Zorginstituut Nederland

**Zorginstituut Nederland**
Kwaliteitsinstituut

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

T +31 (0)20 797 89 59

**Contactpersoon**
mw. C. van der Vliet
T +31 (0)20 797 87 76

**Datum**
2 oktober 2015

**Concept verslag ACK 27 7 september 2015**

# verslag Adviescommissie Kwaliteit

| | |
|---|---|
| Vergaderdatum en –tijd | 7 september 2015, 17.30 – 20.00 |
| Aanwezig | Jan Kremer (voorzitter), Hugo Keuzenkamp, Jan Lavrijsen, Mieke Hollander, Jenneke van Veen, Erik Buskens, Bertine Lahuis, Evelyn Finnema, Willem de Gooijer, Niek de Wit, Jan Kimpen (vanaf agendapunt 5) |
| Zorginstituut | Diana Delnoij, Jeroen Poot, Vera Jansweijer, Berend Mosk, Kim Boerman, Ineke Roede, Margje Mahler, Paula Polman, Floor Moes, Bert Boer (agendapunt 9), Celeste van der Vliet (verslag) |
| Gasten | Sebastiaan Baan (Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGZ, tot en met agendapunt 4), Tijn Kool (IQ Healthcare, agendapunt 9) |
| Afwezig | Anemone Bögels, Peter Holland, Rose Marie Droës |

## 1 Opening

Jan Kremer zit de vergadering voor.

## 2 Mededelingen

**2.1 Blogreeks**
De blog over mondzorg is in de afrondende fase *[deze is uiteindelijk niet gepubliceerd, de actualiteit haalde de blog in*]. In de maak zijn blogs over het traject verbetering kwaliteit LZ , relationele zorg en Levensvragen.

**2.2 Leeswijzer relevante partijen**
Ter kennisname, verder niet besproken

## 3 Verslag van de vergadering van 23 juni & vergaderdata /aanwezigheid

Naar aanleiding van de discussie over Mondzorg, heeft een ACK-lid nog een notitie over mondzorg (De mond niet vergeten) rondgestuurd. → **Celeste stuurt deze door.**

Een ACK-lid meldt dat bij agendapunt 2.2 bedoeld werd dat er voorgesteld is om de zorgstandaard dementie en de zorgstandaard NAH te gebruiken als twee voorbeelden van complexe zorg voor verschillende levensvragen door alle levensfases heen.

Een ACK-lid geeft aan dat er initiatief genomen zou worden voor een nieuw gesprek met de ACK en VNG. Dit is nog niet gebeurd. → **Celeste zoekt dit uit.**

De ACK vraagt zich af wanneer de terugkoppeling over Innovatie Zorgberoepen en Opleiding plaatsvindt. Een van de ACK-leden zou een terugkoppeling geven, maar is onverwachts verhinderd. De commissie is bezig met het opstellen van de functieprofielen, twee ACK-leden zijn al geweest om hierover input te geven. De ACK is onder andere benieuwd wat de commissie gaat doen met het commentaar van Pauline Meurs. Mogelijk toehoorderschap organiseren.
→ **Graag agenderen [vergadering van december]**

Het verslag wordt vastgesteld.

## 4 Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGZ

Sebastiaan Baan (programmaleider Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGZ) geeft een presentatie over het programma van het Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGZ. Het Netwerk vraagt de ACK of zij positief willen adviseren om hun programma op de MJA te plaatsen. Een van de ACK-leden zit in het bestuur van het netwerk zit en onthoudt zich om advies te geven. De presentatie is als bijlage opgenomen.

Discussiepunten:
Een ACK-lid vraagt of het een bewuste keuze is om onderwijs niet te betrekken. Nee, onderwijs is wel betrokken bij projecten en implementatie als dit van toepassing is. Het ACK-lid roept op om onderwijs ook in een vroeg stadium te betrekken, bijvoorbeeld via de 'GGZ Ecademy van verschillende zorginstellingen'. Sebastiaan geeft aan dat programma eerst van start was gegaan, nu kijken waar onderwijs hieraan gekoppeld kan worden.

Een ACK-lid vraagt wat de plaatsing op de MJA het Netwerk oplevert. Sebastiaan geeft aan dat er een aantal onderwerpen (bijv. ADHD) zijn waarvan verwacht wordt dat deze mogelijk niet op tijd klaar zullen zijn. Als het programma op de MJA agenda staat kan dan gelijk opgeschaald worden naar het Zorginstituut.

Een ACK-lid vraagt of de wat generiekere modules ook buiten de GGZ te gebruiken zijn. Al eerder is een overzicht van de generieke modules aan de ACK rondgestuurd. Bij sommige onderwerpen gaat het om een bestaande generieke module die toepasbaar voor de GGZ worden gemaakt (bijv. zelfmanagement).

Een ACK-lid geeft aan dat bij TSD (Transitiecommissie Sociaal Domein) dementie ook KING betrokken moet worden, anders werken ze straks niet mee. Het Netwerk is wel al in gesprek met VNG.

