

RAPPORTAGE UITVOERBAARHEIDSTOETS ZORGSTANDAARD

Opiaatverslaving

13 april 2018

Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGZ
Helling 12
3523 CC UTRECHT
030 737 04 70
secretariaat@kwaliteitsontwikkelingggz.nl

www.kwaliteitsontwikkelingggz.nl



Kwaliteits-
ontwikkeling
GGZ

Netwerk voor goede zorg

Inhoudsopgave

1	Inleiding	2
1.1	Wat zijn de kwaliteitsstandaarden?	2
1.2	Kwaliteitsstandaarden als instrument voor kwaliteitsverbetering in de ggz	2
1.3	Patiëntenperspectief als het centrale uitgangspunt in de zorg	2
2	Uitvoerbaarheid van de standaard	4
2.1	Algemeen: wat is nodig voor implementatie van de kwaliteitsstandaarden?	4
2.2	Uitvoerbaarheidstoets van de zorgstandaard	4
2.3	Uitvoeringsvraagstukken bij de zorgstandaard Opiaatverslaving	4
2.4	Kwantificering benodigde capaciteit	6

1 Inleiding

1.1 Wat zijn de kwaliteitsstandaarden?

Zowel zorgstandaarden, generieke modules als richtlijnen vallen onder de verzamelnaam 'kwaliteitsstandaard'. Volgens de definitie van Zorginstituut Nederland beschrijft een kwaliteitsstandaard in algemene termen wat goede zorg is vanuit het perspectief van de patiënt. Een kwaliteitsstandaard is daarmee een praktijkgericht document dat de basis vormt voor matched care en gepersonaliseerde zorg.

In de dagelijkse praktijk bieden zorgstandaarden, generieke modules en richtlijnen zowel zorgprofessionals als patiënten en naasten houvast. Zorgprofessionals kunnen op basis van de standaard de kwaliteit van hun beroepsmatig handelen (verder) vergroten. Voor patiënten en hun naasten is een standaard (via de patiëntenversie) behulpzaam bij het maken van de voor hen juiste keuzes. Bestuurders van ggz-instellingen, ziekenhuizen, andere zorginstellingen en hun brancheorganisaties gebruiken kwaliteitsstandaarden onder andere bij de vormgeving van hun organisatie, het bevorderen van gepast gebruik en kwaliteitsbewaking. Ook voor andere betrokken partijen bieden de kwaliteitsstandaarden handvatten: zorgverzekeraars hebben een wettelijke taak bij het ontwikkelen, onderhouden en bevorderen van de toepassing van een kwaliteitsstandaard. Zij kunnen de standaarden gebruiken om afspraken te maken bij inkoop van zorg en verantwoording over de kwaliteit van zorg. Gemeenten hebben een soortgelijke rol bij de inkoop van zorgvoorzieningen die bijvoorbeeld onder de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) en de Jeugdwet vallen, net als zorgkantoren bij de inkoop van zorg geïndiceerd vanuit de Wet langdurige zorg (Wlz). Voor de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) zijn de kwaliteitsstandaarden een toonaangevende bron van informatie over de professionele standaard waarop zij haar handhaving baseert. Tenslotte kan de overheid kwaliteitsstandaarden gebruiken bij besluitvorming over de samenstelling van het basispakket om te bepalen welke zorg wordt vergoed binnen de kaders van een voor iedereen bereikbaar zorgstelsel.

1.2 Kwaliteitsstandaarden als instrument voor kwaliteitsverbetering in de ggz

Patiënten en naasten, zorgprofessionals, zorgaanbieders en zorgverzekeraars werken samen in hun streven naar goede, toegankelijke en betaalbare geestelijke gezondheidszorg. In de afgelopen jaren heeft dit geresulteerd in de ontwikkeling van verschillende zorgstandaarden, generieke modules, richtlijnen, zorgprogramma's en meetinstrumenten. Dit alles komt samen in de kwaliteitsstandaarden voor de ggz die in de afgelopen periode zijn ontwikkeld.

Grotendeels beschrijven deze kwaliteitsstandaarden de bestaande praktijk, aangezien ze hier mede op gebaseerd zijn. Deels bevatten ze nieuwe elementen, of komen bestaande elementen prominenter naar voren in de inhoud en organisatie van zorg. Voorbeelden zijn de wijze waarop de verschillende zorgonderwerpen met elkaar in verband gebracht worden (multidisciplinair en integraal), de nadruk op herstel en eigen regie van de patiënt, het meer betrekken van naasten en ervaringsdeskundigen en het monitoren van de behandeling (met gebruik van uitkomstindicatoren en meetinstrumenten).

