

## Samenvatting Model-Kwaliteitsstatuut ggz

Het model kwaliteitsstatuut ggz is opgesteld en ondertekend door:



Landelijk Platform GGZ

NEDERLANDSE  
VERENIGING VOOR  
PSYCHIATRIE



GGZ NEDERLAND



LANDELIJKE VERENIGING VAN  
VRIJGEVESTIGDE PSYCHOLOGEN  
& PSYCHOTHERAPEUTEN



Nederlands Instituut van Psychologen N I P

ineen  
ORGANISEERT DE EERSTE LIJN

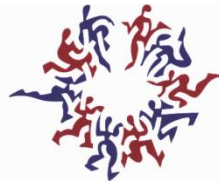


Platform  
MEERGGZ

v&vn  
Beroepsvereniging van zorgprofessionals

P3NL  
Federatie van psychologen, psychotherapeuten en pedagogen

Zorgverzekeraars Nederland



Het Model-Kwaliteitsstatuut ggz is op 31 maart 2016 opgenomen in het Register voor Kwaliteitsstandaarden van het Zorginstituut Nederland.

### 1. Inleiding

In het Model Kwaliteitsstatuut ggz 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 door de zorgaanbieder ingevulde kwaliteitsstatuut borgt dat de zorgaanbieder bewerkstelligt dat de juiste hulp, op de juiste plaats en door de juiste zorgprofessional, binnen een professioneel en kwalitatief verantwoord netwerk, wordt geleverd. De zorgaanbieder bevordert daarmee gepaste zorg.

Het Model Kwaliteitsstatuut ggz wordt gedragen door de beroeps- en brancheverenigingen in de ggz en is daarmee een veldnorm. Het opstellen van een eigen kwaliteitsstatuut op basis van dit model is voor een ggz-aanbieder verplicht doordat het is geplaatst op de transparantiekalender van het Zorginstituut. Het kwaliteitsstatuut van de zorgaanbieder is vastgelegd in publieke regelgeving en is openbaar.

Het model is van kracht per 1 januari 2017 voor alle aanbieders van 'geneeskundige ggz', dat wil zeggen: generalistische basis-ggz en gespecialiseerde ggz binnen de Zorgverzekeringswet. De huisartsenzorg (inclusief poh-ggz) valt buiten de reikwijdte van de verplichting om een kwaliteitsstatuut te hebben.

## **2. Doelen van het kwaliteitsstatuut**

Het kwaliteitsstatuut van de zorgaanbieder:

- Maakt voor de patiënt/cliënt en diens familie/naastbetrokkenen inzichtelijk hoe de zorgverlener aan kwaliteitsaspecten vorm en inhoud geeft. Het kwaliteitsstatuut stelt de patiënt/cliënt 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 toezichthoudende instanties in de gelegenheid om zich een oordeel te vormen over de kwaliteit van zorg zoals die door een individuele zorgaanbieder wordt geboden.

## **3. Algemene uitgangspunten**

### **3.1 Patiënt/cliënt centraal**

De zorgaanbieder richt de zorg zodanig in dat de patiënt/cliënt in staat wordt gesteld zelf maximaal regie te voeren over de behandeling, ook binnen de kaders van gedwongen zorg. Gezamenlijke besluitvorming door de patiënt/cliënt en professional over de behandeling en de wijze waarop samenwerking met en ondersteuning van familie en/of naasten wordt ingevuld, is hiervoor een essentiële voorwaarde.

### **3.2 Afstemming en samenwerking vragen om goede afspraken**

Zorgverleners functioneren in professionele netwerken binnen de gezondheidszorg en het sociale domein. Dit gegeven brengt met zich mee dat - als er meerdere professionals betrokken zijn bij de behandeling - er een duidelijke rolverdeling tussen alle bij de behandeling betrokkenen vereist is; niet alleen als zij werkzaam zijn binnen een en dezelfde zorgaanbieder, maar ook bij afstemming en samenwerking tussen zorgaanbieders. In het laatste geval is er sprake van meerdere behandelovereenkomsten met de patiënt/cliënt op hetzelfde moment of opeenvolgend op elkaar.