Een ACK-lid geeft groot compliment over de lijst, de snelheid en de ambitie. De ACK deelt dit van harte. Er wordt gevraagd of er ook problemen zijn rondom

bepaalde onderwerpen. Sebastiaan licht toe dat de kracht van het Netwerk bij de Agendaraad zit. De tripartiete aanbieding voor het register zit al ingebakken in de Agendaraad (= eigenlijk ook uitvoeringsraad). Als er tegengestelde belangen dreigen te ontstaan, wordt dit gelijk besproken binnen de Agendaraad. Er is bijvoorbeeld al veel contact met ZN, zodat zorgverzekeraars straks ook makkelijker hierop kunnen inkopen.

Er wordt gevraagd hoe het Netwerk aan hun middelen komt. Er is een bestuurlijk akkoord met de minister gesloten. Partijen voelen zich hierdoor verplicht om mee te werken. Ook is er 15 miljoen euro beschikbaar gesteld.

Er wordt gevraagd of de eis van evidence based geldt bij de te ontwikkelen projecten en of er samenwerking is met kennisinstituten? Ja, die geldt en er wordt bijv. met Trimbos, Erasmus, Movisie samengewerkt.
Hoe draagt het Netwerk bij aan een lerend proces? Eerst worden de standaarden ontwikkeld, vervolgens worden deze geïmplementeerd naar de werkvloer en daar komt de dialoog op gang voor verbeterprocessen.

Een ACK-lid vraagt zich af hoe de algemene procedure luidt om op de MJA te komen? In dit geval heeft de minister al focus hierop aangebracht via de brief Kwaliteit Loont. Diana licht toe: in algemene zin is de reden om iets op de MJA te plaatsen dat er geen beweging bij partijen is om een kwaliteitsproduct tot stand te brengen. Het onderwerp komt dan eerst op de agenda, dan gaat het Zorginstituut afspraken maken met partijen en dan worden deze afspraken ook op de MJA gezet. De ACK adviseert over opname op MJA, de RvB van het Zorginstituut beslist.

Een ACK-lid vraagt Sebastiaan hoe het netwerk ervoor zorgt dat ZN een betrouwbare partner blijft. Hij geeft aan dat er nu al commitment is voor mede-aanbieding van de producten. Ze spreken met het kenniscentrum van zorgverzekeraars en met afzonderlijke zorgverzekeraars.

Een ACK-lid vraagt welk risico via plaatsing op de MJA beheerst kan worden. Sebastiaan licht toe dat als bijvoorbeeld verslavingszorg stagneert, het Zorginstituut doorzettingsmacht kan inzetten, bijvoorbeeld als er tegengestelde belangen zijn. Of als er kennisinstituten over de zelfde aandoening verschillende aanbevelingen doen. Belangenkwesties gaan zowel over geld als over inhoud. Als bijvoorbeeld vastgesteld wordt dat POH's in de GGZ bepaald werk kunnen uitvoeren spelen er zorginhoudelijke en financiële belangen. Het Zorginstituut kan inhoudelijk wat meer druk zetten op de doorlooptijden.
De ACK geeft aan wel jaarlijks voortgangsrapportages te willen zien, en ook te kunnen besluiten of ze het eens zijn met toevoegingen aan het Programma. Met dit voorbehoud adviseert de ACK positief over plaatsing op de MJA.

## 5 Jaar van de Transparantie

Diana praat de ACK bij over de stand van zaken rondom jaar van Transparantie. Doelstelling in het Jaar van de Transparantie is om een onomkeerbare beweging in gang te zetten die leidt tot versterking van de positie van de patiënt:

- In de spreekkamer, door producten te ontwikkelen die gebruikt kunnen worden in gedeelde besluitvorming;
- In het kiezen van wat voor hen de juiste 'spreekkamer' is, door te zorgen voor

goede kwaliteitsinformatie en door belangrijke websites beter met elkaar te verbinden.

Daarnaast werken we aan lange termijn projecten die gegevensverzameling stroomlijnen, zoals registratie aan de bron. Kwaliteitsinstituut is zowel speler, coach als scheidsrechter.
De projecten die wij zelf als speler uitvoeren lopen goed. Onze redacteuren zijn aan de slag met het verbeteren en uitbreiden van KiesBeter. KiesBeter is nu ook telefonisch bereikbaar.
Wel is er soms sprake van rivaliteit met andere spelers (Zorgkaart en Thuisarts). Ook de NPCF is goed bezig. In juli en augustus zijn er 39 nieuwe pagina's op Zorgkaart ontwikkeld, voor 39 aandoeningen.
Problematisch is wel de gegevensaanlevering. Dit jaar hebben we moeten werken met een mogelijkheid tot nalevering van data omdat een en ander niet in een keer goed ging. Het probleem is niet alleen inhoudelijk of technisch, maar ook onduidelijke verantwoordelijkheden. Voorbeeld: Indicatoren worden doorontwikkeld binnen wetenschappelijke commissies van DICA. Definities liepen al snel niet meer synchroon met de definitie van indicatoren op de Transparantiekalender. Ander voorbeeld: RvB van ziekenhuis accordeert voor doorlevering van DICA gegevens aan Zorginstituut. Wetenschappelijke vereniging is niet akkoord, dus gegevens worden -in eerste instantie- niet geleverd.

