



Kwaliteits-
ontwikkeling

GGZ

Netwerk voor goede zorg

Model GGz Zorgstandaard 2.2

September 2016

Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGz
Postbus 20062
3502 LB UTRECHT
T: 030 282 33 02
E: secretariaat@kwaliteitsontwikkelingggz.nl

Utrecht, September 2016

www.kwaliteitsontwikkelingggz.nl

Herziening versie 1.0 Model GGz Zorgstandaard, april 2014

Herziening versie 2.0 Model GGz Zorgstandaard, juli 2015

Herziening versie 2.2 Model GGz Zorgstandaard, september 2016

Inhoudsopgave

Inleiding	5
Zorgstandaard en kwaliteitsbeleid.....	6
Belangrijkste wijzigingen ten opzichte van versie 1.0.....	7
Opbouw Model GGz Zorgstandaard	8
Hoofdstuk 1. Visie op zorg: Gezondheid als perspectief	8
Hoofdstuk 2. Inleiding Zorgstandaard	10
Paragraaf 2.1. Zorgstandaard, generieke module, richtlijn	10
Paragraaf 2.2. Patiënt- en Familieparticipatie	10
Paragraaf 2.3. Onderlinge samenhang zorgstandaard en generieke modules.....	11
Paragraaf 2.4. Betrokken organisaties	11
Paragraaf 2.5. Uitgangspunten.....	11
Paragraaf 2.6. Leeswijzer	12
Hoofdstuk 3. Specifieke omschrijving stoornis	12
Paragraaf 3.1. Inleiding.....	12
Paragraaf 3.2. Doelstelling	12
Paragraaf 3.3. Doelgroep	13
Hoofdstuk 4. Zorg rondom specifieke stoornis.....	13
Paragraaf 4.1. Inleiding.....	13
Paragraaf 4.2. Vroege onderkenning en preventie.....	14
Paragraaf 4.2.1 Vroege onderkenning.....	14
Paragraaf 4.2.2 Preventie	14
Paragraaf 4.3. Diagnostiek en monitoring	14
Paragraaf 4.3.1 Diagnostiek	14
Paragraaf 4.3.2 Onderscheid.....	15
Paragraaf 4.3.3. Monitoring	15
<i>Bij uitblijvend effect kan de patiënt en/of zijn behandelaar er voor kiezen een second opinion aan te vragen om de diagnose en/of het behandeladvies te laten toetsen.</i>	
Hoofdstuk 5. Individueel zorgplan en behandeling.....	15
Paragraaf 5.1. Zelfmanagement.....	16
Paragraaf 5.2. Behandeling en begeleiding	16
Paragraaf 5.2.1 Psycho-educatie	17
Paragraaf 5.2.2 Eerste stap interventies	18
Paragraaf 5.2.3 Psychosociale behandeling	18
Paragraaf 5.2.4 Psychologische en psychotherapeutische behandeling.....	18
Paragraaf 5.2.5 Medicamenteuze behandeling.....	18
Paragraaf 5.2.6 Combinatiebehandeling	18
Paragraaf 5.2.7 Biologische behandeling	19
Paragraaf 5.2.8 Vaktherapieën.....	19
Paragraaf 5.2.9 Innovatieve en experimentele behandelingen	19
Paragraaf 5.2.10 Complementaire en aanvullende behandelwijzen	19
Hoofdstuk 6. Herstel, participatie & re-integratie	19
Paragraaf 6.1. Herstel.....	19
Paragraaf 6.2. Participatie	19
Paragraaf 6.3. Re-integratie	20
Hoofdstuk 7. Generieke modules/Generieke zorg.....	20
Paragraaf 7.1. Zorgmodule a	21
Paragraaf 7.2. Zorgmodule b.....	21
Paragraaf 7.3. Zorgmodule c	21
Paragraaf 7.4. Zorgmodule d.....	21

Hoofdstuk 8. Organisatie van zorg	21
Paragraaf 8.1 Zorgstandaard onafhankelijke aspecten.....	22
8.1.1 Echelonering & gepast gebruik.....	22
8.1.2 Regiebehandelaar.....	23
8.1.3 Overdracht & consultatie.....	23
8.1.4 Informatie-uitwisseling	24
8.1.5 Toegankelijkheid	24
8.1.6 Keuzevrijheid	25
8.1.7 Onafhankelijke patiëntenondersteuning	25
8.1.8 Privacy	26
Paragraaf 8.2 Zorgstandaard afhankelijke aspecten.....	26
Paragraaf 8.3 Kwaliteitsbeleid	27
8.3.1 Kwaliteitsstatuut	27
8.3.2 Deskundigheidsbevordering	28
Paragraaf 8.4 Kosteneffectiviteit & doelmatige zorg	28
Paragraaf 8.5 Financiering	29
Hoofdstuk 9. Kwaliteitsindicatoren.....	29
Paragraaf 9.1. Uitkomstindicatoren	30
Paragraaf 9.2. Procesindicatoren	30
Paragraaf 9.3. Structuurindicatoren.....	30
Hoofdstuk 10. Bijlagen	31
Hoofdstuk 11. Overige producten en activiteiten.....	31
Proces van ontwikkeling	32
Vorbereiding.....	32
Afronding.....	33
Bijlagen	34
Bijlage 1. Overzicht kwaliteitsinstrumenten	34
Bijlage 2. Relevante documenten en websites	35

Inleiding

De geestelijke gezondheidszorg (ggz) levert in Nederland een onmisbare bijdrage aan een gezonde, veerkrachtige en veilige samenleving. Het is belangrijk dat er een goed, stevig en gevarieerd zorgaanbod van de ggz bestaat om mensen met psychische aandoeningen (en klachten) te herkennen, diagnosticeren, behandelen en/of stabiliseren.

Het Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGz is een samenwerkingsverband dat is opgericht door de beroepsverenigingen van de psychiaters (NVvP) en de psychologen (NIP) en het Landelijk Platform GGz (LPGGz). In het Netwerk participeren daarnaast GGZ Nederland, Zorgverzekeraars Nederland (ZN) en andere relevante beroepsverenigingen en stakeholders. In het kader van het Meerjarenprogramma 2014-2017 coördineert het bureau van het Netwerk de ontwikkeling en actieve verspreiding van kwaliteitsstandaarden. Het betreft stoornis-specifieke zorgstandaarden en generieke modules, die de basis vormen voor zorgpaden en (regionale) zorgprogramma's. De ontwikkeling en verspreiding van de kwaliteitsstandaarden heeft als doel om goede zorg rondom psychische stoornissen (en klachten) te bevorderen. Uitgangspunt is dat de zorg rond de patiënt wordt georganiseerd en niet de patiënt rond de zorg. Dit betekent dat de zorg die nodig is, op de juiste plek, door de juiste persoon, doelmatig en in goede samenhang moet worden verleend.

Het Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGz heeft zich ten doel gesteld om in de periode 2014-2017 meerdere stoornis-specifieke zorgstandaarden en generieke modules te ontwikkelen. Om tot een herkenbare uniforme opbouw van de stoornis-specifieke zorgstandaarden en de generieke modules te komen, is in april 2014 een eerste versie van het 'Model GGz zorgstandaard' gepubliceerd en in mei 2015 een eerste versie van het 'Model GGz generieke module'. Deze modellen dienen als kader voor alle stoornis-specifieke zorgstandaarden en generieke modules die in opdracht van het Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGz worden ontwikkeld. De op basis van dit model te ontwikkelen zorgstandaarden worden dusdanig opgesteld dat de indicatiestelling, de inhoud van de zorg en de organisatie van de zorg aansluiten op de zorgvraag van de patiënt en de fase van zijn of haar ziekteproces. De zorgstandaarden worden modulair, uit stukjes of bouwstenen, opgebouwd. De modulaire opbouw vergemakkelijkt het maken van herzieningen, uitwisseling, en het onderhoud van de zorgstandaard. De zorgstandaarden beschrijven de zorg per doelgroep met daarbij de te verwachten uitkomstmaten. De 'zorg' wordt hierbij breed opgevat en gaat ook om die begeleiding en ondersteuning die tot doel heeft de patiënt (weer) maatschappelijk te laten functioneren.

De zorgstandaarden en generieke modules die worden ontwikkeld moeten worden opgenomen in het Register van het Kwaliteitsinstituut, Zorginstituut Nederland. Om voor opname in het Register van het Kwaliteitsinstituut in aanmerking te komen dienen zorgstandaarden met betrokkenheid van minimaal de volgende stakeholders ontwikkeld te worden (Zorginstituut Nederland, 2014): patiëntvertegenwoordigers, zorgaanbieders, zorgverleners en zorgverzekeraars. Deze betrokken partijen dragen de zorgstandaard ook gezamenlijk voor aan het Kwaliteitsinstituut voor opname in het Register. Het toetsingskader voor opname in het Register schrijft de volgende voorwaarden voor:

1. De relevante partijen zijn betrokken bij de ontwikkeling van de kwaliteitsstandaard of hebben er gemotiveerd van af gezien.
2. Alle betrokken partijen dragen de kwaliteitsstandaard gezamenlijk voor.
3. De kwaliteitsstandaard bevat een adequate beschrijving van de inhoud van zorg en de organisatie van het zorgproces.
4. De kwaliteitsstandaard heeft een cliëntversie, een samenvatting, een set met bijbehorende meetinstrumenten, indicatoren en een onderhoudsplan. Als de

kwaliteitsstandaard niet alle genoemde onderdelen heeft, dan hebben de partijen een tijdspad geformuleerd waaruit blijkt wanneer de kwaliteitsstandaard wel volledig aan dit criterium zal voldoen.

De Model GGz Zorgstandaard is richtinggevend en biedt handvatten bij de ontwikkeling van zorgstandaarden. Voorbeeldteksten zijn bedoeld als voorzet en om een indruk te geven van de door het Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGz gewenste inhoud, uitgebreidheid en schrijfstijl. Het document beschrijft de inhoud van een GGz Zorgstandaard en het proces van ontwikkeling. Het model is een herziening van de eerste versie van de 'Model GGz Zorgstandaard' uit 2014. De volgende documenten liggen aan de basis van dit document:

- Het model voor de zorgstandaarden bij chronische aandoeningen (Coördinatieplatform Zorgstandaarden, 2010);
- Het Toetsingskader 2.0 (Zorginstituut Nederland, juni 2015);
- Het 'Model GGz Generieke module' (Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGz, mei 2015);
- De Leidraad voor de kwaliteitsstandaarden (Zorginstituut Nederland, december 2014).

Zorgstandaard en kwaliteitsbeleid

Een kwaliteitsstandaard beschrijft in algemene termen wat goede zorg is vanuit het perspectief van de patiënt. Zowel richtlijnen, zorgstandaarden als generieke modules vallen onder de verzamelnaam kwaliteitsstandaard.

Zorgstandaarden en generieke modules bevatten informatie over de inhoud van de zorg, de organisatie van de zorg en het kwaliteitsbeleid. In zorgstandaarden en generieke modules zijn bijpassende meetinstrumenten (set kwaliteitsindicatoren en gevalideerde vragenlijsten) opgenomen die transparante informatie geven over de kwaliteit en effectiviteit van de zorg (belangrijkste uitkomstmaten: effectiviteit, patiëntwaardering, kwaliteit van leven en kosten).

Het Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGz hanteert de volgende definitie voor zorgstandaard; "Een zorgstandaard geeft vanuit het perspectief van patiënten een op actuele en zo mogelijk wetenschappelijk onderbouwde inzichten gebaseerde functionele beschrijving van de multidisciplinair georganiseerde individuele preventie, zorg (cure & care) en ondersteuning bij zelfmanagement voor een bepaalde stoornis gedurende het complete zorgcontinuüm met een beschrijving van de organisatie en relevante prestatie-indicatoren (incl. meetinstrumenten). De zorgstandaard beschrijft in principe niet welke aanbieders de zorg leveren. Het is aan de 'regionale' aanbieders, zorgverzekeraars, gemeenten om hier in zorgprogramma's uitvoering te geven.

Kwaliteitsstandaarden, waaronder de stoornis-specifieke zorgstandaarden, hebben een functie in het proces van kwaliteitsbevordering en in de kwaliteitscyclus:

- Het bevorderen van de kwaliteit van de zorg en het formuleren van het doel van de te leveren zorg;
- Het bevorderen van transparantie in het zorgproces;
- Het bevorderen van de communicatie tussen patiënten, familie en zorgverleners;
- Het bevorderen van zelfmanagement en ondersteuning van de patiënt als regisseur van zijn eigen bestaan met zijn eigen verantwoordelijkheid en behoud van autonomie;
- Effectieve en eigentijdse organisatie van de zorg in de keten, waarbij rekening wordt gehouden met de fase waarin de patiënt zich bevindt (preventie, acute zorg, chronische zorg, etc.);
- Kwaliteitsbewaking en bevordering, zowel door interactie tussen patiënt en zorgverlener(s) als door rapportages van bereikte resultaten en feedback;
- Het verkrijgen van inzicht in de uitkomsten van zorg draagt bij aan een verbeterde kwaliteit en efficiëntie van de zorg en van kwaliteit van leven.

Belangrijkste wijzigingen ten opzichte van versie 1.0

Versie 1.0 van de 'Model GGz Zorgstandaard' is op een aantal aspecten herzien, naar aanleiding van het verschijnen van de 'Model GGz Generieke module' en rapporten van het Zorginstituut Nederland. Daarnaast zijn er ook vragen en opmerkingen over het huidige model geplaatst door projectleiders van zorgstandaarden en door de begeleidingscommissie die betrokken is bij de ontwikkeling van de modellen. In deze herziene versie (2.1) is informatie toegevoegd over:

- Algemene visie over gebruik van zorgstandaarden en kwaliteitsontwikkeling;
- Algemeen hoofdstuk 1 Visie op kwaliteit van zorg;
- De werking van en relatie tussen zorgstandaarden en generieke modules;
- De inbedding van het patiëntenperspectief;
- De Kwaliteitscyclus, zoals deze door het Netwerk is benoemd in haar Meerjarenprogramma 2014-2017;
- Het proces van ontwikkeling van een zorgstandaard.

