

Implementatieplan Module

Organisatiebeschrijving LVHC

Inhoud

1. Algemene gegevens	2
2. Doel en reikwijdte van de module	2
2.1 Kernprobleem / aanleiding	2
2.2 Doel van de module	2
2.3 Wat verandert er t.o.v. huidige praktijk	2
2.4 Afgrenzing (wat valt er wel/niet onder)	3
3. Impactanalyse	3
3.1 Inhoudelijke impact	3
3.2 Organisatorische impact	4
3.3 Financiële impact	4
3.4 ICT / informatievoorziening	4
4. Implementatiestrategie	5
4.1 Doelgroepen implementatie	5
4.2 Kernboodschappen	5
4.3 Interventies / activiteiten	5
4.4 Fasering	6
4.5 Planning (globaal). Historisch en nu.	6
5. Belemmerende en bevorderende factoren	6
5.1 Belemmerend	6
5.2 Bevorderend	6
6. Monitoring en evaluatie	7
6.1 Indicatoren	7
6.2 Dataverzameling	7
6.3 Frequentie monitoring	7
6.4 Evaluatiemomenten	7
6.5 Bijsturing	7
7. Borging en duurzaamheid	8
8. Communicatieplan	8
8.1 Doelgroepen:	8
8.2 Kernboodschap:	8
8.3 Middelen (website, bijeenkomsten, publicaties):	8
8.4 Tijdspad:	8
9. Verantwoordelijkheden ten aanzien van module	8
10. Randvoorwaarden	9
11. Risicoanalyse	9
12. Samenvatting voor opname in Register	9

1. Algemene gegevens

- **Titel kwaliteitsstandaard:**

Module Organisatiebeschrijving LVHC en bijbehorende meetinstrument

- **Versie / datum:**

8 mei 2026

- **Indiener(s):**

Federatie LVHC, ZN

- **Betrokken partijen (stakeholders):**

Clëntenorganisaties, zorgaanbieders, zorgkantoren, ministerie van VWS, NZa, Actiz, VGN

- **Doelgroep(en):** LVHC doelgroepen, zijnde D-zep, GP+, Huntington, Korsakov, LBS, MS+, NAH+

- **Setting:**

Langdurige zorg

2. Doel en reikwijdte van de module

2.3 Kernprobleem / aanleiding

De kwaliteit van LVHC-zorg staat onder druk door de specifieke kenmerken van deze zorg: het gaat om kleine cliëntpopulaties met complexe, langdurige en zeer specialistische zorgvragen. Hierdoor is expertise schaars, kennis is vaak lastig op peil te houden en kwaliteit en continuïteit komt onder druk te staan wanneer LVHC-zorg niet structureel is geconcentreerd.

Goede LVHCzorg vereist daarom expliciete eisen aan organisatie, samenwerking en kennisinfrastructuur. In de afgelopen jaren is binnen het LVHCveld consequent vastgesteld dat kwaliteit primair afhankelijk is van randvoorwaarden op organisatieniveau. Het uitgangspunt was in de afgelopen jaren: een organisatie die goede LVHCzorg levert, moet aantoonbaar voldoen aan een samenhangend geheel van onderwerpen, criteria en eisen. De aanleiding voor de module ligt dan ook in de noodzaak om deze onderwerpen, criteria en eisen expliciet en transparant vast te leggen, zodat zorgaanbieders aantoonbaar kunnen voldoen aan de vereisten voor het leveren van kwalitatief goede LVHC-zorg.

2.2 Doel van de module

De Module is ontwikkeld om de specifieke kwaliteitscriteria voor LVHC-zorgaanbieders structureel te borgen binnen de langdurige zorg. De module vormt een aanvulling op de bestaande kwaliteitskaders en -kompassen die primair gericht zijn op reguliere Wlz-zorg, en zorgt voor uniformiteit en duidelijkheid over wat er van LVHC-zorgaanbieders wordt verwacht.

