

# Inzicht in kwaliteit: bottom-up naar passende ggz met kwaliteitstransparantie

---

*Eindrapport Programma Versterken  
kwaliteitstransparantie ggz*

Eindversie | 24-02-2026

# Colofon

Betrokken partijen	De Nederlandse ggz, Landelijke Vereniging van Vrijgevestigde Psychologen & Psychotherapeuten, MIND, Nederlands Instituut van Psychologen, Nederlandse Vereniging van pedagogen en Onderwijskundigen, Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie, Platform MEERGGZ, Zorgverzekeraars Nederland
Procesbegeleiding	Zorginstituut Nederland en onafhankelijke programmamanager
Uitgebracht aan	Ministerie van VWS
Over deze publicatie	Dit rapport is onderdeel van het programma <i>Versterken kwaliteitstransparantie ggz</i> en beschrijft de gezamenlijke koers voor het verder versterken van kwaliteitstransparantie in de ggz. Het rapport bestaat uit zes deeladviezen op urgente inhoudelijke thema's.

Omdat sommige onderwerpen en adviezen nog verdere verfijning nodig hebben, is door betrokken partijen besloten tot een 'tussenfase' van het programma. De adviezen in het rapport worden in de volgende fase uitgewerkt naar concrete stappen. In het addendum bij dit rapport staat beschreven hoe deze tussenfase ingevuld wordt.

# Addendum: inrichting tussenfase programma Versterken kwaliteitstransparantie ggz

**Datum:** 23 februari 2026

## **Aanleiding en context**

Het programma *Versterken kwaliteitstransparantie ggz* is 12 februari 2026 bestuurlijk vastgesteld door de stuurgroep en wordt op 10 maart aanstaande formeel opgeleverd bij de thematafel Passende Zorg. Hoewel er stappen zijn gezet, is geconstateerd dat de adviezen op dit moment nog onvoldoende zijn uitgewerkt op het gebied van implementatie en de concrete vormgeving van het vervolg. Om het programma duidelijk vervolg te kunnen geven werkt het huidige programma een noodzakelijke verfijning uit. Hierin wordt een scherper beeld weergegeven over de verschillende niveaus van kwaliteitstransparantie. In deze uitwerking wordt ook aangegeven op welke manier er concrete stappen voorwaarts gezet worden om data ondersteunend het leren en verbeteren stapsgewijs te implementeren. Deze uitwerking tezamen met de huidige adviezen, geven een duidelijk plan voor het vervolg.

Om de continuïteit te waarborgen en te voorkomen dat de start van het vervolgprogramma onnodig wordt uitgesteld, is besloten een tussenfase in te richten. Deze fase overbrugt de periode tot aan de daadwerkelijke start van het vervolg.

## **Onderbrengen programma binnen Cyclus voor Gepast Gebruik**

Om verder te kunnen is het onderbrengen en inbedden van het vervolg van het programma binnen Cyclus voor Gepast Gebruik en het samenvoegen van aanpalende projecten en opdrachten belangrijk. In onze brief 'Voorstel hergroepering kwaliteitstransparantie projecten ggz' geven wij dit aan. Het programma doet een oproep aan VWS om op korte termijn te arrangeren dat het programma wordt toegevoegd aan het programma Cyclus voor Gepast Gebruik evenals andere aanpalende kwaliteitsopdrachten en programma's.

## **Doel van de tussenfase**

De tussenfase is bedoeld om tot een concretisering te komen waarmee vervolg van het programma duidelijk voortgang krijgt. Het programma heeft vastgesteld dat de doelen voor de tussenfase in september 2026 gerealiseerd zijn.

Op dit moment is er geen duidelijk beeld hoe we gezamenlijk en gefaseerd toewerken naar kwaliteitstransparantie in de ggz. Om dit beeld wel te creëren worden de beschreven transparantieniveaus 2 en 3 verder uitgewerkt en verduidelijkt. Ook worden er criteria en randvoorwaarden opgesteld op basis waarvan onder andere besloten kan worden of en wanneer er wordt overgegaan naar een ander niveau en of er een aanpassing nodig is om alsnog aan de criteria te kunnen voldoen (concrete go/no-go momenten). Dit biedt verschillende stakeholders ook perspectief in welke fase zij een volgende stap kunnen verwachten.

Wanneer een duidelijk beeld ontstaat hoe we toewerken naar kwaliteitstransparantie in de ggz wordt ook duidelijk hoe we de adviezen hierop aansluiten. De deeladviezen worden verder geconcretiseerd om hier passend en gedegen invulling aan te geven.

Dit bekent dat er in de tussenfase:

1. Een gezamenlijk beeld wordt verkregen wat betreft inhoud en proces transparantieniveaus.
2. Elk advies wordt getoetst op haalbaarheid. Dit gebeurt in gesprek met de betrokken koepelpartijen. Er wordt verder invulling gegeven aan landelijk gewenste resultaten van het advies en hoe het bijdraagt aan kwaliteitstransparantie.
3. Voor elk advies wordt bepaald of en zo ja welk vervolg het krijgt, bijvoorbeeld in een pilot of door het mee te geven aan een bestaand initiatief. Het programma maakt tijdens de tussenfase een heldere verbinding met aanpalende IZA/AZWA opdrachten binnen diverse deeladviezen.
4. Zowel overkoepelend als voor elk advies worden de overige randvoorwaarden uitgewerkt voor het vervolg van het programma: beschrijving van de huidige situatie in het veld, wat is er nodig voor een verankerde implementatie, communicatiestrategie, en de inzet en rol

van Akwa ggz hierin.

**Status voor het veld**

Gedurende deze tussenfase verandert er voor de dagelijkse praktijk in het veld nog niets. Deze periode wordt uitsluitend benut voor de concretisering en de afstemming tussen de koepelpartijen, het programmateam en de stuurgroep. Hiermee wordt een solide en breed gedragen fundament gelegd voor de daadwerkelijke implementatiefase.

# Inzicht in kwaliteit: bottom-up naar passende ggz met kwaliteitstransparantie

Programma Versterken Kwaliteitstransparantie ggz (Integraal Zorgakkoord)

**Door koepelpartijen:** de Nederlandse ggz, LVVP, MIND, NIP, NVO, NVvP, Platform MEERGGZ en ZN

**Procesbegeleiding:** Zorginstituut Nederland en onafhankelijke programmamanager

Eindversie | 24 februari 2026

## 1. Over het programma

Van mei 2024 t/m december 2025 hebben bovengenoemde acht koepelpartijen vanuit een IZA-programma samengewerkt aan het versterken van kwaliteitstransparantie in de geestelijke gezondheidszorg (hierna: ggz).

### Urgentie

De ggz staat onder druk door arbeidskrapte en oplopende wachtlijsten, waardoor het des te belangrijker is dat de zorg doelgericht, passend en uitvoerbaar georganiseerd wordt. Hoewel er al veel kwaliteitsinformatie wordt verzameld, is deze weinig onderscheidend en niet breed toegankelijk en zichtbaar gemaakt om leren en verbeteren op grote schaal te ondersteunen. Door de grote differentiatie in aard van klachten, behandel mogelijkheden en de context van de cliënt is duiding en gezamenlijke interpretatie essentieel. Op dit moment wordt informatie landelijk onvoldoende benut om passende zorg te versterken en keuzes te onderbouwen. Juist in tijden van schaarste is het belangrijk om keuzes zorgvuldig en op basis van de juiste informatie te maken.

### 1.1 Doel

Kwaliteitstransparantie is niet het doel, maar het middel. Meer inzicht in de kwaliteit van zorg draagt op verschillende manieren bij aan meer passende zorg<sup>1</sup> in de ggz. Voor al deze manieren geldt dat het inzicht alleen niet voldoende is, maar dat het ondersteunend is aan het gesprek over passende zorg<sup>2</sup>. Zorgprofessionals, cliënten, zorgaanbieders en financiers benadrukken dat kwaliteitstransparantie direct van waarde moet zijn binnen de behandelkamer, het leren en verbeteren positief moet stimuleren en moet aansluiten bij de specifieke setting en context van de professional en het perspectief van de cliënt en naasten. Met deze visie wil het programma het versterken van kwaliteitstransparantie vormgeven, zodat het een cultuur van leren en verbeteren creëert en het gebruik

van data toegevoegde waarde krijgt voor de dagelijkse praktijk. Hieronder is per stakeholder toegelicht hoe kwaliteitstransparantie bijdraagt.

- **Cliënten en naasten** kunnen de inzichten gebruiken om (samen met zorgprofessionals) voor hen goede keuzes te maken over hun behandeling
- **Zorgprofessionals** kunnen de inzichten gebruiken om met elkaar te leren en hun behandelingen verder te verbeteren
- **Zorgaanbieders** kunnen de inzichten gebruiken om met elkaar te leren. Daarnaast kunnen zij hun beleid aanpassen en/of de zorg anders organiseren
- **Financiers** kunnen op basis van kwaliteitsinformatie meer gericht passende zorg in te kopen
- **Toezichthouders**<sup>3</sup> kunnen de inzichten gebruiken om de kwaliteit en veiligheid van zorg te bevorderen

Op dit moment is er op landelijk niveau niet voldoende kwaliteitsinformatie transparant<sup>4</sup> om het gesprek over passende zorg te ondersteunen. Dat betekent niet dat de informatie niet geregistreerd wordt. Het wordt alleen niet op één plek verzameld, weergegeven en/of is niet breed toegankelijk door verschillende redenen.

### 1.2 Samenhang

De beweging naar passende zorg in de ggz is een brede transitie die al in het veld gaande is. Deze transitie is niet exclusief belegd in dit programma, maar het programma draagt hieraan bij door kwaliteitstransparantie te versterken. Binnen het AZWA krijgt deze beweging bovendien een specifieke plek.

Het programma sluit aan op en versterkt meerdere lopende trajecten binnen de ggz. De meest relevante trajecten specifiek binnen het AZWA zijn: AZWA E2

<sup>1</sup> Zie definitie passende zorg: [NZA en Zorginstituut Nederland \(2020\). Samenwerken aan passende zorg: de toekomst is nú. Actieplan voor het behoud van goede en toegankelijke gezondheidszorg](#)

<sup>2</sup> Voorstel opdracht project leren en verbeteren met datagestuurde dialoog voor passende zorg en kwaliteitstransparantie (2021)

<sup>3</sup> Toezichthouders waren niet betrokken bij dit programma, maar wel als

informatiepartij betrokken.

<sup>4</sup> Bestaande landelijke data: CQI en ZPM ([Openbare GGZ-cijfers - Homepage](#), Kwaliteitsstatuut ([Open data Geestelijke gezondheidszorg Kwaliteitsstatuut | Zorginzicht](#)))

Passende Zorginitiatieven, E3 Richtlijnen en Zorgstandaarden en C6 Herijken behandelduur, vorm en doelstelling.

Er zijn een aantal belangrijke trajecten die niet los van elkaar gezien kunnen worden, omdat ze in elkaars verlengde liggen en/of effect op elkaar hebben. Daarom is het noodzakelijk dat deze trajecten in samenhang een vervolg krijgen. De meest relevante overkoepelende programma's zijn: Cyclus van Gepast Gebruik en de Wet Kwaliteitsregistraties ggz.

### 1.3 Aanpak

De koepelpartijen hebben ervoor gekozen om de aanpak van het programma nauw aan te laten sluiten bij wat er daadwerkelijk speelt en relevant is voor de dagelijkse praktijk. Passende zorg vindt immers altijd plaats binnen een specifieke context van hulpvragen, professionals, regio's en settingen. Daarom werkt een generieke benadering niet, en kunnen we ook niet verwachten dat één aanpak de kwaliteitstransparantie in de volle breedte van de ggz meteen versterkt. Eerst moeten we de meerwaarde van data ter ondersteuning van leren en verbeteren echt gaan ervaren. Dat kost tijd en gebeurt niet overal tegelijk.

Vanuit die gedachte is bewust gekozen om te starten met thema's die nu urgent en relevant zijn in de praktijk. En hierbij te kijken hoe leren en verbeteren per thema bijdraagt aan meer passende zorg en welke informatie daarbij daadwerkelijk helpt. Geen standaardlijstjes voor beleid dus, maar inzichten die waardevol zijn voor de mensen die er elke dag mee werken. Hieronder staan de belangrijkste aspecten van de aanpak toegelicht:

- **Relevante en urgente thema's.** De koepelpartijen hebben zes thema's gekozen die urgent en relevant zijn voor de praktijk. Op deze manier kan kwaliteitstransparantie ook echt bijdragen aan passende zorg. Een aantal thema's zijn inhoudelijk, terwijl anderen meer op processen focussen die bijdragen aan passende zorg. De inhoudelijke thema's zijn: ernstige psychiatrische aandoeningen (EPA), verslavingszorg, autisme en diagnostiek. De procesthema's zijn: digitale zorg, en doelstellingen, evalueren en beëindiging behandeling.
- **Gesprekstafels met mensen uit de praktijk.** Voor elk thema is een gesprekstafel opgezet met acht tot tien mensen uit de dagelijkse praktijk. De gesprekstafels zijn gevraagd om te bepalen welke informatie relevant is en op welke manier dit bijdraagt aan meer passende zorg. In elke gesprekstafel waren verschillende expertises

aanwezig: onder andere zorgprofessionals, ervaringsdeskundigen en medisch adviseurs. Elke gesprekstafel is ongeveer tien keer bijeengekomen over een periode van acht tot twaalf maanden.

- **Bottom-up aanpak en resultaten.** Elke gesprekstafel kreeg kaders mee, maar de deelnemers hebben zelf bepaald wat de probleemstelling was, hoe ze het gingen aanpakken en op welke manier de kwaliteit van zorg transparant kan worden. Er is meermaals afgestemd met de koepelpartijen om mee te denken of bij te sturen waar nodig.

### 1.4 Visie stappen in transparantie

De koepelpartijen onderscheiden drie niveaus van transparantie. Zoals eerder aangegeven is transparantie geen doel op zich, maar een middel om te begrijpen wat, waar en hoe passende zorg wordt geleverd en om keuzes te maken hierin. Niet alle informatie hoeft daarbij voor iedereen direct transparant te zijn. In het proces naar het versterken van kwaliteitstransparantie kan er cyclisch worden vastgesteld welke informatie op welk moment, voor welk doel transparant gemaakt wordt. Afhankelijk van het doel en de context kunnen verschillende vormen van transparantie op deze manier met waarde bijdragen aan kwaliteitsverbetering.

Het is essentieel dat transparantie gepaard gaat met een cultuur van leren en verbeteren. Dit begint vaak in een veilige omgeving, waarin professionals met behulp van data het gesprek voeren, reflecteren en samenwerken aan passende zorg. Deze manier van werken gebeurt in de praktijk al. Wanneer dit minder vrijblijvend en structureel wordt georganiseerd, kan dit uitgroeien tot een bredere beweging waarin data het leren en verbeteren standaard ondersteunt. De inzichten die hieruit voortkomen vormen de basis voor het maken van afspraken om passende zorg te borgen en, waar passend, zorgvuldig transparant te maken.

Hieronder worden drie niveaus van transparantie beschreven. Een belangrijk uitgangspunt is dat deze niveaus geen hiërarchische of vaste volgorde kennen. Afhankelijk van het thema kan worden gestart op niveau 1, 2 of 3, kan er tussen niveaus worden geschakeld en kan gelijktijdig op meerdere niveaus worden gewerkt. Nieuwe inzichten kunnen ook aanleiding zijn om tijdelijk terug te bewegen naar een eerder niveau.

- **Niveau 1: data-ondersteund leren en verbeteren tussen professionals en/of zorgaanbieders onderling.** Professionals en/of zorgaanbieders leren en verbeteren onderling in

een besloten en veilige omgeving. Data en informatie wordt door hen gebruikt om onderling te vergelijken en gezamenlijk te interpreteren. Dit niveau wordt in de praktijk al toegepast. Voor cliënten, naasten, financiers en toezichthouders is er op dit niveau geen directe transparantie, wel kan transparant worden welke zorgaanbieders actief deelnemen aan leren en verbeteren. En kunnen ervaringsdeskundigen waar mogelijk betrokken zijn bij het leren en verbeteren.

- **Niveau 2: lessen uit leren en verbeteren transparant.** Op dit niveau worden inzichten gedeeld tussen professionals/zorgaanbieders, patiëntvertegenwoordiging en zorgverzekeraars. De ruwe data blijven vertrouwelijk; alleen inzichten en lessen uit leren en verbeteren worden gedeeld. Deze inzichten kunnen leiden tot bijvoorbeeld aanscherping van zorgstandaarden, aanvullende veldafspraken of kwaliteitsnormen. Afhankelijk van het thema kan worden besloten het vervolg eerst weer via niveau 1 vorm te geven, of door te ontwikkelen richting niveau 3.
- **Niveau 3: kwaliteitsinformatie transparant voor breder publiek.** Op dit niveau wordt kwaliteitsinformatie breder gedeeld, met als doel samen beslissen/keuze-informatie voor patiënten en inkoopinformatie voor zorgverzekeraars. Hierbij wordt zorgvuldig bepaald welke informatie wordt gedeeld, altijd voorzien van context, duiding en gekoppeld aan dialoog tussen betrokken stakeholders. Dit niveau vraagt aanvullende randvoorwaarden, maar op onderdelen vindt deze vorm van transparantie al plaats, bijvoorbeeld via opname in de Consumer Quality index (CQi).

De gesprekstafels hebben zich vooral gericht op niveau 1, omdat dit in deze gevallen een logische en behulpzame basis vormt voor verdere ontwikkeling. De koepelpartijen streven ernaar om, afhankelijk van het thema, stappen te blijven zetten op alle niveaus wanneer dit bijdraagt aan passende zorg. De stappen in transparantie vormen daarbij een cyclisch proces, waarbij nieuwe lessen en thema's ook kunnen leiden tot terugschakelen naar eerdere niveaus. Dit kan uiteindelijk worden vastgelegd in een overkoepelend mechanisme en/of draaiboek.

### 1.5 Kaders

De koepelpartijen hebben een aantal kaders met elkaar afgesproken. Het volledige overzicht van de kaders vind je in bijlage 8: het uitvoeringsplan van het reeds uitgevoerde programma. De belangrijkste kaders staan hieronder toegelicht.

- **Administratieve lasten.** Er wordt gebruik gemaakt van bestaande kwaliteitsinformatie. Dat betekent

dat er geen extra administratieve lasten ontstaan voor behandelaren. Wel kan het nodig zijn om deze informatie anders te organiseren of in te richten, maar dit heeft geen directe impact op de werkzaamheden van de behandelaren zelf.

- **Zorgverzekeringswet en 18+.** Het programma beperkt zich tot de zorgverzekeringswet en de doelgroep 18+. De koepelpartijen erkennen dat voor bepaalde thema's ook het sociaal domein, de langdurige zorg en de overgang van 18- naar 18+ relevant kunnen zijn. De koepelpartijen hebben echt voor deze afbakening gekozen om het programma behapbaar te houden, omdat iedere aanvullende sector extra complexiteit met zich meebrengt.
- **AVG, registratie eisen en beroepscode.** De uitkomsten van het programma volgt altijd de wettelijke verplichtingen, registratie eisen, AVG en beroepscode.

## 2. Resultaten

Hieronder volgt per gesprekstafel een korte samenvatting van de resultaten. De volledige versies zijn opgenomen in bijlage 1 tot en met 6.

De opdracht van de gesprekstafels was als volgt: **“Adviseer de betrokken koepelpartijen hoe kwaliteitstransparantie versterkt kan worden ten behoeve van passende zorg. In andere woorden: hoe kunnen we met behulp van kwaliteitsinformatie met elkaar gestructureerd leren en verbeteren ten behoeve van passende mentale zorg en de kwaliteit van zorg transparanter maken?”**

De resultaten van de gesprekstafels zijn adviezen aan de koepelpartijen. Deze adviezen worden meegenomen in het vervolgplan (onderdeel 3), waarin ook andere relevante ontwikkelingen en bewegingen in het veld worden meegenomen om tot een goed onderbouwd vervolg te komen.

### 2.1 Gesprekstafel 1: EPA

**Probleemstelling:** De zorg voor mensen met een EPA kent niet altijd voldoende continuïteit of een integrale aanpak binnen een regio, terwijl dit juist van groot belang is bij deze doelgroep.

**Kwaliteitsinformatie:** Allereerst zijn er criteria nodig om mensen met EPA die in zorg zijn op een uniforme wijze te herkennen. Deze criteria zijn opgesteld (vanuit een eerder traject: dialoogtafel Zorgprestatie-model), getoetst aan de hand van Vektis data en vastgesteld door de koepelpartijen. Voorbeelden van criteria zijn medicatiegebruik, aantal jaar in zorg, gebruik wlz-zorg, aantal behandelingen per jaar, etc. Daarnaast zijn

onderstaande variabelen gekozen om inzicht te krijgen in de integraliteit van zorg bij mensen met een EPA.

- Start van het zorgtraject
- Retrospectief de lengte van de wachttijd
- Setting van de geboden zorg
- Aantal en welke betrokken disciplines (bij voorkeur domeinoverstijgend)
- Zorgvraagtypering
- Drop-out (bij voorkeur met de reden)
- Inzage persoonlijk en maatschappelijk herstel (bij voorkeur via zelfredzaamheidmatrix of IROC)

**Geadviseerde vervolgstappen:** Binnen een regio gaan mensen uit de praktijk met elkaar leren en verbeteren met behulp van de gekozen informatie in de vorm van een pilot. De focus van de pilot is hoe er in de praktijk samengewerkt wordt en/of integrale zorg wordt geboden. Denk bijvoorbeeld aan het bespreken van waar de verschillen in drop-out vandaan komen, of het samenhangt met andere variabelen, en wat zorgaanbieders van elkaar kunnen leren.

## 2.2 Gesprekstafel 2: Verslavingszorg

**Probleemstelling:** Patiënten met lichte verslavingsproblematiek lijken vaak te veel zorg te ontvangen, terwijl patiënten met ernstige verslavingsproblematiek onvoldoende zorg lijken te krijgen. Dit leidt tot suboptimale zorg en ondoelmatig gebruik van middelen en personeel.

**Kwaliteitsinformatie:** Om inzicht te krijgen in de relatie tussen problematiek en zorgconsumptie, is het noodzakelijk om patiëntgroepen binnen de verslavingszorg te onderscheiden. Vier patiëntgroepen worden betrouwbaar afgebakend op basis van vijf criteria. De beslisvolgorde van deze criteria moet nog worden bepaald om deze in de praktijk te gebruiken. Daarnaast zijn onderstaande verdiepende variabelen gekozen die per groep inzicht geven in de aansluiting van de zorg op de behoeften. Er wordt gestart met patiëntkenmerken en zorgconsumptie. Uitkomstinformatie wordt in een later stadium toegevoegd.

- Historie
- Middel
- Ernst verslaving
- Ernst psychiatrische co-morbiditeit
- Ernst sociale desintegratie
- Zorgkosten
- Zorgintensiteit (aantal minuten/sessies)
- Verblijfsdagen kliniek
- Type behandeling

**Geadviseerde vervolgstappen:** Er wordt een kleinschalige pilot uitgevoerd met ongeveer drie zorgaanbieders die al beschikken over een goede data-infrastructuur en bereid zijn om te leren, verbeteren en gegevens transparant te delen. De pilot is gericht op het testen van de toepassing van de criteria, verdiepende variabelen en de dataverwerking in de praktijk. Daarnaast worden andere zorgaanbieders gestimuleerd en gefaciliteerd om hun data-infrastructuur goed en toekomstbestendig in te richten, zodat ook zij op termijn kunnen werken met de geselecteerde criteria en verdiepende variabelen.

## 2.3 Gesprekstafel 3: Doelstellingen, evaluatie en beëindiging behandeling

**Probleemstelling:** Het stellen van concrete behandeldoelen en aan de hand hiervan gestructureerd evalueren en bijstellen of beëindigen van behandeling (DEBB werken) gebeurt niet consistent en gestructureerd, terwijl het is aangetoond dat dit tot betere behandeluitkomsten leidt.

**Kwaliteitsinformatie:** Zorgprofessionals en aanbieders hebben handvatten nodig om consistent en gestructureerd DEBB te werken. Deze informatie is vastgelegd in een praktisch toepasbaar versterkingsplan die beschikbaar wordt gesteld voor het veld. Daarnaast zijn onderstaande proceskenmerken gekozen die inzicht geven in hoeverre er DEBB wordt gewerkt.

- Gezamenlijk doelen stellen en vastleggen.
- Een termijn afspreken over de te verwachten duur van de behandeling, inclusief evaluatiemomenten.
- Bespreken, meten en vastleggen van de evaluatie momenten.
- Structureel evalueren leidt tot continueren, tijdig bijstellen of beëindigen van de behandeling.

**Geadviseerde vervolgstappen:** De gesprekstafel adviseert om de genoemde vier proceskenmerken ook zichtbaar te maken voor cliënten. Dit kan als onderdeel van het gezondheidsportaal of via de cliëntweergave van het EPD. Ook adviseert de gesprekstafel de genoemde vier proceskenmerken terugkerend onderdeel te maken van bestaande lerende netwerken, visitaties, inspectiebezoeken en andere kwaliteitscontroles. De insteek hiervan moet gericht zijn op het gesprek over hoe de proceskenmerken bijdragen aan het DEBB werken en aan de individuele behandelingen én hoe de cliënten, behandelaren en zorgaanbieders de ervaringen met de proceskenmerken inzetten voor leren en verbeteren. Daarnaast kunnen alle organisaties

gebruik maken van het versterkingsplan om DEBB-werken te stimuleren.

#### 2.4 Gesprekstafel 4: Autisme

**Probleemstelling:** Volwassenen met (een vermoeden van) autisme krijgen onvoldoende passende behandeling/begeleiding, zowel qua tijdigheid als inhoud.

**Kwaliteitsinformatie:** Er is op dit moment onvoldoende inzicht in de groep mensen met autisme binnen de ggz, omdat zij in de data niet te onderscheiden zijn van mensen met ADHD. Er is zowel kwantitatief als kwalitatief inzicht gewenst, bijvoorbeeld in aantallen, verwijzingen, duur van zorg, hulpvraag, context en resultaten van behandeling. Kwalitatief inzicht krijgen in de verwijsstroom kan op korte termijn al relevante informatie zijn om te leren en verbeteren.

**Geadviseerde vervolgstappen:** Start op korte termijn met het verkleinen van de handelingsverlegenheid bij autismezorg. Dit kan door dit onderwerp in verschillende lerende netwerken terug te laten komen. Op die manier leren behandelaren dat de zorg niet altijd hoog-specialistisch hoeft te zijn, dat zij vaak bekwaam genoeg zijn om zelf te behandelen, en dat zij voldoende ondersteuning en consultatie kunnen krijgen via de netwerken en beschikbare platformen. Zorg er daarnaast voor dat er op lange termijn meer data beschikbaar komt. Dit kan bijvoorbeeld door het oprichten van een datawerkgroep met als doel meer inzicht te verkrijgen in de doelgroep en daarmee te komen tot meer passende mentale zorg.

#### 2.5 Gesprekstafel 5: Digitale zorg voor vrijgevestigde- en kleine zorgaanbieders

**Probleemstelling:** Een deel van de vrijgevestigde praktijken en kleine zorgaanbieders ervaart moeilijkheden bij de adoptie en implementatie van digitale zorg. Daarbij speelt onder andere een gemis aan heldere informatie over beschikbare digitale middelen en een tekort aan financiële en organisatorische ondersteuning een rol.

**Kwaliteitsinformatie:** Er is behoefte in inzicht in zowel kwalitatieve als kwantitatieve procesinformatie. Op termijn kunnen uitkomstindicatoren en patiëntkenmerken ook meegenomen worden, maar de focus ligt voor nu op procesinformatie en praktische bruikbaarheid voor professionals.

#### Kwalitatieve informatie:

- Kennisdeling en inspiratie tussen zorgaanbieders en professionals onderling.
- Dialoog tussen zorgaanbieders/professionals en experts op het gebied van digitale zorg en ICT.
- Reflectie op digitale bekwaamheid van professionals met behulp van een beslis- en reflectietool.
- Documentatie van praktijkervaringen over omstandigheden waarin digitale zorg effectief is.

#### Kwantitatieve informatie:

- Type behandelingen of interventies waarvoor digitale of hybride zorg effectief kan worden ingezet.
- Moment van inzet binnen de cliëntreis.
- Acceptatie en gebruik door cliënten (voortgang, afronding).
- Caseload en verhouding digitale versus face-to-face zorg.

**Geadviseerde vervolgstappen:** Ontwikkel een openbare en toegankelijke informatievoorziening voor kleine en vrijgevestigde ggz-aanbieders om de implementatie en adoptie van digitale zorg te stimuleren. Moedig daarnaast het gesprek aan over de passende inzet van digitale zorg, gericht op leren en verbeteren met behulp van kwaliteitsinformatie. Dit kan in eerste instantie onderling tussen zorgaanbieders/professionals binnen praktijken, bestaande intervisiegroepen of regionale samenwerkingsverbanden plaatsvinden. En daarnaast kan dit ook meegenomen worden in de gesprekken bij de vijfjaarlijkse visitaties van de branche- en beroepsorganisaties. Op termijn kan dit worden uitgebouwd tot een structureel lerend netwerk.

#### 2.6 Gesprekstafel 6: Diagnostiek

**Probleemstelling:** Welke kwalitatieve en/of kwantitatieve inzichten heeft het veld nodig om te leren en te verbeteren over hoe de diagnostische fase zo passend mogelijk ingezet kan worden.

**Kwaliteitsinformatie:** In de praktijk wordt de diagnostische fase op uiteenlopende manieren ingericht. Deze variatie is logisch omdat iedere hulpvraag en context verschilt. Tegelijkertijd ontbreekt er zicht op:

- Wie diagnostiek uitvoert en met welke deskundigheid
- Waarom diagnostiek wordt ingezet en hoe dit aansluit bij de hulpvraag
- Wanneer diagnostiek plaatsvindt binnen het behandel traject (ook tussentijds)

- Welke vormen en welke omvang van diagnostiek worden toegepast

Bovenstaande elementen zijn volgens de gesprekstafel juist waardevol om inzichtelijk te krijgen zodat het gesprek gevoerd kan worden over welke keuzes gemaakt worden en waarom, in het kader van leren om de kwaliteit van de diagnostische fase te verbeteren.

**Geadviseerde vervolgstappen:** Een mix van een aantal zorgaanbieders komen samen om in een veilige setting praktijk inzichten om te zetten naar een aantal concrete hypothesen over hoe diagnostiek nu wordt ingericht. Deze hypothesen worden getoetst met beschikbare informatie uit de eigen organisatie, Vervolgens gaan organisaties met elkaar het gesprek aan om te zoeken naar een gezamenlijke duiding zodat verschillen beter begrepen worden en deze vertaald kunnen worden naar verbeterkansen. Op basis hiervan kunnen adviezen geformuleerd en een gedragen beeld van welke informatie het meest waardevol is om het lerende gesprek te voeren.

### 2.7 Randvoorwaarden

De gesprekstafels hebben meerdere randvoorwaarden benoemd in hun adviezen. Hieronder staan de belangrijkste randvoorwaarden toegelicht.

- **Privacywetgeving en beroepsgeheim.** Op dit moment wordt onduidelijkheid over privacywetgeving en beroepsgeheim als knelpunt ervaren waardoor er ofwel weinig gebeurt of er veel wordt opgetuigd wat uiteindelijk niet kan. Er moet eenduidigheid en duidelijkheid zijn over privacywetgeving en beroepsgeheim.
- **Data-infrastructuur.** Er zijn grote verschillen in de data-infrastructuur bij zorgaanbieders, waardoor het inzichtelijk maken van kwaliteitsinformatie niet zomaar geregeld is. Er is inzet nodig om data-infrastructuren verder te ontwikkelen en te harmoniseren. Op die manier kan data uit de systemen gehaald worden om te gebruiken voor leren en verbeteren en transparantie.
- **Faciliteren.** Met de huidige werkdruk en uitdagingen in de ggz is het niet realistisch om iets extra's te vragen aan zorgaanbieders en zorgprofessionals zonder dat dit gefaciliteerd wordt. Het is daarom noodzakelijk om zorgaanbieders en zorgprofessionals te faciliteren in deze stappen.
- **Stimuleren.** De vrijblijvendheid om de kwaliteit van zorg transparant te maken en te leren en verbeteren met behulp van kwaliteitsinformatie

mag er volgens de meeste gesprekstafels vanaf. Zorgaanbieders en zorgprofessionals zullen gestimuleerd moeten worden om hieraan mee te doen, zeker gezien de huidige werkdruk en uitdagingen in de ggz. Het vraagt dus ook om met elkaar bewuste keuzes te maken voor het leveren van passende zorg en deze vast te leggen, in bijvoorbeeld veldafspraken.

### 3. Vervolg

De koepelpartijen willen de resultaten van de gesprekstafels verder brengen in een vervolgprogramma. Hieronder staat het plan voor het vervolg beschreven.

Kwaliteitstransparantie is een cyclisch proces dat steeds doorontwikkeld moet worden in samenhang met lopende trajecten rond kwaliteit en passende zorg. Dat betekent dat het een langdurige begeleiding vraagt om de samenhang en voortgang te borgen. Om op korte termijn concrete resultaten te behalen hebben de koepelpartijen voor de aankomende anderhalf jaar (februari 2026 t/m augustus 2027) het onderstaande plan uitgewerkt. De koepelpartijen willen benadrukken dat kwaliteitstransparantie ook na deze anderhalf jaar verdere begeleiding vereist.

#### 3.1 Doel

Het overkoepelende doel van het vervolgprogramma blijft hetzelfde: kwaliteitstransparantie in de ggz versterken ten behoeve van passende zorg. Hierin gelden dezelfde nuances als in het uitvoeringsplan<sup>5</sup> en de doelstellingen van het huidige programma. Binnen het vervolgprogramma geven de koepelpartijen invulling aan het doel op de volgende wijze:

- **Implementeren adviezen gesprekstafel.** De gesprekstafels hebben vanuit de praktijk bedacht hoe kwaliteitstransparantie versterkt kan worden en hoe de praktijk kan leren en verbeteren. De koepelpartijen willen deze adviezen implementeren zodat de eerste stap in kwaliteitstransparantie gezet wordt.
- **Stappen zetten in transparantie.** De koepelpartijen willen gezamenlijk stappen blijven zetten in transparantie. Om hierin voorwaarts te blijven bewegen, willen zij aan de voorkant per thema vaststellen welke stappen gezet moeten worden, inclusief tijdslijn en randvoorwaarden wanneer deze stap (nog) niet gezet kan worden.
- **Randvoorwaarden invulling geven.** De gesprekstafels hebben randvoorwaarden geïdentificeerd die nodig zijn om kwaliteitstransparantie en leren en verbeteren te

<sup>5</sup> Zie bijlage 8: uitvoeringsplan

realiseren. De koepelpartijen willen invulling geven aan deze randvoorwaarden en hebben vanuit hun kennis en ervaring aanvullende randvoorwaarden opgesteld.

### 3.2 Implementeren adviezen gesprekstafel

De koepelpartijen volgen zoveel mogelijk de adviezen van de gesprekstafels en hebben deze aangevuld met aanscherpingen, toevoegingen en de stappen in transparantie. De resultaten bewegen namelijk zich in een veld dat continu door ontwikkelt en veranderingen kent. Het is belangrijk dat de implementatie rekening houdt met alle verschillende lopende trajecten die verband houden met het programma en hier goed op aansluit.

#### Doelen deelprojecten

Hoewel de deelprojecten hun eigen doelen en aanpak kennen, gelden onderstaande doelstellingen voor alle deelprojecten. Op deze manier borgen de koepelpartijen dat de deelprojecten bijdragen aan de doelstellingen van het programma.

- De adviezen van de gesprekstafels zijn getoetst in het veld (bijvoorbeeld d.m.v. een pilot)
- Er wordt gebruik gemaakt van kwantitatieve en/of kwalitatieve informatie
- Voor de start moet scherp zijn wat de vervolgstappen in transparantie gaan zijn
- De resultaten bevatten duiding hoe de informatie bijdraagt aan passende zorg, welke interpretatierisico's er zijn en in welke context de informatie dient te worden bekeken
- Er wordt aangegeven welke informatie, wanneer en voor wie, transparant moet zijn en of er perspectief is om hier verdere stappen in te zetten
- De resultaten worden geëvalueerd en indien nodig doorontwikkeld

#### Afspraken

Hieronder staan de belangrijkste algemene afspraken voor de implementatie van de adviezen. Er kunnen hiernaast specifieke afspraken gemaakt worden per deelproject. Deze staan in bijlagen 1 t/m 6 bij de adviezen van de gesprekstafels.

- Elk deelprojecten krijgt een externe projectleider die de kar trekt.
- De projectleiders stemmen periodiek af met de programmamanager en de koepelpartijen.
- Per deelproject wordt gekeken hoe Akwa GGZ kan ondersteunen.<sup>6</sup>
- Voor alle deelprojecten wordt een link gelegd met

wetenschappelijke experts ten behoeve van resultaten en implementatie.<sup>7</sup>

- Ervarensdeskundigen worden betrokken waar mogelijk en relevant.
- Data experts worden aangehaakt waar mogelijk en relevant.
- De deelprojecten houden rekening met wat er juridisch gezien kan met betrekking tot het gebruiken van de data (privacywetgeving en beroepsgeheim). Wat momenteel wel en niet kan staat in bijlage 7.

#### Tijdslijn en planning

Hieronder staan de activiteiten per fase beschreven voor de deelprojecten. Aan het eind van elke fase vindt een go/no-go besluit plaats door de betrokken koepelpartijen. Dit go/no-go besluit kan per thema verschillen.

##### Tijdslijn:

- Fase 1: Voorbereiding  
*februari t/m augustus 2026*
- Fase 2: Uitvoering  
*september 2026 t/m maart 2027*
- Fase 3: Opschaling  
*april t/m augustus 2027*

##### Fase 1: Voorbereiding

*Februari t/m augustus 2026*

- Projectleiders aanstellen (door procesbegeleiding in overleg met koepelpartijen)
- Deelprojecten inrichten (door projectleiders in overleg met procesbegeleiding en koepelpartijen). Denk aan het samenstellen van de deelnemers, afstemming met experts, opstellen plan, etc. Hierin is ook ruimte voor aparte afspraken voor specifieke deelprojecten.
- Doelen aanscherpen, inclusief concrete afspraken over invulling en randvoorwaarden voor vervolgstappen in transparantie.
- Kwaliteitsinformatie aanleveren en inzichtelijk maken voor de deelprojecten (door deelnemende organisaties van de deelprojecten)

Go/no-go besluit: doorgang naar fase 2

Wanneer de data bijvoorbeeld door onvoorziene omstandigheden nog niet inzichtelijk is, kan gekozen worden voor een latere start van fase 2.

<sup>6</sup> Akwa GGZ heeft veel ervaring en expertise met leren en verbeteren met behulp van data en het ondersteunen van lerende netwerken. Met deze ervaring en expertise kunnen ze de deelprojecten ondersteunen. Denk aan helpen met het delen van informatie, bouwen van dashboards, en

handvatten voor het voeren van het gesprek. Per deeladvies wordt bepaald welke rol Akwa GGZ en het Samenwijzer Platform kunnen spelen.

