Zorginstituut Nederland

Zorginstituut Nederland
Kwaliteitsraad

Eekholt 4
1112 XH Diemen
Postbus 320
1110 AH Diemen
www.zorginstituutnederland.nl
info@zinl.nl

T +31 (0)20 797 85 55

Contactpersoon
C. van der Vliet

Datum
20 maart 2018

Onze referentie
2018014483

verslag

KR 48
Kwaliteitsraad

Vergaderdatum	9 maart 2018, 14.30 - 17.00 uur
Aanwezig	Jan Kremer, Sophia de Rooij, Niek de Wit, Hugo Keuzenkamp, Niek Klazinga, Anne-Miek Vroom, Henk Nies, Petrie Roodbol
Afwezig	Bertine Lahuis
Zorginstituut	*Secretariaat* Celeste van der Vliet en Kim Elberse *Overig* Arnold van Halteren, Karin Siemeling, Jeroen Poot, Bas Lohman, Paul de Beer, Iris Smit, Ineke Roede Daniëlle Looije, Heleen Moerland, Babette van de Berg, Lydia de Heij, Suzan Orlebeke, Paula Polman
Extern	Sebastiaan Baan

1 Opening en mededelingen

De voorzitter opent de vergadering om 14.45 uur en heet de aanwezigen welkom.

Conflicterende belangen
Geen.

Heidag
Op 9 april heeft de Kwaliteitsraad een heidag. Het onderwerp van de heidag wordt waarschijnlijk ‘de visie op kwaliteit’.

Samenstelling Kwaliteitsraad
De voorzitter vraagt de leden om hun suggesties voor nieuwe leden voor de Kwaliteitsraad voor vrijdag 16 maart door te geven.

2 Verslag vorige vergadering + vergaderdata 2018

Een KR-lid of al bekend is wanneer het onderwerp informatiestandaarden/

information board behandeld kan worden. De secretaris antwoordt dat dit waarschijnlijk in juni gebeurt.
Het verslag wordt zonder wijzigingen vastgesteld.

4 Samen beslissen/ICHOM

De voorzitter geeft het woord aan Bas Lohman, programmamanager bij het programma 'Uitkomstinformatie voor samen beslissen' (presentatie in bijlage 1). Bas geeft aan dat hij de aanwezigen graag meeneemt in de voorlopige uitkomsten van het programma, maar hij vermeldt hier wel nadrukkelijk bij dat het hier nog een concept betreft.

De afgelopen zomer is het programma gestart met vier projecten: selectie aandoeningen, ICHOM als versneller, instrumentarium en stimuleren uitkomsttransparantie. Verschillende projectleiders zijn het land in geweest en hebben gesprekken met stakeholders gevoerd. Van twee projecten zijn er meeleesrondes geweest en bij de andere twee wordt er nog gewacht op terugkoppeling. Komende weken worden de conclusies goed bij elkaar gebracht en gekeken hoe er verder wordt gegaan met de doelstellingen.
Er is veel draagvlak voor samen beslissen in de spreekkamer. Er is ook redelijk wat draagvlak om hierbij uitkomstinformatie te gebruiken. De uitdaging zit in het draagvlak voor landelijke transparantie van uitkomstinformatie. Er zijn enthousiaste koplopers, maar ook partijen waar nog veel weerstand is, vooral omdat ze vinden dat de uitkomstinformatie in de praktijk lastig bruikbaar is. Aan de andere kant willen enkele partijen dan zelfstandig verder gaan om dit doel te bereiken.

Een KR-lid vraagt hoe er aandacht wordt besteed aan laaggeletterden, de opzet veronderstelt een bepaald niveau en is dit nog toegankelijk? Bas antwoordt dat hij vanuit de praktijk heeft teruggekregen dat als de zorgverlener op de juiste wijze het gesprek aangaat, door de tijd te nemen en de goede informatie te geven, het juiste gesprek altijd wel gevoerd kan worden Een KR-lid benadrukt dat het programma hier een rol in kan spelen.
Een KR-lid geeft aan dat met het gebruik van uitkomstinformatie ook uitgegaan wordt van een bepaald type patiënt die graag beslissingen neemt op basis van getallen en data. Hij worstelt met het datagebruik in spreekkamer voor beslissingen. Suzan Orlebeke (een van de projectleiders) reageert dat het er om gaat dat patiënten het recht hebben om te beschikken over dit soort data als er beslissingen moeten worden genomen. In de praktijk blijkt dat als er gebruik wordt gemaakt van patiënt-gerapporteerde data dit voor zowel de patiënt als de zorgverlener als heel begrijpelijk en informatief wordt ervaren. Uitkomstinformatie is meer dan getallen.
Een KR-lid vult aan dat het gesprek in de spreekkamer ook gaat over het articuleren van symptomen, niet alleen over harde uitkomstmaten.
Een KR-lid vraagt zich af of zorgverleners wel genoeg tijd in de spreekkamer hebben om ook nog over uitkomsten te praten. Bas Lohman is het er mee eens dat de uitvoering in de praktijk een belangrijk issue is waar het programma wat mee moet doen. Het KR-lid antwoordt dat het 'waarom' en het 'wat' wel duidelijk is, het gaat nu om 'hoe'.
Een KR-lid signaleert dat zelfstandige klinieken wel begrijpelijke en duidelijke communicatieuitingen doen. Bas Lohman antwoordt dat deze partijen inderdaad een voorsprong hebben, maar dat ook reguliere ziekenhuizen wel zullen moeten aansluiten.

Een KR-lid ziet juist een zichtbare ontwikkeling en nieuwe dynamiek in de spreekkamer ontstaan. Hij vraagt tegen welke dilemma's het programma aanloopt. Bas Lohman vraagt hoe we dit goed en versnellend kunnen laten landen in spreekkamers. Dit kunnen we oppakken met beleidsinstrumenten, maar ook met een uitvoerend stuk met ziekenhuizen. Een ander KR-lid geeft aan dat hier centrale sturing én ruimte geven voor decentrale initiatieven gecombineerd kunnen moeten worden. Bas Lohman vraagt welke rol de overheid hierin kan spelen? Een KR-lid reageert dat je wel eisen kan stellen als overheid, maar je moet wel rekening houden met wat het veld nu doet. Hier spelen verschillende belangen. Uiteindelijk maak je het jezelf wel moeilijk als elk ziekenhuis een ander systeem heeft. Een ander KR-lid geeft aan dat je als overheid kan voorschrijven welke informatie beschikbaar moet zijn, maar dat je ruimte kan geven hoe deze dat precies gebruikt wordt.

5 Update Zinnige Zorg

Arnold van Halteren geeft een presentatie (zie bijlage 2). Op 16 november heeft Hans Paalvast al een update gegeven over Zinnige Zorg. Waar staan we nu, welke projecten lopen er en welke staan op de planning, wat levert het op en hoe zorgen we ervoor dat partijen hiermee aan de gang gaan?

Het Zorginstituut heeft aantal jaar geleden een business case ingediend bij VWS zodat we zorg kunnen doorploegen, met bezuiniging als uitgangspunt. Daarvan zijn we afgestapt, we kijken nu naar de hele zorg en we willen gepast gebruik bevorderen met doel zowel verbeteren van de zorg als vermijden van onnodige kosten. Er is een lange aanloopperiode geweest, waarin we zowel de methodiek hebben ontwikkeld en tegelijkertijd productie draaien en dat is best een toer. Nu zie je een versnelling ontstaan in categorieën die we oppakken. We zijn begonnen met het bewegingsapparaat (knie- en heupartrose), vanuit het idee dat daar veel te snel geopereerd wordt. Vervolgens hebben de kanker gekozen, daarna hart- en vaatziekten. We hebben daar alle verbetersignalementen af en zitten we in de implementatiefase. Nu lopen de screenings van gehandicaptenzorg, stofwisseling en de GGZ en de verdiepingsonderzoeken bij ziekten van het ademhalingsstelsel en geboortezorg/gynaecologie. We gaan binnenkort beginnen met zeven nieuwe screenings voor ICD-10-gebieden. Per onderwerp richten we een team in, waarvoor we structureel nieuw personeel (45 fte) kunnen werven. Er is een planning gemaakt van te verwachte capaciteit en functieniveau, voor de verschillende fases van het programma. Met name voor de screenings- en verdiepingsfase. De implementatiefase vergt minder mensen, hier gaan mensen uit het veld mee aan de gang en voor het monitoren heb je in verhouding ook minder mensen nodig. Mensen schuiven aan in verschillende ICD-10-gebieden. Doordat je in cycli werkt kan een afgerond ICD-10-gebied later terugkomen en een andere focus krijgen. De rationale is de gehele zorg te bestrijken, ook bijvoorbeeld de gehandicaptenzorg. Het KR-lid geeft aan dat de rationale achter ICHOM ziektelast is. Zinnige Zorg wijkt hier dus vanaf. Zijn achterliggende vraag is of de Zinnige Zorg-projecten niet in lijn gebracht kunnen worden met de ICHOM projecten. Arnold antwoordt dat het Zorginstituut probeert de verbinding zoveel mogelijk te maken, door de gemeten uitkomsten mee te nemenin de signaleringsfase. En voor keuze van de onderwerpen voor de verdiepingsfase is hoge ziektelast een van de criteria.

De KR adviseert om meer synergie aan te brengen tussen Zinnige zorg en de

kwaliteitstaken van het Zorginstituut. De uiterst zinvolle kennis die opgedaan wordt in de Zinnige Zorgtrajecten zou ingebouwd moeten worden in de processen van standaardenontwikkeling. [*Later geeft Arnold aan dat elk Zinnige Zorgtraject in een nieuwe of betere standaard eindigt*]

Arnold benoemt de primaire doelstellingen van Zinnige Zorg: gezondheidswinst (tegengaan van over- en onderbehandeling en over- en onderdiagnostiek) en het vermijden van onnodige kosten/verspilling. In de verbeterpunten komt soms het ene naar boven en soms het andere.