Naar aanleiding van ontvangen feedback is voor ten opzichte van versie 2.0 het volgende aangepast:

- Hoofdstuk 8 organisatie van zorg is ingevuld aan de hand van een schrijfhulp;
- Bij verschillende onderdelen is informatie toegevoegd over de gehele zorgketen, van huisartsenzorg, generalistische basis ggz, gespecialiseerde ggz tot hoog specialistische ggz;
- Aandacht voor gender.

De Model GGz Zorgstandaard beschrijft onderwerpen die in een zorgstandaard aan de orde komen, aangegeven in de verschillende hoofdstukken en paragrafen. De eigen regie van patiënten loopt steeds als een rode draad door het zorgproces en vormt een integraal onderdeel van elke zorgstandaard.

Leeswijzer

De Model GGz Zorgstandaard is richtinggevend en biedt handvatten bij de ontwikkeling van zorgstandaarden. Vanwege dit tweede doel zijn drie soorten tekst te herkennen:

- Recht gedrukte tekst is bedoeld ter toelichting en verduidelijking;
- In **omkaderde recht gedrukte tekst** wordt aangegeven wat er in dit hoofdstuk of deze paragraaf inhoudelijk opgenomen wordt in de te ontwikkelen zorgstandaard; en
- *Schuingedrukte tekst* is voorbeeldtekst. Voorbeeldteksten zijn bedoeld als voorzet en om een indruk te geven van de door het Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGz gewenste inhoud en schrijfstijl.

Opbouw Model GGz Zorgstandaard

In dit hoofdstuk wordt een opbouw voor de GGz Zorgstandaard beschreven waaraan de werkgroepen zich bij het ontwikkelen van een stoomis-specifieke zorgstandaard moeten houden. Dit hoofdstuk beschrijft alle onderwerpen, hoofdstukken, paragrafen die in een zorgstandaard aan de orde moeten komen. Er is gekozen voor een modulaire opbouw van de zorgstandaard omdat op die manier hergebruik van onderdelen, toegankelijkheid, (door)ontwikkeling en onderhoud van de zorgstandaarden vergemakkelijkt wordt.

Het is daarnaast van belang dat de zorgstandaard in schrijfstijl en omvang zodanig wordt opgesteld dat het ook een praktisch bruikbaar instrument wordt. Gebruik bij de ontwikkeling van de zorgstandaard de begrippen die vermeld staan in de begrippenlijst (volgt spoedig) op de website: www.kwaliteitsontwikkelingggz.nl.

Hoofdstuk 1. Visie op zorg: Gezondheid als perspectief

Psychische problemen kunnen enorm ontwrichtend zijn. Mensen die hiermee worden geconfronteerd, weten dat als geen ander. Wanneer zij in al hun kwetsbaarheid een beroep doen op professionele hulp, moeten zij kunnen rekenen op de grootst mogelijke deskundigheid van op hen betrokken beroepsbeoefenaren. Om de kwaliteit van de geestelijke gezondheidszorg (ggz) verder te verbeteren, zijn beroepsbeoefenaren, patiënten en hun naasten op zoek gegaan naar interventies en zorg- en organisatievormen, waarvan vanuit wetenschappelijke kennis, professionele kennis en ervaringskennis vaststaat dat ze het meest effectief zijn en het minst belastend. In de zorgstandaarden en generieke modules beschrijven we met elkaar kwalitatieve goede zorg tegen aanvaardbare kosten. Dit is zorg die op de juiste plek, door de juiste persoon, doelmatig, in goede samenhang en rondom de patiënt en zijn naaste(n) wordt verleend.

Inzet op gezondheid: geen doel op zich

In de zorg ligt de focus op gezondheid; op herstel van het vermogen om je aan te passen en eigen regie te voeren in het licht van de sociale, mentale en fysieke uitdagingen van het leven¹. Het herwinnen van fysiek en geestelijk welzijn is hierbij geen doel op zich, maar een middel om een volwaardig en zinvol leven te kunnen leiden.

Vanuit dit perspectief draagt de ggz bij aan herstel en meer kwaliteit van leven. Aansluitend bij de eigen kracht van patiënten en bij de onmisbare steun van hun naaste(n). Eigen regie, zelfmanagement en gelijkwaardig contact zijn hierbij essentieel, zonder de beperkingen uit het oog te verliezen. Het gaat allereerst om het vinden van een evenwicht tussen de draaglast van de patiënten en hun naasten en hun draagkracht om van daaruit de meest passende weg te vinden richting herstel.

Het begint met een relatie

Wie aangewezen is op zorg krijgt te maken met professionals. Goede diagnostiek gaat over het persoonlijk verhaal van een patiënt, over zijn of haar leven, met alle kwetsbaarheden en weerbaarheden die daarbij horen. Wat is je probleem? En hoe kan ik je daarbij het beste helpen? Door samen te zoeken naar antwoorden op deze vragen blijft de patiënt aan het roer van zijn eigen leven staan. Zorgstandaarden geven sturing aan alle onderdelen van het zorgproces - van diagnose en indicatie, tot zorgtoewijzing en uitvoering. Maar deze standaarden 'vangen' niet alles. Neem bijvoorbeeld de continuïteit van zorg en zorgverlener; die is essentieel maar komt in de standaarden niet vanzelfsprekend naar voren.

¹ Huber, 2014, literatuurverwijzing toevoegen.

Hetzelfde geldt voor het contact en de match met een professional. Werkelijk contact maakt een relatie wederkerig en gelijkwaardig. Niet voor niets is de 'klik' tussen de zorgverlener en de patiënten en hun naasten een van de meest genoemde kwaliteitseisen. Dat blijkt ook uit onderzoek. Veel patiënten en naasten zien de 'klik' als hét meest werkzame ingrediënt van de behandeling. Zij vragen van professionals dat zij er voor hen zijn, dat zij nabij zijn, dat zij oog hebben voor hun leefwereld en voor wat er voor hen op het spel staat. Dit vergt niet zozeer professionele distantie, maar vooral een verdere verankering van professionele nabijheid in de ggz.

Aandacht voor de mens

Mensen hebben allemaal hun persoonlijke geschiedenis. Wij functioneren in onze eigen sociale omgeving op basis van eigen kracht. Onze identiteit ontleen we daarbij aan wie wij *zijn* - niet aan klachten die we hebben. Daarom is het van belang om in de ggz gepast gebruik te maken van diagnostische labels. Bijvoorbeeld als werkhypothese of als zoekterm.

Daarnaast dient er nadrukkelijk ruimte te zijn voor verschillende verklaringsmodellen over oorzaak, beloop, veerkracht en herstel van disbalans. Een belangrijke oproep in de zorgstandaarden luidt dan ook: staar je niet blind op diagnostische labels en etiketten, maar houd altijd oog voor de mensen om wie het gaat.

Eigen keuzes maken.

Bij verdergaande langdurige, intensieve en eventueel verplichte zorg blijven de principes van mens- en herstelgerichte zorg onverminderd van kracht. Behandeling en ondersteuning moet altijd beschikbaar zijn om de patiënt zoveel als mogelijk zijn leven naar eigen inzicht in te richten. Dit is een toepassing van het principe van gepast gebruik. Een en ander vergt voortdurend passen en meten, luisteren en doorvragen. Want ook in de zwaarste tijden zijn mensen er het meest mee geholpen als zij zelf keuzes kunnen maken.

Samenwerken aan zorg en herstel

De stand van de wetenschap dwingt tot nederigheid. Over het functioneren van de menselijke psyche is nog veel onbekend. Daarom hebben we alle kennis nodig vanuit de wetenschap, de praktijk en de eigen ervaring om stappen vooruit te zetten en de nodige kwaliteitsverbeteringen in de ggz te kunnen realiseren.

Daarnaast is het van groot belang dat de nu ontwikkelde zorgstandaarden door een breed scala van ggz-professionals gebruikt gaan worden, zowel in huisartsenzorg, de bedrijfsartsenzorg, de generalistische basis ggz, gespecialiseerde ggz en hoog specialistische ggz. Alle betrokkenen dienen zich hierbij te realiseren dat er via *shared decision making* altijd meerdere opties zijn bij het bepalen van doelen, interventies, tempo en frequentie. Uiteindelijk is het aan patiënten om in overleg met hun naasten en hulpverleners te bepalen of en hoe dit aanbod past in hun eigen leven en levensweg. De zorgstandaarden geven hierbij mogelijke richtingen aan (en dit geldt voor 80% van de patiënten), maar ze bieden ook de ruimte om hiervan op individueel niveau af te wijken, mits goed beargumenteerd en in overleg.

En natuurlijk helpt het als patiënten en hun naasten zich informeren over deze standaarden, zodat zij weten wat de ggz te bieden heeft en wat de voor- en nadelen van verschillende opties zijn. Zorgstandaarden zijn er dus niet alleen voor professionals, maar evenzeer voor patiënten en hun naasten². Voor hen zijn patiënterversies beschikbaar.

²Patiënten- en familieorganisaties in het Landelijk Platform GGz hebben hun visie op de thema's: gezondheid als perspectief, herstel van patiënten en naasten, de relatie met patiënten en naasten en gezondheid als maatstaf. Zij gaan daarbij verder in op veelgebruikte termen als: herstelgericht, cliënt- en vraaggestuurd, autonomie en *shared decision making*. Allemaal begrippen die in het verlengde van elkaar liggen en erop wijzen dat patiënten in de GGz – net als ieder ander – uiteindelijk het meest gebaat zijn bij eigen regie, waarbij zij zelf aan het roer staan en zoveel mogelijk grip houden op de koers van hun leven.

Hoofdstuk 2. Inleiding Zorgstandaard

In de inleiding wordt gemeld dat een zorgstandaard iets zegt over de inhoud, de organisatie en het kwaliteitsbeleid van de zorg rondom een specifieke stoornis en over de rol van de patiënt en de familie en de relatie met de zorgverlener. Een belangrijk element van een zorgstandaard is het realiseren van integrale en multidisciplinaire samenwerkingsafspraken. Er wordt daarom vermeld welke (beroeps)verenigingen, patiënten- en familieverenigingen, zorginstellingen en verzekeraars betrokken zijn bij de stoornis-specifieke zorg. De patiënt is partner in de zorg. Dat betekent: gezamenlijke besluitvorming, ondersteuning bij zelfmanagement en beschikbaarheid en toegankelijkheid van zelfmanagementtools. Zorgverleners hebben hierbij een coachende rol.

Paragraaf 2.1. Zorgstandaard, generieke module, richtlijn

Geef de definitie en gebruiksdoelen van de zorgstandaard, generieke module en richtlijn. Geef aan hoe deze kwaliteitsstandaarden zich tot elkaar verhouden.

Voorbeeldtekst:

Zorgstandaard: Een zorgstandaard geeft vanuit het perspectief van patiënten een op actuele en zo mogelijk wetenschappelijk onderbouwde inzichten gebaseerde functionele beschrijving van de multidisciplinair georganiseerde individuele zorg. Dit geldt voor de onderdelen preventie, zorg (cure & care) en ondersteuning bij zelfmanagement voor een bepaalde stoornis gedurende het complete zorgcontinuüm met een beschrijving van de organisatie en relevante prestatie-indicatoren (incl. meetinstrumenten).

De zorgstandaard beschrijft in principe niet welke aanbieders de zorg leveren. Het is aan de 'regionale' aanbieders, zorgverzekeraars en gemeenten om hier in zorgprogramma's uitvoering aan te geven. Of: Een zorgstandaard is een beschrijving van de noodzakelijke onderdelen van multidisciplinaire zorg voor mensen met een bepaalde stoornis, gezien vanuit de patiënt. Een zorgstandaard is een algemeen raamwerk op hoofdlijnen voor de behandeling van mensen met een bepaalde stoornis. Het beschrijft de norm waaraan goede zorg voor een bepaalde stoornis minimaal moet voldoen. Dit maakt het voor alle partijen in de markt inzichtelijk wat zij kunnen en mogen verwachten in het behandelingstraject.

Generieke module: In generieke modules staan zorgcomponenten of -onderwerpen beschreven die relevantie hebben voor meerdere psychische stoornissen en/of somatische aandoeningen. Een generieke module haakt per definitie aan op een aantal andere kwaliteitsstandaarden, zowel voor specifieke stoornissen als voor somatische chronische aandoeningen. De zorg die beschreven wordt in een generieke module kan bij de ene stoornis toepasbaar zijn in slechts één bepaalde fase en bij een andere stoornis in meerdere fasen. De zorg die beschreven wordt rondom het ggz-onderwerp in een generieke module, is 'generiek'.

Richtlijn: Een document met aanbevelingen, gericht op verbetering van kwaliteit van zorg, veelal een systematische samenvatting van wetenschappelijk onderzoek en afweging van voor- en nadelen van verschillende behandelingen, aangevuld met expertise en ervaringen van zorgverleners en zorggebruikers. Een richtlijn is primair bedoeld voor ondersteuning van de klinische (curatieve) besluitvorming. Gerelateerde doelen zijn vermindering van diversiteit in handelen en vergroten van transparantie.

