

**Zorginstituut Nederland**

T.a.v. de Kwaliteitsraad

Per e-mail:

[KBoerman@zinl.nl](mailto:KBoerman@zinl.nl)[BBerg@zinl.nl](mailto:BBerg@zinl.nl)**V&VN**

Contactpersoon: Katja van Essen

e-mail: [k.essen@venvn.nl](mailto:k.essen@venvn.nl)

Onderwerp:

Voorlopige reactie V&amp;VN op GM I&amp;C

Kenmerk:

V&amp;VN/20200819/VCGGZ-VS-GH

Datum:

19 augustus 2020

Geachte heer Kremer,

Voor u ligt de voorlopige reactie van de Vereniging voor Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland (V&VN) op het concept van de Generieke Module "Indiceren en Coördineren" (GM I&C) opgesteld door de Kwaliteitsraad, als antwoord op diens doorzettingsmacht rond het vraagstuk regiebehandelaarschap in de GGZ. Wij willen u danken voor de gelegenheid te kunnen reageren op uw concept.

**Reactie**

Alhoewel wij zien dat de Kwaliteitsraad heeft gezocht naar een elegante oplossing, om de discussie rond regiebehandelaarschap te beslechten, geeft dit voorstel onzes inziens geen antwoord op het probleem dat u wilt oplossen.

Wij verwachten dat de Generieke Module Indiceren en Coördineren meer negatieve effecten zal hebben voor uitvoering en organisatie van zorg en de beroepsuitoefening van de professional, dan het actuele regiebehandelaarschap al kent. Deze negatieve effecten zullen de kwaliteit van zorg verlagen en naar onze overtuiging, de client schaden.

Om deze negatieve effecten te voorkomen, bepleiten we dan ook de Generieke Module "Indiceren en Coördineren" niet in te voeren in de GGZ.

**Effecten op de uitvoering en organisatie van de geestelijke gezondheidszorg**

De concept GM I&C beschrijft een splitsing van de rol van regiebehandelaar naar indicerend en coördinerend zorgverlener, waarmee de term en rol van de regiebehandelaar in de GGZ komt te vervallen.

Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland  
Orteliuslaan 1000, 3528 BD Utrecht  
Postbus 8212, 3503 RE Utrecht  
T. (030) 291 90 50  
[www.venvn.nl](http://www.venvn.nl) [info@venvn.nl](mailto:info@venvn.nl)

De Kwaliteitsraad kiest hierbij voor een scheiding van rollen, zodat minder rollen en verantwoordelijkheden bij één zorgverlener worden belegd en daarmee kwaliteit – zo is de veronderstelling – wordt verbeterd. Wij verwachten echter een tegengesteld effect op de kwaliteit door het verder verdelen van taken.

Uit onderzoek is gebleken dat door een grotere mate van scheiding tussen regelen en uitvoeren, alsook het opdelen van taken in deeltaken, meer afstemming nodig is. Dat heeft een negatief effect op de kwaliteit van organisatie en arbeid. Iedere extra opdeling heeft een negatief effect op doorlooptijden, kwaliteitsbeheersing, mate van stress voor hulpverleners en mogelijkheden om te leren, zich te ontwikkelen en betrokken te voelen. Die effecten hebben een rechtstreekse invloed op de kwaliteit van zorg en zijn niet lineair maar exponentieel (1). Recent onderzoek heeft eveneens laten zien dat een negatieve invloed bestaat bij een toename van het aantal relaties in de hulpverlening in de geestelijke gezondheidszorg. Zowel effectiviteit als efficiëntie nemen af en wachttijden nemen toe (2). In de GM I&C is niet slechts sprake van een vermeerdering met één relatie maar van meerdere relaties. De cliënt spreekt de indicerende, coördinerende en uitvoerende hulpverlener. Deze hulpverleners spreken elkaar ook op regelmatige basis, niet alleen op gewenste momenten maar ook op extern voorgeschreven momenten. De verwachting is dat dit significante negatieve gevolgen zal hebben voor de effectiviteit, efficiëntie en tijdigheid van de zorg in de GGZ (1).