Een belangrijk doel van de module is het creëren van heldere kwaliteitscriteria en eisen. Deze eisen maken het mogelijk om via visitaties door een onafhankelijke partij objectief te beoordelen of Doelgroepnetwerken, Kenniscentra en Expertisecentra (DEC's en REC's) voldoen aan de gestelde kwaliteitscriteria en eisen, en daarmee in aanmerking komen voor bekostiging van de zorg die geleverd wordt in de Expertisecentra in de langdurige zorg. Het bij de module behorende meetinstrument ondersteunt het visitatieproces.

Daarnaast draagt de module bij aan transparantie over de organisatie en kwaliteit van LVHC-zorg. Door registratie bij het Zorginstituut Nederland (ZiNL) wordt de kwaliteit en transparantie gewaarborgd en geüniformeerd over de verschillende doelgroepen heen.

Tenslotte sluit de module aan bij de principes van vigerende kwaliteitskaders en -kompassen, met als belangrijk uitgangspunt dat de implementatie tot zo min mogelijk aanvullende administratieve lasten leidt voor LVHC-zorgaanbieders. Hiermee wordt beoogd om kwaliteit te versterken zonder de uitvoerbaarheid van de zorg onder druk te zetten.

2.3 Wat verandert er t.o.v. huidige praktijk

Bij de start van de ontwikkeling van kwaliteitsstandaard zijn betrokken partijen gezamenlijk gekomen tot een eenduidige normstelling voor de organisatie van LVHC-zorg.

De reikwijdte van deze kwaliteitsstandaard is volledig: het doel is dat 100% van de LVHC-Expertisecentra in Nederland deze standaard implementeren en de kwaliteit aantoonbaar borgen. Dit wordt gemeten door middel van onafhankelijke visitaties. Op dit moment werken alle LVHC-Expertisecentra volgens de vastgestelde kwaliteitsstandaard en kunnen via visitaties aantonen dat zij hieraan voldoen. Hiermee is sprake van een duidelijke verandering: van een situatie met minder eenduidigheid en borging, naar een landelijk uniforme, transparante en aantoonbaar geborgde kwaliteit van de organisatie van LVHC-zorg.

2.4 Afgrenzing (wat valt er wel/niet onder)

De afgrenzing van de module is helder belegd binnen bestaande wet- en regelgeving. In de *Regeling langdurige zorg* en de beleidsregels van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) rondom gespecialiseerde zorg in de Wlz is vastgelegd welke zorgaanbieders worden aangemerkt als LVHC-Expertisecentra. Daarmee is de doelgroep en de organisatorische context ook in wet- en regelgeving omschreven en in het LVHC zorglandschap vastgelegd. Dit vormt een stevig fundament voor eenduidige toepassing van de kwaliteitsstandaard.

De totstandkoming van deze afgrenzing heeft plaatsgevonden in nauwe afstemming met het brede zorgveld, waaronder zorgkantoren, het ministerie van VWS en de NZa. Dit zorgt voor draagvlak, consistentie en aansluiting bij zowel beleid als praktijk.

In Nederland hebben LVHC-Expertisecentra deze module actief omarmt, in de praktijk toegepast en inmiddels geïmplementeerd. Op al deze centra zijn visitaties uitgevoerd, waarmee aantoonbaar is gemaakt dat zij voldoen aan de gestelde kwaliteitseisen.

3. Impactanalyse

3.1 Inhoudelijke impact

De module heeft een inhoudelijke impact op *het handelen van zorgprofessionals, de samenwerking binnen de keten en de kwaliteit van zorg voor de cliënt*. Door het vaststellen van expliciete kwaliteitscriteria op organisatieniveau is een stevige basis gelegd voor het leveren van passende, verantwoord georganiseerde LVHC-zorg.

