

## Verslag Beleidsadviesraad Nefrovisie

Datum: woensdag 11 mei 2016

Locatie: Nefrovisie, Moreelsepark 1, Utrecht

Tijd: 15.00-17.00 uur

### Aanwezig:

Mevrouw	R.		Geels	ZN
De heer	J.N.M		Barendregt	NfN
Mevrouw	I.		Jans	DNN
De heer	K.C.		Cheung	KNMP
Mevrouw dr.	B.C.	van	Jaarsveld	NfN
Mevrouw drs.	T.		Lips	SLOT
Mevrouw	M.		Kraayvanger	NSN
Mevrouw	K.		Prantl	NVN
Mevrouw	L.		Haasdijk	VMWN
Mevrouw	J.	van der	Vuurst	V&VN
De heer	C.		Geerlings	NVZA
De heer dr.	M.H.		Hemmelder	Nefrovisie
Mevrouw	H. A.	van	IJzerloo	Nefrovisie
Mevrouw	A.T.M.		Jorna	Nefrovisie
Mevrouw	M.	de	Waal	Nefrovisie

### Verhinderd:

De heer dr.	F.J.	van	Ittersum	NfN
De heer	S.		Konings	NfN
Mevrouw	J.	van	Balen	NHG
Mevrouw	M.		Reinders	NTV
Mevrouw	I.		Kooy	SLOT
De heer	C.		Mastenbroek	ZINL
Mevrouw	H.	van	Wijk	V&VN D&N
De heer drs.	J.A.J.		Bart	NVN
Mevrouw dr.	J.S.		Frankema-Mourer	ZINL

### 1. Opening

Marc Hemmelder heet iedereen welkom op de nieuwe locatie van Nefrovisie.

- Jacqueline van der Vuurst heeft laten weten dat zij iets verlaat is.
- Charles Geerlings komt nog namens NVZA en zal mw. Feberwee vandaag vervangen in de BAR.
- Mieke de Waal is per januari gestart als officemanager bij Nefrovisie en is de ambtelijk secretaris van de BAR.

### 2. Vaststellen agenda

De agenda wordt ongewijzigd vastgesteld.

### 3. Mededelingen

- *vacatieregeling* (reeds per mail toegezonden)

De aanwezigen die hier gebruik van willen maken kunnen het declaratieformulier indienen.

- Rimke Geels deelt mee dat het project Nierteam aan huis nog moet gaan lopen. Het is een ingebed voorlichtingsprogramma bij patiënten thuis. Enerzijds voor patiënten die in het eindstadium van hun nierfalen zijn voordat ze aan de dialyse zijn en voor patiënten die al op dialyseafdelingen zijn en met name ook allochtonen (zodat hun omgeving ook goede voorlichting krijgt). De spinoff van goede voorlichting is dat er veel meer spontane aanmeldingen zijn voor levende donoren. De projectaanvraag ligt ter goedkeuring bij ZN. Projectleider is Willem Weimar. Er is wat reuring in het land, de overheid (vanuit economische zaken) is bezig om 'health deals' te sluiten. Het Nierteam is ook op die agenda terecht gekomen. Of dit passend is, is nog niet duidelijk.

Het Nierteam aan huis is al in de regio Rotterdam ontwikkeld. Dit gaat nu in 8 ziekenhuizen (4 academische en 4 algemene ziekenhuizen) lopen, met voorlichtingsprogramma en een begeleidend onderzoek vanuit de Nierstichting om te kijken of we het kunnen opschalen. Als dat goed gaat dan kan het opgeschaald worden naar de rest van Nederland. De subsidie is voor 3 jaar (inclusief de voorbereiding van de landelijke implementatie). Binnen 3 jaar moet conclusie getrokken kunnen worden of het net zo'n zinvolle constructie is zoals het in Rotterdam werkte. De vraag is of het overdragen kan worden, zijn er verschillen in technische details van de uitvoering? De landelijke implementatie wordt gelijk meegenomen in het project zodat er straks een dbc is om de zorgactiviteit financieel mogelijk te maken en deze makkelijk te implementeren is in de rest van het land. Dit moet eind volgend jaar duidelijk zijn.

