

# Akwa

**GGZ** Alliantie kwaliteit  
Geestelijke  
Gezondheidszorg

## Definitieve versie implementatieplan Generieke module Ernstige Psychische Aandoeningen

27 mei 2019

# Inhoud

Inhoud	2
1 Algemeen deel implementatieplan	3
1.1 Kwaliteitsstandaarden	3
1.2 Gebruik van de kwaliteitsstandaard	3
1.3 Bestaande praktijk en vernieuwingen	4
1.4 Bestaande afspraken	5
1.5 Algemene implementatie thema's	5
2 Specifieke implementatieplannen	11
2.1 Generieke module Ernstige Psychische Aandoeningen	11

# 1 Algemeen deel implementatieplan

## 1.1 Kwaliteitsstandaarden

Volgens de definitie van Zorginstituut Nederland beschrijft een kwaliteitsstandaard in algemene termen wat goede zorg is vanuit het perspectief van de patiënt. Zowel richtlijnen, zorgstandaarden als generieke modules vallen onder de verzamelnaam 'kwaliteitsstandaard'<sup>1</sup>.

Een zorgstandaard biedt voor álle professionals, patiënten en hun naasten een kapstok door te beschrijven hoe integrale zorg bij een bepaalde aandoening er uit ziet vanuit het perspectief van de patiënt (beschrijving optimale zorg). Een zorgstandaard beschrijft alle fases waar een patiënt mee te maken krijgt (of kan krijgen) voor een bepaalde psychische aandoening. In een zorgstandaard komt niet alleen een groot aantal mogelijke zorgproblemen aan de orde, maar wordt ook expliciet de organisatie van het zorgproces beschreven.

Een richtlijn is een document met aanbevelingen voor de diagnostiek en behandeling van patiënten met psychische aandoeningen, gebruikmakend van wetenschappelijk onderzoek aangevuld met expertise en ervaringen van professionals, patiënten en naasten. Voor specifieke situaties gebruiken professionals de richtlijnen die relevant zijn voor hun specifieke beroepsgroep. Die gaan specifiekere dan de zorgstandaard in op wat er op dát moment aan zorg geleverd kan worden (beschrijving minimale zorg). Aan één zorgstandaard kunnen dus meerdere richtlijnen ten grondslag liggen (bijvoorbeeld de NHG-richtlijnen van huisartsen, een MDR opgesteld door psychiaters en psychologen, richtlijnen voor verpleegkundigen, etc.).

Een generieke module biedt, net als een zorgstandaard, professionals, patiënten en naasten een kapstok door te beschrijven hoe integrale zorg er uit ziet vanuit het perspectief van een patiënt. Het verschil tussen een zorgstandaard en een generieke module is dat een zorgstandaard stoornis specifiek is en een generieke module juist zorgcomponenten of zorgonderwerpen beschrijft die relevant zijn voor meerdere psychische aandoeningen. De zorg die wordt beschreven in een generieke module kan, afhankelijk van de aandoening, in één of meerdere fases van het zorgproces van toepassing zijn.

Zorgstandaarden, richtlijnen en generieke modules vormen een eenheid. Hiermee kunnen de professional en de patiënt samen de behandeling vormgeven.

## 1.2 Gebruik van de kwaliteitsstandaard

Zorgstandaarden en generieke modules vormen samen met multidisciplinaire richtlijnen, wet- en regelgeving en beroepsethiek de basis<sup>2</sup> voor de zorgprofessional om tot goede zorg te komen. De zorgprofessional kan er beargumenteerd van afwijken als - naar zijn oordeel en in samenspraak met de patiënt - de belangen van

---

<sup>1</sup> De professionele standaard in de gezondheidszorg is het geheel van professionele medische normen dat beschrijft wat in een bepaalde situatie 'goed handelen' is. De professionele standaard zorgt ervoor dat zorgverleners goede, veilige en verantwoorde zorg leveren. De professionele standaard is als zodanig geen regel, maar een 'kapstok', die nader is uitgewerkt in wetten, richtlijnen, protocollen, beroepscode, uitspraken van de tuchtrechter, kwaliteitsstandaarden, gedragsregels en handreikingen. De professionele standaard kan dus gezien worden als de gedeelde waarden en normen binnen een beroepsgroep.

de patiënt daarmee beter zijn gediend vanwege diens specifieke situatie en voorkeuren.

