

Vergaderjaar 2008–2009

31 765

Kwaliteit van zorg

Nr. 1

BRIEF VAN DE MINISTER EN STAATSSECRETARIS VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 31 oktober 2008

1. Inleiding en samenvatting

De afgelopen anderhalf jaar hebben wij u een aantal brieven gestuurd¹ waarin de speerpunten van het kwaliteitsbeleid voor deze kabinetsperiode zijn benoemd: transparantie van kwaliteit, veiligheid van zorg en vergroting van de cliëntgerichtheid. Op deze terreinen loopt een groot aantal trajecten. Zonder hier uitputtend te willen zijn noemen wij een aantal van die trajecten. Allereerst het traject Zichtbare Zorg (voorheen Zorgbrede Transparantie van Kwaliteit) dat binnen de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) is opgestart. Dit traject is gericht op vergroting van de transparantie van zorg door ontwikkeling en meting van zorginhoudelijke indicatoren. Binnen dit kader is dit jaar in de sector verpleging, verzorging en thuiszorg de kwaliteit van zorg voor het eerst gemeten aan de hand van indicatoren voor verantwoorde zorg². Daarnaast worden op steeds meer terreinen klantervaringen gemeten met behulp van de zogeheten CQ-indices hetgeen ook het inzicht in de kwaliteit vergroot. De veiligheidsprogramma's in zowel de curatieve als in de langdurige zorg zijn gericht op vermindering van vermijdbare schade bij cliënten in de zorg. Bij de programmatische aanpak van chronisch zieken worden zorgstandaarden ontwikkeld als norm voor goede zorg. En daarnaast is er nog de vernieuwing van de subsidieregeling PGO die tot doel heeft patiënten, gehandicapten en ouderen een centrale, sterke positie te geven in de stelsels van zorg en ondersteuning en de mogelijkheden te vergroten om de regie op het eigen leven te voeren en maatschappelijk te participeren.

Voor al deze trajecten zijn richtlijnen een goede stimulans. Binnen de sector zijn veel partijen actief op het gebied van ontwikkeling en implementatie van richtlijnen. Dat is verheugend. Tegelijkertijd is onze constatering dat nog winst te behalen valt op dit terrein in de zin dat veiligheid en doelmatigheid van zorg voor de patiënt/cliënt kan worden verbeterd. In dat kader willen wij de regie op richtlijnontwikkeling en -implementatie een impuls geven. We denken daarbij aan de instelling van een «Regieraad kwaliteit van zorg» die bestaat uit onafhankelijke, gezaghebbende

¹ Tweede Kamer, 2006–2007, 28 439, nr. 18, Tweede Kamer, 2007–2008, 31 200 XVI, nr. 111, Tweede Kamer, 2007–2008, 31 476, nr. 1.

² Tweede Kamer, 2007–2008, 31 200 XVI, nr. 186.

deskundigen op richtlijngebied. Wij zullen deze regieraad vragen om in nauw overleg met alle betrokken partijen concrete prioritaire thema's te benoemen waar de ontwikkeling en/of de implementatie van richtlijnen aandacht behoeft. Die thema's kunnen vanzelfsprekend variëren tussen de verschillende sectoren van de zorg. Zo is het waarschijnlijk dat in de langdurige zorg vooral behoefte bestaat aan ondersteuning van implementatievraagstukken die geïdentificeerd kunnen worden aan de hand van de daar ontwikkelde kwaliteitskaders, terwijl in de curatieve sector wellicht meer behoefte bestaat aan normontwikkeling rond veiligheid. In het verlengde daarvan zal de regieraad ook aandachtspunten formuleren voor zowel het ontwikkel- als het implementatieproces en deze vertalen in geharmoniseerde procedures. Vervolgens zal de regieraad in overleg treden met de partijen die primair verantwoordelijk zijn voor het doorvoeren van verbeteringen in de ontwikkeling en/of de implementatie van richtlijnen. De regieraad krijgt een regisserende en stimulerende rol, waarbij ze nauw zal optrekken met veldpartijen. Daarbij kan de regieraad kennis over ontwikkeling en implementatie bundelen en toegankelijk maken voor sectoren. De daadwerkelijke richtlijnontwikkeling en -implementatie blijft de taak van organisaties die nu ook al werkzaam zijn op dit terrein.