Om daadwerkelijk kwaliteitsverbeteringen in de ggz te realiseren, is het van belang dat een breed scala van ggz-professionals de kwaliteitsstandaarden in de dagelijkse praktijk gebruikt: psychiaters, psychologen, psychotherapeuten, verpleegkundigen, huisartsen, praktijkondersteuners ggz (POH-GGZ) en andere zorgverleners die een directe rol spelen in de behandeling van psychische aandoeningen. Daarbij helpt het als patiënten en hun naasten ook zelf goed geïnformeerd zijn over wat goede geestelijke gezondheidszorg inhoudt en als zij weten welke behandel- en zorgopties er zijn. Daarmee zijn zij beter in staat om de behandel- en zorgopties te bespreken met hun zorgverlener.

1.3 Patiëntenperspectief als het centrale uitgangspunt in de zorg

De kwaliteitsstandaarden beschrijven, nog meer dan de huidige praktijk een benadering waarin de patiënt echt centraal staat. Daarin is een belangrijke rol weggelegd voor de naaste en wordt er veel beter gekeken naar wat een patiënt nog wél kan. Dat gebeurt onder andere via gezamenlijke besluitvorming en herstelgericht werken.

Deze visie op zorg raakt steeds verder ingeburgerd in de ggz, zoals blijkt uit ontwikkelingen bij sommige aanbieders. Hierbij is het vooral belangrijk dat er met de introductie van de standaarden bij alle aanbieders (verder) aan deze visie wordt gewerkt op basis van een verbetercyclus. Een succesvolle, brede implementatie van deze visie vraagt om het adequaat omgaan en overwinnen van weerstanden. Voor zorgprofessionals betekent dit ook dat de zorginstelling waar zij werken, hen ondersteunt en stuurt bij de implementatie van de benadering waarin de patiënt centraal staat. Dit vergt leiderschap en sturing vanuit de zorginstelling.

Het vergt de nodige tijd om bij alle aanbieders in Nederland deze centrale, patiëntgerichte visie uit de kwaliteitsstandaarden te realiseren.

2 Uitvoerbaarheid van de standaard

2.1 Algemeen: wat is nodig voor implementatie van de kwaliteitsstandaarden?

De implementatie van kwaliteitsstandaarden is en blijft in de eerste plaats de verantwoordelijkheid van zorgprofessionals en zorgaanbieders. Een effectieve verspreiding van kwaliteitsstandaarden onder relevante doelgroepen is daarbij een belangrijke voorwaarde. Implementatie vergt de nodige tijd, aangezien het voor een deel gaat om een verandering van de praktijkroutines van zorgprofessionals. Zorgaanbieders moeten hiervoor tijd en middelen (kunnen) vrijmaken. Denk bijvoorbeeld aan het bieden van scholing en begeleiding en het stimuleren en motiveren van zorgprofessionals om volgens een andere werkwijze te werken. De kwaliteitscyclus (PDCA) kan zorgprofessionals zelf, maar ook bestuurders en het management van zorginstellingen in belangrijke mate van dienst zijn om goede zorg tegen aanvaardbare kosten te (blijven) leveren.

2.2 Uitvoerbaarheidstoets van de zorgstandaard

Zorgstandaarden en generieke modules beschrijven voor een groot deel de bestaande praktijk. Waar dit nog niet het geval is, moet helder zijn welke uitvoeringsvraagstukken er spelen bij een (optimale) implementatie van de standaard in de praktijk. Dat kunnen zowel individuele, professionele, organisatorische als financiële randvoorwaarden zijn. Alle betrokken organisaties hebben aangegeven zich te willen inspannen om de randvoorwaarden te scheppen en te behouden voor een goede uitvoering van de standaarden.

