijvingstabel, bouw de tool, test de tool, verbouw de tool, her-test de tool... etc.
5. Regel cross-mediale ondersteuning
6. Lanceer de tool



Uitdagingen



- Groot belang (mensen helpen, niet bang maken of verwarren)
- Te weinig bruikbare informatie (het moeras is diep en doorlooptijden zijn lang)
- Geen (belang bij) consensus bruikbaarheid / betrouwbaarheid gegevens
- Nuance en begrijpelijkheid staan soms op gespannen voet (uitkomstindicatoren zijn "the worst")
- ODB levert veel technische problemen op (verkeerde aan/doorlevering)

Kansen

- Keuze-bewustzijn boosten
- Cross-mediaal (échte hulp)
- Verwijzers ondersteunen / betrekken
- Meerdere bronnen combineren
- Input voor doorontwikkeling indicatorensets
- Centraal én decentraal



Uitwisseling

Presentatie ICHOM

Kwaliteitsraad 17-07-17

INHOUD

Aanleiding – Brief en opdracht VWS

ICHOM pilot

Discussie / vragen

1

Brief VWS

Uitgangspunt: informatie over relevante uitkomsten voor patiënten zodat

- patiënt kan kiezen in welke spreekkamer hij terecht komt
- in die spreekkamer gezamenlijk de juiste beslissingen kunnen worden genomen

Doel: Binnen vijf jaar voor ruim de helft van de ziektelast inzicht in uitkomsten die ertoe doen voor patiënten
Vindbaar, begrijpelijk en bruikbaar

Maatregelen:

1. Kwaliteitsregistraties inzetten voor samen beslissen
2. Mogelijk maken dat patiënten uitkomsten kunnen rapporteren
3. De samenwerking op internationaal niveau

2

Brief VWS

uitkomsttransparantie

Landelijk Schakelpunt KR Voorwaardenkader KR

MedMij

3

Verzoek VWS

1. Bestuurlijk commitment
Bestuurlijk overleg Transparantie
Hooflijnenakkoord
Bilateraal met koplopers
2. Selectie aandoeningen/condities
Hoe komen we tot een selectie van aandoeningen/condities waar uitkomsten transparant moeten/kunnen worden?
Hoe komen we tot 50% van ziektelast?
3. ICHOM
Wat is het gevolg als we afspreken alleen nog maar te werken met internationaal gestandaardiseerde en gevalideerde instrumenten?

4

Verzoek VWS (2)

4. Zorg dat patiënten hun uitkomsten kunnen delen
Bij voorkeur in een PGO
5. Zorg dat uitkomsten gebruikt kunnen worden voor Samen beslissen
 - In gesprek met behandelaar: keuze behandeling en keuze behandelaar
 - "Patiënten zoals ik", wat kan ik verwachten van de zorg?
6. Stimuleer implementatie
 - Vrijstelling van aanleverplichting
 - Andere tools?

5

Samenhang in opdracht

WAT

- Selectie aandoeningen
- ICHOM of alternatief

HOE

- Instrumentarium (informatie-architectuur, functionaliteiten)
- Aanleverproces (wie registreert, levert, is verplicht, kunnen we ruimte geven?)
- Implementatie bevorderen (ondersteunen lopende initiatieven, hoe krijg je gebruik in de praktijk?)

6

Noodzaak versnelling

Lung Cancer: Similarities between indicators (Register & ICHOM) and the Effectiveness Assessment

	Effectiveness assessment	Register	ICHOM
Performance status	ECOG		ECOG
Quality of life, generic	EQ5-D		
Quality of life, disease specific	EORTC-QLQ C30/FACIT		EORTC-QLQ-L13, EORTC-QLQ-C30
Survival/mortality	General survival		Overall survival
	Progression-free survival		Treatment-related mortality and Cause of death
Waiting time		Percentage of patients treated with radical radiotherapy who started on stereotactic radiotherapy < 21 days after their referral	Time between diagnosis and treatment
Adverse events	Levels 3-4, unfavourable effects	Percentage of patients who died due to non-small cell lung cancer within 30 days of resection	Acute complication
	Number of drop-outs due to adverse effects	Percentage of patients whose history is complicated after resection due to non-small cell lung cancer	
		Percentage of patients who underwent resection due to non-small cell lung cancer, whereby treatment involved non-radical resection (R1 or R2)	