Allereerst leidt de module tot veranderingen in het handelen van zorgprofessionals. De vastgestelde criteria en eisen stimuleren een meer doelgroepgerichte werkwijze en dragen bij aan het verbeteren van deskundigheid. Professionals werken meer volgens gedeelde uitgangspunten, waarbij kennisontwikkeling en het op peil houden van expertise centraal staan. Hierdoor wordt de kwaliteit van ondersteuning aan cliënten structureel versterkt. Daarnaast heeft de module impact op de samenwerking binnen en tussen organisaties en in de regionale keten. De gestelde criteria bevorderen structurele afstemming en samenwerking, wat bijdraagt aan een beter functionerend zorgnetwerk rondom de cliënt. Deze netwerkgerichte benadering zorgt ervoor dat expertise wordt gedeeld en geborgd, en dat de zorg beter aansluit op de complexe en langdurige behoeften van de LVHC-doelgroep.

Voor cliënten betekent dit concreet dat zij kunnen rekenen op meer consistente, passende en deskundige zorg. De verbeterde organisatie en samenwerking dragen eraan bij dat ondersteuning beter aansluit bij hun specifieke situatie en zorgvraag.

De impact van de module wordt daarnaast structureel gevolgd en geborgd. De naleving van de criteria en eisen wordt elke vier jaar getoetst via visitaties, met tussentijdse evaluaties iedere twee jaar. Hierbij worden metingen uitgevoerd en wordt verslaglegging gedaan, waardoor organisaties inzicht krijgen in hun prestaties en ontwikkelpunten. Dit cyclische toetsingsproces draagt bij aan continue kwaliteitsverbetering.

Een belangrijk resultaat van de module is de harmonisatie van kwaliteitseisen en het vaststellen van een hoog kwaliteitsniveau voor LVHC-expertisecentra. Deze kwaliteitscriteria en eisen zijn breed geaccepteerd en gedragen binnen het zorgveld en vormen daarmee een gemeenschappelijk referentiekader.

De impact van het bijbehorende toetsingskader is inmiddels duidelijk zichtbaar in de praktijk. Gedurende meerdere jaren is dit kader toegepast, geïmplementeerd en doorontwikkeld. Daarbij vormt het een onderdeel van de gesprekken over kwaliteit voor en van visitaties.

Door deze systematische aanpak is de ervaring en deskundigheid binnen het LVHC-veld aantoonbaar toegenomen. De benodigde kennis wordt niet alleen behouden, maar ook in samenhang verder ontwikkeld.

3.2 Organisatorische impact

De invoering van de module heeft een merkbare organisatorische impact gehad op LVHC-zorgaanbieders. Deze impact komt tot uiting in de verhoging van de kwaliteit van de zorgprocessen, passende capaciteit en de ontwikkeling van benodigde competenties en scholing en daarmee de benodigde expertise bij het zorg en behandelpersoneel binnen organisaties.

Allereerst zijn zorgprocessen aangescherpt op basis van de vastgestelde kwaliteitscriteria. Organisaties hebben hun werkwijzen herijkt om te voldoen aan de eisen rondom organisatie, samenwerking en deskundigheid. Dit heeft geleid tot meer structuur en consistentie in de kwaliteit van de uitvoering van LVHC-zorg.

Daarnaast heeft de invoering gevolgen gehad voor de capaciteit, zowel in termen van personeel als tijd. Het implementeren en borgen van de kwaliteitscriteria vraagt om gerichte inzet van professionals, bijvoorbeeld voor deelname aan visitaties, scholing, kwaliteitsmetingen en ontwikkeltrajecten. Tegelijkertijd draagt deze investering bij aan een duurzame en geborgde organisatie van zorg.

Een belangrijk onderdeel van de organisatorische impact ligt in de ontwikkeling van competenties en scholing. De module heeft geleid tot aanpassingen in het scholings- en opleidingsbeleid, waarbij meer nadruk is komen te liggen op doelgroepgerichte deskundigheid en het structureel onderhouden van kennis. Ook heeft dit effect gehad op het arbeidsmarktbeleid: organisaties zijn actiever gaan inzetten op het aantrekken, ontwikkelen en binden en behouden van professionals met specifieke LVHC-expertise. Het leren en ontwikkelen en binden en boeien van personeel zijn hiermee in de praktijk verankerd.

