



## Aanbiedingsformulier

*Op grond van dit aanbiedingsformulier heeft Zorginstituut Nederland getoetst of de kwaliteitsstandaard voldoet aan de criteria uit het Toetsingskader. Dit document speelt een essentiële rol om tot een afgewogen oordeel over opname in het Register te komen. Publicatie van het ingevulde aanbiedingsformulier maakt transparant op welke manier de kwaliteitsstandaard voldoet aan de criteria van het Toetsingskader.*

### Algemene informatie

**1. Naam van de kwaliteitsstandaard:**

Generieke module Psychische klachten in de huisartsenpraktijk

**Naam:**

Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGz

**Organisatie:**

Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGz

**Email:**

secretariaat@kwaliteitsontwikkelingggz.nl

**Telefoonnummer:**

030 737 04 70

**3. Zorgvraag/aandoening(en) waarop de kwaliteitsstandaard betrekking heeft:**

Psychische klachten in de huisartsenpraktijk.

**4. Gepland moment van revisie van de kwaliteitsstandaard:**

16-01-2021

**5. Partijen betrokken bij het doorontwikkelen of onderhouden van deze kwaliteitsstandaard:**

Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP), Nederlands Instituut van Psychologen (NIP), Landelijke Vereniging van Vrijgevestigde Psychologen en Psychotherapeuten (LVVP), Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG), Nederlandse Vereniging voor Psychotherapie (NVP), Nederlandse Vereniging voor Gezondheidszorgpsychologie en haar specialismen (NVGzP), Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland (V&VN), Landelijke Vereniging POH-GGZ (LV POH-GGZ), Nederlandse Vereniging voor Klinische Geriatrie (NVKG), Federatie Vaktherapeutische Beroepen (FVB), Ineen, Geestelijke Gezondheidszorg Nederland (GGZ Nederland), Platform MEER GGZ, Zorgverzekeraars Nederland (ZN), Vereniging voor Verslavingsgeneeskunde Nederland (VVGZ), Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde (NVAB), Stichting Labyrint-In Perspectief, Stichting Topklinische GGz (TOPGGz), Vereniging voor Manisch Depressieven en Betrokkenen (VMDB), MIND Landelijk Platform Psychische Gezondheid

**Overige algemene informatie over de kwaliteitsstandaard (ruimte voor vrije toelichting)**

De kwaliteitsstandaarden, in beheer bij het Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGz (of haar rechtsopvolger), worden periodiek beoordeeld of aanpassing c.q. uitbreiding is geboden. Vanaf de opleverdatum zal er ieder jaar een eenvoudige beoordeling plaatsvinden, waarbij er elke drie jaar een volledige revisiebeoordeling start. Daarnaast zullen er ieder jaar, indien nodig, kleine



aanpassingen worden verwerkt. De standaarden blijven hierdoor continue actueel. Voor de kwaliteitsstandaard Psychische klachten in de huisartsenpraktijk, gepubliceerd op 16 januari 2017 vindt er een eenvoudige beoordeling plaatsvinden op: 16 januari 2018 16 januari 2019 16 januari 2020 Een volledige revisie vindt plaats op 16 januari 2021. Voor het onderhoud van de kwaliteitsstandaard zullen ten minste het Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGz en de partijen die in het NKO participeren gevraagd worden te participeren. Daarnaast worden waar de kwaliteitsstandaard daarom vraagt andere partijen betrokken.

**Wilt u gebruik maken van het overgangscriterium?**

Nee



### **criterium 1: De relevante partijen zijn betrokken bij de ontwikkeling van de kwaliteitsstandaard of hebben er gemotiveerd van afgezien.**

*De volgende vragen geven het Zorginstituut inzicht in welke partijen betrokken zijn geweest bij de ontwikkeling van de kwaliteitsstandaard.*

#### **Vertegenwoordigende organisaties van cliënten:**

Stichting Labyrint-In Perspectief, Vereniging voor Manisch Depressieven en Betrokkenen (VMDB), MIND Landelijk Platform Psychische Gezondheid