<sup>7</sup> Denk aan Nivel, Trimbos, Phrenos, etc.

## Fase 2: Uitvoering

September 2026 t/m maart 2027

- Leren en verbeteren met behulp van de vastgestelde kwaliteitsinformatie
- Documenteren inhoudelijke lessen
- Documenteren lessen op proces inzichtelijk maken van de data en het leren en verbeteren
- Periodiek updaten van koepelorganisaties (via projectleider)
- Indien nodig aanpassingen doorvoeren in de kwaliteitsinformatie

Go/no-go besluit: doorgang naar fase 3

Hierin wordt besloten of er voldoende lessen zijn geleerd die waardevol zijn om te delen met het veld, of dat er langer nodig is om te leren en verbeteren. Er wordt gezamenlijk besloten welke vervolgstappen in transparantie genomen kunnen worden.

## Fase 3: Opschaling

April t/m augustus 2027

- Overzicht maken van de geleerde inhoudelijke lessen zodat deze landelijk deelbaar zijn.
- Aanvullen hoe deze lessen gebruikt kunnen worden om te komen tot meer passende zorg, specifiek voor elke stakeholdergroep (cliënten en naasten, zorgprofessionals, zorgaanbieders, zorgverzekeraars, en toezichthouders). Hierin kunnen de koepelorganisaties ondersteunen.
- Overzicht maken van de geleerde lessen op proces zodat de werkwijze van het leren en verbeteren opgeschaald kan worden. Inclusief welke uitkomst informatie meegenomen kan worden, als dat nog niet het geval is.
- Advies opstellen of en welke variabelen op landelijk niveau verzameld kunnen worden, voor wie deze variabelen transparant gemaakt worden en welke context meegegeven dient te worden.

Go/no-go besluiten: volgende stap in transparantie

- Niveau 1 opschalen (data ondersteunt gesprek leren en verbeteren): werkwijze pilots opschalen naar andere regio's en/of organisaties.
- Niveau 2 (lessen uit leren en verbeteren transparant): landelijk delen van de lessen uit de pilots, waarin specifiek staat aangegeven hoe deze lessen per stakeholder (cliënten en naasten, zorgprofessionals, zorgaanbieders, zorgverzekeraars en toezichthouders) gebruikt kunnen worden om te komen tot meer passende zorg.
- Niveau 3 (kwaliteitsinformatie transparant voor breder publiek): bepaalde kwaliteitsinformatie

en/of lessen landelijk verzamelen en transparant maken. Deze kwaliteitsinformatie worden alleen met de juiste duiding en context transparant gemaakt.

### **3.3 Afspraken stappen in transparantie**

De koepelpartijen willen stappen zetten in transparantie wanneer deze bijdragen aan passende zorg. Hieronder staan de afspraken die de koepelpartijen hebben gemaakt om stappen te blijven zetten in transparantie. Ook staan er voorbeelden van manieren waarop transparantie bijdraagt aan passende zorg.

#### **Afspraken**

- Opschaling naar een ander niveau van transparantie kan alleen plaatsvinden na besluitvorming van de koepelpartijen (go/no-go).
- In de eerste fase van alle deelprojecten wordt invulling gegeven aan de gewenste stappen in transparantie voor de specifieke thema's. Hierbij worden ook randvoorwaarden vastgesteld. Dit vindt plaats in de vorm van: deze stap wordt gezet, tenzij (vul randvoorwaarden in). Dit betekent concreet dat er producten of afspraken worden opgeleverd wat de volgende stap in transparantie kan zijn en welke voorwaarden daarbij belangrijk zijn.
- De uiteindelijke stappen in transparantie zijn afhankelijk van de resultaten van de implementatie van de adviezen.

#### **Concrete voorbeelden**

Hieronder staan voorbeelden van hoe de verschillende niveaus van transparantie eruit kunnen zien, toegepast op de thema's van de deelprojecten. Dit betekent niet dat deze voorbeelden plaatsvinden, maar het geeft een beter beeld en eventueel input voor de afspraken in de eerste fase van de deelprojecten.

##### **Niveau 1**

- Er start een regionale pilot EPA waarbij professionals bij elkaar komen om data ondersteund te leren over wat bijdraagt aan samenhangende zorg in de regio voor mensen met een EPA.
- Er start een lerend netwerk Autisme wat zorgprofessionals en zorgaanbieders gaat helpen om scherper met elkaar te krijgen wanneer er sprake is van een hulpvraag in begeleiding of juist in behandeling.

##### **Niveau 2**

- Cliënten en behandelaren hebben handvatten wanneer psychodiagnostiek ingezet moet worden.

- Het onderzochte onderscheid in patiëntgroepen kan gebruikt worden om te komen tot een heldere veldafspraken ten behoeve van duidelijke afspraken wanneer er sprake is van medisch noodzakelijk verblijf ten behoeve van de behandeling van verslaving.

### Niveau 3

- In de praktijk getoetste kwaliteitsinformatie maakt onderdeel uit van bijvoorbeeld veldafspraken, certificering FACT of worden opgenomen bij voorwaarden behandeling binnen specifieke setting.
- Procesindicatoren worden opgenomen in visitaties, het Landelijk kwaliteitsstatuut, certificering en/of CQi.

### 3.4 Randvoorwaarden invulling geven

De koepelpartijen werken samen om de gestelde randvoorwaarden invulling te geven. Hieronder staan de afspraken, een overzicht van de randvoorwaarden en tot slot de tijdslijn en planning.

#### Afspraken:

- De koepelpartijen worden begeleid door het Zorginstituut in samenwerking met een onafhankelijk programmamanager.
- De procesbegeleiding borgt samen met de koepelpartijen de samenhang tussen de deelprojecten en met aanpalende trajecten.
- De koepelpartijen communiceren actief met hun achterban om draagvlak te creëren.

#### Randvoorwaarden

##### Privacywetgeving en beroepsgeheim

Onduidelijkheid over privacywetgeving en beroepsgeheim wordt als knelpunt ervaren. Akwa GGZ heeft in beeld gebracht hoe dat op dit moment<sup>8</sup> werkt, zodat het veld weet wat wel kan en mag. Samengevat komt het erop neer dat data gedeeld kan worden zolang de drie verschillende soorten data (patiëntkenmerken, procesinformatie en uitkomstinformatie) niet aan elkaar gekoppeld zijn en de data op geaggregeerd niveau is. Voor het wel koppelen van de verschillende soorten data is altijd expliciete patiënttoestemming nodig. Het volledige document van Akwa GGZ staat in bijlage 7. De koepelpartijen committeren zich eraan om het document onder de aandacht te brengen bij hun achterban en juiste aannames weg te nemen.

##### Data-infrastructuur

Zorgaanbieders hebben hulp nodig bij het inrichten

van hun data-infrastructuur. De koepelpartijen committeren zich om de lessen van de inrichting van de pilots met betrekking tot de data-infrastructuur met hun achterban te delen. Ook verkennen zij gezamenlijk welke opties er zijn om zorgaanbieders ondersteuning te bieden (financieel en/of capaciteit).

##### Faciliteren

Met de huidige werkdruk en uitdagingen in de ggz is het niet realistisch om iets extra's te vragen aan zorgaanbieders en zorgprofessionals zonder dat dit gefaciliteerd wordt. De koepelpartijen maken een concreet plan hoe het veld ondersteunt kan worden en start zodra het kan met faciliteren. Een voorbeeld van faciliteren is hulp met implementatie. Denk aan een plek waar kennis en ervaring over het implementeren gebundeld en toegankelijk gemaakt voor het veld, praktische tips worden gedeeld en er consultatie of begeleiding aangeboden wordt bij de toepassing in de praktijk. Hierin kan gekeken naar samenwerking met bestaande organisaties en kennis.<sup>9</sup> Dit draagt bij aan het realiseren van een cultuur van leren en verbeteren.

##### Stimuleren

De vrijblijvendheid om de kwaliteit van zorg transparant te maken en te leren en verbeteren met behulp van kwaliteitsinformatie mag er volgens de koepelpartijen vanaf. De koepelpartijen maken een concreet plan hoe het veld gestimuleerd kan worden en start zodra het kan met stimuleren. Voorbeeld: transparant maken welke zorgorganisaties actief deelnemen aan leren en verbeteren ondersteund door data.

##### Draagvlak in het veld

De verandering die wordt gevraagd aan het veld heeft draagvlak nodig. De koepelpartijen nemen hun achterban mee in de resultaten van het huidige programma en blijven ook tijdens het vervolg communiceren met hun achterban. Gezamenlijk bepalen ze een koers in communicatie en de stappen die hiervoor nodig zijn.

##### Centraal platform

Op dit moment is bestaande kwaliteitsinformatie versnipperd en er ontbreekt vaak financiering om platforms voort te zetten (bijvoorbeeld Kiezenindeggz). De koepelpartijen vinden het noodzakelijk om deze beschikbare informatie op een centrale plek zichtbaar te maken. Een centrale plek kan op korte termijn al een verbetering in het inzicht in de kwaliteit van zorg opleveren. De koepelpartijen

<sup>8</sup> Dit verandert wanneer er een aanpassing komt in de Wet Kwaliteitsregistraties. Er vindt op dit moment een verkenning voor de wetswijziging plaats.

<sup>9</sup> Hierin wordt onder andere meegenomen: M en Grol, R. (2023) Implementatie. Effectieve verbetering van de patiëntenzorg. Houten: Bohn Stafleu van Loghum'.

verkennen de inrichting en/of de juiste plek van een centraal platform verder uit. Denk aan de (structurele) financiering, welke inzichten te publiceren en de rollen en verantwoordelijkheden. De verwachting is dat hiervoor externe expertise nodig is.

#### Herzien governance

De koepelpartijen zien het herzien van de governance structuren in de ggz als randvoorwaarden voor een goed vervolg van dit programma. Hierbij gaat het in elk geval over het Versterken van kwaliteitstransparantie, Cyclus voor Gepast Gebruik en Kwaliteitsregistraties. Voor deze drie trajecten is het noodzakelijk dat de governance structuren en prioritering in elkaar wordt geschoven. Daarnaast kan er onderzocht worden of er andere aanpalende trajecten hierbij onder kunnen worden gebracht, denk hierbij ook aan de aansluiting op de AZWA governance. Op de huidige manier is het niet efficiënt en niet haalbaar voor koepelpartijen om zich op alle trajecten volledig in te zetten, terwijl ze dat wel graag willen.

#### **Tijdslijn en planning**

Hieronder staan de activiteiten per fase beschreven. Deze activiteiten gelden voor de betrokken koepelorganisaties (niet de deelprojecten).

#### Fase 1: Voorbereiding

*Februari t/m augustus 2026*

- Governance structuren in de ggz herzien (door kwartiermaker/adviseur, los van dit programma)
- Onafhankelijk programmamanager aanstellen (door Zorginstituut in samenwerking met koepelpartijen)
- Verkennen inrichting centraal platform (door externe partij)
- Lessen inrichting pilots verzamelen (door procesbegeleiding)

Tijdens het herzien van de governance structuren blijft de governance van het huidige programma in functie. De procesbegeleiding neemt het voortouw en stemt periodiek af met de koepelpartijen.

#### Fase 2: Uitwerking

*September 2026 t/m maart 2027*

- Inrichten centraal platform (afhankelijk van uitkomsten verkenning fase 1)
- Delen lessen over data-infrastructuur, privacywetgeving en beroepsgeheim met achterban (ten behoeve van leren en verbeteren)
- Verkennen opties faciliteren en bepalen strategie

- Verkennen opties stimuleren en bepalen strategie Zodra de koepelpartijen concrete voorstellen hebben voor faciliteren en stimuleren kan na besluitvorming al gestart worden met het uitvoeren of implementeren ervan.

#### Fase 3: Opschaling

*April t/m augustus 2027*

- Toepassen strategie faciliteren
- Toepassen strategie stimuleren
- Vaststellen volgende stappen transparantie per thema
- Evalueren aanpak en beslissen of en welke nieuwe thema's starten

Tijdens het volledige vervolg communiceren de koepelpartijen met hun achterban, zodat er steeds meer draagvlak ontstaat in het veld voor leren en verbeteren en kwaliteitstransparantie. Na het vervolgprogramma worden de resultaten gedeeld met de achterban.

#### **Dank**

De koepelpartijen willen alle mensen die hebben meegewerkt bedanken voor hun inzet en enthousiasme. Zonder de mensen uit de praktijk die hier hun tijd en aandacht aan hebben besteed, was dit niet gelukt.

#### **Bijlagen**

- Deeladviezen van de gesprekstafels, inclusief aanscherpingen voor het vervolg vanuit de koepelpartijen:
  - Bijlage 1: EPA
  - Bijlage 2: Verslavingszorg
  - Bijlage 3: DEBB
  - Bijlage 4: Autisme
  - Bijlage 5: Digitale zorg
  - Bijlage 6: Diagnostiek
- Bijlage 7: handreiking *Datagedreven leren in de ggz* (Akwa GGZ)
- Bijlage 8: uitvoeringsplan van het reeds uitgevoerde programma (d.d. 22-01-2024)

#### Over deze publicatie

Dit deeladvies hoort bij het eindrapport van het programma *Versterken kwaliteitstransparantie ggz*. Voor een volledig beeld is het noodzakelijk dat het deeladvies in samenhang met het eindrapport wordt gelezen en beoordeeld.

# Bijlage 1: EPA

In deze bijlage staan de resultaten van de gesprekstafel en de aanscherpingen van de betrokken koepelpartijen voor het vervolg.

## Het vervolg in het kort

Het vervolgproject voor EPA is een pilot binnen één regio waar verschillende zorgprofessionals en zorgaanbieders met elkaar leren en verbeteren met behulp van de voorgestelde kwaliteitsinformatie. De adviezen worden getoetst in de praktijk, lessen worden landelijk gedeeld en indien mogelijk, kan de werkwijze ook in andere regio's geïmplementeerd worden. Zo heeft dit vervolgproject direct meerwaarde voor zorgprofessionals en cliënten in de praktijk én maakt het de kwaliteit van zorg op termijn inzichtelijker.

## Belangrijkste aanscherpingen

- De doelstelling is aangescherpt en passend gemaakt bij AZWA-afspraken C6 punt 7<sup>1</sup>.
- Het programmateam besluit verder te bouwen en aan te sluiten bij waardevolle adviezen uit het rapport "over de brug", dat gaat over de aanpak van EPA door het kenniscentrum Phrenos.
- De gesprekstafel adviseerde om vroegtijdig ook het ministerie van Binnenlandse zaken te betrekken bij het onderwerp. Het programmateam ziet in deze fase nog geen betrokkenheid van het Ministerie van Binnenlandse zaken.

## Status

25/11/2025: *Op dit moment vinden er gesprekken plaats met de regio Friesland om het vervolgproject daar plaats te laten vinden binnen hun bestaande structuren van de Friese EPA aanpak. Vanwege hun bestaande structuren neemt het programmateam het advies van de gesprekstafel over om hier te starten met de pilot. Let op: regio Friesland heeft nog niet officieel toegezegd. We houden rekening met eventuele aanpassingen wanneer dit noodzakelijk is en ook als wijzigingen nodig zijn voor betere aansluiting met aanpalende projecten. Deze aanpassingen worden ter goedkeuring voorgelegd aan de betrokken koepelpartijen.*

# Samenhangende zorg voor mensen met EPA in de regio

## Advies gesprekstafel **Ernstige Psychiatrische Aandoeningen (EPA)**

Onderdeel van het programma *Versterken kwaliteitstransparantie ggz*

**Door:** Bettina Jacobsen (psychiater), Fred Dreef (psychiater), Lucy Visser (zorginhoudelijk adviseur Zilveren Kruis), Paul Felix (inkoopadviseur Menzis), Jeanet van Essen (verpleegkundig specialist), Simone Menninga (klinisch psycholoog/psychotherapeut), Lisette van Grastek (psychiater) en Lonneke Tomas (ervaringsdeskundig adviseur)

**Onder procesbegeleiding van:** Cynthia van Haeften (Zorginstituut Nederland) en Indyá Duivenbode (onafhankelijke programmamanager)

**Eindversie:** 25 november 2025

## Gezamenlijk en vanuit de praktijk oplossen

De zorg voor mensen met een Ernstige Psychiatrische Aandoening (hierna: een EPA) staat onder druk. Door zogenoemde zorgverkaveling en

verschraling dreigt er minder passende zorg te ontstaan voor mensen met een EPA.<sup>2</sup> Acht mensen die in de dagelijkse praktijk te maken hebben met EPA hebben (hierna: de gesprekstafel<sup>3</sup>) een advies

<sup>1</sup> AZWA afspraak C6 punt 7: De Nederlandse ggz, LHV, InEen, MIND en de beroepsgroepen maken uiterlijk Q1 2026 een continuüm van afspraken over de wijze waarop patiënten met een chronische aandoening (binnen de zogenaamde EPA-groep) waarbij de klachten (tijdelijk) zijn gestabiliseerd op een goede manier worden overgedragen aan de huisarts. Onderdeel van de afspraken is het uitwerken een terugvalaanbod. Hierbij zal rekening worden gehouden met het 'Aanbod Huisartsgeneeskundige Zorg (2022)'. De oplossingsrichtingen sluiten nauw aan bij de behoefte van de patiënt en het absorptievermogen voor zowel huisartsen als de ggz. De bovengenoemde partijen betrekken bij de uitwerking de partners in het sociaal domein.

<sup>2</sup> Trimbos-instituut, Ggz uit de knel, pag.24 en 71.

<sup>3</sup> De gesprekstafels zijn een samenstelling van zorgprofessionals, medisch adviseurs en ervaringsdeskundigen.

opgesteld om de zorg voor mensen met een EPA verder te verbeteren. Dit hebben zij gedaan binnen de kaders van het programma *Versterken kwaliteitstransparantie ggz*, waarbij leren en verbeteren op basis van kwaliteitsinformatie<sup>4</sup> centraal staat om het uiteindelijke doel te bereiken: meer passende zorg voor mensen met een EPA.

#### **Over het programma *Versterken kwaliteitstransparantie ggz***

Dit advies valt onder het programma *Versterken kwaliteitstransparantie ggz*. Dit programma komt vanuit het Integraal Zorgakkoord (IZA) en is opgepakt en uitgevoerd door 8 koepelpartijen (zorgaanbieders, zorgprofessionals, zorgverzekeraars en cliënt- en naastenvertegenwoordiging). Kwaliteitstransparantie is niet het doel van dit programma, maar helpt om te leren en verbeteren en draagt op die manier bij aan meer passende zorg in de ggz. Er is bewust gekozen voor een bottom-up aanpak waarbij het advies van de mensen die in de dagelijkse praktijk staan leidend is.

De gesprekstafel heeft een specifiek urgent probleem binnen de EPA zorg gekozen om mee aan de slag te gaan<sup>5</sup>:

**De zorg voor mensen met een EPA kent niet altijd voldoende continuïteit of een integrale aanpak binnen een regio, terwijl dit juist van groot belang is bij deze doelgroep.** Denk bijvoorbeeld aan de opsplitsing en/of onvoldoende afstemming tussen de behandeling, de begeleiding en met de familie van iemand met een EPA. Diverse onderzoeken roepen op om mensen met een langdurige en intensieve zorgvraag geïntegreerde zorg en ondersteuning te bieden<sup>67</sup>.

De groep mensen met ernstige psychische aandoeningen is heel divers. EPA is een verzameling van verschillende psychiatrische aandoeningen die op dit moment niet eenduidig wordt geregistreerd. Dit komt omdat het geen op zichzelf staande aandoening is zoals omschreven in de DSM-5. Om uitspraken te kunnen doen over meer passende zorg voor deze doelgroep is het belangrijk om mensen met een EPA in data te kunnen herkennen. Vervolgens wil de gesprekstafel

inzichten krijgen in de samenhang en continuïteit van zorg voor deze doelgroep.

#### **Waarom EPA?**

Koepelpartijen hebben afgesproken (onder andere in het Aanvullend Zorgakkoord) dat er extra aandacht moet komen voor passende zorg voor mensen met een complexe hulpvraag, waar de EPA doelgroep onder valt. Binnen het programma is bewust gekozen voor thema's die urgent zijn en relevant voor de mensen in de praktijk.

In dit advies beschrijft de gesprekstafel hoe met behulp van kwaliteitsinformatie de eerste stappen gezet kunnen worden om mensen met een EPA in data te herkennen. Vervolgens omvat het een advies hoe het veld op basis daarvan kan leren en verbeteren om tot meer passende zorg te komen. Tot slot geven zij randvoorwaarden en tips voor de implementatie, opschaling en landelijke afspraken. Deze randvoorwaarden en tips zijn meegenomen in het overkoepelende advies en implementatieplan van het programma.

#### **Mensen met een EPA in data herkennen**

De afgelopen jaren zijn er door experts binnen dialogotafels vanuit het Zorgprestatie model (hierna: ZPM) en de EPA-gesprekstafel criteria ontwikkeld om op een uniforme manier mensen met een EPA te vinden in de declaratiedata<sup>8</sup>.

De gesprekstafel adviseert onderstaande **criteria** te hanteren, zodat het veld op uniforme wijze mensen met een EPA die in zorg zijn kunnen herkennen. Een persoon met een EPA is in data te herkennen aan de hand van onderstaande criteria:

- Heeft iemand een psychische stoornis die zorg noodzakelijk maakt;
- Die met ernstige beperkingen in het sociaal en/of maatschappelijk functioneren gepaard gaat;
- Waarbij de beperking oorzaak en gevolg is van een psychiatrische stoornis;
- Die langdurig is (ten minste enkele jaren);
- En waarbij gecoördineerde zorg van professionele hulpverleners in zorgnetwerken geïndiceerd is om het behandelplan te realiseren.<sup>9</sup>

<sup>4</sup> Kwaliteitsinformatie is een verzamelnaam voor zowel kwalitatieve als kwantitatieve informatie. Hiermee wordt informatie bedoeld die verder gaat dan specifieke casuïstiek (groter dan n=1).

<sup>5</sup> Er zijn veel invalshoeken om de zorg voor mensen met EPA te verbeteren. Over de Brug uit 2014 en de vervolgrapporten hebben bijvoorbeeld aangegeven welke voorzieningen er beschikbaar moeten zijn in de regio voor een passend EPA aanbod. Wat nu nog onbekend is, is welke data daar inzicht in kan geven. De gekozen probleemstelling van de gesprekstafel is niet allesomvattend, de leden van de gesprekstafel zien de gekozen aanpak als een mooie start die vervolgens ook

behelpzaam kan zijn binnen de andere vraagstukken die spelen rondom passende zorg voor mensen met een EPA.

<sup>6</sup> Over de brug: plan van aanpak voor behandeling, begeleiding en ondersteuning bij ernstige psychische aandoeningen, pag. 2.

<sup>7</sup> Trimbos-instituut, Ggz uit de knel, pag. 73.

<sup>8</sup> Declaratiedata is de data die beschikbaar is bij Vektis en wordt aangeleverd door zorgaanbieders bij het declareren van de zorg bij de zorgverzekeraars (binnen de zorgverzekeringswet)

<sup>9</sup> Definitie (Delespaul, P.H. Tijdschrift voor Psychiatrie 55. 2013. 6; 427-438).

De term ‘ernstig’ heeft dus mede betrekking op de bijkomende beperkingen op meerdere levensgebieden die mensen ervaren. Deze criteria zijn geoperationaliseerd<sup>10</sup> om deze informatie meetbaar te kunnen vinden in data.

De gesprekstafel ziet beperkingen in het gebruik van declaratiedata. Zo bevat deze alleen gegevens vanuit de Zorgverzekeringswet en deels de Wlz, terwijl mensen met een EPA vaak zorg ontvangen uit meerdere domeinen. Bovendien is bekend dat mensen met een EPA vaak zorg mijden, waardoor zij in de data niet zichtbaar zijn.

Toch vindt de gesprekstafel het waardevol om met declaratiedata te starten. Het is namelijk een databron die door iedere zorgaanbieder wordt aangeleverd en op dit moment vrijwel de enige landelijk bruikbare basis vormt. Het herkennen van mensen met een EPA via deze data biedt daarmee een belangrijk vertrekpunt om te leren en verbeteren.

Om een volledig beeld te krijgen is het echter noodzakelijk de beschikbare databronnen uit te breiden, bijvoorbeeld met gegevens uit het sociaal domein, en de criteria verder te ontwikkelen. Ook het meenemen van inzichten over mensen die zorg mijden met een EPA is cruciaal om het beeld nog completer te maken.

### **Maak kwaliteitsinformatie inzichtelijk die iets zeggen over passende zorg**

Om verder te leren en verbeteren is er meer inzicht nodig dan alleen de mensen met een EPA te herkennen in de data. Er is ook kwaliteitsinformatie nodig die iets zegt over de continuïteit en samenhang van de EPA-zorg.

De gesprekstafel heeft een selectie gemaakt van relevante beschikbare kwaliteitsinformatie die inzichten geven over de geboden continuïteit of integraliteit van de zorg:

- Start van het zorg traject
- Retrospectief de lengte van de wachttijd
- Setting van de geboden zorg
- Aantal betrokken disciplines (bij voorkeur domeinoverstijgend)
- Zorgvraagtypering
- Inzage persoonlijk en maatschappelijk herstel (bij voorkeur via zelfredzaamheidsmatrix of IROC)
- Drop-out (bij voorkeur met de reden ervan)

Naast bovenstaande gegevens is het wenselijk om inzichtelijk te maken met wie of welke organisaties de zorgaanbieder samenwerkt om invulling te geven aan integrale zorg voor cliënten. Hiermee wordt ook

de samenwerking met naasten en informele betrokkene bedoeld.

Deze kwaliteitsinformatie kan op verschillende manieren vastgelegd zijn. Het is hierin in eerste instantie vooral belangrijk dat er binnen een regio afspraken worden gemaakt over de registratie, zodat de kwaliteitsinformatie eenduidig te vergelijken is. De gesprekstafel adviseert dat regio’s vrijheid behouden in de manier van registreren en gebruik van formats die passend zijn bij de gebruikelijke werkwijze, waarbij wel binnen de regio één lijn wordt gevolgd. Met behulp van criteria om een EPA te herkennen en de kwaliteitsinformatie die inzicht geven in de geboden continuïteit en integraliteit van zorg, kan er een data gedreven lerend gesprek gevoerd worden hoe passende zorg voor mensen met een EPA in de regio bevorderd kan worden.

#### **Wat bedoelen we met een lerend gesprek?**

Bijvoorbeeld een groep mensen of organisaties die vanuit een gemeenschappelijk belang of passie hun ervaring, informatie en kennis deelt, met als doel een gezamenlijke ambitie te realiseren.

### **Start in de regio**

De gesprekstafel adviseert om een pilot in de regio Friesland te starten om dit datagedreven gesprek over samenhangende zorg voor mensen met een EPA te voeren. In Friesland hebben lokale zorgaanbieders, gemeenten, maatschappelijke instanties en de grootste zorgverzekeraar in de regio een integrale samenwerking om gezamenlijk betere zorg te bieden voor mensen met een EPA. De integrale samenwerking is opgezet met oog voor het werkplezier voor professionals maar op termijn ook om zorgkosten en de druk op de ggz te verlagen en passende zorg te bevorderen.

Hierdoor hebben zij al een aantal praktische obstakels met elkaar opgelost rondom data uitwisseling en bestaan er al samenwerkingsverbanden in het belang van goede afstemming en continuïteit voor de zorg voor mensen met een EPA. Niet alle gemeenten in Friesland werken al met deze aanpak. De gesprekstafel ziet het daarom als een meerwaarde om de pilot in Friesland te starten zodat er binnen eenzelfde regio met dezelfde maatstaven gereflecteerd kan worden wat de opbrengsten zijn van het werken met en zonder de doorontwikkelde regionale EPA aanpak.

<sup>10</sup> [Factsheet ernstige psychische aandoeningen \(EPA\)](#)

### Randvoorwaarden voor een succesvolle pilot

De deelnemers van de pilot hebben ruimte om de details in te vullen die past binnen hun eigen werkwijzen en systemen. De gesprekstafel geeft de pilot enkele randvoorwaarden mee die kunnen bijdragen aan een succesvolle start.

- Voor aanvang is het cruciaal dat er gedefinieerd wordt wanneer de pilot zijn doelen heeft behaald, hoelang de pilot duurt en hoe men de voortgang evalueert.
- Haak tijdig een onderzoeksorganisatie aan zoals het Trimbos-instituut. Dit helpt als draagvlak voor de uitkomsten uit de pilot.
- Het is belangrijk dat er een goede mix is van procesbegeleiding, specialisten (medisch maar ook ICT en juristen), client en naasten, onderzoekers en professionals uit de ggz en Sociaal Domein die betrokken zijn bij de pilot. Deze moeten voldoende bij elkaar komen.
- Overkoepelende coördinatie in combinatie met betrokkenheid bij de pilot zelf is cruciaal.
- Zorgmedewerkers krijgen tijd beschikbaar voor het meewerken aan de pilot.
- De pilot hangt en staat met een goede verbinding tussen de ggz en het sociaal domein. Overkoepelend is er dus niet alleen betrokkenheid nodig vanuit het ministerie van Volksgezondheid en Welzijn maar ook met het ministerie van Binnenlandse zaken.

### Van Friesland naar landelijke opschaling

De pilot krijgt als opdracht mee om advies te geven welke geleerde lessen landelijk opgeschaald moeten worden en op welke manier dit kan. De gesprekstafel geeft de pilot een aantal adviezen mee die relevant zijn voor deze opdracht.

- Zorg voor goede communicatie, een positieve kernboodschap en inzet van koplopers voor het versterken van draagvlak in het veld.
- Duidelijkheid in communicatie is belangrijk. Het mag ook duidelijk zijn dat deze beweging naar kwaliteits-transparantie niet alleen gewenst is maar ook noodzakelijk en niet vrijblijvend.
- Geen verzwaring van administratieve lasten die opschaling kunnen belemmeren.
- Specificeer dat de basis op orde moet zijn om veilig en eenduidig data te delen.
- Incentives zijn belangrijk om stimulans te creëren.
- Denk tijdens de looptijd van de pilot actief na over het creëren en blijven stimuleren van draagvlak. Wat heeft het veld nodig om deze beweging verder te brengen?

### Tot slot

Om deze ontwikkeling en aanpak een succes te maken is een goede samenwerking, vertrouwen en een gezamenlijke inzet op leren en verbeteren een belangrijk fundament. Alleen dan kan de zorg voor mensen met een EPA daadwerkelijk groeien naar meer passende zorg. De gesprekstafel ziet bovenstaand advies als een belangrijke eerste stap. Mensen met een EPA hebben een hulpvraag in verschillende domeinen. Van huisvesting tot specialistische behandeling. Het is van essentieel belang voor het bevorderen van passende zorg voor mensen met een EPA dat inzichten uit ieder domein beschikbaar zijn om samenhang en continuïteit te kunnen bevorderen.

# Aanscherpingen vervolg vanuit koepelpartijen

Deeladvies EPA - Versterken kwaliteitstransparantie ggz

## Verrijking van de doelstelling

In aanvulling van het advies van de gesprekstafel, ziet het programmteam een waardevolle verbinding met de AZWA-afspraken C6 punt 7. De oplossingsrichtingen sluiten nauw aan bij de behoefte van de cliënt en het belang van domein overstijgend samenwerken.

Het programmteam scherpt de doelstelling aan naar: **het bijdragen aan het realiseren van samenhangende ketenzorg (zoals bijvoorbeeld goede overdracht naar de huisarts), continuïteit van zorg en ondersteuning voor mensen met een EPA in de regio<sup>11</sup>**. In dit project wordt dit bereikt doordat er samen een lerend gesprek wordt gevoerd dat wordt ondersteund door data. En dat de lessen die geleerd worden vervolgens ook in de praktijk worden gebracht, zodat cliënten en zorgprofessionals er direct profijt van hebben.

In de pilot staat onder anderen centraal hoe voorzieningen in de regio in de praktijk samenwerken om samenhangende zorg en ondersteuning aan de cliënt en diens naasten te realiseren. De pilot levert inzicht op in wat samenhangende ketenzorg bevordert of belemmert, welke data en welke gespreksonderwerpen daar inzicht in geven. op deze manier sluit het doel niet alleen aan bij de AZWA afspraak maar ook uit geleerde lessen en adviezen uit het rapport GGZ over de Brug.

Het project is in eerste instantie gebonden tot één regio om de dataset ten behoeve van het regionale gesprek in de regio in de praktijk te toetsen. Passende zorg voor mensen met een EPA is regio afhankelijk, toch zullen deze gesprekken naar verwachting waardevolle inzichten aan het licht brengen die landelijk op schaalbaar zijn. Ook is het hiermee een voorbeeld over hoe andere regio's samen kunnen werken aan samenhangende ketenzorg binnen de eigen regio. Het project kent hiermee een secundair doel, namelijk evalueren, bijsturen en adviseren hoe het gesprek met behulp van de basis dataset ten behoeve van samenhangende ketenzorg opgeschaald kan worden naar andere regio's en op welke wijze transparantie naar andere partijen in de regio's hieraan kan bijdragen. Kwaliteitsinformatie kan bijvoorbeeld onderdeel uit maken van veldafspraken, certificering FACT of opgenomen worden als voorwaarden bij de setting outreachend van het ZPM. Er wordt hierbij nauw samengewerkt met de betrokken landelijke koepelpartijen.

---

## Gebruik van kwaliteitsinformatie

Er zijn criteria vastgesteld waarmee de EPA-doelgroep herkent kan worden in de data. Ter ondersteuning van een lerend gesprek over samenhangende zorg en continuïteit van zorg voor mensen met een EPA in de regio. Dit gesprek wordt met data ondersteund. De criteria om mensen met een EPA in data te herkennen staan in bijlage factsheet EPA<sup>12</sup>. De criteria om de EPA-doelgroep te herkennen wordt op eenzelfde wijze gehanteerd. Het is mogelijk dat er door beperkingen in het koppelen van data beperkingen in de pilot ontstaan in het gebruiken van de EPA-criteria in combinatie met de onderstaande variabelen van kwaliteitsinformatie. In deze gevallen zal er worden gekeken naar een andere wijze van afbakening bijvoorbeeld door afbakening binnen een organisatiestructuur (denk aan FACT). De criteria zoals opgesteld blijven de leidraad.

Daarnaast zijn onderstaande variabelen gekozen (verder: basis dataset) die ondersteunend zijn aan het lerend gesprek:

- Start van het zorgtraject
- Retrospectief de lengte van de wachttijd
- Setting van de geboden zorg
- Aantal en welke betrokken disciplines (bij voorkeur domeinoverstijgend)
- Zorgvraagtypering
- Drop-out (bij voorkeur met de reden)
- Inzage persoonlijk en maatschappelijk herstel (bij voorkeur via zelfredzaamheidmatrix of IROC)

---

<sup>11</sup> Sluit aan bij AZWA afspraak C6 punt 7: De Nederlandse ggz, LHV, InEen, MIND en de beroepsgroepen maken uiterlijk Q1 2026 een continuüm van afspraken over de wijze waarop patiënten met een chronische aandoening (binnen de zogenaamde EPA-groep) waarbij de klachten (tijdelijk) zijn gestabiliseerd op een goede manier worden overgedragen aan de huisarts. Onderdeel van de afspraken is het uitwerken een terugvalaanbod. Hierbij zal rekening worden gehouden met het 'Aanbod Huisartsgeneeskundige Zorg (2022)'. De oplossingsrichtingen sluiten nauw aan bij de behoefte van de patiënt en het absorptievermogen voor zowel huisartsen als de ggz. De bovengenoemde partijen betrekken bij de uitwerking de partners in het sociaal domein.

<sup>12</sup> [Factsheet ernstige psychische aandoeningen \(EPA\)](#)

Vanwege privacywetgeving (waaronder het beroepsgeheim) zijn de data geaggregeerd en niet gekoppeld aan elkaar. Afhankelijk van de data-infrastructuur en vastlegging in Friesland zijn hier wellicht meer mogelijkheden.

---

## Deelnemers

Er wordt onderscheid gemaakt tussen het kernteam en experts. Het kernteam zijn professionals die het lerend gesprek met elkaar voeren en in de praktijk werken. Samen met de experts zijn deelnemers vertegenwoordigd die samen verantwoordelijk zijn voor samenhangende ketenzorg aan mensen met een EPA, of hierbij een belangrijke faciliterende rol vervullen.

### Kernteam:

- Het kernteam zijn de mensen die inhoudelijk het gesprek voeren ondersteund met kwaliteitsinformatie om te leren en verbeteren
- Streven naar zo'n 6 – 8 deelnemers in het kernteam
- Het kernteam bestaat in elk geval uit: cliëntvertegenwoordiging, zorgprofessionals (psycholoog, psychiater, verpleegkundig specialist en/of orthopedagoog-generalist) en hulpverleners sociaal domein.
- Het kernteam wordt nauw ondersteund door experts. Samen met het kernteam vormen zij de pilot.
- De projectleider is onderdeel van het kernteam

### Experts:

Expert	Rol
Kartrekkers AZWA	Samenhang AZWA borgen
EHDK	Expertise faciliteren projecten regio Friesland (aanspreekpunt verkenning)
Trimbos-instituut	Expertise wetenschappelijke borging
Akwa GGZ	Expertise lerende netwerken en datagebruik
Data experts zorgaanbieders	Aanleveren data aan kernteam op werkbare wijze
Bestuurders/ managers zorgaanbieders	Expertise randvoorwaarden opschaling in de praktijk

---

## Wat levert dit de verschillende stakeholders op?

**Clënten** brengen hun perspectief in tijdens de lerende gesprekken en hebben zo invloed op de lessen en verbeterplannen. Mensen met een EPA en diens naasten profiteren door het hele land van de verbeteringen die doorgevoerd zullen worden op basis van de geleerde en gedeelde lessen. Deze verbeteringen zijn gericht op het verder verbeteren van de samenwerking tussen zorgaanbieders dat integrale zorg voor de client versterkt.

**Zorgprofessionals** en **zorgaanbieders** door het hele land krijgen de geleerde lessen vanuit de pilot mee, waardoor ze hun eigen zorg kunnen verbeteren en/of zelf een lerend netwerk zoals de pilot kunnen starten. Het ontbreekt op dit moment veelal aan duidelijke inzichten die dit ook nadere duiding kunnen geven. Met behulp van deze pilot en de doorontwikkeling daarvan zullen er inzichten komen die leiden tot handvatten om op de juiste manier invulling te geven aan verbeteradviezen.

**Zorgverzekeraars** Afbakening en herkenning van EPA in de data kan gebruikt worden bij de zorginkoop en het maken van afspraken over passende zorg in de keten in de regio. Kwaliteitsinformatie kan op termijn in de dialoog met zorgaanbieders over passende zorg worden betrokken. Wanneer kwaliteitsinformatie onderdeel uitmaakt van bv. veldafspraken, certificering FACT of opgenomen kan worden bij voorwaarden settingen, dan biedt dit zorgverzekeraars concrete stuurinformatie dat leidt tot passende voorwaarden voor alle zorgaanbieders.