Paragraaf 2.2. Patiënt- en Familieparticipatie

De zorgstandaard is geschreven vanuit patiëntenperspectief. Hiermee wordt bedoeld dat er in de zorgstandaard en generieke module een uitwerking gevraagd wordt van het individueel zorgplan, van het voeren van eigen regie en zelfmanagement ondersteunend werken, en van het proces van gedeelde besluitvorming. Daarin ligt de uitdaging om naast goede en goed georganiseerde zorg, vooral ook aan te sluiten op de individuele wensen en doelen van elke

unieke patiënt. Om het perspectief van patiënten en familie goed te borgen en zichtbaar te maken, wordt in deze paragraaf een korte samenvatting gegeven van de wijze waarop dit perspectief is geborgd. De werk- en adviesgroep van een stoornis-specifieke zorgstandaard heeft altijd afgevaardigden van patiënten en familie aan tafel. Bovendien wordt aanbevolen om zicht te krijgen op de wensen en ervaringen met de zorg rondom de specifieke stoornis. Dit kan bijvoorbeeld door een patiënten raadpleging te houden, door het uitzetten van een vraag bij een groep van patiënten, door het houden van een focusgroep met patiënten of door het bundelen van resultaten vanuit al gehouden patiëntenraadplegingen. De uitwerking van de resultaten in de zorgstandaard kunnen beschreven worden door deze in te delen volgens de [LPGGz criteria](#). Deze criteria kunt u eveneens vinden onder downloads op de website www.kwaliteitsontwikkelingggz.nl

Beschrijf:

- Wanneer en welke methodiek is gehanteerd voor het in kaart brengen van de aandachtspunten voor de zorg vanuit het patiëntenperspectief.
- In een samenvatting de belangrijkste ervaringen, aandachts- en verbeterpunten;
- Op welke wijze de uitkomsten op de criteria zijn meegenomen in de zorgstandaard.

Paragraaf 2.3. Onderlinge samenhang zorgstandaard en generieke modules

Het zoeken van afstemming tussen werkgroepen over de inhoud van stoornis-specifieke zorgstandaarden onderling en tussen de stoornis-specifieke zorgstandaarden en de generieke modules is noodzakelijk om een goede aansluiting tussen de kwaliteitsstandaarden te verkrijgen. In bijlage 1 staat een overzicht van de in ontwikkeling zijnde kwaliteitsstandaarden. Het bureau van het Netwerk beschikt over de contactgegevens van de betreffende werkgroepen. Op de website www.kwaliteitsontwikkelingggz.nl kunt u eveneens de contactgegevens bij iedere kwaliteitsstandaard vinden, die bij het Netwerk worden ontwikkeld. In generieke modules staan zorgcomponenten of -onderwerpen beschreven die relevantie hebben voor meerdere psychische stoornissen en/of somatische aandoeningen. Een generieke module haakt per definitie aan op een aantal andere kwaliteitsstandaarden, zowel voor specifieke stoornissen als voor somatische chronische aandoeningen. De zorg die beschreven wordt in een generieke module kan bij de ene stoornis toepasbaar zijn in slechts één bepaalde fase en bij een andere stoornis in meerdere fasen. De zorg die beschreven wordt rondom het ggz-onderwerp in een generieke module, is 'generiek'. De generieke modules worden opgenomen in de zorgstandaarden. De model GGz Zorgstandaard en de model GGz Generieke Module leveren hier een belangrijke bijdrage voor. De modulaire opbouw van kwaliteitsstandaarden draagt bij aan hergebruik van onderdelen, toegankelijkheid, (door)ontwikkeling en onderhoud.

Paragraaf 2.4. Betrokken organisaties

Beschrijf de organisaties (deelnemers) die in de werk- en adviesgroep zaten en de genodigde partijen die (beargumenteerd) hebben afgezien van deelname.

Paragraaf 2.5. Uitgangspunten

Benoem de kwaliteitsstandaarden (bijv. richtlijnen, landelijke samenwerkingsafspraken) waarop de zorgstandaard gebaseerd is. Dit kan aangevuld worden met goede voorbeelden en kennis uit de praktijk ('best practices'/practice based evidence). Er kunnen ook uitkomsten van net verschenen studies worden meegenomen. Voor de gebruikersvriendelijkheid is het noodzakelijk

dat in de tekst literatuur-/bronvermeldingen staan, waarbij ook verwezen wordt naar de paragraaf en/of pagina waar de tekst aan ontleend is. Geef aan welke werkwijze voor de ontwikkeling van de zorgstandaard gehanteerd is.

Noem de kwaliteitsinstrumenten (w.o. richtlijnen) waarop de zorgstandaard gebaseerd is en beschrijf de werkwijze voor de ontwikkeling van de zorgstandaard.

Paragraaf 2.6. Leeswijzer

Geef hier bijvoorbeeld aan *“Vanwege de leesbaarheid wordt in deze zorgstandaard overal de term ‘patiënt’ gehanteerd, ook voor mensen zonder een stoornis maar met een hoog risico op het krijgen van een stoornis”*.

Hoofdstuk 3. Specifieke omschrijving stoornis

Dit hoofdstuk bevat de volgende paragrafen:

Paragraaf 3.1. Inleiding

Geef een specifieke inleiding voor de stoornis met een beschrijving van de stoornis, en indien relevant de daarbij behorende onderverdeling, van relevante aspecten op hoofdlijnen:

- kenmerken of symptomen van de stoornis;
- de prevalentie; beschrijf zo mogelijk hoe vaak sprake is van recidive en chroniciteit risicogroepen of – factoren;
- de etiologie;
- de prognose/het beloop; beschrijf zo mogelijk hoe vaak therapieresistentie en chronisch beloop voorkomt
- het scala van lichte tot intensieve behandelingen en waar deze zich op richten; beschrijf zo mogelijk welke (innovatieve) behandelingen er zijn voor patiënten die therapieresistent zijn
- stagering;
- veel voorkomende comorbiditeit; beschrijf zo mogelijk bij welke bij welke combinaties van comorbiditeit behandeling in welk echelon geëigend is;
- relevante sekse- en genderverschillen;³
- de maatschappelijke gevolgen van de stoornis;
- de kwaliteit van bestaan;
- de invloed op het maatschappelijk functioneren.

Paragraaf 3.2. Doelstelling

Beschrijf op hoofdlijnen de prevalentie en/of raakvlakken met een aantal veel voorkomende stoornissen en generieke ggz onderwerpen. In een bijlage kan hierop uitgebreider worden ingegaan.

³ Ook in de GGz komen veel m/v verschillen voor. Zo zijn bijvoorbeeld vrouwen psychisch minder gezond dan mannen. 13% van de vrouwen tegenover 9% van de mannen van 12 jaar en ouder is psychisch ongezond. Er worden tien keer zoveel vrouwen behandeld voor een eetstoornis dan mannen. Depressie en angststoornissen komen vaker voor bij vrouwen dan bij mannen. Misbruik en afhankelijkheid van alcohol en drugs, en gedragsstoornissen zoals adhd komen juist meer bij mannen voor. (Emancipatiemonitor 2014 SCP/CBS). Daarnaast zijn er tal van relevante sekse- en gender aspecten geïdentificeerd in verschijningsvorm, ernst en comorbiditeit bij veel stoornissen en aandoeningen, alsook in klacht beleving en -presentatie, risicofactoren en determinanten, sekse bias bij diagnostiek, behandelingseffecten, etc.

Geef de reden waarom een zorgstandaard ontwikkeld is.

Voorbeeldtekst: De belangrijkste functie van een zorgstandaard is richting te geven aan de wijze waarop de zorgvraag van mensen met een psychische stoornis of een verhoogd risico daarop wordt beantwoord (uiteraard in samenhang met de klinische behandelrichtlijnen). Het doel is dat zij hun leven met een psychische stoornis als volwaardig burger kunnen inrichten met alle maatschappelijke behoeften, verplichtingen en mogelijkheden. Uitgangspunt daarbij is dat de patiënt als volwaardig partner met eigen verantwoordelijkheid in het zorgproces optreedt. Hierbij is een transparante aanpak van doorslaggevend belang.

Paragraaf 3.3. Doelgroep

Geef de in- en exclusiecriteria aan voor de groepen, stoornissen of fasen van het zorgproces waarop de zorgstandaard betrekking heeft. Beschrijf inclusie en exclusie criteria voor behandeling in de verschillende echelon van de zorgketen (huisartsenzorg, basis ggz, gespecialiseerde ggz en hoog specialistische ggz). Een voorbeeld voor veel gebruikelijke inclusiecriteria voor behandeling in de hoog specialistische ggz is:

- ernstige en/of complexe problematiek
- onvoldoende respons op behandeling;

Geef aan hoe ontwikkelaars van andere standaarden en/of generieke modules de inhoud van de zorgstandaard kunnen benutten.

Beschrijf de doelgroep(en) van de zorgstandaard

Hoofdstuk 4. Zorg rondom specifieke stoornis

In dit hoofdstuk wordt de gewenste inhoud van de zorg voor de specifieke stoornis weergegeven. De verhouding in tekst over de hoofdstuk van de zorgstandaard is zodanig dat het accent van de tekst ligt op het zorginhoudelijke deel (hoofdstukken 4 en 5).

De hoofdstukken 4 en 5 omvatten in principe alle fasen van het complete zorgcontinuüm bij de individuele zorgvrager met een bepaalde stoornis. De beschrijving in de zorgstandaard begint met het begin van het continuüm - vaak vanaf de geïndiceerde preventie tot aan het einde van het continuüm - de chronische zorg. Het continuüm omvat zelfzorg, huisartsenzorg, generalistische basis ggz, gespecialiseerde ggz en hoogspecialistische ggz. De geboden zorg is zowel gericht op genezing ("cure"), als ook de aspecten die gepaard gaan met chroniciteit en behoudt van kwaliteit van leven ("care"). De paragrafen zijn zoveel mogelijk gebaseerd op de aanbevelingen uit richtlijnen/EBRO-modules over de psychische stoornis waar de zorgstandaard over gaat. Deze zijn gebaseerd op (inter)nationale wetenschappelijke literatuur en op de ervaringen van zorgverleners en zorggebruikers (best practices/practice based evidence), bijvoorbeeld over de 'availability' en de 'acceptability' van interventies. Doelmatigheid wordt hierbij ook beschreven of beargumenteerd aangegeven waarom dit niet mogelijk is.

Het hoofdstuk bevat de volgende paragrafen:

Paragraaf 4.1. Inleiding

In deze paragraaf kan de relevantie en inbedding van de zorg in de fasen van het zorgcontinuüm kort weergegeven worden. Het continuüm omvat zelfzorg, huisartsenzorg, generalistische basis ggz, gespecialiseerde ggz en hoogspecialistische ggz. In principe worden alle fasen beschreven. Indien niet alle fasen aan de orde komen, wordt dit hier vermeld met

daarbij de argumentatie. De inleiding over zorg rondom specifieke stoornis kan de volgende onderdelen bevatten:

Model

Voor sommige stoornissen worden in de praktijk reeds modellen gebruikt, die afwijken van de in dit model beschreven indeling. Aanbevolen wordt ervoor te zorgen dat aansluiting tussen deze modellen wordt gemaakt. Het moet gaan om een model dat herkenbaar is voor de 'gebruikers' van de zorgstandaard. Voorbeeld van modellen zijn het 5A model (zie de module zelfmanagement voor de zorgstandaarden bij chronische aandoeningen) of het ICF model (dat veel in de revalidatie gebruikt wordt).

Beschrijf welke andere model(len) eventueel gebruikt worden in de beschrijving van de zorg.

Kernelementen van de zorg

Het gaat in deze paragraaf om de cruciale elementen van de zorg rondom het ggz onderwerp die specifieke aandacht verdienen.

Beschrijf de kernelementen van de zorg voor het ggz onderwerp

Paragraaf 4.2. Vroege onderkenning en preventie

Paragraaf 4.2.1 Vroege onderkenning

Beschrijf:

- Op hoofdlijnen welke symptomen of psychische klachten een indicatie kunnen zijn voor de ontwikkeling van de stoornis. Wat zijn de risico factoren?
- Wat is bekend over de vroege onderkenning en preventie van de stoornis?
- Bij welke mensen de zorgverlener denkt aan de stoornis? Denk aan klachten of symptomen en aan risicofactoren als leeftijd, sekse, leefstijl, omstandigheden.
- Hoe vindt de opsporing plaats (vragen, instrument, onderzoek)?
- Wanneer consultatie en advies overwogen moet worden.

Paragraaf 4.2.2 Preventie

Geïndiceerde preventie richt zich op individuen die veelal nog geen gediagnosticeerde stoornis hebben, maar wel risicofactoren of symptomen. Geïndiceerde preventie heeft tot doel het ontstaan van stoornis of verdere gezondheidsschade te voorkomen door een interventie of behandeling. Denk hierbij ook aan symptoombestrijding. Overige vormen van preventieve interventies die toegepast worden nadat de diagnose gesteld is (bijvoorbeeld terugvalpreventie) worden beschreven in het hoofdstuk over de behandeling van stoornis.

Noem interventies die gericht zijn op het voorkomen van de stoornis.

Paragraaf 4.3. Diagnostiek en monitoring

Paragraaf 4.3.1 Diagnostiek

Beschrijf op hoofdlijnen hoe diagnostiek (en monitoring) plaatsvindt.

Maak onderscheid tussen groepen patiënten met een verschillende prognose/behandeling.

- Kan er sprake zijn van andere stoornissen die de klachten van de patiënt verklaren?
- Wat is (veel voorkomende) comorbiditeit?
- Uit welke onderdelen bestaat de diagnostiek (specificeer de inhoud van anamnese en de

instrumenten)?