De toepassing van professionele standaarden komt voort uit het [Burgerlijk wetboek \(artikel 453\)](#). Daarin staat dat de hulpverlener bij zijn werkzaamheden 'de zorg van een goed hulpverlener in acht moet nemen en daarbij handelt in overeenstemming met de op hem rustende verantwoordelijkheid, voortvloeiende uit de voor hulpverleners geldende professionele standaard'.<sup>3</sup>

Een kwaliteitsstandaard beschrijft in algemene termen wat goede zorg is vanuit het perspectief van de patiënt. Kwaliteitsstandaarden zijn echter geen doel op zich. Zij hebben een functie in het proces van kwaliteitsbevordering. Kwaliteitsstandaarden vervullen een onmisbare functie in de kwaliteitscyclus. In die context bevorderen ze de kwaliteit en doelmatigheid van de zorg.<sup>4</sup> Op welke wijze zorgaanbieders en financiers, maar ook patiënten/burgers en zorgverzekeraars kwaliteitsstandaarden gebruiken in de respectievelijk zorginkoopmarkt en zorgverzekeringsmarkt, is aan hen om in te vullen.

### **Monitoring van de implementatie**

Eén van de taken van Akwa GGZ is het evalueren van het gebruik van kwaliteitsstandaarden en het inzichtelijk maken hoe de kwaliteit van zorg in de ggz zich ontwikkelt. In de tweede helft van 2019 bouwt Akwa GGZ een structuur op waarmee de implementatiegraad van de kwaliteitsstandaarden kan worden gemeten.

## **1.3 Bestaande praktijk en vernieuwingen**

Een kwaliteitsstandaard beschrijft grotendeels de bestaande praktijk ten aanzien van de zorg voor mensen met psychische klachten en aandoeningen. In de standaard zijn verwijzingen opgenomen naar onderliggende richtlijnen en veldnormen van de afzonderlijke beroepsgroepen. Zo is de standaard voor een groot deel al ingebed in het dagelijks werk van de zorgprofessional.

Deels bevat de kwaliteitsstandaard nieuwe elementen, of komen bestaande elementen prominenter naar voren in de inhoud en organisatie van zorg. De kwaliteitsstandaard is geschreven vanuit het perspectief van de patiënt en diens naaste. Aandacht voor herstel en eigen regie komen daardoor nadrukkelijker aan bod dan in bijvoorbeeld richtlijnen; gezamenlijke besluitvorming over de behandeling door patiënt en professional vormt in alle kwaliteitstandaarden een kernelement. Andere elementen zijn bijvoorbeeld de wijze waarop de verschillende zorgonderwerpen met elkaar in verband gebracht worden (multidisciplinair en integraal), het betrekken van naasten en ervaringsdeskundigen en het monitoren van de behandeling.

De opstellers van deze kwaliteitsstandaard zijn zich ervan bewust dat de implementatie van deze elementen een transitie betekent die een gemeenschappelijke inspanning vraagt van zorgverleners, zorgaanbieders, patiënten en financiers. Al deze partijen zetten zich gezamenlijk in om deze kwaliteitsstandaard zo goed en zo snel mogelijk te implementeren.

---

<sup>3</sup> Artikel 1 van de Zorgverzekeringswet geeft de definitie van een professionele standaard: een richtlijn, module, norm, zorgstandaard dan wel organisatiebeschrijving, die betrekking heeft op het gehele zorgproces of een deel van een zorgproces. Een professionele standaard legt vast wat noodzakelijk is om vanuit het perspectief van de patiënt goede zorg te verlenen en is in een openbaar register opgenomen.

<sup>4</sup> Zie: <https://zoek.officielebekendmakingen.nl/stcrt-2014-9953.html>

## 1.4 Bestaande afspraken

Zorgprofessionals en zorgaanbieders in de 'brede ggz' zijn nu aan zet. Zij moeten kennisnemen van de inhoud van deze kwaliteitsstandaard en vervolgens aan de slag gaan met de implementatie ervan. Zorgprofessionals en zorgaanbieders hebben een gezamenlijke verantwoordelijkheid voor implementatie in hun eigen organisatie. Koepel-, branche- en beroepsorganisaties helpen hun leden hierbij.