- Inez Jans deelt mee dat het beroepsprofiel diëtisten nierziekten is afgerond. Deze staat op de website [www.dietistennierziekten.nl](http://www.dietistennierziekten.nl) en [www.nefrovisie.nl](http://www.nefrovisie.nl).

#### 4. Verslag vorige bijeenkomst

p. 1 Tanja Feberwee is afgevaardigd voor NVZA in BAR (ipv RDGG).

p. 3: Stand van zaken ontwikkelagenda komt bij punt 7 aan de orde. Dit is een continue overleg om te monitoren hoe de uitvraag van de indicatoren verloopt. Zijn er aanpassingen nodig op de definities zoals die nu zijn en de coderingen en hoe gaan we het voor de komende jaren ontwikkelen, dit is een dynamisch geheel. Tripartite worden afspraken gemaakt over indicatoren (patiënten, verzekeraars en professionals) en de ziekenhuizen (omdat daar nu de registratielast ligt) en Nefrovisie omdat die straks veel van de registratie met Renine kan overnemen. Idee is dat deze groep de agenda vaststelt en ook blijft monitoren en uitwerken. Je ziet dit terug in de indicatorenengids, dit is de uitkomst van dat overleg. Het is niet functioneel om hier tussentijds rapportages over te doen.

Nierstichting vindt het interessant om te weten waar de ontwikkeling zich op richt. Bijv. wanneer staan indicatoren voor transplantatie op de agenda?

Marc Hemmeler licht toe dat de insteek is om te komen tot een zo beperkt mogelijke set indicatoren die veel zegt over de kwaliteit van zorg. Nu zijn er 5 indicatoren voor nefrologie, waarvan 2 gaan over transplantatie. Misschien moeten deze anders gedefinieerd worden zodat we betere informatie krijgen maar er komen geen nieuwe indicatoren voor transplantatie bij, integendeel misschien moeten we wel terug naar 1 goede als de andere niet blijkt te discrimineren.

Zo zit er ook een parameter in voor dialyse en predialyse. Met de patiënten is duidelijk afgesproken dat ook de patiëntpreferente indicator zoals Proms of Prens een plek zouden moeten gaan krijgen. Dan zitten we al aardig gevuld. Ziekenhuizen vinden dit aantal ook voldoende, we moeten vechten voor elke indicator die beschikbaar is.

De Nierstichting zou de transplantatiegraad als indicator willen. NSN en ZN zullen dit nog een keer apart doorpraten. Operationeel is dat niet zo makkelijk.

Het brancheoverleg heeft de indicatoren bevroren tot en met 2016. Inhoudelijke wijzigingen kunnen pas in 2017 hun beslag krijgen en kunnen pas in 2018 worden uitgevraagd. Komende 1-2 jaar gebruiken om goed na te denken over welke indicator in staat is om iets te zeggen over de kwaliteit en ook goed te meten is.

p. 3 DNN en V&VN willen beiden voedingsindicatoren registreren. Dit is onder de aandacht gebracht bij sectie registratie en staat op de shortlist voor volgend jaar.

Marc Hemmeler legt uit dat er naast de ZiZo indicatoren die per domein (tripartite) zijn vastgesteld, ook binnen de nefrologie (vanuit professionals) aantal medische indicatoren is vastgesteld die we met Renine ophalen uit de centra. Uiteindelijk willen we toe naar 1 set die bestaat uit beide componenten, die we ook gaan gebruiken bij kwaliteitsvisitaties en informatie naar patiënten.