Met deze brief willen wij u nader informeren over deze voornemens. Daartoe geven we allereerst een schets van het belang van richtlijnen voor de diverse partijen in de zorg. Daarna gaan we in op de winst die te behalen valt via de weg van betere coördinatie op het terrein van richtlijnontwikkeling en -implementatie. Vervolgens beschrijven we onze visie op de rol en de positie van de hiervoor genoemde regieraad bij de vergroting van de veiligheid en doelmatigheid van zorg. Wij sluiten af met een verwijzing naar de relatie tussen de werkzaamheden van de regieraad met een aantal andere lopende ontwikkelingen rond transparantie en informatievoorziening waarover wij u in een latere fase zullen informeren.

2. Het belang van richtlijnen voor veilige en doelmatige zorg

Kwalitatief goede zorg betekent cliëntgerichte zorg, die veilig, effectief, op tijd, transparant en doelmatig is. Het leveren van kwalitatief goede zorg behoort primair tot de verantwoordelijkheid en de professionele autonomie van de zorgverleners. Richtlijnen zijn daar een belangrijk hulpmiddel bij. Richtlijnen kunnen worden gedefinieerd als «*documenten bestaande uit een set van aanbevelingen, adviezen en handelingsinstructies ter ondersteuning van de besluitvorming van professionals in de zorg en patiënten/cliënten, berustend op resultaten van wetenschappelijk onderzoek met daarop gebaseerde discussie en aansluitende meningsvorming (evidence based), gericht op het expliciteren van doeltreffend en doelmatig handelen*». Idealiter hebben richtlijnen betrekking op zowel (para)medische, verpleegkundige en verzorgende aspecten van de zorgverlening, de organisatie van het zorgproces en de preferenties van cliënten daarbij. Richtlijnen geven daarmee de «state of the art» van het zorgverleningsproces aan.

Richtlijnen zijn voor veel partijen een belangrijk hulpmiddel bij het uitoefenen van hun rol om te komen tot veilige, cliëntgerichte en doelmatige zorg.

Allereerst natuurlijk voor de *zorgprofessionals* zelf. Voor hen bieden richtlijnen een belangrijk houvast voor de zorginhoudelijke beslissingen die zij in hun dagelijkse werk moeten nemen. Het handelen volgens de professionele standaard – het naleven van door de beroepsgroepen geautoriseerde evidence-based richtlijnen – reduceert de kans op vermijdbare incidenten. Dat wil natuurlijk niet zeggen dat richtlijnaanbevelingen in

100% van de gevallen moeten worden opgevolgd. Niet alle cliënten zijn immers gelijk en het behoort tot de professionele autonomie van de zorgverlener om te bepalen of het ziektebeeld van een individuele cliënt overeenkomt met het uitgangspunt van de richtlijn. Richtlijnen laten daartoe ook bewust vrijheidsgraden open, ook al om ruimte te houden voor innovaties. Beargumenteerd afwijken van de richtlijn mag – en moet soms – vanwege kenmerken van de cliënt. Maar afwijkingen behoren wel gemotiveerd te worden, met de cliënt besproken te worden en gedocumenteerd te worden.

Daarnaast bieden richtlijnen steun aan *instellingsbesturen en interne toezichthouders* bij het invullen voor hun verantwoordelijkheid voor het leveren van verantwoorde zorg. Denk bijvoorbeeld aan de eisen die het naleven van een richtlijn stelt aan de organisatie waarbinnen de zorg wordt geleverd of aan het belang van informatie voor de verantwoordelijke bestuurders over de mate waarin richtlijnen binnen de instelling worden nageleefd.

Zorgverzekeraars en cliënten kunnen informatie over (de naleving van) richtlijnen gebruiken. Voor zorgverzekeraars is dit relevant bij het vormgeven van hun inkoopproces, voor cliënten bij de keuze voor een zorgaanbieder. Het nut voor verzekeraars en cliënten wordt groter naarmate de richtlijnen behalve aanwijzingen over de inhoud van de behandeling ook normen of streefwaarden bevatten (of daar aanknopingspunten voor bieden) voor de gewenste uitkomst van de behandeling.

Versterking van deze rol van verzekeraars en cliënten geeft zorgverleners een extra stimulans om de zorg op een zo hoog mogelijk peil te brengen of te houden.