Een aantal algemene thema's speelt bij de implementatie van (vrijwel) alle standaarden een rol. Dit zijn thema's waar in algemene zin aandacht voor moet zijn én aandacht voor moet blijven om de kwaliteit van de zorg steeds verder te verbeteren. Het gaat om de zes thema's bewustwording en kennisdeling, samenwerking, capaciteit, behandelaanbod, financiering en ICT. Dit zijn ook thema's waar in sommige gevallen zorgen over zijn en knelpunten worden gezien bij implementatie van de standaarden. Implementatie-activiteiten voor deze zes thema's moeten geen losstaande actiepunten zijn. In de meeste gevallen zijn deze actiepunten al onderdeel van bestaande afspraken zoals onder andere verwoord in het [Bestuurlijk akkoord geestelijke gezondheidszorg \(ggz\) 2019 t/m 2022](#) en [Bestuurlijk akkoord huisartsenzorg 2019 t/m 2022](#). Landelijke implementatie van de kwaliteitsstandaarden in het veld is daarmee direct gekoppeld aan de planning en gemaakte afspraken in deze bestuurlijk akkoorden. Daarom koppelen we de planning van implementatie van deze standaard aan de looptijd van de bestuurlijk akkoorden.

Concreet betekent dit dat de partijen uit de brede ggz zich inzetten om alle kwaliteitsstandaarden voor de ggz op 31 december 2022 volledig geïmplementeerd te hebben.

## 1.5 Algemene implementatie thema's

De implementatie van de kwaliteitsstandaard vraagt tijd en energie van alle partijen. Maar dat is niet voor niks: werken volgens kwaliteitsstandaarden biedt ook kansen voor effectievere en doelmatiger behandelingen.

De afspraken in het algemene deel van het plan richten zich daarom vooral op uitvoerbaarheidsproblemen die landelijk nodig zijn om implementatie op lokaal/regionaal niveau mogelijk te maken. Iedere regio en iedere zorgaanbieder is anders. De mate van wat er nog geïmplementeerd moet worden en hoe dat het beste gedaan kan worden, verschilt per situatie. Op lokaal niveau moet implementatie verder worden ingevuld, bijvoorbeeld in de vorm van een (lokaal) uitvoeringsplan.

### **Bewustwording en kennisdeling**

Verandering begint bij bewustwording. Ook in de ggz. De zorgstandaarden en generieke modules stellen, meer dan zorgverleners tot nu toe gewend waren van professionele standaarden, expliciet het perspectief van patiënten centraal. Dat kan misschien wel tot een ander gesprek in de behandelkamer leiden, waarin via gezamenlijke besluitvorming mogelijk ook andere keuzes voor behandeling en begeleiding worden gemaakt. Kennisdeling en bewustwording zijn de sleutelwoorden om deze verandering te realiseren.

Kennisdeling draagt bij aan het beter begrijpen van de impact die psychische aandoeningen op een patiënt hebben en van hun wensen en ideeën over behandeling en herstel. Kennis delen gebeurt op verschillende niveaus: in de (basis)opleiding tot zorgprofessionals, tijdens bij- en nascholing van professionals maar kan ook

bijvoorbeeld via een landelijke campagne. Het delen van kennis kan hierdoor bijdragen aan bijvoorbeeld:

- Het verminderen van stigma over mensen met psychische aandoeningen, in de zorg maar ook daarbuiten.
- Het realiseren van een cultuuromslag in eigen organisatie.
- Het creëren van draagvlak voor het gebruik en de inhoud van de standaard.
- Oog hebben voor specifieke problematiek.
- Oog hebben voor eventuele risico's.

### *Landelijke afspraken*

Iedere professional zorgt ervoor dat hij de kwaliteitsstandaarden kent die voor uitoefening van zijn beroep nodig zijn. Zorgaanbieders faciliteren hun medewerkers, zodat zij deel kunnen nemen aan de benodigde bij- en nascholing.

