

Informatie en beantwoording vragen uit de chat

Webinar Zorgprestatie­model en Landelijk Kwaliteitsstatuut GGZ op 27 januari 2022. Georganiseerd door de vakcommissie GGZ van V&VN, sprekers: Marga Bijma en Irma de Hoop.

Handige informatie:

LKS

<https://www.zorginzicht.nl/binaries/content/assets/zorginzicht/kwaliteitsinstrumenten/landelijk-kwaliteitsstatuut-ggz.pdf>

Over het ZPM is een filmpje dat verhelderend kan zijn: [Animatie Zorgprestatie­model \(mediasite.com\)](#) Deze is ook geschikt voor patiënten.

Verdere vragen?

<https://www.zorginzicht.nl/binaries/content/assets/zorginzicht/kwaliteitsinstrumenten/veelgestelde-vragen-over-invoering-landelijk-kwaliteitsstatuut-ggz.pdf>

Alle inhoudelijke vragen en opmerkingen met beantwoording vanuit de chat:

1. Als SPV op de kliniek, word je dan als behandelaar bekostigd?

Als je niet in de 24 uren verpleegkundige diensten meedraait wel. Anders word je bekostigd vanuit het bedtarief.

2. De indirecte tijd op een dag-groepsbehandelingsetting is erg ontoereikend, hoe is daar over nagedacht?

De gemiddelde indirecte tijd is berekend en verdeeld per setting. Het zou niet ontoereikend moeten zijn, er is zorgvuldig naar gekeken. Als het wel ontoereikend is, dan is er een transitietarief mogelijk om evt inkomstenderving op te vangen. De komende twee jaar evalueren we de effecten van het ZPM. Geef je zorgen vooral door, we zorgen dat we die meenemen in de evaluaties die volgen.

3. Ik mis de functie systeem­specialist

Systeem­specialist is geen beroep wat op de beroepenlijst is opgenomen. Ik weet niet welk beroep hiermee bedoeld wordt.

4. Mbo/hbo vpk onderscheid financieel? Hoe zit t met mbo met veel ervaring vs HBO net klaar?

De tarieven zijn per groep vastgesteld, op basis van de werkelijke kosten die gemaakt zijn in het verleden voor alle hulpverleners: van beginnend tot zeer ervaren.

5. Ik zie geen maatschappelijk werkende?

Maatschappelijk werk valt ook onder overige beroepen, net als agoog /SPH

6. Zorgvraagtypering is toch verantwoordelijkheid regiebehandelaar?

Ja dat klopt, een andere behandelaar kan de HONOS+ invullen, maar uiteindelijke keuze is verantwoordelijkheid regiebehandelaar.

7. Voor nieuwe kwaliteitsregister is het ook van belang dat SPV apart beroep wordt ivm regiebehandelaarschap.

Dat klopt, dat is inmiddels gerealiseerd. Er is inmiddels een aparte beroepscode en een AGB code voor de SPV. Binnenkort laat V&VN weten hoe deze AGB-code aan te vragen.

8. Waar valt bijvoorbeeld complex trauma onder of ernstige depressie?

De zorgvraagtypering gaat over de zwaarte van de klachten, de symptomen. Het gaat niet over ziektebeelden. Een patiënt met een depressie kan in meerdere zorgvraagtyperingen vallen, afhankelijk van de ernst van de klachten.

9. Valt somatiek ook onder comorbiditeit en zwaarte van de zorgvraag typering?

Ja, dat klopt. We weten dat somatische comorbiditeit de psychiatrische behandeling verzwakt. Dat is één van de redenen dat gekozen is voor de zorgvraagtypering, om dit goed in kaart te kunnen brengen.

10. De HoNOS is binnen mijn instelling vervangen door de I-ROC?

Dat kan, maar toch zal voor de zorgvraagtypering gebruik gemaakt moeten worden van de HoNOS+ (de + staat voor extra vragen die zijn toegevoegd).

