



Zorginstituut Nederland

Consultatie Landelijk Kwaliteitsstatuut GGZ

Reactiedocument

15 DECEMBER 2020

De Kwaliteitsraad van het Zorginstituut is een onafhankelijke raad van deskundigen op het gebied van kwaliteit van zorg. De Raad geeft gevraagd en ongevraagd advies en heeft een wettelijke rol in de doorzettingsmacht van het Zorginstituut. Voor de Kwaliteitsraad ligt de essentie van kwaliteit vooral in het samen leren en verbeteren. Dat vraagt om nieuwe kwaliteitsinstrumenten.

Inleiding

Op 8 juli 2020 heeft de Kwaliteitsraad van Zorginstituut Nederland het concept van de generieke module *Indiceren en coördineren van zorg in de GGZ* voorgelegd in een consultatie. In het conceptdocument werd een nieuwe omschrijving van het regiebehandelaarschap in de GGZ voorgesteld. De Kwaliteitsraad heeft de betrokken partijen tot 19 augustus 12.00 uur de gelegenheid gegeven om commentaar te leveren op het consultatiedocument. In dit reactiedocument staan samenvattingen van de schriftelijke inzendingen en de reactie van de Kwaliteitsraad daarop weergegeven. De reacties zijn zoveel mogelijk samengevat per onderwerp. Daarnaast kunt u de originele reacties nalezen op zorginzicht.nl.

Partijen in de GGZ hebben zich tijdens de consultatie zeer ingespannen om de Kwaliteitsraad te voorzien van inbreng. De Kwaliteitsraad dankt daarom alle partijen van harte voor hun waardevolle bijdrage.

Overname suggesties

- Er zijn veel bruikbare suggesties gegeven, zowel algemeen van aard, als ingaand op specifieke onderdelen van het regiebehandelaarschap in de GGZ.
- De omschrijving van het regiebehandelaarschap is inhoudelijk aangepast als de teksten onjuist waren of als de consultatiereacties duidelijk maakten dat een onderdeel in de praktijk niet toepasbaar bleek.
- Teksten zijn redactioneel aangepast of uitgebreid als de oorspronkelijke teksten niet duidelijk of onvolledig waren, of als het gedane voorstel een aanmerkelijke verbetering is. Als suggesties niet zijn overgenomen, betekent dit niet dat die suggesties onjuist waren, maar volgens de Kwaliteitsraad waren deze niet altijd noodzakelijk.
- Er is extra aandacht besteed aan de uitleg van de rollen en taken van de indicierend regiebehandelaar en coördinerend regiebehandelaar. Ook is beter toegelicht hoe deze rollen zich verhouden tot andere betrokken zorgverleners.
- De binnengekomen consultatiereacties waren voor een aantal onderwerpen inhoudelijk verschillend. De Kwaliteitsraad moest uiteindelijk wel knopen doorhakken en daarom zal niet iedere partij op alle onderdelen tevreden zijn.

Leeswijzer

In dit document geeft de Kwaliteitsraad een terugkoppeling op de ontvangen reacties uit de consultatie. De terugkoppeling wordt gedaan gegroepeerd rond de volgende thema's:

1. Aansluiting bij het bestaande *Model Kwaliteitsstatuut GGZ*
2. Beschrijving soorten problematiek
3. Onderscheiden rollen en taken indicierend zorgverlener en coördinerend zorgverlener
4. Vereisten opleidingsniveau en competenties
5. Belang samen beslissen
6. Stimuleren samen reflecteren en uitwisselen van kennis en ervaringen
7. Implementatie
8. Terminologie en tekstuele suggesties

In de volgende hoofdstukken geeft de Kwaliteitsraad per thema beknopt het commentaar van de partijen en de wijzigingen in het conceptvoorstel weer.

