



Zorginstituut Nederland

**Zorginstituut Nederland**  
Zorg II

**Contactpersoon** mw. K. Boerman  
T +31 (0)6 524 716 56

# Verslag vergadering Kwaliteitsraad

Onze referentie 2023017205

---

<i>Omschrijving</i>	KR-vergadering
<i>Vergaderdatum</i>	9 maart 2023
<i>Vergaderplaats</i>	online/Webex
<i>Aanwezig</i>	Floortje Scheepers (voorzitter), Henk Nies, Niek Klazinga, Maria van den Muijsenbergh, Lisette Schoonhoven, Jan Smelik, Joris van Eijck.
<i>Secretariaat</i>	Celeste van der Vliet, Kim Boerman, Janneke Jacobs-Broekzitter.
<i>Overig</i>	Peter Siebers, Dave Ormel, Melanie Doodkorte, Nina van Loon, Margaret Hof, Astrid Witterland, Julia Noorduyt, Egbert de Groot, Aya Rådecker, Colien Suijndorp, Huriye Ozyer-Turan, Margo van der Gaag, Sandra Reus, Walter Salzmänn, Nanni Klein.

## 1. Opening en mededelingen

De voorzitter opent de openbare vergadering om 16.20 uur en heet iedereen welkom.

Belangenverstrengeling: geen.

Brief m.b.t. cosmetische zorg. Er is een brief binnengekomen van de Federatie Medisch Specialisten over het ontbinden van de stuurgroep Cosmetische Zorg per 29 november 2022. In deze brief wordt de reden van het ontbinden toegelicht en het Zorginstituut, het ministerie van VWS en de IGJ met klem verzocht om, in het belang van de cliënt, goed te monitoren hoe het cosmetisch veld zich ontwikkelt, toe te zien op naleving van het Kwaliteitskader en in te zetten op eenduidige registratie van klachten, complicaties en incidenten voor alle betrokken beroepsgroepen.

Er zijn geen vragen of opmerkingen over de brief m.b.t. cosmetische zorg.

## **2. Verslag vorige vergadering en vergaderdata 2023**

Er zijn geen op- of aanmerkingen op het verslag van 16 januari. Het verslag wordt goedgekeurd.

Vergaderdata 2023:

Celeste merkt op dat na raadpleging van de leden ervoor gekozen is de helft van de vergaderingen fysiek en de andere helft digitaal te houden. Een KR-lid (Joris) vraagt waarom zoveel vergaderingen digitaal gehouden worden. Zijn voorkeur gaat uit naar fysieke vergaderingen. Dit geeft wel meer reistijd. Ook moet de vergaderlocatie goed hybride vergaderen faciliteren voor de externe aanwezigen tijdens de openbare vergadering. De voorzitter stelt voor om de voorkeuren verder per mail met elkaar te bespreken.

## **3. Meerjarenagenda (MJA)**

### GGZ-standaarden

Sylvia de Graaf (team GGZ ZIN) gaat in op verouderde GGZ-standaarden in het Register en verwijst hiervoor naar de voorlegger.

De voorzitter vraagt of ZIN nogmaals aan de partijen kan vragen om tot een maatschappelijk kwaliteitskader GGZ te komen, zoals ook in het Kwaliteitsstatuut is geadviseerd. Dit is bedoeld als reminder, omdat dit nog steeds niet wordt opgepakt. Sylvia vindt dit een goede suggestie. Dit is een kortetermijnoplossing, tot er meer duidelijkheid is over de herijking van de bestaande kwaliteitstaken.

De voorzitter gaat in op het tweede stuk, de GGZ-standaarden over problematisch alcoholgebruik, alcoholverslaving en dwang en drang. Deze is al positief getoetst in 2019 en voldoet aan de inhoudelijke criteria. Vanwege het risico op substantiële financiële gevolgen is toendertijd het toetsproces on hold gezet. Het veld heeft dit onderzocht en geeft aan dat er geen financiële gevolgen zijn. Er is met Akwa een afspraak gemaakt dat de standaarden die nog op de zeef lagen nog onder de vorige versie van het Toetsingskader kunnen worden opgenomen.

De voorzitter vraagt of de KR kan instemmen met het opnemen van deze standaard in het Register.

Een lid vraagt aan Sylvia nadere toelichting over de procedure omtrent de inschatting van substantiële financiële gevolgen. Wat zijn de redenen geweest om de kwaliteitsstandaard in 2019 on hold te zetten en om welke redenen blijkt nu dat er geen substantiële financiële gevolgen worden verwacht?