Het bestuurlijk akkoord bevat een groot aantal actiepunten die kennisdeling over en bewustwording van de kwaliteitsstandaarden stimuleren:

- Partijen benadrukken dat het belangrijk is dat professionals kunnen werken volgens de geldende kwaliteitsstandaarden. Daartoe moeten professionals voldoende in de gelegenheid worden gesteld om bij- en nascholing te volgen. De financiering daarvan is onderdeel van de contracteringsafspraken tussen zorgverzekeraar en zorgaanbieder.
- Partijen hebben met elkaar afgesproken dat beroepsgroepen structureel de doorontwikkeling van opleidingen borgen die betrekking hebben op ggz en begeleiding (opleidingseisen en -structuren, onderwijsprogramma's en examinering). De zorgstandaarden worden ingebed in de opleidingen.
- Het akkoord bevat afspraken over bijvoorbeeld het beschikbaar stellen van extra opleidingsplaatsen voor GZ-psychologen en het in beeld brengen van de personele capaciteitsbehoefte.

Deze afspraken ten aanzien van opleiding dragen bij aan het verankeren van kennis over en gebruik van kwaliteitsstandaarden in de praktijk. Ondertekenende partijen zetten zich in voor uitvoering van deze afspraken op landelijk niveau.

### *Lokale oplossingsrichtingen*

Professionals in de ggz hebben de 'verantwoordelijkheid' om hun collega's in aanpalende domeinen daar waar nodig kennis bij te brengen over psychische aandoeningen en over de (inhoud van) de daarbij behorende kwaliteitsstandaard. Denk hierbij aan het organiseren van een cursus of voorlichting over psychische aandoeningen aan collega's van de somatische afdelingen in het ziekenhuis of een informatiebijeenkomst over jeugd-ggz aan gemeenten.

### **Samenwerking**

Zorgverleners functioneren in professionele netwerken binnen de gezondheidszorg en het sociale domein. Vaak zijn er meerdere professionals betrokken bij de behandeling en is een duidelijke rolverdeling tussen die professionals (binnen en tussen organisaties) nodig. Vanuit het oogpunt van de juiste zorg door de juiste professional op het juiste moment maken professionals (in en buiten de ggz), aanbieders, financiers en andere betrokkenen duidelijke samenwerkingsafspraken. Dat komt de continuïteit en kwaliteit van de zorg ten goede. Goede en snelle informatie-uitwisseling (met respect voor privacywetgeving) en toegankelijkheid van informatie zijn daarbij belangrijke randvoorwaarden om de samenwerking goed te laten verlopen. Het [Landelijk Schakelpunt](#), waarin zorgverleners met toestemming van de patiënt eenvoudig inzicht hebben in het medicatieoverzicht van de patiënt, is een voorbeeld

van een hulpmiddel voor uitwisseling van en toegang tot informatie. Steeds meer GGZ-instellingen sluiten zich hier al bij aan.

#### *Landelijke afspraken*

Het bestuurlijk akkoord bevat een aantal afspraken die de benodigde samenwerking in het kader van implementatie van de kwaliteitsstandaarden stimuleren: in de (door)ontwikkeling van opleidingen die betrekking hebben op ggz en begeleiding (opleidingseisen en -structuren, onderwijsprogramma's en examinering) wordt meer aandacht besteed aan samenwerking tussen verschillende domeinen en het organiseren van integrale zorg.

De autoriserende partijen schatten in dat de invoering van het kwaliteitsstatuut en de afspraken over samenwerking in het bestuurlijk akkoord voldoende helder zijn en dat voor implementatie van de standaard geen aanvullende afspraken nodig zijn.

#### *Lokale oplossingsrichtingen*

Zowel zorgprofessionals, zorgaanbieders als samenwerkingspartners besteden nu al veel aandacht aan lokale en regionale samenwerking. Dankzij deze samenwerking kunnen zij onnodige en dure zorg voorkomen. Iedere professional werkt binnen de eigen lokale en regionale context uiteraard samen met collega's, maar ook met partners zoals huisartsen, jeugdzorg, wijkteams, gemeenten, ziekenhuis, school, woningcoöperaties of UWV. Als leidraad voor deze samenwerkingsafspraken dienen:

- De Landelijke GGZ Samenwerkingsafspraken: deze geven aanbevelingen voor de samenwerking tussen de huisartsenpraktijk met de generalistische basis ggz en de gespecialiseerde ggz bij de zorg volwassenen met psychische problematiek en voor regionale afstemming.
- Het kwaliteitsstatuut: hierin staan werkafspraken die de zorgaanbieder maakt over het vormgeven van de afstemming en samenwerking tussen professionals, over op- en afschalen en over een goede overdracht.
- In het kader van het bestuurlijk akkoord maken gemeenten en zorgverzekeraars stapsgewijs regionale afspraken over beleid en financiering ten aanzien van integrale zorg: maatschappelijke ondersteuning, publieke gezondheid, zorg, jeugdzorg, welzijn en preventie. Zorgaanbieders en gemeenten maken afspraken over de betrokkenheid van ggz-hulpverleners bij het wijknetwerk.
- In het bestuurlijk akkoord is ook vastgelegd dat zorgverzekeraars en zorgaanbieders afspraken maken over de manier waarop de zorgprofessional voldoende ruimte en tijd krijgt voor goede samenwerking en afstemming.

#### **Capaciteit**

Voor een succesvolle uitvoering van de kwaliteitsstandaarden moeten er genoeg professionals zijn, en professionals moeten genoeg tijd hebben. In de praktijk staan beschikbare tijd en capaciteit van professionals onder druk. Soms is er een personeelstekort, soms kunnen professionals niet optimaal worden ingezet. Het organiseren en leveren van de zorg zoals beschreven in de kwaliteitsstandaarden kan leiden tot extra druk op bepaalde beroepsgroepen.

#### *Landelijke afspraken*

Het bestuurlijk akkoord benoemt dat op dit moment sprake is van (ernstige) arbeidsmarkt-problematiek. Voor zorg en welzijn wordt in 2022 een groot personeelstekort verwacht, vooral voor verpleegkundigen en specialistische behandelaren. Het bestuurlijk akkoord bevat hiervoor een aantal actiepunten:

- Bestaande (behandel)capaciteit wordt beter ingezet. Dat kan via vermindering van administratieve lasten en een betere taakverdeling, beter benutten van de mogelijkheden die functiedifferentiatie en taakherschikking bieden, alsook het opleiden van professionals in de ggz.
- VWS stelt 150 extra opleidingsplaatsen voor GZ-psychologen beschikbaar in 2019. Deze komen boven op de 610 plekken die al eerder beschikbaar zijn gesteld op basis van het advies van het Capaciteitsorgaan. Ook stelt VWS 20 miljoen extra middelen voor opleidingscapaciteit beschikbaar in 2019. (Voor de jaren daarna worden eerst de ramingen van het Capaciteitsorgaan afgewacht.)
- Investeren in optimaal gebruik van (behandel)capaciteit door mee te werken aan actieprogramma 'werken in de zorg'.

Met de acties uit in het bestuurlijk akkoord en inzicht in de juiste capaciteitsbehoefte, zijn ondertekende partijen van mening dat hiermee een (voldoende) basis wordt gelegd voor de aanpak van de arbeidsmarktproblemen in de ggz.

## **Behandelaanbod**

### *Landelijke afspraken*

De ggz-sector kent een divers zorgaanbod: grote en kleinere ggz-instellingen met eigen personeel en een groot aantal vrijgevestigde zorgverleners. Patiënten kunnen dit aanbod vinden via <http://www.kiezenindeggz.nl>.

Zorgaanbieders en zorgverzekeraars maken gezamenlijk afspraken over het benodigde behandelaanbod in de regio. Gemeenten bepalen zelf de omvang van het budget voor zorg maar ook de manier waarop zij de verschillende onderdelen van het sociaal domein willen organiseren. Als blijkt dat zorgaanbieders te maken hebben met capaciteitsproblemen of budgetplafonds, dan moet het voor patiënten helder zijn waar zij terecht kunnen voor zorg.

Zorgaanbieders en financiers in de regio hebben gezamenlijk de verantwoordelijkheid om de wachttijden aan te pakken. Als er te weinig behandelaren zijn, dan is het de verantwoordelijkheid van zorgaanbieders om mensen te wijzen op de zorgbemiddeling door hun eigen zorgverzekeraar. Hierover zijn ook afspraken gemaakt in het bestuurlijk akkoord.

