

PDF hosted at the Radboud Repository of the Radboud University Nijmegen

The following full text is a publisher's version.

For additional information about this publication click this link.

<http://hdl.handle.net/2066/162983>

Please be advised that this information was generated on 2019-01-24 and may be subject to change.

De nieuwe standaard voor kwaliteit van zorg

J. SPIJKER



Wat kunnen we verwachten in het nieuwe jaar? Dat is lastig te voorspellen in een sterk veranderende ggz-wereld, maar zeker is dat de zorgstandaarden geïntroduceerd zullen worden. Waarom zorgstandaarden? We hebben toch al richtlijnen en daarop gebaseerde zorgprogramma's die beschrijven hoe de zorg wordt aangeboden? Misten we dan nog iets?

Eerst even terug in de tijd. In 2012 werd het bestuurlijk akkoord gesloten tussen de overheid, zorgaanbieders, de beroepsverenigingen, de zorgverzekeraars en de cliënten- en familieorganisaties. Een van de afspraken van dat akkoord betrof het verbeteren van de kwaliteit van de zorg en daarvoor zou een investering gedaan worden in behandelrichtlijnen, zorgpaden en zorgstandaarden.

Kwaliteitsnetwerk

Hiertoe richtten de beroepsverenigingen van psychiaters (NVvP) en psychologen (NIP) en het Landelijk Platform GGZ (LPGGZ) het Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGZ op. In het netwerk participeren daarnaast GGZ Nederland, Zorgverzekeraars Nederland en een groot aantal andere relevante beroepsorganisaties en betrokkenen. Het netwerk streeft naar een goede, toegankelijke en betaalbare geestelijke gezondheidszorg. Om dit te bereiken ligt het accent op het ontwikkelen, begeleiden en financieren van kwaliteitsstandaarden.

Kwaliteitsstandaard is een verzamelnaam voor richtlijnen, zorgstandaarden en generieke modules die betrekking hebben op het gehele zorgproces en die vastleggen wat goede zorg is. Deze kwaliteitsstandaarden zijn patiëntgericht en de opstellers ervan houden rekening met het feit dat de zorg tegen aanvaardbare kosten moet worden geleverd. Kwaliteitsstandaarden beschrijven goede zorg vanuit het perspectief van de cliënt. Vanuit de zorgvraag omschrijven ze alle elementen van het zorgproces, zoals de indicatiestelling, de inhoud en organisatie van de zorg en de gevolgen van de behandeling in het dagelijks leven van de patiënt. Tevens bevatten ze een voorkeursoptie voor de doelmatigste zorg bij een bepaalde indicatie; zo bevorderen ze gepast gebruik van de zorg. Aan elke kwaliteitsstandaard voegt men bijpassende meetinstrumenten toe. De kwaliteitsstandaarden worden door de relevante partijen ontwikkeld en gedragen. Om deze doelstelling te realiseren worden bestaande (en nieuwe) multidisciplinaire richtlijnen (die *evidence-based* zijn) vertaald naar modulair opgebouwde zorgstandaarden (die *evidence-* en *practise-based* zijn), die op hun beurt de basis vormen voor zorgprogramma's en -paden. Om de toegevoegde waarde van zorgstandaarden inzichtelijk te maken definieert men ook per zorgstandaard de relevante uitkomstmaten.

Noodzakelijke vervolgstap

Dus om terug te komen op de inleiding: ja, zorgstandaarden vervullen een noodzakelijk rol als een vervolgstap na de richtlijnen. In de zorgstandaarden

integreert men, waar nodig, ook praktijkkennis en neemt men het cliëntenperspectief op. Ze vormen daarmee een completere basis voor de inrichting van zorgprogramma's en -paden. Omdat een zorgstandaard het gehele zorgcontinuüm beschrijft, kan deze als basis dienen om een regionaal zorgprogramma te beschrijven.