Een KR-lid heeft ervaren uit gesprekken met bestuurders en zorgverzekeraars over het patiëntenperspectief dat als er gekeken wordt naar het resultaat van gezondheidswinst voor de patiënt, deze vaak niet valt in het domein waarbinnen gemeten wordt. Voorbeelden hiervan zijn kortere reistijd en of er wel of geen mantelzorger mee moet. Dit levert winst en dus effectiviteit voor de patiënt op, maar dit wordt niet meegenomen. Het zou interessant zijn om dit een keer in kaart te brengen. Arnold geeft aan dat het Zorginstituut wel vanuit patiënt probeert te kijken naar het zorgproces, maar tegelijk is het lastig want in de evidence komt dit inderdaad niet vaak naar voren.
Een KR-lid concludeert dat de keuze voor de uitkomsten waarnaar je kijkt eigenlijk niet neutraal is, mensen denken hier verschillend over. De zorgbehoefte verschilt ook per patiënt.
Een KR-lid merkt op dat vanaf enige afstand Zinnige Zorg op te vatten is als een groot programma vanuit een overheid, die initiatief neemt om te kijken wat wel of niet zinnige zorg is, die het veld hierin meeneemt en die het vervolgens uitrolt/implementeert in het veld. Maar er bestaat ook een aantal kwaliteitsinitiatieven/decentrale zinnige zorg-projecten, bijvoorbeeld vanuit allianties met zorgverzekeraars, maar dit lijken wel twee verschillende werelden. Ze hebben hetzelfde doel, maar zijn niet met elkaar verbonden. Een KR-lid is heel enthousiast over het verbetersignalement, dit is een nieuwe kwaliteitstool die past bij de lijn van de Kwaliteitsraad van leren en verbeteren. Het geeft niet aan “zo moet het”, maar “als je beter wilt doen moet je hier en hier aan denken”. Het heeft de dynamiek van een richtlijn, je focust als het ware op de film en niet op de foto. Maar dan is het eigenlijk wel jammer dat dit programma door een overheidsinstelling wordt gemaakt. Je kunt ook hier uit gaan van vertrouwen in het veld en stimuleren dat er tripartiete verbetersignalementen ontwikkeld worden, net als bij kwaliteitsstandaarden.

Een KR-lid vraagt of er ook verbinding wordt gezocht met kennisagenda’s en wetenschapsagenda’s van het veld? Het Zorginstituut probeert hiermee de verbinding te leggen, soms lukt dit goed, soms wat minder.

Tenslotte benoemt Arnold nog een zorg. Binnen het Zinnige Zorg-traject worden alle partijen op verschillende momenten betrokken, alle koepels onderschrijven uiteindelijk de aanbevelingen en toch ontstaat er vervolgens wat weerstand in de praktijk en leiden de rapportages nog niet tot concrete veranderingen. Het Zorginstituut heeft nu een link met de hoofdlijnenakkoorden, maar inhoudelijk blijft het moeilijk om kernpunten op te pakken. Hoe kunnen we de rapporten beter onder de aandacht brengen en de implementatie in het veld te verbeteren? De energie zou erop gericht moeten zijn dat het veld het eigenaarschap oppakt. Arnold geeft aan dat het Zorginstituut slechts tijdelijk de aanjager zou moeten zijn.

Overige opmerkingen:

- De KR complimenteert het Zorginstituut met dit goede initiatief
- De KR wil aanbevelingen uit de ZZ-rapporten die betrekking hebben op de ontwikkeling of verbeteringen van kwaliteitsstandaarden/ informatiestandaarden of meetinstrumenten voortaan gecommuniceerd krijgen
- Wat nog mist in de methodiek is het goed (kwalitatief) analyseren: het achterhalen van de achterliggende oorzaken om te bedenken hoe er verandering kan plaatsvinden Meestal is het geen medisch inhoudelijke reden.
- De KR benoemt dat als je winst wil incasseren n.a.v. een Zinnige Zorg-traject er misschien wel financiële of capaciteitsafspraken gemaakt moeten worden met ziekenhuizen/maatschappen en/of zorgverzekeraars.
- De KR adviseert om bondiger te communiceren. Een centraal uitgegeven document van 80 pagina's heeft minder impact dan wanneer er enkele simpele verbeterpunten met veel kracht de wereld in geslingerd worden. Ziekenhuisbesturen worden overspoeld met allerlei adviezen/regels/aanbevelingen. Zij hebben behoefte aan compacte boodschappen, een scherp verhaal, het moet aansluiten bij hun belangen, op basis waarvan ze decentraal, bijv. met zorgverzekeraar, afspraken kunnen maken. Denk hier goed over na, voordat je alle ICD-10-gebieden doorgewerkt hebt en het niets oplevert.

De KR adviseert om de instrumenten van het Zorginstituut op elkaar aan te laten sluiten.

De voorzitter bedankt Arnold voor presentatie en de discussie. Het initiatief is goed, de richting ook. De Kwaliteitsraad heeft met name vragen over de verbinding met de praktijk, discussie over centraal en decentraal en verbinding met bestaande geldstromen. De Kwaliteitsraad wil hier als er behoefte aan is graag verder over nadenken/discussiëren, misschien wel als onderdeel van een heidag of binnen een subgroepje.

- **Twee leden van de KR willen zo nodig in gesprek met Arnold van Halteren en Hans Paalvast.**

6 Ontwikkelingen Kwaliteit

Karin Siemeling geeft een presentatie over de wijziging van de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz) (bijlage 3). Karin geeft aan dat deze presentatie een vervolg is op de presentatie van Petra Beusmans bij de vorige vergadering.

In de wet wordt opgenomen dat een kwaliteitstandaard geen innovaties mag belemmeren, het is de vraag hoe dit getoetst zal worden. In principe is het aan de Nza, zij zullen dit vanuit marktperspectief benaderen. In de uitvoeringstoets heeft het Zorginstituut wel benoemd dat er opheldering nodig is over toetsing hierop.
Het tweede belangrijke punt is dat de kwaliteitsstandaard een beschrijving moet bevatten van kwalitatieve gevolgen op de zorguitgaven. Hier is voor 'kwalitatief' gekozen, het is niet de bedoeling dat de partijen zelf gaan uitrekenen wat de kwantitatieve impact zal zijn.
In de wet staat ook opgenomen dat een kwaliteitsstandaard toepasbaar moet zijn in het toezicht. Op dit punt zal de IGJ het Zorginstituut van advies

voorzien. Voor de partijen blijft het Zorginstituut het enige loket voor de kwaliteitsstandaarden. Een KR-lid merkt op dat in de praktijk een kwaliteitsstandaard uiteindelijk wel langs de drie loketten zal moeten. Een ander KR-lid verwacht dat lerende normen niet door de toets op handhaafbaarheid zullen komen, en vraagt zich af welk effect dit zal hebben op de kwaliteitsstandaarden. Karin reageert dat het op dit moment nog niet duidelijk is of alle kwaliteitsstandaarden langs de IGJ moeten. In dat geval zal er een kader moeten worden opgesteld aan de hand waarvan het zorginstituut de selectie kan maken.

Een KR-lid vraagt hoeveel invloed het Zorginstituut nog heeft op de beoogde wetswijziging? Karin licht toe dat het Zorginstituut om een uitvoeringstoets is gevraagd en dat die nu wordt uitgevoerd. Maar dit is iets wat in de Ministerraad is geweest, en is niet te keren.
Een KR-lid vraagt of het begrip innovatie is gedefinieerd. De Kwaliteitsraad vindt dit erg onduidelijk. Karin antwoord dat dit in de uitvoeringstoets zal worden benoemd.

Een KR-lid vraagt zich af in hoeverre de NZa nu kan voorschrijven hoe gedetailleerd bijvoorbeeld personeelsnormen in de kwaliteitsstandaard beschreven moeten worden. Als bij elke (voorgestelde) verandering in de zorg de budgetimpact uitgerekend moet worden, dan krijgt het Zorginstituut een zware taak om partijen te vragen om alle benodigde gegevens aan te leveren. Karin reageert dat het nu nog niet duidelijk hoe de BIA precies zal worden gemaakt. Wel is duidelijk dat de BIA door de NZa zal worden uitgevoerd. Een KR-lid vindt het erg belangrijk dat de inschatting of een toets door de IGJ of een BIA bij de NZa nodig is, bij het Zorginstituut komt te liggen. Hij verwacht dat als er niet één partij duidelijk de leiding neemt het hele proces tot stilstand komt, zoals nu feitelijk bij de spoedzorg aan de hand is.

Karin Siemeling gaat verder met haar presentatie. Naast de 'noodrem' die de minister kan inzetten verandert met de nieuwe wet ook dat er niet meer uitsluitend procedureel maar ook marginaal inhoudelijk getoetst wordt door het Zorginstituut. Het is niet precies duidelijk wat dat precies inhoudt. Een KR-lid merkt op dat kwaliteit dan niet uitsluitend van het veld is, maar ook een beetje van de overheid. Een KR-lid vraagt of het Zorginstituut mag kijken of de aangeboden kwaliteitsproducten in lijn zijn met de uitspraken van het Zorginstituut op het gebied van Zinnige Zorg? Vanuit het perspectief van doelmatigheid zou dit een logische aanvulling zijn.
Een KR-lid vraagt zich af of dit gevolgen heeft voor de rol van de Kwaliteitsraad? De voorzitter antwoordt dat dit vooralsnog binnen het huidige proces lijkt te passen.
Karin geeft aan dat er ook nog een bepaling in de wet is opgenomen die voorkomt dat partijen kwaliteitsproducten die niet in het register staan, financieel kunnen afdwingen. De voorzitter concludeert dat deze bepaling voorkomt dat partijen zelfstandig via kwaliteitsproducten hun eigen markt gaan vergroten, en dat dit een nuttige bepaling is.
Naar aanleiding van de volgende dia vraagt een KR-lid wat 'incrementele kosten' zijn? Karin geeft aan dat alleen wordt gekeken naar de extra kosten die met de aangeboden standaard samenhangen en niet naar de totale kosten hiervan.