Deze ontwikkelingen vormen een concrete vertaling van de kwaliteitscriteria naar de praktijk. Hoewel de invoering organisatorische inspanning heeft gevraagd en blijft vragen, heeft deze bijgedragen aan het versterken van de kwaliteit van LVHC-zorgverlening.

3.3 Financiële impact

De financiële impact van de module is al in een vroeg stadium meegenomen. Parallel aan de ontwikkeling van de kwaliteitsstandaard heeft een traject plaatsgevonden waarin prestaties in de zorglevering zijn vertaald door de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) in de beleidsregel prestatiebeschrijvingen en tarieven gespecialiseerde zorg Wlz met bijbehorende tariefstelling.

3.4 ICT / informatievoorziening

De module heeft geleid tot een inrichting van informatievoorziening over het Doelgroepnetwerk, Kenniscentrum en Expertisecentrum. De relevante informatie over de module is door inschrijving bij het Zorginstituut Nederland breed toegankelijk gemaakt voor het zorgveld. Er is een publieke website van de Commissie Expertisecentra langdurige zorg (CElz) met informatie. De CEIz is ingesteld in opdracht van VWS. De commissie rondt haar opdracht af en heeft haar taken per 31 december 2026 overgedragen. De informatievoorziening wordt beheerd en zal worden overgenomen en voortgezet door de Federatie LVHC.

Visitaties (metingen) vinden plaats op basis van de module en worden uitgevoerd aan de hand van een visitatiedocument. Begrippen zijn eenduidig gedefinieerd en criteria op doelgroepe niveau uitgewerkt en toegelicht. Ter voorbereiding op visitaties vindt altijd een harmonisatiegesprek plaats tussen auditoren, vertegenwoordigers van Doelgroepnetwerk/Expertisecentra en de beheerders van het kwaliteitsinstrument. Dit draagt bij aan uniforme interpretatie en toepassing van de criteria en eisen.

De uitkomsten van visitaties worden vastgelegd volgens een vast format, waarbij helder wordt aangegeven in hoeverre aan de criteria wordt voldaan. Naast voor de verantwoording worden de uitkomsten gebruikt voor leren en verbeteren binnen het Doelgroepnetwerk, Kenniscentrum en de Expertisecentra.

De rapportages van de tussentijdse evaluaties worden benut om doorontwikkeling van het Doelgroepnetwerk, Kenniscentrum en de Expertisecentra te stimuleren.

4. Implementatiestrategie

4.1 Doelgroepen implementatie

De implementatie van de module richt zich op de LVHC-doelgroepen (zie ook bij 1).

Alle Doelgroepnetwerken, Kenniscentra en bijbehorende Expertisecentra hebben het implementatietraject inmiddels doorlopen.

De borging van de kwaliteitscriteria en eisen in de praktijk vindt plaats via een vastgestelde onafhankelijke visitatiecyclus, waarin de PDCA-methodiek (plan-do-check-act) centraal staat. Door deze structurele toetsing en continue verbetercyclus kan worden vastgesteld dat de implementatiegraad op dit moment 100% is voor alle LVHC-Expertisecentra die zorg leveren binnen de langdurige zorg.

4.2 Kernboodschappen

De kernboodschap van de module ligt in de gezamenlijke erkenning dat het voor het op een passende en verantwoorde wijze leveren van LVHC-zorg noodzakelijk is dat er duidelijke kwaliteitscriteria en eisen zijn vastgesteld. Deze noodzaak is breed gedragen binnen het zorgveld en heeft geleid tot de ontwikkeling van een toetsingskader via de CEIz, dat nu is vastgelegd in de module organisatiebeschrijving en dat is omarmd door de LVHC doelgroepen. Dit betekent concreet dat organisaties voldoen aan de vastgestelde criteria en eisen, deze aantoonbaar borgen en actief bijdragen aan verdere ontwikkeling van kwaliteit en expertise binnen het LVHC-zorglandschap.