Op verzoek van NVZ heeft KPMG onderzoek gedaan naar hoe dit is verlopen. NVZ en NFU gaan verantwoordelijkheid goed oppakken. Ze zouden het liefst zien dat er geen aanpassing in definities komt en geen nieuwe indicatoren ter vervanging van oude ZiZo sets. Dat is vanuit hun perspectief begrijpelijk, maar moeilijk houdbaar in het Jaar van de Transparantie.
Oplossing wordt gezocht door per indicator te "fileren" of de voorgestelde toevoeging of wijziging haalbaar is. Goed onderscheid maken in wie wat waarover zegt: inhoudelijk commentaar van NFU en NVZ mag, maar kan worden overruled. Vraag aan deze koepels is 'kunnen jullie deze informatie leveren?', niet 'is dit een goede indicator?'

Een ACK-lid meldt dat ziekenhuizen aangeven dat het Zorginstituut niet komt kijken hoe het gaat op de werkvloer. Het is belangrijk dat het Kwaliteitsinstituut/Zorginstituut een faciliterend imago heeft. Diana geeft aan dat we juist rondom dit onderwerp al heel veel uitvoerend werk hebben gedaan. En dit bericht komt juist van een ziekenhuis waar we als Zorginstituut al twee keer langs geweest zijn. → **Nagaan hoe we iets aan deze beeldvorming kunnen doen**. Een ACK-lid stelt voor om samen met partijen hierover naar buiten te treden (bijv. NVZ of Rijnstaete) om te laten weten wat we met gezamenlijke inzet van mensen en middelen bereikt hebben.

## 6 Stand van zaken ACK subcommissies

### 6.1 Spoedzorg

Een van de ACK-leden licht toe. Vlak voor de ACK-vergadering was er overleg van de subcie Spoedzorg. De expertgroep ligt op schema qua werkzaamheden. Ze zijn bezig indicatoren te ontwikkelen. De veldpartijen hebben hierop feedback gegeven, het Zorginstituut gaat dit nu eerst verwerken. Op 14 september buigt de expertgroep zich weer over de indicatoren. Op 5 oktober moet dit gereed zijn, dan houdt de taak van de expertcommissie voorlopig op. Parallel aan het indicatorentraject loopt de ontwikkeling van het Kwaliteitskader Spoedzorg (dat

gaat over de gehele keten). ZIN faciliteert en coördineert dit traject samen met alle veldpartijen.
Er wordt gevraagd hoe ZN hierop reageert. Beetje gemengde gevoelens. Ze zijn enerzijds bang dat deze aanpak tot vertraging leidt en ze niet tijdig kunnen beschikken over de door hen gewenste data. Anderzijds reageren ze ook wel weer positief en realiseren ze zich dat draagvlak echt noodzakelijk is om verder te komen.

**6.2 Langdurige zorg/Verpleeghuiszorg**
Erik Buskens is voorzitter van de subcie Langdurige zorg én voorzitter van de tijdelijke expertcommissie Verpleeghuiszorg (Evelyn Finnema is vice voorzitter).
De subcie LZ wil nu echt aan de slag gaan. Wel worstelt zij nog met haar rol en doel. Wat moet de subcie LZ gaan doen? Met welk recht spreekt deze commissie? Wat is de rol van de ACK en wat is de rol van de subcie LZ? → **dit moet verder uitgewerkt worden**
Bij verpleeghuiszorg lopen er veel parallelle initiatieven. Het is lastig dat er veel aanverwante clubs bezig zijn, soms vanuit VWS.
De expertcommissie wacht een lastige taak. Partijen zijn er de afgelopen jaren ondanks goede bedoelingen niet in geslaagd met elkaar afspraken te maken over wat nu goede kwaliteit van zorg is en welke informatie hiervoor nodig is. Daardoor ontstaat een discussie over het al dan niet bevriezen van de CQ en dit leidt tot onduidelijkheid. Er is sprake van doorzettingsmacht van de tijdelijke expertcommissie indien het proces niet tot voldoende resultaat leidt. Er wordt benadrukt dat het gevaar van verschillende partijen is dat er straks een richtlijn gemaakt wordt, maar dat er geen eigenaarschap is/gevoeld wordt.
Zodra iets actueel is, wil de politiek graag op de hoogte blijven en stelt ongeveer dezelfde vragen aan verschillende partijen. Zo is er een commissie verpleeghuiszorg voor de toekomst, een gideonsbende en worden losse personen gevraagd elementen voor kwaliteitskaders te beschrijven. Sommige leden van de ACK worden voor meerdere van deze initiatieven gevraagd en vragen zich af waarom VWS dit niet via de ACK speelt.
Margje meldt dat zij afgelopen week DG Kees vd Burg samen met Arnold Moerkamp heeft gesproken, en dat daar inderdaad parallelle initiatieven lopen. Het is een kwestie van lange adem hebben, politiek moet allemaal zo snel. We moeten investeren in relaties.
Een ACK-lid adviseert om niet alles via de pers te spelen, maar als commissie een stuk (een A4tje) te schrijven. Dat er vanuit VWS verschillende geluiden komen, vereist betere afstemming. Diana merkt op dat de DG Curatieve zorg en Markt en Consument ons overigens altijd wel goed weet te vinden. Afspraak is dat de subcommissie een afspraak zal maken met de directeur en liefst ook de DG langdurige zorg om bij te praten over wat de ACK kan doen. Margje zal dit in gang zetten na overleg met de voorzitter (dit overleg staat op 29 september gepland).