- p. 4: 8b Project 'Nierteam aan huis'  
r. 6: 'maatschappelijk werkende *en/of* psycholoog'  
r. 7 'preventieve' moet zijn 'pre-emptieve' transplantaties.

p.5: bij punt 9a 1<sup>e</sup> punt, laatste zin:

Ka-Chun Cheung vraagt wat bedoeld wordt met 'de lijst eigenbereiding'. Rimke Geels licht toe dat hier bedoeld wordt de uniforme lijst die vergoed wordt door de zorgverzekeraars. De tekst wordt aangepast: '*de ZN-lijst eigenbereidingen*'.

p. 6: Karin Prantl is benieuwd naar de uitkomst van de open discussie over de norm thuishemodialyse als inkoop criterium 2016. Rimke Geels (met Zilveren Kruis pet op) antwoordt dat voor de inkoop 2017 de norm 10% thuishemodialyse overeind blijft. Als je al veel transplantaties en PD hebt wordt dit genuanceerd. Vraag van ZN naar het veld is om de renine rapporten te laten zien voor de onderbouwing van een afwijking. De ervaring van Tanja Lips is dat andere zorgverzekeraars hier anders/ wisselend mee omgaan. Thuisdialyse staat wel bij alle zorgverzekeraars op de agenda; het moet in redelijkheid worden beoordeeld.

## 5. Evaluatie functioneren beleidsadviesraad

Marc Hemmelder licht de notitie met een aantal vragen over het functioneren van de BAR kort toe. Zijn de onderwerpen op de agenda van de BAR relevant voor de kwaliteit van de nefrologische zorg?

Charles Geerlings geeft aan dat voor de apothekers er kwaliteitswinst te behalen is door de verschillende systemen waar medicatie wordt vastgelegd in de ziekenhuizen op de een of andere manier te koppelen. Dit wordt ook bij visitaties vaak vastgesteld. Idealiter zouden er elektronische koppelingen tussen de verschillende systemen gemaakt moeten worden, zodanig dat voor de patiënt en zorgverleners er volledige en goede informatie beschikbaar komt. De markt van ziekenhuissystemen bestaat voor het grootste deel uit 2 systemen, dat maakt het koppelen makkelijker. Nefrovisie zou kunnen kijken hoe deze kwaliteit geborgd kan worden en ziekenhuizen helpen bij het realiseren van aantal koppelingen.

Marc Hemmelder nodigt NVZA uit een voorstel in te brengen in BAR hoe het probleem effectief is op te lossen. Als de BAR zich kan vinden in de voorgestelde oplossingen dan kan de BAR een brief opstellen die je kan gebruiken richting de ziekenhuizen.

Hennie Van IJzerloo voegt hier aan toe dat er een aankondiging is geweest voor een invitational conference over medicatie-overdracht, hier speelt deze problematiek ook.

Brigit van Jaarsveld waardeert het erg dat Marc Hemmelder, als voorzitter van de BAR, de discussie over natriumbicarbonaat tabletten en Emla crème heeft opgepakt, uitgevoerd en geprobeerd op te lossen; iedereen heeft het er wel over maar niemand pakt het op.

Tanja Lips vindt de samenstelling van de groep en de betrokkenheid van ZN heel prettig. Het integraal karakter is essentieel als het over de kwaliteit van de zorg gaat.

Rimke Geels haalt bij de BAR veel informatie over wat er nodig is en waar de zorgverzekeraar dan op kan inspelen.

Ka-Chun Cheung mist de betrokkenheid van de eerstelijnszorg. Marc Hemmelder geeft aan dat het NHG lezend lid is, ze wil graag betrokken blijven. Als ze een keer willen komen melden ze zich aan. Vanuit de openbare farmacie is het van belang om het te hebben over bewustwording van verminderde nierfunctie en geneesmiddelengebruik en dat gebeurt vaak met de huisartsen en uitwisseling nierfunctiewaarden. Marc Hemmelder koppelt dit terug naar NHG.