- Waar vindt de diagnostiek plaats (huisartsenzorg, Generalistische Basis ggz, gespecialiseerde ggz, jeugdhulpverlening)? Op basis van welke criteria (DSM V, ICD-10)?
- Spelen lichamelijke, sociale en maatschappelijke beperkingen een rol?
- Welk somatisch onderzoek dient eventueel plaats te vinden?
- Wat zijn redenen voor verder onderzoek en wat houdt dat vervolgonderzoek in?
- Zijn er bijzonderheden bij de diagnostiek te melden (zoals patiënten die lastig te herkennen zijn)?
- Wat is de belasting voor de patiënt en kan deze beperkt worden?
- Beschrijf wanneer consultatie moet worden overwogen bij de (hoog)specialistische ggz?
- Beschrijf mogelijkheid van second opinion (op verzoek van patiënt of diens behandelaar)

Voorbeeldtekst: Het zorgaanbod is afgestemd op de aard van de stoornis en de fase van de stoornis waar een patiënt in zit. Daarom is het stellen van de juiste diagnose, inclusief de ernst van de stoornis en daarna regelmatige monitoring van de patiënt van groot belang. Daarnaast zijn zorgbehoeften van de individuele patiënt van belang; deze kunnen wisselen door de tijd en tussen patiënten onderling.

Paragraaf 4.3.2 Onderscheid

Beschrijf in hoofdlijnen welke patiëntengroepen eventueel onderscheiden worden:

- Is het relevant om een indeling te maken in ernst van de aandoening in licht, matig, of ernstig? Zo ja, op basis van welke criteria worden welke patiëntengroepen onderscheiden?
- Of is een andere indeling in subtypen relevant, bijvoorbeeld naar aard, ontstaansgeschiedenis of beloop?
- Wat betekent deze indeling voor de (intensiteit van de) zorgverlening?
- Beschrijf combinaties van aandoeningen waarvoor de kwaliteitsstandaard nog geen soelaas biedt.

Paragraaf 4.3.3. Monitoring

Beschrijf in hoofdlijnen hoe vaak en hoe (intensiteit) gemonitord wordt, en waar dit in de zorg gebeurt.

- Op welke manier is het wenselijk dat bij gedeelde zorg afspraken gemaakt worden welke zorgverlener primair verantwoordelijk is voor het monitoren?
- Op welke manier wordt er bij monitoren rekening gehouden met de eventueel te onderscheiden patiëntengroepen?

Voorbeeldtekst: Gezien het soms chronische, maar ook grillige verloop van ...[stoornis] is het voor alle patiënten met ...[stoornis] van belang dat er een regelmatige follow-up is. Hierdoor kunnen veranderingen tijdig gesignaleerd worden en kan het zorgaanbod direct aangepast worden.

Om het beloop van de behandeling te monitoren vinden regelmatige evaluaties plaats.

Wanneer behandelresultaten uitblijven of wanneer er onvoldoende effect wordt geboekt, is het van belang dat de behandelaar consultatie of advies inroept bij collega's.

Second opinion

Bij uitblijvend effect kan de patiënt en/of zijn behandelaar er voor kiezen een second opinion aan te vragen om de diagnose en/of het behandeladvies te laten toetsen. Hoofdstuk 5.

Individueel zorgplan en behandeling

In dit hoofdstuk komen de volgende paragrafen:

Paragraaf 5.1. Zelfmanagement

Beschrijf op hoofdlijnen de wijze waarop zelfmanagement plaats kan vinden.

- De zorgstandaard gaat primair uit van de vraag van de patiënt die gebruik maakt van zorg. In een individueel zorgplan worden, overeenkomstig deze zorgstandaard, alle onderdelen die van belang zijn in de behandeling en begeleiding van een patiënt vastgelegd. Ook de verantwoordelijkheden van de verschillende zorgverleners worden in dit plan vastgelegd. De familie wordt betrokken bij het opstellen van een individueel zorgplan. Het individueel zorgplan heeft als doel de integrale gezondheidstoestand van de patiënt te verbeteren. Het zorgplan beschrijft de zorgvraag, de oorzaken van de ervaren beperkingen, de persoonlijke (behandel)doelen, de behandelinterventies, etc. Het uiteindelijke doel, afname van het aantal klachten en verbetering van de kwaliteit van leven, kan alleen bereikt worden als een samenhangend geheel aan interventies plaatsvindt. De uitgebreidheid van de interventies is afhankelijk van de ernst van de stoornis en de ervaren ziektelast. In het beginstadium is continue en systematische informatie van belang. Daarna volgt instructie/educatie en ondersteuning van de patiënt bij zijn proces.
- In de verschillende fases van het zorgcontinuüm is vaak sprake van verschillende opties met elk hun voor- en nadelen. De waarden en voorkeuren van de patiënt diagnostiek ten aanzien van deze voor – en nadelen, bepalen voor een belangrijk deel welke optie voor elke unieke patiënt het meest passend is. Ga daarom ook in op zaken als shared-decision-making en alternatieve vormen van behandeling zoals e-health, etc.

Beschrijf ook:

- De rol van de patiënt (en zijn familie) als medebehandelaar (denk daarbij aan de therapie- en medicatietrouw, het vergroten van kennis over de stoornis / psycho-educatie, het meedenken en meebeslissen over de behandeling en het zelf doelen stellen ('shared decision making'), en het inzetten van mantelzorg).

Paragraaf 5.2. Behandeling en begeleiding

Beschrijf op hoofdlijnen de behandeling:

- Uitgaande van de zorgvraag van de patiënt en de fase in zijn of haar ziekteproces, wordt per subtype of doelgroep goede en doelmatige zorg, op basis van tijdsduur, intensiteit en tegen welke kosten, beschreven met de daarbij behorende te verwachten effecten (uitkomsten van zorg). Fasen die onderscheiden kunnen worden zijn bijvoorbeeld de fase waarbij er wel klachten zijn maar er nog geen diagnose van de stoornis is, een eerste episode, therapieresistentie⁴, een recidive en een chronische fase. Per fase wordt aangegeven welke zorg geboden wordt en wat de indicatiestelling is. Beschrijf de inclusie- en exclusie criteria en in geval van exclusie criteria waar de patiënt dan terecht kan. Daarbij wordt, per doelgroep, aangegeven wat de duur, intensiteit en verwachte uitkomst is van de zorg die wordt geboden. Zo mogelijk eveneens aangeven wat herstel is. Bijvoorbeeld door een percentage of score indien een meet- of beslisinstrument aanwezig is. Verwijs indien voorhanden voor de betreffende zorgstandaard.
- De uitkomsten per fase kunnen verschillen: voor een eerste episode zal het accent liggen op symptoomafname, bij therapieresistentie symptoomafname of stabilisering, bij een recidive symptoomafname en wordt het functioneren belangrijker en in de chronische fase ligt het accent veel meer op de kwaliteit van leven en participatie. De relevante uitkomsten worden beschreven.
- Een gewenste indeling is om per zorgsoort aan te geven voor welke patiëntengroep de behandeling geïndiceerd is en hoe de zorg georganiseerd is. Daarbij kan, afhankelijk van de relevante interventies voor een stoornis, de volgende indeling gehanteerd worden:

⁴ In de literatuur worden chroniciteit en therapieresistentie nogal eens door elkaar gebruikt. Hier bedoelen we met therapieresistentie niet reageren op achtereenvolgend ingezette behandelstappen conform de kwaliteitsstandaard.

1. Psycho-educatie;
2. Eerste stap interventies (zoals lichamelijke activiteit, e-mental health, bibliotherapie);
3. Psychosociale behandeling;
4. Psychologische en psychotherapeutische behandeling;
5. Medicamenteuze behandeling;
6. Combinatiebehandeling;
7. Biologische behandeling (zoals ECT, lichttherapie);
8. Vaktherapieën;
9. Innovatieve c.q. experimentele behandelingen
10. Complementaire en aanvullende behandelwijzen.

NB: Relevante interventies voor het voorkomen van terugval komen al bij de psychologische en de medicamenteuze behandeling ter sprake (daar wordt dan vermeld dat deze ook voor het voorkomen van terugval ingezet kunnen worden bij patiënten met een chronisch beloop).

Voorbeeldtekst: In de navolgende paragrafen wordt vanuit patiëntenperspectief de specifieke zorg voor een patiënt met ...[stoornis] beschreven. Daarbij wordt steeds aangegeven voor wie (welke categorie patiënten in welke fase), wat (advies, interventie of behandeling) geïndiceerd is. De daarbij behorende meetverantwoordingsinformatie (minimale dataset) staat in het hoofdstuk met de indicatoren, hoofdstuk [hoofdstuk nummer invullen].

Paragraaf 5.2.1 Psycho-educatie

Het verdient aanbeveling zo snel mogelijk na de diagnose patiëntgericht met de informatie, de voorlichting en educatieactiviteiten te starten. De zorgverlener en de patiënt delen stapsgewijs informatie over wat de ziekte inhoudt, welke behandeling wordt ingezet en wat de effecten op het dagelijks leven kunnen zijn. Daar moet voldoende tijd voor uitgetrokken worden. Voor de onderwerpen die in ieder geval aan de orde komen, wordt verwezen naar de richtlijnen. Speciale aandacht vraagt het onderwerp 'lotgenotencontact'. Dit kan voor patiënten een belangrijke aanvulling op de bovengenoemde informatie zijn. Informatie over (de mogelijkheden van) lotgenotencontact is verkrijgbaar bij de patiëntenvereniging. Voorlichting en educatie hebben als doel zelfmanagement en adequaat coping gedrag van de patiënt te versterken. Beide worden dus op de behoeften van de patiënt afgestemd. Elke patiënt heeft zijn eigen referentiekader en dit zal meespelen bij het komen tot en het volhouden van veranderingen in zijn levenswijze. Daarbij is niet alleen het kennis hebben belangrijk, maar bijvoorbeeld ook de sociale invloeden en omgeving en het besef van eigen effectiviteit. Bij educatie wordt samen met de patiënt gekeken naar de barrières, naar de eigen mogelijkheden en de reeds aanwezige vaardigheden. Het is nodig om ook de omgeving van de patiënt te betrekken bij de psycho-educatie. Dan neemt de kans toe dat de beoogde gedragsverandering tot stand komt en beklijft. Bij het geven van voorlichting en educatie is het van belang dat informatie op diverse manieren en eenduidig door alle betrokken zorgverleners wordt gegeven. Voorlichting wordt zowel auditief, visueel als praktisch aangeboden. Bij het geven van voorlichting en educatie kan gebruik gemaakt worden van verschillende gesprekstechnieken. In ieder geval is er ook plaats voor de emoties die het hebben van een psychische stoornis met zich meebrengt. Daarbij is een empathische benadering door alle zorgverleners van belang.

Beschrijf vervolgens in grote lijnen welke informatie met de patiënt moet worden gedeeld:

- Voor welke doelgroep of subtype welke interventies geïndiceerd zijn, en in welke fase?
- Wat is het doel (Zo mogelijk aangeven wat herstel is. Bijvoorbeeld door een percentage van de klachten vermindering of score indien een meetinstrument aanwezig is) en de intensiteit van de interventie?
- Wat houdt de interventie globaal in?
- Waarover zijn afspraken tussen betrokken zorgverleners noodzakelijk?
- Welke informatie krijgt de patiënt mee (bijvoorbeeld een folder over leefstijl, een link naar een website)?

- Is advies op maat mogelijk?

Voorbeeld: Voor alle mensen met[stoornis], ongeacht de ernst van hun ziektelast, zijn voorlichting en educatie over een gezonde levenswijze bij[stoornis] en omgaan met de gevolgen van het ziekteverloop van essentieel belang. Een goed geïnformeerde patiënt heeft kennis over en inzicht in zijn ziekte, zijn behandeling en in de gevolgen voor zijn dagelijks leven. Goede voorlichting over en educatie bij alle facetten die[stoornis] met zich meebrengt stelt de patiënt in staat om meer verantwoordelijkheid voor zijn ziekte te nemen en de kwaliteit van zijn leven zo goed mogelijk te houden.

Paragraaf 5.2.2 Eerste stap interventies

Denk hierbij aan interventies zoals lichamelijke activiteit, e-mental health en bibliotherapie.

Beschrijf in grote lijnen:

- Voor welke doelgroep of subtype zijn deze interventies geïndiceerd, en in welke fase?
- Wat is het doel (Zo mogelijk aangeven wat herstel is. Bijvoorbeeld door een percentage of score indien een meetinstrument aanwezig is) en de intensiteit van de interventie?
- Wat houdt de interventie globaal in?
- Waarover zijn afspraken tussen betrokken zorgverleners noodzakelijk?
- Kan de interventie op maat gemaakt worden (welke opties zijn er)?
- Kan de patiënt ondersteund worden om de therapietrouw te bevorderen, en zo ja, hoe of waarmee?
- Is er sprake van één zorgverlener die de interventie levert, de patiënt informeert en de voortgang controleert en zijn daar afspraken over?
- Welk echelon biedt deze interventie aan?
- Wanneer opgeschaald moet worden naar intensievere interventies?

Paragraaf 5.2.3 Psychosociale behandeling

Zie voor de te beschrijven onderdelen paragraaf 5.2.2 (eerste stap interventies).

Paragraaf 5.2.4 Psychologische en psychotherapeutische behandeling

Zie voor de te beschrijven onderdelen paragraaf 5.2.2 (eerste stap interventies).

Paragraaf 5.2.5 Medicamenteuze behandeling

Zie voor de te beschrijven onderdelen paragraaf 5.2.2 (eerste stap interventies).

Besteed daarnaast aandacht aan de therapietrouw en aan de bijwerkingen van medicatie. Daarbij hoort ook het bespreken van de zorgen en angsten van patiënten met betrekking tot het (langdurig) gebruik van psychofarmaca. Voor doeltreffend en veilig gebruik is herhaalde bespreking van de werking van de medicatie en de verwachtingen van de patiënt hierover van belang.