Akwa GGZ heeft aangegeven dat er geen sprake is van een nieuwe norm t.o.v. hoe het hiervoor werd gedaan, ergo dat er geen substantiële financiële gevolgen zijn. De beoordeling heeft even geduurd, omdat Akwa GGZ de zorgstandaarden stuk voor stuk onder de loep is gaan nemen. Het lid zet toch vraagtekens bij de proportionaliteit van het uitstel en vindt het onduidelijk waarom deze assessment niet destijds is gemaakt en nu onder het oude Toetsingskader wordt toegelicht.

De voorzitter stelt voor terug te halen wat destijds de redenatie was. Dit wordt nagegaan.

*[Zie bijlage 1 de later gestuurde uitgebreidere toelichting. De KR vindt deze argumentatie helder en voldoende en gaat akkoord met plaatsing in het Register en met verwijdering van het onderwerp van de MJA. In het kader van leren en verbeteren vraagt de KR waarom dit besluit in 2019 al niet genomen had kunnen worden, aangezien de brondocumenten waarop de argumentatie nu is gebaseerd uit 2009 en 2014 komen. Zijn er momenteel nog meer standaarden op de zeef liggen op basis van argumenten die vrij eenvoudig zijn te checken?*

*Vanwege de veelheid aan standaarden en capaciteit bij het veld, heeft deze analyse langer op zich laten wachten. De kwaliteitsstandaard Problematisch alcoholgebruik en alcoholverslaving was hiermee de één na laatste standaard op de zeef. De kwaliteitsstandaard Persoonlijkheidsstoornissen is de enige standaard die nog op de zeef ligt, maar zal worden herzien op basis van de onlangs herziene MDR, waardoor deze niet meer op de zeef mag blijven liggen en opnieuw getoetst zal moeten worden aan het huidige Toetsingskader.*

*De RvB heeft het advies van de KR overgenomen.]*

#### MJA-overzicht

Hierover zijn geen vragen.

#### **4. Keteninformatie kwaliteit Verpleeghuiszorg (KIK-V)**

Joost Wildenberg (Projectleider implementatie programma KIK-V) en Yvette Trepels (Programmamanager programma KIK-V) zijn aanwezig om te vertellen over het verloop van het programma. In de voorlegger is een uitgebreide introductie gegeven van het programma en de actuele stand van zaken.

ZIN voert namens VWS het programma KIK-V uit, hierin werken ketenpartijen in de verpleeghuiszorg samen aan het optimaliseren en stroomlijnen van onderlinge informatie-uitwisseling, aan de hand van een afsprakenet. Deze set bestaat uit een tiental onderdelen, waarbij er drie het centrale kader vormen:

- Het onderdeel modelgegevensset vormt de basis voor antwoorden van de zorgaanbieder op uitvragen van ketenpartijen;
- Het onderdeel uitwisselprofielen beschrijft per uitvraag hoe de partijen omgaan met de gegevens en op basis van welke wet wordt uitgewisseld;
- Het onderdeel beheersafspraken. De keten is verantwoordelijk voor het beheer van de afsprakenet, dit onderdeel beschrijft de processtappen die partijen samen zetten om te kunnen uitvragen.

Er zijn tot nu toe drie uitwisselprofielen vastgesteld:

- Uitwisselprofiel *Zorginstituut Nederland aanlevering ODB*;
- Uitwisselprofiel *IGJ toezichtinformatie V&V t.b.v. voorbereiding inspectiebezoek*;
- Uitwisselprofiel *Zorgkantoren basisinformatie personeel en cliënten*.

Dit jaar wordt het Uitwisselprofiel *beleidsinformatie VWS* vastgesteld en het Uitwisselprofiel *NZa basisinformatie kostenonderzoek* getoetst. Tevens worden diverse gegevensgroepen (w.o. financiën, capaciteit) verder uitgewerkt om nieuwe uitwisselprofielen vast te stellen en bestaande verder uit te breiden.

Uitwisselprofielen hebben betrekking op kwaliteitsindicatoren en bedrijfsvoeringsonderwerpen. De bedoeling is dat vragen via een model-gegevensset beantwoord kunnen worden. Dat gaat via een infrastructuur van datastations. Iedere zorgaanbieder heeft zijn eigen datastation. De uitkomsten van de berekeningen van het datastation worden gedeeld met de vragende ketenpartijen. De broninformatie blijft onderdeel van de invloedssfeer van de zorgaanbieders. Dit proces verloopt geheel geautomatiseerd. Op dit moment wordt er bij veertig zorgaanbieders onder intensieve begeleiding geïmplementeerd. Primaire focus hierbij ligt op de uitwisselprofielen met Zorginstituut Nederland en de Zorgkantoren.