1. Aansluiting bij het bestaande Model Kwaliteitsstatuut GGZ

Reactie partijen

Een aantal partijen heeft aangegeven een generieke module niet het juiste instrument te vinden om de nieuwe omschrijving van het regiebehandelaarschap in de GGZ weer te geven. Hierbij wordt gewezen op de waarde van het bestaande *Model Kwaliteitsstatuut GGZ* dat partijen in gezamenlijkheid hebben ontwikkeld. Er wordt gesteld dat het niet wenselijk is om een apart document over het regiebehandelaarschap te ontwikkelen, omdat dan het risico bestaat dat de relatie met het *Model Kwaliteitsstatuut GGZ* onduidelijk wordt en waardevolle inhoud verloren gaat. Ook geeft een aantal partijen aan de reikwijdte van de generieke module en relatie van de generieke module tot de overige kwaliteitsstandaarden en generieke modules onduidelijk te vinden. De suggestie wordt gedaan om de nieuwe omschrijving op te nemen in het bestaande *Model Kwaliteitsstatuut GGZ*. Andere partijen zijn juist te spreken over het vastleggen van de nieuwe omschrijving van het regiebehandelaarschap in de generieke module, onder andere vanwege de onheldere governance van het *Model Kwaliteitsstatuut GGZ*. Ook geven zij aan dat het goed is dat er (andere) afspraken komen over de inhoud en vormgeving van goede zorg.

Overwegingen en conclusie wijziging

Op basis van de ontvangen reacties heeft de Kwaliteitsraad de volgende aanpassing gedaan.

Omdat het conceptvoorstel over regiebehandelaarschap niet los gezien kan worden van het bestaande *Model Kwaliteitsstatuut GGZ*, heeft de Kwaliteitsraad beide documenten geïntegreerd in het *Landelijk Kwaliteitsstatuut GGZ*. De tekst is waar nodig aangepast en redactioneel bewerkt met het oog op leesbaarheid. Het *Landelijk Kwaliteitsstatuut GGZ* sluit aan bij de geldende wettelijke kaders en ordening. De Kwaliteitsraad adviseert de relevante partijen om op korte termijn een overkoepelend Kwaliteitskader GGZ op te stellen, waarvoor elementen uit dit *Landelijk Kwaliteitsstatuut GGZ* de basis kunnen zijn.

2. Beschrijving soorten problematiek

Reactie partijen

Een aantal partijen heeft aangegeven de omschrijving van enkelvoudige en meervoudige problematiek te summier te vinden en niet bij de praktijk te vinden aansluiten. Om recht te doen aan de verscheidenheid van de verschillende typen problematiek in de praktijk moet ook worden gekeken naar problematiek die noch enkelvoudig noch meervoudig is, maar wel intensieve zorg vraagt of zorg die onnodig als meervoudig wordt gecategoriseerd. Enkele partijen benoemen dat het conceptvoorstel toegeschreven lijkt naar complexe patiënten, waardoor het voor planbare zorg onnodig complex wordt gemaakt. Een andere partij geeft aan dat het conceptvoorstel juist een aanzuigende werking heeft voor minder complexe problematiek, waardoor de verschuiving van lichtere problematiek naar de huisarts/POH-GGZ wordt belemmerd. Ook wordt de vraag gesteld wie de inschatting maakt of de zorgvraag (en het zorgaanbod) enkelvoudig of meervoudig complex is en welke (indicierend) zorgverlener daartoe in staat is.

Overwegingen en conclusie wijziging

Op basis van de ontvangen reacties heeft de Kwaliteitsraad de volgende aanpassing gedaan.

De complexiteit van een bepaalde situatie hangt af van zowel de complexiteit van de problematiek als van de complexiteit van het zorgaanbod. Omdat interacties tussen problemen en interventies in wisselende mate op de voorgrond kunnen staan, is complexiteit daarbij een relatief begrip. De Kwaliteitsraad heeft ervoor gekozen om een categorisering van complexiteit te formuleren op het vlak van de aard van de problematiek en de aard van het zorgaanbod. Op basis van deze categorisering denkt de Kwaliteitsraad te kunnen voorkomen dat situaties onterecht in een te zware categorie komen. Bij de omschrijving in het *Landelijk Kwaliteitsstatuut GGZ* wordt ervan uitgegaan dat in principe alle zorg in de GGZ in meer of mindere mate complex is, maar onderscheid gemaakt kan worden tussen laagcomplexe en hoogcomplexe problematiek en zorgaanbod. Belangrijk daarbij is dat de complexiteit van de problematiek en zorgaanbod in de loop van een zorgproces kan veranderen.