Ten slotte noemen wij hier ook het belang van richtlijnen voor het zogeheten *externe toezicht*. Bij het kwaliteitsbeleid zoals wij dat voorstaan past een sterke toezichthouder op de kwaliteit en veiligheid van zorg. Het toezicht door de inspectie is allereerst gericht op het stimuleren van veldpartijen om hun eigen verantwoordelijkheid te nemen. Maar waar partijen deze verantwoordelijkheid niet of onvoldoende waar maken dient de inspectie stevig op te treden, zeker op die terreinen waar de veiligheid van zorg in gevaar dreigt te komen. De IGZ moet daarbij richting veldpartijen helder maken welke normen/criteria ze hanteert bij haar toezicht en welke interventies gepleegd zullen worden wanneer partijen zich niet aan de spelregels houden. Daartoe stelt de Inspectie voor de Gezondheidszorg handhavingkaders op¹. Heldere normstelling van de IGZ is bij voorkeur gebaseerd op door het veld zelf opgestelde normen voor verantwoorde zorg. Richtlijnen zijn daar een belangrijk onderdeel van. Overigens merken wij daarbij op dat indien dergelijke normen onverhoopt niet door het veld zelf worden opgesteld, de IGZ op basis van haar expertise zelf handhavingnormen kan bepalen. In het wetsvoorstel cliëntenrechten zorg (WCZ) zullen wij de bevoegdheden regelen voor de minister om waar nodig kwaliteits- c.q. veiligheidsnormen te preciseren.

3. Verbetermogelijkheden bij richtlijnontwikkeling en -implementatie

Recent hebben wij een oriënterend onderzoek laten uitvoeren naar de rol van richtlijnen rond een aantal veiligheids- en doelmatigheidsthema's². Deze «quick scan» bevat een selectie van 20 hoofdthema's³ op het terrein van vermijdbare schade die tot stand is gekomen op grond van interviews en discussie met experts uit de verschillende zorgsectoren. Het onderzoek laat zien dat voor 14 van de 20 geïdentificeerde veiligheids-thema's (die overigens veelal op het terrein van de curatieve zorg spelen) evidence-based richtlijnen bestaan. Vooral de meest recent ontwikkelde

¹ Het algemeen handhavingkader van de IGZ, waarin de IGZ transparant maakt hoe zij toezicht houdt en bij welk type overtredingen zij welk type interventies zal inzetten, is in een afrondende fase. Wij zullen u dit handhavingkader voor het eind van het jaar toezenden.

² IQ-healthcare/CBO, GAP-analyse Nederlandse richtlijnen medische zorg, september 2008.

³ Naast de tien thema's die zijn opgenomen in de veiligheidsprogramma's voor ziekenhuizen zijn uit het onderzoek de volgende thema's naar voren gekomen: triage, het pré-, per- en postoperatieve proces, trombose, complexe chirurgie, het gebruik van apparaten, decubitus, polyfarmacie, overbehandeling, preventie en vroegherkenning van suïcide en het signaleren en voorkomen van huiselijk geweld.

richtlijnen zijn multidisciplinair van aard, maar vaak zonder cliënteninbreng en zonder ketenbeschrijving. De aandacht voor samenwerking en de organisatorische kant van het zorgproces op een aantal belangrijke veiligheidsthema's is beperkt en slechts weinig richtlijnen zijn geschikt om veiligheidsnormen aan te ontleen. Een majeure conclusie van het onderzoek is daarnaast dat de aandacht voor het daadwerkelijke gebruik van de richtlijnen een stuk beter zou kunnen. Deze conclusie komt in wel meer onderzoeken naar voren. Als richtlijnen zijn ontwikkeld, vinden ze vaak onvoldoende hun weg naar de dagelijkse praktijk. Dit kan zich ook vertalen in volumeontwikkelingen in de zorg in termen van praktijkvariatie: verschillen in het toepassen van interventies tussen instellingen of beroepsbeoefenaren die niet kunnen worden verklaard uit verschillen in patiëntkenmerken. Meer transparantie over die praktijkvariatie achten wij van groot belang. Allereerst ten behoeve van de veiligheid van zorg. Onder- of overbehandeling kan immers schade aan de cliënt toebrengen. Maar tevens uit hoofde van doelmatigheid van zorg. Deze notie wordt ook gedeeld door uw Kamer, zoals bijvoorbeeld blijkt uit de motie-Van der Veen c.s.¹ die is ingediend tijdens de plenaire behandeling van het Algemeen Overleg Pakketbeheer op 3 juli jl.