11. Per wanneer wordt no-show bij FACT vergoed?

De no-show wordt niet apart vergoed. Er zit een opslag in het tarief voor de setting outreachend, om deze kosten te vergoeden. Onder andere op die manier is getracht het werken met EPA patiënten goed te bekostigen.

12. ZIN? zorg in natura?

ZIN= ZorgInstituut Nederland

13. Kan het ook categorie C en D tegelijk? Of afwisselend?

Afwisselend kan sowieso Ik denk niet dat het zinvol is om mensen in categorieën te plaatsen.

14. Welke definitie is gebruikt voor COMPLEX?

Laagcomplexe problematiek

Bij laagcomplexe problematiek gaat het over psychische problemen waarbij na zorgvuldig ontrafelen goed is te voorzien welke behandeling of begeleiding nodig is. Er kunnen meerdere problemen spelen, maar de interactie tussen die problemen staat niet op de voorgrond. Standaarden helpen voldoende om na een grondige probleemanalyse te bepalen wat het best passende zorgaanbod is.

Hoogcomplexe problematiek

Bij hoogcomplexe problematiek gaat het over vaak ernstige psychische problemen waarbij het niet direct duidelijk is welke behandeling of begeleiding nodig is. Vaak spelen er meerdere psychische problemen, al dan niet met somatische of psychosociale multimorbiditeit, waarbij de interactie tussen die problemen of de ontwrichtende impact van de problemen op andere levensgebieden op de voorgrond staat. Standaarden helpen onvoldoende om na de probleemanalyse te bepalen wat het best passende zorgaanbod is. Laagcomplex zorgaanbod

Bij laagcomplex zorgaanbod gaat het over eenduidige vormen van behandeling of begeleiding, waarbij het beloop redelijk voorspelbaar is. Vaak gaat het over monodisciplinaire interventies van beperkte duur, maar dat hoeft niet altijd. Een laagcomplex zorgaanbod kan ook multidisciplinair en van lange duur zijn, als het beloop redelijk voorspelbaar is. Denk bijvoorbeeld aan een aanvankelijk hoogcomplex zorgaanbod, dat in een stabiele fase komt.

Hoogcomplex zorgaanbod

Bij hoogcomplex zorgaanbod gaat het over interventies die van dynamische aard zijn, waarbij het beloop niet goed voorspelbaar is. Vaak gaat het om multidisciplinaire interventies van langere duur, die met elkaar interacteren en die voortdurend een adaptief leervermogen vergen. Opname kan daarbij noodzakelijk zijn.

15. En ook welke definitie is gebruikt voor crisis?

Crisissituaties waarbij direct situatief-reactief handelen vereist is, vaak op meerdere gebieden en door meerdere personen. Voorbeelden zijn een acute suïcidale crisis of een psychotische decompensatie met acute impact op andere levensgebieden of met gevaar. De vereiste zorg is vaak complex, past vaak niet in protocollen.

16. Ik zit nog even te denken maar SPV zitten vooral in cat C en D, wat blijft er dan over van die coördinerende rol?

Die coördinerende rol ligt voor de SPV niet in categorie C & D, wel in A & B.

17. Waar liggen nu nog de grootste uitdagingen als het gaat om het invullen van het format LKS voor de verpleegkundige discipline?

De grootste uitdagingen liggen erin om de verpleegkundige disciplines zoveel als mogelijk op hun expertise in te zetten, gelijkwaardig aan andere disciplines. Het LKS mag niet belemmerend werken op een autonome verpleegkundige beroepsuitvoering.

18. Ik werk in een IHT team, dat is patiënten categorie D. Waar we een coördinerende rol hebben in de praktijk. De SPV heeft hierin een niet weg te denken rol. Hoe verhoudt zich dat tot het kwaliteitsstatuut?

Het is niet zeker of IHT gaat vallen onder categorie D, dat moet nog worden bepaald. Misschien wordt het wel per client bepaald en niet naar setting. Mocht het zo zijn dat het uiteindelijk wel onder D valt, dan kan de spv gewoon werken als spv, maar niet in de coördinerende rol.