**Koepelpartijen (tripartiet)** en **overheid** krijgen inzicht in welke kwaliteitsinformatie meerwaarde heeft in de praktijk. Doordat deze kwaliteitsinformatie is getoetst in de praktijk vergroot het de kans op draagveld in het veld. Het delen en gebruik maken van deze kwaliteitsinformatie kunnen ze via besluitvormingsprocedures opschalen, zodat het op landelijke schaal bijdraagt aan meer passende mentale zorg.

---

## Rol koepelpartijen

### Primaire doel:

- De koepelpartijen zijn verantwoordelijk voor het aanstellen van de projectleider, meegeven van kaders, bijsturen van het project wanneer nodig, verspreiden van de lessen die geleerd worden in het veld en voor het plan van aanpak voor de opschaling. Ook zijn de koepelpartijen een hulplijn voor het project wanneer zij vastlopen en pakken de koepelpartijen hun rol bij het invullen van randvoorwaarden wanneer deze buiten de invloed van de projectgroep liggen. Afstemming vindt via de programmamanager en/of het aanspreekpunt van de koepelpartijen plaats, die wanneer nodig bespreekpunten of beslissingen inbrengt bij de rest van de koepelpartijen.
- In het AZWA zijn er afspraken gemaakt die verband houden met het advies. Om deze reden is overleg met de trekkers van deze AZWA-afspraken noodzakelijk om er gezamenlijk voor te zorgen dat de pilot hier een bijdrage in kan bieden.

### Specifieke transparantie afspraken ten aanzien van EPA criteria

De koepelpartijen hebben de criteria voor het herkennen EPA in ZPM-data vastgesteld. Het aanspreekpunt vanuit de koepelpartijen draagt zorg voor:

- Een opdracht voor Vektis. Vektis zal als vervolgstap de data voor 2022, 2023 en 2024 gaan bepalen op basis van de nieuwe criteria EPA en deze publiceren in een nieuwe versie van de EPA factsheet. Dit zal onrust in het veld wegnemen die is ontstaan na eerdere publicatie gebaseerd op te nauwe criteria
- De cijfers worden daarna via de gemeentezorgspiegel gedeeld op wijk en gemeenteniveau met zorgverzekeraars en gemeentes.
- Aanvullend zal Vektis doorrekenen hoeveel mensen in de EPA groep nu binnen de GGZ in de Zvw vallen, hoeveel binnen de Wlz en krijgen we tevens een inschatting hoeveel mensen voornamelijk binnen het sociaal domein ondersteuning ontvangen (er is geen rechtstreeks zicht in de data vanuit de gemeenten om de EPA-groep te herkennen).
- In de communicatie op de website van het Zorginstituut wordt toegelicht door het programma Kwaliteitstransparantie, dat de criteria niet wetenschappelijk zijn vastgesteld maar met behulp van multidisciplinaire groep deskundigen uit de praktijk en geëvalueerd zal blijven worden ten behoeve van eventuele doorontwikkeling.

#### Over deze publicatie

Dit deeladvies hoort bij het eindrapport van het programma *Versterken kwaliteitstransparantie ggz*. Voor een volledig beeld is het noodzakelijk dat het deeladvies in samenhang met het eindrapport wordt gelezen en beoordeeld.

# Bijlage 2: Verslavingszorg

In deze bijlage staan de resultaten van de gesprekstafel en de aanscherpingen van de betrokken koepelpartijen voor het vervolg.

## Het vervolg in het kort

Het vervolgproject voor Verslavingszorg is een pilot waar zorgprofessionals van drie tot vijf verschillende zorgaanbieders met elkaar leren en verbeteren met behulp van kwaliteitsinformatie. De adviezen worden getoetst in de praktijk, lessen worden landelijk gedeeld en indien succesvol, kan de werkwijze breder geïmplementeerd worden. Zo heeft dit vervolgproject direct meerwaarde voor zorgprofessionals en cliënten in de praktijk én maakt het de kwaliteit van zorg op termijn inzichtelijker.

## Belangrijkste aanscherpingen

De koepelpartijen zien dat het advies om de data-infrastructuur bij zorgaanbieders op orde te maken ook relevant is voor andere deelprojecten en het veld. Daarom nemen zij dit advies breder mee in het vervolg van alle deelprojecten, niet alleen bij verslavingszorg.

## Status

25/11/2025 *Op dit moment is er nog geen contact gelegd met mogelijk deelnemende zorgaanbieders. We houden rekening met eventuele aanpassingen wanneer dit noodzakelijk is en ook als wijzigingen nodig zijn voor betere aansluiting met aanpalende projecten. Deze aanpassingen worden ter goedkeuring voorgelegd aan de betrokken koepelpartijen.*

# Passende zorg voor wie dat nodig heeft in de verslavingszorg

## Advies gesprekstafel **Verslavingszorg (VZ)**

Onderdeel van het programma *Versterken kwaliteitstransparantie ggz*

**Door:** Arjen Neven (psychiater), Debby Brink (medisch adviseur CZ), Elyse Bouritius (medisch adviseur asr), Hendrik Hartevelt (ervaringsdeskundig adviseur), Hendrik Jan van Essen (sociaal psychiatrisch verpleegkundige), Job van Huizen (zorginhoudelijk adviseur Zilveren Kruis), Machteld Tissing (verslavingsarts KNMG, manager zorg), Martijn Bogaardt (directeur/bestuurder), Masha Spits (Verslavingskunde Nederland), Michiel Strijbis (klinisch psycholoog), Peter Greeven (klinisch psycholoog) en Teie Salomons (verpleegkundig specialist ggz).

**Onder procesbegeleiding van:** Sylvia de Graaf (adviseur Zorginstituut Nederland) en Indya Duivenbode (onafhankelijke programmamanager)

**Eindversie:** 25 november 2025

## Gezamenlijk en vanuit de praktijk oplossen

Dertien mensen die dagelijks betrokken zijn bij de verslavingszorg, of die vanuit hun expertise waardevolle kennis meebrengen, hebben gezamenlijk dit advies opgesteld om de zorg voor mensen met een verslaving te verbeteren (hierna: de gesprekstafel<sup>1</sup>). Zij deden dit in het kader van het landelijke programma *Versterken kwaliteitstransparantie ggz*, waarbij leren en verbeteren ondersteund door kwaliteitsinformatie<sup>2</sup>

centraal staat om het uiteindelijke doel te bereiken: meer passende zorg voor mensen met een verslaving.

#### Over het programma *Versterken kwaliteitstransparantie ggz*

Dit advies valt onder het programma *Versterken kwaliteitstransparantie ggz*. Dit programma komt vanuit het Integraal Zorgakkoord (IZA) en is opgepakt

<sup>1</sup> De gesprekstafels zijn een samenstelling van zorgprofessionals, medisch adviseurs, ervaringsdeskundigen en in sommige gevallen onderzoekers.

<sup>2</sup> Kwaliteitsinformatie is een verzamelnaam voor zowel kwalitatieve als

kwantitatieve informatie. Hiermee wordt informatie bedoeld die verder gaat dan specifieke casuïstiek (groter dan n=1).

en uitgevoerd door 8 koepelpartijen (zorgaanbieders, zorgprofessionals, zorgverzekeraars en cliënt- en naastenvertegenwoordiging). De leden van de gesprekstabelfs zijn door deze 8 koepelpartijen aangedragen.

Kwaliteitstransparantie is niet het doel van dit programma, maar helpt om te leren en verbeteren en draagt op die manier bij aan meer passende zorg in de ggz. Er is bewust gekozen voor een bottom-up aanpak waarbij het advies van de mensen die in de dagelijkse praktijk staan leidend is.

De gesprekstafel heeft een specifiek probleem binnen de verslavingszorg gekozen om mee aan de slag te gaan:

***Patiënten met lichte verslavingsproblematiek lijken vaak te veel zorg en patiënten met ernstige verslavingsproblematiek te weinig zorg te ontvangen<sup>3</sup>.***

Dit houdt in dat sommige patiënten niet de zorg ontvangen die ze nodig hebben en/of worden financiële middelen en personeel ondoelmatig ingezet. Er is dus een discrepantie bij een deel van de patiëntenpopulatie tussen de aard en ernst van de problematiek en hulpvraag van de patiënt enerzijds, en de ingezette zorg (duur, kosten, intensiteit, inhoud van zorg, financieringsvorm) anderzijds.



**Ernstige** problematiek en hulpvraag



(te) **weinig** ingezette zorg



**Lichte** problematiek en hulpvraag



(te) **veel** ingezette zorg

### **Waarom verslavingszorg?**

Binnen het programma is bewust gekozen voor thema's die urgent zijn en relevant voor de praktijk. Bij mensen met een verslaving zie je dat zij op verschillende plekken in het systeem terecht komen. Deze mensen ontvangen regelmatig niet de juiste zorg op de juiste plek. Binnen deze gesprekstafel is voortgebouwd op een eerder traject: dialoogtafel Zorgprestatie model (ZPM)<sup>5</sup>. Naast verslavingszorg zijn er nog 5 andere inhoudelijk urgente thema's gekozen.

In dit advies beschrijft de gesprekstafel de eerste stappen die nodig zijn om door middel van kwaliteitsinformatie deze discrepantie in kaart te brengen. Daarna beschrijven zij hoe het veld hiervan kan leren en verbeteren richting passendere zorg. Tot slot geven zij randvoorwaarden en tips voor een succesvolle aanpak. Deze randvoorwaarden en tips zijn meegenomen in het overkoepelende advies en implementatieplan van het programma.

### **Patiëntgroepen onderscheiden en inzicht krijgen in relevante variabelen**

Om de zorginzet goed te kunnen beoordelen, is inzicht nodig in verschillende patiëntgroepen en de kenmerken van hun zorgtraject. De gesprekstafel adviseert op twee niveaus te verdiepen:

#### **1. Patiëntgroepen onderscheiden**

Om te beoordelen hoe goed de zorg aansluit bij de behoeften van patiënten, is het allereerst noodzakelijk om patiëntgroepen binnen de verslavingszorg te onderscheiden. Deze indeling maakt zichtbaar welk type patiënten vergelijkbare kenmerken heeft. Op basis van het eerdere traject (dialoogtafel ZPM<sup>4</sup>) zijn vijf criteria geformuleerd waarmee vier patiëntgroepen betrouwbaar kunnen worden afgebakend<sup>5</sup>, zie bijlage 1 voor de tabel met verdere toelichting op de vier patiëntgroepen. De gesprekstafel stelt voor om voor de beslisvolgorde van deze criteria de beslisboom van Merckx e.a. (2007, blz. 471)<sup>6</sup> als startpunt te nemen, zie bijlage 2. Dit zal in een vervolgtraject verder uitgewerkt moeten worden.

De indeling kan gebaseerd worden op gegevens die bij de zorgaanbieders worden verzameld. De epidemiologische gegevens die aan het Landelijk Alcohol en Drugs Informatie Systeem (LADIS) worden geleverd, omvatten op dit moment niet alle relevante gegevens voor de onderscheiding van deze groepen (informatie over eventuele

<sup>3</sup> Maarten Merckx, Gerard Schippers, Maarten Koeter et al., (2012). [Predictive validity of treatment allocation guidelines on drinking outcome in alcohol-dependent patients](#), Addictive Behaviors 38(3):1691-1698

<sup>4</sup> Uitkomst dialoogtafel ZPM: gepast gebruik in verslavingszorg - [20230706-Uitkomst-dialoogtafel-Verslavingszorg.pdf](#)

<sup>5</sup> Zie bijlage 1 voor verdere toelichting op de 4 patiëntgroepen. De vijfde groep bleek operationeel niet te onderscheiden.

<sup>6</sup> Boukje Dijkstra, Elske Wits (2017). Indicatiestelling in de verslavingszorg: een verkenning van de praktijk en de literatuur. Dijkstra. IVO/NISPA, pagina 81.

psychiatrische comorbiditeit), omdat zorgaanbieders deze gegevens (nog) niet kunnen aanleveren en sommige gegevens juridisch niet verwerkt mogen worden.

## 2. Inzicht in verdiepende variabelen

Naast de indeling in patiëntgroepen is het van belang inzicht te krijgen in welke zorg deze patiëntgroepen daadwerkelijk ontvangen en hoe deze zorg aansluit bij hun behoeften. Hiervoor worden verdiepende variabelen verzameld die binnen en tussen de patiëntgroepen vergelijkingen mogelijk maken.

Door deze gegevens te analyseren op geaggregeerd niveau (niet herleidbaar tot individuen) ontstaat een beter beeld van: waar zorg mogelijk te intensief of te beperkt wordt ingezet, en waar verschillen tussen patiëntgroepen en zorgaanbieders zichtbaar zijn. Door deze analyse ontstaat meer inzicht, waardoor gesprekken over passende zorg beter kunnen worden gestructureerd.

De focus ligt in eerste instantie op patiëntkenmerken en proces- en behandelingsinformatie, omdat deze inzicht geven in de zorginzet per patiëntgroep. De gesprekstafel adviseert uitkomstinformatie in een vervolgtraject mee te nemen om de effectiviteit van de zorg te beoordelen. Dit is eerder niet aan bod gekomen vanwege de complexiteit, gezien zorgresultaten door veel factoren beïnvloed worden (zoals betrouwbaarheid metingen, tijd tussen zorg en effect, omgevingsfactoren).

De gesprekstafel doet een voorstel voor de relevante variabelen (deze lijst is niet limitatief en behoeft verdere uitwerking):

- **Patiëntkenmerken**
  - Historie
    - Aantal eerdere verslavingsbehandelingen (ambulant/klinisch, recidieven)
    - Leeftijd 1<sup>e</sup> aanmelding
  - Soort middel
  - Ernst van verslaving
  - Ernst van psychiatrische comorbiditeit
  - Ernst van sociale desintegratie
  - Juridische status (vrijwillig vs verplichte zorg Wvvgz)
- **Zorginzet**
  - Zorgkosten
    - Kosten per traject (ambulant/klinisch)
  - Zorgintensiteit
    - Aantal minuten/sessies (incl. verhouding diagnostiek vs behandeling en incl. aantal sessies tijdens verblijf in een kliniek)

- Aantal verblijfsdagen in een kliniek
- Type behandeling/interventie (incl. verhouding individuele vs. groepsbehandeling, disciplinemix, groepsgrootte)

### Pilot met koplopers

De gesprekstafel adviseert te starten met een kleinschalige pilot bij circa drie tot vijf zorgaanbieders die al beschikken over een adequate data-infrastructuur en bereid zijn om te data te delen en gezamenlijk te leren en verbeteren.

Het doel van de pilot is om te onderzoeken of het praktisch haalbaar is om de benodigde gegevens te verzamelen en of deze gegevens voldoende inzicht bieden om patiëntgroepen betrouwbaar te onderscheiden en verschillen in zorginzet te analyseren. Tegelijkertijd wordt gekeken hoe de beslissboom voor het onderscheiden van patiëntgroepen toegepast kan worden op basis van de binnen de instelling beschikbare data. Zo wordt inzichtelijk hoe toeleiding naar de verschillende patiëntgroepen objectief kan worden vastgesteld en welke gegevens daarvoor essentieel zijn.

Deze pilot kan de volgende stappen omvatten:

- Verzamel en analyseer binnen de zorgaanbieders de variabelen om de indeling in patiëntgroepen te maken en de relevante variabelen om de zorginzet hiervan te bepalen;
- Breng de data van de zorgaanbieders samen met behulp van een Trusted Third Party (TTP) voor veilige dataverwerking en visualisatie via bijvoorbeeld een dashboard;
- Betrek vanaf het begin zorgprofessionals/ zorgaanbieders, vertegenwoordigers van patiënten/naasten, wetenschappers, data-experts, zorgverzekeraars en softwareleveranciers. Hierbij is de fasering van belang, waarbij zorgprofessionals/ zorgaanbieders de ruimte krijgen om eerst intern te leren, dan onderling te reflecteren en pas in een latere fase transparant te zijn richting externen.

### Data-infrastructuur bij alle zorgaanbieders

Het is van groot belang dat alle zorgaanbieders die verslavingszorg aanbieden, ongeacht omvang of type instelling, beschikken over een toekomstbestendige en goed ingerichte data-infrastructuur. De gesprekstafel adviseert om parallel aan de pilot te starten met het stimuleren en faciliteren van zorgaanbieders hierin. Zo kunnen zij alvast hun gegevens op orde brengen en vertrouwd raken met het verzamelen en gebruiken van kwaliteitsinformatie, ook voordat de pilot volledig is afgerond. Dit stelt zorgaanbieders in

staat om op uniforme wijze gegevens te verzamelen, van elkaar te leren en de zorg continu te verbeteren.

Een effectieve data-infrastructuur:

- Maakt optimaal gebruik van bestaande gegevens, zonder de administratieve lasten voor zorgverleners te verhogen;
- Voldoet aan juridische en technische randvoorwaarden, inclusief privacywetgeving;
- Functioneert alleen als zorgaanbieders voldoende gestimuleerd worden en beschikken over de benodigde capaciteit.

### Een praktijkvoorbeeld: wanneer is klinische opname passend?

Een concreet voorbeeld van hoe deze benadering kan worden ingezet, is de vraag: *wanneer is verblijf in de kliniek noodzakelijk bij verslaving?*

Om dit te onderzoeken wordt eerst onderscheid gemaakt tussen patiëntgroepen binnen de verslavingszorg. Deze indeling maakt zichtbaar welk type patiënten vergelijkbare kenmerken heeft. Met betrekking tot een klinische opname wordt bekeken welke patiëntengroepen daadwerkelijk klinisch zijn opgenomen en wordt een vergelijking gemaakt van de zorginzet tussen deze groepen. Het doel is niet om op basis van de data een definitieve conclusie te trekken over wat passend is voor iedere patiënt, maar om een met data ondersteund gesprek te voeren over verschillen in zorginzet. In de pilot wordt besproken welke zorg passend wordt geacht, welke mogelijkheden en beperkingen de gegevens laten zien, en waar verbeteringen nodig zijn.

Het onderscheid in patiëntgroepen en de beslisboom kan zowel lokaal tussen zorgaanbieders als landelijk met zorgverzekeraars worden gebruikt om het data-ondersteunende gesprek over passende zorg te faciliteren. Op landelijk niveau zou dit onderscheid bijvoorbeeld gebruikt kunnen worden om te komen tot een heldere veldafpraak over medisch noodzakelijk verblijf ten behoeve van de behandeling van verslaving.

### Tips en randvoorwaarden voor een succesvolle aanpak van dit advies

De gesprekstafel benadrukt enkele belangrijke tips en randvoorwaarden voor succes:

- De **juridische grondslag** moet helder zijn, zowel binnen de pilot als de inrichting van een goede data-infrastructuur bij alle zorgaanbieders. Onduidelijkheid hierover kan leiden tot terughoudendheid bij

zorgaanbieders, bijvoorbeeld rondom privacy issues.

- Biedt duidelijke **technische mogelijkheden** voor het gebruik van bestaande data, met een focus op lage administratieve lasten, beheersbare kosten en het inregelen van een TTP.
- Neem de **geleerde lessen** uit het traject rond de aanlevering van ROM-data aan SBG mee.
- Zorg voorafgaand aan de pilot voor **duidelijke afspraken** omtrent het datagebruik en de gevolgen van de uitkomsten.
- Het is cruciaal in de ontwikkeling van de data-infrastructuur bij alle zorgaanbieders dat er **voldoende stimulans** is voor zorgaanbieders om hiermee aan de slag te gaan. Ze moeten de meerwaarde zien, anders wordt het moeilijk om hen te motiveren.

### Naar landelijke toepassing: gefaseerde opschaling

De gesprekstafel pleit voor een stapsgewijze opschaling:

1. Start de pilot met koplopers;
2. Stimuleer en faciliteer parallel aan de pilot de inrichting van een goede data-infrastructuur bij alle zorgaanbieders die verslavingszorg bieden;
3. Gebruik de lessen uit de pilot met koplopers voor de doorontwikkeling van de variabelen en de criteria van de patiëntgroepen;
4. Sluit aan bij landelijke ontwikkelingen, zoals de overgang van de MATE naar MOVIN, verbeterde privacywetgeving en technische mogelijkheden om data uit het EPD te ontsluiten;
5. Breid in een latere fase uit met uitkomstinformatie om de effectiviteit van zorg te monitoren.

### Afsluiting

Met dit advies zet de gesprekstafel een gerichte stap richting transparantere, effectievere en meer op de patiënt afgestemde verslavingszorg. Het combineren van kleinschalige pilots met structurele verbetering van de data-infrastructuur biedt een solide fundament voor het lerend vermogen in de sector. Het succes van deze aanpak hangt af van samenwerking, vertrouwen en een gezamenlijke inzet op leren en verbeteren. Daarmee kan de verslavingszorg daar waar nodig verbeteren op het gebied van passende zorg. Verslavingszorg voor iedereen die dat nodig heeft, niet meer en niet minder.

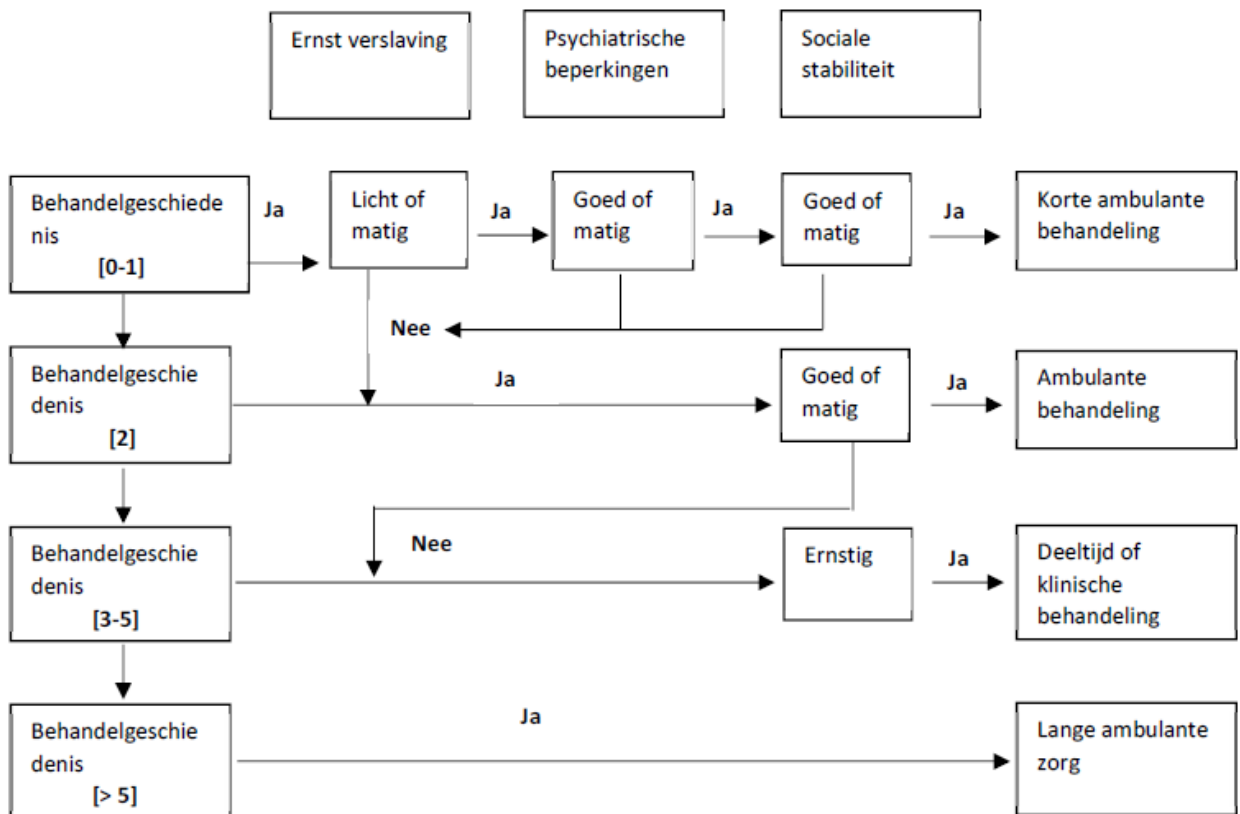
## Bijlage 1: Tabel onderscheiden patiëntgroepen en beslisboom volgordelijkheid criteria

Tabel met criteria t.b.v. onderscheiden vier patiëntgroepen

	1. Enkelvoudige verslaving	2. Verslaving + comorbiditeit	3. Verslaving + comorbiditeit + ernstige sociale desintegratie (+ factoren)	4. Chronische verslaving + noodzakelijke begeleiding	5. Chronische verslaving + psychiatrische zorg
Duur verslaving	< 5 jaar	Langer durende matig / ernstig	Ernstig & langdurig	Ernstig, chronisch & langdurig	Chronisch & langdurig (>20 jaar)
Geschiedenis	Vaak 1 <sup>e</sup> inschrijving	Eerdere hulp binnen / buiten verslavingszorg	Lange voorgeschiedenis	Lange voorgeschiedenis zonder (langdurig) effect	Stabilisatie / harm reduction zonder resultaat
Functioneren	Relatief goed	Minder	Ernstig belemmerd	Ernstige problemen	Toenemende lichamelijke of cognitieve achteruitgang
Motivatie behandeling	Gemotiveerd	Minder in staat doelgericht te handelen	Minder in staat doelgericht te handelen	Moelijk in behandeling te nemen en te houden	Zorg mildend gedrag, voor verslaving uitbehandeld
Comorbiditeit	Geen (storende) comorbiditeit	Comorbiditeit / LVB <sup>1</sup> in standhoudende factor	Psychiatrische comorbiditeit / LVB <sup>1</sup>	Psychiatrische comorbiditeit / (vermoeden) LVB <sup>1</sup>	*
Maatsch. problemen	Geen (storende) problemen	-	Sociaal maats. problematiek beperkt behandelresultaat	Ernstige sociale desintegratie	*
Overig	-	-	Vaak somatische problematiek	Vaak somatische problematiek	Stoppen/verminderen niet haalbaar (samenpraak pt)
	Cure: genezing + herstel			Care: harm reduction + herstel	

## Bijlage 2: Startpunt beslisboom volgordelijkheid criteria t.b.v. onderscheiden bovenstaande patiëntgroepen

Figuur 5.5 Handvatten voor het matchen naar zorgniveau, bron Merckx e.a. (2007, blz. 471).



# Aanscherpingen vervolg vanuit koepelpartijen

Deeladvies Verslavingszorg - Versterken Kwaliteitstransparantie ggz

## Verrijking van de doelstelling

Het doel van het vervolgproject Verslavingszorg is om bij te dragen aan passende, afgestemde en doelmatige zorg voor mensen met een verslaving, door de inzet van zorg beter af te stemmen op de ernst van de problematiek en de individuele behoeften van de patiënt, zodat zorgaanbieders de juiste zorg kunnen bieden aan de juiste patiënt op het juiste moment. In dit project wordt dit bereikt doordat er samen een lerend gesprek wordt gevoerd dat wordt ondersteund door data. En dat de lessen die geleerd worden vervolgens ook in de praktijk worden gebracht, zodat cliënten en zorgprofessionals er direct profijt van hebben.

Het project wordt in eerste instantie uitgevoerd met drie tot vijf zorgaanbieders om de beoogde werkwijze (onderscheiden patiëntgroepen met bijbehorende beslisboom) in de praktijk te toetsen en verder te verfijnen. Daarbij wordt concreet onderzocht hoe de toeleiding naar de verschillende patiëntgroepen op basis van de beschikbare data bij de zorgaanbieders zo objectief mogelijk kan worden vastgesteld, en hoe dit onderscheid het gesprek over passende zorg voor deze groepen ondersteunt en verdiept.

Daarnaast kent het project een secundair doel, namelijk evalueren, bijsturen en adviseren hoe de werkwijze opgeschaald kan worden naar andere zorgaanbieders en op welke wijze transparantie naar andere partijen kan bijdragen aan meer inzicht in de kwaliteit van zorg. Voor het secundaire doel wordt nauw samengewerkt met de betrokken landelijke koepelpartijen. Op landelijk niveau kan het onderscheid in patiëntgroepen bovendien worden benut om te komen tot bijvoorbeeld een heldere veldafpraak voor het vaststellen van medisch noodzakelijk verblijf ten behoeve van de behandeling van verslaving. Dit kan gezien worden als een concrete vervolgstap die al tijdens dit project in gang kan worden gezet.

---

## Gebruik van kwaliteitsinformatie

Er zijn vijf criteria vastgesteld waarmee vier patiëntgroepen binnen de verslavingszorg betrouwbaar onderscheiden kunnen worden. Denk aan kenmerken zoals ernst van de verslaving, aanwezigheid/ernst van psychiatrische comorbiditeit en ernst van sociale desintegratie. De criteria voor het onderscheiden van de patiëntgroepen moeten nog geoperationaliseerd worden, evenals de bijbehorende beslisboom. Deze indeling maakt zichtbaar welk type patiënten vergelijkbare kenmerken heeft.

Daarnaast zijn onderstaande variabelen gekozen die ondersteunend zijn aan het lerend gesprek:

- Patiëntkenmerken
  - Historie
    - Aantal eerdere verslavingsbehandelingen (ambulant/klinisch, recidieven)
    - Leeftijd 1e aanmelding
  - Soort middel
  - Ernst van verslaving
  - Ernst van psychiatrische comorbiditeit
  - Ernst van sociale desintegratie
  - Juridische status (vrijwillig vs verplichte zorg Wvvggz)
- Zorginzet
  - Zorgkosten
    - Kosten per traject (ambulant/klinisch)
  - Zorgintensiteit
    - Aantal minuten/sessies (incl. verhouding diagnostiek vs behandeling en incl. aantal sessies tijdens verblijf in een kliniek)
    - Aantal verblijfsdagen in een kliniek
    - Type behandeling/interventie (incl. verhouding individuele vs. groepsbehandeling, disciplinemix, groeps grootte)

Vanwege privacywetgeving (AVG, beroepsgeheim) zijn de data geaggregeerd en niet gekoppeld aan elkaar. Afhankelijk van de data-infrastructuur en vastlegging bij de deelnemende zorgaanbieders zijn hier wellicht meer

mogelijkheden. De criteria om de vier patiëntgroepen te onderscheiden worden waar mogelijk gehanteerd. Het is mogelijk dat er door beperkingen in het koppelen van data beperkingen in de pilot ontstaan in het gebruiken van de criteria in combinatie met de onderstaande variabelen van kwaliteitsinformatie. In deze gevallen zal er worden gekeken naar een andere wijze van afbakening. De criteria zoals opgesteld blijven de leidraad.

---

## Deelnemers

Er wordt onderscheid gemaakt tussen het kernteam en andere betrokken experts.

### Kernteam:

- Het kernteam zijn de mensen die inhoudelijk het gesprek voeren ondersteund met kwaliteitsinformatie om te leren en verbeteren
- Streven naar zo'n 6 – 8 deelnemers in het kernteam
- Het kernteam bestaat in elk geval uit: cliëntvertegenwoordiging, zorgverleners (psycholoog, psychiater, verslavingsarts, verpleegkundig specialist, sociaal psychiatrisch verpleegkundige, behandelcoördinator/teamleider)
- Het kernteam wordt ondersteund door experts
- De projectleider is onderdeel van het kernteam

### Experts:

Expert	Rol
Trimbos-instituut	Expertise wetenschappelijke borging
Akwa GGZ	Expertise lerende netwerken en datagebruik
Data experts zorgaanbieders	Aanlevering en interpretatie data voor kernteam op werkbare wijze
Bestuurders/ managers zorgaanbieders	Expertise randvoorwaarden opschaling in de praktijk
Verslavingskunde Nederland (VKN)	Inhoudelijke advisering
LADIS (Landelijk Alcohol en Drugs Informatie Systeem)	Landelijke data en monitoring

---

## Wat levert dit de verschillende stakeholders op?

**Cliënten** brengen hun perspectief in tijdens de lerende gesprekken en hebben zo invloed op de lessen en verbeterplannen. Ook profiteren cliënten door het hele land van de verbeteringen die worden doorgevoerd in de zorg op basis van de gedeelde lessen. Waar mogelijk zijn deze lessen ook helpend bij samen beslissen.

**Zorgverleners en zorgaanbieders** door het hele land krijgen de geleerde lessen vanuit de pilot mee, waardoor ze hun eigen zorg kunnen verbeteren. Ook hebben de deelnemende zorgverleners en zorgaanbieders invloed op de doorontwikkeling van de kwaliteitsinformatie en de opschaling ervan. Hierdoor weten ze dat de kwaliteitsinformatie die gebruikt wordt ook daadwerkelijk iets zegt over de kwaliteit van zorg en voor hen van meerwaarde is om de zorg te kunnen verbeteren.

**Zorgverzekeraars** kunnen betrokken worden bij de dialoog met zorgaanbieders over passende zorg. Wanneer de onderscheiden patiëntgroepen herkenbaar zijn in de data en de noodzaak van klinische behandeling gekoppeld is aan patiëntgroepen met bijbehorende indicatiecriteria, kan deze kwaliteitsinformatie worden gebruikt bij zorginkoop en het maken van afspraken over passende verslavingszorg. Op die manier biedt het zorgverzekeraars concrete instrumenten om te sturen op passende zorg voor alle zorgaanbieders.

**Koepelpartijen (tripartiet) en overheid** krijgen inzicht in welke kwaliteitsinformatie meerwaarde heeft in de praktijk. Doordat deze kwaliteitsinformatie is getoetst in de praktijk vergroot het de kans op draagveld in het veld. Het delen en gebruik maken van deze kwaliteitsinformatie kunnen ze via besluitvormingsprocedures opschalen,

zodat het op landelijke schaal bijdraagt aan meer passende mentale zorg.

---

### **Rol koepelpartijen**

De koepelpartijen zijn verantwoordelijk voor het aanstellen van de projectleider, meegeven van kaders, bijsturen van het project wanneer nodig, verspreiden van de lessen die geleerd worden in het veld en voor het plan van aanpak voor de opschaling. Ook zijn de koepelpartijen een hulplijn voor het project wanneer zij vastlopen en pakken de koepelpartijen hun rol bij het invullen van randvoorwaarden wanneer deze buiten de invloed van de projectgroep liggen. Afstemming vindt via de programmamanager en/of het aanspreekpunt van de koepelpartijen plaats, die wanneer nodig bespreekpunten of beslissingen inbrengt bij de rest van de koepelpartijen.

#### Over deze publicatie

Dit deeladvies hoort bij het eindrapport van het programma *Versterken kwaliteitstransparantie ggz*. Voor een volledig beeld is het noodzakelijk dat het deeladvies in samenhang met het eindrapport wordt gelezen en beoordeeld.

## Bijlage 3: Doelgericht behandelen: met kwaliteit, minder wachtenden

### Advies gesprekstafel **Doelen stellen, evalueren, bijstellen of beëindigen behandeling (DEBB)**

Onderdeel van het programma *Versterken kwaliteitstransparantie ggz*

**Opgesteld door:** Annika Cornelissen (klinisch psycholoog & psychotherapeut), Anneke van Schaik (psychiater), Bart Groeneweg (ervaringsdeskundig adviseur), Brigitte de Jager (Head of Quality, Compliance & Research), Elbertha Jansen (GZ-psycholoog), Lucy Visser (zorginhoudelijk adviseur Zilveren Kruis), Lynn Arkes (beleidsadviseur ggz & msz Caresq), Marjolein Koementas – de Vos (klinisch psycholoog, psychotherapeut), Nienke de Ruiters (orthopedagoog generalist), Stefanie Terpstra (ervaringsdeskundig adviseur)

**Onder procesbegeleiding van:** Wouter van der Pas (Zorginstituut Nederland), Cynthia van Haeften (Zorginstituut Nederland) en Indy Duivenbode (onafhankelijke programmamanager)

**Eindversie:** 25 november 2025

#### Gezamenlijk en vanuit de praktijk oplossen

De geestelijke gezondheidszorg (ggz) staat onder druk. Het aantal mensen op de wachtlijst blijft groeien, de wachttijden overschrijden stelselmatig de (trek)normen. En ondertussen kampen we met een nijpend personeelstekort.

De oplossingsrichtingen om ruimte te maken voor wachtenden zijn er al. Initiatieven komen steeds vaker samen binnen een bredere en meer samenhangende aanpak. Denk hierbij aan het versterken van preventieve ondersteuning, het vergroten van de kracht van het sociaal domein, het ontwikkelen van een bredere en meer contextuele kijk op diagnostiek en psychisch lijden, en het benutten van ervaringskennis van cliënten en hun netwerk. Ook innovatieve en meer vraaggerichte vormen van behandeling spelen hierin een belangrijke rol.

Een kernprincipe dat richtinggevend moet zijn, is systematisch werken met doelen. Dit betekent het samen formuleren van haalbare doelen met de cliënt, diens netwerk en betrokken professionals. En het regelmatig evalueren van de voortgang en tijdig bijstellen<sup>1</sup> of afronden van de begeleiding of behandeling. Doelen stellen, Evalueren, Bijstellen of beëindigen van behandeling ofwel DEBB werken draagt positief bij aan de behandeling.

Bij DEBB werken is het belangrijk dat:

- Doelen concreet, haalbaar, persoonlijk, opgesteld met de client en gekoppeld aan een termijn zijn
- Doelrealisatie op een afgesproken moment wordt geëvalueerd, mede op basis van feedback uit structurele metingen
- De behandeling op een afgesproken moment wordt bijgesteld of beëindigd

Klinkt bekend? Dat klopt. Toch blijkt het in de praktijk vaak lastig om DEBB-werken goed vorm te geven. Daarom is het nodig dit principe opnieuw onder de aandacht te brengen en concreet handen en voeten te geven.

Daarbij geldt één uitgangspunt: **zonder cliënt geen DEBB-werken**. De regie ligt bij de cliënt, samen met diens netwerk. Voor de zorgprofessional betekent dit dat het niet alleen gaat om de klachten zelf, maar vooral om het begrijpen van de context: waarom zoekt iemand juist nu hulp, hoe verhouden de klachten zich tot het dagelijks leven, en welke betekenis hebben zij in de bredere samenhang? De doelen moeten hier rechtstreeks een afspiegeling van zijn, zodat ze herkenbaar en haalbaar zijn voor de cliënt.

<sup>1</sup> Onder bijstellen verstaan we ook verwijzen. Dit kan naar een andere behandelaar, behandeling of zorgaanbieder zijn.

**Over het programma *Versterken kwaliteitstransparantie ggz***

Dit advies valt onder het programma *Versterken kwaliteitstransparantie ggz*. Dit programma komt vanuit het Integraal Zorgakkoord (IZA) en is opgepakt en uitgevoerd door acht veldpartijen (zorgaanbieders, zorgprofessionals, zorgverzekeraars en cliënt- en naastenvertegenwoordiging). Kwaliteits- transparantie is niet het doel van dit programma, maar helpt om te leren en verbeteren en draagt op die manier bij aan meer passende zorg in de ggz. Er is bewust gekozen voor een bottom-up aanpak waarbij het advies van de mensen die in de alledaagse praktijk staan leidend is.

Tien mensen met ervaring in de alledaagse ggz praktijk (hierna: de gesprekstafel<sup>2</sup>) zijn met een specifieke probleemstelling aan de slag gegaan en zijn gekomen tot dit advies. Dit advies is het antwoord op de volgende probleemstelling.