Een tweede onderwerp dat aandacht zou kunnen krijgen is de patiëntveiligheid, hoe gaan we om met gemelde incidenten. Cheung zit vanuit KNMP bij Centrale Medicatie-incidenten Registratie (CMR) waar alle incidenten worden verzameld. Aantal incidenten ook bij patiënten met verminderde nierfunctie of patiënten die dialyseren. Wat kunnen we daarvan leren en hoe kunnen we dit in de toekomst voorkomen? CMR wil ook medische incidenten gaan verzamelen en daar is misschien rol voor Nefrovisie weggelegd. Binnen ziekenhuizen wordt gewerkt volgens structuur van de MIP meldingen en evt link naar de inspectie (voor calamiteiten). Alle meldingen waar medicatie is aangekruist komen vanuit MIP bij CMR. De anonieme meldingen (over als er iets mis gaat in het medicatieproces) worden op de inhoud geanalyseerd. Als er grote kans op herhaling is, met veel educatieve waarde waarbij ook veel schade aan de patiënt, dan wordt de melding anoniem herschreven en worden aanbevelingen gekop-

peld. Dit wordt naar alle ziekenhuis- en openbare apothekers met alertmelding of via een nieuwsbrief verspreid. Gekeken wordt hoe dit uitgebreid kan worden naar de professionals (medici en verpleegkundigen); dit loopt nog niet goed.

Cheung zal bij CMR bekijken welke mogelijkheden er voor samenwerking zijn. Als bij de BAR een opsomming van de meldingen die niergerelateerd zijn met de aanbevelingen wordt neergelegd kan dit bij de achterbannen kenbaar worden gemaakt (bijv. via de websites).

Bij de kwaliteitsvisitatie is ook aandacht voor melding van incidenten en de gevolgen ervan. Functioneer het proces van het melden en de terugkoppeling ervan en zijn er leermomenten uit de meldingen getrokken.

Nefrovisie heeft al vaker bij de visitatiecommissie aan de orde gesteld dat hier meer openheid over wenselijk zou zijn. Wat gebeurt er nu met de bevindingen die tijdens een visitatie zijn gedaan? Hoe acteren de centra daar op? Dit is een actuele discussie met de NfN en V&VN.

Karin Prantl ziet op de agenda bij Richtlijnen alleen de richtlijn Chronische Nierschade, maar er zijn er meer in ontwikkeling. De BAR wordt geïnformeerd over de voortgang van deze richtlijn CNS (daar is Nefrovisie bij betrokken). Andere concept-richtlijnen (bijv. over nierfunctievervangende behandeling) kunnen ook geagendeerd worden en stand van zaken ter vergadering worden toegelicht, maar hierbij is Nefrovisie niet de initiator.

Rimke Geels noemt nog het moeilijke onderwerp 'vervoer'. Zij zou hier graag een oplossing voor vinden. Dit zal eerst goed voorbereid moeten worden en dan kan het geagendeerd worden ter bespreking in de BAR. 2 jaar geleden had de NVN een actieve klachtenmelding voor vervoer, op dit moment niet op de agenda. NVN is bezig met zorgverzekeraars en regionale verenigingen nieuwe normen vast te stellen maar hier zit vertraging in. Inspanningen NVN meenemen bij voorbereiding van dit onderwerp.

Marc Hemmeler nodigt iedereen uit om actief onderwerpen aan te dragen voor de agenda van de BAR.

De vergaderfrequentie van 2 keer per jaar vindt iedereen voldoende.

## **6. Uitkomsten invitationale kwaliteitscyclus hoofdlijnsakkoord partners**

De notitie is ter informatie. Op deze agenda zijn 5 prioriteiten vastgesteld (deels veel overlap met activiteiten die al plaatsvinden, lopende projecten zoals bijv. Nierteam aan huis) voor chronische nierschade. Het is een inventarisatie geweest van wat er overal gaande is. Het is de kwaliteits en doelmatigheidsagenda van het Zorginstituut Nederland. Zij houdt vinger aan de pols. Over een jaar wordt gevraagd naar voortgang.

Voor het ontwikkelen van de Nierfalenrichtlijn dienen we (financiële) ondersteuning te vragen.

Voor Nefrovisie zijn er grote raakvlakken. We luisteren goed en kijken waar accenten moeten komen. NVZA was niet bij invitationale conference, maar zal vragen de uitnodiging voor een volgende bijeenkomst te mogen ontvangen.