- 19. Diagnose zou niet leidend zijn, echter ik heb begrepen dat de categorieen wel onderverdeeld/verschillen wbt cat. b of c: te denken aan bipolair/ernstige pers. probl. in factzorg.**

Diagnose is niet leidend, de complexiteit van zorgvraag en zorgaanbod zijn leidend.

- 20. Waar zou de master GGZ-Verpleegkundige (NLQF 7) die taken doet vergelijkbaar met SPV-taken, horen in schema?**

De master GGZ-Verpleegkundige zou zich waarschijnlijk eerst moeten laten registreren als beroep of specialisatie, voordat zij aanspraak kunnen maken op een specifieke rol. Er komt een beroepencommissie ZPM, nieuwe beroepen kunnen een verzoek doen voor toelating.

- 21. Per wanneer verwacht u dat de SPV een AGB code kan gaan aanvragen?**

Vanaf eind maart, begin april 2022. SPV-leden worden geïnformeerd via hun afdeling V&VN SPV.

- 22. Kunnen we nog invloed hebben of de VS in categorie c & d indicerende regiebehandelaar kan zijn?**

Dat kan in de het bestuurlijk overleg LKS. Bij een tripartite verzoek kan het LKS worden aangepast. Het is echter niet waarschijnlijk dat een dergelijk verzoek tripartite gedaan gaat worden.

- 23. Moet de categorie A t/m D ook op niveau van de individuele patiënt vastgesteld en in het dossier gelegd worden?**

Dat is nog niet vastgesteld, maar lijkt wel waarschijnlijk

- 24. Hoe wordt omgegaan met de rol van de indicerend behandelaar als een patiënt in een hogere zorgcategorie komt? Moet je dan een extra behandelaar gaan koppelen?**

Dit is nog onbekend

- 25. Is categorie D beperkt tot de GMAP?**

Onbekend

- 26. En begrijp ik goed dat die hele MDO-met-hoofdbehandelaar constructie vervalt?**
Dat klopt

- 27. Mijn geluid viel even weg maar begreep ik goed dat je indirecte tijd niet meer hoeft te registreren?**

Dat klopt, alle indirecte tijd is versleuteld in het tarief van de directe tijd.

28. Wat is de positie van de VS in de crisisdienst, werken als achterwacht. Kan dat nog?

Als de crisisdienst in categorie D gaan vallen, kan de VS als coördinerend behandelaar optreden, dat is vaak de voorwacht.

29. Er is discussie over wie de zorgtypering scoort de regie behandelaar of de SPV. Wat is jullie advies?

Het is de verantwoordelijkheid van de regiebehandelaar dit te doen of erop toe te zien dat het goed gedaan wordt door iemand anders.

30. Voor het nieuwe jaar moesten we een AGBcode aanvragen. Daarin kon niet SPV worden aangevinkt. Vanaf dit jaar wel begrijp ik?

Dat klopt, inmiddels is dit bijna geheel geregeld. Aanvragen kan waarschijnlijk vanaf eind maart/begin april 2022. Nadere informatie volgt via V&VN SPV.

31. Indirecte tijd is inclusief reistijden van 30-min enkele reis?

Reistijd is wat anders, dat kun je nog steeds apart registreren. Er zijn twee tarieven: reistijd tot en reistijd vanaf 25 minuten (totaal).

32. In de NZA tarieven tabel staat een laag tarief voor de VS. Verwachten jullie invloed op de inzet van VS?

Het is geen laag tarief. Het is gebaseerd op kosten in het verleden, toen de VS GGz nog niet betaald werd in schaal 65. Een nieuw kostprijsonderzoek zal uitwijzen dat er nu hogere kosten gemaakt worden. Het tarief wordt dan op basis daarvan bijgesteld. Maar hoewel het tarief vast gaat stijgen, is het geen laag tarief. Het is een passend tarief voor de kosten die gemaakt zijn de afgelopen jaren voor de verpleegkundig specialisten.