### *Lokale oplossingsrichtingen*

Er kunnen lokaal initiatieven ontplooid worden om patiënten zo snel mogelijk de juiste zorg te kunnen laten krijgen. Bijvoorbeeld als het gaat om het draaien van ANW-diensten. Een voorbeeld: in sommige regio's worden ANW-diensten bijna geheel door een klein clubje psychiaters in vaste dienst gedaan, terwijl ook psychiaters niet in vaste dienst bereid zijn mee te draaien in deze diensten. Door hier goede afspraken over te maken, kan er voldoende capaciteit en aanbod geregeld worden in de regio.

## **Financiering**

### *Landelijke afspraken*

In het Bestuurlijk akkoord geestelijke gezondheidszorg (GGZ) 2019 t/m 2022 hebben alle betrokken partijen de ambitie uitgesproken om de kwaliteit van zorg in Nederland verder te verbeteren en eraan bij te dragen dat zorg zowel nu als op de lange termijn fysiek, tijdig én financieel toegankelijk blijft voor iedereen die dat nodig heeft. Ook is afgesproken er naar te streven op termijn de kosten in de zorg niet sneller te laten stijgen dan de economische groei.

### *Lokale oplossingsrichtingen*



Het bestuurlijk akkoord regelt dat gemeenten en zorgverzekeraars stapsgewijs regionaal afspraken maken over beleid en financiering ten aanzien van integrale zorg: maatschappelijke ondersteuning, publieke gezondheid, zorg, jeugdzorg, welzijn en preventie. Het patiënt- en familieperspectief is hierbij vertegenwoordigd. De volgende thema's kunnen, afhankelijk van de regionale situatie, aan de orde zijn:

- Preventie en vroegsignalering.
- De aanpak van personen met verward gedrag.
- Brede triage en consultatie.
- De opbouw van ambulante zorg en ondersteuning.
- De bekostiging van samenwerking tussen het zorgdomein en het sociaal domein.
- De benodigde aanpak met betrekking tot de (financiering van) EPA / multiproblematiek doelgroep.
- Overgang 18-/18+.
- De invulling van crisis- en ANW-uren.
- De rol en bekostiging van herstelacademies en zelfregiecentra.

Hoewel afspraken zijn gemaakt om toe te werken naar regionale afspraken over integrale zorg en daaruit volgend een integrale bekostiging, zijn we daar nu nog niet. Dat is ook te merken aan de knelpunten ten aanzien van financiering die worden genoemd rondom implementatie van de kwaliteitsstandaarden:

- Hoe is de continuïteit van zorg én bekostiging te borgen, bijvoorbeeld bij de overgang 18-/18+, continueren van dagbesteding als de behandeling stopt of het financieren van contingentie management bij verslaving.
- Hoe kunnen we komen tot integrale bekostiging bij specifieke doelgroepen zoals kwetsbare ouderen, mensen met een ernstige psychische aandoening (EPA) of mensen met zowel somatische als psychiatrische problematiek?
- Hoe kunnen we komen tot een passende bekostiging voor bijvoorbeeld inzet ervaringsdeskundigen, inzet op preventie, zorg voor mensen met een lichte verstandelijke beperking (LVB) of zwakbegaafdheid (ZB), zorg aan patiënten met eetstoornissen in een gespecialiseerd centrum of inzet diëtist bij deze groep patiënten.

In het bestuurlijk akkoord zijn afspraken gemaakt over hoe deze vraagstukken de komende jaren kunnen worden opgelost. Zo hebben partijen zich gecommitteerd aan afspraken uit het actieprogramma Zorg voor de Jeugd voor wat betreft het inzetten van acties gericht op het soepel verlopen van de overgang naar volwassenheid (18-/18+). En subsidieert VWS op dit moment preventiecoalities, bedoeld om structurele samenwerking tussen zorgverzekeraars en gemeenten op het gebied van preventieactiviteiten voor risicogroepen te stimuleren en activeren.

## **ICT**

(Goede en snelle) informatie uitwisseling en toegankelijkheid van informatie, waarbij de privacy van de patiënt optimaal wordt geborgd, zijn belangrijke randvoorwaarden voor samenwerking tussen zorgprofessionals binnen hun professionele netwerk. De implementatie van kwaliteitsstandaarden vraagt om verdere optimalisatie van gegevensuitwisseling via ICT.