Kwalitatief goede zorg moet betaalbaar en toegankelijk zijn. Omdat de duurste zorg niet altijd de beste zorg is, is het van belang dat in richtlijnen aandacht bestaat voor doelmatigheidsaspecten². De quick scan laat zien dat in minder dan 10% van de geanalyseerde richtlijnen in voldoende mate aandacht wordt besteed aan kosteneffectiviteit. Een budget-impactanalyse (het effect van het volgen van de richtlijn op de macrokosten van zorg) kwam in slechts één van de onderzochte richtlijnen naar voren. Overigens leert ook onderzoek van het CPB³ dat meer en beter gebruik van kosteneffectiviteits-overwegingen in richtlijnen de beste manier is om meer doelmatigheid op het niveau van de behandelpraktijk te bewerkstelligen. Een dergelijke ontwikkeling geeft ook verzekeraars meer houvast bij de vormgeving van het inkoopbeleid.

Op grond van het voorgaande zijn wij er van overtuigd dat de effectiviteit van richtlijnen kan worden verbeterd, zowel door verbeteringen aan de ontwikkelkant als aan de kant van de implementatie. Dit vergt nieuwe initiatieven vanuit de sector om zelf om het tempo en de kwaliteit van de richtlijnontwikkeling en -implementatie zodanig te borgen dat de veiligheid van de zorg zeker is gesteld en de kwaliteit en doelmatigheid wordt gediend. De verschillende partijen hebben daarbij hun eigen rollen en verantwoordelijkheden zoals beschreven in paragraaf 2. De professionele autonomie en verantwoordelijkheid van zorgverleners kennen een grotere reikwijdte dan die van de afzonderlijke ingreep of behandeling. Ze raken ook aan het opstellen van kwaliteitsindicatoren, richtlijnen, protocollen e.d. Daarbij is het van belang ervan bewust te zijn dat de ontwikkeling en het gebruik van richtlijnen niet in alle sectoren hetzelfde is. Zo heeft in de langdurige zorg de nadruk de afgelopen jaren gelegen op de ontwikkeling van kwaliteitskaders/indicatoren. De langdurige zorg loopt daarin voorop. De indicatoren voor de verantwoorde zorg zijn in de VVT-sector afgelopen jaar voor de hele sector gemeten. Hieraan is een proces voorafgegaan van ontwikkeling van visie op verantwoorde zorg. Op basis daarvan zijn indicatoren tot stand gekomen. In tegenstelling tot de curatieve sector, waar richtlijnen basis zijn voor indicatoren, zijn in de VVT-sector indicatoren vanuit visie ontwikkeld en vormden daarmee basis voor de ontwikkeling van richtlijnen en handreikingen voor medewerkers (zie ook het Deltaplan V&V dat via het programma Zorg voor Beter concreet wordt uitgewerkt). In de gehandicaptenzorg wordt een vergelijkbare route gelopen. Met deze aanpak wordt gelijk een slag gemaakt om indicatoren verantwoorde zorg naar de werkvloer te vertalen. Bovendien zijn de indicatoren vaak practice based en minder vaak evidence based. Aan de hand van de meting van de resultaten op deze indicatoren kan de komende periode worden bezien of

¹ Tweede Kamer, 2007–2008, 31 200 XVI, nr. 171.

² Uitgangspunt bij doelmatigheids-overwegingen is dat bij therapeutisch gelijkwaardige opties de kosten bepalend zijn voor de «plaatsbepaling» van de betreffende interventie in de richtlijn. Duurdere interventies krijgen alleen een voorkeurspositie in de richtlijn indien de therapeutische meerwaarde wetenschappelijk is onderbouwd. «Dus goedkoop waar het kan en duur waar het moet». Verder dienen richtlijnen waar mogelijk aandacht te besteden aan de effecten van opgenomen interventies op de macrokosten van de zorg. Dit geldt zeker voor interventies waarmee relatief veel meerkosten zijn gemoeid, maar waarbij sprake is van een relatief geringe gezondheidswinst of onzekerheid bestaat over de te verwachten gezondheidswinst.

³ CPB document no. 152, QALY-tijd, Nieuwe medische technologie, kosteneffectiviteit en richtlijnen, Oktober 2007.

het nog nodig is op bepaalde terreinen richtlijnen te ontwikkelen dan wel dat de implementatie van bestaande richtlijnen/standaarden aandacht behoeft.