#### **(Vertegenwoordigende organisaties van) zorgaanbieders (zorgverleners en instellingen):**

Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP), Nederlands Instituut van Psychologen (NIP), Landelijke Vereniging van Vrijgevestigde Psychologen en Psychotherapeuten (LVVP), Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG), Nederlandse Vereniging voor Psychotherapie (NVP), Nederlandse Vereniging voor Gezondheidszorgpsychologie en haar specialismen (NVGzP), Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland (V&VN), Landelijke Vereniging POH-GGZ (LV POH-GGZ), Nederlandse Vereniging voor Klinische Geriatrie (NVKG), Federatie Vaktherapeutische Beroepen (FVB), Ineen, Geestelijke Gezondheidszorg Nederland (GGZ Nederland), Platform MEER GGZ, Vereniging voor Verslavingsgeneeskunde Nederland (VVGZ), Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde (NVAB)

#### **(Vertegenwoordigende organisaties van) verzekeraars:**

Zorgverzekeraars Nederland (ZN)

#### **Anders nl.:**

Stichting Topklinische GGz (TOPGGz)

### **2. Zijn dit de relevante partijen? Licht uw antwoord toe.**

Ja

#### **Toelichting:**

Dit zijn de relevante partijen werkzaam in de brede GGz - van zelfmanagement, huisartsenzorg (inclusief ondersteunende zorg), generalistische basis-ggz en gespecialiseerde ggz (inclusief hoogspecialistische ggz) - aangevuld met partijen die specifieke kennis en/of ervaring hebben met het onderwerp van de kwaliteitsstandaard.

### **3. Motiveer hoe is besloten welke partijen wel/niet relevant zijn. Als er meerdere organisaties waren die in aanmerking konden komen, is er dan sprake geweest van overleg om een goede vertegenwoordiging te realiseren:**

De partijen die participeren in het Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGz vertegenwoordigen tezamen de relevante partijen werkzaam in de brede GGz. Bij de opstart van iedere ontwikkeltraject zijn deze partijen genodigd en zijn werkafspraken met hen gemaakt. Hierdoor hebben zij te allen tijde de mogelijkheid gehad om input te leveren voor de knelpuntenanalyse, het leveren van inhoudelijke kennis in de ontwikkelgroep, het formuleren van aanbevelingen, het leveren van commentaar in de consultatiefase en het autoriseren van de kwaliteitsstandaard in de autorisatiefase. Daarnaast is in overleg tussen het Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGz en de ontwikkelgroep besproken welke andere relevante partijen specifieke kennis en/of ervaring hebben met het onderwerp en een bijdrage zouden kunnen of moeten leveren aan de ontwikkeling van de kwaliteitsstandaard. Er zijn geen concessies gedaan aan het aantal partijen bij de ontwikkeling van de kwaliteitsstandaard. De inhoud en het draagvlak voor de kwaliteitsstandaard vanuit de brede GGz stonden te allen tijde voorop.



**Toelichting:**

Alle partijen die in het Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGz participeren hebben een bijdrage geleverd aan de kwaliteitsstandaarden GGz. De mate van inbreng varieert. In enkele gevallen is het de partij niet gelukt om een lid af te vaardigen. In dat geval is de partij wel betrokken bij de procedurele vervolgstappen zoals de commentaarronde etc.

*De volgende vragen geven het Zorginstituut inzicht in het proces van betrokkenheid en verantwoordelijkheid van partijen bij de ontwikkeling van de kwaliteitsstandaard.*

**5. Waren de taken en verantwoordelijkheden van de betrokken partijen duidelijk? Licht uw antwoord toe.**

Ja

**Toelichting:**

Met alle leden van de ontwikkelgroep (vertegenwoordigers van de betrokken partijen) zijn afspraken gemaakt ten aanzien van taken, verwachte inzet en bijbehorende vergoeding, scholing, communicatie, belangenverstremgeling, intellectueel eigendom en auteursrecht. Deze afspraken zijn vastgelegd in een samenwerkingsovereenkomst.