## **7. Richtlijnen en indicatoren**

### **a. voortgang richtlijn chronisch nierschade**

De werkgroep is druk met de uitwerking van de herziening van de NfN-richtlijn uit 2009, plus de NHG-standaard die hier op aansluit en de vernieuwing landelijke transmurale afspraak CNS (andere opzet, over patiëntenoverdracht 1<sup>e</sup> naar 2<sup>e</sup> lijn en andersom).

In juni wordt dit hopelijk afgerond. Dan wordt de concept-tekst naar alle betrokkenen gestuurd ter toetsing. In najaar kan de richtlijn definitief worden vastgesteld. Deze zal dan worden aangeboden aan het Zorginstituut en daar als kwaliteitsstandaard in de etalage komen, waarmee het hele onderwerp CNS is afgekaderd.

Vanuit de Nierstichting is preventie belangrijk in de meerjarenstrategie. Als de implementatie van de richtlijn aan de orde is wordt de Nierstichting erbij betrokken.

Karin Prantl deelt mee dat:

- de *richtlijn nierfunctievervangende behandeling wel of niet* is klaar.

De mailing is gedaan door het kennisinstituut (naar werkgroep en deelnemers invitationale conference). ZN heeft deze richtlijn (nog) niet ontvangen. Rimke Geels kijkt dit na.

- de *richtlijn palliatieve zorg* is ook bijna klaar voor de consultatiefase, vanuit IKNL wordt deze verstuurd (voor de zomer).
- de *richtlijn CI-AKI* is vertraagd. Veel discussie, wordt pas na de zomer verwacht.

De V&VN *Richtlijn vaattoegang* heeft nog een lange weg te gaan voor deze klaar is.

Afgesproken wordt dat in de BAR alleen de multidisciplinaire richtlijnen die aangeboden worden bij het zorginstituut aan de orde komen.

## **b. voortgang indicatoren set chronische nierschade**

De Zichtbare Zorg-indicatoren zijn bevroren voor 2016, met een paar kleine correcties op fouten zullen die doorlopen komend jaar. Dit zijn de gegevens over 2016 die in 2017 worden verzameld

De andere indicatorenset komt vanuit renine, waarbij we tot nu toe uitvraag doen van allerlei gegevens bij dialysepatiënten, die worden gekoppeld aan transplantatieregistratie, waardoor we ook transplantatiegegevens beschikbaar hebben. Voor 2017 is de doelstelling om de registratie te starten zodra de patiënt bij de nefroloog komt met eGFR<30 ml/min (loopt parallel met predialyse-DOT), zodat we startpunt kennen van contact met 2<sup>e</sup> lijn. In 2016 gaan we dit voorbereiden zodat we in 2017 uit kunnen gaan vragen. Dan kunnen in 2018 ook aantal ZiZo-indicatoren over 2017 afgeleid worden uit Renine. Ziekenhuizen hoeven dan gegevens niet meer aan te leveren, dit is een significante vermindering van de registratielast.

## **8. Registratie**

### **a. Renine Nefrodata**

Marc Hemmeler geeft korte demonstratie van Nefrodata (webportaal met landelijke gegevens over nierfunctievervangende behandeling; [www.nefrovisie.nl/nefrodata](http://www.nefrovisie.nl/nefrodata)). Alle centra hebben eigen inlog voor de gegevens van het eigen centrum.

### **b. Voortgang Renine vernieuwing overeenkomsten en database**

Begin van het jaar zijn de dienstverleningsovereenkomsten met de afspraken in het kader nieuwe privacywetgeving verstuurd naar de centra. 50% van de overeenkomsten zijn getekend terug. De overeenkomsten zijn dynamisch en kunnen jaarlijks aangepast worden aan actualiteit of verandering van wetgeving.

## **9. Visitatie**

### **a. stand van zaken HKZ herziening**

20 januari was de brede werkgroep het eens over adviesnormering, deze ligt nu ter beoordeling bij de Raad voor Accreditatie. Hennie van IJzerloo belt wekelijks met HKZ om te vragen naar stand van zaken, gaat erg moeizaam bij RvA. Het gaat alleen om H1 t/m 3, de andere hoofdstukken 4 t/m 9 zijn al goedgekeurd. Ondertussen loopt voor de centra de termijn waarbinnen ze tegen de nieuwe norm gecertificeerd moeten worden. Deze loopt vanaf september, hier zal een aanvullende regeling voor komen.