De module fungeert daarmee als gemeenschappelijk kader en richtinggevend instrument, waarmee niet alleen kwaliteit wordt geborgd, maar ook samenwerking en continue verbetering worden gestimuleerd.

4.3 Interventies / activiteiten

Op het moment van indienen en registreren van de module bij het Zorginstituut Nederland is de module al volledig geïmplementeerd binnen het veld bij alle LVHC Doelgroepnetwerken, Kenniscentra en Expertisecentra.

De implementatie is in de afgelopen vier jaar geëvalueerd en gemonitord.

Dit is onder andere gedaan door het organiseren van bijeenkomsten rondom het toetsingskader, het faciliteren van uitwisseling tussen Doelgroepnetwerken, tussentijdse evaluaties te houden ten aanzien van de criteria, en het periodiek evalueren van de criteria op toepasbaarheid, werking in de praktijk en onderlinge eenduidigheid.

Deze evaluaties hebben door al de Doelgroepnetwerken plaatsgevonden op expertisecentraniveau, op doelgroepniveau en ook doelgroepoverstijgend, steeds met betrokkenheid van externe begeleiders en auditoren.

Een belangrijk onderdeel van de borging vormt de onafhankelijke visitatiecyclus. Organisaties worden elke vier jaar gevisiteerd, met tussentijdse evaluatiemomenten iedere twee jaar. Zowel voorafgaand aan als na afloop van visitaties vinden per Doelgroepnetwerk evaluaties plaats over de duidelijkheid en toepasbaarheid van de criteria. Het gebruik van de module is sterk gestimuleerd doordat het kwaliteitsinstrument is gekoppeld aan de beleidsregel van de NZa en onderdeel uitmaakt van het zorginkoopproces. Hierdoor is niet alleen volledige implementatie bereikt, maar ook structurele borging en toepassing in de praktijk.

Bij de implementatie zijn op Expertisecentrumniveau de zorgprofessionals en cliënten betrokken.

Zorgprofessionals en cliënten maken ook deel uit van de toetsing en dragen via visitaties bij aan de beoordeling van de kwaliteit op basis van criteria en eisen. Daarmee sluit de module aan op de praktijk en de ervaren kwaliteit van zorg.

Gedurende het ontwikkel- en implementatietraject zijn daarnaast vanuit de CEIz talrijke gesprekken gevoerd met beroepsverenigingen, kennisinstituten en systeempartners in de zorg. Dit heeft bijgedragen aan breed draagvlak en gezamenlijke verankering van de kwaliteitscriteria en eisen in deze module.

Het uitgangspunt is geweest dat de module moet zijn geïmplementeerd in het veld voordat het wordt ingediend bij het Zorginstituut Nederland. Dit is gerealiseerd en kan aantoonbaar worden gemaakt door middel van visitatierapportages. Op aanvraag kan bewijsvoering worden aangeleverd, waaruit blijkt dat onafhankelijke visitaties hebben plaatsgevonden.

4.4 Fasering

De ontwikkeling, implementatie en borging van de module kent een gefaseerde opbouw in de tijd.

In 2020 is gestart met de **voorbereidingsfase**, met als doel te komen tot een toetsingskader dat de kwalitatieve normstelling zou worden voor expertiseczorg binnen de LVHC.

In 2022 is dit kwaliteitsinstrument (toetsingskader) in de praktijk toegepast, waarbij er Expertisecentra voor de eerste keer zijn getoetst binnen de **implementatiefase** op de implementatie van het toetsingskader. De uitkomsten hiervan zijn geëvalueerd en benut voor verdere doorontwikkeling.

Per 1 januari 2027, vijf jaar na de start van de implementatiefase, bevindt de module zich in de **borgingsfase**. In deze fase is een beheerssysteem ingericht waarin structurele kwaliteitsbewaking centraal staat. Dit houdt onder meer in dat elke vier jaar onafhankelijke toetsing plaatsvindt via een visitatieproces, gegevens systematisch worden vastgelegd, er doorontwikkeling is en de kwaliteitsstandaard onderhouden wordt (zie Onderhoudsplan Module Organisatiebeschrijving LVHC).