De voorzitter vraagt of er in dit programma aandacht besteed wordt aan een methode voor duiding. Yvette geeft aan dat in de ontologie zaken in detail beschreven zijn, die duiding geven aan de data. Bijvoorbeeld hoeveel fte's een zorgaanbieder in dienst heeft, of dat in- of exclusief vrijwilligers of stagiaires is, of dat het alleen om zorgpersoneel gaat. Dat is onderdeel van de afspraken- en de uitwerking in de uitwisselprofielen. Een van de uitgangspunten is dat de vraag die ketenpartijen aan aanbieders stellen beantwoord moet worden met wat een aanbieder in zijn operationele proces vastlegt. Dat kan gaan om de zorglevering aan de cliënt of dat iemand met een bepaalde professionaliteit in dienst komt voor een bepaald aantal uren. Dat wordt door een aanbieder vastgelegd. Het effect is een afname in administratieve lasten.

Yvette geeft aan dat het proces bij IGJ veranderd is wat betreft de voorbereiding op het inspectiebezoek. Voorheen stelde men voorafgaand aan een bezoek aan een zorgaanbieder 33 vragen. Het bestuur van IGJ vroeg zich af waarom die vragen gesteld werden en wat er met de antwoorden werd gedaan. Er is opnieuw naar dit proces gekeken. Het resultaat is dat er nu nog maar drie vragen worden gesteld. Alle inspecteurs zijn binnen verpleeghuiszorg opgeleid. De intentie van de IGJ is dat dit proces ook doorgevoerd zal worden in de wijkverpleging.

De voorzitter merkt op dat het gesprek uiteindelijk leidt tot zorgverbetering.

Een lid (Niek) geeft complimenten dat het op deze manier is gelukt om uitwisseling van gegevens te standaardiseren. De KR vraagt zich af hoe deze data potentieel kan worden gebruikt voor het monitoren van de kwaliteit van (verpleeghuis)zorg. Het lid stelt twee vragen:

1. Hoe staat het met de validering, beoordeling en betrouwbaarheid van de gegevens als we deze zouden gebruiken voor benchmarking/vergelijking van zorgaanbieders of afdelingen binnen een zorgaanbieder?

2. In hoeverre kan op deze data, indien gevalideerd, al een analyse plaatsvinden? Joost licht toe dat de gegevens die momenteel worden uitgewisseld gevalideerd zijn, dit geldt ook de indicatoren waarmee berekeningen worden uitgevoerd uit het modelgegevensset. Hij benadrukt dat iedere uitvraag een eigen uitwisselprofiel heeft. Door het steeds verrijken van de gegevensset komt er een grotere diversiteit aan informatie beschikbaar. Naar verwachting zal dit jaar de data robuust genoeg zijn om trends te kunnen voorzien op regionaal niveau, gezien de afspraak met zorgkantoren dat in iedere regio gegevensuitwisseling plaatsvindt.

Een KR-lid geeft aan dat de wens is een reële inschatting te maken van het moment waarop gegevens betekenisvol genoeg zijn om er conclusies aan te kunnen verbinden. Joost geeft

aan dat VWS met name geïnteresseerd is in de landelijke trends en wanneer er voldoende zorgaanbieders zijn om die data te kunnen uitwisselen om hiervoor te gebruiken. De verwachting is dat dat mogelijk in 2023 de eerste trends te zien zijn.

De werkwijze van KIK-V is niet verplicht, KIK-V is opgenomen als randvoorwaarde in het WOZO-akkoord en wordt in het verlengde daarvan meegenomen bij de ontwikkeling van het kwaliteitskader *Kwetsbare ouderen*. Daarbij zal er sturing komen op een gemeenschappelijke resultaatverantwoordelijkheid, ook wordt het in de nabije toekomst opgenomen in inkoopafspraken. Bij de aanlevering met de ODB zal met ZIN gekeken worden naar de kwaliteit van de data; deze zal worden geanalyseerd. Dit kan worden teruggeven aan de aanbieders en aan de ontwikkelaars van de indicatoren. Dat proces is wel ingeregeld.

Een KR-lid vindt het goed om te horen dat de inspectie en zorginkoop aangehaakt zijn. Hij pleit ervoor de KR te betrekken bij de mate waarop het ZIN de kwaliteitsinformatie oppakt en met name te kijken hoe de verder liggende vragen over capaciteit in relatie tot kwaliteit aangepakt kunnen worden, dit is heel relevant in het kader van de problemen op de arbeidsmarkt.