Zorgstandaarden zijn stoornisspecifiek, dus u kunt zorgstandaarden voor de grote psychiatrische stoornissen verwachten. In totaal zijn er 16 in de maak, die in de loop van 2017 gaan verschijnen. Daarnaast zijn er generieke modules. Deze beschrijven de zorg voor een patiënt betreffende een zorgvraag die betrekking kan hebben op meer dan een aandoening of stoornis. Vandaar de term 'generieke module'. Generieke modules zijn daarmee ziekteoverschrijdend en werken verbindend tussen de zorgstandaarden. Omgekeerd verwijzen de zorgstandaarden met regelmaat naar een generieke module. Voorbeelden van generieke modules zijn: destigmatisering, zelfmanagement, ondersteuning familiesysteem en mantelzorg, ziekenhuispsychiatrie, bijwerkingen van geneesmiddelen en ernstige psychiatrische aandoeningen (EPA). Kortom, heel divers. Er zijn er 26 in de maak.

Richtlijn 2.0?

Als voorzitter van de werkgroep die de zorgstandaard Depressie en Dysthymie voorbereidt, maak ik van heel dichtbij mee wat de zorgstandaard wel en niet kan brengen. Het is geen 'richtlijn 2.0' in die zin dat er nog een hogere graad van evidence-based kennis beschikbaar komt om de juiste aanbevelingen te doen. Het wordt ook geen kookboek waarin stap voor stap alle aspecten van de zorg voor depressie worden voorgeschreven.

De zorgstandaard wordt eerder een aanvulling op de multidisciplinaire richtlijn. Een richtlijn probeert dichtbij het wetenschappelijke bewijs te blijven en de richtlijnaanbevelingen zijn dan ook onverkort opgenomen in de zorgstandaard. Maar het perspectief van de zorgstandaard is duidelijk breder dan dat van een richtlijn. In de eerste plaats omdat de hele keten van zorg rond de stoornis wordt meegenomen, van preventie van lichte klachten, tot maatschappelijke participatie en herstel bij chroniciteit. Daarnaast is het cliëntenperspectief nadrukkelijker in beeld dan bij de richtlijn. Cliënten brengen onderwerpen in die bij hun achterban leven en van belang worden geacht. Daarmee heeft de zorgstandaard een breder perspectief en vult de richtlijn aan.

Goede implementatie nodig

Wat kunnen we verwachten van de zorgstandaarden? Winst is dat de zorgstandaarden voor alle professionals in heldere taal uitleggen wat goede zorg is. Richtlijnen waren nogal eens monodisciplinair en werden daarom niet breed omarmd. Omdat alle zorgstandaarden straks ook cliëntenversies hebben, is misschien wel het grootste voordeel dat professionals en cliënten een gelijksoortig idee hebben wat goede zorg is en daardoor sneller tot overeenstemming zullen komen over de behandeling.

Maar er is nog veel werk te doen. Nederlandse psychiaters kunnen op het ledennet van de NVvP de eerste zorgstandaarden en generieke modules bestuderen en van commentaar voorzien. Ook voor de andere beroepsgroepen en belanghebbenden geldt uiteraard een commentaarfase. Daarna moeten de beroepsverenigingen de standaarden nog autoriseren, dus er zijn nog de nodige stappen te zetten voordat ze zullen verschijnen.

De grote hoeveelheid van zorgstandaarden en generieke modules baart zorgen. Omdat het netwerk maar voor een beperkte duur is opgericht, moeten in een

AUTEUR

JAN SPIJKER, psychiater, Pro Persona Expertisecentrum depressie, Nijmegen, bijzonder hoogleraar Chronische Depressie, Faculteit der Sociale Wetenschappen, Radboud Universiteit Nijmegen en hoofdredacteur *Tijdschrift voor Psychiatrie*.

CORRESPONDENTIEADRES

Prof. dr. Jan Spijker, Pro Persona Expertisecentrum Depressie, Reinier Postlaan 6, 6525 GC Nijmegen.
E-mail: j.spijker@propersona.nl

Geen strijdige belangen meegegeed.

TITLE IN ENGLISH

The new standard for quality of care

korte tijd heel veel producten opgeleverd worden. Het is natuurlijk de grote vraag hoe het veld met deze hoeveelheid om zal gaan. Een goed implementatieplan, gefaseerd en breed uitgezet, is nodig. Als de implementatie slaagt, dan kunnen de zorgstandaarden de nieuwe standaard voor ons werkveld worden.