**Probleemstelling:**

Het stellen van concrete behandeldoelen en aan de hand hiervan gestructureerd evalueren en bijstellen of beëindigen van behandeling gebeurt niet consistent en gestructureerd.<sup>3</sup>

**Waarom DEBB?**

Het onderwerp *Doelstelling, evaluatie en bijstelling of beëindiging* van behandeling werd door de meeste partijen in het programma ‘versterken kwaliteitstransparantie in de ggz’ aangegeven als een belangrijk onderdeel van kwaliteit van zorg. Ook zien de partijen dat hierin verbetering mogelijk is. Naast DEBB zijn er nog 5 andere inhoudelijk urgente thema’s gekozen die in andere gesprekstafels zijn opgepakt.

**Advies: “Leer en verbeter DEBB werken aan de hand van proceskenmerken en versterk waar nodig het DEBB werken met gerichte acties”**

Eerste stap is zicht krijgen is op de mate waarin DEBB werken wordt toegepast aan de hand van kwaliteitsinformatie. Voor DEBB werken

bestaat de kwaliteitsinformatie vooral uit een aantal proceskenmerken. Nadat duidelijk is hoe DEBB-werken in de praktijk wordt toegepast, wordt in dit advies nagegaan hoe het veld op basis van de kwaliteitsinformatie (proceskenmerken) kan leren en verbeteren. Daarna wordt er beschreven hoe het veld DEBB werken in de praktijk kan versterken aan de hand van een versterkingsplan. Tot slot volgen randvoorwaarden en tips voor de implementatie, opschaling en landelijke afspraken. Deze randvoorwaarden en tips zijn meegenomen in het implementatieplan van het programma.

In dit advies staan de proceskenmerken, het versterkingsplan en leren en verbeteren centraal. Wat betekent dat eigenlijk? En hoe verhouden die zich tot elkaar? Hieronder de uitleg. Daarna gaan we dieper in op de drie verschillende delen van het advies.



1. Door wat men doet in de praktijk vast te leggen creëert men data.
2. Door data te bekijken en bespreken creëert men inzicht.
3. Door inzicht toe te passen creëert men verbetering in de praktijk.

Met proceskenmerken wordt informatie over het proces van behandelen bedoeld, dus niet inhoudelijk. Denk bijvoorbeeld aan ‘bij hoeveel behandelingen in jouw organisatie zijn evaluaties uitgevoerd?’. Door deze data te

<sup>2</sup> De gesprekstafels zijn een samenstelling van zorgprofessionals, medisch adviseurs en ervaringsdeskundigen.

<sup>3</sup> [Afronden behandeling online panel.pdf](#)  
[AkwaGGZ Rapport Diagnostiek.pdf](#)

verzamenen en vervolgens met elkaar te bespreken wordt inzicht gecreëerd. Dit bespreken kan binnen de organisatie gebeuren maar bijvoorbeeld ook binnen een lerend netwerk. Met het verkregen inzicht is het mogelijk gerichte acties te bepalen voor verbetering. Het versterkingsplan bevat een overzicht van verschillende acties die naar eigen inzicht in zijn te zetten.

### **Uitwerking Proceskenmerken DEBB werken**

Uit onderzoek dat door Significant Public voor de gesprekstafel is uitgevoerd kwamen 40 proceskenmerken naar voren die waardevolle informatie geven over de mate van toepassing van DEBB werken. De gesprekstafel heeft hier prioritering in aangebracht aan de hand van een beoordelingskader. Hier kwamen o.a. haalbaarheid om de informatie uit het EPD te halen en directe samenhang met DEBB werken in terug. Hieruit zijn de volgende proceskenmerken gekozen die de meeste prioriteit behoeven:

1. Gezamenlijk doelen stellen en vastleggen door de cliënt, de zorgprofessional en bij voorkeur met naaste(n)
2. Het is erg bevorderlijk om een termijn af te spreken over de te verwachten duur van de behandeling en vooraf de evaluatiemomenten vast te leggen.
3. Het bespreken, meten en vastleggen van de voortgang op vaste evaluatiemomenten is vast onderdeel van de behandeling
4. Evaluatie leidt tot ofwel continueren, bijstellen of beëindigen<sup>4</sup>. Indien noodzakelijk verwijzen.

De gesprekstafel adviseert om de genoemde vier proceskenmerken ook zichtbaar te maken voor cliënten. Dit kan als onderdeel van het gezondheidsportaal of via de cliëntweergave van het EPD. Ook adviseert de gesprekstafel de genoemde vier proceskenmerken terugkerend onderdeel te maken van bestaande lerende netwerken, visitaties, inspectiebezoeken en andere kwaliteitscontroles. De insteek hiervan moet gericht zijn op het gesprek over hoe de proceskenmerken bijdragen aan het DEBB

werken en aan de individuele behandelingen én hoe de cliënten, zorgprofessionals en zorgaanbieders de ervaringen met de proceskenmerken inzetten voor leren en verbeteren.

### **Uitwerking versterkingsplan DEBB werken**

Uit onderzoek<sup>5</sup> blijkt dat DEBB werken niet consistent en gestructureerd gebeurt. Terwijl ook bekend is dat DEBB werken bijdraagt aan passende zorg<sup>6</sup>. Hoewel het idee breed omarmd is binnen de zorg lukt het vaak niet dit voldoende in de praktijk te brengen. Er is een versterkingsplan opgesteld met handvatten voor zorgaanbieders en zorgprofessionals om DEBB werken in de praktijk te brengen. In dit plan zijn verschillende acties beschreven die naar eigen inzicht en passend bij de specifieke context van organisaties zijn toe te passen. Het versterkingsplan biedt daarmee handvatten om gericht aan de slag te gaan met DEBB werken.

Het versterkingsplan kent vier categorieën die hieronder worden toegelicht. Deze vier categorieën zijn gebaseerd op het beïnvloedingsmodel van McKinsey<sup>7</sup>.

### **Weten waarom het belangrijk is – a compelling story**

Mensen veranderen pas echt als ze begrijpen waarom iets belangrijk is en als ze het nut ervan inzien. Dit betekent dat DEBB werken niet alleen praktisch werkbaar moet zijn, maar ook moet aansluiten bij de intrinsieke motivatie van professionals.

In het versterkingsplan is het krachtig verhaal (compelling story) terug te vinden dat aanbieders kunnen verspreiden en gebruiken om collega's mee te nemen. Het krachtig verhaal is één-op-één over te nemen maar ook aan te passen naar eigen context. Zo zijn bijvoorbeeld, de eerste twee alinea's van dit advies overgenomen van het krachtig verhaal.

<sup>4</sup> [Van intake naar outtake: het afsluiten van langdurige depressiebehandelingen \(F. Poolen, J. Verhoeven, D.J.F. van Schaik, M.J. Reinders, M.T. van der Wart, C.H. Vinkers 2025\)](#)  
<sup>5</sup> [Uitkomsten patiëntervaringen COI 2023 bijna gelijk aan 2022 - Openbare GGZ-cijfers](#)  
[Patiënten geven hoge waardering voor geestelijke](#)

[gezondheidszorg - Openbare GGZ-cijfers](#)  
[Afronden behandeling online panel.pdf](#)  
[AkwaGGZ Rapport Diagnostiek.pdf](#)

<sup>6</sup> [APA PsycNet Buy Page Psychotherapy Relationships That Work: Evidence-Based Responsiveness - Google Boeken](#)

<sup>7</sup> [A model for effective change management | McKinsey](#)

### **Structurele verankering – Reinforcement mechanisms**

Gedragsverandering wordt pas duurzaam wanneer structuren, systemen en processen deze ondersteunen. Daarom mag DEBB-werken niet leiden tot extra administratieve lasten of als iets aanvullends op het reguliere werk worden gezien. In plaats daarvan moet het worden geïntegreerd in bestaande werkwijzen.

In het versterkingsplan is te lezen hoe structuren en systemen zijn aan te passen om DEBB werken te verankeren in de praktijk van alledag.

### **Vaardigheidsontwikkeling – Skills required for change**

Nieuwe werkwijzen vragen om nieuwe vaardigheden. Als professionals concrete handvatten krijgen om DEBB werken goed toe te passen, bijvoorbeeld door middel van training of coaching en leren van elkaar, wordt de verandering haalbaar.

In het versterkingsplan zijn verschillende trainingen, webinars en meer te vinden: om de benodigde vaardigheden voor DEBB werken te ontwikkelen.

### **Rolmodellen – Het goede voorbeeld zien**

Professionals worden beïnvloed door wat ze bij collega's, leidinggevend en boegbeelden zien. Als professionals zien dat DEBB werken zichtbaar wordt toegepast en gewaardeerd in verschillende lagen in de organisatie, groeit de bereidheid om mee te gaan in de verandering.

In het versterkingsplan worden organisaties meegenomen in hoe zij een aantal gepassioneerde medewerkers kunnen aanstellen als leiders en ambassadeurs om DEBB werken onder de aandacht te brengen. Ook is te lezen hoe leiders en ambassadeurs zijn te ondersteunen om deze belangrijke boodschap uit te dragen.

### **Randvoorwaarden en tips**

1. Om goed te kunnen werken met de vier genoemde proceskenmerken is het nodig dat deze worden ingebouwd in de EPD's. Zodanig dat DEBB werken tweede natuur wordt voor cliënten en behandelaren.
2. Besteed extra aandacht aan het

beëindigen van de behandeling. Zowel in de opleiding als in de dagelijkse praktijk moet hier voldoende aandacht voor zijn. Dit past binnen DEBB werken. Waar nodig kan beëindigen worden ingebracht in een moreel beraad of intervisie.

### **Hoe aan de slag te gaan**

De gesprekstafel kwam bij elkaar om DEBB werken verder te brengen.

Om dit te bereiken moeten we samen leren aan de hand van proceskenmerken. En samen verbeteren aan de hand van het versterkingsplan.

Het is belangrijk dat managers en behandelaren samen aan de slag gaan met het versterkingsplan. En samen met collega's werk maken van inzicht aan de hand van de vier proceskenmerken.

# Versterkingsplan DEBB

Versie: 13-10-2025

Disclaimer: Dit document is een opzet die in het vervolg nog doorontwikkeld zal worden. Zo zal de tekst onder andere nog aangepast worden zodat deze beter leesbaar is voor zorgprofessionals zelf.

## Inleiding

Met dit schrijven willen wij jou als zorgprofessional inspireren om DEBB werken te versterken. Zodat het vaker wordt toegepast in de praktijk. DEBB staat voor Doelen stellen, Evalueren en tijdig Bijstellen of Beëindigen van de Behandeling. Behalve inspireren willen wij je ook praktische handreikingen geven hoe je meer DEBB kan werken.

We hebben beschreven hoe je aan de slag kan met DEBB werken versterken en daarbij de ruimte gelaten om het in te vullen en aan te passen naar jouw eigen organisatie.

Heel veel plezier en heel veel succes!

Met hartelijke groet,

*Annika Cornelissen, Anneke van Schaik, Bart Groeneweg, Brigitte de Jager, Elbertha Jansen, Lucy Visser, Lynn Arkes, Marjolein Koementas – de Vos, Nienke de Ruiter, Stefanie Terpstra*

## Inhoud

Inleiding	1
Inhoud	2
DEBB werken versterken	3
Het beïnvloedingsmodel McKinsey	3
Weten waarom het belangrijk is – a compelling story	3
Structurele verankering – Reinforcement mechanisms	3
Vaardigheidsontwikkeling – Skills required for change	3
Rolmodellen – Het goede voorbeeld zien.	3
Acties DEBB werken versterken	4
Weten waarom het belangrijk is – a compelling story	4
Structurele verankering – Reinforcement mechanisms	5
Inleiding	6
Instrumenten	6
Evaluatie in planning en beleid	6
Overzicht evaluaties	6
Terugkoppeling evaluaties	7
Samen leren en verbeteren	7
Tot slot	7
Vaardigheidsontwikkeling – Skills required for change	8
Rolmodellen – Het goede voorbeeld zien	9
Praktisch stappenplan: rolmodellen in de organisatie aanstellen en inzetten	9

## DEBB werken versterken

De principes van DEBB werken zijn het stellen van concrete behandeldoelen, het systematisch evalueren van resultaten en het tijdig bijstellen of beëindigen van een behandeling. Hoewel deze logisch en waardevol klinken betekent DEBB werken voor velen in de praktijk een verandering in houding en gedrag. Mogelijk ook voor jou. Voor je organisatie vraagt het een planmatige aanpak om alle professionals mee te krijgen.

Als achtergrondinformatie gaan we eerst in op het 'beïnvloedingsmodel van McKinsey'. Dit model is een hulpmiddel bij verandermanagement en kan heel goed in de zorg worden toegepast. Zorgprofessionals worden in dit model centraal gesteld. Hieronder beschrijven we het beïnvloedingsmodel. Vervolgens vertalen we het naar de situatie van de zorgprofessional en zetten alle acties op een rij die zij uit kunnen voeren om DEBB werken te versterken.

### Het beïnvloedingsmodel McKinsey

Verandering realiseren in de manier waarop ggz-professionals werken vraagt een planmatige aanpak, waarbij het cruciaal is om te begrijpen hoe gedragsverandering tot stand komt en welke proceskenmerken hierbij een rol spelen. Het 'Influence Model'<sup>1</sup> van McKinsey stelt dat mensen hun gedrag veranderen wanneer vier factoren op de juiste manier samenkomen:

#### **Weten waarom het belangrijk is – a compelling story**

Mensen veranderen pas echt als ze begrijpen waarom iets belangrijk is en als ze het nut ervan inzien. Dit betekent dat DEBB werken niet alleen praktisch werkbaar moet zijn, maar ook moet aansluiten bij de intrinsieke motivatie van professionals. Daarom is een "compelling story" belangrijk.

#### **Structurele verankering – Reinforcement mechanisms**

Gedragsverandering wordt pas duurzaam wanneer structuren, systemen en processen deze ondersteunen. Daarom mag DEBB-werken niet leiden tot extra administratieve lasten of als iets aanvullends op het reguliere werk worden gezien. In plaats daarvan moet het worden geïntegreerd in bestaande structuren en systemen. Denk bijvoorbeeld aan MDO's maar ook een het epd.

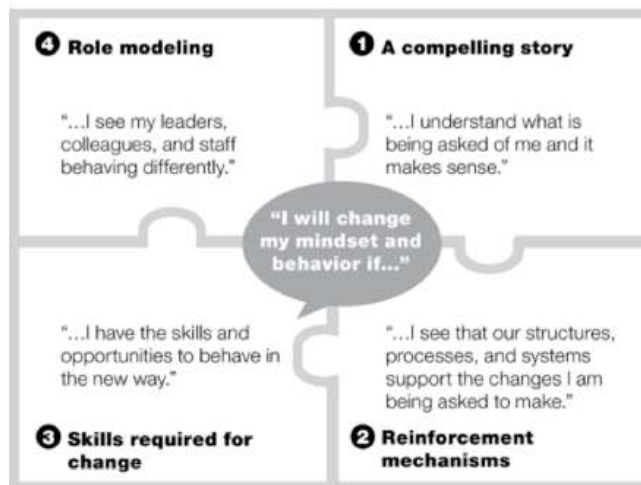
#### **Vaardigheidsontwikkeling – Skills required for change**

Nieuwe werkwijzen vragen om nieuwe vaardigheden. Als professionals concrete handvatten krijgen om DEBB werken goed toe te passen, bijvoorbeeld door middel van training of coaching en leren van elkaar, wordt de verandering haalbaar.

#### **Rolmodellen – Het goede voorbeeld zien.**

Professionals worden beïnvloed door wat ze bij collega's, leidinggevend en boegbeelden zien. Als professionals zien dat DEBB werken zichtbaar wordt toegepast en gewaardeerd in verschillende lagen in de organisatie, groeit de bereidheid om mee te gaan in de verandering.

### The Four Levers of the Influence Model



<sup>1</sup> [A model for effective change management | McKinsey](#)

## Acties DEBB werken versterken

Na deze theorie over het 'Influence Model' van McKinsey gaan we over naar de praktijk van de zorgprofessional. Hieronder vind je alle acties waarmee je als zorgprofessional DEBB werken kan versterken, onderverdeeld naar de 4 punten van het McKinsey model uit het figuur op pagina 3. Begin vooral met die acties die het best passen in jouw situatie.

## Weten waarom het belangrijk is – a compelling story

Voor zover je twijfelt over het nut van DEBB werken, hierbij een "compelling story" over het belang van DEBB werken:

*De geestelijke gezondheidszorg (ggz) staat onder druk. Het aantal mensen op de wachtlijst blijft groeien, de wachttijden overschrijden stelselmatig de (treek)normen, en ondertussen kampen we met een nijpend personeelstekort. De GGZ raakt verstopt, de toegankelijkheid en door- en uitstroom staat steeds meer onder druk.*

*De oplossingsrichtingen om ruimte te maken voor wachtenden zijn er al. Deze komen steeds meer samen in een bredere aanpak. Denk aan investeren in preventie, het versterken van het sociaal domein, een andere kijk op diagnostiek en psychisch lijden, het benutten van ervaringsdeskundigheid en innovatieve behandelvormen. Daarbij is er één sleutelprincipe dat centraal moet staan in hoe we behandelen: **Doelen stellen, Evalueren en Tijdig Bijstellen of Beëindigen van de Behandeling. Oftewel: DEBB.***

*DEBB: het middel voor toegankelijke en kwalitatieve zorg*

*In veel gevallen hebben we effectieve behandelopties. Dit betekent voor cliënten dat voor ongeveer 50-60% van de behandelingen effect wordt bereikt – en dat percentage is al decennialang stabiel. Dat betekent: geen "gouden standaard" voor iedereen. De inzet van de behandeling is om de klachten zoveel mogelijk te doen afnemen. Om vaardigheden aan te leren hoe ermee om te gaan. Er zijn meerdere wegen naar herstel,<sup>2</sup> maar welke route werkt voor wie? Dáár ligt de uitdaging – én de kans.*

*Daarom moeten we met scherpste én vertrouwen inzetten op de drie stappen van DEBB:*

### Doelstelling – Richting geven vanaf de start

*Een behandeling zonder duidelijke doelen is als een reis zonder bestemming. Door aan het begin samen met de cliënt heldere, haalbare doelen te formuleren, creëren we focus en eigenaarschap. Dit is niet alleen efficiënt, maar het draagt ook bij aan hoop en motivatie. Daarnaast helpt het zowel cliënt als zorgprofessional het eindpunt in zicht te houden. Vaak is er nog wel een reden om door te behandelen, maar heeft de cliënt dit ook nodig om weer naar tevredenheid deel te kunnen nemen aan het leven? Of kunnen de laatste stappen gezet worden zonder behandeling in de GGZ?*

*Psychisch lijden staat zelden op zichzelf. Sociale, financiële, relationele of opvoedkundige factoren spelen vaak een rol. Dit vraagt om samenwerking over domeinen heen, waarbij zorgprofessionals, jeugdzorg, scholen, gemeenten én gezinnen elkaar vinden.*

*Door ook het bredere netwerk rondom de cliënt – denk aan familie, werk, school – te betrekken bij doelen, evaluaties en afronding, wordt de kans op duurzame verandering groter. Bovendien ontstaat er zo een vangnet ná de behandeling, waardoor herhaling van zorg minder vaak nodig is.*

### Evalueren en Bijstellen – De koers blijven controleren

*Met regelmatige evaluatiemomenten, ondersteund door meetinstrumenten zoals gestandaardiseerde vragenlijsten, kunnen we tijdig zien wat werkt – en wat niet. Door samen te reflecteren, houden we grip op het proces en kunnen we de behandeling bijstellen of – waar nodig – een andere route kiezen, bijvoorbeeld doorverwijzen. Dit voorkomt onnodig lange, ineffectieve trajecten én uitval. Zo kan er ook voor gekozen worden af te sluiten omdat er een*

---

<sup>2</sup> [Herstelondersteuning | GGZ Standaarden](#)

stabile situatie is ontstaan, terwijl de klachten nog niet weg zijn. Onderzoek bevestigt dat op deze manier werken de behandeling verbetert in kwaliteit en duur.<sup>3</sup>

#### Beëindigen – Durven stoppen is ook goede zorg

Een goede behandeling is niet per definitie een lange behandeling. Tijdig afronden voorkomt afhankelijkheid, bevordert eigen regie en creëert ruimte voor anderen die wachten op hulp. Het vraagt lef en vertrouwen – van cliënt én hulpverlener – maar het is een cruciaal onderdeel van duurzame zorg.

We moeten af van het idee dat meer zorg per definitie betere zorg is. Wat we nodig hebben, is slimme zorg: gericht op herstel, met vertrouwen in de veerkracht van mensen en in de deskundigheid van professionals. Mensen vooruit helpen – met als uitgangspunt dat de behandeling ooit eindigt.

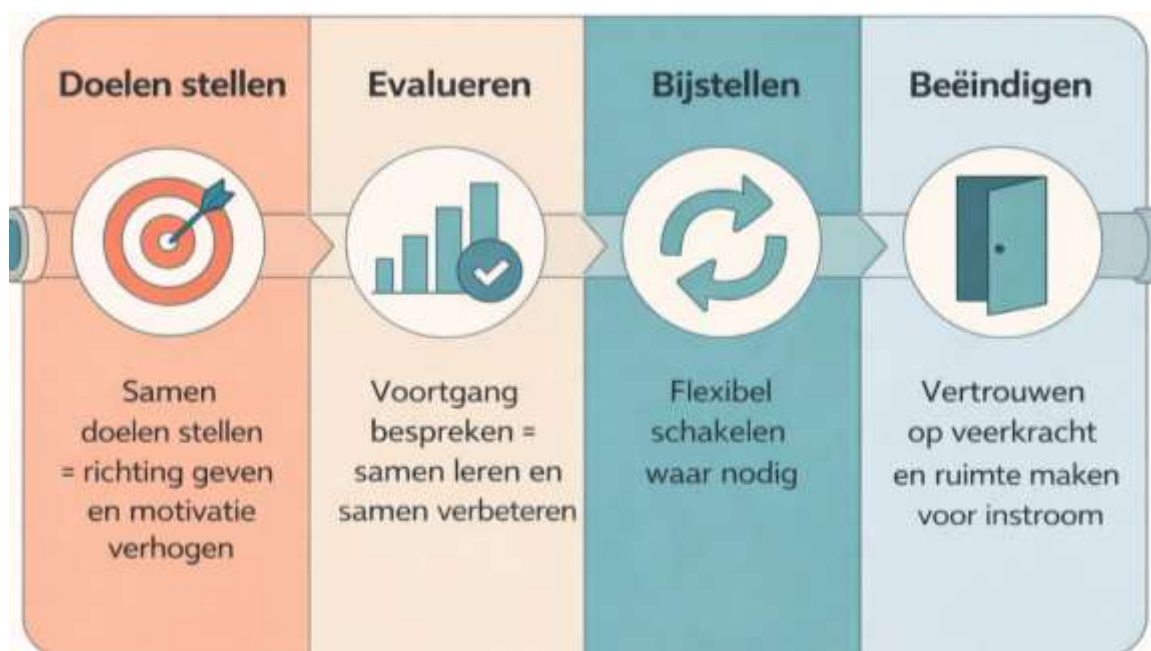
Het DEBB-principe helpt ons daarbij: het geeft richting, structuur én ruimte om te handelen in een complex werkveld. Het maakt zorg niet alleen effectiever, maar ook menselijker. Want goede zorg is niet wat we erin stoppen, maar wat het oplevert voor het dagelijks leven van mensen.

#### Tot slot: samen vooruit

De ggz staat op een kruispunt. Met de juiste keuzes kunnen we de zorg toegankelijk houden, zonder in te leveren op kwaliteit. Laten we inzetten op wat werkt: doelgericht behandelen, samen evalueren, en durven afronden. Niet omdat het moet, maar omdat het beter is – voor de cliënt, voor de zorgprofessional, en voor het systeem als geheel.

Of zoals een goede hulpverlener zou zeggen: we blijven zo lang als nodig, maar nooit langer dan zinvol.

Als je overtuigd bent geraakt kun je deze informatie ook verspreiden en bespreken met collega's om hen te overtuigen van het belang van DEBB.



### Structurele verankering – Reinforcement mechanisms

<sup>3</sup> [Norcross, & Lambert \(2019\)](#); [Wikipedia](#); [Janse en collega's, 2017](#); [De Jong en collega's \(2023\)](#); [Markbench 2018](#); [Shimokawa en collega's, 2010](#); [Waller, 2016](#); [Arts & Reinders \(2012\)](#)

## **Inleiding**

Regelmatige en gestructureerde evaluatie is essentieel voor passende zorg en continue verbetering. In de praktijk gebeurt dit nog vaak onregelmatig. Dit hoofdstuk schetst hoe evaluatie duurzaam kan worden ingebed in behandelplannen, werkprocessen en organisatiebeleid.

Met aandacht voor tools, planning en beleid, overzicht, terugkoppeling en gezamenlijk leren, wordt evalueren een vanzelfsprekend onderdeel van het dagelijks werk. Zo ontstaat een cultuur waarin reflectie op de behandeling en kwaliteitsverbetering centraal staan.

## **Instrumenten**

Om evaluaties regelmatig, laagdrempelig en gestructureerd te laten plaatsvinden, zijn passende instrumenten en notificaties nodig. Dit kunnen bestaande of zelf ontwikkelde instrumenten en tools zijn zoals:

- ✓ Online [evaluatieondersteuning](#)
- ✓ [Werkkaart](#) Diagnostiek
- ✓ Zelf te ontwikkelen notificaties in het epd mbt doelen en evaluaties, die altijd zichtbaar zijn bovenaan het dossier, bij sessieverslagen of bij sessieafspraken.
- ✓ De Consumer Quality Index (CQI), die kwaliteitsaspecten meet vanuit clientperspectief en waarin het mogelijk is het thema evalueren toe te voegen en aan te passen naar gebruik binnen de eigen organisatie.
- ✓ Vragenlijsten en informatiekaarten van AKWA ggz.

De keuze voor geschikte instrumenten en tools moet gedragen worden door alle lagen van de organisatie, met een beslissende rol voor directie, management en inhoudelijke experts. Voor succesvolle implementatie zijn voldoende mensen en middelen noodzakelijk. Belangrijk is daarbij om duidelijk te definiëren wat onder evalueren wordt verstaan, zodat grote praktijkvariatie binnen en tussen instellingen wordt voorkomen.

## **Evaluatie in planning en beleid**

Evaluatie dient een vast onderdeel te zijn van behandelplannen en werkprocessen. Dit betekent dat in werkprocessen en in individuele behandelplannen wordt vastgelegd in welke vorm, met welke frequentie en door of met wie de evaluatie plaatsvindt. Het gaat daarbij niet om een eenmalige training, maar om het duurzaam inbedden van evalueren in de organisatie. Evaluatie moet een structureel onderdeel van het proces worden; enkel het incidenteel trainen van vaardigheden is daarvoor onvoldoende.

## **Overzicht evaluaties**

Het is van belang een overzicht beschikbaar te hebben waarin zichtbaar is of, en hoe vaak, er geëvalueerd wordt en wat hiervan de uitkomst is. Dit kan op het niveau van de zorgprofessional, per cliënt of geaggregeerd op team- of afdelingsniveau. Evaluatiegesprekken moeten hiervoor traceerbaar en analyseerbaar zijn. Mogelijke manieren om dit te realiseren zijn:

- ✓ Specifieke registraties in het epd mogelijk maken, bv door een registratiecode "evaluatie-gesprek" aan te maken.
- ✓ Het sessietype "evaluatie" combineren met een vast te stellen rapportage structuur (doel, voortgang, vervolgbeleid).
- ✓ Evaluatiesessies als vast onderdeel verwerken in de sessie planning.

De uitwerking hiervan vraagt om samenwerking tussen inhoudelijke experts, EPD-beheerders, management, ICT en BI. Daarbij is het essentieel dat zorgprofessionals goede instructies krijgen. Dit vraagt om voldoende middelen en inzet voor implementatie, zodat het overzicht daadwerkelijk betrouwbaar en bruikbaar wordt.

### ***Terugkoppeling evaluaties***

Uit EPD's kan gestructureerde gepseudonimiseerde output worden gegenereerd, zoals over de frequentie van ROM-afnames, evaluatiegesprekken, aanwezigheid van behandelplannen en behandelduur. Deze gegevens worden via dashboards teruggekoppeld aan betrokkenen, met als doel reflectie en kwaliteitsverbetering te ondersteunen.

De implementatie vraagt samenwerking tussen inhoudelijke experts, EPD-beheerders, BI/ICT en management, evenals voldoende middelen. Belangrijk is dat de terugkoppeling niet als beoordelingsinstrument wordt gebruikt of ervaren

### ***Samen leren en verbeteren***

Het versterken van overstijgende reflectie en evaluatie, zowel binnen als tussen teams en organisaties, is belangrijk om inzicht te krijgen in verschillen in kwantitatieve procesuitkomsten en hiervan te leren. Dit kan worden bereikt door spiegelmomenten binnen en tussen organisaties te normaliseren, zodat professionals structureel met elkaar in gesprek gaan over vergelijkbare meetfactoren. Voorbeelden hiervan zijn het gebruik van spiegelinformatie en lerende netwerken van AKWA GGZ, of het werken met vergelijkende dashboards.

Om dit duurzaam te laten plaatsvinden, is het nodig deze momenten te verankeren in de organisatiestructuur, planning en werkprocessen. Daarbij spelen inhoudelijke experts, beleidsmedewerkers en lerende netwerken een belangrijke rol. Voorwaarde is dat er online dashboards beschikbaar zijn die gebaseerd zijn op registratiegegevens, waaronder data uit het epd. Een aandachtspunt hierbij is dat de ontwikkeling en implementatie van dergelijke systemen kosten met zich meebrengen.

### ***Tot slot***

Het implementeren van structurele evaluatie roept in organisaties vaak vragen of zorgen op: "kost dit niet te veel tijd en energie?" of "is dit wel haalbaar in de praktijk?" Deze reacties zijn begrijpelijk, maar komen vaak voort uit onbekendheid. Evalueren hoeft niet ingewikkeld te zijn en vraagt vooral om duidelijke keuzes, goede inbedding in bestaande processen en een gezamenlijke aanpak.

Door gebruik te maken van bestaande tools, het EPD en al aanwezige structuren kan evalueren laagdrempelig worden georganiseerd zonder dat het een extra belasting vormt. Belangrijk is dat organisaties de juiste randvoorwaarden scheppen en het belang van evalueren breed uitdragen. Wanneer evaluatie eenmaal onderdeel is van de werkcultuur, blijkt het niet alleen haalbaar, maar ook waardevol en ondersteunend: het levert tijdwinst op door vroegtijdige bijsturing en het versterkt de kwaliteit van zorg.

## Vaardigheidsontwikkeling – Skills required for change

Voor het goed beheersen van de stappen in het DEBB-proces zijn specifieke competenties en vaardigheden nodig, zoals plannen en prioriteiten stellen of effectief samenwerken met de cliënt. Hoewel professionals hierin al veel ervaring hebben, is er nog winst te behalen bij iedere stap van het behandelproces: doelen stellen, evalueren, bijstellen en afsluiten. De kernvraag is hoe organisaties deze verbeterslag kunnen realiseren en welke concrete acties nodig zijn om vaardigheden aan te leren en te versterken. Dit vraagt om keuzes in implementatiestrategie, waarbij verschillende varianten mogelijk zijn.

Het ontwikkelen van vaardigheden kan op uiteenlopende manieren plaatsvinden, afhankelijk van de voorkeuren en leerstijl van de professional. Een greep uit de verschillende tools voor vaardigheidsontwikkeling:

- ✓ Team Talk: Gratis [ggz team talk](#) over dit onderwerp
- ✓ Grip op in-door-uitstroom: Ggz Noord Holland Noord heeft een [training](#) ontwikkeld om deelnemers grip te bieden op in- door- en uitstroom.
- ✓ Webinar evalueren in de behandeling: Gratis webinar '[evalueren in de behandeling](#)'
- ✓ Netwerk 'Meten en Evalueren': Er is een netwerk 'meten en evalueren', ook hier worstelt men met 'hoe implementeer ik dit binnen mijn organisatie?'

Belangrijk is dat leren zoveel mogelijk gekoppeld wordt aan de praktijk, ondersteund door feedback en uitwisseling van ervaringen.

Een waardevolle aanvulling is om alle beschikbare kennis, trainingen, implementatievormen, voorbeelden van best practices en ondersteunende materialen landelijk te bundelen op een centrale website (bijvoorbeeld via Akwa GGZ), beheerd door een redactie die verantwoordelijk is voor de inhoud. Daarnaast kan het aanstellen van ambassadeurs binnen organisaties bijdragen aan de verbinding tussen deze landelijke kennisbron en de lokale praktijk.

## **Rolmodellen – Het goede voorbeeld zien**

Rolmodellen spelen een cruciale rol in het zichtbaar maken en versterken van gewenst gedrag binnen een organisatie. Zij laten in de praktijk zien wat het betekent om de waarden en uitgangspunten van DEBB uit te dragen. Door hun voorbeeldgedrag maken zij duidelijk dat DEBB niet alleen belangrijk is voor optimale behandeling maar ook dat er ruimte is om te leren, fouten te maken en elkaar actief op te zoeken voor steun of toetsing.

Om dit effect te bereiken, is het van belang dat rolmodellen uit de eigen organisatie worden ingezet. Stel collega's aan vanuit verschillende perspectieven. Denk bijvoorbeeld aan bestuurders, zorgprofessionals, opleiders en teamleiders. Deze diversiteit vergroot de geloofwaardigheid en herkenbaarheid van de boodschap.

Randvoorwaarden hierbij zijn dat de inzet uitnodigend moet zijn, maar niet vrijblijvend. Rolmodellen moeten anderen actief betrekken, inspireren en ook een zekere mate van verantwoordelijkheid uitdragen. Daarnaast verdient DEBB structurele aandacht in opleidingen binnen de ggz en het sociaal werk, zodat toekomstige professionals er van meet af aan mee vertrouwd raken.

Tenslotte is het essentieel om successen zichtbaar te maken en te markeren. Door kleine en grote stappen te vieren, wordt het vertrouwen vergroot dat verandering haalbaar is. Bekrachtiging en waardering geven rolmodellen de kracht om hun voorbeeldfunctie duurzaam te vervullen – en zorgen ervoor dat de beweging breed gedragen wordt.

De inzet van rolmodellen vraagt om een doordachte aanpak. Dit kan gefaseerd en via meerdere kanalen: van webinars en trainingen tot intervisie, multidisciplinair overleg en nieuwsbrieven. Inspiratie en praktische tools om de rolmodellen te ondersteunen vind je verderop in dit versterkingsplan.

### ***Praktisch stappenplan: rolmodellen in de organisatie aanstellen en inzetten***

#### **Stap 1. Bepaal het doel en de gewenste rol**

Definieer wat je van rolmodellen verwacht: voorbeeldgedrag, ambassadeurschap, of beide. Koppel hun inzet expliciet aan de kernwaarden van DEBB.

#### **Stap 2. Selecteer geschikte rolmodellen**

Kies mensen uit verschillende lagen en perspectieven van de organisatie (raad van bestuur, teamleiders, professionals, ervaringsdeskundigen, patiënten/lotgenoten).

Let op geloofwaardigheid, bereidheid om zichtbaar te zijn en het vermogen anderen mee te nemen.

#### **Stap 3. Voorzie rolmodellen van ondersteuning**

Bied trainingen aan in communicatie, voorbeeldgedrag en het bespreekbaar maken van fouten.

Zorg voor een veilige omgeving waarin zij zelf ook kunnen leren en sparren.

#### **Stap 4. Creëer zichtbaarheid**

Zet verschillende communicatievormen in: webinars, nieuwsbrieven, intervisies, MDO's, werkvloergesprekken.

Zorg dat rolmodellen zichtbaar en herkenbaar zijn, zowel binnen teams als organisatiebreed.

#### **Stap 5. Borg transparantie en navolgbaarheid**

Plan vaste evaluatiemomenten in en leg leerpunten vast in dossiers of verslagen.

Deel ook de minder geslaagde ervaringen, zodat duidelijk wordt dat leren centraal staat.

#### **Stap 6. Maak het uitnodigend, niet vrijblijvend**

Rolmodellen nodigen collega's uit om mee te doen, maar hebben ook de taak om anderen aan te spreken en bij de beweging te betrekken.

Creëer duidelijke verwachtingen en geef hen mandaat om het gesprek aan te gaan.

#### Stap 7. Integreer DEBB in opleiding en scholing

Zorg dat nieuwe medewerkers en studenten vroeg in aanraking komen met DEBB

Leg in opleidingen nadruk op samenwerking, leren van fouten en het vragen van hulp.

#### Stap 8. Markeer en vier successen

Breng regelmatig de successen en goede voorbeelden onder de aandacht (nieuwsbrief, interne viermomenten).

Bekrachtig het werk van rolmodellen door waardering en vertrouwen uit te spreken.

#### Over deze publicatie

Dit deeladvies hoort bij het eindrapport van het programma *Versterken kwaliteitstransparantie ggz*. Voor een volledig beeld is het noodzakelijk dat het deeladvies in samenhang met het eindrapport wordt gelezen en beoordeeld.

# Bijlage 4: Autisme: meer inzicht, minder spannend

## Advies gesprekstafel **Autisme**

Onderdeel van het programma *Versterken kwaliteitstransparantie ggz*

**Door:** prof. dr. Arjan Videler (psychotherapeut), dr. Ernst Horwitz (psychiater), dr. Jan-Pieter Teunisse (GZ-psycholoog/neuropsycholoog), Jasper Wagteveld (ervaringsdeskundig adviseur), Lucy Visser (medisch adviseur), Lynn Arkes (medisch adviseur), dr. Richard Vuijk (klinisch psycholoog/psychotherapeut) en dr. Yvette Dijkxhoorn (orthopedagoog-generalist/klinisch neuropsycholoog)

**Onder procesbegeleiding van:** Wouter van der Pas (Zorginstituut Nederland), Sylvia de Graaf (Zorginstituut Nederland) en Indya Duivenbode (onafhankelijk programmamanager)

**Eindversie:** 25 november 2025

### Gezamenlijk en vanuit de praktijk oplossen

De wachttijden voor behandeling van mensen met autisme of een vermoeden van autisme<sup>1</sup> behoren tot de langste binnen de ggz<sup>2</sup>. Acht mensen die in de alledaagse praktijk te maken hebben met autisme (hierna: de gesprekstafel<sup>3</sup>) hebben daarom gezamenlijk een advies opgesteld om de behandeling voor deze groep te verbeteren. Dit hebben zij gedaan binnen de kaders van het programma *Versterken kwaliteitstransparantie ggz*, waarbij leren en verbeteren op basis van kwaliteitsinformatie<sup>4</sup> centraal staat om het uiteindelijke doel te bereiken: meer passende zorg voor mensen met (een vermoeden van) autisme.

#### Over het programma *Versterken kwaliteitstransparantie ggz*

Dit advies valt onder het programma *Versterken kwaliteitstransparantie ggz*. Dit programma komt vanuit het Integraal Zorgakkoord (IZA) en is opgepakt en uitgevoerd door acht veldpartijen (zorgaanbieders, zorgprofessionals, zorgverzekeraars en cliënt- en naastenvertegenwoordiging). Eén van de kaders van het programma is dat het zich beperkt tot de Zorgverzekeringswet. Kwaliteitstransparantie is niet het doel van dit programma, maar helpt om te leren en verbeteren en draagt op die manier bij aan meer passende zorg in de ggz. Er is bewust

gekozen voor een bottom-up aanpak waarbij het advies van de mensen die in de alledaagse praktijk staan leidend is.