In alle gevallen zijn afspraken vereist tussen zorgverleners over het vormgeven van de afstemming en samenwerking, over op- en afschalen en een goede overdracht.

### **3.3 Relatie tot wet- en regelgeving**

Zorgverlening moet te allen tijde voldoen aan de professionele standaard. Zorgverleners hebben ruimte om de organisatie en inhoud van de zorg daarbinnen naar eigen inzicht in te richten. Deze ruimte wordt evenwel begrensd door wettelijk geregelde verantwoordelijkheden en bevoegdheden, die te allen tijde in acht dienen te worden genomen (zoals de Wkkgz, de Wet big, de Wgbo, de Zorgverzekeringswet, de Wet Bopz/Wvvgg, Jeugdwet, Wlz en Wmo 2015 waar van toepassing).

### **3.4 Toets op uitvoerbaarheid**

Zoals gezegd vraagt zorgverlening door zijn complexiteit om afspraken en regelgeving. In die zin zal het kwaliteitsstatuut een administratieve last betekenen. Deze administratieve last moet altijd in verhouding staan tot het doel waartoe zij dient. Bij het opstellen, bijstellen en evalueren van het model kwaliteitsstatuut ggz zullen de voorschriften altijd getoetst worden op proportionaliteit en uitvoerbaarheid.

## **4. Aanbod van zorg aan de patiënt/cliënt**

### **4.1 De patients journey**

Het kwaliteitsstatuut ondersteunt de patiënt/cliënt bij het vinden van informatie wanneer hij zich tot een zorgverlener in de curatieve ggz wendt en waaraan hij het vertrouwen kan ontlend in goede handen te zijn. Het gaat hierbij om de informatie die hij nodig heeft om te kunnen beoordelen of hij passende en goede zorg krijgt en of hij zelf hierin de regie kan houden of nemen.

Het kwaliteitsstatuut fungeert daarmee voor de patiënt/cliënt als een gids om een weloverwogen keuze te maken voor een bepaalde zorgaanbieder en te participeren in de besluitvorming met betrekking tot het individuele behandelproces (the patients journey). Deze patients journey beslaat vijf fases: 1) Voortraject bij verwijzer; 2) Aanmelding/intake; 3) Diagnostiek; 4) Behandeling; 5) Afsluiting en nazorg. In het Model-Kwaliteitsstatuut ggz staat toegelicht wat de aanbieder over deze fases dient op te nemen in zijn kwaliteitsstatuut.

## 4.2 Regiebehandelaar

Het kwaliteitsstatuut ggz geeft de regiebehandelaar een centrale rol in het zorgproces. Indien meerdere zorgprofessionals als zorgverleners betrokken zijn bij de zorgverlening aan een patiënt/cliënt is het van belang dat één van hen het zorgproces coördineert en eerste aanspreekpunt is voor de patiënt/cliënt 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. 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 de volgende voorwaarden:

- Academische opleiding of daarmee vergelijkbaar niveau, welke onderworpen is aan een systeem van accreditatie en heraccreditatie en/of voorziet in gerichte bij- en nascholing (NLQF7);
- BIG-registratie;
- relevante werkervaring;
- periodieke deelname aan een vorm van intervisie en intercollegiale toetsing.

In sectie II en sectie III van het model-Kwaliteitsstatuut wordt nader uitgewerkt hoe het regiebehandelaarschap respectievelijk in de vrijgevestigde praktijk en de instelling wordt ingevuld.