4.5 Planning (globaal). Historisch en nu.

Fase	Activiteiten
2020	Voorbereidende fase, geëvalueerd en afgerond
2022	Implementatie gestart, loopt door voor alle Doelgroepnetwerken, Kenniscentra en Expertisecentra
2022	Eerste evaluatiemoment implementatietraject en kwaliteitsstandaard
2024	Tweede evaluatiemoment kwaliteitsstandaard (Toetskader, criteria, implementatie en harmonisatie) met herijking op criteria en eisen van het toetsingskader)
2026	Kwaliteitsstandaard is in een Module 'Organisatiebeschrijving' herschreven in samenwerking met zorgaanbieders en zorgkantoren en vertegenwoordiging vanuit het zorgveld
2027	Module ingeschreven bij het Zorginstituut Nederland. Dit betreft het reeds geïmplementeerde en geborgde kwaliteitsinstrument in het veld, de onderhoudscyclus is actief

5. Belemmerende en bevorderende factoren

5.1 Belemmerend

Een belemmering is geweest het bereiken van één uniform en breed gedragen toetsingskader dat in het veld op een eenduidige wijze wordt geïnterpreteerd. Dit heeft in de periode 2020–2024 intensief overleg en afstemming en verdieping gevraagd. Met als resultaat dat deze belemmering is weggenomen.

Tevens speelden aandachtspunten zoals een beperkte capaciteit een rol. Dit is echter grotendeels ondervangen doordat parallel aan de ontwikkeling van het toetsingskader gewerkt is aan een prestatiebeschrijving van de expertiseczorg, met daaraan gekoppelde bekostiging die de inzet van capaciteit mogelijk maakt. ICT vormde geen noemenswaardige belemmering, aangezien de benodigde inzet beperkt is gebleven.

5.2 Bevorderend

Tegelijkertijd waren er sterke bevorderende factoren. Er is vanaf het begin actief ingezet op brede betrokkenheid en draagvlak onder alle stakeholders en systeempartijen, waaronder zorgaanbieders, zorgkantoren, VWS en de NZa. De ontwikkeling en implementatie werd ondersteund door regelgeving en beleid.

Daarnaast kwam het initiatief voor de ontwikkeling van de module in belangrijke mate vanuit het veld zelf. Zorgaanbieders hechtten grote waarde aan het vaststellen van een duidelijke kwaliteitsnorm voor de organisatie van LVHC-expertiseczorg. Daarbij werd de integrale samenhang tussen Expertisecentra, Kenniscentra en Doelgroepnetwerken als essentieel gezien voor het succesvol realiseren en borgen van kwaliteit.

Deze combinatie heeft ervoor gezorgd dat de kwaliteitsstandaard succesvol is gerealiseerd en verankerd is in de praktijk.

6. Monitoring en evaluatie

Er is een Visitatie- en beoordelingsreglement LVHC beschikbaar. Dit is opvraagbaar bij de Federatie LVHC.

6.1 Indicatoren

Binnen het toetsingskader van de CEIz wordt gewerkt met vastgestelde kwaliteitscriteria die zijn uitgewerkt in meetbare eisen. Per criterium zijn eisen gedefinieerd, waarmee objectief kan worden beoordeeld in hoeverre organisaties hieraan voldoen.

Deze indicatoren hebben betrekking op:

- Structuurindicatoren: inrichting van organisatie, samenwerking en kennisinfrastructuur
- Procesindicatoren: wijze waarop zorg en samenwerking wordt uitgevoerd
- Uitkomstindicatoren: resultaten van zorg, cliënttevredenheid, deskundigheidsontwikkeling en netwerkfunctioneren

6.2 Dataverzameling

- De dataverzameling vindt plaats via een **gestandaardiseerd visitatieproces**, waarbij documentatie wordt beoordeeld en gesprekken worden gevoerd met betrokkenen. De benodigde informatie wordt vooraf aangeleverd en tijdens visitaties aangevuld en gevalideerd door een onafhankelijke visitatiecommissie.
- De gegevens zijn gericht op het aantonen van naleving van de criteria en eisen en worden vastgelegd in een visitatierapport.