Het is aan de verwijzer om op basis van zijn professionele deskundigheid in te schatten binnen welke categorie van complexiteit de patiënt/cliënt de best passende behandeling en begeleiding kan krijgen. De indicierend regiebehandelaar verkent vervolgens samen met de patiënt/cliënt tijdens de probleemanalyse of de inschatting van de zorgbehoefte en problematiek daadwerkelijk aansluit bij de complexiteit van de situatie.

3. Onderscheiden rollen en taken indicierend zorgverlener en coördinerend zorgverlener

Reactie partijen

De reacties van de partijen op dit punt waren van uiteenlopende aard. Een aantal partijen heeft gewezen op mogelijke belemmeringen bij het onderscheiden van twee rollen en afwijken van de huidige omschrijving van regiebehandelaarschap en het begrip 'regiebehandelaar'. Er wordt aangegeven dat de verdeling van taken niet wenselijk is, omdat de verwachting is dat een scheiding kan leiden tot meer afstemming, inefficiëntie en onduidelijkheid over verantwoordelijkheid. Daarnaast wordt benoemd dat het introduceren van nieuwe terminologie onduidelijkheid veroorzaakt. De term 'regiebehandelaar' is al goed bekend in de praktijk. Ook wordt expliciet aangegeven dat het aan de praktijk voorbijgaat als beide rollen niet door één zorgverlener uitgevoerd kunnen worden. Hierbij wordt meegegeven dat de indicierend zorgverlener ook moet kunnen coördineren, maar de coördinerend zorgverlener niet altijd kan indiceren. Andere partijen hebben aangegeven dat het goed is dat er een onderscheid wordt gemaakt tussen diagnostiek en behandeling. De suggestie wordt meegegeven om nader te kijken naar de coördinerende rol, aangezien deze voornamelijk administratief lijkt. Daarnaast wordt erop gewezen dat de volgordelijkheid van het zorgtraject dynamisch is en niet lineair, en een nadere concretisering van de rollen en taken gewenst is. Meerdere partijen vragen tevens aandacht voor de rol en taken van andere zorgverleners in het zorgproces. Iedere betrokken zorgverlener heeft een waardevol aandeel en is verantwoordelijk voor zijn eigen deel van de behandeling. Een partij wijst op het ontbreken van een escalatieprocedure zoals aanwezig in het *Model Kwaliteitsstatuut GGZ*. Ook wordt aangegeven dat het onduidelijk is of de coördinerend zorgverlener zelf ook een aandeel heeft in de behandeling.

Overwegingen en conclusie wijziging

Op basis van de ontvangen reacties heeft de Kwaliteitsraad de volgende aanpassing gedaan.

De Kwaliteitsraad streeft ernaar de juiste kennis en ervaring op het juiste moment in te zetten, zodat patiënten/cliënten kunnen rekenen op goede en toegankelijke zorg. Uit de jurisprudentie bij tuchtrechtzaken en praktijkervaringen bleken er te veel rollen en verantwoordelijkheden bij één regiebehandelaar te worden belegd, wat een kwalitatief goede invulling van het regiebehandelaarschap belemmert. De Kwaliteitsraad heeft ervoor gekozen een taakherschikking te maken van bestaande deeltaken. Door een goede beschrijving van de taken, verantwoordelijkheden en vereisten voor de benodigde opleiding en competenties kunnen patiënten/cliënten en zorgverleners bepalen welke zorgverlener(s) bepaalde rollen het beste kunnen uitvoeren in de verschillende onderdelen van het zorgproces. Dit zal leiden tot een doelmatige inzet van de juiste professional op het juiste moment.

De Kwaliteitsraad is binnen het zorgproces uitgegaan van twee centrale onderdelen (rollen):

- de probleemanalyse, indicatiestelling met het vaststellen van een diagnose, de best passende behandeling en begeleiding en reflectie daarop (indicerende rol);
- de behandeling en begeleiding zelf, waarbij goede coördinatie, reflectie en laagdrempelige bereikbaarheid van belang zijn (coördinerende rol).