33. Groepsbehandeling wordt ontmoedigd wij moeten nu extra individuele tijd gaan maken om die reden op onze groepsdagbehandeling

Het doel is niet groepsbehandeling te ontmoedigen. In het tarief is kostendekkende tijd opgenomen. Mocht de instelling niet uitkomen met dit tarief dan is er een transitietarief mogelijk om evt. omzetting te vergoeden. Nb. het is goed ook zelf mee te kijken in de tabellen op de website zorgprestatie.nl We horen dat sommige aanbieders oneigenlijke argumenten gebruiken. Het Zorgprestatie model is geen bezuiniging. De kosten worden op een eerlijke wijze vergoed, het systeem moet kostendekkend zijn. Kijk dus vooral ook zelf hoeveel indirecte tijd vergoed wordt per prestatie.

De komende twee jaar evalueren we de effecten van het ZPM. Geef je zorgen vooral door, we zorgen dat we die meenemen in de evaluaties die volgen.

34. In het vorige LKS was er onderscheid in verantwoordelijkheden en opschalen van VS naar psychiater in bepaalde gevallen of bijv bij suïcidaliteit. Zien we daar nog iets van terug in het nieuwe LKS?

Een psychiater met passende competenties moet worden ingeschakeld als:
A. ECT wordt overwogen of ingesteld;

B. dwangtoepassing in het kader van de Wvvggz, Wzd of WGBO wordt overwogen; C. een medische verklaring moet worden opgesteld in het kader van de Wvvggz.

35. Wie stelt in een behandelteam welke complexiteit er op dat moment is?

De indicierend behandelaar

36. Wat is de lijn van V&VN betreffende de indicerende rol bij categorie C in de ambulante praktijk. Dit kan een bottleneck worden bij complexe problematiek. Waarom heeft de VS-GGZ geen indicerende rol gekregen bij categorie C?

Categorie C zal mogelijk weinig voorkomen in een ambulante praktijk, het betreft complexe problematiek bij een complex zorgaanbod. Het ZIN heeft bepaald dat in categorie C alleen postdoc's met art 14 indicierend behandelaar kunnen zijn.

37. Hoe zit het dan op de HIC? Je hebt dan ook op- en afschaling van zorg, ondanks dat het allemaal de HIC is. Is dit dan wel allemaal categorie D, crisis?

Dat is nog niet duidelijk. Wellicht wordt het D, maar misschien wordt het wel categorie C met afschaling naar B.

38. SPV is juist opgeleid voor complexe zorg. Dat is dan wel uitholling van het vak en de taken.

Er gaat niets verloren voor de SPV er komt alleen een coördinerende rol bij.

39. Je zegt stap dan over. Kan het ook aangepast worden naar de SPV Dus de SPV ook in c en d.

Daarvoor zou een tripartite vraag voor aanpassing gedaan moeten worden. Het is niet waarschijnlijk dat dit snel zal gebeuren.

40. SPV in de "oude BGGZ" is medebehandelaar... Kan toch geen regiebehandelaar zijn?

In de "oude" BGGZ niet.

41. Ik scoor de Honos Als SPV. 47. RB mag het goedkeuren Ik doe als SPV ook de HONOS +

Dat kan, maar wel onder verantwoordelijkheid van de regiebehandelaar. Vanzelfsprekend ben je als SPV hierin goed opgeleid om dit te doen. Juist dit instrument gaat uit van de gevolgen van aandoeningen, het werkveld van alle verpleegkundige disciplines.

42. Wettelijk gezien maar VS ggz autonoom behandelaar zijn. Is er in de wet meer ruimte voor inzet VS in categorie c en d dan in het kwaliteitsstatuut?

De wet kent geen categorieën C en D, maar stelt wel grenzen aan de mate van complexiteit van de zorg die VS-en mogen leveren.

43. Wat kunnen wij als VS-en doen om bij te dragen bij dat kostprijsonderzoek?

Vraag na in je instelling of alles wat de VS doet ook als zodanig wordt vastgelegd. Als alle kosten inzichtelijk zijn, dan is het mogelijk om goede tarieven te berekenen.