Karin spreekt verder over de risico's van het wetvoorstel. Ze stelt vast dat het risico op stagnering van het aanbieden van kwaliteitsproducten al door de Kwaliteitsraad is benoemd en dus wordt herkend. Ook de andere risico's worden door de Kwaliteitsraad herkend. Een KR-lid vraagt of er ruimte is om naast de zorgkosten die samenhangen met een kwaliteitsstandaard ook naar de maatschappelijke baten te kijken? Hoewel de wet dit niet uitsluit en de minister alle ruimte heeft om dit mee te nemen, lijkt dit geen onderdeel van de standaard BIA bij de NZa.
Karin geeft het vervolgproces aan: volgende week wordt de uitvoeringstoets opgeleverd, daarna is er een maand de tijd voor de consultatie. Half juni wordt het voorgelegd aan de ministerraad en daarna wordt het verdere wetgevingstraject doorlopen met als doel dat de wetswijziging op 1 juli 2019 van kracht wordt. De voorzitter geeft aan dat de Kwaliteitsraad graag het conceptdocument zou willen zien om hier nog advies over te kunnen geven. Karin antwoordt dat het stuk komende maandag in de Raad van Bestuur wordt besproken. Afgesproken wordt dat de Kwaliteitsraad het stuk krijgt toegestuurd en dat de leden hun opmerkingen naar de voorzitter sturen. De voorzitter concludeert dat hoewel de Kwaliteitsraad op hoofdlijnen in het proces is meegenomen, het een gemiste kans is dat het stuk zelf niet tijdig met de raad is gedeeld. Hier was het gepast geweest om de Kwaliteitsraad tijdig om advies te vragen.

- **Secretaris stuurt de uitvoeringtoets naar de leden**
- **De KR-leden sturen hun opmerkingen naar de voorzitter**

[Na afloop van de vergadering wordt aangegeven dat het Zorginstituut wel de bedoeling had om de Kwaliteitsraad advies te vragen over uitvoeringstoets, maar dit is in de projectgroep door haast/vakanties en veranderingen in de planning misgegaan, de Kwaliteitsraad heeft de uitvoeringstoets gekregen en de reacties zijn doorgegeven en besproken met de RvB]

7 MJA

a) Overzicht MJA
De voorzitter merkt op dat er enkele deadlines zijn verstreken, maar die komen allemaal aan de orde straks bij de schriftelijke mededelingen.

b) Chronische nierschade
Arnold van Halteren licht toe. Het onderwerp chronische nierschade staat op de MJA, de standaarden zijn klaar, maar de indiening van de standaarden is niet tripartiet, want verzekeraars dienen niet in. Een lastig probleem, waar de Kwaliteitsraad al eerder mee te maken heeft gehad. Hoe gaan we hier mee om? Want de zogenaamde DZM-light zoals bij traumatisch hersenletsel, was toch best arbeidsintensief. Het Zorginstituut probeert ZN mee te laten indienen. ZN was in eerste instantie niet betrokken en heeft later criteria opgesteld waar ze wel en niet bij betrokken willen zijn. Dit onderwerp was nog van voor die tijd en ze hebben daarom afgezien van deelname. ZN zou toch eigenlijk alle onderwerpen die op de MJA staan, wel van belang moeten vinden en daar lijken ze nu wel gevoelig voor. Ze hebben naar de standaard chronische nierschade gekeken en van inhoudelijk commentaar voorzien. Het Zorginstituut heeft ZN gevraagd om hun commentaar te delen met de indieners en met een oordeel te komen of ze wel of niet mee indienen voor opname in het Register. Zo ja, dan volgt gewoon een toets door het Zorginstituut. Zo niet, dan is het bipartiet

ingediend, maar weten we in elk geval wat het commentaar van ZN is. Hopelijk krijgen we volgende week te horen wat ZN doet. We wachten dit even af.

De Kwaliteitsraad denkt dat dit onderwerp prioriteit verdient bij ZN. Wat heeft het bestuurlijk overleg tussen ZN en het Zorginstituut opgeleverd? Arnold licht toe dat het best een moeilijke discussie is, ook gezien de eerdere discussie over de status van het Register, nu en in de toekomst. Fijn dat ZN in ieder geval extra capaciteit heeft aangetrokken en het bezig is met een inhaalslag, vooral voor onderwerpen die op de MJA staan. Nu meelezen op het commentaar van ZN heeft nog geen zin. Eerst moet duidelijk zijn of ZN mee indient.

8 GGZ

Sebastiaan Baan van Netwerk Kennisontwikkeling GGZ (NKO) geeft een presentatie over de stand van zaken (zie bijlage). Het NKO is nu vier jaar bezig met kwaliteitsontwikkelingen in de geestelijke gezondheidszorg. Het streven is om uiterlijk 1 juli 2018 klaar te zijn met de kwaliteitsstandaarden, EBRO modules en generieke modules, zie de sheets voor de presentatie. Het NKO kijkt nu hoe alles geïmplementeerd kan worden en heeft hiervoor een aantal implementatietools ontwikkeld. Een deel van de standaarden is wel al gepubliceerd, maar alles wordt straks in één keer aangeboden voor het Register.
Bij alle standaarden zijn ook alle bijbehorende producten ontwikkeld, zoals genoemd in het toetsingskader, zoals de patiëntenversie, samenvattingskaart en ook een implementatieplan. Zoals gevraagd door het toetsingskader is het wenselijk om tripartite aan te bieden. Dit betekent de verenigingen van patiënten en naasten, professionals, aanbieders en verzekeraars. De zorgaanbieders hebben aangegeven betrokken te willen zijn bij de aanbieding in het Register. Bij de ontwikkeling van de standaarden hebben zij aangegeven dat dit een taak is voor professionals en patiënten en naasten. Er is een brief geweest vanuit de AGTT (opvolger bestuurlijk akkoord GGz) aan het Zorginstituut met vragen over wat de aanbieding betekent, hoe gaan we om met de capaciteit, hoe gaan we om met kostenverschuivingen, is de Zvw toereikend?
De aanbieders hebben aangegeven mee te willen aanbieden mits er voldoende duidelijkheid is over de mogelijke implementatievraagstukken. Hiervoor is een uitvoerbaarheidstoets ontwikkeld. De toets geeft op hoofdlijnen inzicht in de huidige capaciteit en wat de nieuwe situatie voor gevolgen voor de markt heeft. Per standaard wordt op basis van de uitvoeringstoets en werkgroepen hiervan een implementatieplan gemaakt en daarnaast een algehele rapportage. Er is bijvoorbeeld een tekort aan regiebehandelaren (zoals genoemd in het Kwaliteitsstatuut). En er zijn nog enkele financiële uitdagingen bij sommige aandoeningen waar de DBC mogelijk niet toereikend is. Het NKO is nu in de afrondende fase. Het NKO is gebaseerd op draagvlak bij alle partijen en werkt samen met alle partijen uit de ggz. Aanbieding aan het Register is mogelijk als de partijen daarmee akkoord gaan.
Een KR-lid vraagt of de uitvoerbaarheidsstoets pas gemaakt wordt nadat de standaard is ontwikkeld, dat klopt. Eerst eens worden over de standaard, dan onderzoeken wat de mogelijke gevolgen op hoofdlijnen kunnen zijn. Het KR-lid vraagt of dit een droogzwemoefening is of dat het gebeurt of basis van implementatie? Sebastiaan antwoordt het eerste, op basis van declaratiegegevens, praktijktoets die tijdens de ontwikkeling heeft plaats gevonden en vragen aan professionals en zorgaanbieders wordt een inschatting

van de impact gemaakt.

Een KR-lid vraagt of de NZa hier ook een rol in speelt, dit is niet het geval. De Kwaliteitsraad vindt het heel sterk dat ze zelf verantwoordelijkheid hiervoor nemen. Sebastiaan geeft aan dat als je overheid erbij zet de verantwoordelijkheid verschuift en dan krijg je mogelijk niet de juiste discussie.

Een KR-lid vraagt hoe het met de consistentie tussen de standaarden is en welke ROM-instrumenten er afgesproken zijn? Wordt er verwezen naar ROM-instrumenten bij standaard? Ja, er wordt verwezen naar welke ROM-vragenlijsten er kunnen worden gebruikt. Dit is niet altijd gelijk aan wat er door de Stichting Benchmark GGZ momenteel is opgenomen, er zit soms wel ruimte tussen. Een KR-lid noemt de ICHOM set bij angst en depressie en vraagt of de standaarden hier naar verwijzen. Dit is nog niet het geval, maar door de discussie over ROM gaat deze doorontwikkeld worden. Er wordt bekeken welke meetinstrumenten het beste passen bij welke patiëntengroepen. Vanaf juni gaat dit duidelijker worden en logischerwijs neemt het NKO de ICHOM instrumenten mee.