**6. Hebben alle betrokken partijen naar hun mening voldoende gelegenheid gekregen om naar behoren bij te dragen en is hun bijdrage naar behoren verwerkt? Licht uw antwoord toe.**

Ja

**Toelichting:**

Dit kon in de vorm van het leveren van input voor de knelpuntenanalyse, het leveren van inhoudelijke kennis in de ontwikkelgroep, het formuleren van aanbevelingen en/of het leveren van commentaar in de consultatiefase. Ieders bijdrage is naar behoren verwerkt.

**7. Is de invloed van belangenverstremgeling naar de mening van betrokken partijen zoveel mogelijk beperkt? Zijn de verschillende belangen onderkend, zichtbaar en controleerbaar gemaakt? Bijvoorbeeld conform de Code Belangenverstremgeling van de KNAW et al (2012)? Licht uw antwoord toe.**

Ja

**Toelichting:**

De verschillende belangen zijn onderkend, zichtbaar en controleerbaar gemaakt conform de Code Belangenverstremgeling van het KNAW. Indien gewenst kunt u deze per standaard opvragen bij het NKO.

**8. Is de externe commentaarronde naar de mening van alle betrokken partijen zorgvuldig doorlopen? Licht uw antwoord toe.**

Ja

**Toelichting:**

Alle betrokken partijen zijn tijdig op de hoogte gebracht van de planning en de termijn (8 weken) van de consultatiefase. Tijdens de autorisatiefase hebben alle betrokken partijen een terugkoppeling ontvangen van de verwerking van het commentaar.

*De volgende vragen geven het Zorginstituut inzicht in (de inbreng van) het cliëntenperspectief in*



*de ontwikkeling van de kwaliteitsstandaard.*

**9. Komt het cliëntenperspectief naar de mening van de cliënten voldoende uit de verf? Licht uw antwoord toe.**

Ja

**Toelichting:**

Patiënten en naasten hebben een grote inbreng gehad bij de ontwikkeling van de kwaliteitsstandaard. Het eerste hoofdstuk in de kwaliteitsstandaard beschrijft de visie op zorg vanuit MIND Landelijk Platform Psychische Gezondheid. Daarnaast hebben patiënten en naasten een actieve rol gehad bij de ontwikkeling en becommentariëring van de kwaliteitsstandaard. Het patiëntenperspectief is daarmee goed ingebed in deze kwaliteitsstandaard naar de mening van patiënten.

**10. Zijn de cliëntenvertegenwoordigers materieel en immaterieel in staat gesteld om hun rol bij de ontwikkeling van de kwaliteitsstandaard te vervullen en hun taken te realiseren? Licht uw antwoord toe.**

Ja

**Toelichting:**

Om een volwaardige inbreng te kunnen waarborgen zijn er door het Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGz middelen beschikbaar gesteld voor de borging en representatieve inbreng van de vertegenwoordigers van het patiënt- en naastenperspectief. Er zijn activiteiten gefinancierd en georganiseerd zoals achterbanraadplegingen, knelpuntenanalyses, bundelen van ervaringen, focusgroepen, spiegelgesprekken en trainingen.

*De volgende vraag geeft het Zorginstituut inzicht in de mogelijkheden voor handhaving van de kwaliteitsstandaard.*

**11. Beschrijft de kwaliteitsstandaard de grens tussen verantwoorde en onverantwoorde zorg?**

Ja

**Zijn er naar de mening van IGZ voldoende handvatten om de kwaliteitsstandaard te kunnen handhaven? Licht uw antwoord toe.**

Nee

**Toelichting:**

De kwaliteitsstandaard beschrijft kwalitatief goede zorg tegen aanvaardbare kosten vanuit het perspectief van de patiënt. Daarbij wordt er geen onderscheid gemaakt tussen verantwoorde en onverantwoorde zorg. In principe beschrijft de standaard verantwoorde zorg. Nadat de kwaliteitsstandaard is opgenomen in het Register zal deze ter kennisname aan de IGJ worden aangeboden.



## **criterium 2: Alle betrokken partijen dragen de kwaliteitsstandaard gezamenlijk voor**

*De volgende vragen geven het Zorginstituut inzicht in de voordracht van de kwaliteitsstandaard door de partijen.*

### **1. Is de procedure voor het gezamenlijk voordragen vastgesteld bij de aanvang van de ontwikkeling van de kwaliteitsstandaard en was deze voor iedereen duidelijk? \***

Ja

#### **Toelichting:**

Dit is expliciet opgenomen in het Meerjarenprogramma van het Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGZ. Dit Meerjarenprogramma en de daaruit volgende procedure is bekend bij alle betrokken partijen.