Tegen de achtergrond van de reeds bestaande arbeidsmarktproblematiek is het van belang om nog eens nadrukkelijk te wijzen op de te verwachten negatieve invloed op de kwaliteit van arbeid. Taken zonder voldoende regelvermogen, dus zonder de mogelijkheid om stressfactoren te verminderen, verhogen de werkdruk. Ook is het voor medewerkers moeilijk betrokken te zijn bij hun werk als zowel hun overzicht op het proces als inzicht in hun bijdrage daaraan minimaal is. We verwachten hierdoor nog een verdere verhoging van het al historisch hoge verzuim en verloopcijfer in de GGZ.

### **Effecten op de beroepsuitoefening van de verpleegkundige beroepen in de GGZ**

Bij de splitsing kiest de Kwaliteitsraad om de noodzakelijke competenties van de indicerend zorgverlener alléén te verbinden aan een postdoctorale generalistische of specialistische opleiding in de GGZ. Met dit besluit vervalt een wezenlijk deel van de beroepsuitoefening van de verpleegkundig specialist GGZ (VS GGZ).

Op dit moment functioneert (volgens steekproef) circa 90% (3) van de verpleegkundig specialisten binnen de GB-GGZ en S-GGZ onder sectie III van het kwaliteitsstatuut, als regiebehandelaar (8). Zij werken, onder artikel 14 van de Wet BIG (10), in hun verpleegkundig specialisme in de GGZ op academisch/nlqf7 niveau en zijn zowel actief in het verpleegkundig als het geneeskundig domein. Hierbij opereren zij vanuit de wettelijk zelfstandige bevoegdheid volgens artikel 36 Wet BIG (10), waaronder ook hun zelfstandige bevoegdheid tot indiceren geneeskundige behandelingen en voorschrijven van medicatie valt. Zij werken vanuit de beschreven competenties in het beroepsprofiel VS GGZ (7), bekrachtigd door de minister met het Algemeen Besluit Specialismen Verpleegkunde en het Specifieke Besluit Verpleegkundig Specialisme Geestelijke Gezondheidszorg (9).

Het geïntegreerd verpleegkundig én geneeskundig diagnosticeren, indiceren en evalueren, vanuit zelfstandige bevoegdheid, zijn wezenlijke onderdelen van het beroepsmatig handelen van de verpleegkundig specialist. De VS beantwoordt vragen die zich bevinden op het snijvlak van de geneeskunde en de psychiatrische verpleegkunde. Denk hierbij aan patiënten met een ernstig psychiatrische aandoening die, door medicatiegebruik, leefstijl, inadequate reacties op ziekte en pijn méér zorg nodig hebben en korter leven, zeker wanneer de integrale somatische en psychiatrische zorg niet geboden wordt. Door het vervangen van de circa 1255 VS GGZ door agogische beroepen in de indicerende rol, is deze zorg niet meer goed te bieden.

In de huidige beschrijving van de GM I&C worden wezenlijke delen van de beroepsuitoefening van de VS onmogelijk gemaakt, als zij alleen als coördinerend zorgverlener zal kunnen optreden. Hierdoor is *de* VS niet meer in staat gesteld haar beroep, in volledigheid, uit te oefenen binnen de geestelijke gezondheidszorg. Dit is wat ons betreft juridisch onhoudbaar; de GM I&C spreekt de wettelijke status van de VS tegen.

Bovendien verbaast het ons zeer dat de uitkomsten van de commissie Meurs met betrekking tot de geschiktheid van de VS GGZ in de rol van de regiebehandelaar terzijde gelegd zijn (4). Wij achten het feit dat de VS niet zou kunnen optreden als indicerend zorgverlener een volstrekt onacceptabel effect van de GM I&C op diens beroepsuitoefening. We verzoeken dan ook nadrukkelijk het huidige regiebehandelaarschap te laten bestaan.