44. Moet op clientniveau beoordeeld en vastgelegd worden welke categorie (A t/m D) het betreft? En verwachten we dat dit in de toekomst invloed heeft op de tarieven?

Ja, of het net per setting wordt beoordeeld, of per client, ergens wordt duidelijk in welke categorie de client valt. De categorie heeft geen invloed op de tarieven.

45. Het lijkt me van belang om ook kostprijs onderzoek te doen voor de SPV. Nu zitten ze in de groep met HBO en MBO verpleegkundigen die goedkoper zijn en andere taken en opleiding hebben

Het kostprijsonderzoek heeft vastgesteld dat het mogelijk is één tarief vast te stellen voor een grote groep hulpverleners. Dit wil niet zeggen dat zij inhoudelijk hetzelfde zijn of doen, maar wel dat de kosten die voor hen gemaakt worden gemiddeld genomen op elkaar lijken. Dit zie je bij de verpleegkundigen/SPV en ook bij de psychologen/vaktherapeuten/SPH bijvoorbeeld. Ook dat zijn totaal verschillende beroepen maar prijstechnisch zijn ze zogenaamd 'homogeen', de kosten lijken op elkaar.

46. Wat als je instelling dit wel opneemt in het professioneel statuut? MDO constructie? Dat is bij ons zo.

Wat een instelling opschrijft dat ze doen, moeten ze ook doen.

47. Er zit wel een MDO eis (met psychiater of KP) in de ZPM regels voor de multidisciplinaire setting. Waarom is daarvoor gekozen? Gaat die eis in de toekomst vervallen? Of is deze al vervallen (de factsheet afwegingskader settings waar dit in stond is van de ZPM downloads verwijderd)?

Iedere setting krijgt een eigen tarief. Zo krijgt de aanbieder in setting Multidisciplinair een duidelijk hoger tarief dan in de setting Monodisciplinair. Dat hogere tarief is o.a. zo bepaald omdat er meer indirecte tijd, namelijk MDO, zal zijn in de setting Multidisciplinair. Om voor dat tarief in aanmerking te komen moet er dan wel een KP of psychiater aanwezig zijn in het multidisciplinaire team. Dat wil overigens niet zeggen dat deze disciplines bij iedere cliënt betrokken moeten zijn.

48. Mag je nu dus een no-show-contact bij FACT wel gewoon registreren/declareren?

Nee, dat hoeft je niet te declareren. De no-show wordt niet apart vergoed. Er zit een opslag in het tarief voor de setting outreachend, om deze kosten te vergoeden. Onder andere op die manier is getracht het werken met EPA-patiënten goed te bekostigen.

49. In hoeverre vallen patiënten van een PAAZ of PUK onder categorie C of D is dit vergelijkbaar met een HIC?

Dit is nog niet bekend.

50. De instellingen scharen zich vaak achter: dit hebben we afgesproken met de zorgverzekeraar dus we kunnen er niet omheen, voorbeeld van MDO constructie.

De ene inkoper is beter op de hoogte van wat kan en mag dan de andere, vraag altijd na waar het staat en waar je het kan vinden, soms denkt iedereen dat er iets moet, maar blijkt het hergens te staan.

51. Naasten betrekken is belangrijk, hoe wordt dit geregistreerd/ gefinancierd?

Een consult met de naasten wordt net zo geregistreerd als een consult met de cliënt: als directe tijd. De term 'naasten' is (nog) niet gedefinieerd. Het kan per patiënt verschillen wie hier precies onder vallen. U kunt in ieder geval denken aan familieleden, gezinsleden, ouders, partner of andere naasten (het systeem) van de patiënt. Zorgprofessionals, werkgevers en hulpverleners vallen hier niet onder.

52. Wat is de standpunt van de zorgverzekeraars?

Zij hebben nauwelijks een standpunt over de inhoud, ze willen wel dat het rechtmatige zorg is en dat het controleerbaar is wie wat doet.