De gesprekstafel heeft een specifiek probleem binnen de autisme-zorg gekozen om mee aan de slag te gaan en stelt in dit advies een oplossingsrichting voor.

### ***Volwassenen met (een vermoeden van) autisme krijgen onvoldoende passende behandeling/begeleiding, zowel qua tijdigheid als inhoud.***

Mensen met autisme kunnen worden geholpen in het sociaal domein, waar zij begeleiding ontvangen, en in de geestelijke gezondheidszorg, waar zij diagnostiek en behandeling ontvangen. Dit advies concentreert zich op mensen met autisme die diagnostiek of behandeling ontvangen in de ggz.

Er is vanuit de eerste lijn (huisartsen) veel vraag naar diagnostiek en behandeling bij verdenking van autisme. Mensen met autisme worden vervolgens vaak doorverwezen waardoor zij extra lang op wachtlijsten staan. Het kan dan gaan om de interne wachtlijst maar ook om de wachtlijst van aanbieders van specialistische autismezorg. Er is onvoldoende zicht op deze verschillende wachtlijsten. Wie zijn deze wachtenden,

<sup>1</sup> Hoewel autismespectrumstoornis (ASS) vollediger is wordt in de dit artikel autisme of mensen met autisme geschreven om de leesbaarheid te vergroten

<sup>2</sup> [Wachttijden | Geestelijke gezondheidszorg | Volksgezondheid en Zorg](#)

<sup>3</sup> De gesprekstafels zijn een samenstelling van zorgprofessionals,

medisch adviseurs en ervaringsdeskundigen.

<sup>4</sup> Kwaliteitsinformatie is een verzamelnaam voor zowel kwalitatieve als kwantitatieve informatie. Hiermee wordt wel informatie bedoeld die verder gaat dan specifieke casussen (groter dan n=1).

waarom staan ze zolang op de wachtlijst en wat is de differentiatie in behandelbehoefte? Dit terwijl lang niet alle mensen met autisme langdurige of specialistische ggz-behandeling nodig hebben, al zijn ze wel kwetsbaarder voor psychiatrische problematiek. Soms zijn handvatten om te leren omgaan met autisme voldoende.

Behandeling van mensen met autisme lijkt soms ingewikkeld en roept daardoor handelingsverlegenheid op. Vaak worden zij daarom direct doorverwezen naar gespecialiseerde poli's, ook wanneer autisme niet centraal staat. In die zin lijkt autisme spannend. Maar dat hoeft niet altijd zo te zijn: vaak kan met de juiste aandacht en afstemming een passende behandeling worden geboden.

Wanneer er wel aanvullende behandeling nodig is, bijvoorbeeld als er sprake is van complexe comorbiditeit, is het van belang dat deze behandeling wordt uitgevoerd door professionals met voldoende kennis van autisme. Doorverwijzen naar een gespecialiseerd autismecentrum is alleen nodig wanneer de problematiek complex is.

#### Waarom Autisme?

Met lange wachttijden, een hulpvraag die breder kan zijn dan curatieve zorg en een chronische aandoening met variaties binnen het spectrum die in allerlei levensfasen in meer of mindere mate zorg en/of begeleiding vraagt is passende zorg met recht een uitdaging.

Binnen het programma 'versterken kwaliteitstransparantie ggz' is bewust gekozen voor thema's die urgent zijn en relevant voor mensen in de praktijk. Naast autisme zijn er nog 5 andere inhoudelijk urgente thema's gekozen waar 5 andere gesprekstafels een advies over uitbrengen.

In dit advies beschrijft de gesprekstafel hoe leren en verbeteren voor behandeling van mensen met autisme is vorm te geven. Hiervoor worden eerst de lerende netwerken beschreven en vervolgens de kwaliteitsinformatie die verdieping geeft aan het leren en verbeteren. Tot slot geven zij randvoorwaarden en tips voor de implementatie, opschaling en landelijke afspraken. Deze randvoorwaarden en tips zijn meegenomen in het overkoepelende advies en implementatieplan van het programma.

**Advies: “maak autisme herkenbaar in de data, voer een kwalitatieve verdiepingsslag uit m.b.t. deze data, én maak autisme minder spannend voor zorgprofessionals”**

Mensen met autisme zijn op dit moment niet te herkennen in data omdat zij niet te onderscheiden zijn van mensen met ADHD. Dat komt omdat autisme en ADHD onder dezelfde registratiecode in de declaratiedata worden weggeschreven. Er zijn vraagstukken waarbij dit onderscheid van belang is en vraagstukken waarbij dit onderscheid minder van belang is. Naast onderscheid in autisme en ADHD is het vooral belangrijk goed zicht te verkrijgen op de hulpvraag.

Er kan morgen gestart worden met het verbeteren van passende zorg voor mensen met autisme door zorgprofessionals te ondersteunen in de behandeling voor mensen met autisme. Hiervoor adviseert de gesprekstafel:

1. Op **korte termijn** in lerende netwerken aandacht voor de zorg voor mensen met autisme en deze zorg minder spannend maken. Met minder spannend maken wordt bedoeld dat de zorg voor mensen met autisme niet per se hoog-specialistische zorg hoeft te zijn. Dat zorgprofessionals veel behandelingsbekwamer zijn dan zij zelf denken en voldoende ondersteund kunnen worden, bijvoorbeeld door middel van consultatie. In lerende netwerken kunnen consultatiegevers en consultatienemers elkaar ontmoeten. Ook zijn er diverse platformen via welke consultatie wordt aangeboden.

Om leren en verbeteren aan de hand van data mogelijk te maken is het nodig om de data werkbaar te maken. Daarom adviseert de gesprekstafel:

2. Op de **lange termijn** wordt data beschikbaar gemaakt door de oprichting van een datawerkgroep, met als doel meer inzicht te verkrijgen in de doelgroep en daarmee te komen tot meer passende zorg.

#### Introductie lerend netwerk

Wanneer tijdens behandeling autisme of een vermoeden daarvan wordt vastgesteld, wordt vaak doorverwezen naar gespecialiseerde behandeling. Ook wanneer het autisme onderdeel is van comorbide problematiek en hierin ondergeschikt is, wordt vaak

doorverwezen. Het hebben van autisme is bij diverse aanbieders zelfs onderdeel van de exclusiecriteria. Met andere woorden, de behandeling van mensen met autisme wordt als spannend ervaren. Daarom is het belangrijk om inzicht te verkrijgen in de verwijsstroom en op basis daarvan het gesprek met elkaar aan te gaan.

Daarom adviseert de gesprekstafel op korte termijn te starten met het minder spannend maken van het behandelen van autisme door dit te agenderen binnen bestaande lerende netwerken. Zorgprofessionals worden hierin ondersteund om zelf mensen met autisme te behandelen waardoor de zorg voor mensen met autisme breder wordt gedragen. Ook de mogelijkheden voor consultatie worden belicht in het netwerk.

### Verdieping lerend netwerk

Zoals geschreven adviseert de gesprekstafel om binnen lerende netwerken het minder spannend maken van de behandeling van mensen met autisme te agenderen.

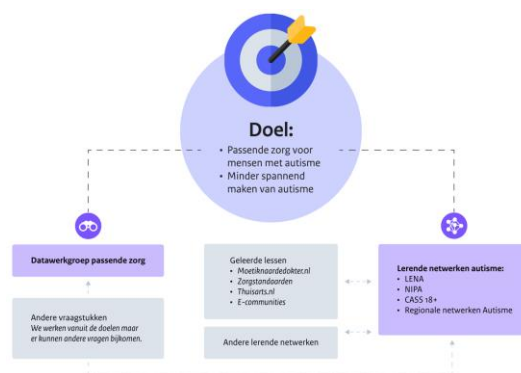
Lerende netwerken zijn bedoeld om de zorg voor mensen met autisme te verbeteren. Hierin is ook aandacht voor verwijzen en afsluiten. Zo zijn er decision tools voor handen die helpen beslissen wanneer nu juist wel hoogspecialistische zorg nodig is<sup>5</sup>.

In de lerende netwerken participeren uiteindelijk:

- Gespecialiseerde aanbieders autisme zorg: zij bekijken welke aanbieders naar hen verwijzen;
- Aanbieders die veelvuldig verwijzen: met hen in gesprek over reden van verwijzen en wat verwijzers nodig hebben om zelf de behandeling aan mensen met autisme te bieden;
- Specialistische en generalistische aanbieders die reeds mensen met autisme behandelen: goede voorbeelden om van te leren;
- Aanbieders uit het sociaal domein zodat de hele keten in beeld is;
- Mensen met autisme en naasten;
- Tot slot bevelen we aan om aanbieders uit te nodigen die mensen met autisme in hun exclusiecriteria uitsluiten van behandeling.

Onderwerp van gesprek in het lerend netwerk is de vraag 'wat heb je nodig om mensen met autisme zelf te behandelen? Hierbij worden ook mogelijkheden voor consultatie expliciet onder de aandacht gebracht.

Het lerend netwerk staat nauw in contact met de datawerkgroep zodat zij elkaar kunnen versterken. De datawerkgroep is verderop beschreven. Schematisch weergegeven ziet de verbinding tussen de datawerkgroep en de lerende netwerken er als volgt uit:



### Introductie datawerkgroep

Omdat mensen met autisme in data niet te onderscheiden zijn van mensen met ADHD, adviseert de gesprekstafel te starten met een datawerkgroep om op lange termijn te beschikken over inzichtelijke data over autisme. Data die helpen om op basis van verzamelde gegevens goed behandelbeleid te maken. Hierbij is het streven om over vijf jaar te beschikken over deze data.

De datawerkgroep moet bestaan uit deskundigen op het gebied van ICT, deskundigen op het gebied van data, inhoudelijk deskundigen op het gebied van autisme en mensen met autisme. De datawerkgroep heeft vanaf het begin aandacht voor communicatie over welke gegevens voor welke doeleinden worden verwerkt. Ook om draagvlak te creëren bij de zorgprofessionals en zorgaanbieders die deze data opstellen en aanleveren. De datawerkgroep is bij voorkeur een dwarsdoorsnede van het veld.

De datawerkgroep kan breder zijn dan autisme alleen en bijvoorbeeld gericht zijn op neurobiologische ontwikkelingsstoornissen. De implementatie van de Wet kwaliteitsregistraties zorg biedt de gelegenheid om nu na te denken over wat we

<sup>5</sup> Er wordt gekeken of het transdiagnostisch instrument nog extra toelichting behoeft voor mensen met autisme

willen weten en dus moeten gaan vastleggen als de wet is geïmplementeerd.

#### **Onderzoeksrapport *Mensen met autisme herkennen in data***

Ter ondersteuning van de gesprekstafel autisme is een onderzoek uitgevoerd. Het onderzoeksrapport 'mensen met autisme herkennen in data' bevat de volgende drie adviezen:

1. Vorm een werkgroep met zorgaanbieders en verzekeraars om relevante datasets te identificeren en methoden voor data uitwisseling vast te stellen.
2. Combineer data van verschillende partijen om regionale en domeinoverstijgende inzichten te creëren, wat leidt tot betere ondersteuning en zorg voor mensen met autisme.

Adviseer over het ontsluiten van landelijke data om een lerende dialoog te faciliteren. Gebruik ervaringen van eerdere dialogen om dit advies vorm te geven. Roep daarnaast op tot aparte registratie van diagnoses zoals autisme en ADHD om gedetailleerde cijfers over zorggebruik te verzamelen, wat helpt bij het ontwikkelen van effectieve zorgstrategieën.

#### **Verdieping datawerkgroep**

De gesprekstafel adviseert de drie adviezen vanuit het onderzoeksrapport 'mensen met autisme herkennen in data' op te pakken in de op te richten datawerkgroep. Het uitgangspunt voor de datawerkgroep is:

*Welke informatie hebben we nodig om passende zorg voor mensen met autisme te bieden?*

De zoektocht begint bij aanbieders gespecialiseerd in zorg voor mensen met autisme. Kijk hierbij specifiek naar de hulpverleningsgeschiedenis: hoe zijn mensen in specialistische autismezorg terechtgekomen voorafgaand aan behandeling? Reflecteer daarnaast regelmatig op de vraag of alles in beeld is.

#### **Kwantitatief en kwalitatief inzicht waar de datawerkgroep mee aan de slag gaat**

Op dit moment is er geen inzicht in het aantal mensen met autisme in zorg. Het is belangrijk dit kwantitatief inzicht te verkrijgen. Nog meer dan kwantitatief inzicht adviseert de gesprekstafel de datawerkgroep om kwalitatief inzicht te verkrijgen om passende zorg voor mensen met autisme mogelijk te maken. Hierbij stelt de gesprekstafel in ieder

geval onderstaande variabelen voor. Onderstaande opsommingen zijn niet compleet en niet limitatief. Tot slot is het belangrijk om de datawerkgroep en het lerend netwerk in verbinding met elkaar te brengen zodat zij elkaar kunnen voeden. Belangrijke vraag is namelijk welke data nodig is om verdieping te geven aan het gesprek over passende zorg voor mensen met autisme.

#### Variabelen kwantitatief inzicht

- Hoeveel mensen met autisme zijn in zorg?
- Waar zijn mensen met autisme in zorg?
- Hoe lang zijn mensen met autisme in zorg?
- Onderscheid tussen hoofd- en nevendiagnose(s)

Kwantitatieve data geeft inzicht in eventuele knelpunten binnen de zorg voor mensen met autisme. Staat bijvoorbeeld de toegankelijkheid onder druk of nemen de kosten toe? Kwantitatieve data is ook een eerste graadmeter om het effect van verbeteringen te meten.

#### Variabelen kwalitatief inzicht

- Wat is de zorgvraag?
- Wat is de voorliggende hulpvraag?
- Wat is het aanbod binnen het sociaal domein? En wat is de kwaliteit en continuïteit van dit aanbod?
- In hoeverre bereiken mensen met de hulp wat ze willen bereiken? Komen mensen tot hun hulpvraag?
  - En met welk instrument wordt dit geëvalueerd? Is dit op zo'n manier te meten dat de meetgegevens vergelijkbaar en deelbaar zijn?
- Wat is de context van mensen? (Bijv. gezinssamenstelling, leefsituatie)
- Wat is de levensloop van mensen? En wat zegt dat over de zorg/begeleiding die nodig is?

Kwalitatieve data geeft inzicht in de kwaliteit van beschikbare behandeling voor mensen met autisme. Door deze samen te bespreken worden mogelijkheden voor verbetering duidelijk.

Een aantal van deze kwalitatieve inzichten is te verkrijgen aan de hand van interviews, andere zijn weer te verkrijgen met behulp van AI-algoritmes. Welk inzicht is al te verkrijgen uit de casusregisters?<sup>6</sup> Hierin wordt de zorgconsumptie en route door de GGZ

<sup>6</sup><https://www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/Visse>

r\_PCRNN\_20140318.pdf

hulpverlening van inwoners van regio's (op te splitsen naar DSM classificaties) bijgehouden. Welk inzicht is al te verkrijgen uit het nationaal Autisme Register?

#### **Tips en randvoorwaarden om daadwerkelijk met dit advies aan de slag te gaan**

- Het is zeer opportuun de op te richten datawerkgroep breder te trekken dan autisme. Zeker in het licht van de Wet Kwaliteitsregistraties en de impuls die VWS hieraan meegeeft;
- Heb aandacht voor aanpalende domeinen;
- Leg verbinding met de beroepsverenigingen;
- In het kwaliteitsstatuut is deelname aan een lerend netwerk als vereiste opgenomen;
- Zorg dat er incentive is voor zorgaanbieders om deel te nemen aan de lerende netwerken en gebruik te maken van consultatie.

#### **Voor het vervolg**

In het implementatieplan *Versterken kwaliteitstransparantie ggz* is meer te lezen over hoe dit advies terecht komt in de dagelijkse praktijk.

#### Over deze publicatie

Dit deeladvies hoort bij het eindrapport van het programma *Versterken kwaliteitstransparantie ggz*. Voor een volledig beeld is het noodzakelijk dat het deeladvies in samenhang met het eindrapport wordt gelezen en beoordeeld.

# Bijlage 5: Stimulering hybride zorg voor kleine en vrijgevestigde ggz-aanbieders

## Advies gesprekstafel **Digitale zorg**

Onderdeel van het programma *Versterken kwaliteitstransparantie ggz*

**Opgesteld door:** Bas van der Hoorn (psychiater), Pascale Ooms (beleidsadviseur informatiebeleid & ggz), Kim Hamers-Konings (GZ-psycholoog), Kurt van Houten (ervaringsdeskundige, beleidsadviseur herstel), Lei Hu (NVO-orthopedagoog), Marjolijn de Kruif (psychiater/platformcoördinator e-health en innovatie NVvP), Nikki van der Meulen (basispsycholoog digitale zorgverlener), Ria Mous (GZ-psycholoog), Rinske Frima (GZ-psycholoog) en Sietsche Dijkstra (psychotherapeut)

**Onder procesbegeleiding van:** Sylvia de Graaf (adviseur Zorginstituut Nederland) en Indya Duivenbode (onafhankelijke programmamanager)

**Eindversie:** 25-11-2025

### Gezamenlijk en vanuit de praktijk oplossen

Tien mensen uit de ggz die betrokken zijn bij de toepassing van digitale en hybride zorg, van behandelaren tot beleidsadviseurs en ervaringsdeskundigen (hierna: *de gesprekstafel*<sup>1</sup>), hebben gezamenlijk dit advies opgesteld over het stimuleren van het gebruik van digitale technieken met als doel passende inzet van digitale zorg bij kleine en vrijgevestigde zorgaanbieders. Zij deden dit binnen het landelijke programma *Versterken kwaliteitstransparantie ggz*, waarin leren en verbeteren, ondersteund door kwaliteitsinformatie<sup>2</sup>, centraal staat om het uiteindelijke doel te bereiken: door stimulering van hybride zorg meer mensen de juiste zorg op de juiste plek te bieden.

#### Over het programma *Versterken kwaliteitstransparantie ggz*

Dit advies valt onder het programma *Versterken kwaliteitstransparantie ggz*. Dit programma komt vanuit het Integraal Zorgakkoord (IZA) en is opgepakt en uitgevoerd door acht koepelpartijen (zorgaanbieders, zorgprofessionals, zorgverzekeraars en cliënt- en naastenvertegenwoordiging). Kwaliteitstransparantie is niet het doel van dit programma, maar helpt om te leren en verbeteren en draagt op die manier bij aan meer passende zorg in de ggz. Er is bewust gekozen voor een bottom-up aanpak waarbij het advies van de mensen die in de dagelijkse praktijk staan, leidend is.

De gesprekstafel is met de volgende probleemstelling aan de slag gegaan:

***Een deel van de vrijgevestigde praktijken en kleine zorgaanbieders<sup>3</sup> ervaart moeilijkheden bij de adoptie en implementatie van digitale zorg. Daarbij speelt onder andere een gemis aan heldere informatie over beschikbare digitale middelen en een tekort aan financiële en organisatorische ondersteuning een rol.***

De gesprekstafel adviseert hoe het veld ondersteund door kwaliteitsinformatie gestructureerd kan leren en verbeteren, en hoe de kwaliteit en inzet van digitale zorg transparanter kan worden gemaakt. Daarbij is specifiek aandacht besteed aan de positie en mogelijkheden van vrijgevestigde praktijken (psychiaters en psychologen) en kleine ggz-aanbieders.<sup>4</sup>

#### Waarom Digitale zorg?

Digitale en hybride zorg biedt kansen om zorg passender te maken: het kan de toegankelijkheid vergroten, de zelfregie van cliënten versterken en bijdragen aan een efficiëntere inzet van tijd en middelen<sup>4</sup>. Het IZA stelt ambitieuze doelen, namelijk: in 2026 moet 70% van de geschikte zorgpaden digitaal of hybride beschikbaar zijn, met minimaal 50% gebruik door cliënten. En om wachtlijsten te verminderen en extra mensen te behandelen moet

<sup>1</sup> De gesprekstafels zijn een samenstelling van zorgprofessionals, beleidsadviseurs en ervaringsdeskundigen

<sup>2</sup> Kwaliteitsinformatie is een verzamelnaam voor zowel kwalitatieve als kwantitatieve informatie. Hiermee wordt informatie bedoeld die verder gaat dan specifieke casuïstiek (groter dan n=1)

<sup>3</sup> Het gaat hierbij om praktijken tot 20 zorgprofessionals.

<sup>4</sup> Yeo, G., Reich, S. M., Liaw, N. A., & Chia, E. Y. M. (2024). The effect of digital mental health literacy interventions on mental health: Systematic review and meta-analysis. *Journal of Medical Internet Research*, 26, e51268. <https://doi.org/10.2196/51268>

6% behandelcapaciteit vrijgespeeld worden door middel van o.a. meer inzet van digitale middelen, e-health modules en integrale e-health behandelingen. Kleine en vrijgevestigde aanbieders ondervinden uitdagingen door knelpunten in heldere informatievoorziening, financiën en infrastructuur. Bovendien ontbreekt het aan concrete handvatten. Daarnaast is nog onduidelijk hoe digitale interventies precies passen binnen het concept van passende zorg en welke juridische kaders daarbij gelden. Denk aan vragen over digitale veiligheid, privacy-gegevensbescherming (AVG), gegevensuitwisseling, de professionele en organisatorische verantwoordelijkheid bij inzet van digitale zorg, en de zorgplicht richting cliënten (bijvoorbeeld wanneer e-health wordt ingezet tijdens wachttijd of als onderdeel van een hybride behandeling). Hierdoor wordt digitale zorg een steeds urgenter thema en is dit opgenomen binnen het programma *Versterken kwaliteitstransparantie ggz*.

Dit advies hanteert de definitie van digitale zorg zoals opgenomen in de zorgstandaard *Digitale zorg*<sup>4</sup>: *“Het gebruiken van digitale technologie zoals mobiele- en/of webapplicaties, digitale tools en/of services die gericht zijn op het ondersteunen, informeren of behandelen binnen de ggz”*. Ook het gebruik van digitale vragenlijsten ten behoeve van diagnostiek en AI ondersteunende tools worden in dit advies beschouwd als een vorm van digitale zorg. Administratieve en communicatieve ICT-toepassingen zonder behandelcomponent vallen buiten deze definitie (EPD/e-mail).

Ter ondersteuning van dit advies heeft onderzoeksbureau Equalis onderzoek uitgevoerd naar digitale zorg bij kleine en vrijgevestigde ggz-aanbieders<sup>5</sup>. Het onderzoek richtte zich op de knelpunten bij adoptie en implementatie, de informatiebehoeften die daaruit voortkomen, en de bronnen die momenteel beschikbaar zijn om die behoeften te ondersteunen. Deze bevindingen vormden een belangrijk vertrekpunt voor de gesprekken en aanbevelingen van de gesprekstafel.

### Onderzoeksrapport *Behoefte digitale zorg kleine en vrijgevestigde ggz-aanbieders*

Uit onderzoek van Equalis komen meerdere knelpunten naar voren bij kleine en vrijgevestigde ggz-aanbieders:

1. Beperkte prikkels voor adoptie van digitale zorg: niet alle professionals zien de meerwaarde van digitale zorg, waardoor face-to-face behandeling vaak de voorkeur krijgt. Sommige professionals staan open voor digitale interventies, maar hebben moeite met implementatie en gebruik.
2. Onvoldoende overzicht en duidelijkheid over beschikbare middelen: er is beperkt inzicht in de effectiviteit van digitale zorg per doelgroep, vooral in vergelijking met fysieke behandelingen. Door het grote en versnipperde aanbod is vaak onduidelijk welke digitale toepassingen geschikt zijn en binnen welke juridische kaders (AVG-regels, WGBO<sup>6</sup>) ze ingezet mogen worden.
3. Beperkte financiële en organisatorische slagkracht: voor deze doelgroep zijn de investeringen in technologie, scholing en begeleiding vaak te groot vanwege beperkte financiële middelen en personele capaciteit. Dit kan leiden tot terughoudendheid bij het inzetten van digitale zorg en het gebruik van meer basale digitale platforms. Daarnaast geven aanbieders aan dat zij beperkte ondersteuning of contactmogelijkheden met zorgverzekeraars ervaren, waardoor het voor hen lastig is om gebruik te maken van bestaande stimuleringsregelingen of subsidies<sup>7</sup>.
4. Snel veranderende sector, mindset, ICT-infrastructuur, toegankelijkheid: er ontbreekt een goed afgestemde ICT-infrastructuur voor deze doelgroep en EPD-koppelingen<sup>8</sup>. Daarnaast evolueert de digitale zorgsector snel. Mogelijk spelen ook verschillen in digitale vaardigheden een rol.

<sup>4</sup> Definitie uit *zorgstandaard digitale zorg*

<sup>5</sup> Onderzoeksrapport Equalis: *Behoefte digitale zorg kleine en vrijgevestigde ggz-aanbieders*. Hiervoor zijn de volgende partijen/professionals geïnterviewd: Akwa GGZ, Zorginstituut Nederland, Zorgverzekeraars Nederland, Digizo.nu, Minddistrict, Therapieland, GGZ Hulp Online, twee vrijgevestigde GZ-psychologen, vrijgevestigde psychiater, Yes We Can Clinics, de Nederlandse ggz, LVVP, MIND, Vliegwielen coalitie PFN en de leden van de gesprekstafel.

<sup>6</sup> [Wet geneeskundige behandelingsovereenkomst \(WGBO\) | RIVM](#)

<sup>7</sup> Zorgverzekeraars herkennen dit beeld deels, maar wijzen erop dat de groep vrijgevestigden zeer groot is (met een diversiteit in kennis en digitale volwassenheid), waardoor individueel contact niet altijd haalbaar is, desondanks worden e-mails en verzoeken wel behandeld en vinden er waar nodig gesprekken plaats. En wordt er soms gebruikt gemaakt van de mogelijkheden voor subsidie (o.a. Implementatie- en opschalingscoaching (IOC) en Stimuleringsregeling Technologie in Ondersteuning en Zorg (STOZ)).

Kleine zorgaanbieders hebben behoefte aan:

5. Betrouwbare en toegankelijke informatie over effectiviteit, toepasbaarheid en meerwaarde van digitale zorg binnen de verschillende fasen van de zorgcyclus;
6. Praktische handvatten en inspirerende praktijkvoorbeelden die helpen om digitale zorg in de eigen praktijk te implementeren;
7. Inzicht in kosten, baten en randvoorwaarden, zoals juridische en technische vereisten;
8. Uniforme informatievoorziening en scholing om digitale zorg duurzaam te integreren.

Digizo.nu wordt gezien als een waardevolle bron voor een informatievoorziening, maar is nog beperkt qua inhoud en dekking. Er ontbreken onder meer gegevens over kosten/baten, wet- en regelgeving, en de verbinding met beroepsverenigingen zoals LVVP, NVvP en NIP.

Daarnaast is er behoefte aan een lerend netwerk waarin ervaringen met digitale zorg gedeeld kunnen worden. Akwa GGZ ontwikkelt momenteel samen met de LVVP een platform gericht op leren en verbeteren. Digitale zorg maakt hier nog geen expliciet onderdeel van uit, maar zou daar goed ingebed kunnen worden.

Als aanvulling op de knelpunten uit het onderzoek van Equalis merkt de gesprekstafel op dat sommige cliënten zelf moeite hebben om nieuwe digitale technieken eigen te maken. Voor deze groep kan bijvoorbeeld beeldbellen al te complex zijn, waardoor digitale zorg niet altijd optimaal kan worden ingezet en er soms daarom niet voor wordt gekozen.

### Twee centrale onderdelen van het advies

De gesprekstafel komt tot twee onderdelen voor het advies:

1. **Openbare en toegankelijke informatievoorziening** voor kleine en vrijgevestigde ggz-aanbieders om de implementatie en adoptie van digitale zorg aan te moedigen en te ondersteunen;
2. **Aanmoedigen van het gesprek over passende inzet van digitale zorg**, gericht op leren en verbeteren met behulp van kwaliteitsinformatie.

Daarnaast worden randvoorwaarden en aanbevelingen gegeven voor implementatie, opschaling en landelijke afspraken. Deze aanbevelingen zijn ook opgenomen in het

overkoepelende advies en implementatieplan van het programma.

### Onderdeel 1: openbare en toegankelijke informatievoorziening

Eerder in dit advies is beschreven dat kleine en vrijgevestigde ggz-aanbieders bij de inzet van digitale zorg vooral behoefte hebben aan duidelijke, betrouwbare en praktisch toepasbare informatie. De huidige informatievoorziening sluit daar nog onvoldoende op aan: door het grote en versnipperde aanbod is vaak onduidelijk welke e-healthtoepassingen geschikt zijn en binnen welke juridische kaders ze ingezet mogen worden.

Om dit te verbeteren, adviseert de gesprekstafel een openbare, onafhankelijke en toegankelijke informatievoorziening te ontwikkelen, bij voorkeur ondergebracht binnen een bestaand platform of een beroeps- of branchevereniging, met gebruik van kennis en kunde van Digizo.nu. Deze informatievoorziening moet niet alleen actuele en betrouwbare informatie bieden over e-healthtoepassingen (e-healthmodules, vragenlijsten, AI ondersteunende tools), effectiviteit, veiligheid en gebruiksgemak, maar ook inspireren, ondersteunen en richting geven aan de verdere digitale transformatie van de ggz, zodat kleine en vrijgevestigde aanbieders digitale zorg effectiever kunnen implementeren en inzetten.

### Randvoorwaarden informatievoorziening

- Toegankelijkheid en vindbaarheid: informatie moet eenvoudig en praktisch toepasbaar zijn, afgestemd op de doelgroep;
- Betrouwbaarheid en actualiteit: incl. transparantie over uitkomsten en methoden;
- Inspiratie en stimulans: praktijkvoorbeelden, positieve prikkels en toegang tot experts;
- Onafhankelijkheid: zonder commercieel belang en zonder extra kosten voor de kleine ggz-aanbieder;
- Gerichte ondersteuning voor kleine en vrijgevestigde aanbieders, vergelijkbaar met het VG Digitaal-concept (opgericht om vrijgevestigde ggz-professionals te ondersteunen bij het optimaal gebruikmaken van het EPD en om digitaal gegevens uit te wisselen met cliënten)<sup>9</sup>;
- Beheer en expertise: juridische en technische kennis is nodig voor advisering en toetsing van digitale oplossingen.

<sup>8</sup> Binnen de ggz is Koppeltaal actief: een landelijk afsprakenstelsel en koppelstandaard die het veilig en efficiënt uitwisselen van gegevens

tussen e-healthtoepassingen en het EPD mogelijk maakt.  
<sup>9</sup> <https://vgdigitaal.nl/>

### Focus van de informatievoorziening

1. Overzicht van beschikbare toepassingen en leveranciers per doelgroep en zorgfase;
2. Inspiratie met praktijkvoorbeelden en use cases, specifiek voor vrijgevestigde praktijken en kleine zorgaanbieders (denk aan e-learning/webinars);
3. Inzicht in effectiviteit en meerwaarde;
4. Duidelijkheid over juridische kaders en zorgplichten (o.a. verantwoordelijkheid naar cliënt bij het starten van e-health tijdens de wachttijd voor behandeling) (denk aan veelgestelde vragen (FAQ));
5. Toegang tot gerichte ondersteuning en praktische tools, die helpen bij implementatie, organisatie en juridische afwegingen;
6. Een beslis- en reflectietool die behandelaren ondersteunt bij het bepalen welke/wanneer digitale zorg passend is.

### Onderdeel 2: aanmoedigen van het gesprek over passende inzet van digitale zorg

Een goede informatievoorziening is een belangrijke eerste stap, maar kleine en vrijgevestigde ggz-aanbieders hebben daarnaast behoefte aan onderlinge uitwisseling, reflectie en praktische ondersteuning bij de toepassing van digitale zorg. De gesprekstafel adviseert daarom om het gesprek over de passende inzet van digitale en hybride zorg actief te stimuleren. Dit kan in eerste instantie onderling tussen zorgaanbieders/ professionals binnen praktijken en bestaande intervisiegroepen of regionale samenwerkingsverbanden plaatsvinden, waar professionals ervaringen delen over wat wel en niet werkt, en onder welke omstandigheden. En daarnaast ook meenemen in de gesprekken bij de vijfjaarlijkse visitaties van de branche- en beroepsorganisaties (LVVP, NVvP, NIP).

Op termijn kan dit worden uitgebouwd tot een structureel lerend netwerk, bijvoorbeeld onder de vlag van Akwa GGZ<sup>10</sup>, dat een veilige omgeving biedt voor kennisdeling, experimenteren en gezamenlijke reflectie op de toepassing van digitale zorg.

### Kwalitatieve gegevens

Het verzamelen van kwalitatieve inzichten is essentieel voor het leren en verbeteren in de praktijk. Dit omvat o.a.:

- Kennisdeling en inspiratie tussen zorgaanbieders/professionals;
- Dialoog met experts en professionals op het gebied van digitale zorg en ICT;

- Gezamenlijke reflectie op de mate van digitale bekwaamheid van professionals, bijvoorbeeld met een beslis- en reflectietool. Dit zelfreflectie-instrument zou professionals kunnen helpen om inzicht te krijgen in waar zij staan t.a.v. de digitale transformatie en welke vervolgstappen passend zijn. De tool zou bijvoorbeeld op kunnen lopen van basiscompetenties naar meer gevorderde vaardigheden, zoals: *Beschikt u over een EPD? Gebruikt u een veilige beeldbelfunctionaliteit? Gebruikt u e-healthmodules in de behandeling? Kunt u de cliënt digitaal toegang geven tot (delen) van het dossier? Weet u hoe u AI moet gebruiken en kent u zowel de meerwaarde als risico's?*. Deze reflectie kan ook ingebed worden in bestaande structuren, zoals de vijfjaarlijkse visitaties door de eigen beroepsvereniging of intervisie.
- Documenteren van praktijkervaringen en lessen over de omstandigheden waaronder digitale zorg effectief is.

### Kwantitatieve gegevens

Naast kwalitatieve gegevens om leren en verbeteren te ondersteunen adviseert de gesprekstafel om kwantitatieve gegevens te verzamelen en te monitoren, gericht op proceskenmerken (deze lijst is niet limitatief en behoeft verdere uitwerking):

- Voor welk type behandelingen of interventies digitale of hybride zorg effectief kan worden ingezet;
- Moment van inzet binnen de cliëntreis;
- Acceptatie en gebruik door cliënten (voortgang, afronding);
- Caseload en verhouding digitale versus face-to-face zorg.

<sup>10</sup> Akwa GGZ werkt altijd vraaggestuurd vanuit het veld zelf, dus dit kan alleen wanneer aanbieders dit zelf willen en initiëren

De gesprekstafel ziet nog enkele obstakels bij het opnemen van uitkomstindicatoren en patiëntkenmerken, maar staat hier wel open voor, mits dit gefaseerd en op een veilige manier gebeurt. Ze erkennen hierbij de waarde en het belang hiervan voor het leren van uitkomsten en het verbeteren van de zorg. Een deel van de terughoudendheid wordt veroorzaakt door de angst voor het afrekenen, terwijl voor een ander deel praktische factoren zoals tijd en motivatie als belangrijke knelpunten worden ervaren.

Het advies is om de nadruk te leggen op wat de zorg daadwerkelijk waardevol maakt voor de cliënt en op het vertrouwen in de professional: het is aan de zorgprofessional en de cliënt om samen te bepalen of digitale zorg passend is.

Uitkomstindicatoren en patiëntkenmerken:

- **Uitkomstindicatoren:** cliënttevredenheid of gebruikerservaring (bijv. NPS), werkelijke tijds winst, werkdrukvermindering, efficiëntie in behandelduur of procesaanpassingen, beschikbaarheid;
- **Patiëntkenmerken:** geslacht, leeftijd, type hulpvraag, type symptomen, herkomst, moment in herstelproces, relatie tussen zorgverlener en cliënt.

### Instrumenten voor data ondersteunend leren en transparantie over digitale zorg

Om meer transparantie te bereiken met betrekking tot digitale zorg en leren te stimuleren, kan worden gedacht aan de volgende instrumenten:

- Opnemen van digitale zorg als vast gespreksonderwerp in de vijfjaarlijkse visitaties van branche- en beroepsverenigingen (LVVP, NVvP en NIP), met nieuwe normen/richtlijnen voor inzet, kwaliteit en passende toepassing van hybride zorg. Hierbij wordt gekeken naar de afspraken in het IZA en het Aanvullend Zorg- en Welzijnsakkoord (AZWA), waarbij ggz-aanbieders wordt gevraagd naar een groeipad met tenminste 6% hybride behandeling in hun totaalaanbod<sup>11</sup>. Hierbij wordt besproken welke concrete stappen zij hiervoor nemen, waarbij zij de definitie van digitale zorg hanteren en sturen op de digitale ondergrens (bijv. geen papieren dossiers of recepten per fax).
- Ontwikkeling van een afwegingskader of protocol voor passende digitale zorg (bij welke

aandoening/wanneer/waarom, hoe maak je de afweging).

- Vermelding op de website van zorgaanbieders over wel/niet inzet van digitale zorg, hoe behandeling vormgeven en bij welke aandoeningen);
- Uitbreiding van de basisvragenlijst van de Consumer Quality index (CQI) met de optionele vraag over digitale zorg: *Hebben online hulpprogramma's positief bijgedragen aan uw behandeling?*

Aanvullende optie:

- Label meegeven aan de declaratie (wel/niet digitale zorg ingezet). Dit is alleen mogelijk bij direct contact met de cliënt, hierdoor heeft de gesprekstafel twijfels over de meerwaarde.

De gesprekstafel adviseert om te focussen op leren en verbeteren onderling tussen zorgaanbieders/professionals.

### Tips en randvoorwaarden voor een succesvolle aanpak van dit advies

De gesprekstafel benadrukt de volgende randvoorwaarden voor succes:

1. Stimuleer onafhankelijke ondersteuning voor kleine zorgaanbieders bij privacy, wetgeving en inkoop van e-health-toepassingen;
2. Betrek ICT-leveranciers actief bij de implementatie en informatievoorziening;
3. Stel landelijke eisen aan ICT-leveranciers (zoals implementatie van Koppeltaal 2.0 en datarapportages over gebruik, effect en tevredenheid);
4. Ontwikkel een zorginformatiebouwsteen (zib) voor digitale zorg in samenwerking met Nictiz en standaardiseer de registratie in het EPD. Dit maakt het mogelijk om digitale zorg eenduidig vast te leggen en zorgt ervoor dat uitkomsten betrouwbaar en goed meetbaar zijn. En zodat leveranciers vervolgens verplicht zijn dit in de systemen in te bouwen;
5. Sluit aan bij lopende programma's en netwerken (zoals Digizo.nu, Versnellingsprogramma Informatie-uitwisseling Patiënt en Professional (VIPP), Health-RI) om versnippering te voorkomen en impact te vergroten;

<sup>11</sup> **Aanvullend Zorg- en Welzijnsakkoord (AZWA):** Afspraak C6 Verbeteren toegankelijkheid van de ggz: Hybride- en groepsaanbod is voorliggend (tenzij). "Om capaciteit vrij te spelen zonder dat kwaliteitsverlies optreedt, wordt voor alle ggz-aanbieders contractueel een groeipad afgesproken voor hybride- en groepsbehandeling waar dat passend is. N.a.v. de IZA-afspraken om 6% behandelcapaciteit vrij te spelen blijft onverkort van kracht. Aanvullend wordt een groeipad van

tenminste 6% hybride (t.o.v. 2022) en 6% groepsbehandeling (t.o.v. 2025) in het totaalaanbod van elke aanbieder in 2027 gevraagd (inkoop 2026). Dit vraagt om het investeren in digitale toepassingen en groepsbehandelingen, het opleiden van professionals (zie ook B3) en het versneld in kaart brengen van opschaalbare digitale toepassingen en groepsbehandeling."