Met de beschrijving van een indicerend en coördinerend zorgverlener binnen de concept GM I&C kiest de Kwaliteitsraad ervoor om de noodzakelijke competenties van de coördinerend zorgverlener te verbinden aan een hbo-opleiding of academische opleiding in het domein van

de geestelijke gezondheidszorg. Met dit besluit zullen, naast de VS, ook de sociaalpsychiatrisch verpleegkundige (SPV) met póst Hbo-opleiding in de GGZ, in staat gesteld worden om op te treden als coördinerend zorgverlener. Dat sluit goed aan bij de specialistische ggz expertise, kennis en ervaring zoals beschreven in het expertisegebied van de SPV (5). Wij verzoeken de Kwaliteitsraad dit verder uit werken in het medebehandelaarschap, zodat een dergelijke rol dan ook beschreven wordt vanuit de specialistische kennis en ervaring zoals de SPV deze bezit. Hierbij denken wij dat elementen van de GM I&C daartoe een goede basis vormen.

Hierbij willen wij wel een waarschuwing toevoegen. In de huidige beschrijving van de coördinerend zorgverlener worden zowel de VS, als SPV, als de Hbo-verpleegkundige in staat gesteld op te treden als coördinerend zorgverlener. Er wordt daarbij geen duidelijkheid gegeven over de verschillende niveaus en rollen. Daarnaast zien wij – op basis van de beschrijving in de module – onduidelijkheid ontstaan over een mogelijke scheiding tussen de rollen van de Hbo-verpleegkundige en de Mbo-verpleegkundige met aanvullende opleidingen.

Omschrijvingen als “verkregen op vergelijkbare wijze” en “ruime expertise en werkervaring” geven enerzijds ruimte op competentieniveau te bepalen of iemand in staat is de rol op zich te nemen, het geeft echter ook ruimte voor verwarring, onduidelijkheid en een onvruchtbare discussie onder onze beroepsgroep in de GGZ.

### **Alternatieven**

Mocht de Kwaliteitsraad tóch overgaan op invoering van de GM I&C dan verzoeken wij met klem, de beschrijving van de indicerend zorgverlener aan te passen met de competenties verkregen met een beroepsopleiding door “specialisme in de ggz op academisch/nlqf7 niveau” toe te voegen. Op deze manier kan de VS haar beroep volledig blijven uitoefenen. Hierbij verzoeken wij de Kwaliteitsraad ook om bij de beschrijving van competenties van de coördinerend zorgverlener duidelijkheid te verschaffen over de verschillende niveaus en rollen in het verpleegkundig beroep, waarbij wij tevens verzoeken een eventuele coördinerende rol in de behandeling voorbehouden te laten aan VS en SPV.

Gezien de discussies over beroepsdifferentiatie (wet BIG2) die onze beroepsgroep in het afgelopen jaar heeft gevoerd, achten wij het van belang een dergelijke ingreep in de beroepsuitoefening niet nu te doen. Het zou een discussie opnieuw doen oplaaien, terwijl iedereen in het veld alle zeilen moet bijzetten om goede GGZ-zorg te bieden, zeker ten tijde van Covid-19.

### Tot slot


In uw begeleidend schrijven vraagt u een reactie op te stellen van maximaal één A4. Echter, gezien de voorziene impact van deze Generieke Module, achten wij het van belang een goed onderbouwde reactie te geven op drie pagina's. Wij hebben het hierbij zo beknopt mogelijk gehouden, met verwijzing naar een bijlage van brondocumenten voor verdere verdieping.