Een lid is benieuwd of ook een onderzoek wordt uitgevoerd over dit proces en het bereiken van de doelen, ook is hij benieuwd naar de financiële consequenties m.b.t. het implementeren van KIK-V: hoe krijg je uiteindelijk iedereen mee?

Actiz gaat starten met het maken van een businesscase om te onderzoeken wat dit programma de aanbieders en ketens oplevert. Dit onderzoek vindt plaats vanuit het perspectief van de aanbieder. KIK-V is geen implementatietraject dat een zorgaanbieder jaren geld gaat kosten. De implementatietijd kost een zorgaanbieder gemiddeld vier uur per week gedurende 3-6 maanden. Dit is los van het traject om de eigen (kwaliteit van) data op orde te krijgen bij een zorgaanbieder. Als het systeem werkt, vertaalt het de juiste gegevens uit de subsystemen, berekent op basis van de vraag een antwoord en zet dat klaar om uit te wisselen.

Om alle zorgorganisaties mee te krijgen, focust het programma binnen het implementatietraject op twee hoofdlijnen:

1. Een lijn gericht op randvoorwaarden om op deze manier te kunnen werken. Dit betekent dat de focus ligt op gestructureerde vastlegging van gegevensinformatie.
2. Een lijn gericht op het inrichten van de tools die KIK-V beschikbaar heeft om vanuit de basis verder te werken aan gestructureerde gegevensuitwisseling.

Een KR-lid zou graag zien dat ook gegevens van ziekenhuizen en eerstelijnszorg in het kader van langdurige zorg kunnen worden uitgewisseld. Ze vraagt of deze mogelijkheid wordt onderzocht. Yvette geeft aan dat er verzoeken komen van het RIVM en TNO over het toepassen van deze werkwijze. Men is met het RIVM bezig geweest over infectiepreventie en met TNO en ActiZ over duurzaamheid. Dat zijn hun onderwerpen. KIK-V gaat niet over de inhoud maar over optimalisering van het proces. Vooralsnog ligt de focus binnen het programma KIK-V op de Verpleeghuiszorg.

Een lid vraagt of Joost en Yvette een voorbeeld hebben voor wat organisaties hebben geleerd over het uitwisselen van data? In het begin van het traject bleek de belangrijkste les hoe relevant het is voor gegevensuitwisseling om gegevens gestructureerd goed vast te

leggen. En de mogelijkheden die het de organisaties zelf intern oplevert met de data als ze deze structureel vastleggen.

De voorzitter bedankt Joost en Yvette voor hun bijdrage. Ze verwijst naar de website regiobeeld.nl. Zij zou een overzicht van alle informatie-uitwisseling en beschikbare data erg op prijs stellen.

## **5. Informatieparagrafen**

Margo van der Gaag en Dave Ormel (adviseurs ZIN) sluiten aan.

Margo is senior-adviseur op de afdeling Fondsen en Informatiemanagement. Ze heeft een korte presentatie voorbereid waarin de samenhang kwaliteitsstandaarden, Wegiz, informatieparagrafen en informatiestandaarden wordt toegelicht. (De presentatie zal bij de notulen van deze vergadering gevoegd worden.)

De Wet elektronische gegevensuitwisseling in de zorg (Wegiz) regelt dat specifieke gegevensuitwisselingen tussen zorgaanbieders verplicht elektronisch moeten verlopen. Nu wordt er nog veel overgetypt waar de kans op fouten groot is en het daarnaast veel tijd kost die niet aan de patiënt besteed kan worden. Het doel van Wegiz is bijdragen aan betere zorg en goede informatie is daar een wezenlijk onderdeel van. Om informatie tussen instellingen te laten stromen zijn afspraken nodig op alle lagen van het interoperabiliteitsmodel. Kwaliteitsstandaarden voorzien in afspraken op de bovenste lagen, we noemen dit ook wel het 'wat'. In de Wegiz worden via NEN-normen eisen gesteld aan taal en techniek, dit noemen we vaak het 'hoe' en gaan over de onderste lagen van het model. De kwaliteitsstandaard waarin het veld het 'wat' heeft bepaald is het vertrekpunt.

Onderdeel van een kwaliteitsstandaard is de informatieparagraaf, hierin staat beschreven welke informatie op welk moment in het zorgproces nodig is. Dit is nog nieuw voor indienende partijen en daarom ondersteunt ZIN indien nodig partijen bij het opstellen van de informatieparagraaf. Op basis van de informatieparagraaf kunnen partijen een informatiestandaard (laten) maken.