**6.3 Strategie**
Een ACK-lid licht toe. De subcie Strategie is vorige week samengekomen om de heidag op 12 oktober voor te bereiden. Tijdens de vorige heidag hebben we gesproken over wat nu eigenlijk kwaliteit is. Nu willen we een stap verder gaan, hoe match je kunst en kunde met elkaar? Met *kunde* bedoelen we het werken op basis van richtlijnen/zorgprogrammering/kwaliteitsstandaarden om zo de best beschikbare kennis en ervaring als uitgangspunt te nemen. Met *kunst* bedoelen

we het toepassen van kunde afgestemd op de context van patiënt (persoonlijke, sociale en leefsituatie, wensen van de patiënt), met andere woorden: gepersonaliseerde zorg.
Voor toepassing van *kunde* is nodig dat professionals zowel richtlijnen maken als deze leidend laten zijn in hun werk, en ze toepassen als 'controle' op de werkvloer. Voor toepassing van de *kunst* is het nodig dat er daadwerkelijke aandacht is voor de patiënt, dat er geluisterd wordt naar de patiënt en omgeving en dat de patiënt goed geïnformeerd wordt: gedeelde besluitvorming. Gedeelde besluitvorming kan optimaal tot stand komen als de patiënt en/of zijn omgeving de maximaal haalbare regie in het proces kan nemen.
Geneeskunst toegepast met kunde kan alleen succesvol worden uitgevoerd als de regie voor gebruik van de zorg zo veel mogelijk bij de eigenaar die de zorg vraagt ligt en de verantwoordelijkheid voor verbeteren, inzichtelijk maken en toepassen van de kunde zo veel mogelijk bij de eigenaar die de zorg biedt ligt. Zo blijft een ieder dicht bij zijn of haar bedoeling.
Het afnemen van eigen verantwoordelijkheid -zowel van patiënt als professional- door het creëren van afstand en ontnemen van regie (van professional naar patiënt, en van bestuur/management naar professional) leidt tot minder daadwerkelijke of gewenste toepassing (zorg bij de patiënt - kunde bij de professional) en meer ongewenste ontsnapping (qua behandeling bij patiënt, qua toepassing van richtlijnen bij professional).

Als we dit gedrag en deze effecten toepassen op het Kwaliteitsinstituut, dan is er een groot belang om:
- niet in de positie van afstand en controle te komen
- kwaliteit van zorg te verbeteren door te stimuleren dat patiënt en professional hun regie en verantwoordelijkheid nemen.

Hoe doen we (de ACK en het Kwaliteitsinstituut) dat nu? Hoe ervaren gebruikers hoe we dat nu doen? En hoe kunnen we deze positionering versterken?

Voor de heimiddag krijgen alle ACK-leden de opdracht om aan drie personen die een bepaalde relatie met het instituut hebben, te vragen naar wat hun perceptie is van het Kwaliteitsinstituut. → **Nadere info volgt**

## 7 Toetsen

### *7.1 Kwaliteitsstandaard Levensvragen*

Ineke Roede licht toe dat de ontwikkeling van de standaard Levensvragen onderdeel was van het pilotproject van het toenmalige Zorginstituut i.o. De opdrachtnemer voor de ontwikkeling van de standaard is Vilans, die deze opdracht heeft uitgevoerd binnen het Expertisenetwerk Levensvragen en Ouderen. Bij de standaard is tevens een meetinstrument ontwikkeld. De kwaliteitsinstrumenten zijn getoetst aan het Toetsingskader (zie waarderingsformulier) en voldoen aan alle criteria met een kanttekening bij de betrokkenheid van de relevante partijen. De aanbieding van het kwaliteitsinstrument is met de onderschrijving van Achmea en Menzis tripartiet, maar ZN als koepelorganisatie namens de zorgverzekeraar ontbreekt. Ook vanuit de patiënt en de zorgaanbieder zijn niet alle in de leeswijzer genoemde relevante koepelorganisaties betrokken. De aanbiedende partijen zijn van mening dat hun betrokkenheid wel draagvlak voor implementatie borgt. In eerste instantie geeft