Om te identificeren welke (resterende) uitvoeringsvraagstukken een rol spelen en zo de implementatie van de zorgstandaard te ondersteunen, is na oplevering van de standaard een uitvoerbaarheidstoets uitgevoerd aan de hand van zes thema's:

1. Zorginhoud
2. Organisatie
3. Financiën
4. Opleiding
5. Informatietechnologie
6. Capaciteit

De toets is uitgevoerd door middel van:

- een telefonisch interview met de voorzitter van de werkgroep die de zorgstandaard ontwikkelde;
- een digitale vragenlijst uitgezet onder partijen die betrokken waren bij de ontwikkeling van de zorgstandaard;
- een werksessie met partijen die betrokken waren bij de ontwikkeling van de zorgstandaard.

De toets bestond uit zowel een kwalitatief als kwantitatief gedeelte. In de kwantitatieve toets hebben de deelnemers van de werksessie door middel van aannames en inschattingen een globale kwantificering gemaakt van de benodigde capaciteit. Dit is vergeleken met het huidige zorggebruik op basis van beschikbare data.

In de werksessie zijn ook mogelijke oplossingsrichtingen onderzocht voor de geïdentificeerde uitvoeringsvraagstukken. Gezien de gekozen werkwijze is voorzichtigheid geboden bij de interpretatie van de resultaten

2.3 Uitvoeringsvraagstukken bij de zorgstandaard Opiatverslaving

In de toets is bekeken wat belangrijke specifieke randvoorwaarden zijn om de zorgstandaard Opiatverslaving volledig uitvoerbaar te maken, welke knelpunten en mogelijke oplossingen er zijn. Daarbij zijn deze punten geïdentificeerd:

- | |
|---|
| <ol style="list-style-type: none">1. Ketenzorg: samenwerking met partijen buiten de ggz2. Aanwezigheid van indicatoren voor monitoring herstelbenadering |
|---|

3. Voldoende professionals binnen de ggz met expertise op het gebied van rehabilitatie en zelfhulpinterventies
4. Bekendheid, budget en maatschappelijk draagvlak voor de interventie contingentie management
5. Voldoende verslavingsartsen en verpleegkundig specialisten ggz

Deze punten worden hieronder nader uitgewerkt.

1. Ketenzorg: samenwerking met partijen buiten de ggz

De zorgstandaard heeft veel aandacht voor wonen, preventie en andere zaken die deels binnen en buiten de ggz vallen. Om deze zorg- en ondersteuning goed uit te kunnen voeren zijn samenwerkingsafspraken tussen alle betrokken partijen van belang.

Uitvoeringsvraag:

- Hoe ervoor zorgen dat er in alle regio's goed wordt samengewerkt tussen ggz-instellingen en gemeenten en/of andere organisaties (bijvoorbeeld wijkteams)?

Mogelijke oplossing:

- Samenwerkingsverbanden stimuleren door best-practices uit regio's op te halen en deze te delen.

2. Aanwezigheid van indicatoren voor monitoring herstelbenadering

De zorgstandaard legt de focus meer dan voorheen op herstel, zowel op maatschappelijk, functioneel als persoonlijk gebied (hoofdstuk 6). Dat vraagt ook om een doorvertaling van deze meer patiënt- en herstelgerichte benadering naar de indicatoren voor de monitoring.

Uitvoeringsvragen:

- Hoe ervoor te zorgen dat de indicatoren aansluiten bij de zorgstandaard?

Mogelijke oplossingen:

- Vertaling van de herstelbenadering naar indicatoren voor monitoring. Hierbij dient te worden aangesloten bij lopende ontwikkelingen van (ROM)indicatoren.

3. Voldoende professionals binnen de ggz met expertise op het gebied van rehabilitatie en zelfhulpinterventies

De zorgstandaard legt meer nadruk op rehabilitatie en zelfhulpinterventies (hoofdstuk 5 en 6), waarvoor expertise bij de aanbieder en samenwerking met andere partijen in het veld (bijv. woningbouwcorporaties of gemeenten) nodig is.

Uitvoeringsvragen;

- Hoe te zorgen voor voldoende professionals binnen de ggz met expertise op het gebied van rehabilitatie en zelfhulpinterventies?

Mogelijke oplossingen:

- Bij- en nascholing van professionals.
- Aanpassing van de opleidingscurricula.

4. Bekendheid, budget en maatschappelijk draagvlak voor de interventie contingentie management

Contingentiemanagement (hoofdstuk 5) is een relatief nieuwe interventie om verslaving te behandelen. Bij contingentie management wordt door het belonen van goed gedrag (in de vorm van specifieke artikelen of privileges) het gedrag van de patiënt beïnvloed. Deze interventie vergt handigheid en vaardigheid bij professionals, maar is vrij eenvoudig aan te leren.