Daarnaast geeft de gesprekstafel de volgende tips mee:

1. Moedig branche- en beroepsverenigingen aan om meer te delen over de inzet van digitale interventies en platforms als Digizo.nu;
2. Stimuleer kleine en vrijgevestigde ggz-aanbieders om meer in groepsverband te organiseren richting ICT-leveranciers, bijvoorbeeld bij gezamenlijke uitvragen of contracten, zodat zij meer slagkracht en financiële robuustheid verkrijgen. Hierbij kan ook gedacht worden aan het opzetten van een zorginhoudelijke klankbordgroep;
3. Stimuleer kleine en vrijgevestigde ggz-aanbieders om meer in gezamenlijkheid (met schaalgrootte) op te trekken richting zorgverzekeraars, bijvoorbeeld via samenwerkingsverbanden, ten behoeve van contact met de zorgverzekeraar, subsidieaanvragen of andere vormen van ondersteuning;
4. Breng het bestaan van een loket voor innovaties bij zorgverzekeraars, waar alle aanbieders initiatieven kunnen indienen, onder de aandacht bij kleine en vrijgevestigde ggz-aanbieders.

#### **Naar landelijke toepassing: gefaseerde opschaling**

De gesprekstafel pleit voor een stapsgewijze aanpak:

1. Start met het versterken van de informatievoorziening via een bestaand onafhankelijk platform;
2. Ontwikkel en ondersteun het gezamenlijke gesprek om ervaringen te delen en samen te leren;
3. Verken financiering en verantwoordelijkheid voor borging en onderhoud;
4. Werk toe naar landelijke standaarden en interoperabiliteit in samenwerking met ICT-leveranciers en Nictiz;
5. Stimuleer data ondersteunend leren en koppel resultaten aan kwaliteitsverbetering.

#### **Samenwerken aan passende digitale zorg**

Met dit advies zet de gesprekstafel een gerichte stap waarbij digitale en hybride zorg vanzelfsprekend onderdeel zijn van passende ggz. Door betrouwbare informatie beschikbaar te maken en leren en verbeteren te faciliteren, wordt het mogelijk om deze zorg beter te kunnen inbedden in de dagelijkse praktijk van kleine en vrijgevestigde aanbieders. Het succes van deze aanpak vraagt samenwerking, vertrouwen en een gezamenlijke inzet van alle betrokkenen. Zo werken we aan passende inzet van digitale zorg.

#### Over deze publicatie

Dit deeladvies hoort bij het eindrapport van het programma *Versterken kwaliteitstransparantie ggz*. Voor een volledig beeld is het noodzakelijk dat het deeladvies in samenhang met het eindrapport wordt gelezen en beoordeeld.

# Bijlage 6: In gesprek over diagnostiek in de ggz

## Advies gesprekstafel **Diagnostiek**

Onderdeel van het programma *Versterken kwaliteitstransparantie ggz*

**Door:** Martijn Gerfin (ervaringsdeskundige), Raven Plücken-Belmer (ervaringsdeskundige), Antoinette Alberink (klinisch psycholoog), Hilde de Seager (klinisch psycholoog/psychotherapeut), Manon Hensen-Winkels (GZ-psycholoog), Aartjan Beekman (GZ-Psycholoog), Lijnie Reijers (orthopedagoog-generalist), Job van Huizen (zorginhoudelijk adviseur ggz Zilveren Kruis), Annelie Hooijer (medisch adviseur ggz VGZ).

**Onder procesbegeleiding van:** Cynthia van Haeften (Zorginstituut Nederland) en Indya Duivenbode (onafhankelijke programmamanager)

**Eindversie:** 8 december 2025

### Gezamenlijk en vanuit de praktijk oplossen

(Psycho)diagnostiek vormt een essentiële schakel binnen ieder behandeltraject in de ggz. In een tijd waarin de sector onder druk staat door arbeidskrapte en wachtlijsten, is het belangrijk dat diagnostiek doelgericht, passend en uitvoerbaar wordt ingericht. Wanneer het diagnostisch proces niet goed aansluit bij de hulpvraag van de client heeft dit waarschijnlijk invloed op de kwaliteit en effectiviteit van behandeling.

Negen mensen uit de dagelijkse praktijk (hierna: de gesprekstafel<sup>1</sup>) hebben een advies opgesteld hoe het diagnostisch proces verduidelijkt en verbeterd kan worden om passende zorg te bevorderen. Dit hebben zij gedaan binnen de kaders van het programma 'Versterken kwaliteitstransparantie ggz', waarbij leren en verbeteren op basis van kwaliteitsinformatie<sup>2</sup> centraal staat om zo te komen tot meer passende diagnostiek.

#### Over het programma *Versterken kwaliteitstransparantie ggz*

Dit advies valt onder het programma *Versterken kwaliteitstransparantie ggz*. Dit programma komt vanuit het Integraal Zorgakkoord (IZA) en is opgepakt en uitgevoerd door 8 veldpartijen (zorgaanbieders, zorgprofessionals, zorgverzekeraars en cliënt- en naastenvertegenwoordiging).

Kwaliteitstransparantie is niet het doel van dit programma, maar helpt om te leren en verbeteren en draagt op die manier bij aan meer passende zorg in de ggz. Er is bewust gekozen voor een bottom-up aanpak waarbij het advies van de mensen die in de dagelijkse praktijk staan leidend is.

### Definitie

In dit stuk verstaan wij onder diagnostiek in de GGZ het systematisch onderzoeken en begrijpen van psychische klachten, problemen en functioneren, met als doel passende hulp te bieden. Wij maken daarbij geen onderscheid tussen classificerende of beschrijvende/verklarende diagnostiek.

### Aanleiding en probleemstelling

In de praktijk bestaan er verschillende visies over wat de term diagnostiek nu precies omvat. Waar hebben we het over wanneer het om diagnostiek gaat? Het kan dan gaan over classificeren, screening, intake, psychiatrische, en/of neuropsychodiagnostiek. Allemaal houdt het iets anders in met als uiteindelijk de doelstelling om ervoor te zorgen dat de client de juiste behandeling krijgt. De gesprekstafel ziet een meerwaarde om breed en vanuit verschillende contexten te kijken naar diagnostiek. Zowel vanuit de context van client als zorgaanbieder.

De gesprekstafel heeft een specifiek en urgent probleem gekozen om mee aan de slag te gaan die passend is bij doelstelling van het overkoepelend programma.

<sup>1</sup> De gesprekstafels zijn een samenstelling van zorgprofessionals, medisch adviseurs en ervaringsdeskundigen.

<sup>2</sup> Kwaliteitsinformatie is een verzamelnaam voor zowel kwalitatieve als

kwantitatieve informatie. Hiermee wordt informatie bedoeld die verder gaat dan specifieke casuïstiek (groter dan n=1).

**Welke kwalitatieve en/of kwantitatieve inzichten heeft het veld nodig om te leren en te verbeteren over hoe het diagnostische proces zo passend mogelijk ingezet kan worden.**

**Wie, wat, wanneer en waarom?**

In de praktijk wordt het diagnostisch proces op uiteenlopende manieren ingericht. Mede omdat diagnostiek op meerdere momenten noodzakelijk en nuttig is.

Deze variatie is logisch omdat iedere hulpvraag en context verschilt en verschillende noden heeft. Tegelijkertijd ontbreekt er zicht op:

- **Waarom** diagnostiek wordt ingezet en hoe dit aansluit bij de hulpvraag van de client.
- **Wanneer** diagnostiek plaatsvindt binnen het behandeltraject, bij aanvang of ook tussentijds.
- **Wie** de diagnostiek uitvoert en met welke deskundigheid.
- **Welke** vormen en welke omvang van diagnostiek worden toegepast.
- **Waar** diagnostiek uitgevoerd wordt, eerste lijn tot aan specialistische ggz.

Bovenstaande elementen zijn volgens de gesprekstafel juist waardevol om inzichtelijk te krijgen zodat het gesprek gevoerd kan worden over **welke keuzes gemaakt worden en waarom**, in het kader van leren om de kwaliteit van het diagnostisch proces te verbeteren.

**Kwaliteitsinformatie helpt om inzichten te krijgen**

Bestaande openbare data zijn ontoereikend om dit goed te duiden. Ondersteunend onderzoek laat zien dat veel informatie niet eenduidig wordt vastgelegd en dat vaste richtlijnen voor inrichting van het diagnostisch proces ontbreken. Hierdoor is het moeilijk om op basis van data die iets zeggen over de bovenstaande elementen te leren en waar nodig te verbeteren.

Met het oog op het bevorderen van het leren en verbeteren rondom diagnostiek is het dus belangrijk inzicht te verkrijgen in de huidige toepassing van diagnostiek en de verschillen die zich daarbij voordoen. Door kwaliteitsinformatie te gebruiken, wordt zichtbaar waar nog vragen liggen en ontstaat ruimte voor een lerend gesprek over hoe het diagnostisch proces beter kan.

**Doel van dit advies**

Dit advies ondersteunt het veld om:

- Inzicht te krijgen in de huidige inzet en omvang

van diagnostiek;

- Het lerend gesprek te voeren over passende diagnostiek;
- Op termijn onderbouwde en gedragen verbeterstappen te zetten.

De gesprekstafel adviseert hiervoor een gefaseerde, iteratieve aanpak.

**Een aanpak in twee stappen**

De gesprekstafel kiest voor een gefaseerde aanpak. Dat betekent dat het leren begint binnen de eigen organisatie, om te onderzoeken welke informatie inzichten geeft in de wijze waarop diagnostiek wordt vormgegeven. Vanuit die basis kan vervolgens worden toegewerkt naar een situatie waarin organisaties, waar mogelijk, ook gezamenlijk leren op basis van data die breder beschikbaar komt. Het proces verloopt niet in één richting: inzichten uit de praktijk, cijfers en gezamenlijke reflectie blijven elkaar voortdurend beïnvloeden. Leren gebeurt daarmee in een cyclus, waarin steeds meer helder wordt welke informatie bijdraagt aan passende diagnostiek.

Deze praktijkinzichten worden omgezet in vragen over hoe diagnostiek nu wordt ingericht. Deze vragen worden door de betrokken professionals binnen hun eigen organisatie getoetst met beschikbare informatie, vooral procesdata uit de eigen organisatie. Vervolgens nemen zij deze informatie mee terug naar elkaar en geven gezamenlijk duiding om verschillen in de opgedane inzichten beter te begrijpen en te vertalen naar verbeterkansen. Door het gesprek te voeren op basis van inzichten uit de eigen praktijk ontstaat er een steeds scherper beeld van wat er nodig is om het beeld over wat diagnostiek inhoudt te versterken en waar verbetering mogelijk is.

**Definiëren van de informatiebehoefte**

De eerste stap richt zich op het inzichtelijk maken hoe een diagnostisch proces in de praktijk wordt ingevuld. Inhoudsdeskundigen gaan over deze perspectieven met elkaar in gesprek en brengen in kaart welke keuzes zij in de praktijk maken, welke aannames en vragen daaronder liggen. Vervolgens bespreken zij welke informatie kan helpen om die aannames en vragen te toetsen. Ze zoeken hierbij naar inzichten die betrekking hebben op de; Wanneer, Waarom, Wie, Welke en Waar. Daarbij sluiten zij aan bij inzichten uit ondersteunend onderzoek dat de informatiebehoefte kan worden onderverdeeld in drie samenhangende domeinen: patiëntinformatie, procesinformatie en uitkomstinformatie. Deze domeinen helpen om systematisch te bepalen welke gegevens bijdragen

aan een lerend gesprek over praktijkvariatie en welke vragen professionals willen beantwoorden.

Binnen deze gesprekken komen vragen naar voren zoals: wie vraagt diagnostiek aan, hoe ziet het instroomproces eruit, welke professional voert de diagnostiek uit, op welk moment binnen een traject vindt dit plaats en welke consultkenmerken spelen daarbij een rol? Deze vragen zijn de opmars naar het lerend gesprek. Waarbij organisaties hun eigen informatie gebruiken om de vragen te beantwoorden. Zonder deze informatie (de specifieke data, het gaat om de bron) te delen. De antwoorden worden in veilige setting gedeeld om samen van te leren. Op basis hiervan kunnen adviezen geformuleerd en een gedragen beeld van welke informatie het meest waardevol is om het lerende gesprek te voeren.

### Beschikbaar maken van bruikbare data

Wanneer duidelijk is welke informatie het veld helpt om te leren en verbeteren, volgt de vraag of deze informatie ook daadwerkelijk kan worden opgehaald en gedeeld. Dat vraagt om technische, juridische en inhoudelijke verkenning. In deze stap onderzoeken data-analisten hoe gegevens uit verschillende organisaties kunnen worden ontsloten en in welke mate deze vergelijkbaar zijn. Hierbij wordt duidelijk omschreven welke data beschikbaar en bruikbaar zijn, maar ook beperkingen worden meegegeven. Vervolgens kijken zorgprofessionals mee om te beoordelen of wat de data laten zien ook herkenbaar en betekenisvol is vanuit de praktijk.

Dit samenspel tussen technische haalbaarheid en inhoudelijke duiding maakt zichtbaar welke inzichten al meteen beschikbaar zijn en waar nog hiaten liggen. Ook ontstaat duidelijkheid over welke vervolgstappen nodig zijn om het gezamenlijke leren verder te versterken, dit wordt vertaald in een advies voor vervolg en doorontwikkeling.

Zo groeit het veld wederom bottom-up met getoetste waarde uit de praktijk hoe we van leren binnen organisaties, naar leren tussen organisaties kunnen gaan op een manier die uitvoerbaar en veilig is.

### Randvoorwaarden

#### Leeromgeving

- Een veilige leeromgeving zonder waardeoordeel;
- Een mix van professionals die betrokken zijn bij diagnostiek.
- Maximaal 6-8 deelnemende professionals.

### Inhoud

- Duidelijke afspraken over hoe deelnemers zich verbinden aan het doel.

### Structuur

- Duidelijke afspraken over doelbinding van data en dataminimalisatie;
- Keuze maken over het kaderen van de groep professionals, de gesprekstafel adviseert een kader binnen een setting ZPM te maken.
- Starten met procesinformatie, omdat deze het meest beschikbaar is.
- Data-analisten sluiten op verschillende momenten aan bij het lerend gesprek om mee te denken over hoe inzichten op te halen zijn.

### Betrokken partijen

Het lerend gesprek vindt plaats met:

- Professionals, de behandelaren die de diagnostiek uitvoeren. Denk aan: GZ-Psycholoog, Orthopedagoog-generalist, Verpleegkundig Specialist, Psychiater;
- Data-analisten

Wie zitten er in de klankbordgroep?

- Beleidsadviseurs;
- Managers/Bestuurders;
- Cliënten/Ervaringsdeskundigen;
- Data-analisten;
- Juristen;
- Waar passend: zorgverzekeraars, vanwege hun inzicht in procesdata.

De leercontext moet centraal staan, zodat organisaties zich veilig voelen om inzichten te delen.

### Lange termijn – naar duurzame dataverzameling

De combinatie van leren in stap 1 en gezamenlijke datatoetsing in stap 2 vraagt inzet en capaciteit. Tegelijkertijd wil het programma administratieve lasten niet verhogen.

Daarom adviseert de gesprekstafel om te verkennen hoe op termijn een data-pipeline kan worden ingericht: een technische oplossing die gegevens geautomatiseerd verzamelt, verwerkt en analyseert. Hiermee kunnen organisaties duurzaam en efficiënt leren zonder extra registratielast.

### Tot slot

Met deze iteratieve aanpak in twee stappen

ontstaat een stevig fundament voor gezamenlijk leren over diagnostiek. Door dit proces herhaald uit te voeren, kan het veld op een gedragen en structurele manier blijven werken aan verbetering van het diagnostisch proces. De gesprekstafel wil meegeven dat de uitkomsten altijd onderhevig zullen zijn aan de huidige tijd waarin we leven waarbij we te maken hebben met bijvoorbeeld arbeidskrapte, andere verplichtingen en vereisten waar zorgaanbieders/zorgprofessionals aan moeten voldoen die invloed kunnen hebben op de wijze waarop de uitkomsten ook daadwerkelijk geïmplementeerd kunnen worden.

Het advies benadrukt in eerste instantie het belang van het eerst hebben van een goed gesprek op basis van vertrouwen, en gezamenlijke verantwoordelijkheid. Alleen zo kan passende diagnostiek duurzaam worden versterkt.

## Data gedreven leren in de ggz

<b>DATA GEDREVEN LEREN IN DE GGZ .....</b>	<b>1</b>
WAAROM DATA GEDREVEN LEREN? .....	1
LERENDE GGZ EN DATA GEDREVEN LEREN .....	1
EXPLORATIEF VERSUS HYPOTHESE GEDREVEN .....	3
DATAMODEL .....	3
PSEUDONIEME GEGEVENS OF ANONIEME GEGEVENS? .....	5
WAAR EN HOE STARTEN? .....	6

### Waarom data gedreven leren?

Dagelijks ontvangen veel mensen geestelijke gezondheidszorg. Waarbij zorgprofessionals samen met patiënt en naasten continu zoeken naar de beste zorg voor de individuele patiënt. Tijdens het zorgproces worden veel gegevens vastgelegd over patiënten, de behandeling en de uitkomsten daarvan. De informatie over de dagelijks geleverde zorg wordt extra waardevol als deze ook op geaggregeerd niveau gebruikt wordt om van te leren. Door deze data te bundelen, te analyseren en te visualiseren in de context van continue kwaliteitsverbetering kunnen waardevolle inzichten worden opgedaan. Data gedreven leren is zo een aanvulling in het instrumentarium van zorgprofessionals en hun organisaties om de kwaliteit van zorg te verbeteren. Leren van iedere patiënt van vandaag zodat de patiënt van morgen nog beter behandeld kan worden. In dit document schetsen we een beeld van wat we verstaan onder data gedreven leren, hoe dit in de ggz in de praktijk kan worden gebracht en welke data en vormen daarbij gebruikt kunnen worden. Belangrijk om te vermelden is dat het gebruik van data geen directe opbrengst biedt maar inzichten oplevert als voeding voor het inhoudelijke gesprek over verdere verbetering van zorgprocessen.

### Lerende ggz en data gedreven leren

In een lerende ggz onderscheiden we drie niveaus van leren, waarbij gebruik wordt gemaakt van dezelfde gegevens:

1. Op patiëntniveau, evalueren en bijsturen van de individuele behandeling (N=1)
2. Op groepsniveau, leren van geaggregeerde gegevens over groepen van patiënten, bijvoorbeeld binnen een team of organisatie (N=100)
3. Op landelijk niveau, wetenschappelijke onderzoek (N= 1000, geaggregeerde data van specifieke behandelingen)

#### Niveau 1: Evalueren tijdens de individuele behandeling

Het structureel evalueren tijdens de behandeling bestaat uit verschillende elementen. Het begint met het stellen van heldere doelen aan het begin van ieder zorgtraject. Ook wordt bij aanvang al vastgesteld welke informatie nodig is om voortgang te monitoren. Hoe wordt de geleverde zorg in de behandeling geregistreerd en hoe worden de effecten van de behandeling gemeten? Door periodieke meet- en evaluatiemomenten te plannen kan het verloop van de behandeling samen met patiënt en naaste besproken worden en bijgestuurd worden waar nodig. Het interpreteren van

gegevens over proces en uitkomsten speelt daarbij een belangrijke rol. Zogenaamde Kwaliteitsregistraties, waarbij experts uit de praktijk gezamenlijk hebben vastgesteld welke patiëntkenmerken, proceskenmerken en uitkomst informatie voor een specifieke doelgroep of type behandeling relevant zijn om kwaliteit van zorg te kunnen beoordelen zijn hierbij behulpzaam.

#### Niveau 2: Data gedreven leren in de praktijk op team- en organisatieniveau

Wanneer het evalueren van behandelingen en de registratie daarvan een structureel karakter heeft, is het mogelijk voor teams en organisaties om de data van individuele behandelingen te bundelen tot spiegelinformatie. Gegevens over verschillende groepen patiënten, proceskenmerken en diagnosegroepen bieden inzicht in de werkwijze en kwaliteit van de geleverde zorg binnen de veiligheid van de gekozen leeromgeving. Analyses en datavisualisaties van geaggregeerde gegevens uit behandelingen bieden input voor het gesprek over kwaliteit binnen het team of organisatie. Door gegevens voldoende te aggregeren en géén koppeling te leggen tussen patiëntkenmerken, proceskenmerken en uitkomsten, is er ook geen indirecte herleidbaarheid naar personen. In die situatie is sprake van het werken met anonieme gegevens waarvoor geen verwerkingsgrondslag zoals patiënt toestemming vereist is. Het beperkt de verdiepingsmogelijkheden van data gedreven leren maar maakt deze vorm van data gedreven wel toegankelijker.

#### Niveau 3: Data gedreven leren op wetenschappelijk niveau

De term 'Zorgevaluatie' wordt gebruikt bij het grootschalig evalueren van behandelingen die in de praktijk wordt toegepast, terwijl er nog onvoldoende wetenschappelijk bewijs is voor de effectiviteit, of omdat onderzoek te weinig aansluit bij de complexiteit van de doelgroep. Het leveren van zorg waarvan men weet dat deze meerwaarde heeft, en het niet leveren van zorg die geen meerwaarde heeft, wordt 'gepast gebruik' genoemd. Zorgevaluatie en gepast gebruik worden gezien als een circulair proces waarbij kennishiaten in beeld worden gebracht en geagendeerd, nieuwe evaluaties tot stand komen en de uitkomsten daarvan weer worden geïmplementeerd in de zorgpraktijk.

Deze vorm van leren van data komt tot stand wanneer meerdere organisaties rondom een specifiek thema data delen en van elkaar leren. De lessen die hieruit voortkomen worden niet alleen gebruikt door de deelnemers van de groep maar vloeien terug naar de gehele sector, o.a. in de vorm van aangepaste kwaliteitsstandaarden. Voor zorgevaluatie, waarbij de effectiviteit van behandelingen bij specifieke patiëntgroepen onderzocht wordt, worden gegevens van patiëntkenmerken, proceskenmerken en uitkomsten wél gecombineerd geanalyseerd en gevisualiseerd. Door de koppeling tussen deze gegevens is er sprake van het verwerken van persoonsgegevens en is er dus een verwerkingsgrondslag vereist. Dit kan op basis van expliciete toestemming van patiënten of, in de toekomst, met een verwerkingsgrondslag op basis van de Wet Kwaliteitsregistraties.

We definiëren data gedreven leren als niveau 2 en 3 van de lerende ggz. Het proces van data gedreven leren bestaat uit een serie van stappen:

- A. Het verzamelen, analyseren en visualiseren van data uit de dagelijkse praktijk over patiëntkenmerken, proceskenmerken en uitkomsten van behandelingen op geaggregeerd niveau om de kwaliteit van zorg voor groepen van patiënten inzichtelijk te maken
- B. Het bespreken en in context plaatsen van de opgedane inzichten door die organisatie(s) die data heeft/hebben gegenereerd.
- C. Het op basis van deze inzichten formuleren van leer- of verbeterpunten
- D. Deze verbeterpunten vervolgens in de praktijk brengen
- E. Monitoren en evalueren van bereikte effecten, o.a. door opnieuw data te verzamelen, analyseren en visualiseren

## Exploratief versus Hypothese gedreven

Bij data gedreven leren is onderscheid te maken tussen twee vormen; exploratief leren of op leren op basis van een vraag/hypothese.

Bij het *exploratief leren* van data wordt in een bestaande dataset breed gezocht naar opvallende en onverwachte verschillen in zorgprocessen en uitkomsten. Data wordt geanalyseerd door de data te structureren naar logische combinaties om te verkennen of er trends te herkennen zijn of bijzonderheden opvallen. Vervolgens wordt getracht aannames op te stellen voor gevonden verschillen. Deze kunnen vervolgens getoetst worden.

Het voordeel van exploratief leren is dat de data inzichten kan verschaffen waar je vooraf niet aan gedacht zou hebben en daarmee ook potentiële blinde vlekken kan blootleggen. Het nadeel is dat voor deze vorm een rijke database nodig is. Ook kost deze vorm van analyseren veel tijd en is de kans op waardevolle inzichten vooraf moeilijk te bepalen.

De andere vorm van data gedreven leren start juist vanuit een vraag of *hypothese* voor verbetering van zorg. Vanuit de hypothese wordt gericht gezocht naar welke proces- en uitkomstinformatie het beste antwoord kan geven op de vooraf gestelde vraag.

De benodigde dataset voor hypothese gedreven leren is vaak smaller door de bovenliggende vraag. Dit is gelijk het grote voordeel van deze methode. Een nadeel is de mogelijkheid dat er geen antwoord op de hypothese te vinden is vanuit de data of dat blijkt dat aanvullende gegevens nodig zijn om een passend antwoord te vinden.

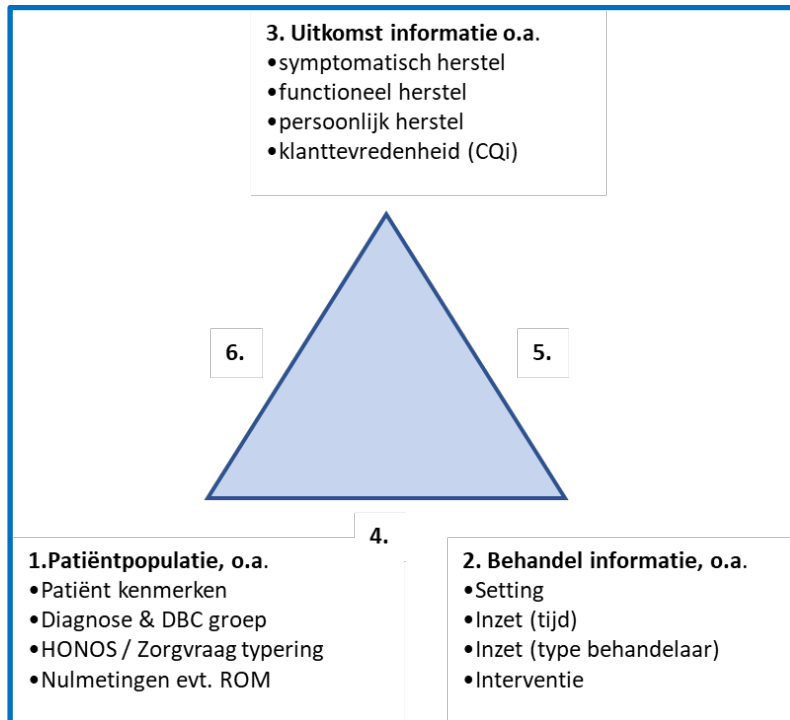
Beide vormen van data gedreven leren kunnen naast elkaar bestaan.

## Datamodel

Bij data gedreven leren voor het verbeteren van de kwaliteit van zorg onderscheiden we drie verschillende groepen van gegevens. Deze geven afzonderlijk al veel en interessante informatie over een organisatie of patiëntengroep. Combineren van de verschillende typen data levert nog meer mogelijkheden op, maar vereist dan een verwerkingsgrondslag. De drie groepen data die we onderscheiden zijn:

1. Gegevens over de groep van patiënten;
2. Gegevens over de uitgevoerde behandelingen;
3. Gegevens over de uitkomsten van behandelingen.

Deze gegevens zijn te vertalen naar zeven verschillende soorten inzicht.



**1. Hoe ziet de patiëntpopulatie van een afdeling, zorgorganisatie of netwerk van zorgaanbieders eruit?**

Hoe is dat beeld in vergelijking tot het totaal van de andere zorgaanbieders die deelnemen aan het netwerk? Veranderen de kenmerken van populatie over de tijd? Gegevens zoals gemiddelde ernst van de klachten, % van patiënten met co-morbiditeit, verdeling van patiënten over de categorieën van zorgvraagtypering en de mate waarin de HONOS+ als typeringsinstrument overruled wordt door de behandelaar zijn voorbeelden van relevante gegevens om de patiënt populatie in beeld te brengen.

**2. Inzet van zorg van een afdeling, zorgorganisatie of netwerk.**

Welke behandelinzet wordt gepleegd? Wat is de functiemix? Welke interventies (CGT, EMDR, Schematherapie, etc.) worden ingezet en in welke mate? Wat is de behandelintensiteit in termen van aantal, lengte en frequentie van consulten? Bij welk percentage van behandelingen is er sprake van drop-out en hoe zijn de anderen redenen van afronden van behandeling verdeeld? En hoe verhoudt zich dat tot andere deelnemers aan het netwerk?

**3. Behandelresultaten van een afdeling, zorgorganisatie of netwerk**

Welke resultaten zijn er zichtbaar? Bijvoorbeeld in de beoordeling van patiënten op Samen Beslissen of Bejegening, zoals inzichtelijk gemaakt met CQi. Of kwaliteit van leven, gemeten met I-ROC? Maar ook de gemiddelde mate waarin er sprake is van terugval is waardevol om als resultaat inzichtelijk te maken.

Voor meer inzicht kunnen gegevens over de drie assen van de driehoek gecombineerd worden, waarbij telkens informatie uit twee punten van de driehoek bij elkaar gebracht worden.

Onderstaand een aantal voorbeelden:

**4. Gemiddelde behandelinzet bij specifieke patiëntpopulatie**

Mate van inzet (tijd) of specificiteit van de inzet (type interventies) bij specifieke populaties. Ook deze kan vergeleken worden met de inzet bij andere organisaties voor vergelijkbare populaties. Op deze as kan ook inzichtelijk worden gemaakt welke interventies ingezet worden bij specifieke diagnosegroepen en hoe dit zich verhoudt tot kwaliteitsstandaarden.

**5. Effecten van behandelingen.**

Door (gebundelde) uitkomsten te koppelen aan (gebundelde) gegevens over de inzet van behandelingen kan een eerste indruk worden gecreëerd van wat de bijdragen van specifieke interventies is of de bijdrage van hogere intensiteit of frequentie van behandelingen.

**6. Uitkomsten van specifieke patiëntpopulaties**

Door gebundelde uitkomsten (in resultaat, behandelduur, terugval, etc.) van specifieke patiëntpopulaties naast elkaar te zetten, wordt inzicht gecreëerd in eventuele verschillen daarin tussen afdelingen of organisaties. Ook kan inzichtelijk worden gemaakt wat patiënten 'gemiddeld' zouden kunnen verwachten ('Patients like me').

Een zevende benadering van de data brengt alle drie de datapunten van de driehoek samen; uitkomst, patiënt en proces en biedt daarmee het meeste inzicht in de kwaliteit van zorg. Deze benadering ligt daarmee ook het dichtst bij 'Passende Zorg' waarbij niet alleen naar effect en kwaliteit van zorg voor de individuele patiënt gekeken wordt, maar ook naar de populatie als geheel.

### Pseudonieme gegevens of anonieme gegevens?

Voor inzicht in verbanden tussen patiëntkenmerken, inzet en uitkomsten van zorg is verzameling van gecombineerde gegevens op persoonsniveau nodig. Voordat data op persoonsniveau verzameld wordt, wordt deze eerst gepseudonimiseerd. Door gebruik te maken van een pseudoniem blijven alle gegevens van één persoon aan dezelfde persoon gekoppeld, zonder dat direct herleidbaar is om welke persoon het gaat. Data van patiënten, het zorgproces en de uitkomsten van behandelingen kunnen alleen als combinatie worden verzameld en verwerkt als er een zogenaamde verwerkingsgrondslag voor is. In de praktijk betekent het dat de patiënt hier expliciete toestemming voor dient te geven, zolang er nog geen Wet Kwaliteitsregistraties van kracht is.

Registratie en beheer van patiënt-toestemming is een administratieve last. Er is echter ook een mogelijkheid om te leren van anonieme data, die niet als persoonsgegevens gekwalificeerd worden. En dus ook geen patiënt-toestemming vereisen. Anonieme gegevens zijn ontdaan van alle persoonskenmerken en/of herleidbare elementen waardoor het koppelen van data aan natuurlijke personen onmogelijk is. Bij anonieme data wordt, in tegenstelling tot gepseudonimiseerde data, ook geen koppelsleutel meegeleverd om gegevens op persoonsniveau onderling te verbinden. Hierdoor worden anonieme gegevens niet beschouwd als persoonsgegevens en vallen ze buiten de AVG.

In het bovenstaand beschreven datamodel zijn analyses 1, 2 en 3 uitvoerbaar met anonieme gegevens. Voor analyse 4 t/m 7 is het noodzakelijk om verbanden te leggen tussen de datapunten en zijn pseudonieme gegevens nodig.

## Waar en hoe starten?

Een van de moeilijkste fases voor een organisatie is om daadwerkelijk te starten. Een hardnekkige misvatting is dat gehele organisaties in één keer op diverse vlakken aan de slag zouden moeten gaan met data om het verschil te maken. Het tegenovergestelde is waar. Om een duurzaam effectieve werkwijze te ontwikkelen waar data gebruikt wordt om te leren en verbeteren zal een organisatie daarin moeten groeien. Klein starten, selectief zijn in te gebruiken gegevens, succes opschalen en mislukte experimenten stoppen is een van de weinige bekende koersen die werkt. Starten met eenvoudiger analyses en dashboards op basis van anonieme gegevens. Later pas, na inwerkingtreding van de Wet Kwaliteitsregistraties kan de sector verder gaan in datagedreven leren door ook gepseudonimiseerde gegevens te gaan gebruiken.



Zorginstituut Nederland

# Uitvoeringsplan

Versterken kwaliteitstransparantie ggz

Eindversie | 22-01-2024

| Van goede zorg verzekerd |

# Colofon

Volnummer	2023052080
Contactpersoon	Cynthia van Haften <a href="mailto:chaften@zinl.nl">chaften@zinl.nl</a> 06 - 28314016
Organisatie	Zorginstituut Nederland
Afdeling	Zorg
Team	GGZ en Sociaal Domein
Betrokken partijen	Akwa ggz, de Nederlandse ggz, Landelijke Vereniging van Vrijgevestigde Psychologen & Psychotherapeuten, MIND, Nederlands Instituut van Psychologen, Nederlandse Vereniging voor Psychiaters, P3NL, Platform MEERGGZ, Zorgverzekeraars Nederland
Uitgebracht aan	Ministerie van VWS

# Samenvatting

Het Zorginstituut en partijen uit het veld hebben gezamenlijk hard gewerkt om te komen tot een uitvoeringsplan Versterken kwaliteitstransparantie ggz. Met het opleveren hiervan laten partijen zien dat er overeenstemming is gevonden in een complex maar belangrijk onderwerp. We streven naar een passende manier van verantwoorden binnen Nederland. Partijen geloven erin dat als we dit aanpakken op een manier die aansluit bij de praktijk, we toe zullen werken naar een bestendige manier van transparant samenwerken.

Binnen de geestelijke gezondheidszorg wordt al veel kwaliteitsinformatie verzameld die bijdraagt aan het monitoren en verbeteren van de kwaliteit van zorg. De ggz kent echter een grote differentiatie in aard van klachten, behandel mogelijkheden en de context van de cliënt. Veel van de data die verzameld worden zijn weinig onderscheidend en zijn niet breed toegankelijk en zichtbaar gemaakt om het leren en verbeteren op te kunnen schalen naar een meer transparant lerend systeem. De huidige inrichting van verantwoording sluit niet aan bij deze complexe praktijk. Kwaliteitstransparantie is geen doel op zich, wat willen we uiteindelijk bereiken? Verantwoording als kern en basis van het professioneel handelen, gericht op het gezamenlijk leren en verbeteren van zorg en ondersteuning. Dit vraagt een andere interactie tussen de zorgverlener enerzijds en de toezichthouder, inkoper en overheid anderzijds. In dialoog treden met elkaar, gezamenlijk interpretatieverschillen verkennen en gegevens duiden.

Het vertrekpunt voor kwaliteitstransparantie moet degene zijn die verantwoording aflegt niet degene zijn die verantwoording vraagt. Het primaire initiatief hoort bij de zorgverleners zelf te liggen. Binnen het voorgaande traject Leren en Verbeteren met datagestuurde dialoog voor passende zorg en kwaliteitstransparantie was het doel om leren en verbeteren in diverse lagen binnen de ggz op te schalen en transparanter te maken. Volgens het project begint het leren en verbeteren, én transparantie over de geboden kwaliteit, om deze reden bij lerende netwerken zelf. Vanuit de inzichten van het project Leren en Verbeteren is daarom gekozen voor een bottom-up benadering waarbij we streven naar een groei-model. Er wordt kleinschalig gestart en tussentijds geleerd en geëvalueerd over wat werkt en wat niet werkt. Verandering vindt plaats waar urgentie gevoeld wordt. Door te werken vanuit praktijkvoorbeelden geloven wij in het versnellen en verspreiden van kwaliteitstransparantie om zo te komen tot niet vrijblijvende landelijke afspraken.

In hoofdstuk 2 wordt het doel beschreven, zoals dit beschreven is binnen het IZA. Voor een fundamentele verandering die passend is bij deze complexe praktijk heeft het programma versterken kwaliteitstransparantie in de ggz een verfijning aan deze opdracht gegeven. Het doel van het programma "Versterken kwaliteitstransparantie ggz" is het bevorderen van passende zorg en transparantie over de uitkomsten van geleverde zorg door het faciliteren van leren en verbeteren in betekenisvolle datagedreven dialogen en lerende netwerken. En daarmee inzicht voor de zorgvrager in de kwaliteit en effectiviteit van ggz-zorg en het proces van samen beslissen en 'kiezen met kennis'.

In hoofdstuk 3 wordt er in gegaan op hoe dit proces in 2024 en 2025 vormgegeven wordt. Binnen het programma kiezen we ervoor om succesvolle dialoogtafels die al zijn opgestart vanuit eerdere projecten, voort te zetten en uit te breiden in het kader van de doelstelling binnen dit programma (binnen dit programma zetten we deze voort als gesprekstafels). Daarnaast worden er nieuwe gesprekstafels opgezet op inhoudelijke thema's om de bottom-up benadering concreet vorm te geven. Deze gesprekstafels zullen zich specifiek richten op het faciliteren van leren en verbeteren in betekenisvolle datagedreven dialogen vanuit een urgent vraagstuk.

In hoofdstuk 4 wordt specifiek in gegaan op de diverse gesprekstafels die voor 2024 en 2025 zijn geagendeerd. De inhoudelijke thema's die voor dit jaar zijn gekozen zijn:

1. Ernstige Psychiatrische Aandoeningen (EPA)
2. Verslavingszorg
3. Doelstelling, evaluatie en beëindiging van behandeling
4. Autisme

Voor elk van deze thema's wordt een aparte gesprekstafel ingericht. Juist omdat er bij elke gesprekstafel een ander inhoudelijk vraagstuk speelt zijn er een aantal uitgangspunten opgesteld zodat wij toe blijven werken naar de doelstelling binnen dit programma. Ook staat er in hoofdstuk 4 beschreven welke fases de gesprekstafels moeten doorlopen.