### **b. aanpassing visitatie stellingen**

Vanuit HKZ-normering worden stellingen geformuleerd door de beroepsgroepen die worden gebruikt bij visitaties. De nieuwe set visitatiestellingen is goedgekeurd en is gepubliceerd op [www.nefrovisie.nl](http://www.nefrovisie.nl). Eind van het jaar organiseert Nefrovisie een invitational conference om, voor de langere termijn, te inventariseren welke stellingen voor wijziging in aanmerking komen.

## **10. Ontwikkelingen nefrologische zorg**

### **a. Onderzoeksrapport Zelfmanagement door mensen met chronische ziekten.**

Ter informatie voor de BAR.

### **b. European Kidney Health Alliance**

Karin Prantl stuurt de link naar Mieke de Waal ter verspreiding naar BAR.

### **c. Project Domestico**

Brigit Jaarsveld en Alferso Abrahams zijn gestart met project Domestico om in de komende 3 jaar alle nieuwe patiënten die thuis HD en PD en nachtdialyse gaan doen in een registratie te verwerken.

Er bestaat een duidelijke behoefte bij iedereen (patiënten, zorgverleners, zorgverzekeraars, beleidsbepalers, industrie) om thuisdialyse (zowel thuishemodialyse, inclusief nachtelijke hemodialyse, maar ook peritoneale dialyse) beter toegankelijk te maken en meer inzicht te krijgen in de diverse aspecten van de verschillende vormen van thuisdialyse en de factoren die hierop van invloed zijn. Hierbij kan gedacht worden aan variatie in praktijkvoering, effecten van thuis- en nachtdialyse op klinische uitkomsten, oorzaken van techniekfalen en factoren die dit kunnen verbeteren en de ervaringen van patiënten en de effecten op hun kwaliteit van leven. Daarbij bestaat sterk de behoefte om de dalende trend in het aantal patiënten dat wordt behandeld met peritoneale dialyse te keren. Op 25 mei a.s. is een eerste bijeenkomst hierover bij Nefrovisie.

**d.** Karin Prantl kondigt aan dat in het najaar de NVN-keuzehulp bij nierfunctievervangende behandeling uit komt. Dan is ook de consultkaart (option grid) klaar die bij de richtlijn nierfunctievervangende behandeling hoort. NVN heeft bij NIV, NPCF en NND-dagen eea kunnen aankondigen. De introductie zal goed gecommuniceerd worden via mail en media. De keuzekaart van DC Groningen (over keuze voor dialyse) ligt in het verlengde hiervan (DC Groningen heeft voorop gelopen); er is overleg geweest bij de introductie met Hans Bart.

## **11. Inventarisatie knelpunten nefrologische zorg**

### **a. afronding dossier natriumbicarbonaat en emla**

Er is een gezamenlijke brief opgesteld over vergoeding natriumbicarbonaat en emla-zalf. Voor emla-zalf is het klaar, regels zijn duidelijk. Wat betreft natriumbicarbonaat is het nog niet helemaal klaar omdat bij ZN nog een mogelijkheid bestaat voor vergoeding zonder afgeven van een machtiging. Rimke Geels weet niet de actuele stand van zaken, maar er is nog geen groen licht dat machtiging niet nodig is. De brief kan gebruikt worden en patiënten krijgen hun geld terug.