Uitvoeringsvragen:

- Hoe te zorgen voor kennis over contingentie management bij professionals?
- Er is budget nodig voor beloningen. Hoe dit te bekostigen?
- Het belonen van patiënten is in politiek en maatschappelijk opzicht lastig uit te leggen en kan bij buitenstaanders vragen oproepen. Hoe kan het draagvlak worden vergroot?

Mogelijke oplossingen:

- Bekendheid van contingentie management kan worden vergroot door landelijk in te zetten op de implementatie van contingentie management vanuit verslavingskunde Nederland.
- Zorgaanbieders kunnen contingentie management als interventie opnemen en hiervoor budgetbesprekingen met financiers starten.
- Budgetmogelijkheden voor bekostiging van contingentie management vanuit de Zvw of Wmo moeten worden geïnventariseerd.
- Het maatschappelijk draagvlak voor contingentie management onder de betrokken partijen kan worden vergroot door meer aandacht te geven aan de effectiviteit en uiteindelijke opbrengsten van deze interventie.

5. Voldoende verslavingsartsen en verpleegkundig specialisten ggz

De beschreven zorg in de standaard vraagt om de inzet van meer regiebehandelaars (paragraaf 8.1.2): verslavingsartsen en verpleegkundig specialisten ggz.

Uitvoeringsvraag:

- In de huidige praktijk is er onvoldoende capaciteit, o.a. vanwege een te hoge caseload bij verslavingsartsen. Dit heeft mogelijk tot gevolg dat er te weinig fte's zijn voor verslavingsartsen en verpleegkundig specialisten ggz om hun rol als regiebehandelaar ook op te pakken (zie hieronder 2.4 kwantificering benodigde capaciteit). Hoe te zorgen voor genoeg verslavingsartsen en verpleegkundig specialisten ggz?

Mogelijke oplossingen

- Het tekort goed in kaart brengen en meer mensen opleiden.

2.4 Kwantificering benodigde capaciteit

Op basis van aannames en inschattingen is een globale kwantificering van de benodigde capaciteit gemaakt als er gewerkt wordt conform standaarden. Dit is vergeleken met het huidige zorggebruik op basis van beschikbare data (bron: databestanden Zorgverzekeringswet 2015, Vektis). Deze inschatting is gemaakt op basis van de vier variabelen waarvan capaciteit afhankelijk is en die beïnvloed kunnen worden door het werken met de standaard ('knoppen waaraan gedraaid kan worden'). Het gaat om: grootte van de totale doelgroep in zorg (knop 1), de behandelintensiteit (knop 2), verdeling van inzet in uren over de echelons (knop 3), verdeling van inzet in uren over de beroepsgroepen (knop 4). Hieronder volgt per knop, indien mogelijk, een beschrijving van de range waarbinnen aan deze knop gedraaid kan worden met een kwalitatieve onderbouwing.

1. Grootte van de totale doelgroep in zorg
De totale doelgroep in zorg blijft gelijk. Niet het aantal maar vooral het type patiënten verandert. Er wordt verwacht dat naast het gebruik van heroïne het gebruik van andere opiaten gaat toenemen.
2. Behandelintensiteit: gemiddelde inzet in uren per patiënt per jaar over de gehele keten
De behandelintensiteit, over de gehele keten (huisartsenzorg, GB GGZ en S GGZ), in gemiddeld aantal uren per patiënt per jaar neemt naar verwachting fors toe als de zorg wordt verleend conform de zorgstandaard. Deze toename in behandelintensiteit gaat uit van de situatie waarin alle patiënten in de subdoelgroepen met matige en zware problematiek, behandeld in de S GGZ, het volgende ontvangen:

een methadononderhoudsbehandeling, zes keer per jaar contact met een psycholoog, een regiëbehandelaar als eerste contactpersoon en elke week een half uur contact met een verpleegkundige. De standaard beschrijft echter ook minder intensieve trajecten. Op totaalniveau is daarmee de verwachting dat de benodigde behandelintensiteit hierdoor met ca. 15-20% toeneemt.