Paragraaf 5.2.6 Combinatiebehandeling

Zie voor de te beschrijven onderdelen paragraaf 5.2.2 (medicamenteuze behandeling). Beschrijf ook wat de meerwaarde van de combinatiebehandeling is voor patiëntengroepen ten opzichte van een mono behandeling.

Paragraaf 5.2.7 Biologische behandeling

Hierbij valt te denken aan interventies zoals ECT en lichttherapie. Zie voor de te beschrijven onderdelen paragraaf 5.2.2 (eerste stap interventies).

Paragraaf 5.2.8 Vaktherapieën

Hierbij valt te denken aan psychomotorische therapie, dramatherapie en danstherapie. Zie voor de te beschrijven onderdelen paragraaf 5.2.2 (eerste stap interventies).

Paragraaf 5.2.9 Innovatieve en experimentele behandelingen

Innovatieve behandelingen zijn behandelingen gebaseerd op de laatste inzichten in praktijk en wetenschap. Experimentele behandelingen zijn behandelingen die gebaseerd zijn op vernieuwende inzichten. Innovatieve en experimentele behandelingen worden maar op één of een paar plaatsen in Nederland uitgevoerd en op effectiviteit onderzocht. Deze behandelingen worden aangeboden aan patiënten die onvoldoende resultaat hebben bij behandeling conform de kwaliteitsstandaard.

Paragraaf 5.2.10 Complementaire en aanvullende behandelwijzen

Zie voor de te beschrijven onderdelen paragraaf 5.2.2 (eerste stap interventies).

Voorbeeldtekst: Als aanvulling op reguliere behandelwijzen maken patiënten gebruik van andere manieren om hun klachten te verminderen en hun kwaliteit van leven te vergroten. Het gaat hier om complementaire of aanvullende behandelwijzen, zoals homeopathie, natuurgeneeswijzen, antroposofische geneeswijzen, acupunctuur en manuele geneeskunde. Hierover kunnen patiënt en zorgverlener informatie uitwisselen en afspraken maken. Hierbij valt bijvoorbeeld te denken aan kruiden.

Hoofdstuk 6. Herstel, participatie & re-integratie

Paragraaf 6.1. Herstel

Beschrijf in afzonderlijke paragrafen de volgende onderdelen:

- Voor welke doelgroep of subtype zijn deze interventies geïndiceerd, en in welke fase?
- Wat is het doel (Zo mogelijk aangeven wat herstel is. Bijvoorbeeld door een percentage of score indien een meetinstrument aanwezig is) en de intensiteit van de interventie?
- Wat houdt de interventie globaal in?
- Waarover zijn afspraken tussen betrokken zorgverleners noodzakelijk?
- Kan de interventie op maat gemaakt worden (welke opties zijn er)?
- Op welke wijze kan de patiënt ondersteund en begeleid worden?
- Welke zorgverleners en instanties zijn betrokken bij de interventie en wie informeert de patiënt en controleert de voortgang? Zijn daar afspraken over?

Paragraaf 6.2. Participatie

Beschrijf in afzonderlijke paragrafen de volgende onderdelen:

- Voor welke doelgroep of subtype zijn deze interventies geïndiceerd, en in welke fase?
- Wat is het doel (Zo mogelijk aangeven wat participatie is. Bijvoorbeeld door een percentage of score indien een meetinstrument aanwezig is) en de intensiteit van de interventie?
- Wat houdt de interventie globaal in?
- Waarover zijn afspraken tussen betrokken zorgverleners noodzakelijk?
- Kan de interventie op maat gemaakt worden (welke opties zijn er)?
- Op welke wijze kan de patiënt ondersteund en begeleid worden?

- Welke zorgverleners en instanties zijn betrokken bij de interventie en wie informeert de patiënt en controleert de voortgang? Zijn daar afspraken over?

Paragraaf 6.3. Re-integratie

Beschrijf in afzonderlijke paragrafen de volgende onderdelen:

- Voor welke doelgroep of subtype zijn deze interventies geïndiceerd, en in welke fase?
- Wat is het doel (Zo mogelijk aangeven wat re-integratie is. Bijvoorbeeld door een percentage of score indien een meetinstrument aanwezig is) en de intensiteit van de interventie?
- Wat houdt de interventie globaal in?
- Waarover zijn afspraken tussen betrokken zorgverleners noodzakelijk?
- Kan de interventie op maat gemaakt worden (welke opties zijn er)?
- Op welke wijze kan de patiënt ondersteund en begeleid worden?
- Welke zorgverleners en instanties zijn betrokken bij de interventie en wie informeert de patiënt en controleert de voortgang? Zijn daar afspraken over?

Hoofdstuk 7. Generieke modules/Generieke zorg

In dit hoofdstuk van de zorgstandaard worden verwijzingen opgenomen naar de generieke modules die relevantie hebben voor de zorg rondom de stoornis van de betreffende zorgstandaard. In generieke modules staan zorgcomponenten of -onderwerpen beschreven die relevantie hebben voor meerdere psychische stoornissen en/of somatische aandoeningen. Een generieke module haakt per definitie aan op een aantal andere kwaliteitsstandaarden, zowel voor specifieke stoornissen als voor somatische chronische aandoeningen. De zorg die beschreven wordt in een generieke module kan bij de ene stoornis toepasbaar zijn in slechts één bepaalde fase en bij een andere stoornis in meerdere fasen. De zorg die beschreven wordt rondom het ggz-onderwerp in een generieke module, is 'generiek'.

Dit hoofdstuk is opgebouwd uit die paragrafen die verwijzen naar een generieke module. Iedere paragraaf verwijst naar een relevante generieke module met vindplaats en het doel van de betreffende module. Het beschrijft vervolgens specifiek voor de stoornis op welke wijze invulling gegeven kan worden aan het onderwerp van de generieke module, of er wordt aangegeven waar dit in de standaard is opgenomen. Ziekte-specifieke aspecten van generieke zorg kunnen modulair, bijvoorbeeld per subgroep patiënten of per ziekte fase, aangegeven worden. In dat laatste geval zijn deze waarschijnlijk reeds opgenomen in het hoofdstuk over de stoornisspecifieke behandeling.

- Benoem de relevante generieke modules.
- Maak voor ieder module een afzonderlijke paragraaf aan.
- Vermeld of en waar de module beschikbaar is.
- Geef in een paar zinnen een korte samenvatting van de inhoud van de generieke module.
- Beschrijf de benodigde ziekte-specifieke aanvullingen op de generieke module.

Voorbeeldtekst: De generieke modules beschrijven vanuit het patiëntenperspectief de zorg voor het individu die voor meer dan een psychische stoornis relevant en daarmee generiek is. Deze zorg kan gericht zijn op geïndiceerde preventie, op zorggerelateerde preventie en/of op behandeling. Belangrijk aspect is de ondersteuning van zelfmanagement. Een zorgstandaard kan meer dan één generieke module bevatten. Daarnaast kunnen aan elke generieke module stoornisspecifieke addities worden toegevoegd; het aantal addities hangt af van de betreffende generieke module. In dit hoofdstuk staan een aantal modules die in beginsel onderdeel zouden kunnen zijn van deze zorgstandaard. Bij de zorgmodules, al dan niet beschikbaar, is een specifieke additie voor[stoornis] gepresenteerd.

Paragraaf 7.1. Zorgmodule a

*Voor het huiselijk geweld is de zorgmodule 'familiaal huiselijk geweld' beschikbaar. Deze zorgmodule is te vinden op www.kwaliteitsontwikkelingggz.nl In deze module gaat het om
Voor de zorg omtrent ...[stoornis] is het van belang dat*

Paragraaf 7.2. Zorgmodule b

*Relevant voor de stoornis is de zorgmodule '....'. Deze zorgmodule is te vinden op ...
In deze module gaat het om Voor de zorg omtrent ...[stoornis] is het van belang dat*

Paragraaf 7.3. Zorgmodule c

*Relevant voor de stoornis is de zorgmodule '....'. Deze zorgmodule is te vinden op ...
In deze module gaat het om Voor de zorg omtrent ...[stoornis] is het van belang dat*

Paragraaf 7.4. Zorgmodule d

*Relevant voor de stoornis is de zorgmodule '....'. Deze zorgmodule is te vinden op ...
In deze module gaat het om Voor de zorg omtrent ...[stoornis] is het van belang dat*

Hoofdstuk 8. Organisatie van zorg

Dit hoofdstuk beschrijft de organisatiestructuur van het zorgproces voor de ziekte-specifieke stoornis en beoogt de multidisciplinaire samenwerking te faciliteren. Het gaat daarbij om zorgstandaard afhankelijke aspecten en zorgstandaard onafhankelijke aspecten. Ter illustratie:

(...tekstsuggestie...)

De ggz is een sector gericht op het herstel of stabiliseren van mensen met psychische aandoeningen, waarbij zorg wordt geboden waar dat noodzakelijk is, maar niet meer dan nodig is (zie ook hoofdstuk 'Visie op zorg'). Een en ander betekent dat goede, samenhangende zorg geboden wordt waarin mensen met een psychische aandoening of klacht door de huisartsenzorg, de bedrijfsartsenzorg, de generalistische basis ggz (GB GGz), gespecialiseerde ggz (S GGz) en hoogspecialistische ggz (HS GGz) snel en effectief worden behandeld. Uitgangspunt is passende zorg. Dit betekent dat zorgaanbieders in de ggz continu passende en doelmatige zorg bieden en zich continu weer de vraag stellen wat de persoon nodig heeft, niet alleen op het moment dat de zorgvraag zich voor het eerst voordoet. Patiënten, hun naasten en het netwerk rondom de patiënt spelen daarin een belangrijke rol. Waar mogelijk wordt (verergering van) ziekte voorkomen. Daarom is preventie in de gehele ggz in termen van 'vroegtijdig potentiële problemen herkennen' of 'hernieuwde problemen herkennen' essentieel. Binnen een integrale herstelbenadering dient ook het zelfmanagement en het herstellvermogen van de patiënt zelf fors gestimuleerd moeten worden en maken nazorg, re-integratie en rehabilitatie onderdeel uit van de zorg. Daarnaast is het belangrijk dat ook naasten worden gezien: niet alleen als mede-ondersteuner of zelfs co-begeleider, maar ook als mens met een mogelijk ondersteuningsbehoefte (zie ook GM Ondersteuning naasten). Ook is er aandacht voor mogelijk betrokken kinderen (KOPP/KVO). Tenslotte is het binnen de integrale herstelbenadering van groot belang dat er sprake is van een goede relatie, samenwerking, zorgcoördinatie en afstemming met de somatiek en met professionals buiten het zorgdomein, bijvoorbeeld om mensen met psychisch aandoeningen zo snel mogelijk terug te leiden naar de arbeidsmarkt en (weer) deel te laten nemen aan de samenleving.

(...tekstsuggestie...)

Dit hoofdstuk beschrijft vanuit het perspectief van de patiënt (vraaggericht) de organisatie van de behandeling, begeleiding en zorg voor iemand met een specifieke stoornis en beoogt primair kwalitatief goede, integrale zorg op basis van multidisciplinaire samenwerking te faciliteren. Het gaat daarbij om zorgstandaard onafhankelijke aspecten en zorgstandaard afhankelijke aspecten. Een belangrijk onderdeel van dit hoofdstuk zijn ook de afspraken rondom het

bewaken en bevorderen van de kwaliteit van zorg (het kwaliteitsbeleid). Dit vereist een methodische benadering die structureel is ingebed in de organisatie van het zorgproces.

Geef in dit hoofdstuk een beschrijving op hoofdlijnen van de organisatiestructuur van het zorgproces. Laat daarbij aan bod komen de zorgstandaard (on)afhankelijke aspecten en het kwaliteitsbeleid.

Paragraaf 8.1 Zorgstandaard onafhankelijke aspecten

Beschrijf in grote lijnen de relevante, algemene onderwerpen over de organisatie van het zorgproces die niet aan bod komen in de paragraaf over zorgstandaard *afhankelijke* aspecten (paragraaf 8.2). Te denken valt aan de volgende onderwerpen:

- integrale herstelbenadering;
- echeloning & gepast gebruik;
- regiebehandelaar;
- overdracht & consultatie;
- informatie-uitwisseling;
- toegankelijkheid van de zorg;
- keuzevrijheid;
- privacy;

Beschrijf in grote lijnen eventuele andere aspecten die voor deze zorgstandaard relevant zijn. In de navolgende paragrafen wordt voor de genoemde onderwerpen een aantal tekstsuggesties gedaan. De suggesties zijn onveranderd over te nemen en indien gewenst of noodzakelijk aan te passen naar de overige inhoud van de zorgstandaard.

8.1.1 Echeloning & gepast gebruik

(...tekstsuggestie...)

Echeloning

Voortvloeiend uit het Bestuurlijk Akkoord Toekomst GGZ 2013-2014 is enkele jaren geleden een herziene structuur voor de ggz geïntroduceerd om kwaliteit en kostenbeheersing te waarborgen. De herziening heeft als doel een verschuiving van de patiëntenstromen tussen de echelons: meer zorg vanuit de S GGz naar de GB GGz en naar de huisartsenzorg, naar de publieke gezondheidszorg en naar informele zorg en zelfmanagement. De nieuwe ggz-structuur wijzigde de werkdomeinen van de verschillende echelons. De huisarts kan met de ondersteuning van een POH-GGZ en een verbreed aanbod van e-health en consultatiemogelijkheden bij de GB GGz en S GGz meer patiënten met psychische klachten in de huisartsenpraktijk behandelen en begeleiden. Ook patiënten met chronische psychische problematiek worden vaker door de huisarts ondersteund en begeleid. In de GB GGz worden mensen met ernstigere en complexere problematiek behandeld dan voorheen in de eerstelijns psychologische zorg. In de S GGz is de ambulantisering van de zorg, mede als gevolg van vereiste beddenreductie, meer op de voorgrond gekomen en heeft de patiënt ook ernstigere en complexere problematiek dan eerder. Een onderdeel van de S GGz is de HS GGz, die richt zich op patiënten die vanwege de ernst, complexiteit en/of zeldzame aandoeningen onvoldoende resultaat hebben van behandeling in de S GGz en naar verwachting wel zullen profiteren van een behandeling in de HS GGz.