### **2. Dragen alle betrokken partijen (partijen die betrokken zijn bij het opstellen van de kwaliteitsstandaard de kwaliteitsstandaard gezamenlijk voor? Licht uw antwoord toe.**

Nee

#### **Toelichting:**

De standaard wordt NIET voorgedragen door: NVKG: De NVKG heeft niet geparticipeerd in deze standaard en de inhoud hiervan is minder relevant voor de dagelijkse praktijk van de klinisch geriater; daarom zal deze onze autorisatieprocedure niet doorlopen. Stichting Topklinische GGZ: De Stichting Topklinische GGz heeft tijdens de commentaarrronde verzocht om in de kwaliteitsstandaard voorafgaand aan het bepalen van het behandelbeleid– consult te vragen bij de specialistische of hoog specialistische (topklinische) ggz. Het gaat om consultatie bij een vermoeden van een specifieke psychische stoornis bij een afdeling die daarin gespecialiseerd is en consultatie wanneer sprake is van een combinatie van psychische en lichamelijke klachten, een vastgelopen behandeling of een behandeling met onvoldoende resultaat. De ontwikkelaars van de kwaliteitsstandaard hebben ervoor gekozen om consultatie buiten beschouwing te laten. De ontwikkelaars verwijzen naar de Landelijke samenwerkingsafspraken voor de consultatie functie. De stichting Topklinisch GGz heeft bij de ontwikkelaars van de kwaliteitsstandaard Landelijke samenwerkingsafspraken ook al kenbaar gemaakt zich niet te kunnen vinden in die kwaliteitsstandaard. Met name de keuze om specialistische en hoog specialistische ggz niet als afzonderlijke functies te beschrijven, vinden wij onwenselijk. Door de hoge mate van specialisatie heeft de hoog specialistische ggz een belangrijke rol bij zeer complexe en ernstige, dan wel zeldzame psychiatrische aandoeningen. Er is een groep patiënten die onvoldoende baat heeft bij behandeling in de specialistische ggz. Zij worden als therapie resistent beschouwd of zij ontwikkelen chronische problematiek. De hoog specialistische ggz heeft bij uitstek een functie voor deze doelgroep. Met zeer gespecialiseerde diagnostiek en behandeling maar ook door consultatie & advies te bieden aan andere behandelaren en door second opinions te geven over een diagnose en behandeladvies. Dit is een belangrijke functie primair voor de patiënt (last resort) maar ook voor het goed functioneren van de gehele ggz. Wij vinden dat deze goed verankerd moet worden in alle kwaliteitsstandaarden die momenteel ontwikkeld worden. VMDB: Het gebruik van psychofarmaca bij psychische klachten heeft excessieve vormen aangenomen. Dat er door huisartsen veel te snel en veel te gemakkelijk wordt voorgeschreven daar zijn de experts het over eens. Dit betekent dat er een fundamentele verandering noodzakelijk is in de huisartsenpraktijk. Het is dan ook moeilijk voorstelbaar dat er in deze kwaliteitsstandaard geen aandacht wordt beschreven aan het (verminderen van het) voorschrijven van psychofarmaca. Wat zijn de juiste criteria om wel of niet medicatie voor te schrijven? Aangezien het hier om een zeer fundamenteel onderdeel zou moeten gaan van deze



standaard kunnen wij niet akkoord gaan met de standaard. LVVP: Het bestuur van de LVVP heeft besloten om af te zien van autorisatie van de standaard om twee redenen: 1. Onvoldoende handelingsruimte voor de professional om zorg te leveren vanuit expertise, opgebouwd door erkende scholing, deskundigheid en werkervaring. 2. Het ontbreken van spelregels voor hanteren van zorgstandaarden door zorgaanbieders, cliënten en zorgverzekeraars