3. Verdeling van inzet in uren over de echelons

De zorgstandaard gaat ervan uit dat er meer zorg geleverd kan worden vanuit de GB GGZ, omdat patiënten met lichte problematiek prima hier een groot deel van hun zorg kunnen ontvangen. Volgens globale schattingen is deze toename relatief groot (meer dan een verdubbeling). De absolute toename is echter relatief lager omdat de meeste zorg in de S GGZ wordt geleverd.

4. Verdeling van inzet in uren over de beroepsgroepen:

Er is op dit moment vooral een tekort aan verslavingsartsen (alleen S GGZ) en verpleegkundig specialisten ggz (zowel in de S GGZ als GB GGZ).

Tabel 'Verwachte inzet per echelon en per beroepsgroep'

Verwachte verdeling inzet per echelon	
S GGZ	<ul style="list-style-type: none"> • Er wordt een toename van 10% verwacht. Dat betekent een toename van de benodigde capaciteit met ca. 60 fte en toename van het benodigde budget met 11 miljoen euro ten opzichte van de huidige situatie (590 fte en 110 miljoen euro in huidige situatie). • Intensievere behandeling voor een deel van de doelgroep (methadon-onderhouds-behandeling).
GB GGZ	<ul style="list-style-type: none"> • Er wordt een toename van meer dan 10% tot 25% verwacht. Dat betekent een toename van de benodigde capaciteit met tussen de 1 en 2 fte en een toename van het benodigde budget met 0,06 en 0,15 miljoen euro toename ten opzichte van de huidige situatie (6 fte en 0,6 miljoen euro). • Patiënten met lichte problematiek kunnen in de GB GGZ een groot deel van hun zorg ontvangen (meer dan een verdubbeling van de inzet).
Huisartsenzorg	Geen uitspraak over gedaan in de toets
Verwachte benodigde capaciteit per beroepsgroep	
GGZ verpleegkundig specialist	Toename van verpleegkundig specialisten ggz nodig in gespecialiseerde ggz, maar exacte fte en kosten zijn niet te kwantificeren Toename nodig vanwege bestaand tekort in generalistische ggz en/of gespecialiseerde ggz.
GZ-psycholoog	Geen uitspraak over gedaan in de toets
Klinisch psycholoog	Geen uitspraak over gedaan in de toets
Klinisch neuropsycholoog	Geen uitspraak over gedaan in de toets
Psychiater	Geen uitspraak over gedaan in de toets
Psychotherapeut	Geen uitspraak over gedaan in de toets
Verpleegkundige (art. 3)	Geen uitspraak over gedaan in de toets
Specialist ouderengeneeskunde	Geen uitspraak over gedaan in de toets

Arts verslavingszorg	Toename van artsen verslavingszorg nodig in gespecialiseerde ggz, maar exacte fte en kosten zijn niet te kwantificeren Toename nodig vanwege bestaand tekort in generalistische ggz en/of gespecialiseerde ggz.
Overige behandelaren	Geen uitspraak over gedaan in de toets

Bron gegevens huidige situatie: databestanden Zorgverzekeringswet 2015, Vektis

Conclusie

Zoals in 2.2. al is aangegeven, zijn de aannames gebaseerd op grove schattingen en bieden zij slechts een indicatie. Veel werkgroepen zijn terughoudend geweest in de exacte duiding van de verschuivingen, omdat het totaalbeeld nog onvoldoende helder is. Op hoofdlijnen is bij deze zorgstandaard de volgende conclusie te maken.

In de huidige praktijk is ca. 600 fte en 110 miljoen euro nodig voor de behandeling van opiaatverslaving (bron: databestanden Zorgverzekeringswet 2015, Vektis).

In het geval dat de behandelintensiteit (licht) toeneemt, betekent dit voor de S GGZ een toename in fte van rond de 10%. De toename in de S GGZ bedraagt dan ca. 60 fte en 10 miljoen euro (ten opzichte van de huidige situatie van 590 fte en 110 miljoen euro in huidige praktijk S GGZ).

Voor de GB GGZ ligt deze toename hoger dan 10%, omdat er volgens knop 3 meer zorg geleverd gaat worden in de GB GGZ. Ook voor verslavingsartsen en verpleegkundig specialisten ggz ligt dit percentage hoger omdat er nu al een tekort is aan deze beroepsgroepen.



Kwaliteits-
ontwikkeling
GGZ

Netwerk voor goede zorg