Wat wij willen opmerken is dat we de GM I&C, gezien de vakantieperiode, en vlak na de intensieve periode van de corona-crisis, nog nauwelijks hebben kunnen toetsen onder onze achterban. Dat is ook de reden waarom we eerder een verlengde reactietermijn tot medio september hebben verzocht. Deze reactie is dan ook (tijdens de vakanties) opgesteld samen met een klein gezelschap van professionals uit de praktijk en onze vakcommissie GGZ en afdelingen VS, GGZ-verpleegkunde, SPV en Consultatieve Psychiatrie. Omdat wij het van belang achten onze achterban breder mee te nemen, publiceren we deze voorlopige reactie, samen met de Concept GM I&C. Dit doen wij gelijktijdig met het versturen van de reactie aan de Kwaliteitsraad op 19 augustus. Hiermee doen wij een eerste bredere toets onder de achterban. Wij zullen de aanvullende reacties van onze achterban vervolgens weer met u delen in een nagezonden brief in de tweede week van september.

Rest ons verder de Kwaliteitsraad aan te bieden om verder mee te denken en te werken aan een uitwerking die een duurzaam positief effect bewerkstelligt op de kwaliteit van zorg voor de cliënt, de beroepsuitoefening en uitvoering en organisatie van de zorg.

Wij zien uit naar uw reactie.

Met vriendelijke groet,



Gerton Heyne  
voorzitter a.i.

Bijlage:

- Brondocument

## Bijlage 1 - Brondocumenten

1. Achterbergh, J., Vriens, D. (2010). *Organizations. Social systems conducting experiments*, Dordrecht Nederland: Springer.
2. Bijma, M.W., Regtering, H.J.M., Achterbergh, J.M.I.M. (2019). De invloed van organisatiestructuur op kwaliteit van zorg. Een praktijkgerichte kwalitatieve diagnostische studie in de GGZ. Op te vragen bij [m.bijma@ggzpraktijk.nl](mailto:m.bijma@ggzpraktijk.nl)
3. Boeije, E., Sitvast, J., Laurant, M., & van Vught, A. (2019). De verpleegkundig specialist GGZ als regiebehandelaar. *De verpleegkundig specialist*, 3, 42–43.  
[https://zorgmasters.nl/extdocs/De-verpleegkundig-specialist-GGZ-als-regiebehandelaar\\_DVS-nr3-2019\\_DEF-LR-2.pdf](https://zorgmasters.nl/extdocs/De-verpleegkundig-specialist-GGZ-als-regiebehandelaar_DVS-nr3-2019_DEF-LR-2.pdf)
4. Commissie Hoofdbehandelaarschap GGZ. (2015). Hoofdbehandelaarschap GGZ als Noodgreep.
5. Derks, J., van der Padt, I., & Boon, J. (2014). *Expertisegebied Sociaal Psychiatrisch Verpleegkundige*. V&VN SPV.
6. De Sitter, L.U. (2000). *Synergetisch produceren. Human Resources Mobilisation in de productie: een inleiding in structuurbouw* (3e ed.). Assen, Nederland: Van Gorcum.
7. Kappert, J., & de Hoop, I. (2019). *Beroepsprofiel verpleegkundig specialist*. V&VN.  
<https://storage.googleapis.com/capstone01/venvnvs/2020/02/1e1695a6-2020-01-09-beroepsprofiel-verpleegkundig-specialist.pdf>
8. *Model Kwaliteitsstatuut GGZ (versie 2)*. (2020). Zorginstituut Nederland.  
<https://www.zorginzicht.nl/binaries/content/assets/zorginzicht/kwaliteitsinstrumenten/GGZ+model+kwaliteitsstatuut+2020.pdf>
9. *Staatscourant 2020, 37025 | Overheid.nl > Officiële bekendmakingen*. (2020, 13 juli). Staatscourant. <https://zoek.officielebekendmakingen.nl/stcrt-2020-37025.html>
10. *Wetten.nl - Regeling - Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg - BWBR0006251*. (2020, 1 juli). Wet BIG. <https://wetten.overheid.nl/BWBR0006251/2020-07-01>