### *Landelijke afspraken*

Onder het zorgbrede [Actieplan \(Ont\)Regel de zorg](#) valt het sectoraal actieplan curatieve ggz. Dit bevat actiepunten over stroomlijnen van gegevensuitwisselingen in de curatieve ggz.

Als stroomlijning van gegevensuitwisseling bij ICT-toepassingen niet mogelijk of wenselijk is, overleggen landelijke partijen met elkaar in het Informatieberaad Zorg. Dit Informatieberaad Zorg is opgericht om afspraken, standaarden en voorzieningen te maken voor het informatiestelsel waarbinnen zorggegevens veilig kunnen gedeeld. Ook besteedt het actieplan aandacht aan vermindering van administratieve last als gevolg van het EPD en aan ICT-problematiek.

Daarnaast wordt er door het ministerie van VWS geïnvesteerd in het [Versnellingsprogramma Informatie-uitwisseling Patiënt en Professional \(VIPPP\) GGZ](#). Het gaat om een budget voor instellingen die Zvw-zorg leveren om de informatievoorziening in de curatieve geestelijke gezondheidszorg te verbeteren. Dat gaat via projecten met betrekking tot het implementeren van standaarden voor gegevensuitwisseling tussen patiënt en professional, het beschikbaar stellen van deze informatie aan de patiënt, het veilig verstrekken van (informatie over) medicatie en de inzet van eHealth bij de behandeling.

#### *Lokale oplossingsrichtingen*

Welke informatie, voor welke professionals, bij welke doelgroepen, bij welke aanbieders nodig is, is een keuze die lokaal gemaakt dient te worden (binnen de grenzen van wettelijke eisen en plichten). Of informatie over een eerdere suïcidepoging of informatie over medicatiegebruik en mogelijke bijwerkingen bijvoorbeeld standaard beschikbaar moet zijn óf dat alle informatie over een patiënt ook voor vaktherapeuten en huisartsen via het ICT systeem van de instelling te raadplegen moet zijn, zijn keuzes die binnen het professionele netwerk en met betrokken zorgaanbieders worden gemaakt. Dát zorgprofessionals (snel) toegang moeten hebben tot (goede) informatie gegeven bestaande werkafspraken (zie hiervoor het Kwaliteitsstatuut waar iedere zorgaanbieder over dient te beschikken) én beschikbare ICT toepassingen om de continuïteit én de kwaliteit van de zorg die men met elkaar nastreeft te waarborgen, is hierbij het uitgangspunt. Dit zou bijvoorbeeld gerealiseerd kunnen worden via een zorginfrastructuur of schakelpunt.

## 2 Specifieke implementatieplan

### 2.1 Generieke module Ernstige Psychische Aandoeningen

#### **Bewustwording en kennisdeling**

Er zijn geen specifieke knelpunten gesignaleerd ten aanzien van dit thema voor de implementatie van de kwaliteitsstandaard.

#### **Samenwerking**

Veel EPA-patiënten ervaren op meerdere levensgebieden (bijvoorbeeld wonen en werk) problemen of beperkingen. Vaak is sprake van een grote afstand tot de arbeidsmarkt en minder kansen op werk o.a. door stigma. Dat vraagt uiteraard om goede samenwerking op lokaal niveau. Voor patiënten met zeer ernstige en complexe problematiek is soms ook supra-regionale en landelijke samenwerking/ketenvorming voor hoogspecialistische zorg noodzakelijk.

#### *Landelijke afspraken*

De landelijke afspraken zoals vermeld in het algemene deel van het implementatieplan bieden voldoende antwoord op dit implementatievraagstuk.

#### *Lokale oplossingsrichtingen*

Adequate ondersteuning is mede afhankelijk van goede samenwerking tussen sectoren en instanties en vraagt ook om vroegtijdig aandacht voor werk in de behandeling. Welke ondersteuning nodig is, verschilt per gemeente/regio. Lokale/regionale zorgaanbieders maken afspraken met partners op gebied van werk over samenwerking. In het bijzonder dient in de samenwerking transparante en volledige communicatie geborgd te worden, zodat snel gehandeld kan worden ten tijde van bijvoorbeeld een crisissituatie.

#### **Capaciteit**

Er zijn geen specifieke knelpunten gesignaleerd ten aanzien van dit thema voor de implementatie van de kwaliteitsstandaard.