Rekening houdend met deze nuancering willen wij de initiatieven vanuit de sector een stimulans geven door versterking van de *regie* op richtlijnontwikkeling en implementatie met het installeren van een «Regieraad kwaliteit van zorg».

4. Rol en taken van de Regieraad kwaliteit van zorg

De regieraad zal een faciliterende en stimulerende functie gaan bekleden rond richtlijnontwikkeling en -implementatie. Het doel daarvan is de kans op vermijdbare schade voor cliënten te reduceren, het cliëntperspectief te versterken en de doelmatigheid van zorg te vergroten. Daartoe zullen we de regieraad vragen om:

1. concrete knelpunten rond ontwikkeling en implementatie van richtlijnen te inventariseren in overleg met alle betrokken partijen (agendering);
2. handvatten/procedures te ontwikkelen waarmee die knelpunten uit de weg geruimd kunnen worden (faciliteren);
3. betrokken partijen (mede) te faciliteren en stimuleren de knelpunten daadwerkelijk aan te pakken (stimuleren). De uitvoering van de agenda ligt bij het veld.

Op deze drie elementen gaan wij hieronder nader in.

Agendering

Om zijn taak goed te kunnen vervullen, zal de regieraad allereerst inzicht moeten hebben in de concrete aspecten die in de praktijk leven bij betrokken partijen. De eerder aangehaalde quick scan geeft daartoe een eerste aanzet die de regieraad kan aanvullen met een (periodieke) bredere inventarisatie. Daarbij zullen in ieder geval zorgaanbieders, cliënten, verzekeraars, de IGZ, het College voor Zorgverzekeringen en de industrie (geneesmiddelen, hulpmiddelen en medical devices) betrokken moeten worden. Elementen van zo'n brede knelpuntenanalyse kunnen betrekking hebben op het ontbreken van richtlijnen op belangrijke terreinen, het ontbreken van belangrijke elementen in bestaande richtlijnen (cliëntperspectief, samenwerking, organisatie e.d.), nieuwe evidence, belangrijke innovaties, gegevens over ondoelmatigheid, enz. Van belang is dat de knelpuntenanalyse niet alleen aandacht besteedt aan (para)medisch-inhoudelijke aspecten van zorg, maar ook aan organisatorische voorwaarden voor een goede zorgverlening. De knelpuntenanalyse dient betrekking te hebben op zowel de ontwikkeling van richtlijnen als op (het inzicht in) de naleving ervan.

Relevant is dat bij deze knelpuntenanalyse wordt ingespeeld op de diverse uitgangssituaties in de verschillende sectoren in de zorg en rekening wordt gehouden met de reeds in gang gezette initiatieven. Zo zijn in de langdurige zorg kwaliteitsindicatoren ontwikkeld die landelijk worden geïmplementeerd. Daarbij kan worden voortgebouwd op het voor de verpleging & verzorging opgestelde Deltaplan, waarin iedere partij activiteiten onderneemt naar de eigen achterban op basis van gemeenschappelijk gedragen thema's. Een vergelijkbaar plan is voor de gehandicaptenzorg in ontwikkeling.

Een ander relevant raakvlak betreft het chronisch ziektenbeleid zoals wij dat per brief van 13 juni 2008¹ hebben neergezet. Binnen dit chronisch ziektenbeleid staat een programmatische aanpak centraal, waarin aandoeningsgericht wordt gewerkt aan een zoveel mogelijk sluitende keten van vroegtijdige onderkenning, preventie, educatie & zelfmanagement, diagnose, behandeling, begeleiding en palliatieve zorg. De zorg-

¹ TK 2007–2008, 31 200 XVI nr. 155.

standaard is daarbij de basis; die beschrijft de voorwaarden waaraan in deze hele keten moet worden voldaan. Zorgstandaarden worden opgezet vanuit het perspectief van de patiënt. Onderdelen van de zorgstandaard kunnen nader worden uitgewerkt in wetenschappelijk onderbouwde (multidisciplinaire) richtlijnen die vooral gericht zijn op explicitering van het samenhangend, effectief en doelmatig handelen van zorgverleners. Zorgstandaarden kunnen dan ook worden gezien als een kapstok voor (meer gedetailleerde) richtlijnen op onderdelen van de keten. De regieraad zal dan ook aansluiting zoeken bij de werkzaamheden van het coördinatieplatform zorgstandaarden¹ dat een belangrijke rol zal vervullen bij de uitwerking van het chronisch ziektenbeleid.