Ad1. Onvoldoende handelingsruimte Kwaliteitsstandaarden (zorgstandaarden en generieke modules) beschrijven vanuit het perspectief van patiënten en naasten wat onder goed professioneel handelen (goede zorg) wordt verstaan. De meest actuele kennis vormt hierbij het uitgangspunt. Het gaat over kennis gebaseerd op de resultaten van wetenschappelijk onderzoek (evidence-based), maar ook over praktijkkennis (practice-based) en de voorkeuren van patiënten en naasten (experience-based). Daarbij wordt nadrukkelijk gesteld dat kwaliteitsstandaarden geen wetten of dwingende voorschriften zijn die tot standaardzorg zouden leiden. Het zijn praktijkgerichte documenten die de basis vormen voor matched care en gepersonaliseerde zorg. In de dagelijkse praktijk bieden zij zowel zorgverleners als patiënten en naasten houvast. Het werken volgens kwaliteitsstandaarden is dus geen doel op zich. Vaak is een patiëntenpopulatie daarvoor te divers. De combinatie van factoren die tot ziekte hebben geleid en de sociale context waarin de aandoening zich voordoet zijn voor iedere patiënt uniek. Daarnaast heeft iedere patiënt unieke behoeften om regie te voeren over zijn of haar herstel en leven. Zorgprofessionals ondersteunen dit proces vanuit hun specifieke expertise en de kennis die een kwaliteitsstandaard hen biedt. De LVVP signaleert dat in sommige zorgstandaarden vanwege de samenstelling van de expertisegroepen een te eenzijdige nadruk wordt gelegd op een bepaalde therapievorm. Hiermee wordt de handelingsruimte voor de professional beperkt en wordt bijv. de inhoud van de GM psychotherapie in feite buiten werking gesteld. Om deze reden zien wij graag onderstaande tekst opgenomen in de zorgstandaarden: “Mede op basis van de kwaliteitsstandaard bepalen de patiënt (en diens naasten) en de zorgverlener, ieder met hun eigen expertise, samen wat de gewenste uitkomsten van zorg zijn en welke behandel- en ondersteuningsopties daarbij passend zijn. Dit betekent dat daar waar in een standaard een voorkeursbehandeling wordt beschreven, er ook de professionele ruimte moet zijn voor een andere passende behandeling en begeleiding. Daarom kan een professional beargumenteerd behandelingen en interventies inzetten, anders dan beschreven in de voorliggende standaard. Deze interventies en behandelingen zijn in de uitvoeringspraktijk ontwikkeld en beproefd vanuit vooraanstaande wetenschappelijke stromingen in de psychologie en psychiatrie. Het handelen van een professional sluit aan op het medisch-psychiatrisch, het psychodynamisch, het humanistisch, het cognitief-gedragstherapeutisch of het systemisch referentiekader.”

Ad 2. Het ontbreken van spelregels voor hanteren van zorgstandaarden Steeds vaker horen wij “comply or explain”, maar de impact van een dergelijke stellingname wordt onvoldoende doordacht. De LVVP hecht er dan ook veel waarde aan dat er goede afspraken worden gemaakt met zorgverzekeraars over hanteren van kwaliteitstandaarden om onder meer te voorkomen dat afwijken van de zorgstandaard administratief te zwaar wordt opgetuigd of anderszins wordt afgerekend. Middels afspraken, ook wel spelregels genoemd, willen wij gezamenlijk waarborgen dat standaarden gebruikt worden waarvoor ze bedoeld zijn en oneigenlijk gebruik, zoals procesmatige verantwoording en overmatige controle wordt voorkomen. Iets soortgelijks hebben we destijds ook gedaan met de zorgvraagzwaarte-indicator, wat heeft geleid tot een uniforme maatregel voor verzekeraars. Wij constateren dat dit heeft geleid tot duidelijkheid voor iedereen. Het bestuur heeft dan ook besloten om autorisatie aan te houden zolang er geen spelregels zijn vastgesteld en de handelingsruimte voor de professional onvoldoende gewaarborgd is.