Gepast gebruik

Naast deze echeloning is 'gepast gebruik' van zorg een uitgangspunt binnen de voorliggende zorgstandaard. Gepast gebruik gaat over de juiste inzet van hulp bij aanvang van een behandeling (matched care) maar ook over op het juiste moment van op- en afschalen van

behandeling tijdens een reeds lopend traject. Zo kan over- en onderbehandeling worden tegengegaan. Om over- en onderbehandeling te voorkomen moet goede, passende diagnostiek en (door)verwijzing eenvoudig beschikbaar zijn in de hele keten. Daarnaast zijn gezamenlijke besluitvorming door zorgverlener en patiënt, matched care en gepersonaliseerde behandeling nodig. Hierbij worden ook de naasten betrokken. Zorgaanbieders zorgen er daarom voor dat de volgende zaken in hun organisatie/praktijk geregeld zijn:

- dat zorgverleners bevoegd en bekwaam zijn, handelen volgens zorgstandaarden en beroepsrichtlijnen en hun deskundigheden op peil houden;
- er wordt gewerkt op basis van principes van matched care (i.p.v. stepped care);
- de effectiviteit van de behandeling wordt regelmatig gemeten. De frequentie hiervan is stoornis- en patiëntafhankelijk en wordt (op termijn) beschreven in de zorgstandaarden;
- behandelingen worden afgesloten wanneer er onvoldoende gezondheidswinst wordt behaald. Dat kan worden geconstateerd door het hanteren van criteria voor beëindiging van de behandeling (deze worden op termijn opgenomen in de zorgstandaarden) en via intervisie en peer reviews.
- zorgverleners hebben voldoende kennis over het betrekken en ondersteunen van naasten waarbij bekend is dat veel informatie en ondersteuning gegeven mag worden zonder het beroepsgeheim van of de vertrouwensband met de patiënt te schaden. Tijdige signalering van mogelijke overbelasting van naasten (en zo nodig doorverwijzing) hoort in het takenpakket van elke zorgprofessional ongeacht het echelon of zorgdomein.
- Ten behoeve van benchmarking leveren zorgaanbieders in de curatieve ggz hun ROM-gegevens aan voor de landelijke benchmark ggz conform vigerende bestuurlijke afspraken.

8.1.2 Regiebehandelaar

(...tekstsuggestie...)

Indien meerdere zorgprofessionals als zorgverleners betrokken zijn bij de zorgverlening aan een patiënt is het van belang dat één van hen het zorgproces coördineert en eerste aanspreekpunt is voor de patiënt en zijn naasten en/of wettelijk vertegenwoordiger. Dit is de regiebehandelaar. Indien zorg binnen het betreffende echelon door één zorgverlener wordt verleend, is deze per definitie ook de regiebehandelaar. De regiebehandelaar draagt de verantwoordelijkheid voor de integraliteit van het behandelproces. Daarnaast is hij voor alle betrokkenen, inclusief de patiënt en diens naasten, het centrale aanspreekpunt. De regiebehandelaar moet passend zijn bij het type behandeling en de doelgroep. In beginsel komt elke discipline in aanmerking om de functie van regiebehandelaar te vervullen, mits deze een – gegeven de aard van de zorgvraag en de setting waarin de zorg verleend wordt– relevante inhoudelijke deskundigheid bezit en er is voldaan aan een aantal voorwaarden. Voor deze voorwaarden en andere zaken betreffende de regiebehandelaar wordt verwezen naar het [Model-Kwaliteitsstatuut](#). Dit Kwaliteitsstatuut is onverkort van toepassing op de voorliggende zorgstandaard.

8.1.3 Overdracht & consultatie

(...tekstsuggestie...)

In een aantal generieke modules die in opdracht van het Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGz zijn opgesteld worden specifieke afspraken gemaakt ten aanzien van zaken als overdracht & consultatie. Zo worden in de [Landelijke Samenwerkingafspraken](#) (LGA) tussen huisarts, GB GGz en S GGz aanbevelingen gedaan over de vorm en inhoud van consultatie, verwijzing en terugverwijzing, en over de taakafbakening, verantwoordelijkheidsverdeling, coördinatie en monitoring bij gedeelde zorg. Op basis van deze LGA kunnen regionale en lokale samenwerkingsafspraken worden gemaakt. De genoemde LGA is onverkort van toepassing op de voorliggende zorgstandaard.

Daarnaast kan er ook sprake zijn van een (transmurale) overdracht tussen verschillende zorgdomeinen c.q. het sociale domein. Verwezen wordt naar de relevante Generieke modules. Zeker in crisissituaties worden ook naasten geïnformeerd.

8.1.4 Informatie-uitwisseling

Deze paragraaf c.q. de noodzakelijk informatie hoeft niet uitgewerkt te worden. Volstaan kan worden met een algemene tekst (tekstsuggestie hieronder). Het Netwerk is in gesprek met Nictiz om hiervoor de noodzakelijke stappen te zetten. De onderstaande tekst is een voorstel voor de zorgstandaarden en de nadere uitwerking wordt dan een verwijzing.

(...tekstsuggestie...)

Een belangrijke voorwaarde voor een effectieve organisatie van de zorg is de overdracht van eenduidige informatie tussen zorgverleners onderling en tussen de zorgverlener en de patiënt, zowel mondeling als schriftelijk. Daarom bevat een zorgstandaard een eenduidige beschrijving van de gegevens die bij de uitvoering van de zorg vastgelegd en uitgewisseld dienen te worden. Dit vereist onder meer eenheid van taal. Partijen zullen nog afspraken maken over welke brongegevens worden vastgelegd tijdens het primaire proces en welke gegevens worden uitgewisseld tussen zorg- en hulpverleners. Daarnaast worden nog afspraken gemaakt over welke terminologie hierbij wordt gebruikt en worden kernbegrippen nader gedefinieerd. Deze afspraken over een eenduidige wijze van communicatie zullen de basis vormen voor digitale communicatie in een informatiestandaard. Daarbij staat het doel van de informatie-uitwisseling centraal (een optimale en levensbrede ondersteuning van de patiënt in zijn persoonlijke proces van herstel) en worden er geen gegevens uitgewisseld buiten de patiënt om. In de informatiestandaard wordt ook aandacht besteed aan de uitwisseling van informatie met begeleiders en ondersteuners die geen zorgverlener zijn, zoals bijvoorbeeld re-integratie- en participatieprofessionals.

8.1.5 Toegankelijkheid

(...tekstsuggestie...)

Voor elke patiënt in Nederland is goede (competente, respectvolle en empathische), betaalbare en toegankelijke zorg beschikbaar. Een basisvoorwaarde is dat de patiënt toegang heeft tot een goed en coherent netwerk van zorgvoorzieningen en zorgverleners voor de levering van de benodigde zorg. In acute situaties moet de patiënt kunnen rekenen op 24/7 beschikbaarheid en bereikbaarheid van zorgverleners. Daarnaast:

- zijn de Treeknormen van toepassing, tenzij er afwijkende normen voor wachten/of toegangstijden zijn vastgelegd;
- is de zorglocatie/praktijk goed bereikbaar met auto en openbaar vervoer;
- is de zorglocatie fysiek goed toegankelijk;
- stemt de zorgverlener dag en tijdstip van afspraken af met de patiënt;
- werkt de zorgverlener zo mogelijk samen met naasten en ondersteunt hen daar waar noodzakelijk;
- is de wachttijd in de wachtkamer van de zorgverlener acceptabel;
- informeert de zorgverlener de patiënt over problemen met de bekostiging van medicijnen of problemen met andere behandelingen die onderdeel zijn van de behandeling en begeleiding van de patiënt en zoekt, voor zover mogelijk, naar alternatieven;
- is in het kader van transitie en toename Wmo georganiseerde begeleiding is de juiste ggz-deskundigheid op wijkniveau, in de buurt van en bij de patiënt thuis nodig;
- worden wachtlijsten voorkomen.

Ruimtelijke voorzieningen

De inrichting van de ruimtes en de faciliteiten van zorglocaties/praktijken sluiten aan bij de behoeften en mogelijkheden van de patiënt.

8.1.6 Keuzevrijheid

(...tekstsuggestie...)

Informed consent

Een belangrijk uitgangspunt van het gezondheidsrecht is dat een patiënt toestemming geeft voor het uitvoeren van een behandeling of begeleiding. Zonder toestemming is immers sprake van een ongeoorloofde inbreuk op de persoonlijke integriteit. Om rechtsgeldig toestemming te geven heeft de patiënt goede informatie nodig. Daarom moet een zorgverlener, alvorens toestemming te vragen, de patiënt eerst informatie geven over de voorgenomen behandeling of begeleiding. De informatieplicht van de zorgverlener en het toestemmingsvereiste vormen een twee-eenheid. Dit wordt 'informed consent' genoemd. Het naleven door zorgverleners van het beginsel van informed consent is niet alleen in juridisch opzicht van belang. Goede communicatie met de patiënt is goed voor het wederzijds vertrouwen en draagt bij aan eigen regie en zelfmanagement.

Informed consent betekent in de eerste plaats dat de zorgverlener de patiënt op een begrijpelijke en zo volledig mogelijke wijze informeert over de voorgestelde behandeling. Duidelijk moet zijn wat de aard en het doel zijn van de behandeling, welke risico's aan de behandeling verbonden zijn en welke alternatieven mogelijk zijn. De zorgverlener mag pas met de behandeling starten als de patiënt hiervoor toestemming heeft gegeven. Deze toestemming kan onder omstandigheden ook impliciet plaatsvinden. Daarbij kan gedacht worden aan een behandeling in een acute of noodsituatie.

Keuzemogelijkheden

De ggz is niet alleen zo georganiseerd dat te allen tijde aan het beginsel van informed consent wordt recht gedaan, maar ook op een dusdanig wijze dat een patiënt keuzemogelijkheden heeft en houdt om de voor hem of haar meest passende combinatie van zorg en ondersteuning te realiseren. Dit geldt ongeacht welke lokale afspraken er in een bepaald geografisch gebied gemaakt worden. De patiënt blijft in de gelegenheid zelf een zorgverlener en bijvoorbeeld een behandellocatie te kiezen. Daarbij dient hij zich te realiseren dat de wijze waarop hij verzekerd is mede bepalend kan zijn voor zijn keuzes.

Om als patiënt zelf keuzes te kunnen maken, is transparantie en inzicht in kwaliteit van zorgketens (instellingen- samenwerkingsverbanden, etc.) in de ggz als geheel echter een vereiste. Alle zorgverleners, instellingen en organisaties werken mee aan het verzamelen en ontsluiten van deze informatie. Deze informatie voldoet aan de volgende voorwaarden:

- de informatie is helder, volledig, betrouwbaar en op elkaar afgestemd (de schriftelijke en mondelinge informatie komen overeen of zijn in ieder geval op elkaar afgestemd, onafhankelijk van welke zorgverlener de informatie geeft of waar de patiënt deze informatie leest);
- de informatie speelt naast de behandelaspecten ook in op de persoonlijke situatie van de patiënt;
- de informatie wordt tijdig gegeven;
- de informatie wordt waar mogelijk ook met naasten besproken.

8.1.7 Onafhankelijke patiëntondersteuning

(...tekstsuggestie...)

Om het begrip 'keuzevrijheid' daadwerkelijk inhoud te geven is in de Wmo expliciet opgenomen dat gemeenten moeten zorgen voor de beschikbaarheid van onafhankelijke patiëntondersteuning. In ieder geval op het moment dat iemand met een psychische aandoening de gemeente vraagt om ondersteuning vanuit de Wmo, Jeugdwet of Participatiewet of wanneer overwogen wordt een beroep te doen op de Wet Langdurige Zorg. Patiëntondersteuning is in de wet omschreven als: 'onafhankelijke ondersteuning met informatie, advies en algemene ondersteuning die bijdraagt aan het versterken van de zelfredzaamheid en participatie en het verkrijgen van een zo integraal mogelijke dienstverlening

op het gebied van maatschappelijke ondersteuning, preventieve zorg, zorg, jeugdhulp, onderwijs, welzijn, wonen, werk en inkomen’.

In de praktijk betekent dit dat een patiëntondersteuner met iemand meedenkt, helpt zijn of haar situatie op een rijtje te zetten en daarbij zo nodig informatie en advies geeft. Dit kan gaan om vragen op allerlei gebied: wonen, inkomen, werk of dagbesteding, zorg, onderwijs, opvoeding, contacten. Een patiëntondersteuner kan iemand zo helpen bij het voorbereiden op en voeren van het zogenaamde ‘keukentafelgesprek’, bij een eventuele beroepsprocedure en bij het zoeken en vinden van de hulp en steun die bij hem of haar past. De cliëntondersteuner helpt dus de weg te vinden naar de oplossingen en als dat nodig is daarbij een gerichte aanspraak te doen op de gemeente (het sociaal domein: Wmo, Jeugdwet, Participatiewet), de zorgverzekeringswet of de Wlz. Deze omschrijving maakt ook duidelijk wat een cliëntondersteuner niet doet: het begeleiden van mensen om hun problemen op te lossen. Daarnaast en in aanvulling daarop kan iemand te allen tijde een naaste vragen aanwezig te zijn bij het keukentafelgesprek. Dit wordt géén cliëntondersteuning genoemd. Volgens het inspiratiedocument van de VNG kan patiëntondersteuning in drie lagen worden benaderd en zouden gemeenten idealiter aandacht moeten hebben voor alle drie de lagen:⁵

1. Cliëntondersteuning bij reflectie op het eigen leven.
2. Cliëntondersteuning bij de toegang tot ondersteuning in het sociaal domein.
3. Cliëntondersteuning voor mensen die al van bepaalde voorzieningen gebruik maken.