de ACK aan dat als er geen commitment-probleem is bij ZN, er geen enkel probleem is om dit mooie product op te nemen in het Register. Berend licht toe dat ZN eerst niet meewerkte aan aanbiedingen van kwaliteitsinstrumenten voor het Register, maar dit sinds 2015 wel doet, maar dan wel aan de hand van hun selectiecriteria en niet met terugwerkende kracht. De aanvraag voor behandeling was in 2014 aan ZN gedaan.
Een ACK-lid geeft aan dat ZN ook bij traumatisch hersenletsel nog steeds niet meewerkt. De ACK geeft aan dit toch allemaal erg vervelend te vinden, omdat in de wet staat dat zorgverzekeraars hier een rol hebben. ZN laat overal weten dat zij geen medewerking hoeven te geven, omdat het Kwaliteitsinstituut via de MJA ook niet-tripartiet een kwaliteitsproduct in kan schrijven in het Register. Maar dit is niet de gang van zaken die het Kwaliteitsinstituut wenselijk acht. Er is natuurlijk wel een verschil tussen de wet en onze spelregels waarin we het belang van medewerking van koepelorganisaties onderstrepen.
We hebben de afgelopen vergaderingen dit punt – het niet meewerken van ZN- steeds aan de orde gehad. Een ACK-lid licht toe dat ZN praat namens al hun zorgverzekeraars, dit zijn financiële instellingen die zich niet willen vastleggen voor de inkoop/onderhandelingen. Maar het is ook niet de bedoeling van het Register dat verzekeraars gaan concurreren over wat goede zorg is. Dit is ook niet duidelijk voor patiënten/cliënten.
Een ACK-lid doet de suggestie om juist positieve aandacht te vragen voor de twee zorgverzekeraars die dit mooie product aanbieden in de schijnwerpers te zetten. Maar de ACK betwijfelt of dit onze publieke rol is.
Hoe gaan we dit aanpakken? Gaan we in gesprek met individuele zorgverzekeraars of met ZN? De ACK besluit in gesprek te willen met ZN aan de hand van concreet uitgewerkte voorbeelden om te kijken of we hier met elkaar uitkomen. Tot die tijd houden we de KS Levensvragen aan.
**→ Celeste/Berend regelen gesprek**

**7.2 Informatiestandaard eOverdracht**
Bij de informatiestandaard eOverdracht speelt een soortgelijke situatie. Ook hier doet ZN niet mee. Hugo geeft aan dat een dergelijke informatiestandaard ook wel een beetje een ver-van-mijn-bed-show is voor ZN. De ACK besluit ook dit kwaliteitsproduct aan te houden tot na het gesprek met ZN.

**7.3 Indicatorensets in oktober**
Op 1 oktober worden er ongeveer 30 indicatorensets aangeboden aan het Register voor opname op de Transparantiekalender. Het betreft zowel nieuwe als (sterk) gewijzigde sets, alsmede enkele verzoeken tot het van de TPK afhalen van sets. Het Zorginstituut toetst alle aanbiedingen aan het Toetsingskader. Mochten zich naar aanleiding van de toetsen vragen/knelpunten voordoen, dan wordt de ACK hierover schriftelijk geconsulteerd in de periode van 6 tot 16 oktober.

**7.4 Polyfarmacie**
De ACK vraagt zich af in hoeverre het onderwerp polyfarmacie daadwerkelijk afgerond is. Het blijft natuurlijk lastig omdat dit een implementatie opdracht betreft en moeilijk te besluiten is wanneer iets voldoende geïmplementeerd is. De richtlijn polyfarmacie is inmiddels wel via de bulkinschrijving van de FMS in het Register opgenomen. Toch lijkt het resultaat een mager compromis. De ACK vraagt zich af wat de leermomenten van dit project zijn geweest en wilt hier graag over geïnformeerd worden, voordat de ACK besluit of het onderwerp van

de MJA af kan.
Omdat het de afronding van een MJA-onderwerp betreft, wil de ACK een mondelinge toelichting in de vergadering, → **Volgende keer de projectleiders uitnodigen.**

## 8 Rondvraag

Een ACK-lid geeft aan uit het ZonMw-project Kwaliteit van Leven gestapt te zijn. Een ACK-lid meldt dat de proefimplementatie van de module palliatieve zorg positief is verlopen. De proefimplementatie heeft in zes regio's bij diverse doelgroepen plaatsgevonden. Het is noodzakelijk dat het eigenaarschap door een beroepsgroep wordt overgenomen. De NHG is in principe bereid dat te doen mogelijk samen met andere partijen. Er wordt hulp gevraagd aan de leden van het ACK om te helpen voor meer draagvlak voor de zorgmodule palliatieve zorg bij de medisch specialisten (Domus Medica).

## 9 IC-richtlijn

Vera Jansweijer (projectleider) en Tijn Kool (IQ Healthcare) lichten toe. De richtlijncommissie heeft een definitieve versie van de IC-richtlijn ter stemming gebracht bij de besturen van de NVIC, NVA en NIV. De NVA en de NIV hebben de richtlijn geautoriseerd; de NVIC heeft de richtlijn op 1 juli 2015 verworpen met een kleine meerderheid (54%)verworpen. ZINL heeft beroep gedaan op de Federatie Medisch Specialisten (FMS) en de Nederlandse Vereniging voor Intensive Care om de totstandkoming en implementatie van een nieuwe IC-richtlijn te versnellen. Zij hebben daarvoor de tijd gekregen tot eind 2015. Omdat dit onderwerp op de MJA staat (onderdeel van de spoedzorg keten) gaat het Zorginstituut zich voorbereiden om straks eventueel doorzettingsmacht in te kunnen zetten. Het Zorginstituut gaat hierbij samenwerken met de IGZ , die een eenduidige norm voor toezicht en handhaving nodig heeft.
De ACK stelt de vraag waar we naartoe werken. Er zijn inhoudelijke discussies, maar daarachter liggen ook een aantal financiële belangen. Kleinere ziekenhuizen zijn bang om hun IC kwijt te raken. Maar ook de NFU maakt zich zorgen, want grotere ziekenhuizen verliezen mogelijk hun specialisatie. Hugo geeft aan dat er een business impact analyse is geweest, die vraagtekens zet bij de implementeerbaarheid van de richtlijn. Maar de BIA is pas gedaan nadat de RL (bijna) af was en je kan je afvragen of het dan nog relevant is. Beter was geweest het in een eerder stadium te doen.
Tijn Kool gaat een inventarisatie doen van punten waarover betrokkenen bij de richtlijnen het wel en niet eens zijn en wat daaraan ten grondslag ligt. Dit zou ertoe kunnen leiden dat een groot deel van de richtlijn, in de huidige versie al met draagvlak van de betrokkenen vastgesteld kan worden en dat we misschien voor een ander, kleiner deel van de richtlijn een alternatief zullen moeten formuleren. De ACK roept op om daar vooral praktijkervaring en 'common sense' bij te gebruiken.