*De volgende vragen geven het Zorginstituut inzicht in het onderschrijven van de kwaliteitsstandaard door de partijen.*





**3. Onderschrijven alle betrokken partijen de kwaliteitsstandaard? Indien dat niet het geval is, wat zijn hiervoor de gronden? Licht toe onderverdeeld in de volgende categorieën van partijen**

Nee

**Vertegenwoordigende organisaties van cliënten:**

Stichting Labyrint-In Perspectief, MIND Landelijk Platform Psychische Gezondheid

**Toelichting:**

Patiëntenverenigingen en organisaties van naasten, behalve de VMDB, onderschrijven de kwaliteitsstandaard.

**(Vertegenwoordigende organisaties van) zorgaanbieders (zorgverleners en instellingen):**

Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP), Nederlands Instituut van Psychologen (NIP), Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG), Nederlandse Vereniging voor Psychotherapie (NVP), Nederlandse Vereniging voor Gezondheidszorgpsychologie en haar specialismen (NVGzP), Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland (V&VN), Landelijke Vereniging POH-GGZ (LV POH-GGZ), Federatie Vaktherapeutische Beroepen (FVB), Ineen, Geestelijke Gezondheidszorg Nederland (GGZ Nederland), Platform MEER GGZ, Vereniging voor Verslavingsgeneeskunde Nederland (VVGZ), Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde (NVAB)

**Toelichting:**

Zorgaanbieders, behalve NVKG en LVVP, onderschrijven de kwaliteitsstandaard.

**(Vertegenwoordigende organisaties van) verzekeraars:**

Zorgverzekeraars Nederland (ZN)

**Toelichting:**

Zorgverzekeraars onderschrijven de kwaliteitsstandaard.

**Toelichting:**

Stichting Topklinische GGZ onderschrijft de kwaliteitsstandaard niet.

**4. Zijn alle onderwerpen die aan het begin van het traject zijn afgesproken naar de mening van alle betrokken partijen voldoende aan bod gekomen in de kwaliteitsstandaard? Licht uw antwoord toe.**

Ja

**Toelichting:**

Alle onderwerpen die aan het begin zijn afgesproken in het projectvoorstel zijn naar de mening van de betrokken partijen ofwel voldoende aan bod gekomen in de kwaliteitsstandaard ofwel opgenomen in het onderhoudsplan van de kwaliteitsstandaard.

**Overige toelichting bij Criterium 2:**

Het Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGz wil er bij Zorginstituut Nederland op aandringen dat als Zorginstituut Nederland voornemens is met een of meerder partijen contact op te nemen over de kwaliteitsstandaard, het Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGz (of haar rechtsopvolger) hier ook van op de hoogte te stellen.





### **criterium 3: Inhoud van zorg**

*Het Zorginstituut verwacht dat er in de kwaliteitsstandaard aandacht is besteed aan een aantal elementen (genoemd in onderstaande vragen). Deze elementen kunnen door de relevante partijen benaderd worden als checklist bij de ontwikkeling van de kwaliteitsstandaard. Afhankelijk van de beschreven zorg, kunnen bepaalde elementen klein of zelfs afwezig zijn. Hierbij benadrukt het Zorginstituut dat het antwoord 'niet van toepassing' (met een toelichting waarom dit element niet van toepassing is) in deze gevallen kan volstaan. Dit antwoord doet geen afbreuk aan de kwaliteit van de betreffende kwaliteitsstandaard.*

**1. Bevat de kwaliteitsstandaard een beschrijving van het gehele zorgproces vanuit het perspectief van de cliënt. Zijn hierbij voldoende uitspraken gedaan over het stellen van indicaties voor diagnostiek en behandeling en/of ondersteuning? \***

Ja

**Toelichting:**

Er wordt onder andere ingegaan op vroege onderkenning, preventie, diagnostiek, monitoring, zelfmanagement, behandeling, begeleiding, herstel, participatie en re-integratie.

**2. Bevat de kwaliteitsstandaard een beschrijving van het gebruik van gepaste zorg (doelmatigheid)? Licht uw antwoord toe.**

Ja

**Toelichting:**

Een belangrijk uitgangspunt van de kwaliteitsstandaard is gepast gebruik van zorg. In de kwaliteitsstandaard is daarom aandacht voor thema's als goede, passende diagnostiek en (door)verwijzing in de hele keten, matched care, gepersonaliseerde behandeling, gezamenlijke besluitvorming en op- en afschalen van zorg tijdens de behandeling.