8.1.8 Privacy

(...tekstsuggestie...)

De zorg wordt zodanig georganiseerd dat het recht van patiënten op privacy is gewaarborgd (Wet geneeskundige behandelingsovereenkomst en Wet bescherming persoonsgegevens). Bij het verzamelen, vastleggen en overdragen van gegevens respecteren zorgaanbieders de privacyregels, wetgeving en beroepsregels. Zorgverleners hebben een beroepsgeheim (Wet Beroepen Individuele Gezondheidszorg). Bij besluiten over behandeling en zorg en bij overdracht en opslag van gegevens uit het patiëntendossier is expliciete toestemming van de patiënt vereist. Hij heeft recht op inzage in en een kopie van het eigen dossier.

Recht op ruimtelijke privacy betekent dat de begeleiding, behandeling, zorg en communicatie slechts met toestemming van de patiënt door anderen dan de direct betrokkenen kan worden waargenomen of bijgewoond.

Wanneer een patiënt zijn naasten niet bij de zorg wil betrekken en de naasten wel vragen hebben kan de zorgverlener de volgende informatie geven zonder de privacy van de patiënt te schaden:

- algemene, niet-patiënt-gebonden informatie over psychische aandoeningen en de impact daarvan op de naasten;
- informatie over de zorgorganisatie, wet- en regelgeving;
- indien aanwezig informatie over de familieraad en familievertrouwenspersoon;
- informatie en/of aanbod voor ondersteuning aan naasten (intern en extern bij familie-organisaties of patiëntenorganisaties met aandacht voor familie).

Paragraaf 8.2 Zorgstandaard afhankelijke aspecten

Beschrijf in grote lijnen een relevante selectie van de volgende kenmerken van de organisatie van het zorgproces:

- de samenwerking in de keten; de verantwoordelijkheden van de verschillende echelons in de zorg, echelonoverstijgend (zoals bijvoorbeeld de forensische psychiatrie) de inhoud en methodiek van informatie-uitwisseling tussen zorgverleners en specifieke aspecten in het

⁵ VNG (2015). Inspiratiedocument cliëntondersteuning, <https://vng.nl/onderwerpenindex/sociaaldomein/publicaties/inspiratiedocument-clientondersteuning>

kader van de overdracht tijdens het zorgproces.

- de samenwerking met niet-zorgverleners: sociale professionals, re-integratie-professionals, informele zorg en ondersteuning, waaronder het eigen sociale netwerk van de patiënt.
- de betrokken zorgverleners: Geef aan welke type zorgverleners en welke organisaties vooral betrokken zijn bij de zorg rondom het betreffende ggz onderwerp en beschrijf welke rollen zij daarin vervullen;
- de samenwerking: Geef aan welke randvoorwaarden er zijn voor een goede samenwerking tussen de betrokken zorgverleners en instanties.
- de competenties: Geef aan welke competenties zorgverleners nodig hebben om de zorg rondom het ggz onderwerp te kunnen vervullen.

Beschrijf zo nodig in grote lijnen eventuele andere aspecten die voor deze zorgstandaard relevant zijn. Het betreft steeds zorgstandaard *afhankelijke* aspecten

Paragraaf 8.3 Kwaliteitsbeleid

(...tekstsuggestie...)

Het bewaken en bevorderen van de kwaliteit vereist een methodische benadering die structureel is ingebed in de organisatie van het zorgproces. In deze paragraaf over het kwaliteitsbeleid wordt aandacht besteed aan de voorwaarden voor het werken volgens de zorgstandaard, registratie en benchmarken. Voor de zorgverlener staat het verlenen van maximale kwaliteit van zorg in de interactie met elke patiënt centraal. De waardering van patiënten van de therapeutische relatie geeft essentieel inzicht in de kwaliteit van zorg. Hierop vindt bij voorkeur continu reflectie en feedback plaats (kort cyclisch), die met de zorgstandaard als hulpmiddel leidt tot zorg op maat voor de patiënt. Op deze manier ontstaat een verbinding tussen zorgstandaarden, ROM en kwaliteitsverbetering, maar ook een verbinding tussen patiënten, naasten, zorgverleners en andere stakeholders met als belangrijkste missie: een continue verbetering van de zorg aan mensen met psychische klachten en stoornissen.

Vermeld in deze paragraaf op welke wijze het kwaliteitsbeleid door welke zorgverleners en betrokken organisaties vormgegeven kan worden. Geef dit ook aan in relatie tot het beleid richting de naasten en vergeet preventie richting de kinderen hierbij niet. Kwaliteitsinformatie is een essentiële schakel in het kwaliteitsbeleid. Dit beleid is zowel gericht op de interne kwaliteitsbevordering als op de externe, publieke kwaliteitsverantwoording. In de navolgende paragrafen wordt voor de genoemde onderwerpen een aantal tekstsuggesties gedaan.

8.3.1 Kwaliteitsstatuut

(...tekstsuggestie...)

Per 1 januari 2017 is het zogeheten (model-)kwaliteitsstatuut van kracht. Hierin staat aangegeven wat zorgaanbieders in de ggz geregeld moeten hebben op het gebied van kwaliteit en verantwoording om curatieve geestelijke gezondheidszorg in het kader van de zorgverzekeringswet te kunnen verlenen. Het model kwaliteitsstatuut is zodanig opgesteld dat het ook toegepast kan worden in andere delen van de (geestelijke) gezondheidszorg zoals de kinder- en jeugdggz, de langdurige zorg en de overige zorg.

Het kwaliteitsstatuut beschrijft de wijze waarop een aanbieder in de ggz de integrale zorg voor de individuele patiënt heeft georganiseerd, in het bijzonder de taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden van de betrokken (andere) zorgverleners en hun onderlinge verhoudingen, op een zodanige manier dat de autonomie en regie van de patiënt zoveel mogelijk wordt

gestimuleerd en de kwaliteit en de doelmatigheid van de zorgverlening inzichtelijk en toetsbaar zijn. Het kwaliteitsstatuut van de zorgaanbieder:

- Maakt voor de patiënt en diens naasten inzichtelijk hoe de zorgverlener aan minimale kwaliteitsaspecten vorm en inhoud geeft. Het kwaliteitsstatuut stelt de patiënt zo in staat een weloverwogen keuze te maken voor een bepaalde zorgaanbieder en te participeren in de besluitvorming met betrekking tot hun individuele behandelproces;
- Dient als kader voor werkafspraken binnen de instelling en/of het professioneel netwerk;
- Stelt financiers, toetsende en toezichhoudende instanties in de gelegenheid om zich een oordeel te vormen over de kwaliteit van zorg zoals die door een individuele zorgaanbieder wordt geboden.

Voor de inhoud van alle afspraken wordt verwezen naar het [Model-Kwaliteitsstatuut](#). Dit Kwaliteitsstatuut is onverkort van toepassing op de voorliggende zorgstandaard.

8.3.2 Deskundigheidsbevordering

(...tekstsuggestie...)

Een belangrijke voorwaarde voor een adequaat kwaliteitsbeleid is dat er goede en actuele kennis aanwezig is bij alle betrokken zorgverleners. Om hun kennis op peil te houden, is het belangrijk aan het opleidingsniveau kwaliteitseisen te stellen en hierover landelijke afspraken te maken. Deskundigheidsbevordering is een continu proces. Van de zorgverleners wordt verwacht dat zij adequaat zijn opgeleid om de hiervoor beschreven zorg met de juiste attitude te kunnen waarborgen. Ook de invulling van de rol van regiebehandelaar vergt adequate vaardigheden.

De opleiding en nascholing van zorgverleners is ook gericht op (leren) samenwerken en communiceren en op kennis van (psycho)sociale en interculturele aspecten. In ieder geval voldoen zorgverleners aan de kwaliteitseisen die de betrokken beroepsgroepen zelf gesteld hebben.

Paragraaf 8.4 Kosteneffectiviteit & doelmatige zorg

(...tekstsuggestie...)

De zorg zoals deze in de voorliggende zorgstandaard wordt beschreven, kan leiden tot (inhoudelijke) aanpassingen in de zorg die aangeboden wordt of tot aanpassingen in het zorgproces.

Geef in deze paragraaf aan op welke wijze rekening kan worden gehouden met het realiseren van een goede balans tussen de opbrengsten in kwaliteit versus de kosten voor de toepassing van de beschreven zorg. Zoals bijvoorbeeld bij sprake van gelijkwaardige effectieve interventies of wanneer een gangbare behandeling vervangen kan worden door duurdere maar effectievere of beter passende behandeling. Beschrijf in deze paragraaf de uitkomsten van de uitgevoerde budget impact analyse, maatschappelijke kosten-baten analyse, kosteneffectiviteitsanalyse of vergelijkbare economische evaluatie.

Paragraaf 8.5 Financiering

(...tekstsuggestie...)

Zorg en ondersteuning in de brede ggz wordt vanuit verschillende wetten gefinancierd (Zvw, Wmo, Wet Langdurige zorg, Jeugdwet, etc.). Naast zorgverzekeraars zijn ook gemeenten in toenemende mate bij de zorg voor en het herstel van mensen met een psychische aandoening betrokken. Sinds 2015 zijn zij verantwoordelijk voor een integraal ondersteuningsbeleid van kwetsbare burgers. Gemeenten leggen verbindingen met welzijn, wonen, schuldhulpverlening, jeugdzorg, (speciaal) onderwijs en het lokale werkgelegenheidsbeleid. In dit verband kan ook de Participatiewet genoemd worden. Deze wet biedt één regeling voor mensen met een arbeidshandicap zonder werk, die onder de verantwoordelijkheid van gemeenten vallen.

Beschrijf in deze paragraaf uit welke primaire financieringsbronnen de zorg vergoed wordt of kan worden. Voorbeelden zijn de Zorgverzekeringswet, de Wmo, de Jeugdwet, de WLZ, de basisverzekering of de aanvullende verzekering.

Hoofdstuk 9. Kwaliteitsindicatoren

Reflectie op het resultaat van eigen handelen is een essentiële stap in de beleidscyclus voor kwaliteit, en die reflectie vereist kwaliteitsinformatie. Kwaliteitsindicatoren zijn de kern van de kwaliteitsinformatie. De kwaliteitsindicatoren zijn van belang voor de interne kwaliteitsverbetering en -rapportages en het kwaliteitsbeleid van de zorgverleners in de multidisciplinaire organisaties. Een selectie van de kwaliteitsindicatoren kan worden gebruikt voor externe of publieke rapportages voor bijvoorbeeld de zorgverzekeraar of de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ).

Kwaliteitsindicatoren worden onderverdeeld in uitkomstindicatoren (weerspiegelen de uitkomst van het individuele zorgproces, zowel stoornis-specifiek als generiek), procesindicatoren (weerspiegelen de uitvoering van het individuele zorgproces, zowel stoornis-specifiek als generiek), en structuurindicatoren (weerspiegelen de kwaliteit van de organisatie van de zorg). Waar kwaliteitsindicatoren voor de stoornis-specifieke en de generieke zorg doorgaans breuken zijn (fracties, meestal uitgedrukt als percentage) geven de kwaliteitsindicatoren voor de organisatie en organisatiestructuur ('structuurindicatoren') vaker informatie over de aan- of afwezigheid van bepaalde voorzieningen (ja/nee vragen), of bepaalde getalsinformatie. Deze gegevens moeten beschikbaar zijn voor de bepaling van de relevante structuur-indicatoren, uiteraard bij voorkeur elektronisch. Om te voorkomen dat zorgaanbieders extra gegevens moeten registreren, moeten meetinstrumenten aansluiten bij het primaire zorgproces en de daarin eenduidig vastgelegde gegevens. Bij voorkeur worden ook generieke meetinstrumenten gekozen in plaats van stoornis-specifieke meetinstrumenten.

Zorgaanbieders kunnen de gegevens die zij vastleggen dan ook gebruiken voor het genereren van kwaliteitsinformatie. Het principe van 'eenmalig vastleggen, meervoudig gebruik' beperkt de administratieve lasten en vergroot de betrouwbaarheid van de gegevens.' Helaas zal de informatie niet altijd geput kunnen worden uit het EPD; voor die gegevens zal dus aanvullende registratie nodig zijn.

Het hoofdstuk over kwaliteitsindicatoren geeft aan welke kwaliteitsindicatoren (onderverdeeld naar uitkomst, proces en structuur) geacht worden een goede weerspiegeling te bieden van de kwaliteit van de geleverde zorg volgens de betreffende zorgstandaard en de kwaliteit van de bijbehorende organisatie en organisatiestructuur. Ook geeft het aan hoe deze kwaliteitsindicatoren worden berekend en/of bepaald.

Bij voorkeur worden 3-5 kwaliteitsindicatoren opgenomen die het kenmerkende karakter van de zorg vanuit de zorgstandaard onderstrepen en waar potentiële zorgverbetering op mogelijk en wenselijk is. De vraag die gesteld kan worden is: Over welke onderwerp zijn indicatoren nodig om de belangrijkste elementen van zorg uit deze zorgstandaard in de praktijk te kunnen waarborgen? Vervolgens wordt voor iedere indicator het doel en de operationalisatie (teller/noemer/norm) vermeld en of het gaat om een uitkomst-, proces- en structuur-indicatoren. Er is een sterke voorkeur voor uitkomstindicatoren. Indien voor andere indicatoren gekozen wordt, wordt gemotiveerd waarom en hoe deze indicatoren dan te gebruiken zijn (bijv. als suggestie voor gebruik in het eigen verbeterproces). Het Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGz zal de regie nemen om te komen tot uniforme kwaliteitsindicatoren en ondersteuning geven om te bepalen welke indicatoren uiteindelijk voor welk doel in gebruik worden genomen en hoe eenduidigheid in formulering kan worden bevorderd.