Een KR-lid vraagt zich af, anticiperend op de aankomende bulkaanbieding, hoe de economische impact voor deze kwaliteitsslag wordt ingeschat? Sebastiaan geeft aan de economische impact nog steeds relatief laag lijkt te zijn, een uitdaging ligt bijvoorbeeld bij de standaard persoonlijkheidsstoornissen, de dbc-prijs lijkt niet toereikend, maar omdat de behandeltijd steeds korter wordt (van 8 naar 4 jaar), kan je ook nadenken over een ander model. Maar bijvoorbeeld het arbeidspotentieel is niet toereikend, hier zit de meeste uitdaging. Een KR-lid vraagt waarnaar de regiebehandelaren verwijzen. Sebastiaan licht toe dat dat omschreven staat in kwaliteitsstatuut (opgenomen in het Register). Hierin wordt beschreven wie de regiebehandelaren mogen zijn in de ggz en per echelon is daar een invulling aan gegeven. In principe zijn er 9 regiebehandelaren in de ggz.

Een KR-lid vraagt zich af wat de oplossing voor het arbeidsprobleem is. Het capaciteitsorgaan is hierbij betrokken en doet een uitspraak over de inschatting.
Een KR-lid vraagt of eMental Health ook meegenomen is in de kostenramingen? Nu misschien een grote financiële impuls nodig, die zich op termijn terugbetaald? Ja, er is hier een generieke module hierover. Vraag is waar het geld heen moet, verschillende ontwikkelingen in eigen beheer en ook een programma van VWS over financiering ICT-kant.

De KR vraagt wanneer er ingediend gaat worden. Sebastiaan geeft aan dat als ze het implementatieplan rond hebben dan kunnen ze indienen. De aanbieders zijn echter wat terughoudend met het onderschrijven van de implementatieplannen omdat zij bang zijn om afgerekend te worden door de zorgverzekeraars en mogelijk toezichthouders.
Een KR-lid vraagt of ook de verschuiving in de keten door multidisciplinaire karakter van standaard meegenomen is in het doorrekenen. Dit is het geval. Aanname is alleen bij veel standaarden dat deel van patiënten toch door zal gaan naar specialistische ggz.

De KR vindt dit een heel mooi proces. Mooi om in een reactie aan te geven dat

dit proces de noodrem voorkomt.

Een KR-lid vraagt of de professionals zich eigenaar voelen van wat NKO doet. Sebastiaan antwoordt bevestigend.

De Kwaliteitsraad heeft groot respect voor het programma en bedankt Sebastiaan hartelijk.

9 Schriftelijke mededelingen

De voorzitter geeft aan dat de schriftelijke mededelingen helder zijn. Hij licht er een paar onderwerpen uit.

Uit de RvB

Wijkverpleging
Een KR-lid vraagt zich af welke rol de buurtzorg speelt in dit dossier. Buurtzorg is een eigen beroepsvereniging begonnen om zich te onderscheiden in hun profiel. De voorzitter geeft aan dat op een later moment bij de toets vanzelf de vraag op tafel komt of alle relevante partijen zijn betrokken.

Meerjarenagenda

Mondzorg
Lydia de Heij licht kort toe dat de betrokken partijen iets meer tijd nodig hebben om de producten van de MJA in te dienen. De partijen hebben al wel een concept met het Zorginstituut is gedeeld, waardoor we al wel aan de slag kunnen. Formele aanlevering kan pas na de algemene ledenvergadering van KIMO. Lydia geeft aan dat er nog steeds weerstand zit bij de tandartsen, maar dat er elke keer toch voldoende ruimte is om weer een stapje vooruit te doen. De voorzitter adviseert om de druk hoog te houden om voortgang te stimuleren.

Cosmetische geneeskunde
Lydia de Heij is bij de bijeenkomst geweest, waar de eerste versie van het kader besproken is. Het was heel bijzonder dat alle partijen aan tafel zaten. Men was tevreden over het concept, maar men wenst het kader meer toe spitsen op de praktijk en naar verschillende categorieën zorg onder te verdelen met de bijbehorende kwaliteitseisen. De indeling in categorieën halen enigszins de hete aardappel naar voren. Een KR-lid benadrukt de rol van Peter Holland als topvoorzitter. De secretaris merkt op dat het er nu naar uit zit dat het kader hopelijk tot overeenstemming gaat leiden, maar dat het addendum waar de bekwaameisen moeten worden vastgelegd lastig gaat worden.

Wijkverpleging
Een KR-lid merkt op dat het niet meer realistisch wordt geacht om tot één kader te komen voor de wijkverpleging en voor de extramurale verpleeghuiszorg. Een ander KR-lid geeft aan dat dit niet erg hoeft te zijn, het is toch andere zorg. Overigens zoeken de partijen wel nadrukkelijk aansluiting bij het Kwaliteitskader (intramurale) verpleeghuiszorg.

Chronische pijn
Een KR-lid benoemt de bijzondere houding van anesthesiologen. De secretaris

merkt op dat er voor wat betreft de indicator wel overeenstemming lijkt te komen. Een ander KR-lid maakt zich zorgen over huisartsen die niet betrokken willen zijn. Een KR-lid geeft aan dat er wel bereidheid bij de huisartsen is om in te stemmen met de kwaliteitsstandaard. De secretaris geeft aan dat het onderwerp voor de vergadering van 31 mei geagendeerd wordt.

- **Secretaris zet het onderwerp 'chronische pijn' op de conceptagenda voor 31 mei**

Verpleeghuiszorg
Geen opmerkingen.

Spoedzorg
De voorzitter geeft aan dat dit een spannend dossier blijft. In de quick scan komt naar voren dat er maar een beperkt aantal punten is waardoor de incrementele kosten kunnen toenemen, de meerkosten lijken dus wel mee te vallen. Echter in de quick scan wordt ook een aantal punten genoemd dat verder kan worden bekeken in een BIA. Op bestuurlijk niveau is er nu overleg tussen het Zorginstituut en de NZa over de vraag in hoeverre dit nodig is.
De secretaris vult aan dat het toetsproces nog loopt en dat hierbij naast de vraag over de BIA ook nog speelt of alle relevante partijen zich achter het kader scharen. De FMS is bezig alle leden op een lijn te krijgen. De voorzitter stelt vast dat hiermee wel de deadline is overschreden. Een KR-lid geeft aan dat de geriaters nog niet akkoord gaan, ze kunnen dit nog niet waarmaken.
De voorzitter vraagt of de KR een advies wil geven? Het KR-lid merkt op dat het er op lijkt dat zowel de publieke driehoek als de partijen in de zorg meer tijd nodig hebben. Er volgt een korte discussie over de deadline. Jeroen Poot geeft aan dat de deadline formeel is gehaald: er is een product aangeboden. Het is nu aan het Zorginstituut om te toetsen of het voldoet aan het Toetsingskader.
De voorzitter concludeert dat de KR graag op de hoogte blijft en adviseert om de druk op de partijen hoog te houden.

Wet BIG
Een KR-lid deelt mede dat de RVS bezig is met een advies over wet BIG. Er zijn verder geen opmerkingen.

Call ZonMw Addendum Kwaliteit
Hier is eerder overleg over geweest, er zijn geen vragen.

10 Rondvraag
Er zijn geen vragen voor de rondvraag.

11 Sluiting
De voorzitter sluit de vergadering om 17.11 uur.

Bijlage 1: Presentatie bij agendapunt 4 - Samen beslissen/ICHOM

Zorginstituut Nederland
Kwaliteitsraad

Datum
20 maart 2018

Onze referentie
2018014483

Zorginstituut Nederland

Uitkomstinformatie voor Samen Beslissen

Voortgangsrapportage en eerste beelden uitkomsten

Diemen, 8 maart 2018

CONCEPT

| Van goede zorg verzekerd |

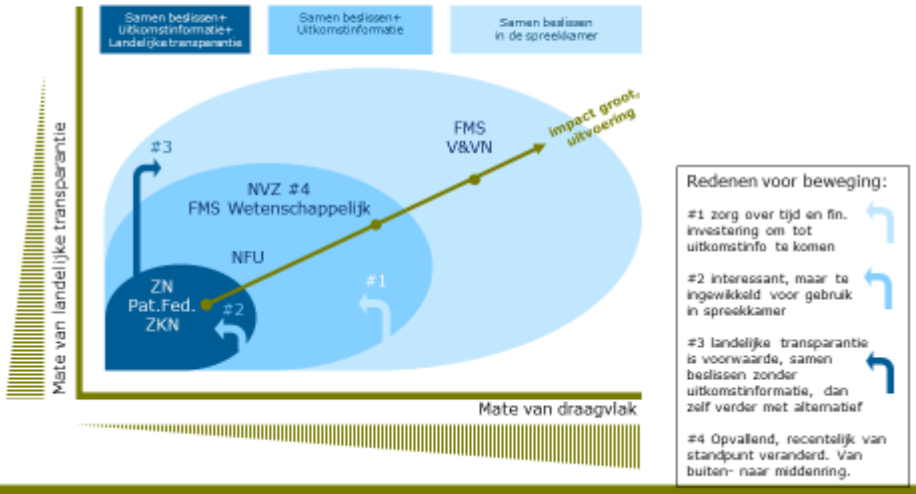
Proces programma

Proces tot nu toe:

- Gesprekken gevoerd met breed scala relevante stakeholders, van koepelpartijen tot ziekenhuizen en overheidsinstanties tot ondernemers
- Algemene conclusie is dat er veel draagvlak is voor de doelstellingen van het programma maar wel op verschillende niveaus (zie volgende slide)
- Conclusies worden deze weken samengevoegd tot een overkoepelend advies en plan van aanpak om de doelstellingen van het programma te laten landen binnen de bestuurlijke gremia en in de spreekkamer

2

Ruim draagvlak voor gebruik van uitkomstinformatie in de spreekkamer, uitdaging zit in het gebruik buiten de spreekkamer



Redenen voor beweging:

#1 zorg over tijd en fin. investering om tot uitkomstinfo te komen

#2 interessant, maar te ingewikkeld voor gebruik in spreekkamer

#3 landelijke transparantie is voorwaarde, samen beslissen zonder uitkomstinformatie, dan zelf verder met alternatief

#4 Opvallend, recentelijk van standpunt veranderd. Van buiten- naar middenring.