In geval van interdisciplinaire dan wel multidisciplinaire behandeling geldt het volgende:

De regiebehandelaar heeft een wezenlijk aandeel in de inhoudelijke behandeling. Hij zorgt ervoor dat in samenspraak met de patiënt/cliënt een behandelplan wordt opgesteld en stelt deze vast; hij draagt er zorg voor dat dit wordt uitgevoerd en – wanneer omstandigheden daartoe aanleiding geven – wordt bijgesteld. De regiebehandelaar draagt er zorg voor dat de verrichtingen of activiteiten van alle zorgverleners die beroepshalve bij de behandeling van de patiënt/cliënt betrokken zijn – en dus ook zijn eigen verrichtingen of activiteiten – op elkaar zijn afgestemd.

Wanneer meerdere zorgaanbieders tegelijkertijd bij de behandeling van de patiënt/cliënt zijn betrokken, spant de regiebehandelaar zich in voor een goede samenwerking en afstemming, met toestemming van de patiënt/cliënt.

De patiënt/cliënt kan in samenspraak met de zorgaanbieder kiezen wie van de bij de behandeling betrokken zorgverleners als regiebehandelaar zal optreden.

Vanwege het belang van continuïteit van zorg is een wisseling van regiebehandelaar in beginsel ongewenst. Een wisseling van regiebehandelaar gebeurt altijd in overleg met de patiënt/cliënt en eventueel zijn naasten, en is wel mogelijk of wenselijk in geval van:

- een nieuwe fase van de behandeling
- een wijziging in het behandelplan, met als gevolg wijziging van de zorgverlener(s) of van het zwaartepunt in de behandeling
- op verzoek van de patiënt (met redenen omkleed)
- de regiebehandelaar gedurende langere tijd niet, of niet meer beschikbaar is (bijvoorbeeld in geval van ziekte, overplaatsing of ontslag)

Bij wisseling van regiebehandelaarschap is de overdragende regiebehandelaar verantwoordelijk voor een goede overdracht van alle gemaakte afspraken en legt deze vast in het dossier.

De regiebehandelaar coördineert de afstemming tussen alle betrokken zorgverleners<sup>1</sup> en is verantwoordelijk voor de integraliteit van de behandeling. Het overleg is gericht op overeenstemming door middel van gezamenlijke besluitvorming.

Bij verschil van mening of inzicht over de in te stellen behandeling heeft de regiebehandelaar uiteindelijk de doorslaggevende stem, echter niet eerder dan nadat alle betrokken deskundigen gehoord zijn. Indien een verschil van mening of inzicht niet op deze manier kan worden opgelost voorziet de zorgaanbieder in een escalatieprocedure

---

<sup>1</sup> Of deze zorgverleners bij dezelfde aanbieder werkzaam zijn, of dat er sprake is van verschillende aanbieders, maakt een verschil voor coördinatie van de samenwerking. Hier wordt in sectie II (vrijgevestigden) en sectie III (ggz-instellingen) aandacht aan besteed.

waarvan zowel de regiebehandelaar als de overige bij de behandeling betrokken professionals gebruik kunnen maken.

De regiebehandelaar draagt niet de verantwoordelijkheid voor de door andere zorgverleners tijdens het behandelingstraject uitgevoerde afzonderlijke verrichtingen en interventies. Daarvoor zijn en blijven die andere zorgverleners zelf ten volle verantwoordelijk.

Overige taken en verantwoordelijkheden van de regiebehandelaar:

1. De regiebehandelaar weet zich overtuigd van de bevoegdheid en bekwaamheid van de andere betrokken zorgverleners in relatie tot de zelfstandige uitvoering van het deel van de behandeling waarvoor zij verantwoordelijk zijn.
2. De regiebehandelaar ziet er op toe dat de dossiervoering voldoet aan de gestelde eisen. Andere betrokken zorgverleners hebben een eigen verantwoordelijkheid in de adequate dossiervoering.
3. De regiebehandelaar laat zich informeren door de andere bij de behandeling betrokken zorgverleners, zo tijdig en voldoende als noodzakelijk is voor een verantwoorde behandeling van de patiënt/cliënt. De regiebehandelaar toetst of de activiteiten van anderen bijdragen aan de behandeling van de patiënt/cliënt en passen binnen het door de regiebehandelaar in overleg met de patiënt/cliënt vastgestelde behandelplan.
4. De regiebehandelaar en de andere betrokken behandelaren treffen elkaar ten behoeve van periodieke evaluatie van het behandelplan in persoonlijk contact en/of in teamverband, zo mogelijk in aanwezigheid van de patiënt/cliënt, met de daartoe noodzakelijke frequentie (ook teleconferencing), op geleide van de problematiek/vraagstelling van de patiënt/cliënt.
5. De regiebehandelaar draagt zorg voor goede communicatie met de patiënt/cliënt en diens naasten (indien van toepassing en indien toestemming hiervoor is verkregen) over het beloop van de behandeling.