Geef na de inleiding een onderverdeling naar de 3 soorten indicatoren: uitkomst-, proces- en structuurindicatoren. Geef aan hoe de indicatoren berekend of bepaald worden.

Voorbeeldtekst: Voor de multidisciplinaire samenwerking is kwaliteit een centraal thema. Het bewaken en bevorderen van kwaliteit vereist een methodische benadering die structureel is ingebed in de organisatie van het zorgproces. Reflectie op het resultaat van eigen handelen is een essentiële stap in de beleidscyclus voor kwaliteit, en die reflectie vereist gesystematiseerde informatie. Duidelijk is dat kwaliteitsindicatoren een belangrijke functie hebben bij het kwaliteitsbeleid van zorgverleners. Bovendien zijn zij vereist voor de verantwoordingsinformatie die moet worden aangeleverd aan de zorgverzekeraar als contractpartner en aan de Inspectie voor de Gezondheidszorg als toezichthouder. Daarom bevat elke zorgstandaard een apart hoofdstuk met de beschrijving van de relevante kwaliteitsindicatoren. Deze zijn onderverdeeld in uitkomstindicatoren (weerspiegelen de uitkomst van het individuele zorgproces, zowel stoornis-specifiek als generiek), procesindicatoren (weerspiegelen de uitvoering van het individuele zorgproces, zowel stoornis-specifiek als generiek), structuurindicatoren (weerspiegelen de kwaliteit van de organisatie).

Paragraaf 9.1. Uitkomstindicatoren

Beschrijf

- de uitkomstindicatoren die van toepassing zijn op de zorg beschreven in de stoornis-specifieke zorgstandaard en in de addenda bij de generieke modules.
- de wijze waarop deze uitkomstindicatoren worden berekend en/of bepaald (teller/noemer), en indien mogelijk de norm.

Paragraaf 9.2. Procesindicatoren

Beschrijf

- de procesindicatoren die van toepassing zijn op de zorg beschreven in de stoornis-specifieke zorgstandaard en in de addenda bij de generieke modules.
- de wijze waarop deze procesindicatoren worden berekend en/of bepaald (teller/noemer), en indien mogelijk de norm.

Paragraaf 9.3. Structuurindicatoren

Beschrijf

- de structuurindicatoren die van toepassing zijn op de zorg beschreven in de stoornis-specifieke zorgstandaard en in de addenda bij de generieke modules.

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none">- de wijze waarop deze structuurindicatoren worden berekend en/of bepaald (teller/noemer), en indien mogelijk de norm. |
|--|

Hoofdstuk 10. Bijlagen

In de bijlage van de zorgstandaard staat een overzicht van de geraadpleegde literatuur, de verwijzingen naar gebruikte kwaliteitsstandaarden of andere documenten en de samenstelling van de werk- en adviesgroep. De omvang van de bijlagen dient beperkt te blijven.

Hoofdstuk 11. Overige producten en activiteiten

Het Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGz stelt in het 'Meerjarenprogramma 2014-2017' dat bij elke zorgstandaard kosteneffectiviteit als onderwerp is meegenomen (bijvoorbeeld in de EBRO-modules/richtlijn waarop de zorgstandaard gebaseerd is). Ook zal er in een proefimplementatie worden voorzien van de zorgstandaard. Bovendien is van de door het Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGz ontwikkelde kwaliteitsstandaarden minimaal 90% opgenomen in het Register van het Kwaliteitsinstituut.

Om in aanmerking te komen voor opname in het Register van het Kwaliteitsinstituut dient een kwaliteitsstandaard de volgende elementen te bevatten:

- een adequate beschrijving van de inhoud van zorg en de organisatie van het zorgproces
- een set met bijbehorende meetinstrumenten/indicatoren
- een patiëntenversie
- een samenvatting
- een onderhoudsplan
- een informatiestandaard

Aan de eerste twee voorwaarden is al binnen de zorgstandaard voldaan, waarbij de indicatoren als meetinstrumenten gezien worden. Aanvullend worden daarom een patiëntenversie, een samenvatting en een informatiestandaard gemaakt. Ook wordt een plan ontwikkeld om de kwaliteitsstandaard te onderhouden.

Het Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGz stelt bovendien dat alle te ontwikkelen zorgstandaarden, behalve een samenvatting, een patiëntenversie en indicatoren, ook zijn voorzien van een keuzehulp.

Proces van ontwikkeling

Vorbereiding

Het is van belang dat de projectuitvoerder van de ontwikkeling van een stoornis-specifieke zorgstandaard – voorafgaand aan het aanstellen van de werk- en adviesgroep - een schriftelijke en/of mondelinge inventarisatieronde bij veldpartijen houdt. Veldpartijen zijn in dit geval experts/vertegenwoordigers vanuit de patiënten- & familieverenigingen, vanuit de beroepsverenigingen en vanuit een verzekeraar. Vragen die gesteld kunnen worden, zijn bijvoorbeeld:

- Welke aspecten van de zorg rondom de stoornis zouden in de zorgstandaard aan bod moeten komen?
- Wat is het perspectief van patiënten en zorgverleners op de zorg? Waar zitten de voornaamste verbeterpunten?
- Op welke gebied is voor dit onderwerp volgens u behoefte aan meer standaardisering/variatie en op welke gebieden is variatie/individueel maatwerk juist essentieel voor kwaliteit?
- Op welke onderdelen zou volgens u verspilling kunnen worden tegengegaan?
- Welke rol zouden patiënten zelf kunnen of moeten spelen in de uitvoering van de zorg op dit onderwerp? En wat is daarvoor de belangrijkste voorwaarde?
- Op welke onderdelen voorziet u de belangrijkste obstakels als het gaat om de toepassing/implementatie van de zorg die volgens u (in de toekomst) nodig is?
- Met welke generieke ggz modules, psychische stoornissen en/of somatische aandoeningen heeft deze stoornis-specifieke zorgstandaard raakvlakken?
- Welke doelgroepen zijn te onderscheiden? Welk type gebruikers zijn betrokken de zorg rondom deze stoornis? Is een vertaalslag per 'type zorgverlener' wenselijk?
- Kent u relevante stoornis specifieke modules, richtlijnen, leidraden, samenwerkingsafspraken waarin de stoornis aan bod komt?
- Kent u zinvolle kwaliteitsindicatoren die voor de zorg rondom deze stoornis opgesteld zijn en/of in de praktijk gebruikt worden?

De samenvatting en conclusies van het inventariserend onderzoek en het vervolgplan worden met de betreffende veldpartijen getoetst.

Vormen van een werk- en adviesgroep

Kwaliteitsstandaarden worden ontwikkeld door een groep van vertegenwoordigers vanuit alle bij het ggz onderwerp betrokken patiënten- en familieverenigingen, beroepsverenigingen en verzekeraars. Oneigenlijke beïnvloeding door belangenverstrengeling van de betrokken leden dient te worden voorkomen. De werkgroep bestaat uit een onafhankelijke voorzitter en vertegenwoordigers van die verenigingen die door het veld beschouwd worden als de disciplines die het meest betrokken zijn bij de zorg rondom het betreffende ggz onderwerp. Twee of drie leden van de werkgroep zijn vertegenwoordigers vanuit de patiënten- en de familieverenigingen. De voorzitter is iemand die het kennis heeft van de multidisciplinaire zorg rondom de stoornis en er op toeziet dat de diverse disciplines, domeinen en thema's goed aan bod komen. In de adviesgroep zitten vertegenwoordigers vanuit alle bij het ggz onderwerp betrokken patiënten- en familieverenigingen, beroepsverenigingen en verzekeraars die in de commentaarronde concepten van commentaar voorzien. Hierin kunnen ook vertegenwoordigers van kennisinstituten en beheerders van aan de stoornis gerelateerde kwaliteitsstandaarden zitten.

De leden van de werkgroep worden uitgenodigd door het Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGz. Zij worden geïnformeerd over de planning van de ontwikkeling van concepten, de commentaarrondes en de autorisatieronde. De werkgroep besluit in een eerste bijeenkomst welke onderwerpen in de zorgstandaard uitgewerkt gaan worden. Ook wordt bepaald wie over welk onderdeel de eerste concept teksten schrijft en wie daar vervolgens op zal reageren. Er is een secretaris die het overzicht houdt. Ook is er iemand in de werkgroep die nagaat wat de aansluiting van de zorgstandaard is op de generieke modules en andere stoornis-specifieke zorgstandaarden. Dit kan ook met inschakeling van de leden van de adviesgroep. Alle relevante kwaliteitsstandaarden worden gebruikt voor het beschrijven van de inhoud van de module. Van belang is dat de patiënten- en familievereniging bij de achterban nagaat of er rapporten aanwezig zijn waarin de ervaringen en wensen van patiënten en naasten over de zorg rondom de specifieke stoornis weergegeven wordt. Mogelijk kan er een aanvullende patiëntenraadpleging plaatsvinden, te bepalen in overleg met de patiënten- en familievertegenwoordiger.

De leden van de adviesgroep worden bij de start van de ontwikkeling van de zorgstandaard geïnformeerd over de samenstelling van de werk- en adviesgroep, de planning van de ontwikkeling van concepten, de commentaarrondes en de autorisatieronde. De adviesgroep krijgt in de commentaar- en autorisatieronde de gelegenheid om stukken te becommentariëren/autoriseren.

Afronding

Wanneer de zorgstandaard in concept gereed is, wordt de adviesgroep gevraagd om commentaar te leveren op het concept. De leden van de adviesgroep (en hun achterban) wordt gevraagd om het concept te voorzien van commentaar dat raakvlak heeft met het eigen werkveld en de doelstellingen van de betreffende organisatie of vereniging. De commentaarronde vindt veelal schriftelijk plaats en duurt ongeveer 8 weken. De personen en partijen die commentaar gegeven hebben, worden geïnformeerd over hoe hun commentaar is verwerkt in de definitieve tekst.

Na aanpassing van het concept wordt een definitieve versie van de zorgstandaard aan de partijen en organisaties voorgelegd ter autorisatie aan de hand van een door het Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGz beschreven autorisatieprocedure.

De zorgstandaard wordt samen met de overige kwaliteitsinstrumenten (zie hoofdstuk 10) door de relevante stakeholders (patiëntenvertegenwoordigers, zorgaanbieders, professionals en zorgverzekeraars) ingediend voor opname in het Register van het Kwaliteitsinstituut.

Bijlagen

Bijlage 1. Overzicht kwaliteitsinstrumenten

Overzicht van kwaliteitsinstrumenten die in het kader van het Meerjarenprogramma GGz ontwikkeld worden (september 2016).

Stoornis-specifieke kwaliteitsstandaarden

- Zorgstandaard Autismespectrumstoornis
- Zorgstandaard Trauma en Stressorgerelateerde stoornissen
- Zorgstandaard Opiaat verslaving
- Zorgstandaard Problematisch alcoholgebruik en alcoholverslaving
- Zorgstandaard Bipolaire stoornissen
- Zorgstandaard Eetstoornissen
- Zorgstandaard Depressie en Dysthymie
- Zorgstandaard Angststoornissen
- Zorgstandaard ADHD
- Zorgstandaard Dissociatieve stoornissen
- MDR niet-opioïde drugs
- Decision tool Depressie
- Zorgstandaard Psychose
- Zorgstandaard Persoonlijke stoornissen
- Zorgstandaard Aanpassingsstoornissen
- Zorgstandaard SOLK
- Zorgstandaard Seksuele disfuncties, Genderdysforie en Parafiele stoornissen
- Zorgstandaard Conversiestoornis

Generieke kwaliteitsstandaarden

- Generieke module Acute Psychiatrie
- Generieke module Dagbesteding
- Generieke module Ziekenhuispsychiatrie
- Generieke module Arbeid als medicijn
- Generieke module Diversiteit
- Generieke module e-Health
- Generieke module Psychofarmaca
- Generieke module Dwang & Drang
- Generieke module EPA
- Generieke module Psychische klachten in de kindertijd
- Generieke module Organisatie Kind & Jeugdige
- Generieke module Psychische stoornissen en LVB
- Generieke module Vaktherapieën
- Generieke module Comorbiditeit
- Generieke module Destigmatisering
- Generieke module Herstelondersteunende zorg
- Generieke module Psychotherapie
- Generieke module Stemmen horen
- Generieke module D&B van suïcidaal gedrag
- Generieke module Ondersteuning familiesysteem & mantelzorg
- Generieke module Ouderenpsychiatrie

- Generieke module Zelfmanagement
- Generieke module Vroege opsporing psychische klachten
- Landelijke samenwerkingsafspraken GGz (*reeds gepubliceerd*)
- Generalistische diagnostiek en behandeling in de GB GGz

Overig

- Doorbraakproject ROM
- 'Een krachtige stem'

Bijlage 2. Relevante documenten en websites

- www.kwaliteitsontwikkelingggz.nl
o.a. Model GGz Generieke module
- Overzicht zorgstandaarden:
www.zorginzicht.nl
- Toetsingskader, HARING, leidraden (AQUA) en model voor de zorgstandaarden:
<http://www.zorginstituutnederland.nl/kwaliteit/toetsingskader+en+register>
- Overzicht kwaliteitsindicatoren op transparantiekalender: www.zorginzicht.nl
- www.zonmw.nl/uploads/tx_vipublicaties/ZonMw_Kennisagenda_Gender_En_Gezondheid.pdf