Deze rollen gaan gepaard met verschillende taken en verantwoordelijkheden die elkaar aanvullen en versterken. In de tekst zijn deze taken en verantwoordelijkheden nader omschreven en verduidelijkt. Hierbij is het goed om te benadrukken dat het niet bedoeld is dat de coördinerend regiebehandelaar een voornamelijk administratieve rol heeft. De coördinerend regiebehandelaar speelt een cruciale rol in de uitvoering van de daadwerkelijke behandeling en begeleiding, het feitelijke contact met de patiënt en de afstemming met andere betrokken zorgverleners.

De twee rollen zullen vaak door twee verschillende zorgverleners worden ingevuld (de indicierend regiebehandelaar en de coördinerend regiebehandelaar). De Kwaliteitsraad beaamt dat in bepaalde gevallen beide rollen door één persoon kunnen worden ingevuld, bijvoorbeeld op verzoek van de patiënt/cliënt of als deze zorgverlener over competenties voor beide rollen beschikt. Deze aanpassing is in de tekst gemaakt. Door de verdeling van taken en verantwoordelijkheden over twee regiebehandelaren is wel de verwachting dat er in veel gevallen een betere match gemaakt worden tussen de patiënt/cliënt en de gewenste of meest geschikte regiebehandelaar in de beginfase (indicierend regiebehandelaar) en gedurende het zorgtraject (coördinerend regiebehandelaar). De verwachting is dat dit de doelmatigheid van de zorg aan de patiënt/cliënt verhoogt.

Het is belangrijk om te vermelden dat naast de indicierend of coördinerend regiebehandelaar ook andere zorgverleners een essentiële rol spelen bij het indiceren en coördineren, en bij de behandeling en begeleiding zelf. Ieder met hun eigen verantwoordelijkheid voor het deel van de zorg dat zij verrichten. De Kwaliteitsraad heeft nader benadrukt dat elke zorgverlener, al dan niet regiebehandelaar, een waardevol aandeel in het zorgproces heeft.

De Kwaliteitsraad omschrijft nader dat het zorgproces dynamisch is, tijdvolgordelijk kan overlappen en de invulling en de invulling van het individuele proces verschilt. Verschillende fasen in het zorgproces kunnen in de tijd na elkaar plaatsvinden (lineair) bij bijvoorbeeld laagcomplexere problematiek, zich herhalen bij bijvoorbeeld hoogcomplexere problematiek waarbij na onvoldoende succesvolle of stagnerende behandeling herdiagnostiek wordt gedaan (circuitair), of steeds weer afwisselen zoals bij langdurige hoogcomplexere problematiek waarbij zorgverlening in den brede op de voorgrond staat (lemniscaat).

4. Vereisten opleidingsniveau en competenties

Reactie partijen

Een aantal partijen geeft aan dat de vereisten qua opleidingsniveau of competenties niet concreet genoeg geformuleerd zijn. Omschrijvingen als 'verkregen op vergelijkbare wijze' en 'ruime expertise en werkervaring' geven enerzijds ruimte om op competentieniveau te bepalen of iemand in staat is de rol op zich te nemen, maar ook ruimte voor onduidelijkheid. Zeker wanneer ook niet duidelijk is, wie bepaalt of iemand voldoende competent is. Daarnaast bleek het niet helder of de BIG-registratie een minimale vereiste is voor het invullen van de rol van indicierend of coördinerend zorgverlener. Sommige partijen vinden dit een nadrukkelijke eis. Er wordt aangeraden om een uitsplitsing te maken naar Wet BIG artikel 3 of artikel 14. Een aantal partijen geven in hun reactie aan dat bepaalde beroepsgroepen (zoals de verpleegkundig specialist) ten onrechte niet meer als regiebehandelaar mogen optreden. Daar tegenover staat dat sommige partijen vinden dat zwaardere eisen gesteld moeten worden aan de indicierend of coördinerend zorgverlener (zoals aan de indicierend zorgverlener bij complexe problematiek). De verhouding van de indicierend of coördinerend zorgverlener ten opzichte van de zorgverlener die bijzondere handelingen uitvoert moet duidelijker worden. Tenslotte geven partijen aan dat de aansluiting op het zorgprestatie-model en het rapport over de beroepsstructuur van psychologen onvoldoende gemaakt wordt. Hierbij worden beroepenlijsten vastgesteld.

Overwegingen en conclusie wijziging

Op basis van de ontvangen reacties heeft de Kwaliteitsraad de volgende aanpassing gedaan.