**3. Geef aan of de kwaliteitsstandaard consistentie of inconsistentie vertoont met andere standaarden die zijn opgenomen in het Register en of dit bezwaarlijk is.**

**Toelichting:**

De kwaliteitsstandaarden van het Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGz zijn expliciet nagekeken op mogelijke inconsistenties. De kwaliteitsstandaard bevat geen inconsistenties met andere standaarden, zover bekend bij het Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGz en de partijen die in het NKO participeren. Het is echter onbekend of de kwaliteitsstandaarden GGz consistent zijn met andere standaarden in het Register. Het is niet aan het Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGz of aan de partijen die bij het NKO participeren om daar een waardeoordeel over uit te spreken.

**4. Zijn de gebruikte kernbegrippen gedefinieerd en is aangegeven wat zorgverleners documenteren en als informatie aan elkaar overdragen.**

Ja

**Toelichting:**

Daarnaast wordt in de zorgstandaard expliciet aandacht besteed aan informatie-uitwisseling. De standaard bevat een eenduidige beschrijving van de gegevens die bij de uitvoering van de zorg vastgelegd en uitgewisseld dienen te worden. Ook worden in de standaard aanbevelingen gedaan over de vorm en inhoud van consultatie, verwijzing en terugverwijzing, en over de taakafbakening, verantwoordelijkheidsverdeling, coördinatie en monitoring bij gedeelde zorg.



**5. Bevat de kwaliteitsstandaard een beschrijving van controle en/of evaluatiemomenten en overlegmomenten?**

Ja

**Toelichting:**

In de kwaliteitsstandaard wordt beschreven hoe vaak en hoe (intensiteit) gemonitord wordt. Ook wordt in de kwaliteitsstandaard beschreven wanneer dit moet gebeuren.

**6. Bevat de kwaliteitsstandaard een beschrijving van zelfmanagement en/of eigen regie al dan niet met ondersteuning?**

Ja

**Toelichting:**

De kwaliteitsstandaard bevat een beschrijving van zelfmanagement: wat kan de patiënt en eventueel diens omgeving zelf kan doen op het gebied van bijvoorbeeld leefstijl, van werk, opleiding of school en het onderhouden van sociale contacten. In de kwaliteitsstandaard wordt benadrukt dat het belangrijk is dat een behandelaar hieraan tijdens de behandeling aandacht besteedt.

**7. Bevat de kwaliteitsstandaard een toelichting op bewijsvoering? Beschrijf de methoden waarop de aanbevelingen in de kwaliteitsstandaard tot stand zijn gekomen.**

Ja

**Toelichting:**

In de kwaliteitsstandaard is beschreven op welke evidentie uit andere kwaliteitsstandaarden (zoals richtlijnen) de kwaliteitsstandaard gebaseerd is. Deze aanbevelingen op basis van wetenschappelijke evidentie zijn aangevuld met goede voorbeelden en kennis uit de praktijk van zowel zorgverleners als patiënten en naasten (professionele en ervaringskennis).



### Criterion 3: Organisatie van zorg

**8. Bevat de kwaliteitsstandaard een beschrijving van de structuur van het zorgproces? Hierbij gaat het bijvoorbeeld om:**

Ja

**Toelichting:**

Alle bovenstaande voorbeelden worden in de kwaliteitsstandaard geadresseerd.

**9. Bevat de kwaliteitsstandaard een beschrijving van de aansturing en verantwoordelijkheidstoedeling van het zorgproces? Hierbij gaat het bijvoorbeeld om het beleggen van:**

Ja

**Toelichting:**

Alle bovenstaande voorbeelden worden in de kwaliteitsstandaard geadresseerd.