#### **Behandelaanbod**

Er zijn geen specifieke knelpunten gesignaleerd ten aanzien van dit thema voor de implementatie van de kwaliteitsstandaard.

#### **Financiering**

##### *1. Continuïteit van financiering*

Continuïteit van zorg is bij de EPA-doelgroep een bijzonder punt van aandacht. De schotten in de bekostiging raken deze groep meer dan anderen, omdat patiënten met EPA vaker problemen hebben of beperkingen op alle levensgebieden en zorg/ondersteuning vanuit verschillende domeinen wordt gefinancierd. Bijvoorbeeld zorg vanuit de ggz en ondersteuning bij inkomen en werk via UWV of de Participatiewet (gemeenten). Idealiter is de bekostiging domeinoverstijgend. EPA-patiënten hebben vaak uiteenlopende klachten waardoor het onduidelijk is wat er precies aan de hand is. Hierdoor kan het lang duren voordat een diagnose kan worden gesteld en blijkt een gestelde diagnose gaandeweg vaak ook nog onvolledig. De bestaande financieringssystematiek prikkelt behandelaren juist tot het snel stellen van een diagnose zodat er een DBC voor een behandeltraject geopend kan worden dat de patiënt dan tot het einde volgt. Echter, door de complexiteit van het ziektebeeld, veel voorkomende comorbiditeit en bijkomende problematiek op andere

levensdomeinen (zoals schuldenproblematiek of sociaal isolement) kan eigenlijk pas later in het behandelproces een goede diagnose gesteld worden. Idealiter ondersteunt de bekostiging voor deze groep transdiagnostisch werken en een gefaseerd, cyclisch behandelproces.

#### *Lokale oplossingsrichtingen*

Het bestuurlijk akkoord regelt dat gemeenten en zorgverzekeraars stapsgewijs regionaal afspraken maken over beleid en financiering ten aanzien van integrale zorg: maatschappelijke ondersteuning, publieke gezondheid, zorg, jeugdzorg, welzijn en preventie.

#### **2. Financiering IPS**

De generieke module beveelt o.a. aan om de interventie individuele plaatsing en steun (IPS) in te zetten. Op dit moment wordt de inzet van IPS bekostigd deels vanuit de Zvw, deels vanuit een tijdelijke meerjarige subsidieregeling van het UWV en ook sommige gemeenten vergoeden IPS-trajecten vanuit de Participatiewet. Er kunnen (ca. 8) toeleidende gesprekken naar werk worden vergoed vanuit de Zvw, maar niet alle verzekeraars kopen dit in. Een structurele bekostiging van IPS ontbreekt nog en is wenselijk.

#### *Landelijke afspraken*

Het UWV voert momenteel een onderzoeksubsidierегeling uit. Het doel van het onderzoek is om na de subsidieperiode van 5 jaar een structurele financiering van IPS te ontwikkelen. GGZ-instellingen kunnen bij UWV een verzoek indienen om gesubsidieerde IPS-trajecten te mogen uitvoeren. De subsidie bedraagt € 8.000 inclusief BTW per IPS-traject. In totaal is een bedrag van € 20 miljoen beschikbaar voor de uitvoering van gesubsidieerde IPS-trajecten.

#### *Lokale oplossingsrichtingen*

Aanbieders kunnen (blijvend) met de gemeente overleggen over vergoeding van IPS vanuit de Participatiewet.

#### **ICT**

Om de zorg en ondersteuning op meerdere levensgebieden (schulden, sociaal isolement, somatische problematiek, psychische aandoeningen) goed te kunnen afstemmen, is snelle informatie-uitwisseling tussen behandelaars of snelle toegang tot gedeelde informatie van belang. Bij gebrek aan een integraal informatiesysteem is het in de huidige praktijk niet mogelijk om informatie met bijvoorbeeld de schuldhulpverlening uit te wisselen.

#### *Landelijke afspraken*

Bij voorkeur wordt aansluiting gezocht bij de landelijke ontwikkeling, zoals de landelijke invoering van een dossier waarvan de patiënt eigenaar en beheerder wordt en daardoor toegang kan verlenen. De landelijke afspraken zoals vermeld in het algemene deel van het implementatieplan bieden voldoende antwoord op dit implementatievraagstuk.