Tevens zal de regieraad rekening houden met de lopende en voorgenomen activiteiten rond de ontwikkeling van kwaliteitsindicatoren (het programma Zichtbare zorg) en indicatoren voor klantenervaringen (CQ-indices).

Afhankelijk van de fase waarin dergelijke trajecten zich bevinden kunnen ook andere knelpunten worden ervaren en/of andere behoeften aan facilitering bestaan. Zo zal in de langdurige zorg op basis van de binnen de kwaliteitskaders gemeten indicatoren wellicht eerder behoefte bestaan aan ondersteuning bij implementatievraagstukken, terwijl in delen van de curatieve sector misschien meer behoefte bestaat aan de ontwikkeling of aanpassing van richtlijnen in verband met normstelling rond veiligheid.

Op basis van de knelpuntenanalyse stelt de regieraad een meerjaren-agenda op voor richtlijnontwikkeling en -implementatie. De agenda zal per sector een aantal prioriteiten benoemen, waarbij per prioriteit wordt aangegeven welke acties uitgevoerd zouden moeten worden om de veiligheid en/of de doelmatigheid van zorg op deze terreinen te verbeteren. Daarbij is het faciliteren van de IGZ door het zo concreet mogelijk formuleren van normen een belangrijk aspect.

Facilitering

Om de verschillende partijen te faciliteren om de in de agenda benoemde acties op te pakken, zal de regieraad procedures ontwikkelen waarmee de ontwikkeling en implementatie van richtlijnen door veldpartijen kan worden ondersteund. Hiermee creëert de regieraad de juiste randvoorwaarden (standaardisatie, instrumenten, checklists, etc.) om eenduidige ontwikkeling en optimaal gebruik van richtlijnen in de zorg te kunnen waarmaken. Dit biedt alle partijen rondom de richtlijnontwikkeling de handvatten voor prioritering, werkwijze en samenwerking. Daarbij zal de regieraad er rekening mee houden dat ontwikkeling en implementatie twee verschillende activiteiten zijn waaraan ook andere actoren te pas komen.

Ontwikkelen is een activiteit van deskundigen, die op een bepaalde en toetsbare wijze een goed kennisproduct oplevert. De primaire verantwoordelijkheid voor de ontwikkeling van richtlijnen ligt bij zorgverleners. In de praktijk loopt dit proces via wetenschappelijke verenigingen in samenwerking met kennisinstituten. Wel is het van belang dat bij die ontwikkeling rekening wordt gehouden met de behoeften van andere belanghebbers zoals cliënten, verzekeraars, IGZ en CVZ. De regieraad zal een aantal activiteiten richten op verbetering en versnelling van het ontwikkelingsproces. Wij denken daarbij aan het opstellen van een procedure waarlangs de verschillende wetenschappelijke verenigingen en kennisinstituten richtlijnen kunnen ontwikkelen en waarmee wordt vastgelegd welke relevante aspecten bij de ontwikkeling in ieder geval meegenomen moeten worden. Onderdelen van een dergelijke procedure – uitgaande van de eerder genoemde knelpuntenanalyse onder alle betrokkenen – kunnen betrekking hebben op:

¹ In dit kader loopt een opdracht aan ZonMw om een coördinatieplatform zorgstandaarden op te starten dat een raamwerk voor zorgstandaarden gaat ontwikkelen.

- inventariseren en zo mogelijk overnemen van internationale, evidence based richtlijnen;
- samenvatten van de wetenschappelijke kennis door experts;
- vaststellen van cliëntenpreferenties en doelmatigheidsaspecten;
- formuleren van concrete evidence based aanbevelingen met aandacht voor multidisciplinariteit, ketenaspecten, cliëntenperspectief en organisatorische aspecten (incl. format en lay-out);
- inventariseren van criteria voor vergroting van het inzicht in naleving van de richtlijn;
- consultatie van betrokken partijen (cliënten, verzekeraars, IGZ, CVZ, ...) over concept-richtlijnen inclusief transparantie over verwerking van de consultatiecommentaren bij autorisatie van de richtlijn;
- formuleren van aandachtspunten voor effectieve implementatie van de richtlijn onder de betrokken doelgroepen. Hierbij dient aandacht te bestaan voor de aansluiting tussen de richtlijn en de dagelijkse praktijk van de zorgverlener;
- opstellen van een voor de cliënt begrijpelijke versie van de uiteindelijke richtlijn.