#### **4.3 Vormgeven gepast gebruik**

In zijn kwaliteitsstatuut geeft de zorgaanbieder aan hoe hij gepast gebruik bevordert. 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. Kwaliteitsstandaarden vormen hiervoor het uitgangspunt. 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/cliënt, matched care en gepersonaliseerde behandeling nodig.

De zorgaanbieder zorgt daarom, naast de zaken die elders in dit kwaliteitsstatuut genoemd zijn, dat de volgende zaken in zijn 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 beschreven in de zorgstandaarden;
- behandelingen worden afgesloten wanneer er onvoldoende gezondheidswinst wordt behaald. Dat kan worden geconstateerd door:
  - a) Het hanteren van criteria voor beëindiging van de behandeling, indien deze zijn opgenomen in zorgstandaarden
  - b) Intervisie en peer reviews.

Ten behoeve van benchmarking leveren zorgaanbieders in de curatieve ggz hun ROM-gegevens aan voor de landelijke benchmark ggz conform vigerende bestuurlijke afspraken.

#### **5. Verantwoording, toetsing en controle van het kwaliteitsstatuut**

Voor alle zorgaanbieders gelden eisen op het gebied van kwaliteit, verantwoording, toetsing en controle. In het algemene deel van het Model-Kwaliteitsstatuut ggz (sectie I) worden hieraan een aantal normen toegevoegd. Vervolgens zijn specifieke normen beschreven voor de behandelsettings van vrijgevestigde aanbieders (sectie II) en voor zorginstellingen (sectie III).

Door middel van ondertekening van zijn kwaliteitsstatuut verklaart de zorgaanbieder de in dit model opgenomen normen in acht te nemen. Wanneer de zorgaanbieder specifieke aanvullingen wil toevoegen aan zijn kwaliteitsstatuut kan deze dat doen.

Wanneer de zorgaanbieder een cliëntenraad en een familieraad heeft, wordt het kwaliteitsstatuut afgestemd en geëvalueerd met deze raden. De zorgaanbieder evalueert en actualiseert jaarlijks zijn kwaliteitsstatuut.

#### **6. Doorontwikkeling model kwaliteitsstatuut en periodieke evaluatie**

Het Model-Kwaliteitsstatuut ggz is een levend document. Het wordt periodiek geëvalueerd en bijgesteld conform het vastgelegde onderhoudsplan. Bij de evaluatie wordt de werking van het modelstatuut beoordeeld aan de hand van de algemene uitgangspunten zoals hierboven beschreven.

In de doorontwikkeling zal steeds expliciete aandacht zijn voor initiatieven die gebruik maken van de innovatieregeling van de NZa, alsmede voor nieuwe beroepen die beoordeeld worden op toelating tot de secties II en III.

#### **Bijlagen bij het model-Kwaliteitsstatuut ggz**

Bij het model-Kwaliteitsstatuut ggz horen de volgende bijlagen:

- het document 'Toelichting bij het Model-Kwaliteitsstatuut ggz';
- het document 'Gecontroleerde experimenteerruimte kwaliteitsstatuut';
- het document 'Overgangsregeling 18/-18+ bij Model-Kwaliteitsstatuut ggz'.