Tijn voert vanaf deze week gesprekken met verschillende belanghebbenden. De ACK doet aan Tijn de suggestie om in elk geval ook bij een buitenlandse expert te rade te gaan. Dat moet dan bij voorkeur iemand zijn die het Nederlandse zorgsysteem kent.

Zolang we nog niet precies weten wat er uit de analyse van Tijn Kool en de

onderbouwing van de aanbevelingen komt, kunnen we nog niet echt zeggen wat een mogelijke oplossingsrichting kan zijn, maar er wordt vanuit ieders ervaring kort gefilosofeerd over mogelijke uitwegen/ hefbomen, bijvoorbeeld:
- scherp(er) krijgen van de indicatiestelling, wat is een IC-patiënt?
- nu is er in de richtlijn wel aandacht voor 'startcriteria', maar geen aandacht voor 'stopcriteria', logisch nadenkend zou dat misschien wel nodig zijn?
- meer ruimte in de richtlijn voor regionale afspraken? (bv span of control niet in de richtlijn beschrijven (dat is nu wel gedaan), maar wel over de aanwezigheid van een intensivist en dat er regionale afspraken moeten zijn?
- richten op doelmatiger georganiseerde zorg?

**→In november koppelen Tijn en Vera in de ACK-vergadering terug er gevonden is en komen ze tot een gerichte vraag aan de ACK over hoe nu verder. Dan kan er ook een inschatting gemaakt worden of er een expertcommissie nodig is.**
**→Vraag aan de ACK om alvast na te denken wie er in zo'n expertcommissie zou kunnen zitten**
**→ Tijn geeft aan wie hij hierover gaat spreken, de ACK kan verder aanvullen.**

**10 Sluiting**

De voorzitter sluit om 19:25 de vergadering.

Bijlage 1 Presentatie Diana over Jaar van Transparantie

Zorginstituut Nederland

# Het Jaar van de Transparantie

| Van goede zorg verzekerd |

**Wat wil de Minister dat er gebeurt?**

- Doorgaan met wat al was afgesproken
- Versnellen waar mogelijk
- Extra activiteiten waar de patiënt echt iets van gaat merken



## Resultaten

- In de eerste helft van het jaar (d.w.z. maart-september 2015) werken aan de **vindbaarheid**
- In de tweede helft van het jaar (september-maart 2016) werken aan de **witte vlekken**
- Start met informatie over de **medisch specialistische zorg**, daarna uitbreiden
- Informatie voor patiënten over de kwaliteit van het zorgaanbod komt **versneld** beschikbaar.
- Mensen die informatie zoeken en niet weten waar ze moeten beginnen, vinden op **kiesBeter.nl** de weg naar betrouwbare informatie. Daarbij gaan we niet overdoen wat andere partijen al goed hebben geregeld.
- Richtlijn- en indicatorontwikkeling en het **begrijpelijk maken** ervan krijgt een stevige impuls.
- De patiënt krijgt vooraf meer **inzage in de kosten** van een behandeling.



## Voor wie?

*Direct voor de patiënt*

- Makkelijk vindbare, begrijpelijke en betrouwbare informatie

*Indirect voor de patiënt*

- Verzekeraars kunnen betere zorg inkopen voor hun verzekerden
- Artsen kunnen beter in gesprek met de patiënt en kunnen beter doorverwijzen

## De *Patient Journey* als leidraad

Patiënten hebben verschillende vragen zoals:

- Moet ik naar de dokter?
- Wie is dan de beste dokter voor mij?
- Wat moet ik aan de dokter vragen?
- Uit welke behandelingen kan ik kiezen?
- Zijn er risico's?
- En wordt de behandeling wel vergoed door mijn zorgverzekeraar?



Ga ik naar de dokter?

De eerste stap van de patiënt begint vaak op Google. Het is dan niet altijd duidelijk welke bronnen betrouwbaar zijn. Via een website van de overheid – kiesBeter.nl – moeten mensen de weg kunnen vinden naar betrouwbare websites zoals bijvoorbeeld:

- www.ZorgkaartNederland.nl
- www.thuisarts.nl, www.nvz-kwaliteitsvenster.nl
- of sites van specifieke patiëntenverenigingen.