6.3 Frequentie monitoring

Monitoring is structureel ingebed in een cyclische visitatiestructuur. Organisaties doorlopen een visitatie waarbij wordt beoordeeld of zij voldoen aan het toetsingskader met de gestelde criteria en eisen. Deze visitaties vormen de kern van de monitoring en borging van kwaliteit binnen de LVHC-structuur.

6.4 Evaluatiemomenten

De evaluatie vindt plaats op meerdere momenten in de cyclus:

- **Elke vier jaar:** een volledige externe visitatie met beoordeling door een onafhankelijke commissie
- **Na twee jaar:** een tussentijdse (zelf)evaluatie door het Doelgroepnetwerk, Kenniscentrum en Expertisecentrum

Deze combinatie van externe toetsing en interne evaluatie ondersteunt continue reflectie en verbetering.

6.5 Bijsturing

Bijsturing vindt plaats op basis van de uitkomsten van visitaties en evaluaties. Organisaties gebruiken de resultaten om verbetermaatregelen door te voeren en hun werkwijze verder te ontwikkelen. Eventuele tekortkomingen worden benoemd en opgevolgd binnen de gestelde beoordeling- en verbetercyclus. Daarnaast draagt de cyclische opzet van toetsen, evalueren en verbeteren bij aan een structurele **PDCA-aanpak**, waardoor kwaliteitsverbetering en doorontwikkeling continu geborgd zijn binnen het LVHC-zorglandschap.

7. Borging en duurzaamheid

• Verankering in:

- Beleidsregel
- Zorginkoopbeleid van zorgkantoren
- Op zowel het niveau van het Expertisecentrum, Kenniscentrum als Doelgroepnetwerk is het opgenomen in de kwaliteitscyclus
- Afspraken rondom toetsing en monitoring zijn vormgegeven in een visitatiereglement.

• Periodieke revisie: elke 5 jaar

- **Eigenaarschap (wie is verantwoordelijk):** Tripartiete partijen (Zorgkantoren, Federatie LVHC, ondersteund door cliëntvertegenwoordiging). De penvoerder en operationeel beheerder is de Federatie LVHC.

8. Communicatieplan

Het communicatieplan rondom de module is gericht op het duurzaam borgen van toepassing en doorontwikkeling binnen het LVHC-zorgveld.

8.1 Doelgroepen:

De primaire doelgroep bestaat uit de LVHC-Doelgroepnetwerken. Alle Expertisecentra en Kenniscentra zijn verenigd bij de Doelgroepnetwerken en al de Doelgroepnetwerken zijn verenigd binnen de Federatie LVHC. Binnen deze structuur blijven de module en de toepassing ervan een vast onderdeel van het gesprek. Daarmee is de borging van monitoring, beheer en onderhoud van de module structureel ingebed.

8.2 Kernboodschap:

De centrale boodschap is het borgen en hanteren van uniforme criteria en eisen voor de organisatie van LVHC-expertisetzorg binnen de langdurige zorg in Nederland. Deze normstelling vormt de basis voor kwalitatief goede, passende en verantwoorde LVHC expertisetzorg.

8.3 Middelen (website, bijeenkomsten, publicaties):

De module wordt ontsloten via de website van de Federatie LVHC en is na registratie ook vindbaar via het Zorginstituut Nederland (ZiN). Daarnaast wordt de inhoud actief gedeeld, besproken en onderhouden door de Federatie LVHC en via de aangesloten Doelgroepnetwerken, Kenniscentra en zorgaanbieders / Expertisecentra. Zorgkantoren verwijzen in hun inkoopbeleid naar de module en stellen het voldoen aan de beschreven criteria via onafhankelijke visitatie als randvoorwaarde voor zorginkoop van LVHC-zorg.