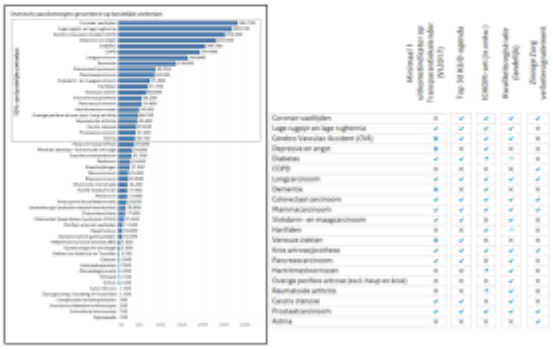
3 Bron: Interviews en consultatie onder leden van het BO n.a.v. deelprojecten 1-4.

Project 1: selectie aandoeningen

50% ziektelast is in beeld gebracht en gevalideerd met de externe partijen

Voortgang per aandoening op verschillende 'transparantieonderdelen' vastgesteld, en lokale initiatieven in beeld gebracht.

Volgende stap is om aanpak-'richtingen' op te stellen voor clusters van aandoeningen: wat is de beste aanpak om tot goede uitkomstinformatie te komen gezien de uitgangssituatie van de aandoening?



4

Project 2: ICHOM als versneller

Proces tot nu toe:

- Op basis van een breed beeld uit het veld zijn voorlopige conclusies getrokken. Komende weken worden deze gedeeld met Linnean en andere veldpartijen
- Voorlopige conclusie is, ICHOM is een uitstekende blue print om te werken met uitkomstindicatoren 'comply or explain'
- ICHOM heeft goed oog voor de belangen van de patiënt en het Nederlandse veld is sterk betrokken geweest bij de ontwikkeling van de sets.
- Wel zijn er meerdere mogelijkheden om tot goede uitkomstinformatie te komen hiervoor moeten we de ogen niet sluiten.
- Er is nog weinig ervaring met de implementatie van ICHOM sets en zijn er praktische uitdagingen, zoals verschillen in manieren van registratie tussen NL en ICHOM, grote van sets, relevantie van enkele onderdelen

5

Project 3: Instrumentarium

Proces tot nu toe:

- Aan de hand van de ˙patiëntreis˙ wordt per stap in kaart gebracht wat de huidige- en gewenste situatie is binnen het verzamelen, analyseren en terugkoppelen van data. Aan de hand hiervan wordt de uitdaging per stap vastgesteld. Ook hier is bij een breed scala aan veldpartijen informatie opgehaald
- Hier komt uit dat het zorg IT landschap zeer versnipperd is met gevolgen voor de interoperabiliteit: 'het goed kunnen uitwisselen van gegevens tussen verschillende niveaus en eenheden'.
- Toewerken naar meer standaardisatie is nodig om de doelen van het programma te kunnen realiseren.
- Hiertoe zijn afspraken nodig op verschillende niveaus: beleidsmatig, organisatie en proces. Indien dit niet vanuit het veld zelf van de grond komt is er voor de overheid een rol weggelegd dit af te dwingen.
- Verschillende landelijke initiatieven lopen reeds op dit vlak Registratie aan de bron, VIPP en MedMij
- Maar ook op kleine schaal zijn er veelbelovende initiatieven zoals binnen de TU Twente waar een applicatie is ontwikkeld om gegevens onderling te vergelijken of een gestandaardiseerde manier voor de ontwikkeling van keuzehulpen voor patiënten. Het verdient aanbeveling dit soort initiatieven te ondersteunen en breder door te voeren

6

Project 4: Stimuleren uitkomsttransparantie

Proces tot nu toe:

- Op basis van een breed beeld uit het veld zijn voorlopige conclusies getrokken en gevalideerd met de betrokken partijen
- Voorlopige conclusie is: er is ruim draagvlak voor het door-ontwikkelen van de sets op de transparantiekalender
  - Graag geziene richting is het creëren van een betere balans tussen uitkomst-, proces-, en structuurindicatoren
  - Ook is er een duidelijke wens om versnelling aan te brengen
- Simuleren van aanbieders die willen overstappen kan globaal op twee manieren:
  - Ruimte creëren binnen transparantiekalender (doorontwikkeling)
  - Ruimte door 'iets krijgen' dit kan zijn podium door zichtbaar maken ervaringen en ondersteuning in mankracht/ middelen. Nb middelen die wel universeel zijn om huidige versnippering te doen dalen

7

Richtingen voor uitvoering om uitkomsttransparantie te laten landen op de bestuurstafel en in de spreekkamer. Bestuurlijke en uitvoerende richting lopen parallel en versterken elkaar

Bestuurlijk

Afdwingen op transparantie kalender

- ICHOM set op de transparantiekalender plaatsen en partijen zo dwingen ermee te gaan werken
- Is mogelijkheid binnen aandoeningsgebieden waarin weinig tot geen initiatieven van de grond komen of waar partijen niet tot besluitvorming komen

In samenspraak op transparantie kalender

- Door ontwikkelen van bestaande sets van aandoeningen volgens de lijn 'minder registratielast en versnellen'
- Doorvoeren bij aandoeningen die reeds goed op weg zijn in de ontwikkeling van sets

Uitvoerend

Met leidende coalitie van zorgaanbieders implementeren

- Vormen van een leidende coalitie door het Linnean initiatief, ziekenhuizen en andere stakeholders om het gebruik van de sets te laten landen in de spreekkamer

Toewerken naar een gedragen advies en plan van aanpak
13 Maart
Opdrachtgeversoverleg
2e helft maart
bestuurlijke ronde
partijen transparantie
overleg
5 april
Bestuurlijk overleg
transparantie
17 April
Opdrachtgeversoverleg
Bespreken 'definitief'
concept advies en plan
van aanpak
24 mei
Opdrachtgeversoverleg
opleveren advies en
plan van aanpak
vervolg
Juni
Start uitvoering plan van
aanpak
Maart
Afronden concept advies
opstellen plan van aanpak
vervolg
29 Maart
Consultatie concept
advies en plan van
aanpak bij Linnean
groep
Creëren draagvlak en
leidende coalitie
26 april
Bureauoverleg
Transparantie
24 mei
Bureauoverleg
Transparantie
9

Zo werken we toe naar een gedragen advies!
Expert teams
Inhoud
Mijlpalen
ADVIES
Feedback
Stakeholders (selectie wie/wat/hoe) voor totaal programma en deelprojecten
Linnean, ziekenhuizen, vak- en patiëntverenigingen
10

Bijlage 2: Presentatie bij agendapunt 5 - Update Zinnige Zorg

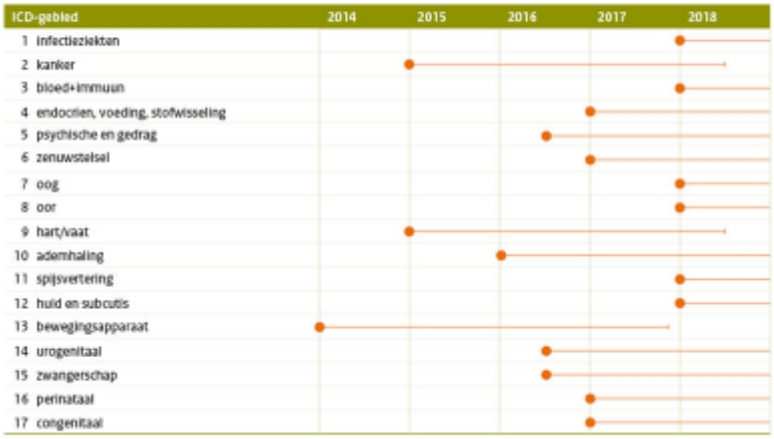
Zorginstituut Nederland
Kwaliteitsraad

Datum
20 maart 2018

Onze referentie
2018014483

Werving en selectie

Systematische doorlichting van alle IC-10 gebieden in 5 jaar



3

Opbrengsten

Gezondheidswinst én vermijden onnodige kosten:

- Verminderen schadelijke overdiagnostiek en/of overbehandeling. De patiënt én de premiebetalende burger zijn beide gebaat bij deze verbetering.
- Verminderen onderdiagnostiek en/of onderbehandeling. De patiënt is gebaat bij deze verbetering.
- Verminderen niet-schadelijke overdiagnostiek en/of overbehandeling (verspilling). De premiebetalende burger is gebaat bij deze verbetering.