In 2015 zijn de volgende resultaten bereikt:

- Het Kwaliteitsinstituut richt Kiesbeter zo in dat patiënten makkelijker belangrijke en betrouwbare informatiebronnen kunnen vinden.
- Informatie over digitale tools voor zelfmanagement wordt ontsloten.

## Nieuw voor het Jaar van de transparantie, voor september 2015

| product of activiteit | trekker |
|---|---|
| *Van 150 richtlijnen is minimaal een korte beschrijving van de richtlijn gemaakt in voor patiënten begrijpelijke taal.* | *KI, NPCF en Federatie* |
| *Op kiesBeter.nl staan ten minste 3 thematische startpagina's waarop verschillende typen informatie gestructureerd gepresenteerd worden, bijvoorbeeld over patiëntveiligheid en patiëntenrechten.* | *KI* |
| *Voor de patiënt is op kiesBeter duidelijk welke informatie afkomstig is uit betrouwbare bronnen.* | *KI* |
| *Circa 50 onderwerpen hebben op kiesBeter.nl links naar andere relevante bronnen.* | *KI* |

7 Jaar van de transparantie: maart 2015 - maart 2016

## Nieuw voor het Jaar van de transparantie, na sept 2015

| product of activiteit | trekker |
|---|---|
| *Op kiesBeter staat voor 300 onderwerpen (aandoening/zorgvraag) een informatieve tekst van wat goede zorg is.* | *KI* |
| *De patiënt ziet welke zorgaanbieder digitale diensten biedt.* | *NPCF* |
| *De NPCF presenteert 25 keuzehulpen voor het kiezen van de beste aanbieders op basis van de openbare kwaliteitsgegevens.* | *NPCF* |
| *Van richtlijnen m.b.t. circa 35 aandoeningen worden begrijpelijke en beknopte versies voor patiënten beschikbaar gemaakt incl. links en filmpjes (te vinden op Zorgkaart).* | *Federatie en NPCF* |
| *Van nog eens 150 richtlijnen is minimaal een korte beschrijving gemaakt in voor patiënten begrijpelijke taal.* | *KI, NPCF en Federatie* |
| *Is inzichtelijk aan welke standaarden en meetinstrumenten door het veld wordt gewerkt.* | *KI* |
| *De patiënt vindt lotgenoten communities.* | *NPCF* |
| *De patiënt komt via meer websites bij de zelfde betrouwbare gegevens uit omdat er meer websites onderling worden gekoppeld.* | *NPCF* |
| *Hebben in totaal zo'n 150 onderwerpen op kiesBeter.nl links naar andere relevante bronnen.* | *KI* |

8 Jaar van de transparantie: maart 2015 - maart 2016

## Versneld in het jaar van de transparantie

| product of activiteit | voor zomer 2015 | voor eind 2015 | na 2015 | trekker |
|---|---|---|---|---|
| *De patiënt kan op Zorgkaart ervaringen lezen van andere patiënten met zorginstellingen en zorgverleners.* | *ja* | | | *NPCF* |
| *De kwaliteitsinformatie per zorgaanbieder op Zorgkaart wordt uitgebreid met de transparantie-indicatoren, keurmerken en sterftecijfers zodat de bezoekers een compleet beeld van de kwaliteit* | *ja* | | | *NPCF* |
| *In de openbare database van het Kwaliteitsinstituut staan voor de aandoeningen op de transparantiekalender, vergelijkbare gegevens van zorgaanbieders in de medisch specialistische zorg. Via kiesBeter* | *ja* | | | *KI* |
| *pilot registratie aan de bron* | | *ja* | | *NFU* |
| *Aan minstens 8 aandoeningen van de top 30 van ZN zijn patiëntervaringen toegevoegd. Het gaat daarbij om de zogenaamde Consumer Quality (CQ)vragenlijsten en de Patient Reported Outcome* | | | *ja* | *ZN* |
| *De ervaringen van gebruikers op ZorgkaartNederland zijn ook via andere betrouwbare kanalen ontsloten.* | | | *ja* | *NPCF* |
| *De patiënt vindt informatie over digitale tools voor zelfmanagement via DigitaleZorgGids ontsloten* | | | *ja* | *NPCF* |

9 Jaar van de transparantie: maart 2015 - maart 2016

**Hoe wil de Minister het aanpakken?**

- Eén agenda: de Kwaliteit en doelmatigheidagenda
- Productie van (patiëntversies en keuzehulpen bij) kwaliteitsstandaarden op MJA van Kwaliteitsinstituut
- (Door)ontwikkeling van indicatorensets op MJA van Kwaliteitsinstituut
- Structureel € 5 miljoen extra
- Kwaliteitsinstituut adviseert over besteding en gaat vanaf 2016 zelf subsidieregeling uitvoeren

10 Jaar van de transparantie: maart 2015 - maart 2016

## Positie Kwaliteitsinstituut

11

## Team Transparantie

- Programmaleider: Diana Delnoij
- Programmasecretaris: Willemijn Krol
- Teamlid patiënteninformatie en MJA: Femke Vlems
- Teamlid kiesBeter, indicatoren en openbare database: Petra Beusmans
- Teamlid communicatie: Rudi van der Valk
- Teamlid financiën: Floris Stigter

Per product/activiteit projectleiders, bijv.:
- Projectleider kiesBeter: Pauline de Heer
- Projectleider patiëntversies keuzehulpen: Sander van der Scheur
- Projectleider openbare database: Suzan Orlebeke
- Projectleider transparantiekalender: Marij Klück
- ...