8.4 Tijdsplan:

Met bestuurlijke vaststelling van de module en het meetinstrument, met zorgkantoren, de Federatie LVHC en ondersteuning vanuit cliëntvertegenwoordiging, is de module breed gedeeld en besproken. In de vorm van het toetsingskader was deze module al breed geïmplementeerd in het veld. Sinds 2024 is, na een eerste herijking, de borgingsfase ingegaan en vindt structureel onderhoud plaats. Met de registratie bij het Zorginstituut Nederland in 2027 wordt het beheer van de module formeel en duurzaam belegd via de tripartiete samenwerking.

9. Verantwoordelijkheden ten aanzien van module

Onderdeel	Verantwoordelijke partij
Implementatie	Federatie LVHC, Zorgkantoren, Doelgroepnetwerken
Monitoring	Doelgroepnetwerken, Kenniscentra, Expertisecentra, Federatie LVHC
Borging	Tripartiete borging en onderhoud van het kwaliteitsinstrument (module) door: Zorgkantoren, Federatie LVHC, ondersteund door Cliëntvertegenwoordiging

10. Randvoorwaarden

- Financiering beschikbaar: is reeds aan voldaan
- Capaciteit en expertise: is reeds aan voldaan
- Samenwerking partijen: is reeds aan voldaan
- Juridische/ beleidsmatige voorwaarden: is reeds aan voldaan

11. Risicoanalyse

Risico	Kans	Impact	Maatregelen
Kwaliteitsborging op uitvoering van de Module in de praktijk	Bij behoud onafhankelijke visitatie volgens het visitatiereglement o.b.v. de Module is de kans klein. Daarbij moet de verbinding blijven met de Nza beleidsregel en prestaties Gespecialiseerde zorg Wlz en het zorginkoopbeleid.	Groot	Voldoende

12. Samenvatting voor opname in Register

Korte toelichting implementatieaanpak

De module is gefaseerd ontwikkeld vanaf 2020, met een intensieve voorbereidings- en implementatiefase samen met zorgaanbieders, zorgkantoren, VWS, NZa en cliëntvertegenwoordigers. In 2022 is het instrument in gebruik genomen. De implementatie is breed ondersteund via bijeenkomsten, evaluaties en afstemming tussen Doelgroepnetwerken. Inmiddels hebben LVHC-Doelgroepnetwerken, Kenniscentra en Expertisecentra de module geïmplementeerd en wordt deze getoetst via een structurele visitatiecyclus, gekoppeld aan zorginkoop en bekostiging.

Verwachte impact

De module heeft geleid tot een landelijke, uniforme kwaliteitsnorm voor de organisatie van LVHC-expertisetzorg. Dit heeft een ontwikkeling opgeleverd in deskundigheid van professionals, samenwerking binnen netwerken en de kwaliteit en consistentie van zorg voor cliënten. Ook organisatorisch heeft dit geleid tot betere inrichting van processen, gerichte scholing en duurzame borging van expertise. Financieel en beleidsmatig is een koppeling gemaakt met de beleidsregel prestatiebeschrijvingen en tarieven gespecialiseerde zorg Wlz, waarmee expertisetzorg ook structureel gefinancierd wordt. Tevens is de module voor zorgkantoren noodzakelijk om LVHC-zorg gericht in te kunnen kopen.

Borging geregeld (ja/nee + toelichting)

Ja. De borging is structureel geregeld via meerdere mechanismen:

- Een verplichte, onafhankelijke visitatiecyclus (eens per vier jaar) met tussentijdse evaluaties (eens per twee jaar)
- Verankering in NZa-beleidsregel en zorginkoopbeleid
- Inbedding in de kwaliteitscyclus van Doelgroepnetwerken, Kenniscentra en Expertisecentra
- Tripartiet eigenaarschap (Federatie LVHC, zorgkantoren en ondersteund door cliëntvertegenwoordiging)
- Structureel beheer, monitoring en doorontwikkeling via een PDCA-cyclus

Hierdoor is de module niet alleen volledig geïmplementeerd, maar ook duurzaam geborgd in beleid, praktijk en toezicht.