### **b. vergoeding magnesium bij specifieke renale aandoeningen**

Dit is kleiner qua volume maar bij patiënten met een specifieke diagnose relevant. Zorginstituut Nederland schrift dat orale magnesiumpreparaten niet als geneesmiddel geregistreerd staan. Ze worden bij die patiënten wel gebruikt als geneesmiddel en omdat het aan aantal voorwaarden voldoet vanuit het ziekenhuis geleverd zou kunnen worden en dan ten laste wordt gelegd op de DOT die het ziekenhuis voor die diagnose heeft geopend. ZN is het niet eens met deze constructie. Dit middel zit niet in de DOT. We wachten reactie ZN af. Ka-Chun Cheung zoekt uit of het een zelfzorgmiddel is. Jos Barendregt informeert de nefrologen dat dit onderwerp nog hangt.

### **c. onnodige drempels bij thuisdialyse** (ingebracht en toegelicht ter vergadering door SLOT)

Tanja Lips deelt mee dat het hier gaat om de inrichting van de thuisdialysekamer (een medisch ge-classificeerde ruimte). Het SLOT signaleert dat er steeds meer (internationale en landelijke) regelgeving voor komt (hogere eisen) en daarmee veel onduidelijkheid ontstaat waardoor er verschillende toepassing van de normen plaatsvindt. De inrichting/huisaanpassing lag op gemiddeld €2000 en die dreigt nu op te lopen tot €6.500.

SLOT heeft contact met TNO om hier onderzoek naar te doen; TNO kan bindend advies doen om eenduidigheid te krijgen. Er ontbreekt nog 25% van de bekostiging van dit onderzoek, ondersteuning door ZN is gewenst. SLOT heeft contact gezocht met ZN. Als het te duur wordt om thuis te gaan dialyseren dan moet gezocht worden naar andere oplossing.

Nefrovisie blijft graag op de hoogte van het vervolg.

### **d. functie differentiatie bij stabiele meerzorg patiënten dialyse** (ingebracht en toegelicht ter vergadering door SLOT)

Het SLOT moet hier advies over uitbrengen. In het veld is er grote diversiteit in verpleegkundige begeleiding als het gaat om stabiele meerzorg in de thuissituatie. We moeten streven naar meer uniformiteit. In de visitatiestellingen komt dit ook aan de orde.

De hele kwalificatie van verpleegkundigen is een issue. Het niveau wordt erbij gezocht wat noodzakelijk is om de handeling uit te kunnen voeren mits het dialysecentrum zorgt voor opleiding, training en supervisie. De nefroloog is altijd eindverantwoordelijk waar de dialyse ook gebeurt. Wanneer kan je de verantwoordelijkheid verleggen?

Het SLOT zal dit punt afstemmen met Jos Barendregt (bedrijfsvoering NfN) en Jacqueline van der Vuurst (V&VN). Dit is ook een goed onderwerp voor een hoofddag.

## 12. Rondvraag en sluiting

Jos Barendregt noemt de verandering per 1-1-2016 in de regeling rond dotter behandelingen van dialyseshunts.

Tot 1-1-2016 had de radioloog zijn eigen behandeltraject dat werd vergoed via een eigen DOT. Nu is onduidelijk, ook bij navraag NZA, onder welke DOT deze dure verrichting moet komen. Voor de hand ligt de dialyse DOT, maar het kan ook bij de vaatchirurg zijn. Wanneer de extra kosten opgelost kunnen worden met opplussen van de tarieven voor die dbc dan is het helder. Maar het wordt lastig als het over een thuisdialysepatiënt gaat, en de dbc door de thuisdialyseorganisatie wordt geregistreerd terwijl de kosten in het ziekenhuis gemaakt zijn. Dan moet je een verrekenmodel maken.

Rimke Geels reageert dat het profiel van de DOT afgesproken kan worden (Wie doet het en wat zit er in de prijs en wordt ervoor geleverd). Niet kijken naar de prijs van de DOT maar naar de zorgkosten voor de patiënt, het moet adequaat bekostigd zijn. In de dialyse DOT zit een interventie door een radioloog. NZA verandert een regel en daarna is de weerslag ervan niet gemonitord.

Rimke Geels gaat dit meenemen en kijken wat ZN ervan weet.

Marc Hemmelder bedankt iedereen voor de inbreng en sluit de vergadering om 17.15 uur. De volgende vergadering zal in november worden gepland, een datum volgt.