12

Zorginstituut Nederland

## Pakketscan.nl diabetes

Presentatie voor de ACK
21 mei 2015

Pé Mullenders
Fransje van Vlaardingen

## Pakketscans CVZ

2008 2011 2012 2013

2

## Pakketscan Zorginstituut: Pakketscan.nl diabetes

3

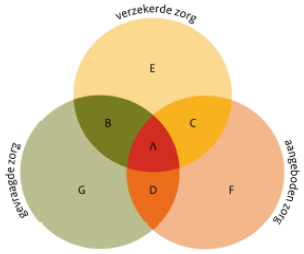
## Doel en uitgangspunten

**Doel: inzicht in**
- Toereikendheid en toegankelijkheid pakket
- Kwaliteit van de zorg: knelpunten
- Verklaringen en mogelijkheden voor verbetering

**Uitgangspunten:**
- Praktijk
- Actualiteit
- Perspectief van de patiënt!

4

## Analysemodel




5

## Dataverzameling

Informatie over praktijk:
- Richtlijnen
- Artikelen (tijdschriften en internet)
- Onderzoeksrapporten
- Congresbezoeken
- Tv-programma's
- Fora op internet

Actueel: 2013-2015

6

## Data-analyse

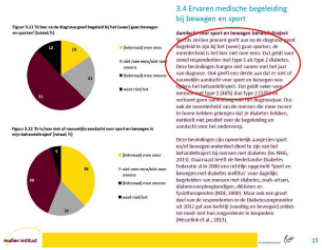
Zoeken naar SIGNALEN

= discrepantie tussen vraag/aanbod/pakket

Vele signalen samen maken een ZORGKWESTIE

7

## Signaal 'Onvoldoende aandacht voor leefstijl' (B)




In het behandeltraject is er te weinig aandacht voor sporten en bewegen. Dat vinden mensen met diabetes, zo blijkt uit onderzoek van het Mulier Instituut en het VU Medisch Centrum.

8

## Signaal 'Overbehandeling met medicijnen' (C)

31 procent van de diabetespatiënten met een verminderde nierfunctie krijgt een te hoge dosis metformine. Dat blijkt uit onderzoek van het Medisch Centrum Haaglanden en het Haga Ziekenhuis in Den Haag.

9

## Van signalen naar zorgkwesties

| Signaal in 1 zin | Mutatie datum | Door | Aantal signalen |
|---|---|---|---|
| a onjuistige effecten geneesmiddel | 17-02-2015 | FV | 24 |
| a patiënten kennen patiëntenverste zorgstandaard niet | 17-04-2014 | PM | 1 |
| a problemen met leefstijlverandering | 19-03-2015 | FV | 21 |
| a therapietrouw | 29-04-2014 | PM | 28 |
| b onbehandeling | 06-05-2014 | PM | 3 |
| b onbehandeling met geneesmiddelen | 06-05-2014 | PM | 2 |
| b onder diagnostiek | 17-04-2014 | PM | 2 |
| b onvoldoende aandacht voor leefstijl | 17-04-2014 | PM | 20 |
| b onvoldoende afgestemde zorg | 17-04-2014 | PM | 1 |
| b onvoldoende controles | 17-04-2014 | PM | 3 |
| b onvoldoende dieetadvisering | 17-04-2014 | PM | 6 |
| b onvoldoende farmacotherapie zorg | 17-04-2014 | PM | 12 |
| b onvoldoende gebruik zorgplan | 17-04-2014 | PM | 8 |
| b onvoldoende herkenning psychische klachten | 12-08-2014 | FV | 4 |
| b onvoldoende kwaliteit diabetescorg | 17-04-2014 | PM | 19 |
| b onvoldoende kwaliteit insulinepomp | 20-10-2014 | PM | 1 |
| b onvoldoende kwaliteit van bloedglucosestrimmaterial | 19-01-2015 | FV | 22 |
| b onvoldoende kwaliteitsverslag voor diagnostische klachten | 17-04-2014 | PM | 1 |
| b onvoldoende kwaliteit voetzorg | 17-04-2014 | PM | 23 |
| b onvoldoende ondersteuning bij zelfmanagement | 17-04-2014 | PM | 1 |
| b onvoldoende oogzorg | 21-10-2014 | PM | 1 |

Tellen...

Samenvoegen...

Zorgkwestie maken...

10

## Zorgkwestie op Pakketscan.nl

Zorgkwestie 'Onvoldoende voetzorg'

11

## Dialoog

Uitnodiging aan:

- patiënten
- zorgverleners
- zorgverzekeraars

om ervaringen te delen, reacties op de zorgkwesties te geven en met elkaar in dialoog te gaan.

12