4

Opbrengsten

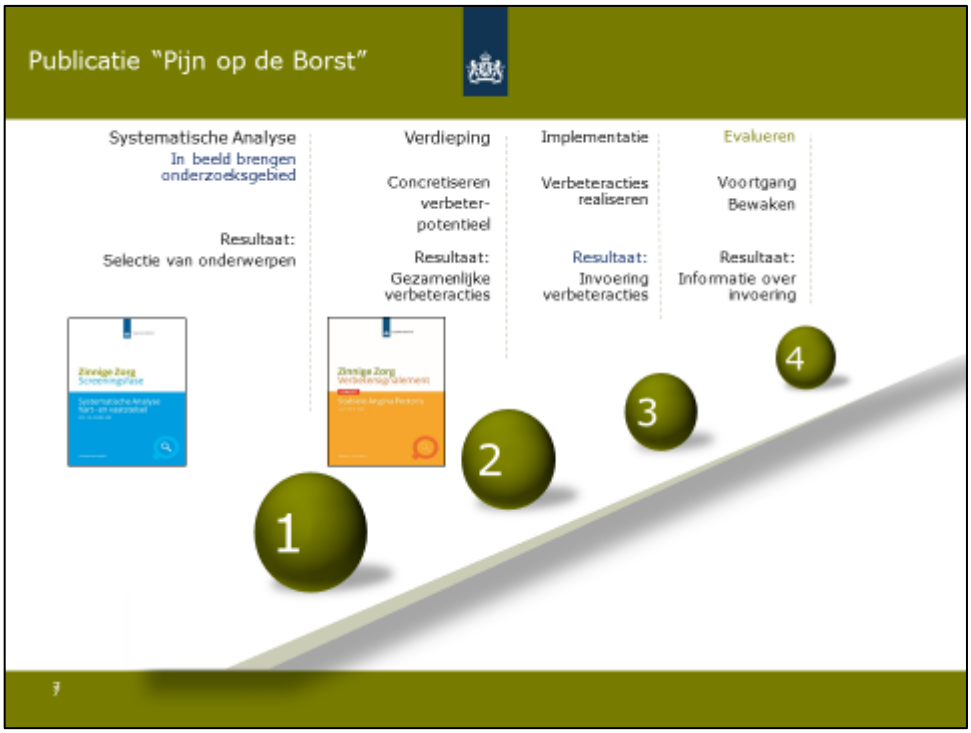
Elementen van goede zorg:
Kenbaarheid, toepassing in praktijk, uitkomsten,
Effectiviteit, kosten-effectiviteit, noodzakelijkheid
Uitvoerbaarheid, samenhang kwaliteitscirkels

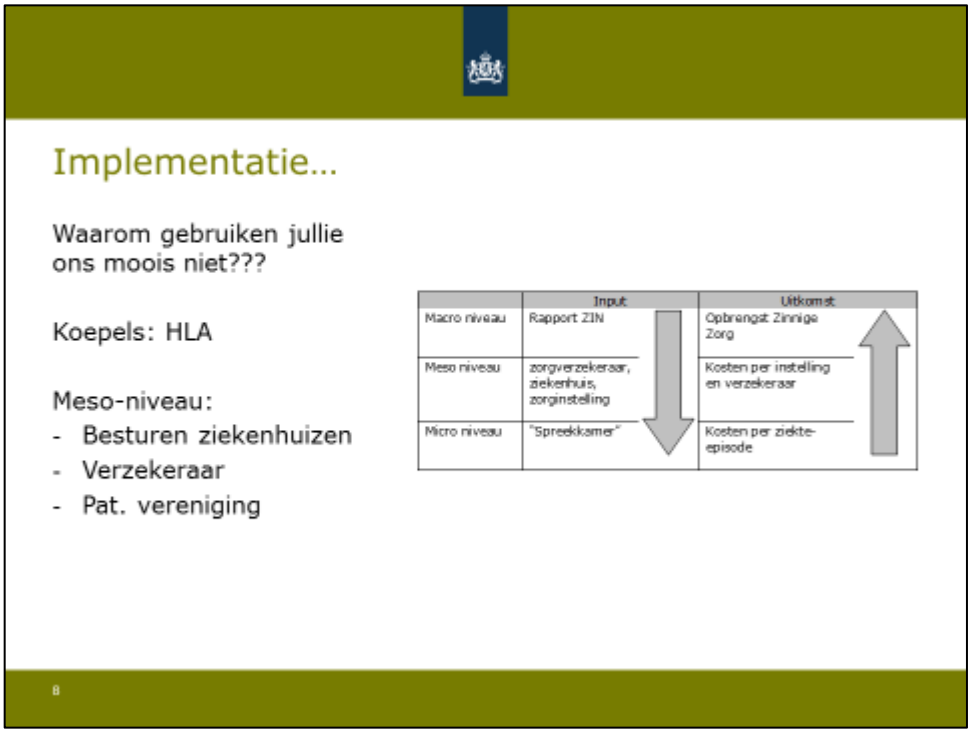
Mogelijke resultaten richten zich op bv:
- Kenbaarheid: aanpassing kwaliteitstandaard
- Toepassing: implementatie kennis
- Uitkomsten: ontw set indicatoren
- Effectiviteit: looptraining in pakket

- Kennislacunes

§

ICD	Onderwerp	Aantal PT / kosten	Publicatie datum	Partijen	Over / onder diagnostiek en/of behandeling	Kennis lacunes	Opbrengst	Onderzoek
2	Nacontrole borstkanker	40.000 (est.)	31-10-2016	-	Geïndividualiseerde inrichting nacontrolemomenten op basis van recidiefrisico: minder onnodig onderzoek, meer nodig onderzoek, meer ruimte voor andere zorgvragen.		€ 3,9 mio /jr	
2	Laatste levensfase longkanker of darmkanker	17.757	9-10-2017	-	Hogere kwaliteit van leven door de zorg beter aan te laten sluiten bij de palliatieve zorgbehoefte van de patiënt		€ 8,5 mio /jr	
2	Oncolytica (niercelcarcinoom)	2.000 €23m	verwacht 12-2017	-	Hogere kwaliteit van leven door de zorg beter aan te laten sluiten bij de zorgbehoefte van de patiënt		-	
2	Nacontrole huidkanker	????	verwacht 06-2018	-	In ontwikkeling		-	
2	Geneesmiddelen-gebruik mCRPC	11.000 €56m	1-11-2016	-	Gepaste indicatiestelling chemotherapie, verbeterde afstemming tussen zorgprofessionals; en gepastere inzet van actieve (belastende) behandelingen in de laatste levensfase.		BIA – niet gepubliceerd	
9	Pijn op de borst		12-2017		Diverse constateringen	Diverse kennislacunes	€ 177 mio /jr	
9	PAV		16-08-2016		Verbeterde implementatie stepped care en keuze hulpen, verbeterde afstemming tussen 1ste en 2de lijn, verbetering patiëntenvoorlichting	Divers	€ 29,5 mio /jr	
9	ICD		verwacht 07-2018		In ontwikkeling	In ontwikkeling	-	
10	OSAS	108.000 €41m	verwacht 06-2018		In ontwikkeling	Al divers (RL commissie)	-	
10	COPD	596.000 €415 m	verwacht 02-2018		In ontwikkeling	In ontwikkeling	-	
10	Astma	475.000 €287 m	verwacht 02-2018		In ontwikkeling	In ontwikkeling	-	
13	Artrose knie & heup		30-06-2014		Vermindering overbodige (belastende) diagnostische interventies. Verbeterde indicatiestelling door middel van stepped care, betere voorlichting en gedeelde besluitvorming.	Foto's, PROMs	€ 48,8 mio /jr	


Publicatie "Pijn op de Borst"
Systematische Analyse
In beeld brengen onderzoeksgebied
Resultaat:
Selectie van onderwerpen
Verdieping
Concretiseren verbeter-potentieel
Resultaat:
Gezamenlijke verbeteracties
Implementatie
Verbeteracties realiseren
Resultaat:
Invoering verbeteracties
Evalueren
Voortgang Bewaken
Resultaat:
Informatie over invoering
1
2
3
4
7


Implementatie…
Waarom gebruiken jullie ons moois niet???
Koepels: HLA
Meso-niveau:
- Besturen ziekenhuizen
- Verzekeraar
- Pat. vereniging
Input
Uitkomst
Macro niveau
Rapport ZIN
Opbrengst Zinnige Zorg
Meso niveau
zorgverzekeraar, ziekenhuis, zorginstelling
Kosten per instelling en verzekeraar
Micro niveau
"Spreekkamer"
Kosten per ziekte-episode
8

Bijlage 3: Presentatie bij agendapunt 6 - Ontwikkelingen Kwaliteit

Zorginstituut Nederland
Kwaliteitsraad

Datum
20 maart 2018

Onze referentie
2018014483

Zorginstituut Nederland

Wijziging van de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz)

mr. K. Siemeling
Adviseur Juridische Zaken
Zorginstituut Nederland

| Van goede zorg verzekerd |

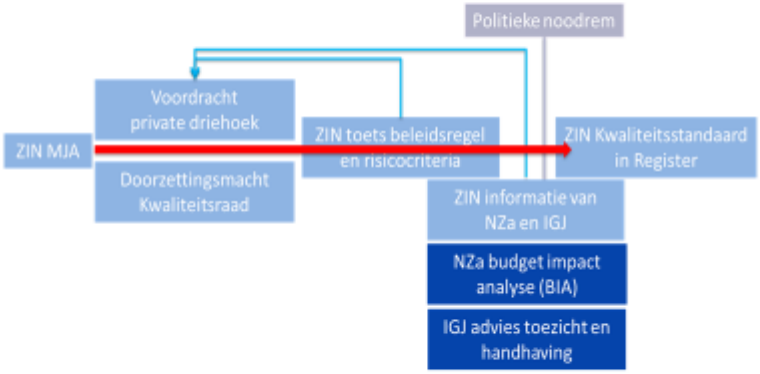
Waarom noodrem?

Als gevolg van inschrijving van het Kwaliteitskader verpleeghuiszorg grote financiële claim, met ruzie in de Ministerraad als gevolg.

Minister van VWS moest beloven aan andere departementen: dit nooit weer!

2

Hoe komt proces er na wetswijziging uit te zien?



3

Belangrijkste veranderingen in de wet I

Een kwaliteitsstandaard:

- mag innovatie van het zorgproces niet belemmeren.
- moet een kwalitatieve beschrijving bevatten van de gevolgen voor de collectieve zorguitgaven die de beoordeling van die gevolgen mogelijk maakt.
- moet toepasbaar zijn in het toezicht.