ECOG: list of observations
EQ5-D, EORTC-QLQ C30, FACIT, EORTC-QLQ C30: questionnaires for patients

Internationale worsteling

Source: Jason Letch, International Forum on Quality and Safety in Health Care, London 2017

ICHOM
International Consortium for Health Outcome Measures

INSTITUTE FOR STRATEGY AND COMPETITIVENESS | BCG | Leidsche Instituut

Doel is om de zorg te helpen verbeteren op basis van uitkomstmetingen, op basis van het principe van *Value Based Healthcare*

21 Standaard sets met uitkomsten
Streven: in 2017 sets beschikbaar voor 50% van de ziekte last

Open source: www.ichom.org

9

ICHOM Working Group members originate from 39 countries

10

ICHOM : Stroke

11

ICHOM pilot

3. De samenwerking op internationaal niveau

Wat zijn de effecten van het plaatsen van ICHOM sets met patiëntrelevante indicatoren op de Transparantiekalender voor de verschillende gebruikersdoelen en helpt het overnemen van ICHOM sets ons om tempo te kunnen maken?

A Kan uitkomst informatie worden gebruikt om spreekkamer te kiezen?
B Welke gegevens vallen weg als alleen uitkomsten (ICHOM)?
C Hoe moet landelijke implementatie worden ingericht?
D Hoe moet internationale governance geregeld worden?

12

ICHOM pilot

Plan van Aanpak ICHOM – Uitvoering

Lopende pilots/projecten leveren antwoorden op (bijv PROMS onderzoeken, pilot Geboortezorg Erasmus, Santeon, Isala, etc.)

Waar nodig zelf onderzoeken uitzetten of laten uitvoeren

Globale planning:

- Juni - juli: Voorbereiding, uitwerking onderzoeksvragen met partijen
- Aug – mrt: Uitvoering
- April 2018: Landelijke bijeenkomst met stakeholders, deelnemende pilots. (Mede georganiseerd door ICHOM)

13

Discussie

Hoe kijkt de Kwaliteitsraad tegen dit verzoek van VWS aan?

Hebben jullie meegevers?

- Keuze aandoeningen/condities+vraag 50% ziekte last
- Wat zou er gebeuren als we zouden kiezen voor ICHOM?

Hoe wil de Kwaliteitsraad betrokken zijn?

14

Presentatie Spoedzorg

Zorginstituut Nederland

**FOKKE & SUKKE
LEBBIEN EEN VACATURE**

WIJ ZOEKEN VOOR DE EERSTE HULP

EEN ECHTE VERBINDER

Kwaliteitskader Spoedzorg:

Niet omdat het moet, maar omdat het beter is voor de patiënt!

Marjolijn de Booy, Projectsecretaris Spoedzorg

Kwaliteitsraad ZIN
17 juli 2017

| Van goede zorg verzekerd |

Sprake van 2 Spoedzorgtrajecten op MJA

1. Rapport "Spoed moet goed" (dec. 2015); indicatoren voor 6 'complexe' spoedindicaties (vanaf SEH: 5 partijen)

1. CVA
2. AMI
3. RAAA
4. Multitrauma
5. Heupfractuur
6. Geboortezorg

2. Kwaliteitskader voor de Spoedzorgketen

- Start bij ongeplande zorgvraag
- Huisarts/HAP
- Ambulance
- SEH/ziekenhuis/centrum
- instroom/doorstroom/uitstroom

1. Rapport Spoed moet goed

48 indicatoren aangewezen als relevant:

- 26 aangeboden (bestaande) indicatoren
- 22 indicatoren toegevoegd op Tpk, deels bestaande & deels nieuwe indicatoren

Denk aan:

- ✓ Indicatoren m.b.t. de keten:
 - Afspraken ketenpartners (AMI, CVA)
 - Tijdslaan aankomst SEH – operatie, multidisciplinair zorgpad (heup)
 - Direct aangeboden aan traumacentrum (multitrauma)
- ✓ Indicatoren m.b.t. beschikbaarheid voorzieningen:
 - 24/7 directe beschikbaarheid CT/CTA (CVA, RAAA, multitrauma)
 - 24/7 beschikbaarheid OK en IC-bed (RAAA, multitrauma)
 - 24/7 beschikbaarheid medisch personeel (RAAA, CVA, trauma, heup)
- ✓ Transparantiekalender 2018: eigenaarschap FMS & NfU

2. Kwaliteitskader voor de Spoedzorgketen:

Op initiatief van ZIN met

- NHG & LHV (huisartsenorganisaties)
- Ineen (huisartsenposten)
- AZN (ambulancezorg)
- V&VN (verpleegkundigen)
- NVZ (ziekenhuizen)
- NfU (academische centra)
- FMS (medisch specialisten)
- NVSHA (SEH-artsen)
- Patiëntenfederatie Nederland
- ZIN (zorgverzekeraars)
- LNAZ (Netwerken acute zorg)

Bijeenkomsten:

- 30 april/1 mei 2014 "Bos"-dagen Zeist
- juni 2014, dec. 2015 en dec. 2016: Invitational Conferences (Zilveren Toren)
- 2017: Expertgroep (mrt/april/mei) en stuurgroep (juni, sept)

Doel Kwaliteitskader

- ✓ Bieden van een inhoudelijke basis voor de feitelijke organisatie van de spoedzorgketen, d.w.z.
 - Vanuit de zorgvraag (inhoud) landelijk vaststellen welke afspraken gemaakt moeten worden op basis waarvan de spoedzorg regionaal georganiseerd kan worden.
- ✓ Ruimte en richting bieden voor heldere en eenduidige afspraken in de regio.
- ✓ Regionale organisaties faciliteren om op basis van Kwaliteitskader (meer) regie te nemen in de organisatie van de spoedzorg.

Ambities Kwaliteitskader

- Iedere patiënt met een ongeplande zorgvraag ontvangt op het juiste moment op de juiste plaats de juiste zorg. Daarbij geldt:
 - o Dichtbij als het kan, verder weg als dat beter is voor de patiënt!
 - o De zorgvraag van de patient is leidend
- Goede kwaliteit spoedzorg is 24/7 beschikbaar ongeacht de aard van de acute zorgvraag.
- Spoedzorg is toegankelijk, tijdig, veilig, effectief, patiëntgericht en efficiënt.

Op weg naar een gezamenlijk Kwaliteitskader

Aan de hand van de

- uitkomsten van de bodsagen & invitational conferences;
- aanbevelingen vanuit de regio's op basis van de (221) patient journeys over 11 ingangsklachten
- bestaande afspraken en rapporten met normen en indicatoren voor de spoedzorg;
- input van betrokken partijen;

is **onder regie ZIN** gewerkt aan het opstellen van Kwaliteitskader voor de Spoedzorgketen.

Melding → Triage → (Eigene) verpleeg- en verzorgingscode → Diagnostiek en behandeling → Overstroom

Keteninformatie

Ketenrealisatie

Gezamenlijk op weg naar een Kwaliteitskader:

Wat is er vanaf 1 januari 2017 **onder regie LNAZ** gebeurd:

- Een expertgroep en een stuurgroep met vertegenwoordiging van 11 betrokken organisaties is ingesteld.
- Concept Kwaliteitskader voor de Spoedzorgketen is 3x besproken met (medische) expertgroep.
- Concept (4^e) Kwaliteitskader is eind juni besproken in stuurgroep.
- ZIN nauw betrokken bij proces, aanwezig op alle bijeenkomsten

Wat gaat er nog gebeuren:

- Aangepast (5^e) concept verzenden naar betrokken organisaties voor achterban consultatie en verwerken commentaar. 2^e stuurgroep is gepland 1^e week september. Bespreken implementatieplan.
- 6e eindversie rondzenden voor autorisatie
- Kwaliteitskader voor de Spoedzorgketen tripartiet aanbieden aan Zorginstituut Nederland
- Uitvoeren implementatieplan Kwaliteitskader/doorontwikkeling

NB. Aan SIRM is gevraagd dit proces te ondersteunen
NB. Afspraken IAT opgehangen aan afspraken in Kwaliteitskader