In hoofdstuk 5 staat de governance van het programma beschreven. Zo kent het programma een programmateam, die het geheel bewaakt en vertegenwoordigt, voornamelijk bestaande uit leden die deel hebben genomen aan het voortraject. De gesprekstafels zullen samengesteld worden uit leden van het programmateam, leden van branche- en beroepsverenigingen, professionals uit het veld en vertegenwoordiging van cliënten. In hoofdstuk 6 is de begroting opgenomen.

Het Zorginstituut wil alle betrokken partijen bedanken voor de waardevolle gesprekken die zijn gevoerd en voor de inzet die partijen hebben geleverd. We kijken ernaar uit om deze constructieve samenwerking in het programma van 2024 en 2025 voort te zetten.

# Inhoudsopgave

	<b>Colofon</b>	<b>2</b>
	<b>Samenvatting</b>	<b>3</b>
<b>1</b>	<b>Inleiding</b>	<b>6</b>
1.1	Aanleiding programma Versterken kwaliteitstransparantie ggz	6
1.2	Bijdragen aan passende zorg	7
1.3	Voortbouwen op het project Leren en Verbeteren	7
<b>2</b>	<b>Doelstelling</b>	<b>9</b>
2.1	Verfijning van de opdracht	9
2.2	Doelstelling	10
2.3	Afbakening	10
2.4	Randvoorwaarden	11
<b>3</b>	<b>Uitvoeringsplan</b>	<b>12</b>
3.1	Aanpak	12
3.2	Thema's	13
3.2.1	Data-gedreven leren in vrijgevestigde praktijken	14
3.2.2	Proces van samen beslissen en keuze informatie met cliënten en/of naasten	14
3.3	Planning	15
<b>4</b>	<b>Gesprekstafels</b>	<b>17</b>
4.1	Ernstige Psychiatrische Aandoeningen (EPA)	19
4.2	Verslavingszorg	20
4.3	Doelstelling, evaluatie en beëindiging van behandeling	20
4.4	Autisme	22
<b>5</b>	<b>Governance</b>	<b>23</b>
5.1	Betrokken partijen	23
5.2	Governance	23
<b>6</b>	<b>Begroting</b>	<b>26</b>
<b>7</b>	<b>Bijlage 1: addendum uitvoeringsplan</b>	<b>28</b>

# 1 Inleiding

## 1.1 Aanleiding programma Versterken kwaliteitstransparantie ggz

Het gebruik van en delen van informatie over de resultaten van behandeling draagt bij aan het waardegedreven reflecteren en werken. Het stimuleert stil te staan bij; draagt de geleverde zorg echt iets bij voor de cliënt? Binnen het *Integraal Zorgakkoord (IZA)* is vastgesteld dat er versnelling nodig is in het transparant maken van kwaliteitsgegevens in de ggz. Ten behoeve van leren en verbeteren, samen beslissen, toezicht en voor ondersteuning bij het contracteren van de juiste zorg.

Binnen de geestelijke gezondheidszorg wordt al veel kwaliteitsinformatie verzameld die bijdraagt aan het monitoren en verbeteren van de kwaliteit van zorg. Hierbij kan op hoofdlijnen gedacht worden aan cliëntervaringen (CQi), Routine Outcome Monitoring (ROM), wachttijdinformatie, variatie tussen praktijken en spiegelinformatie. Zorgaanbieders en zorgprofessionals verzamelen en gebruiken intern deze data voor onder andere leren en verbeteren, keuze-informatie en het monitoren en bespreken van het behandelproces met de cliënt en zijn naasten.

Professionals, cliënten, zorgaanbieders en financiers benadrukken daarbij overwegend dat kwaliteitstransparantie direct van waarde is binnen de behandelkamer, het leren en verbeteren positief moet stimuleren, en moet raken aan de specifieke setting en context van de professional en het perspectief van de cliënt en zijn naasten. Wanneer zowel de professional als de cliënt een gevoel van eigenaarschap ervaren en gemeenschappelijke doelen delen, levert dit de benodigde energie en vergroot het de kans op een succesvolle afronding van de behandeling.

Veel van de data die hiermee verzameld worden zijn echter weinig onderscheidend en zijn niet breed toegankelijk en zichtbaar gemaakt om het leren en verbeteren op te kunnen schalen naar een meer transparant lerend systeem, en daarmee bijvoorbeeld te gebruiken in het zorgpad voor samen beslissen met cliënten en/of naasten.

Naast het verzamelen van kwantitatieve informatie is het van groot belang om deze informatie te combineren met kwalitatieve informatie om zo beter betekenis te kunnen geven aan data. Er is ook in ggz een grote differentiatie in aard van de klachten, oorzaken, behandelmogelijkheden en de context. Om behandelpraktijken te vergelijken is meer nodig dan alleen data vergelijken, een nadere duiding waarin andere informatie wordt betrokken is nodig om te kunnen leren en verbeteren. Het gebruik van de methodiek van de lerende netwerken en dialoogtafels gepast gebruik is in eerdere trajecten effectief gebleken.

Ook is het belangrijk om te beseffen dat de behoeften van cliënten en naasten anders kunnen zijn dan die van zorgprofessionals, maatschappelijke partners en ook dan die van zorgverzekeraars. Daarnaast kan het meten en verantwoorden van cijfers gepaard gaan met het verkeerd interpreteren van deze cijfers en een afrekencultuur creëren<sup>1</sup>. Binnen deze opdracht wordt om deze reden de drie sporen vanuit het project Leren en Verbeteren voor ogen gehouden binnen de uitwerking, zie hoofdstuk 1.3

Het *Signalement passende zorg voor mensen met psychische problemen* beschrijft dat kwaliteitstransparantie nodig is om te zorgen dat ggz-zorg toegankelijk blijft voor de mensen waarvoor de zorg onmisbaar is<sup>2</sup>. Kwaliteitsinformatie kan als basis dienen voor een datagedreven dialoog tussen zorgprofessionals. Dit is iets wat nog niet standaard gebeurt in de dagelijkse praktijk. Kwaliteitsinformatie kan deze gesprekken faciliteren en ondersteunen. Hierbij is het uitgangspunt dat het verzamelen van deze informatie geen extra administratieve lasten met zich meebrengt<sup>3</sup>.

<sup>1</sup> Raad voor Volksgezondheid en Samenleving (2023). Is dit wel verantwoord?

<sup>2</sup> Zorginstituut Nederland (2023). Signalement passende zorg voor mensen met psychische problemen

<sup>3</sup> Sira Consulting en Mediquest (2022). Onderzoek naar het verzamelen en gebruik van kwaliteitsinformatie in de zorg

## 1.2 Bijdragen aan passende zorg

Bij passende zorg gaat het over zorg die van waarde is voor de gezondheid en het functioneren van een mens, tegen een redelijke prijs. Passende zorg gaat niet alleen over de inhoud van zorg, maar ook over de organisatie ervan. De essentie van passende zorg is gebaseerd op vier algemene principes<sup>4</sup>:

1. Passende zorg is zorg die werkt tegen een redelijke prijs.
2. Passende zorg betekent dat cliënt en zorgverlener samen beslissen.
3. Passende zorg wordt waar dat kan, zo dicht mogelijk bij de burger georganiseerd.
4. Passende zorg gaat niet alleen over ziekte, maar ook over gezondheid en zelfredzaamheid.

Figuur 1 | Principes van passende zorg (Zorginstituut Nederland | Nederlandse Zorgautoriteit (2020) Adviesrapport *Samenwerken aan passende zorg: de toekomst is nú*)



Kwaliteitstransparantie draagt bij aan het zorgen dat ggz-zorg toegankelijk blijft voor de mensen voor wie de zorg onmisbaar is. Met dit programma willen we de ontwikkeling versterken van passende zorg: waardegedreven en doelmatige zorg, die voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Om tot waardegedreven zorg te komen is het nodig dat kennis wordt gedeeld. Zo kunnen we samen leren en verbeteren. Dit leidt ook in tijden van schaarste tot passende zorg en tot het eventueel niet meer nodig hebben van zorg<sup>5</sup>.

## 1.3 Voortbouwen op het project Leren en Verbeteren

Voorafgaand aan het programma Versterken kwaliteitstransparantie ggz is gewerkt aan het project "Leren en Verbeteren met datagestuurde dialoog voor passende zorg en kwaliteitstransparantie". Het project Leren en Verbeteren komt voort uit het Hoofdlijnenakkoord ggz (2019-2022) en was een initiatief van verschillende branche- en beroepsgroepen, patiëntenverenigingen en zorgverzekeraars (Akwa ggz, de Nederlandse ggz, LVVP, MIND, NIP, NVvP, P3NL en ZN). Daarin hadden de betrokken partijen met elkaar afgesproken om meer kwaliteitstransparantie te creëren. Het project Leren en Verbeteren is recentelijk afgesloten en krijgt een vervolg in dit programma.

Het doel van het project Leren en Verbeteren was om het leren en verbeteren dat in diverse lagen binnen de ggz plaatsvindt, op te schalen en transparanter te maken. Zo kunnen zorgprofessionals op grote schaal leren van elkaars ontwikkelingen in lerende netwerken. Dit is belangrijk, omdat het zorgverleners en zorgaanbieders inspireert en motiveert om de kwaliteit van de zorg te verbeteren en meer passend te maken. Bevorderen van leren en verbeteren begint daarom bij de lerende netwerken zelf. Daarbij zijn inzicht in en transparantie over de gewenste en geboden kwaliteit van zorg essentiële

<sup>4</sup> NZa en Zorginstituut Nederland (2020). Samenwerken aan passende zorg: de toekomst is nú. Actieplan voor het behoud van goede en toegankelijke gezondheidszorg

<sup>5</sup> Zorginstituut Nederland (2023). Signalement passende zorg voor mensen met psychische problemen, pagina 17

voorwaarden. Noodzakelijk daarbij is dat het uitwisselen van gegevens veilig en in vertrouwen met elkaar gebeurt. Vaak gebeurt dit enkel nog op kleine schaal. Het project Leren en Verbeteren heeft beoogd om, via het in kaart brengen van goede praktijkvoorbeelden en wezenlijke elementen die meegenomen moeten worden, samen beslissen en lerende netwerken in de praktijk verder te kunnen bestendigen en op te kunnen schalen.

Binnen het project is gewerkt aan drie verschillende sporen die nauw met elkaar verweven zijn en uiteindelijk in resultaat samenkomen<sup>6</sup>:

- Spoor 1: Leren en verbeteren in netwerken van professionals of van professionals met cliënten en naasten (verspreiden en opschalen van goede praktijkvoorbeelden);
- Spoor 2: Gepast gebruik door middel van samen beslissen en keuze-informatie (passende zorg voor cliënten op basis van samen beslissen);
- Spoor 3: Data-gestuurde dialoog tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars (het faciliteren van een beter gesprek over doelmatigheid en kwaliteit tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars)

De verwevenheid van de drie sporen zit in de betekenis van het geformuleerde basisprincipe;

***leren en verbeteren is een betekenisvolle dialoog door middel van toegankelijke en beschikbare kwalitatieve en kwantitatieve data.** De beschikbare data helpt inzicht te geven om het goede gesprek te kunnen voeren met cliënten en/of naasten, professionals onderling, en zorgverzekeraars en toezichthouders.*

Het Trimbos-instituut<sup>7</sup> en Significant Public<sup>8</sup> hebben in april 2023 onderzoek gedaan om inzicht te krijgen in het lerend vermogen van de ggz. De onderzoeken hebben inzicht gegeven in hoeveel er al geleerd wordt in de ggz met een grote verscheidenheid aan lerende netwerken en mooie praktijkvoorbeelden van samen beslissen. Er zijn een aantal elementen uitgekomen die bijdragen aan de effectiviteit van lerende netwerken en het proces van samen beslissen op de werkvloer.

De uitwerking van spoor 3 was vanwege overlap ondergebracht binnen de werkgroep Gepast Gebruik van het Zorgprestatie-model. Daar zijn twee dialoogtafels gestart. De dialoogtafel Verslavingszorg heeft de eerste fase afgerond en de uitkomsten zijn recent gepubliceerd. De eerste fase van de dialoogtafel Ernstig Psychiatrische Aandoeningen (EPA) is eind 2023 afgerond.

Partijen streven naar het starten van een groeimodel waarin tussentijds wordt geleerd en geëvalueerd wat werkt en wat niet werkt. Door het van elkaar leren en overnemen, en verspreiden van goede voorbeelden neemt de vanzelfsprekendheid van het uitwisselen van informatie toe. Vanuit de goede voorbeelden is het, mede afhankelijk van de setting, mogelijk te versnellen en verder te verspreiden en op te schalen en zo op termijn te komen tot breed gedragen niet vrijblijvende landelijke afspraken.

<sup>6</sup> Voorstel opdracht project leren en verbeteren met datagestuurde dialoog voor passende zorg en kwaliteitstransparantie (2021)

<sup>7</sup> Trimbos-instituut (2023): Leernetwerken in de ggz

<sup>8</sup> Significant Public (2023): Samen beslissen in de ggz

## 2 Doelstelling

### 2.1 Verfijning van de opdracht

In het *Integraal Zorgakkoord* zijn afspraken gemaakt over kwaliteit en transparantie in de ggz. Het versterken van kwaliteitstransparantie is geen doel op zich, maar een middel dat bijdraagt aan diverse doelen. Behandelaren krijgen meer inzicht in wat werkt (en wat niet) en kunnen hun beroepspraktijk verbeteren. Vanuit cliënten en naasten kan dit bijdragen aan meer keuze-informatie in het samen beslissen in de triade bij verschillende momenten in de patiëntenreis. Daarnaast ondersteunt het zorgverzekeraars bij het meer gericht contracteren van zorg.

#### **Binnen het IZA staat de opdracht als volgt geformuleerd<sup>9</sup>:**

*Er is versnelling nodig in het transparant maken van kwaliteitsgegevens in de ggz. Partijen gaan onder procesbegeleiding van het Zorginstituut werken aan meer uitkomst informatie ten behoeve van toezicht, samen beslissen, leren en verbeteren en voor ondersteuning van zorgverzekeraars bij het contracteren van de juiste zorgaanbieder middels kwalitatieve en kwantitatieve uitkomstindicatoren. De ggz werkt verder aan het vergroten van de transparantie en het verschaffen van uitkomst informatie. In het komende jaar ontwikkelen we een realistisch tijdspad via de doorontwikkeling van zorgvraagtypering en CQI waarlangs we onder de juiste randvoorwaarden (privacy ed.) deze ambitie kunnen invullen, met als deadline voor beide doorontwikkelingen 1-1-2025. Informatie is nodig voor het maken van keuzes voor passende zorg. In afstemming tussen professionals, aanbieders en verzekeraars wordt bekeken welke exacte dataset per 1-1-2025 ter beschikking gesteld wordt gesteld aan patiënten en verzekeraars en op welke manier dat gebeurt.*

De projectgroep heeft gezamenlijk nagedacht over hoe we het beste invulling kunnen geven aan de opdracht zoals die is geformuleerd in het IZA. Tijdens deze besprekingen werd duidelijk dat termen zoals "uitkomst informatie", "indicatoren", "dataset" verschillend wordt geïnterpreteerd en weinig onderscheidend is, waardoor dit tot discussie leidt. Hoe we momenteel omgaan met het verantwoorden van de geleverde zorg gaat er nog steeds vanuit dat deze eenvoudig te meten is. Zoals in het rapport 'een blijk van vertrouwen' staat omschreven; indicatoren zijn op z'n best indicaties om verder te kijken, om te onderzoeken wat het verhaal is achter de cijfers en percentages. Volgens de RVS moet verantwoorden fundamenteel anders. Gericht op het verbeteren van zorg en ondersteuning<sup>10</sup>.

Zoals afgesproken binnen het IZA is het jaar 2023 gebruikt om een uitvoeringsplan te ontwikkelen om te komen tot het vergroten van de transparantie in de ggz. Binnen dit uitvoeringsplan is ervoor gekozen om geen dataset op te leveren met kwaliteitsindicatoren om hiertoe te komen. Partijen hebben ervoor gekozen om 2024 te starten met inhoudelijke deelthema's die voor 01-01-2025 geëvalueerd zullen worden waarbij landelijke implementatie een onderdeel is. In 2025 zal gestart worden met twee of drie nieuwe deelthema's. De totale oplevering van dit programma zal plaatsvinden eind 2025, dit is volgens het programmateam een realistischer tijdspad.

#### **Binnen dit programma wordt de focus gelegd op:**

*Het inzichtelijk maken en landelijk delen van informatie op de drie niveaus van kwaliteitsinformatie (patiëntkenmerken, proces van de behandeling en de uitkomst van de behandeling) om te kunnen spiegelen en om hiermee een waarde- en data gedreven dialoog te faciliteren die bijdraagt aan passende zorg.*

<sup>9</sup> Integraal Zorgakkoord (2022). Samen werken aan gezonde zorg, pagina 40

<sup>10</sup> Raad voor Volksgezondheid en Samenleving (2019). Een blijk van vertrouwen, pagina 11.

## 2.2 Doelstelling

Het doel van het programma Versterken kwaliteitstransparantie ggz is het bevorderen van passende zorg en transparantie over de uitkomsten van geleverde zorg door het faciliteren van leren en verbeteren in betekenisvolle datagedreven dialogen en lerende netwerken. En daarmee inzicht voor de zorgvrager in de kwaliteit en effectiviteit van ggz-zorg en het proces van samen beslissen en 'kiezen met kennis'.

Het uitvoeringsplan biedt een concrete agenda met onderwerpen waarin we in 2024 en 2025 gesprekstafels organiseren met behulp van (kwantitatieve en kwalitatieve) data. Het programmateam heeft voor de term gesprekstafels gekozen als een overkoepelende term voor alle methoden voor partijen om met elkaar in gesprek te gaan binnen een afgebakend thema. Dit biedt een proces waarmee toegewerkt wordt naar opbrengsten die bijdragen aan passende zorg. Op de lange termijn kunnen deze opbrengsten bijdragen aan het opschalen van passende zorgpraktijken, kunnen opgenomen worden in zorgstandaarden, vertaald worden naar landelijke veldafspraken of aanleiding zijn voor zorgevaluatie-onderzoek. Zoals in het RVS rapport 'Een blijk van vertrouwen' staat beschreven, start klein en breid verder uit. De praktijk verandert alleen door de praktijk zelf aan de slag te laten met hetgeen dat voor hen werkt<sup>11</sup>. Dit programma werkt vanuit het bottom-up principe waarbij er deelonderwerpen verbonden zijn aan een overkoepelend project die sturing biedt en zodoende als een olievlek een landelijke versterking zullen bieden voor kwaliteitstransparantie. Eind 2024 en in de afrondende fase van het programma vinden er evaluaties plaats waarbij vanuit iedere gesprekstafel lessons learned worden verzameld om een breder raamwerk op te zetten voor het opschalen van kwaliteitstransparantie in combinatie met een implementatietraject voor een brede uitrol.

De Consumer Quality index (CQi) wordt expliciet benoemd in de opdrachtformulering binnen het IZA. Momenteel is het een van de weinige landelijke instrumenten binnen de ggz waardoor het van belang is deze te behouden en de toepassing ervan te optimaliseren. Momenteel vindt er een doorontwikkeling van de CQi plaats. Hiervoor bestaat een aparte reeds bestaande werkgroep (de Nederlandse ggz, MIND, ZIN en ZN). De werkgroep blijft deze doorontwikkeling uitvoeren in afstemming met Akwa ggz. Akwa ggz is beheerder van de vragenlijst CQi ambulante ggz en verslavingszorg en pakt de inhoudelijke doorontwikkeling hiervan op. Enkel de governance van de doorontwikkeling door de werkgroep wordt geborgd binnen dit programma, zie ook figuur 3 in hoofdstuk 5. Deze werkgroep dient gezien te worden als een losstaand klein onderdeel van dit programma en is daarom ook niet opgenomen in de planning.

Daarnaast wordt de zorgvraagtypering ook expliciet benoemd in de opdrachtformulering binnen het IZA. Binnen iedere gesprekstafel van dit programma gaat men aan de slag met data, wat maakt dat de zorgvraagtypering ter sprake zal komen. De zorgvraagtypering kent een zelfstandige governance structuur.

## 2.3 Afbakening

Het programma kent de volgende afbakening:

- Dit programma legt de focus op de curatieve volwassenen ggz (Zvw). Binnen het huidige programma wordt vooralsnog niet de Wlz, Wmo of forensische zorg meegenomen. Partijen zijn zich bewust dat vraagstukken van cliënten over domeinen van financiering heen gaan.
- Dit programma wordt beperkt tot de looptijd 01-01-2026. Uit dit programma is het volgende korte en lange termijn effect te verwachten:
  - Korte termijn effect (gedurende de looptijd van het programma): er is een start gemaakt met kwaliteitstransparantie voor specifieke doelgroepen of inhoudelijk urgente thema's.
  - Lange termijn effect: brede landelijke uitrol systematiek, waarbij op een andere manier gekeken wordt naar kwaliteitstransparantie, waarbij het niet meer gaat om

<sup>11</sup> Raad voor Volksgezondheid en Samenleving (2019). Een blijk van vertrouwen.

het afrekenen/verantwoorden van, maar gaat om het gezamenlijk met elkaar in dialoog treden om de kwaliteit van zorg te verbeteren. Dit effect valt naar verwachting buiten de looptijd van het programma. Het is wenselijk dat er aandacht is voor de borging en overdracht van het beheer hiervan bij de afronding van dit programma.

## 2.4 Randvoorwaarden

De volgende procesmatige en inhoudelijke randvoorwaarden worden gehanteerd in het programma en zijn bepalend voor het bereiken van de programmadoelen:

### Procesmatige randvoorwaarden

- In samenspraak met het programmateam en hierbinnen specifiek samen met Akwa ggz wordt bekeken wat er nodig is om de gewenste data te kunnen gebruiken en welke risico's dit eventueel heeft met betrekking tot de privacy.
- Gezien het overkoepelende karakter van het programma met daarbinnen de verschillende thema's, is een externe onafhankelijke programmaleider noodzakelijk.
- Er is bestuurlijke afvaardiging, dan wel iemand met mandaat, betrokken in de stuurgroep binnen dit programma.
- Alle betrokken partijen moeten bereikt worden, zodat er brede draagvlak is voor de uiteindelijke uitvoering.
- Er moeten voldoende professionals en experts bij de individuele thema's betrokken worden, zodat dit een goede afspiegeling is van de branche- en beroepsgroepen en cliënt- en of naastenvertegenwoordiging.
- De samenhang met andere lopende activiteiten en ontwikkelingen moet geborgd worden, waarbij gedacht kan worden aan Gepast gebruik, Zorgprestatiemodel, passende zorgpraktijken, KIK-V in de ggz en de pakketagenda vanuit het IZA.
- Er wordt gewerkt binnen huidige wet- en regelgeving, registratie eisen en beroepscode.

### Inhoudelijke randvoorwaarden

- Professionals (en hun organisaties) moeten gefaciliteerd worden om een bijdrage te kunnen leveren aan het programma en de implementatie hiervan heel dichtbij en met de praktijk, passend bij de lokale werkwijze.
- Er wordt kritisch gekeken naar mogelijkheden om de administratieve lasten te verminderen. Er wordt zoveel mogelijk gebruik gemaakt van registraties/metingen die al in gebruik zijn in het proces van de zorgafstemming en evaluatie van de behandeling met de cliënt. Dit is van groot belang gezien de (toekomstige) schaarste van behandelprofessionals en de noodzaak om de tijd ten bate van directe zorg te verruimen.
- Er wordt enkel gewerkt met data op geaggregeerd en geanonimiseerd niveau.
- Er wordt geen gebruik gemaakt van data vanuit de NZa (HoNOS+).

Indien de randvoorwaarden onder druk komen te staan, is dit van invloed op het programma en de gestelde doelen. Als dit gesignaleerd wordt, zal dit voorgelegd worden in de stuurgroep.

## 3 Uitvoeringsplan

Binnen het programma Versterken kwaliteitstransparantie ggz kiezen we ervoor om succesvolle gesprekstafels die al zijn opgestart vanuit eerdere projecten, voort te zetten, uit te breiden en van te leren voor andere thema's. Daarnaast worden onder dit programma nieuwe gesprekstafels opgezet op inhoudelijke thema's. Om het uiteindelijke doel van passende zorg door middel van kwaliteitstransparantie te bereiken, moeten we een aantal zaken erkennen om te zorgen dat het doel dat we nastreven ook kan rekenen op een breed draagvlak voor nu en in de toekomst:

1. Niet één en dezelfde aanpak is geschikt voor alle doeleinden. De context van de zorg loopt erg uiteen (van monodisciplinaire en hybridezorg tot klinische opname), net als de aanliegroutes van thema's (insteek gericht op soort behandelaanbod, effectiviteit van behandelmethoden of zorgpad, diagnoses/klachten of werkwijze).
2. Wees transparant over hetgeen wat transparant gemaakt wordt (en wat niet) en met welk doel. Leren & verbeteren begint bij vertrouwen (in plaats van wantrouwen) en veiligheid van uitwisseling (in plaats van worden afgerekend) en gaat uit van samenwerking (in plaats van concurrentie).
3. De urgentie en het doel moeten aansluiten bij de beleving van zowel de professional en de cliënt. Om deze reden is de focus gelegd op de intrinsieke motivatie om te leren en te verbeteren. Kernwaarden om een impuls te geven aan leren en verbeteren naast het gevoel van urgentie en draagvlak: vertrouwen en verbondenheid.

Daarom is het noodzakelijk om stapsgewijs toe te werken naar meer kwaliteitstransparantie. Een succesvol leernetwerk start meestal vanuit een aantal gedreven (bekende) koplopers die vanuit intrinsieke motivatie willen werken aan een concreet doel bij een actueel vraagstuk uit de praktijk (bottom-up). Dit helpt voor de bredere verspreiding van de missie; om meer mensen te overtuigen en mee te krijgen. Het onderwerp is vanzelfsprekend urgent en het momentum klopt. In sommige gevallen wordt de themakeuze bepaald op basis van prevalentie. Maar ook juist een ondergesneeuwde, meer marginale doelgroep/problematiek, kan een waardevol thema zijn. Zolang het vraagstuk betekenisvol is en er vraag naar is vanuit de werkvloer of cliënt en bijdraagt aan het realiseren van passende zorg.

Het ggz veld is volop in ontwikkeling ook op het gebied van leren en verbeteren. Er lopen al allerlei initiatieven die bijdragen aan kwaliteitstransparantie door een specifiek vraagstuk te bespreken met een combinatie van zorgprofessionals, verzekeraars en cliënten. Deze heten werkgroepen, dialoogtafels, lerende netwerken: allemaal verschillende werkvormen voor een waardevol dialoog. De dialoogtafels gepast gebruik zullen worden voortgezet binnen dit project (EPA, verslavingszorg), deze vormen inclusief de nieuwe inhoudelijke geagendeerde thema's, gesprekstafels. Deze gesprekstafels kunnen de vorm hebben van lerende netwerken dan wel van dialoogtafels passende zorg, dit hangt van het inhoudelijk thema af. Bestaande lerende netwerken, die via Akwa ggz lopen, worden aldaar gecontinueerd en komen niet onder dit programma.

Binnen dit uitvoeringsplan bieden we een agenda en infrastructuur waarbinnen gesprekstafels op specifieke inhoudelijke thema's uitgewerkt worden met als doel het vergroten van de kwaliteitstransparantie ten behoeve van het lerend vermogen binnen de ggz.

### 3.1 Aanpak

Bij het opzetten van een gesprekstafel zijn enkele uitgangspunten dan wel kaders belangrijk om van tevoren vast te stellen. Daarna worden enkele fases doorlopen om tot een uitwerking te komen. Hierbij is een uitgebreid projectplan niet nodig. De ervaring leert dat er ruimte gelaten moet worden zodat de leerverbanden zich organisch kunnen ontwikkelen en zichzelf aanscherpen in het proces.

Een overzicht van deze uitgangspunten, fases en punten die belangrijk zijn om per fase in overweging te nemen, is te vinden in hoofdstuk 4. Het programmteam haalt voorstellen voor relevante thema's op bij haar achterban, hierbij is het van belang om bottom-up te werken, waarbij gekeken wordt waar de urgentie gevoeld wordt door professionals zelf. De geselecteerde thema's worden door de stuurgroep vastgesteld op voordracht van het programmteam.

## 3.2 Thema's

Het programmteam stelt voor om te starten met de volgende thema's en deze op te nemen in het uitvoeringsplan:

1. Ernstige Psychiatrische Aandoeningen (EPA)
2. Verslavingszorg
3. Doelstelling, evaluatie en beëindiging van behandeling
4. Autisme

Punt 1 en 2 zijn lopende dialoogtafels en zullen worden gecontinueerd in gesprekstafels binnen het programma. Daarnaast zullen gefaseerd nieuwe gesprekstafels opgestart worden (waarvoor we een concreet voorstel doen, punt 3 en 4) en verder zullen er mede in relatie tot de evaluatie begin 2025 twee of drie nieuwe gesprekstafels aan toegevoegd worden. Bij het maken van keuzes welke thema's dit jaar zullen starten is er door het programmteam rekening gehouden met onderwerpen die bijdragen aan een of meerdere principes van passende zorg, vraagstukken die leven rond leren en verbeteren, die een breed gevoel van urgentie kennen en waar voldoende draagvlak, enthousiasme en energie in zit. Daarnaast is er gekeken naar thema's waarbij het verzamelen en toepassen van data al mogelijkheden biedt.

Voorgestelde thema's zijn zowel van inhoudelijke aard (Autisme, EPA, Verslavingszorg) als gericht op werkwijze in de behandelpraktijk (Doelstelling, evaluatie en beëindiging van behandeling). De nadere uitwerking van deze thema's is in hoofdstuk 4 te vinden.

De overige thema's moeten nog verder bepaald worden. Hierbij is afgesproken om eind 2024 bij de achterban op te halen en uit te diepen welke thema's leven.

Onderstaande tabel geeft een overzicht van de hierboven voorgestelde gesprektafels en welke acties vanuit dit programma nodig zijn. Elke gesprekstafel vraagt een eigen opzet, werkwijze, te betrekken stakeholders en tijdlijn. Bij ieder gekozen thema is expliciet aandacht voor de wijze van het betrekken van vrijgevestigde. Deze setting vraagt een andere benadering wat betreft aansturing, organisatie, werkwijze en kwaliteitssystemen. Dit kunnen naast vrijgevestigde ook monodisciplinaire instellingen of multidisciplinaire instellingen zijn. In paragraaf 3.2.1 wordt dit nader toegelicht.

Daarnaast raakt elk thema aan één of meerdere van de sporen zoals gedefinieerd in het eerdere project Leren & Verbeteren. Binnen ieder thema is er expliciet aandacht voor het proces van samen beslissen en keuze-informatie voor cliënten en naasten (spoor 2). In paragraaf 3.2.2 wordt dit nader toegelicht.

Gesprekstafel	Omschrijving	Status	Actie vanuit KT
<b>Ernstige psychiatrische aandoeningen (EPA)</b>	Gestart vanuit programma ZPM. Gesprek tussen professionals, zorgverzekeraars en cliënt (vertegenwoordiging) over afbakening EPA doelgroep	Recent afgerond, vervolg gewenst	Faciliteren doorgang

<b>Verslavingszorg</b>	Gestart vanuit programma ZPM. Gesprek tussen professionals, zorgverzekeraars en cliënt (vertegenwoordiging) over afbakening Verslavingszorg	Recent afgerond, vervolg gewenst	Faciliteren doorgang
<b>Doelstelling, evaluatie en beëindiging van behandeling</b>		Niet bestaand	Opstarten
<b>Autisme</b>		Niet bestaand	Opstarten

### 3.2.1 Data-gedreven leren in vrijgevestigde praktijken

Vrijgevestigde praktijken investeren nu al veel tijd en geld aan leren en verbeteren. Op dit moment maken behandelaren in vrijgevestigde praktijken in lerende netwerken echter weinig gebruik van data<sup>12</sup>. Dit terwijl de behandelaar vaak in het eigen EPD relevante gegevens vastlegt over de patiënt, over de ingezette behandeling, wat de behandeling de patiënt heeft gebracht en hoe de patiënt de behandeling heeft ervaren.

Dit niet-gebruik is jammer, omdat deze data en informatie én een gesprek hierover met collega behandelaren de gelegenheid biedt om te onderzoeken wat al goed gaat en waar verbeteringen mogelijk zijn. Dat is de kern van “datagedreven werken en leren”. Datagedreven werken en leren alleen is niet voldoende, het draagt bij aan een cultuur binnen de beroepsgroep die continue verbetering en leren bevordert. Datagedreven werken en leren stimuleert het nemen van beslissingen op basis van feiten, in plaats van alleen te vertrouwen op aannames of intuïtie.

Er is een groot verschil in werkwijze tussen een solist, een kleine groepspraktijk of een instelling. De communicatiepatronen, de kwaliteitssystemen en sturing verlopen anders. Op landelijk niveau is gebleken dat het ingewikkeld is om de vrijgevestigde voldoende te betrekken. Om meer verbinding te creëren voor en met vrijgevestigde praktijken. Dit doen we door te beginnen met het ophalen van behoeftes en urgentie van specifieke thema’s voor de betreffende professionals en deze vervolgens te gaan verbinden aan datagedreven leren. Om deze reden hechten we belang bij de keuze voor het volgende thema voor de aangedragen urgentie binnen de vrijgevestigde praktijken.

### 3.2.2 Proces van samen beslissen en keuze informatie met cliënten en/of naasten

Op basis van het onderzoek van Significant wordt geconcludeerd dat er niet vanuit één dimensie naar samen beslissen kan worden gekeken en ook niet eenduidig wordt geïnterpreteerd. Samen beslissen bestaat uit een veelvoud aan elementen die bij elkaar komen. Deze elementen zitten onder andere verweven in randvoorwaarden, instrumenten en werkwijzen die samen beslissen kunnen faciliteren en versterken. Start klein, denk groot is een grote oproep geweest binnen dit onderzoek. Samen beslissen volledig integreren binnen de ggz en er naar tevredenheid van zowel cliënt als naaste, als professional invulling aan geven gaat niet van zelf. Maak het bij de start zo klein als mogelijk om vandaaruit verder te bouwen. Het vraagt een verandering die voor iedere organisatie, setting of doelgroep anders verloopt<sup>13</sup>. Om deze reden vraagt de het programmateam, passend binnen ieder deelthema, specifiek aandacht invulling te geven welke data en op welke manier data bijdraagt aan keuze-informatie voor de cliënt en naasten in combinatie met in ieder facet oog te houden voor de samenwerkingsrelatie tussen professional, cliënt en of naasten.

<sup>12</sup> Trimbos-instituut (2023): Leernetwerken in de ggz

<sup>13</sup> Significant Public (2023): Samen beslissen in de ggz

### 3.3 Planning

In de voorbereiding van de uitvoering van het programma wordt met het huidige programmateam onder andere bepaald of er nog aanvullende partijen deel moeten nemen (zoals bijvoorbeeld Vektis voor spiegelinformatie), worden de verantwoordelijkheden en rollen vastgesteld, werkwijze (o.a. tijdsbesteding per partij, tijdspaden om tot uitkomsten te komen incl. go/no go momenten) en deliverables besproken voor iedere deelthema, en wordt tot slot commitment naar elkaar uitgesproken.

Het programma wordt gestart met het organiseren van een kick-off waarbij de uitgangspunten van het project Leren en Verbeteren worden gepresenteerd en de doelstelling van het huidige programma centraal staat.

Daarnaast is er gekozen voor een gefaseerde aanpak waarin gesprekstafels stapsgewijs uitgewerkt en opgezet worden, waarbij we de kennis en ervaring gebruiken van andere initiatieven in het veld waar de urgentie wordt gevoeld. Betrokken koplopers gebruiken kennis, ervaring en expertise om de gesprekstafels voldoende draagkracht en vlieghoogte te geven.

In februari 2024 starten we met de voorbereidingen van het programma. In maart 2024 starten de gesprekstafels die al op vlieghoogte zijn: de dialogotafels *EPA en Verslavingszorg* die liepen binnen de werkgroep Gepast Gebruik van het programma Zorgprestatie-model.

Daarnaast starten er in maart de voorbereidingen voor de twee nieuwe gekozen gesprekstafels waarbij urgentie wordt gevoeld door het programmateam: *Doelstelling, evaluatie en beëindiging van behandeling* en *Autisme*. Deze kunnen in Q3 2024 van start gaan.

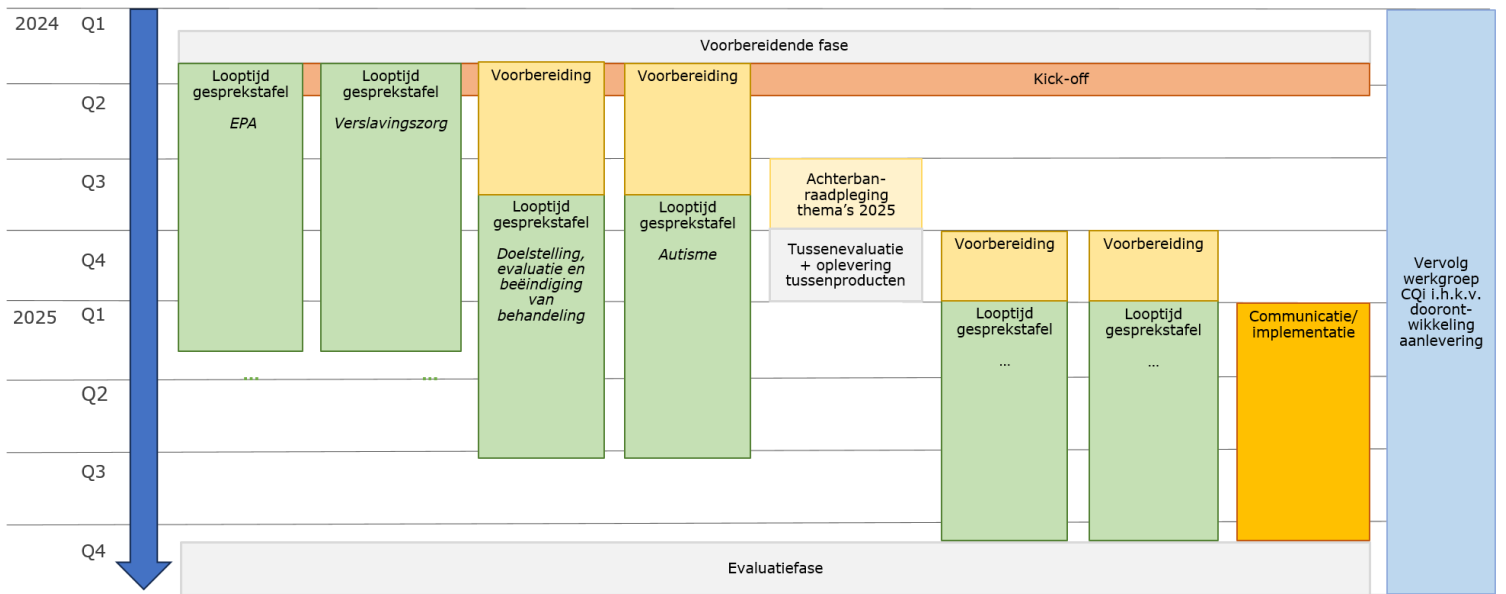
In Q3 2024 zullen de leden van het programmateam bij hun achterban ophalen welke twee (of mogelijk 3) urgente thema's opgepakt kunnen worden als gesprekstafels. In Q4 2024 zal er een tussentijdse evaluatie plaatsvinden op basis van de huidige lessons learned uit de lopende gesprekstafels. Deze geven input voor de nieuwe gesprekstafels en implementatietraject. Ook zal er in Q4 2024 gestart worden met de voorbereidingen van de nieuwe gesprekstafels die Q1 2025 zullen starten.