4

Belangrijkste veranderingen in de wet II

- De minister van VWS kan in bij amvb te bepalen gevallen aan de noodrem trekken.
- Het Zorginstituut toetst kwaliteitsstandaarden niet louter procedureel, maar marginaal inhoudelijk.
- Professionele standaarden die strekken tot een verhoging van het aantal in te zetten zorgverleners of verhoging van de eisen die worden gesteld aan hun kwalificaties of tot nieuwe technologie zijn geen onderdeel van goede zorg.

5

Belangrijkste punten uitvoeringstoets Zorginstituut

1. Eigenaarschap ontwikkeling en implementatie blijft bij de private driehoek.
2. De publieke driehoek gaat bij de toetsing uit van vertrouwen richting de private driehoek.
3. Aandacht voor onbedoelde effecten van het wetsvoorstel.
4. Analyse van de consequenties voor de collectieve zorguitgaven moet betrekking hebben op de *incrementele* effecten.
5. Er moet niet alleen aandacht zijn voor de kosten maar ook voor de opbrengsten van een kwaliteitsstandaard.

6

Reflectie op mogelijke dynamiek in het veld van zorgpartijen

- Stagnatie indiening kwaliteitsstandaarden
- Partijen proberen via het Register meer budget te verwerven
- Opknippen van kwaliteitsstandaarden zodat er geen hoge meerkosten zijn

7

Vervolg procedure wetsvoorstel

19 maart 2018: uitvoeringstoetsen publieke driehoek
28 of 30 maart 2018: informatiebijeenkomst voor veldpartijen bij VWS
30 maart 2018: start internetconsultatie
Half juni 2018: Ministerraad
Daarna: advies Raad van State, Tweede Kamer, Eerste Kamer. Beoogde datum inwerkingtreding: 1 juli 2019.

8

Bijlage 4: Presentatie bij agendapunt 8 – GGZ

Zorginstituut Nederland
Kwaliteitsraad

Datum
20 maart 2018

Onze referentie
2018014483

Netwerk

LPGGz

NIP

NVvP

- Nederlands Huisartsen Genootschap
- Landelijke Huisartsen Vereniging
- Federatie Vaktherapeutische Beroepen
- Zorgverzekeraars Nederland
- Nederlandse Vereniging voor Gezondheidszorgpsychologie en haar specialismen
- Landelijke Vereniging POH-GGz
- Landelijke Vereniging van Vrijgevestigde Psychologen & Psychotherapeuten
- Nederlandse Vereniging voor Klinische Geriatrie
- Nederlandse Vereniging voor Psychotherapie
- Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland
- GGZ Nederland
- InEen
- Meer GGZ

Missie

- Planmatige, continue verbetering & innovatie van de beroepsuitoefening van professionals in de geestelijke gezondheidszorg
- Dat de te leveren zorg op de juiste plek, door de juiste persoon, doelmatig in goede samenhang en rondom de patiënt wordt verleend

Focus

- Ontwikkelen van multidisciplinaire, hoogwaardige en goed uitvoerbare kwaliteitsstandaarden voor de brede ggz;
- Kwaliteitsstandaarden op het terrein waar de behoefte het grootst is c.q. het meeste effect wordt gesorteerd;
- De kwaliteitsstandaarden moeten voldoen aan het toetsingskader van Zorginstituut Nederland:
- Naast kwaliteitsverbetering en doelmatigheid dragen de standaarden bij aan uniformiteit, transparantie en toegankelijkheid:

Doel

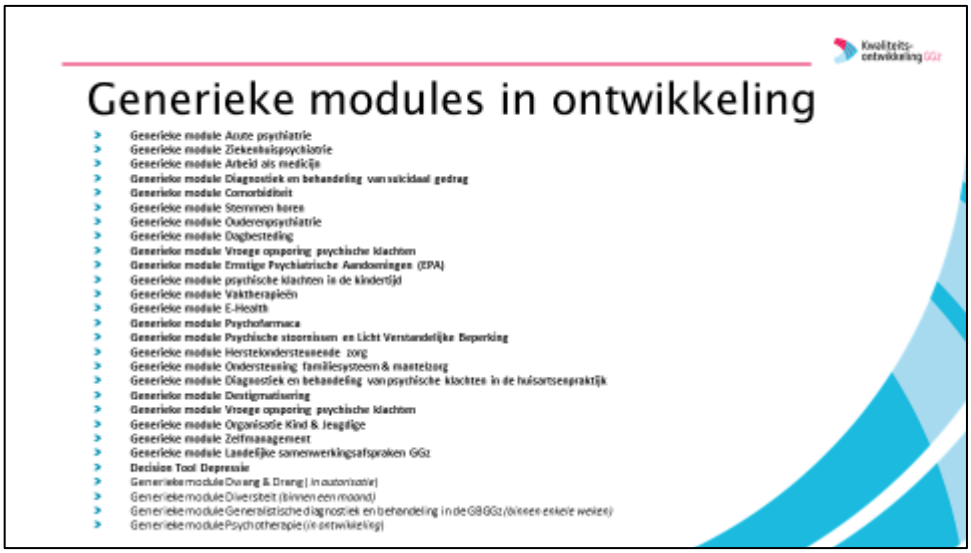
- Effectieve betaalbare zorg
- Dynamische zorgstandaarden
- Van goede zorg naar betere zorg
- Van status quo naar een 'lerende' GGz
- Met patiënten die wat te kiezen hebben

Uitgangspunten

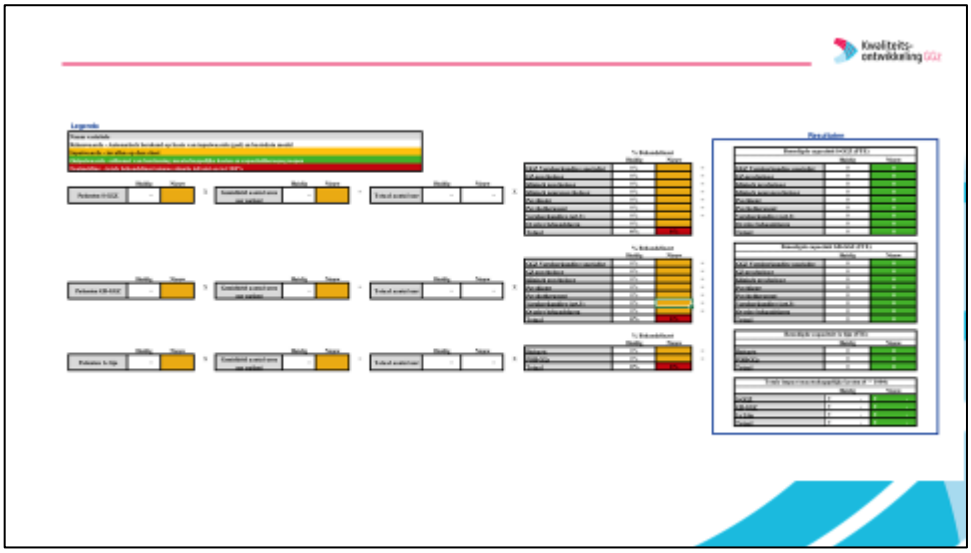
- Gepersonaliseerde zorg
- Samen beslissen
- Matched Care
- Niet minder dan noodzakelijk, niet meer dan nodig

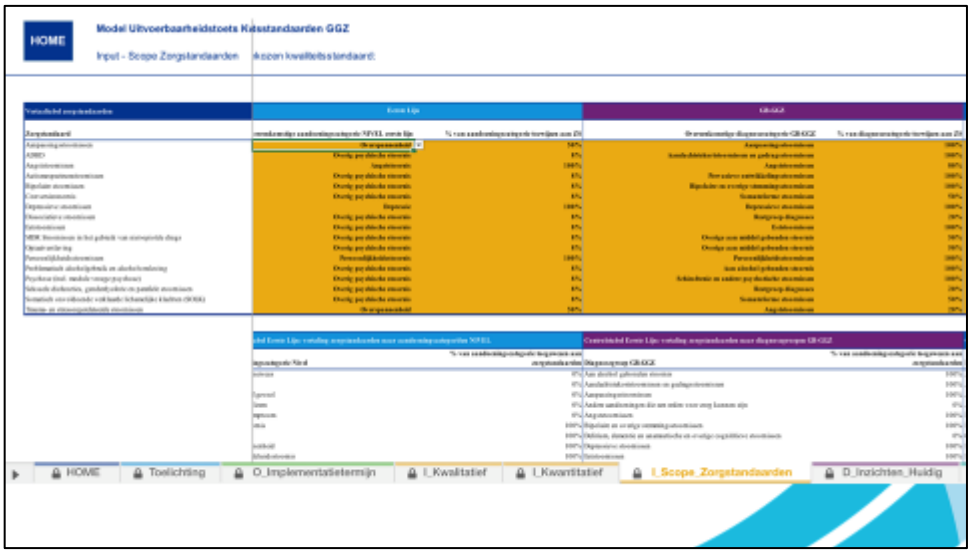
Zorgstandaarden in ontwikkeling

- **Zorgstandaard Angststoornissen**
- **Zorgstandaard Psychose (incl. module vroege psychose)**
- **Zorgstandaard Persoonlijkheidsstoornissen**
- **MDR niet-opioïde drugs**
- **Zorgstandaard Opiaatverslaving**
- **Zorgstandaard Alcoholgebruik en alcoholverslaving**
- **Zorgstandaard Aanpassingsstoornissen**
- **Zorgstandaard Eetstoornissen**
- **Zorgstandaard Bipolaire stoornissen**
- **Zorgstandaard Conversiestoornis**
- **Zorgstandaard Autismespectrumstoornissen**
- Zorgstandaard Depressie en Dysthymie *(binnen twee weken)*
- Zorgstandaard SOLK *(binnen enkele weken)*
- Zorgstandaard Seksuele disfuncties, Genderdysforie en Parafiele stoornissen (*in autorisatie*)
- Zorgstandaard Dissociatieve stoornissen (*in autorisatie*)
- Zorgstandaard Trauma- en Stressorgerelateerde stoornissen (*binnenkort in autorisatie*)
- Zorgstandaard ADHD (*binnenkort in autorisatie*)