Bij deze procedure-ontwikkeling dient ook aandacht te worden geschonken aan de maximale duur van het ontwikkelproces om te voorkomen dat een richtlijn op het moment van publiceren al achterhaald is door de actualiteit van de medische wetenschap.

Implementatie is een breed complex van activiteiten, waar veel partijen een belangrijke rol in hebben. Wij zijn hier nader op ingegaan in paragraaf 2 van deze brief. De regieraad zal zich richten op het formuleren van aandachtspunten en oplossingen om de implementatie van richtlijnen in de praktijk te verbeteren (communicatie, toegankelijkheid, organisatorische randvoorwaarden e.d.). Daarbij kan de regieraad bestaande kennis over implementatie bundelen en toegankelijk maken voor de sector. De toepassing hiervan in concrete cases zal natuurlijk van geval tot geval kunnen verschillen.

Stimulering

Door het betrekken van alle relevante partijen bij het opstellen van de knelpuntenanalyse en de daaruit volgende agenda gaan we ervan uit dat deze partijen hun verantwoordelijkheid ook omzetten in concrete activiteiten. De regieraad zal ze daar ook actief voor benaderen. Wij denken bijvoorbeeld aan het maken van afspraken met wetenschappelijke verenigingen¹ en kennisinstituten (agendering richtlijnontwikkeling, kennisverspreiding), zorgaanbieders/beroepsbeoefenaren (implementatie, zorginhoudelijk en organisatorisch), cliëntenorganisaties (behoeften formuleren, ervaringen kenbaar maken), verzekeraars (inkoop- en financieringseisen expliciteren), inspectie (monitoring en handhaving) en koepel-, kennis- en ondersteunende organisaties (realiseren van de infrastructuur om zorginstellingen en professionals in staat te stellen de ambitie ook gericht waar te maken).

5. Positionering van de regieraad

De regieraad zal bestaan uit onafhankelijke, gezaghebbende deskundigen op het gebied van richtlijnontwikkeling en/of -implementatie. De focus van de raad bestrijkt de gehele breedte van de zorg; cure èn care. Het zal een raad *voor* de zorg en *van* de zorg zijn. De regieraad ondersteunt en faciliteert veldpartijen bij het definiëren van het begrip verantwoorde zorg en bij de implementatie daarvan. De regieraad is dus geen toezichthouder op de kwaliteit. Dat is en blijft de rol van de IGZ. De IGZ gebruikt de door het veld zelf ontwikkelde kwaliteitskaders bij het vaststellen van haar toezicht-

¹ Waarbij voor de medisch-specialistische zorg ook de Stichting Kwaliteitsgelden Medisch Specialisten zal worden betrokken.

normen. Ook voor de regieraad is dit leidend. Nauwe samenwerking met de stuurgroepen Zichtbare Zorg is derhalve ook van belang.

De regieraad krijgt geen (wettelijke) bevoegdheden om verbeteringen af te dwingen. Wij gaan er van uit dat de werkwijze van de raad (nauwe samenwerking met veldpartijen), de overtuigingskracht van de raad op basis van zijn deskundigheid én de transparantie die de raad zal bieden over de gesignaleerde knelpunten, uitvoerende organisaties voldoende zullen stimuleren om verbeteringen ter hand te nemen. Vanzelfsprekend zal de IGZ in het kader van haar toezicht op verantwoorde zorg bezien welke stappen daadwerkelijk worden gezet. Indien de IGZ van mening is dat onvoldoende voortgang wordt gemaakt kan ze zelf handhavingnormen voor het toezicht vaststellen.