**10. Is voldoende beschreven op welke wijze de implementatie van de kwaliteitsstandaard zal plaatsvinden en aan welke voorwaarden daarvoor moet zijn voldaan? Licht uw antwoord toe.**

Ja

**Toelichting:**

Het Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGz besteed expliciet aandacht aan de implementatie van de kwaliteitsstandaarden. Zo wordt er tijdens de ontwikkeling van iedere kwaliteitsstandaard een proefimplementatie of praktijktest uitgevoerd. De bevindingen uit de proefimplementatie of praktijktest worden opgenomen in het implementatieplan van de betreffende kwaliteitsstandaard. In samenwerking met GGZ Nederland heeft het Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGz een uitvoerbaarheidstoets uitgevoerd voor alle kwaliteitsstandaarden. Samen met een aantal leden van de werkgroep van de kwaliteitsstandaard is onderzocht in hoeverre de kwaliteitsstandaard implementeerbaar en uitvoerbaar is. Om te identificeren welke (resterende) uitvoeringsvraagstukken een rol spelen en zo de implementatie van de zorgstandaard te ondersteunen, is deze toets uitgevoerd aan de hand van zes thema's: zorginhoud, organisatie, financiën, opleiding, informatietechnologie en capaciteit. Ten tijde van de toetsing van deze kwaliteitsstandaard, wil het Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGz graag een overleg plannen met Zorginstituut Nederland en de bij het netwerk betrokken partijen, waaronder zorgaanbieders (GGZ Nederland) over haalbare implementatietermijnen. In de bijlage per standaard treft u het resultaat van deze toets.



**criterium 4: de kwaliteitsstandaard heeft een cliëntenversie, een samenvatting en een onderhoudsplan. Wanneer de kwaliteitsstandaard niet alle genoemde onderdelen heeft, dan hebben de partijen een tijdpad geformuleerd waaruit blijkt wanneer de kwaliteitsstandaard deze wel heeft.**

*De volgende vragen geven het Zorginstituut inzicht in de volledigheid van de kwaliteitsstandaard.*

**1. Bevat de kwaliteitsstandaard een cliëntenversie of is er voldoende aandacht besteed aan correcte cliënteninformatie?**

Ja

**2. Bevat de kwaliteitsstandaard een samenvatting?**

Ja

**3. Bevat de kwaliteitsstandaard een onderhoudsplan of wordt er verwezen naar een algemeen onderhoudsplan?**

Ja

*Beantwoord deze vraag indien de kwaliteitsstandaard niet met alle benodigde onderdelen wordt opgeleverd (een cliëntenversie, een samenvatting en een onderhoudsplan?)*



### **criterium 5: Verbinding informatiestandaarden/meetinstrumenten.**

*De kwaliteitsstandaard is verbonden met één of meer informatiestandaarden en één of meer meetinstrumenten. Wanneer de kwaliteitsstandaard nog niet met één of meer informatiestandaarden en één of meer meetinstrumenten is verbonden, dan hebben partijen een tijdspad geformuleerd waaruit blijkt wanneer dit wel zo is. De volgende vragen geven het Zorginstituut inzicht in de verbinding van de kwaliteitsstandaard met bijbehorende informatiestandaard(en) en meetinstrument(en).*

**1. Is de kwaliteitsstandaard verbonden met één of meer bijbehorende informatiestandaarden?**

Nee

**2. Is de kwaliteitsstandaard verbonden met één of meer bijbehorende meetinstrumenten?**

Nee

*Beantwoord deze vraag indien de kwaliteitsstandaard niet verbonden is met één of meer informatiestandaarden of meetinstrumenten*

*3. Hebben betrokken partijen gezamenlijk een tijdspad geformuleerd, waaruit blijkt wanneer de kwaliteitsstandaard wel verbonden is aan één of meer informatiestandaarden of meetinstrumenten? Zo ja, dan dit tijdspad bijsluiten bij de kwaliteitsstandaard.*

**Bijbehorende informatiestandaarden**

Ja

**Datum:**

01-07-2021

**Bijbehorende meetinstrumenten**

Ja

**Datum:**

01-07-2021

**Overige toelichting bij Criterium 5 (ruimte voor vrije toelichting)**

In een periode van 3 jaar na opname in het Register, zal akwa, alliantie kwaliteit in de ggz (de rechtsopvolger van het Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGz) de kwaliteitsstandaarden verbinden aan een of meerdere informatiestandaarden en één of meer meetinstrumenten.