Kwaliteits-ontwikkeling GGz
Generieke modules in ontwikkeling
Generieke module Acute psychiatrie
Generieke module Ziekenhuispsychiatrie
Generieke module Arbeid als medicijn
Generieke module Diagnostiek en behandeling van suicidaal gedrag
Generieke module Comorbiditeit
Generieke module Stemmen horen
Generieke module Ouderenpsychiatrie
Generieke module Dagbesteding
Generieke module Vroege opsporing psychische klachten
Generieke module Ernstige Psychiatrische Aandoeningen (EPA)
Generieke module psychische klachten in de kindertijd
Generieke module Vaktherapieën
Generieke module E-Health
Generieke module Psychofarmaca
Generieke module Psychische stoornissen en Licht Verstandelijke Beperking
Generieke module Herstelondersteunende zorg
Generieke module Ondersteuning familiesysteem & mantelzorg
Generieke module Diagnostiek en behandeling van psychische klachten in de huisartsenpraktijk
Generieke module Destigmatisering
Generieke module Vroege opsporing psychische klachten
Generieke module Organisatie Kind & Jeugdige
Generieke module Zelfmaanagement
Generieke module Landelijke samenwerkingsafspraken GGz
Decision Tool Depressie
Generieke module Dwang & Drang (in autonomie)
Generieke module Diversiteit (binnen een maand)
Generieke module Generalistische diagnostiek en behandeling in de GB GGz (bijeen enkele weken)
Generieke module Psychotherapie (in ontwikkeling)

Kwaliteits-ontwikkeling GGz
Implementatieplan
Uitvoering van een uitvoerbaarheidstoets.
Ontwikkeling Model uitvoerbaarheidstoets.
Resultaten verwerken in een implementatieplan per standaard.
Opstellen algemene rapportage uitvoerbaarheid geheel van de standaarden.
Acute psychiatrie


Kwaliteits-ontwikkeling GGz


HOME
Model Uitvoerbaarheidstoets Kiesstandaarden GGZ
Input - Scope Zorgstandaarden
HOME
Toelichting
O_Implementatietermijn
I_Kwalitatief
I_Kwantitatief
I_Scope_Zorgstandaarden
D_Inzichten_Huidig

Kwaliteits-ontwikkeling GGZ
Implementatie-ondersteuning
Database voor ontsluiting kwaliteitsstandaarden
Patiëntenversie via www.Thuisarts.nl
Onderwijsmodules voor regiebehandelaren
Keuzehulpen
Diverse (15x) tools voor de ondersteuning van de implementatie
THUISARTS.NL

Zorgstandaarden / Bipolaire stoornissen
Zorg rondom mensen met een bipolaire stoornis
Verberg index
Bipolaire stoornissen
Zoeken binnen bipolaire stoornissen
Visie op zorg: gezondheid als perspectief
Inleiding
Specifieke omschrijving stoornis
Zorg rondom mensen met een bipolaire stoornis
Inleiding
Model voor fasering van de bipolaire stoornis
Model voor stadiëring van de bipolaire stoornis
Opmerkingen bij de modellen
Herstel
Combinatie van modellen
een manische of depressieve episode en het beperken van psychische, lichamelijke, relationele, materiele en sociale complicaties. Deze fase duurt meestal weken tot enkele maanden, waarbij soms (al dan niet gedwongen) opname nodig is.
Voortgezette behandeling. Deze is gericht op het voorkomen van terugval op korte termijn, verdere stabilisatie van de psychische toestand en het bevorderen van herstel na de episode. Deze fase duurt ten minste 2 maanden, maar vaak 6 tot 12 maanden.
Onderhoudsbehandeling. Deze is gericht op het voorkomen van nieuwe episoden, het verder herstel van functioneren, leren leven met de aandoening en het oppakken van de sociale rollen. Ook kunnen bijkomende psychische klachten en aandoeningen worden behandeld. Deze fase duurt jaren en kent grote variatie in de aard en intensiteit van behandeling.
Fasering van bipolaire stoornissen
(en fasen van de behandeling)
Episode
Interval
Episode
MANIE
HYPOMANIE
Omslag
Recidief

THUISARTS.NL

Waar bent u naar op zoek?

- In het kort
- Verschijnselen
- Adviezen
- Hulp weigeren?
- Hulp regelen
- Direct hulp regelen
- Meer informatie

Hoe merk ik dat iemand met een verstandelijke beperking psychische klachten heeft?

Als iemand psychische klachten heeft, wordt dat vaak duidelijk in zijn/haar dagelijks leven. Waaraan kunt u dat bijvoorbeeld merken?

- Iemand raakt sneller dan anders geïrriteerd.
- Hij/zij kan zich minder goed concentreren.
- Hij/zij huilt vaak.
- Hij/zij is angstiger dan gewoonlijk.
- Hij/zij zegt 'druk in het hoofd' te zijn.
- Hij/zij gaat steeds meer alcohol drinken of drugs gebruiken.
- Hij/zij slaapt slecht.

En bij ernstige psychische klachten:

- Iemand wil geen contact met anderen of anderen mijden hem/haar.
- Hij/zij is erg somber en geniet nergens van.
- Hij/zij reageert heel heftig op kleine gebeurtenissen. Hij zij wordt dan bijvoorbeeld woedend of heel verdrietig.
- Hij/zij is vaak in de war, gedraagt zich vreemd of maakt vreemde opmerkingen.
- Hij/zij doet (bijna) niets meer.
- Hij/zij is gespannen en verliest veel gewicht zonder duidelijke reden.

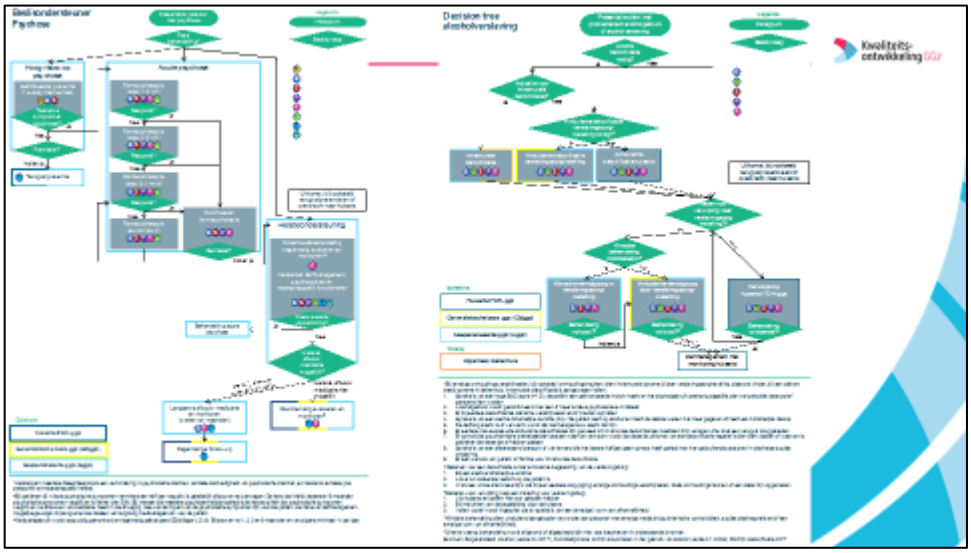
ga ik daarmee om?

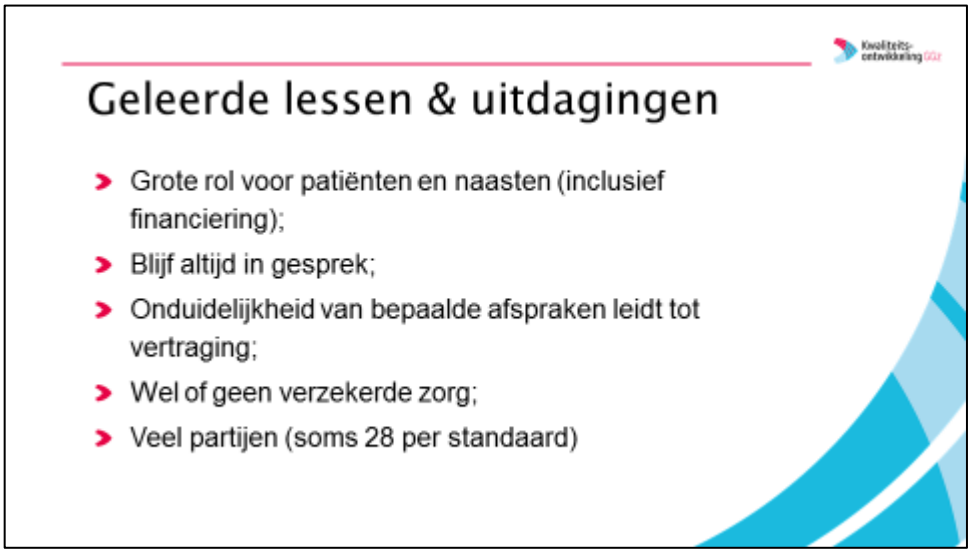
Ik maak me zorgen om iemand met psychische klachten

Ik ondersteun iemand met psychische klachten

Ik heb psychische klachten (informatie voor mensen die niet zo goed kunnen lezen)

Mijn naaste heeft een verstandelijke beperking en psychische klachten





Zorginstituut Nederland
Kwaliteitsraad

Datum
20 maart 2018

Onze referentie
2018014483