De Kwaliteitsraad heeft vanuit de bedoeling voor de patiënt/cliënt geredeneerd. De indicierend en coördinerend regiebehandelaar hebben de juiste competenties nodig voor het uitvoeren van de specifieke taken en verantwoordelijkheden bij de behandeling en de begeleiding. De basis daarvoor wordt opgebouwd tijdens een beroepsopleiding. Daarnaast worden aanvullende competenties verkregen door verdere (aanvullende) scholing en praktijkervaring. De beschreven competenties sluiten aan bij algemeen geaccepteerde en breed gebruikte modellen voor competentieontwikkeling binnen opleiding en nascholing. De opgedane opleiding en competenties moeten aansluiten bij de complexiteit van de betreffende problematiek en het zorgaanbod. De Kwaliteitsraad heeft voor de vier categorieën complexiteit de minimale vereisten aan de indicierend en coördinerend regiebehandelaar omschreven. Daarbij is ook verduidelijkt welke minimale BIG-registratie benodigd is.

5. Belang samen beslissen

Reactie partijen

Een aantal partijen wijst op het belang van Shared Decision Making/samen beslissen. Als de zorgverleners, cliënt en naasten het er gezamenlijk over eens zijn dat het vanuit cliëntperspectief helpend is dat de indicierend regiebehandelaar ook de coördinerend zorgverlener is, is dat een uitstekende uitkomst van Shared Decision Making. Dit kan meerwaarde hebben voor de herkenbaarheid voor de patiënt en de therapeutische relatie. Er wordt aandacht gevraagd om dit nadrukkelijk naar voren te brengen. Ook wordt aandacht gevraagd om meer bevoegdheid bij de cliënt neer te leggen bij het beslissen over de doelen en werkwijze van zijn/haar behandeling.

Overwegingen en conclusie wijziging

Op basis van de ontvangen reacties heeft de Kwaliteitsraad de volgende aanpassing gedaan.

De Kwaliteitsraad wil stimuleren dat patiënten/cliënten en zorgverleners zo veel mogelijk samen beslissen over belangrijke keuzen in de behandeling en begeleiding. Waarbij samen beslissen relevant kan zijn op alle keuzemomenten in het zorgproces. In de beschrijving van het zorgproces benoemt de Kwaliteitsraad expliciet de momenten waarop samen beslissen vooral relevant is. Zo dient er bijvoorbeeld aandacht te zijn voor het met de patiënt/cliënt samen nagaan welke problematiek aanwezig is, of er een effectief en doelmatig aanbod kan worden geformuleerd dat aansluit op de zorgbehoefte, doelen, wensen en mogelijkheden van de patiënt/cliënt. Daarnaast wordt bijvoorbeeld op basis van tussentijdse bevindingen en monitoring samen met de patiënt/cliënt gereflecteerd op de behandeling en begeleiding en wordt besproken of met de behandeling en begeleiding de gestelde doelen nog steeds bereikt kunnen worden.

6. Stimuleren samen reflecteren en uitwisselen van kennis en ervaringen

Reactie partijen

Meerdere partijen hebben aangegeven dat het goed is dat zorgverleners zich moeten verbinden aan een lerend netwerk en intervisie. Er wordt benoemd dat samen reflecteren een positieve bijdrage kan leveren aan verdere kwaliteitsverbetering van zorg. Een aantal partijen geeft wel aan dat beroepsgroepen en zorgaanbieders veelal zelf al eisen stellen. De zorg voor een stapeling van kwaliteitssystemen dreigt. De suggestie wordt gedaan om de invulling van lerende netwerken over te laten aan zorgverleners zelf. Ook wordt opgemerkt dat de eis voor deelname aan een lerend netwerk met name voor kleine organisatie moeilijk te organiseren is.

Overwegingen en conclusie wijziging

Op basis van de ontvangen reacties heeft de Kwaliteitsraad de volgende aanpassing gedaan.