Gedurende de gehele looptijd van het programma in 2024 en 2025 zullen er bij afronding van iedere gesprekstafel tussenproducten opgeleverd worden, welke ter besluitvorming aan de stuurgroep voorgelegd dienen te worden. Daarnaast staat het programma gedurende het hele jaar 2025 uitvoerig stil bij de communicatieplannen en implementatietraject. Tot slot zal Q4 2025 het gehele programma geëvalueerd en opgeleverd worden en ter besluitvorming voorgelegd worden aan de stuurgroep.

Met deze werkwijze wordt er stapsgewijs, vanuit een gedegen dialoog met professionals en goede praktijkvoorbeelden op basis van inhoud zorgvuldig een actueel vraagstuk uitgewerkt met het vergroten van kwaliteitstransparantie als doelstelling.

In figuur 2 op de volgende pagina wordt de globale planning en volgorde van de activiteiten visueel weergegeven.

Figuur 2 | Globale planning uitvoering programma



## 4 Gesprekstafels

Landelijk opgehaalde urgente vraagstukken agenderen we als thema's. Binnen ieder thema blijft het overkoepelende doel; leren en verbeteren in betekenisvolle datagedreven dialogen ten behoeve van passende zorg. Dit zal binnen de gesprekstafels op een manier worden uitgewerkt die past bij het inhoudelijke thema. Ieder thema vraagt een eigen insteek doordat ieder thema een inhoudelijk vraagstuk is met een eigen vertrekpunt, met andere deelnemers en een eigen tijdlijn.

Om de geleerde lessen te bestendigen op basis van eerdere ervaringen uit het veld inclusief vanuit huidige thema's die aankomend jaar zullen starten, hebben we hieronder enkele procesmatige en inhoudelijke uitgangspunten in kaart gebracht. Binnen ieder thema wordt aangesloten bij één of meer sporen vanuit het project Leren en Verbeteren.

### Procesmatige uitgangspunten

1. Maak een gesprekstafel niet te groot. Per gesprekstafel zijn er maximaal 10 deelnemers. De deelnemers zijn inhoudsdeskundigen. Zij nemen zonder last en ruggenspraak deel.
2. Zet in op ongeveer 10 bijeenkomsten.
3. Zorg voor draagvlak bij de branchepartijen. Zij moeten zich committeren aan het proces van een gesprekstafel. De vertaling naar beleid komt na de dialoog. Daarin hebben de brancheorganisaties zelf een belangrijke stem.
4. Zorg voor een goede inkadering, zodat iedereen weet met welke opdracht en in welke context de dialoog wordt gevoerd. Zorg om deze reden voor een goede gesprekspartner die het gesprek ten alle tijden inkadert.
5. Zorg voor een onafhankelijk procesbegeleider, die ook zorgdraagt voor de vastlegging van resultaten en de op te volgen acties.
6. Zorg dat resultaten beknopt en in begrijpelijke taal worden gerapporteerd.
7. Bedenk van tevoren welke data je nodig hebt. Men moet niet uit het oog verliezen dat data ondersteunend is aan de werkvloer. Spiegelinformatie is ondersteunend aan de dialoog. Data moet je ook doen.
8. De gesprekstafels starten met een goede kick-off en de juiste informatievoorziening.
9. Goede afstemming met bestaande landelijke overlegvormen (geen dubbelingen).
10. Focus op de 80%, dan is het maximale bereikt. Verlies je niet in discussies over de uitzonderingen (20%).

### Inhoudelijke uitgangspunten

1. Laat de inhoud leidend zijn, wat is het probleem en wat willen we bereiken? Houd rekening met de verschillen in sociaal-maatschappelijk context waarbinnen de zorg wordt geleverd, bijvoorbeeld de verschillen tussen regio's in voorzieningen.
2. Voor elke gesprekstafel is het startpunt een onderzoeksvraag/hypothese, die door de gesprekstafel zelf wordt geformuleerd en door de stuurgroep wordt bekrachtigd.
3. Zorgprofessionals ontlasten we waar mogelijk, maar zijn wel de sleutel voor een goede interpretatie.
4. Werk vanuit een gezamenlijk doel en een collectieve ambitie. Zorg dat deelnemers denken in de grote lijnen en niet in uitzonderingen. Passende zorg gaat over groepen patiënten niet een individuele patiënt.
5. Binnen iedere gesprekstafel moet aandacht zijn voor de aansluiting op de drie sporen van leren en verbeteren en mogelijk toepasbaar zijn binnen de huidige zorgstandaarden.

Naast deze uitgangspunten hebben we hieronder een overzicht opgesteld van de verschillende fases die belangrijk zijn om tot een uitwerking per gesprekstafel te komen en welke punten belangrijk zijn om in die fase in overweging te nemen.

## Fases gesprekstafel

### 1. Opstartfase

De gesprekstafel start vanuit een actueel vraagstuk uit de praktijk. Het onderwerp is urgent en het momentum klopt. Vanuit de onderwerpkeuze is het van belang om een helder doel te formuleren en naar welk resultaat er toegewerkt wordt. Hierbij is het noodzakelijk dat er nadere verkenning plaatsvindt van het probleem, de afbakening en definiëring. Welk probleem wordt er ervaren en wat willen we hiermee oplossen?

- Vervolgens:
  - Welke goede praktijkvoorbeelden of koplopers zijn er rondom dit onderwerp ten behoeve van bottom-up leren en het creëren van draagvlak. Wie en wat hebben we eventueel nodig om het vraagstuk voldoende vorm te geven?
  - Er wordt geïnventariseerd welke data relevant en beschikbaar is.

### 2. Verdiepingsfase

- De te nemen activiteiten en gewenste resultaten worden zo concreet mogelijk gemaakt.
- De gesprekstafel denkt na over de borging van de drie sporen. Op welke manier komt de samenwerkingsrelatie en de toegevoegde waarde van relevante informatie voor de cliënt en/of naasten terug?
- Analyseren van alle beschikbare informatie.
- Bepalen van welke infrastructuur (data) er gebruik wordt gemaakt.

*Na deze fase uitwerking probleemstelling/hypothese, aanpak laten bekrachtigen door het programmteam.*

### 3. Uitvoeringsfase

- Analyseren van beschikbare informatie.
- Interpreteren van uitkomsten analyse.
- Hoe faciliteren we de waarde gedreven dialoog? Welk format kan hierbij gehanteerd worden?
- Beschrijven van goede voorbeelden.
- Toewerken naar het eindproduct.

*Na deze fase accordering van conclusies en product in het programmteam.*

### 4. Communicatiefase

- Hoe gaan we het goede voorbeeld laten landen in de praktijk? Hoe zorgt de gesprekstafel ervoor dat het goede voorbeeld voldoende bekendheid heeft en draagvlak voor toepassing.
- Van doen naar laten zien, eerste proef op de bruikbaarheid. Implementatie.

### 5. Evaluatiefase:

Opgedane inzichten worden vastgesteld. Er wordt gereflecteerd over het proces en de resultaten die zijn behaald. Er wordt specifiek stil gestaan bij de bijdrage aan het bredere doel van versterken van kwaliteitstransparantie, de resultaten worden in het bredere programma meegenomen. Er wordt vastgelegd welke vervolgstappen er noodzakelijk zijn om de gehaalde successen te borgen. Er worden adviezen meegegeven voor de continuïteit en verdere ontwikkeling.

Op de volgende pagina wordt per voorgesteld thema een nadere uitwerking gegeven, met inachtneming van bovenstaande uitgangspunten en fases.

## 4.1 Ernstige Psychiatrische Aandoeningen (EPA)

De dialoogtafel is op zoek gegaan naar informatie-elementen die als proxy kunnen dienen voor de verschillende elementen uit de definitie van EPA, met als doel om de EPA-doelgroep te kunnen detecteren in de data van het zorgprestatie-model.

Er wordt van 'Ernstige Psychische Aandoeningen' gesproken wanneer:

- Er sprake is van een psychiatrische stoornis (inclusief middelenmisbruik en verslaving) die zorg/behandeling noodzakelijk maakt (niet in symptomatische remissie);
- die met ernstige beperkingen in het sociaal en/of maatschappelijk functioneren gepaard gaat (niet in functionele remissie);
- waarbij de beperking oorzaak en gevolg is van een psychiatrische stoornis;
- die niet van voorbijgaande aard is (structureel c.q. langdurig, ten minste enkele jaren);
- en waarbij gecoördineerde zorg van professionele hulpverleners in zorgnetwerken geïndiceerd is om het behandelplan te realiseren.

De dialoogtafel EPA heeft eerst een aantal hypothesen opgesteld voor het detecteren van de EPA-doelgroep. Deze hypothesen zijn nog steeds aan aanpassingen onderhevig.

De dialoogtafel heeft het volgende stappenplan vastgesteld voor het vervolg.

1. Reflecteren op criteria (dialoogtafel)
2. Vragen aan Vektis hoe de criteria te operationaliseren
3. Query bespreken met data-analisten ggz-instellingen
4. Query draaien en data ophalen (Vektis)
5. Check of data herkenbaar beeld geeft (dialoogtafel)
6. Aanscherpen van query
7. Casus vergelijken met query (dialoogtafel)

Dit stappenplan kon later starten dan gewenst, omdat de declaratiedata 2022 pas na de zomer van 2023 beschikbaar was voor Vektis. En nog steeds is deze dataset niet volledig. Stap 1, 2, 4 en 5 worden momenteel in een iteratief proces uitgevoerd. Er is nog geen koppeling gemaakt met data-analisten van (eigen) ggz instellingen.

Vektis heeft de selecties van de dialoogtafel operationeel gemaakt en deze afgestemd met de dialoogtafel. Vervolg heeft Vektis de data hierop onderzocht en op basis daarvan zijn aanscherpingen doorgevoerd in de criteria. In december 2023 zijn nieuwe resultaten getoond van de query. Wanneer de aangescherpte criteria passende resultaten tonen zullen ook de andere stappen worden gezet. Dit proces is nog volop gaande.

### Benodigde vervolgstappen dialoogtafel EPA in 2024

Nu de dialoogtafel ten aanzien van de selectiecriteria EPA een grote stap heeft gezet, zouden in 2024 de volgende stappen moeten worden doorlopen:

1. Bespreken resultaten data-analyse in dialoogtafel
2. Onderzoek of selectiecriteria en operationalisering binnen eigen instellingen herkenbaar resultaat geeft
3. Waar nodig populatie indelen in sub-patiëntgroepen
4. Definitief maken selectiecriteria en operationalisering
5. Onderzoek naar bestaande behandelingen bij EPA-doelgroep
6. Per patiëntgroep behandelkenmerken beschrijven
7. Vervolggesprek over passende zorg bij groepen patiënten
8. Opstellen eindrapportage

## 4.2 Verslavingszorg

De dialoogtafel Verslavingszorg is van mening dat het beschrijven van Gepast Gebruik begint bij het in kaart brengen van groepen patiënten. Bij die groepen patiënten kunnen vervolgens normen voor Gepast Gebruik worden beschreven. Deze normen op groepsniveau mogen de best passende behandeling voor het individu niet belemmeren.

Achtereenvolgens heeft de dialoogtafel de volgende stappen doorlopen:

- Benoemen van algemene uitgangspunten voor Gepast Gebruik
- Afbakenen van de patiëntpopulatie
- Populatie indelen in patiëntgroepen
- Aan de hand van patiëntvoorbeelden patiëntindeling toetsen
- Per patiëntgroep patiëntkenmerken beschrijven
- Per patiëntgroep behandelkenmerken beschrijven
- In matrix patiëntgroepen matchen met behandelkenmerken

De uitkomst van deze werkgroep is opgenomen in het document [Gepast Gebruik in de Verslavingszorg](#).

De dialoogtafel heeft nog geen stappen ondernomen om de patiëntgroepen in de data te detecteren en analyseren, omdat hiervoor in de zomer 2023 nog geen data beschikbaar was.

### Benodigde vervolgstappen dialoogtafel verslavingszorg in 2024

Nu de dialoogtafel op inhoud consensus heeft bereikt, zouden in 2024 de volgende stappen moeten worden doorlopen:

1. Analyseren van beschikbare data en spiegelinformatie over deze patiëntgroepen.
2. Vaststellen op basis van welke informatie-elementen deze patiëntgroepen inzichtelijk kunnen worden gemaakt.
3. Operationaliseren informatie-elementen door Vektis in afstemming met dialoogtafel.
4. Bij overeenstemming over operationaliseren: data-analyse door Vektis
5. Bespreken resultaten data-analyse in dialoogtafel.
6. Aanvullen rapportage met informatie-elementen die patiëntgroepen inzichtelijk maken.
7. Vervolggesprek over passende zorg bij groepen patiënten.
8. Waar nodig updaten eindrapportage.

## 4.3 Doelstelling, evaluatie en beëindiging van behandeling

Het onderwerp *Doelstelling, evaluatie en beëindiging van behandeling* werd door de meeste partijen aangegeven als een belangrijk onderdeel van kwaliteit van zorg. Ook zien de partijen dat hierin verbetering mogelijk is en daarom is dit onderwerp gekozen om op te pakken in het project kwaliteitstransparantie.

De voorlopige doelstelling van dit onderwerp in het project luidt als volgt:

*Alle behandelaren in de ggz evalueren gestructureerd en zonder belemmeringen<sup>14</sup> de behandeling. Evalueren gebeurt samen met de patiënt en naasten. Behandelaren sturen bij wanneer de behandeling geen of onvoldoende resultaat boekt en stoppen wanneer het vooraf opgestelde doel bereikt is of wanneer er andere redenen aanwezig zijn om de behandeling te beëindigen. Hiermee wordt concreet invulling gegeven aan het begrip 'passende zorg'.*

Om dit doel te bereiken wordt een gesprektafel opgestart. Vooraf worden een aantal opmerkingen geplaatst die belangrijk zijn en waarvan bepaald moet worden of en in welke

<sup>14</sup> Belemmeringen op micro-, meso- of macroniveau mogen er niet zijn. Denk aan onvoldoende ICT-ondersteuning op microniveau en een afrekencultuur op meso- of macroniveau.

mate dit onderdeel is van het project dan wel op welke manier hiermee de verbinding wordt gelegd:

1. Evalueren begint al bij de instroom (is deze persoon op de juiste plek?). De thematafel samenwerking huisartsen, sociaal domein en ggz vanuit het IZA houdt zich hiermee bezig.
2. Binnen de ggz zijn subgroepen te onderscheiden. De inzichten uit deze gesprekstafel zijn mogelijk in meer of mindere mate op alle subgroepen van toepassing.
3. Het organiseren van nazorg na het stoppen van de behandeling is complex.
4. Het ggz-veld heeft hulpmiddelen/best practices op het gebied van evalueren van behandelingen. Hierbij wordt op aangesloten.

### **Opstartfase**

De volgende activiteiten worden voorgesteld in de opstartfase:

1. De gesprekstafel wordt samengesteld en bestaat uit professionals, ondersteunend personeel (denk aan kwaliteitsfunctionarissen), cliënten/ervaringsdeskundigen en/of naasten. De gesprekstafel gaat zich bezighouden met onderstaande acties, maar kan ook zelf bepalen wat relevant is te behandelen in het netwerk.
2. Er wordt geïnventariseerd of en welke data nodig en beschikbaar is.
3. Er wordt geïnventariseerd aan welke randvoorwaarden moet worden voldaan om succesvol te zijn bij het halen van het hierboven gestelde doel. Hierbij benoemden we specifiek de wettelijke mogelijkheden voor het delen van data.
4. Er wordt geïnventariseerd welke middelen nodig zijn om de gesprekstafel te faciliteren, hiervoor wordt een begroting gemaakt waar een procesbegeleider onderdeel van is.
5. Er worden goede praktijkvoorbeelden opgehaald op het gebied van evalueren en afronden van behandelingen.

### **Verdiepingsfase en uitvoeringsfase**

In de verdiepingsfase gaat de gesprekstafel aan de slag vanuit spoor 1 en 2 van het project Leren en Verbeteren:

- Spoor 1: Leren en verbeteren in netwerken van professionals of van professionals met cliënten en naasten (verspreiden en opschalen van goede praktijkvoorbeelden);
- Spoor 2: Gepast gebruik door middel van samen beslissen en keuze-informatie (passende zorg voor cliënten op basis van samen beslissen);

Hoewel de gesprekstafel eigen acties kunnen bepalen, buigen ze zich in elk geval over het formuleren van een definitie van 'evalueren' en een definitie wat tijdig afronden is. Ook inventariseren zij wat de belemmerende<sup>15</sup> en de bevorderende factoren voor evalueren en afronden van behandelingen zijn.

De CQi wordt ingezet om de tevredenheid van cliënten te meten. Deze wordt ingevuld na het afronden van een behandeling. De gesprekstafel geeft aandacht aan wat er nodig is om tevredenheid van cliënten gestructureerd te meten in samenwerking met Akwa ggz.

Vervolgens wordt invulling gegeven aan wat de gesprekstafel concreet gaat opleveren.

Denk aan een format hoe evalueren bespreekbaar gemaakt kan worden. Er wordt onderzocht hoe de beschikbare gegevens gecombineerd kunnen worden om te komen tot een bruikbare verzameling aan kwaliteitsinformatie.

### **Communicatiefase**

Als de gesprekstafel het eindproduct heeft opgeleverd is het tijd om dit te vertalen naar de praktijk. Dit begint met een check op de bruikbaarheid en de uitvoerbaarheidstoets.

Implementatie lukt alleen heel dichtbij en met de praktijk, passend bij de lokale werkwijze. Eigenaarschap en aansluiten bij de context zijn hierbij cruciaal.

<sup>15</sup> Denk bij belemmerende factoren aan het ontbreken van geschikte nazorg, het niet hebben van een woning of een netwerk bij patiënten. Vanuit de behandelaar kan aansprakelijkheid een reden zijn om de behandeling niet te stoppen.

Als de inzichten deze toetsen hebben doorstaan, is het tijd voor de implementatie. Deze implementatie wordt mogelijk overgenomen door een implementatiegroep. In de communicatiefase worden de volgende zaken afgesproken:

1. een communicatieplan
2. een implementatieplan
3. bepaling van waar en voor wie welke inzichten zichtbaar gemaakt worden.

### **Evaluatiefase**

Tot slot wordt bovenbeschreven proces geëvalueerd. De evaluatie vindt plaats met alle deelnemers aan de gesprekstafel en de (eventueel andere) implementatiegroep. De inzichten hieruit worden gebruikt in de volgende fase van het programma Versterken kwaliteitstransparantie ggz.

## **4.4 Autisme**

De wachttijden voor mensen met een autisme spectrum stoornis behoren tot de langste in de ggz. Het betreft vooral de aanmeldwachttijd<sup>16</sup>. Verder kan de hulpvraag van mensen met autisme breder of anders zijn dan curatieve zorg. Denk bijvoorbeeld aan problemen op het gebied van lichamelijke gezondheid, sociale contacten en werk. Daarnaast gaat het om een chronische aandoening met variaties binnen het spectrum en die in allerlei levensfasen in meer of mindere mate zorg en/of begeleiding vraagt. Deze verschillende aspecten maken passende zorg voor mensen met autisme van belang. Daaruit volgt dan ook de vraag welk aanbod voor mensen met autisme nodig is en in welk domein dit aanbod past.

Allereerst gaan de betrokken partijen verschillende zaken inventariseren:

1. Wat loopt er op dit thema al, bijvoorbeeld bij Akwa ggz en TOPGGz
2. Welke vorm voor de gesprekstafel is passend (welke aanliegroute/spoor vanuit het project leren en verbeteren)
3. Wie moet er betrokken zijn bij deze gesprekstafel
4. Welke randvoorwaarden zijn nodig, zoals
  - a. Benodigde middelen om de dialoog te faciliteren
  - b. Benodigde en beschikbare data, zowel kwantitatief bij Vektis en Akwa ggz als kwalitatief?
5. Welke afbakening wordt gekozen?

Vervolgens vindt, mede op basis van ervaringen met de dialoogtafels EPA en verslavingszorg, nadere uitwerking plaats van onder andere de doelstelling. Bepaald wordt wat de gesprekstafel gaat opleveren. En wat de praktijk ervan gaat merken, zowel zorginhoudelijk, financieel als maatschappelijk. Daarna volgt de uitvoering van de gesprekstafel, de implementatie en tot slot volgt een evaluatie.

<sup>16</sup> [Wachttijden | Geestelijke gezondheidszorg | Volksgezondheid en Zorg \(vzinfo.nl\)](https://www.vzinfo.nl/wachttijden-geestelijke-gezondheidszorg)

## 5 Governance

### 5.1 Betrokken partijen

Hoewel dit programma deel uitmaakt van het IZA, is er bewust voor gekozen om het breder aan te pakken dan alleen met de IZA partijen. Dit houdt in dat alle relevante branche- en beroepsgroepen, patiëntenverenigingen en zorgverzekeraars betrokken zijn. De partijen in onderstaande tabel zullen in ieder geval betrokken moeten worden gedurende de looptijd van het programma. Deze lijst is niet uitputtend en in ontwikkeling.

Rol	Partijen
Opdrachtgever	Ministerie van VWS
Programmaleider	NNTB
Procesbegeleider	Zorginstituut Nederland
Programmteam	Akwa ggz, de Nederlandse ggz, Landelijke Vereniging van Vrijgevestigde Psychologen & Psychotherapeuten, MIND, Nederlands Instituut van Psychologen, Nederlandse Vereniging voor Psychiaters, P3NL, Platform MEERGGZ, Zorgverzekeraars Nederland
Stuurgroep	De Nederlandse ggz, Landelijke Vereniging van Vrijgevestigde Psychologen & Psychotherapeuten, MIND, Nederlands Instituut van Psychologen, Nederlandse Vereniging voor Psychiaters, P3NL, Platform MEERGGZ, Zorgverzekeraars Nederland
Belanghebbenden	Burgers, zorgaanbieders/professionals, zorgkantoren, Zorgverzekeraars Nederland, IGJ, Zorginstituut Nederland, NZa, MIND, branche- en beroepsgroepen, Ministerie van VWS
Informatieleden	IGJ, Ministerie van VWS en de NZa. Naast de partijen, die deelnemen in programmteam/stuurgroep zullen de beroepsverenigingen worden geïnformeerd die ook betrokken zijn bij het LKS. Dat zijn alle beroepsgroepen, die ook als regiebehandelaar in de GGZ kunnen acteren.

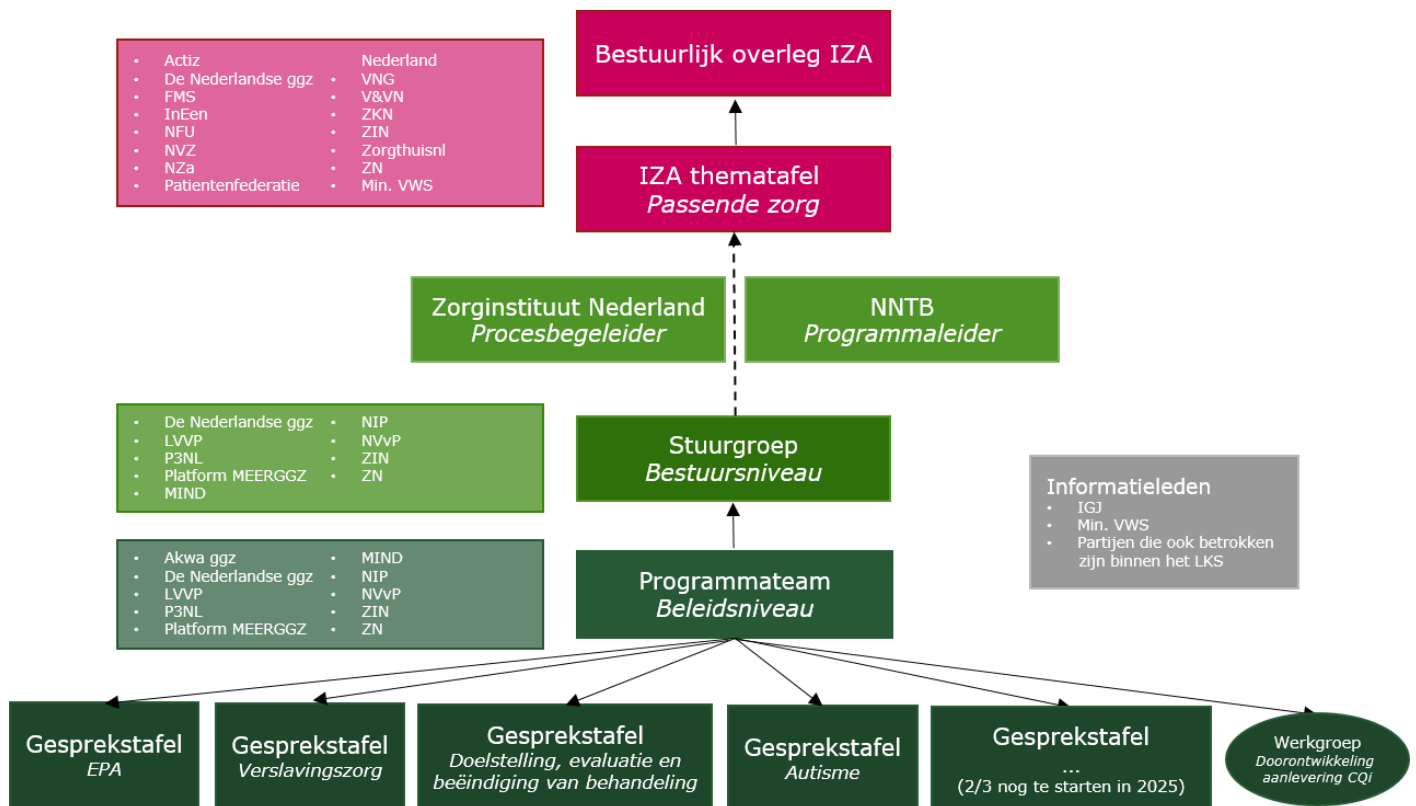
De publieke partijen, het ministerie van VWS, IGJ, NZa en het Zorginstituut hebben een meervoudige rol in dit programma. Naast opdrachtgever is VWS ook afnemer van informatie voor beleidsvorming, en daarmee belanghebbende in de op te leveren resultaten. Ook de IGJ is belanghebbende en daarnaast ophaler van informatie. De NZa is naast belanghebbende vanuit haar toezichtfunctie ook ophaler van informatie. Deze meervoudige rollen maakt dat deze partijen ook in de governance vanuit verschillende perspectieven worden betrokken in het programma.

### 5.2 Governance

De inrichting van de governance moet borgen dat de beoogde resultaten worden behaald. Daarbij is het van belang dat de juiste belanghebbenden deelnemen in het programma om optimaal te sturen en stappen te zetten in de richting van het gewenste resultaat. Ook

moet de relatie met aanpalende activiteiten en programma's worden geborgd. Figuur 3 hieronder geeft de governance van het programma weer.

Figuur 3 | Governance programma



Het programma kent een complex karakter door de diverse thema's die deels gefaseerd en gelijktijdig zullen starten. Voor het borgen van de overkoepelende doelstelling, gezamenlijke ambitie en het bewaken van de planning en structuur is het noodzakelijk om een programmaleider aan te stellen. Er zullen veel partijen op diverse thema's intensief gaan samenwerken binnen complexe vraagstukken. De programmaleider coördineert namens het programmateam het werk aan de thema's en houdt de verschillende thema's in verbinding met elkaar en het programmateam. Daarnaast bereidt en zit hij de overleggen op alle niveaus voor en bewaakt de algehele planning van het programma. De programmaleider krijgt ondersteuning van een junior adviseur en neemt het schrijven van stukken, verslagen en ondersteuning op communicatiegebied op zich.

Het Zorginstituut is in een procesmatige en faciliterende rol betrokken bij het programma. Dat betekent dat het Zorginstituut de veldpartijen ondersteunt, stimuleert en de voortgang van het programma bewaakt. Het Zorginstituut stuurt wel op de doelen en randvoorwaarden, maar bepaalt niet de inhoud, de inhoudelijke expertise is aan het veld. Het Zorginstituut ondersteunt de programmaleider bij het behouden van de verbinding op de diverse deelthema's en de verbinding met de doelstelling.

De stuurgroep is samengesteld op bestuursniveau of door personen met bestuurlijk mandaat van alle betrokken partijen. Vanuit het programmateam worden de stukken ingebracht bij de stuurgroep ter besluitvorming, hierbij hebben de partijen de mogelijkheid om een secundant vanuit het programmateam aan te laten sluiten. Waarna de stukken, na akkoord, ter besluitvorming ingebracht worden bij de IZA thematafel Passende zorg. Enkel indien er bijzonderheden en/of knelpunten zijn, zal geëscaleerd worden naar het bestuurlijk overleg IZA.

Het programmateam is samengesteld uit medewerkers op beleidsniveau van alle betrokken partijen. Onder het programmateam worden meerdere gesprekstafels op thema gestart. Deze worden samengesteld met experts op het betreffende thema. Data kan worden geleverd door Vektis, mits hiervoor een gericht verzoek wordt ingediend.

## 6 Begroting

In het kader van de uitvoering van het programma is onderstaande begroting opgesteld. Onderstaande tabel geeft een overzicht weer van de overkoepelende begroting. Het totale bedrag komt op €476.400 voor de uitvoering van het programma voor 2024 en 2025. Daarnaast wordt hieronder per onderdeel een nadere toelichting gegeven. Hierin is rekening gehouden met de in hoofdstuk 3.3 opgenomen globale planning en zijn middelen opgenomen voor de uitvoering van het programma, implementatie en communicatie. Hieronder volgt een toelichting per kostenpost.

### Begroting Versterken kwaliteitstransparantie ggz

<b>Begroting 2024-2025</b>			
<b>* € 1.000</b>	<b>2024</b>	<b>2025</b>	<b>Totaal</b>
Personele kosten	€ -	€ -	€ -
Externe inhuur	€ 95,83	€ 104,54	€ 200,38
Bureau- en overige kosten	€ 132,01	€ 144,01	€ 276,02
	<b>€ 227,84</b>	<b>€ 248,55</b>	<b>€ 476,40</b>
<b>Bureau- en overige kosten</b>			
<b>* € 1.000</b>	<b>2024</b>	<b>2025</b>	<b>Totaal</b>
Kosten externe partijen (procesbegeleiding)	€ 30,67	€ 33,46	€ 64,13
Kosten externe partijen (vacatiegelden)	€ 80,35	€ 87,65	€ 168,00
Kosten externe partijen (communicatie)	€ 17,36	€ 18,94	€ 36,30
Overige kosten (werkplekbeheer etc.)	€ 3,63	€ 3,96	€ 7,59
	<b>€ 132,01</b>	<b>€ 144,01</b>	<b>€ 276,02</b>
<b>FTE overzicht</b>			
	<b>2024</b>	<b>2025</b>	
ZIN personeel	-	-	
Externe inhuur Programmamanager	0,30	0,33	
	<b>0,30</b>	<b>0,33</b>	

### 6.1 Personele kosten Zorginstituut

Het Zorginstituut ondersteunt de extern in te huren programmamanager met twee adviseurs uit het team ggz en sociaal domein bij het behouden van de verbinding op de diverse deelthema's en de verbinding met de overkoepelende doelstelling. Het Zorginstituut participeert inhoudelijk mee in het kader van de maatschappelijke opgave en de aansluiting bij de kaders van passende zorg. Daarnaast blijft het Zorginstituut een rol als procesbegeleider houden voor agendaplanning, voorbereiding, begeleiding, vastlegging, etc. Los van de twee adviseurs die bovenstaande verantwoordelijkheden zullen dragen, faciliteert het Zorginstituut in juridische consultatie en BI specialisten.

De personele kosten hiervoor zijn begroot binnen het Zorginstituut, hiervoor zijn geen extra kosten opgenomen in de begroting van het programma.

### 6.2 Externe inhuur

Specifiek voor dit programma wordt een externe onafhankelijke programmamanager ingehuurd. De programmamanager coördineert namens het programmateam het werk aan de thema's en houdt de verschillende thema's in verbinding met elkaar en het programmateam. Daarnaast bereidt en zit de programmamanager de overleggen op alle niveaus voor en bewaakt de algehele planning van het programma.

De eerste stap voor de programmamanager zal zijn om tezamen met de betrokken partijen het huidige plan van aanpak verder te concretiseren. De volgende punten zal deze programmamanager als eerste uitwerken om te komen tot passende resultaten:

1. Uitwerken hoe de uitkomsten vanuit de gesprekstafels landelijk uitgerold kunnen worden ten behoeve van een bredere versterking van de kwaliteitstransparantie in de ggz, bijvoorbeeld in lerende netwerken op diverse niveaus.
2. Vaststellen samenstelling gesprekstafels en concretiseren van de bevoegdheden en verantwoordelijkheden binnen iedere gesprekstafel.

3. Vaststellen welke tussenproducten en eindproducten opgeleverd dienen te worden.
4. Concreet uitwerken van het communicatie- en implementatieplan.
5. De samenhang met andere lopende activiteiten en ontwikkelingen moet bewaakt worden.
6. De programmamanager moet ook expliciet aandacht hebben voor de doorontwikkeling van de CQi en de zorgvraagtypering.

De inschatting is dat deze programmamanager 1,5 dag per week, 92 weken lang, aan het programma zal besteden. De kosten voor de inzet van de programmamanager worden ingeschat op €200.380.

## **6.3 Bureau- en overige kosten**

### **6.3.1 Kosten externe partijen (procesbegeleiding)**

De gesprekstafels EPA en Verslavingszorg hebben in 2023 consensus over de inhoud bereikt. In 2024 is het van belang dat er volgende stappen worden gezet in het analyseren van beschikbare data en het operationaliseren van informatie-elementen. Gezien het vervolg ook veel structuur en technische vraagstukken met zich mee brengt is ervaren procesbegeleiding noodzakelijk. Daarnaast moeten er volledig nieuwe gesprekstafels worden opgezet. De externe onafhankelijke programmamanager zal de procesbegeleiding van de gesprekstafels doen. Het Zorginstituut zal hier eveneens bij betrokken blijven. De kosten voor procesbegeleiding aan deze tafels wordt ingeschat op €64.130.

### **6.3.2 Kosten externe partijen (vacatiegelden)**

Er zullen diverse experts aansluiten bij de gesprekstafels. Het gaat hierbij om vacatiegelden voor zorgprofessionals, cliënten en naasten. In het kader van het beginsel van gelijke behandeling worden de vacatiegelden aan iedereen aangeboden. Hierbij wordt een inschatting gemaakt van circa 8 personen met een uurtarief van €100, met een maximum van 30 uur. De kosten voor 7 gesprekstafels komen hierbij uit op €168.000.

### **6.3.3 Kosten externe partijen (communicatie)**

Het programma wil de gezamenlijke ambitie ruim onder de aandacht brengen aan een breed publiek van cliënten, professionals, bestuursleden, branche- en beroepsverenigingen en overheidsinstanties. Hierbij is ondersteuning benodigd vanuit een communicatie-expert en wellicht een vormgever of videoproducent. Hierbij zullen fysieke en digitale producten opgeleverd en verspreid worden. Voor de fysieke producten, waarbij gedacht kan worden aan het organiseren van een symposium, zal extern een bureau ingehuurd worden. Uiteraard zal het Zorginstituut hierbij wel betrokken zijn in de vorm van de gebruikelijke digitale producten. Echter de grootschalige ambitie die binnen dit programma ligt om communicatie dichtbij de werkvloer te organiseren en fysieke producten op te leveren, past niet binnen de reguliere begroting van het Zorginstituut.

De kosten voor communicatie worden ingeschat op €36.300.

### **6.3.4 Overige kosten**

Er wordt 12 euro per uur voor de externe inhuur gerekend voor werkplekbeheer en ICT middelen. Er wordt een bedrag van €7.590 hiervoor gerekend.

## 7 Bijlage 1: addendum uitvoeringsplan

### **Inleiding**

Partijen uit het veld hebben onder leiding van het Zorginstituut in 2023 gezamenlijk hard gewerkt om te komen tot het uitvoeringsplan ten behoeve van het programma *Versterken kwaliteitstransparantie ggz*. Met het oog op de intrinsieke motivatie en het draagvlak is gekozen voor een bottom-up aanpak. Binnen het overkoepelde programma wordt gewerkt in deelprojecten (zogenoemde gesprekstafels). Het huidige uitvoeringsplan biedt in grote lijnen het plan van aanpak. Hierin zijn ook de procesmatige en inhoudelijke randvoorwaarden beschreven om uitvoering te kunnen geven aan het programma.

### **Vervolg opdracht**

In aanvulling op bijgevoegd uitvoeringsplan beschrijven we in dit addendum de eerste stappen die een, nog aan te stellen, onafhankelijke programmaleider zal moeten zetten. Van deze programmaleider wordt verwacht dat hij/zij de belangen van het tripartiet onafhankelijk en evenredig behartigt. Deze programmaleider zal gekozen worden op basis van consensus van de stuurgroep aangedragen personen.

Om ruimte te bieden voor de expertise van deze ervaren programmaleider zijn de details binnen iedere gesprekstafel nog niet volledig uitgewerkt in het uitvoeringsplan. De eerste stap voor de programmaleider zal zijn om tezamen met de betrokken partijen het huidige plan van aanpak verder te concretiseren.

De volgende punten zijn hierbij van belang:

1. Uitwerken hoe de uitkomsten vanuit de gesprekstafels landelijk uitgerold kunnen worden ten behoeve van een bredere versterking van de kwaliteitstransparantie in de ggz, bijvoorbeeld in lerende netwerken op diverse niveaus.
2. Vaststellen samenstelling gesprekstafels en concretiseren van de bevoegdheden en verantwoordelijkheden binnen iedere gesprekstafel.
3. Het programma kent een looptijd van twee jaar. Het is noodzakelijk dat er op vastgestelde momenten met de stuurgroep wordt geëvalueerd. Hierbij moet nog vastgesteld worden welke tussenproducten en eindproducten opgeleverd dienen te worden.
4. Concreet uitwerken van het communicatie- en implementatieplan.
5. De samenhang met andere lopende activiteiten en ontwikkelingen moet bewaakt worden.
6. De programmaleider moet ook expliciet aandacht hebben voor de doorontwikkeling van de CQ<sub>i</sub> en de zorgvraagtypering.

Vanuit de stuurgroep wordt de voorkeur uitgesproken om de financiële middelen voor dit programma vanuit de begroting van VWS te organiseren.