Zowel de informatieparagraaf als een informatiestandaard gaan over het 'wat'. Waarbij een informatieparagraaf gaat over het hebben van algemene gegevens met als doel eensgezindheid: iedereen snapt wat daar staat. In een informatiestandaard wordt het 'wat' gespecificeerd in technische termen, zodat softwareleveranciers dat kunnen inbouwen in hun systemen. Een organisatie als Nictiz kan op basis van de afspraken uit de informatieparagraaf een 'informatiestandaard' bouwen. Het veld ontwikkelt nu een aantal meer generieke kwaliteitsstandaarden inclusief informatieparagrafen, die in specifieke zorgprocessen en bestaande kwaliteitsstandaarden weer hergebruikt kunnen worden. Dave en Margo merken dat bij partijen behoefte is in inzicht en samenhang tussen de meer generieke en specifieke kwaliteitsstandaarden. Binnen de afdeling Informatiemanagement is ZIN bezig om inzicht in de samenhang en afstemming van informatie te krijgen en te delen.

De kwaliteitsstandaarden van de vier geprioriteerde Wegiz-onderwerpen (*Medicatie overdracht*, *Beeldbeschikbaarheid*, *Basisgegevensset Zorg Msz* en *Verpleegkundige overdracht*) hebben vertraging opgelopen, daarom is uitstel aangevraagd bij de RvB. Voor *Medicatie-overdracht* wordt een addendum opgeleverd op basis waarvan de eerste

gegevensuitwisseling verplicht gesteld kan worden. Men wil de ervaringen die nu in het veld worden opgedaan meenemen bij de herziening van de kwaliteitsstandaard. Over de kwaliteitsstandaard *Beeldbeschikbaarheid* zijn nog wat onduidelijkheden wat betreft de implementatie. De KS *Basisgegevensset Zorg Msz* is bijna gereed. De KS *Verpleegkundige overdracht* is ingediend, maar de toets loopt nog.

Een KR-lid vindt het een helder overzicht. Hij refereert aan de casus Mondzorg en vraagt naar de afstemming tussen generieke en specifieke standaarden. Hij hoopt dat er geen nieuwe dingen gebouwd gaan worden dan afgesproken. Margo geeft aan het de bedoeling is dat gebruikt gemaakt wordt wat nu ontwikkeld wordt.

Een KR-lid vraagt naar secundair datagebruik en noemt als voorbeeld de lotnummers van mondimplantaten. Waar wordt bepaald dat gegevens die niet in een generieke standaard zitten, gewoon beschikbaar zijn en geaggregeerd kunnen worden opgevraagd? Margo geeft aan lotnummers geregistreerd worden via andere processen, maar niet via de kwaliteitsstandaard.

Een KR-lid vraagt wat er wordt vastgelegd aan basisgegevens. De voorzitter vult aan dat een dubbele registratie inderdaad niet wenselijk is. Een KR-lid vraagt waar dit bestuurlijk wordt ingebouwd. Is de veiligheid geborgd? De voorzitter vraagt of dat wel aan de mensen is die de kwaliteitsstandaard opstellen. Margo geeft aan dat dit in haar team besproken is. De stap die nu met de informatieparagraaf wordt gezet is een eerste stap in registratie en bewustwording. Het zit dicht bij de zorgverlener, die dit hopelijk zelf uit het systeem wil kunnen halen in het belang van goede zorg. Ten behoeve van het ondersteunen van de kwaliteitsstandaarden kan hier verder over nagedacht worden. Een KR-lid vindt dat een goed voornemen.

De voorzitter bedankt Margo voor haar bijdrage.

## **6. Rondvraag en sluiting**

Een KR-lid merkt op dat er regioplannen worden gemaakt in het kader van het IZA. Er is in de regeling niet aangegeven welke partijen hierbij aanwezig moeten zijn. Hij vraagt de KR-leden of zij, indien zij hier iets over horen, het belang willen benadrukken om ook burgercollectieven en langdurige zorg cliënten aan tafel te hebben.

De voorzitter dankt de aanwezigen voor de constructieve vergadering en sluit de vergadering om 17.29 uur.

## Actie- en besluitenlijst

Onderwerp	Actie	Actiehouder	Termijn
GGZ-standaarden	Terughalen wat en wanneer besloten is w.b.t. problematisch alcoholgebruik en alcoholverslaving terugmelden.	Celeste	Is gedaan