De Kwaliteitsraad vindt samen leren en verbeteren cruciaal voor het leveren van goede zorg.¹ De probleem-analyse, indicatiestelling en het verloop van de behandeling en begeleiding en de reflectie hierop zijn momenten in het zorgproces waarbij belangrijke beslissingen worden gemaakt. Reflecteren inclusief de perspectieven van anderen is daarbij cruciaal. Verschillende invalshoeken en ideeën kunnen leiden tot nieuwe inzichten die de behandeling en begeleiding voor de patiënt/cliënt ten goede komen.

Het uitgangspunt is dat de indicierend en coördinerend regiebehandelaar op cruciale momenten in het zorgproces gezamenlijk reflecteren. Dit kunnen reflectiemomenten zijn die zijn vastgelegd in het behandelplan, maar ook reflectiemomenten die door de indicierend of coördinerend regiebehandelaar zijn geïnitieerd. Wanneer beide rollen door één regiebehandelaar worden ingevuld, is het van belang dat deze regiebehandelaar waar nodig een andere zorgverlener raadpleegt, als de zorg niet verloopt zoals in het behandelplan is vastgelegd. Om in dat geval de reflectie op het zorgproces te garanderen, is deel uitmaken van een lerend netwerk nodig. Hierbij kan uiteraard bij bestaande netwerken aangesloten worden en deze kunnen waar nodig worden aangepast.

Niet alleen de reflectie op het zorgproces en de behandeling en begeleiding is noodzakelijk, maar ook reflectie op het eigen handelen als indicierend of coördinerend regiebehandelaar. Alle indicierend en coördinerend regiebehandelaren zullen zich daarom moeten verbinden aan een lerend netwerk waarbij zij op systematische wijze op hun handelen reflecteren. Ook hier geldt dat er aangesloten kan worden bij bestaande netwerken en vormen van intervisie.

¹ Visie Samen leren en verbeteren, Kwaliteitsraad, 2019.

7. Implementatie

Reactie partijen

Het merendeel van de partijen heeft aangegeven dat de opgenomen deadline van 1 augustus 2021 voor implementatie niet haalbaar is. De suggestie wordt gedaan om met de implementatie aan te sluiten bij de invoering van het zorgprestatieproces. Enkele partijen hebben aangegeven het instellen van een stuurgroep GGZ een goed initiatief te vinden. Hierbij wordt meegegeven dat het goed zou zijn als de stuurgroep (het verloop van) de invoering van de nieuwe omschrijving van het regiebehandelaarschap evalueert.

Overwegingen en conclusie wijziging

Op basis van de ontvangen reacties heeft de Kwaliteitsraad de volgende aanpassing gedaan.

De verantwoordelijkheid voor de implementatie van het *Landelijk Kwaliteitsstatuut GGZ* ligt bij de zorgverleners en hun organisaties. De Kwaliteitsraad heeft het advies van partijen opgevolgd om de implementatietermijn gelijk te laten lopen met de implementatie van het zorgprestatieproces. Het *Landelijk Kwaliteitsstatuut GGZ* moet per 1 januari 2022 geïmplementeerd zijn. Vanaf deze datum zal de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) hierop toezien.

8. Tekstuele suggesties

Reactie partijen

Meerdere partijen hebben tekstuele suggesties aangedragen, bijvoorbeeld op het gebied van terminologie die wordt gebruikt in de curatieve GGZ. Voorbeelden hiervan zijn behandelplan in plaats van zorgplan, diagnose in plaats van medische diagnose. Ook attenderen partijen op het feit dat (recentere) terminologie vanuit de Wvvgz moet worden gebruikt. Er wordt benoemd dat het introduceren van andere terminologie onduidelijkheid veroorzaakt. De term 'regiebehandelaar' is al goed bekend in de praktijk.

Overwegingen en conclusie wijziging

Op basis van de ontvangen reacties heeft de Kwaliteitsraad de volgende aanpassing gedaan.

De Kwaliteitsraad heeft zoveel als mogelijk de suggesties voor het gebruik van juiste terminologie overgenomen. Waar mogelijk en van toepassing zijn de tekstuele aanpassingen in het *Landelijk Kwaliteitsstatuut GGZ* verwerkt. Besloten is het huidige *Model Kwaliteitsstatuut GGZ* aan te passen. Om het *Landelijk Kwaliteitsstatuut GGZ* in zijn geheel goed leesbaar te houden is de tekst en terminologie waar nodig aangepast (zoals in de patient journey of bijlagen).