In de begroting voor 2009 hebben wij een bedrag van € 1 miljoen gereserveerd voor onderzoek- en ontwikkelingsactiviteiten ten behoeve van de regiefunctie. Daarnaast is in de begroting 2009 een bedrag van € 0,6 miljoen gereserveerd voor organisatorische aspecten van de regieraad zelf (vacatievergoedingen, reiskosten, bureauondersteuning e.d.). De ondersteuning van de regieraad zal worden opgevangen binnen de formatiekaders van het programma «Vernieuwing Rijksdienst». De financiering van de daadwerkelijke richtlijnontwikkeling en -implementatie blijft via de bestaande wegen geschieden. Zo dragen medisch specialisten bijvoorbeeld hieraan bij via een contributie aan de wetenschappelijke verenigingen. Voor de medisch specialisten is sinds 2008 expliciet geld uit het uurtarief geormerkt voor het professioneel kwaliteitsbeleid, waar de richtlijnontwikkeling en -implementatie deel vanuit maken. In 2008 loopt de besteding van deze gelden via de Orde van Medisch Specialisten. Vanaf 2009 zal de Stichting Kwaliteitsgeld Medisch Specialisten de middelen voor het integraal kwaliteitsbeleid medisch specialisten beheren.

Dergelijke structuren vergen dat de regieraad bij zijn agenderende rol nauwe samenwerking opzoekt met (opdrachtgevers van) richtlijnontwikkelaars.

Wij zullen op grond van periodieke rapportages van de regieraad eind 2010 evalueren of de gekozen modaliteit tot de gewenste resultaten leidt of dat aanpassing gewenst is. Criteria die wij daarbij zullen betrekken zijn de mate waarin een breed gedragen visie op zowel de inhoud als de procedure voor ontwikkeling en implementatie van richtlijnen is ontwikkeld, de inhoud van de opgestelde meerjarenagenda voor richtlijnontwikkeling en -implementatie, de mate waarin concrete acties op een aantal cruciale thema's vorm hebben gekregen, de samenhang met andere initiatieven en de wijze waarop de samenwerking tussen de regieraad, veldpartijen, IGZ en CVZ verloopt.

6. Relatie met andere ontwikkelingen

Eind 2008 jaar zal de regieraad van start gaan met de regie op het gebied van richtlijnontwikkeling- en -implementatie. Tegelijkertijd is nog een aantal andere ontwikkelingen van belang die een raakvlak hebben met de hiervoor beschreven taken van de regieraad.

Onderhoud transparantieindicatoren

Om de transparantie over de kwaliteit van zorg te vergroten is in 2007 binnen de IGZ het programma Zichtbare Zorg van start gegaan. Hierin zijn de eerder genoemde activiteiten rondom kwaliteitskaders in de langdurige zorg geïncorporeerd. In dit programma wordt – in het verlengde van het ontwikkelen van kwaliteitsindicatoren – ook een voorstel ontwikkeld voor de structurele onderhoudsfunctie van die indicatoren. Indicatoren zijn immers dynamisch van aard. Na afloop van het programma dient de

uitvoering van deze (structurele) onderhoudstaak belegd te worden. Daarbij zal ook worden gezien hoe de samenhang met het onderhoud van klantervaringsgegevens (CQ-indices) wordt vormgegeven. In de loop van 2009 zal de vormgeving van deze onderhoudsfunctie nader zijn uitgewerkt. Op dat moment kan ook worden gezien hoe het best structureel geborgd kan worden dat het onderhoud van de indicatoren voldoende samenhang blijft houden met de ontwikkeling en het onderhoud van richtlijnen.

Informatievoorziening

Zowel professionals, verzekeraars als cliënten hebben behoefte aan informatie over bestaande richtlijnen (inclusief het nalevingsgedrag van zorgaanbieders), transparantie-indicatoren en klantervaringen. Deze informatie zou voor al deze partijen beschikbaar en ook eenvoudig te vinden moeten zijn. Voor wat betreft de richtlijnen is deze informatie wel versnipperd beschikbaar, maar nergens integraal. De informatiefunctie voor de kwaliteitsindicatoren en klantervaringen is nog niet belegd. Voor beide aspecten zijn wij gestart met een nadere uitwerking.

De samenhang tussen richtlijnen, onderhoud van de indicatoren en CQ-indices en de informatievoorziening over deze aspecten dient structureel te worden geborgd. Daarbij speelt ook de uitwerking van de juridische verplichting van zorgaanbieders om betrouwbare informatie op te leveren. Gezien de nog lopende ontwikkelingen op het terrein van zowel het indicatoronderhoud als de informatievoorziening zullen wij u in 2009 informeren over de vormgeving en positionering van deze functies. Daarbij zullen wij tevens ingaan op de relatie met de werkzaamheden van de regieraad.

De minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
A. Klink

De staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
M. Bussemaker