53. Volgens mij moeten de recepten toch nog wel geregistreerd worden?

De tijd die hiervoor gemaakt wordt hoeft je niet meer te registreren, dat is (als je een recept schrijft buiten het contact met de cliënt om) indirecte tijd. Inhoudelijk schrijf je nog wel in het dossier wat je voorschrijft. Bij alle indirecte tijd geldt dit: als je het inhoudelijk van belang vindt het vast te leggen dan leg je dit vast, maar de tijd hoeft je niet meer te registreren.

54. Dan is het ZPM veel meer gebaseerd op vertrouwen en dat is heel fijn.

Dat klopt, daar hebben we de afgelopen jaren hard aan gewerkt om dat te bereiken. Zorgverzekeraars en o.a. V&VN hebben afgesproken een nieuwe fase in te gaan waar vertrouwen een grote rol speelt.

55. Alle coördinatie zal inhoudelijk wel in dossier moeten maar dan niet via de agenda? Qua dossier voering is het wel interessante vraag of de administratieve druk echt afneemt.

Dat klopt helemaal. Alles wat je inhoudelijk vast wilt leggen, leg je vast. Alle indirecte tijd hoeft je niet meer te registreren. We hopen dat de administratieve druk echt afneemt. Veel hangt ook af van ons eigen gedrag: we merken vaak dat we ingesleten patronen maar moeilijk loslaten. Het is dus zeker de vraag of we nu ook echt minder tijd gaan registreren. Zo zijn er aanbieders die het registreren van indirecte tijd vol willen blijven houden, laat dit dan vooral horen (want het is natuurlijk onnodig).

56. Bewindvoerder en mentor telt ook als naaste bij ZPM

De term 'naasten' is (nog) niet gedefinieerd. Het kan per patiënt verschillen wie hier precies onder vallen. U kunt in ieder geval denken aan familieleden, gezinsleden, ouders, partner of andere naasten (het systeem) van de patiënt. Zorgprofessionals, werkgevers en hulpverleners vallen hier niet onder.

57. We gaan een vakgroep oprichten kunnen wij vanuit de vakgroep nog invloed uitoefenen op de indicerende VS rol op alle categorieën?

Je kan meedenken over de invulling binnen je eigen instelling, er wordt gestreeft naar “enige regelruimte”.

58. Is er ook een makkelijke factsheet of een infographic?

Over het ZPM is een filmpje dat verhelderend kan zijn: [Animatie Zorgprestatie model \(mediasite.com\)](http://mediasite.com)

Deze is ook geschikt voor patiënten.

59. Groepsbehandelingen bevatten weinig indirecte tijd in het zpm, hoe gaan we dat financieel redden als we alleen groepen doen?

De gemiddelde indirecte tijd is berekend en verdeeld per setting. Het zou niet ontoereikend moeten zijn, er is zorgvuldig naar gekeken. Als het wel ontoereikend is, dan is er een transitietarief mogelijk om evt inkomstenderving op te vangen. De komende twee jaar evalueren we de effecten van het ZPM. Geef je zorgen vooral door, we zorgen dat we die meenemen in de evaluaties die volgen.

60. Differentiatie verpleegkundige nog steeds van belang - ontbreekt nu

Dat klopt, dat is van groot belang. We gaan daar de komende tijd ons blijvend voor inzetten. Dit wil niet perse betekenen dat iedere groep een eigen tarief moet krijgen, want soms lijken tarieven op elkaar. We willen het ook simpel houden. Maar het moet absoluut zo zijn dat iedere beroepsgroep van elkaar onderscheiden moet kunnen worden. Daarom zijn we ook heel blij dat de SPV een eigen AGB code krijgt, dat is van groot belang voor dit onderscheid.

61. Ten eerste een vraag over de definitie van naaste. Valt daaronder ook ketenpartner. Ik werk in team LVB & Psychiatrie en wij werken veel samen met bijv. Cello, Amarant in de VG-sector. Of valt onder naaste alleen familie/vrienden. Op ons werk hebben wij te horen gekregen dat ketenpartner niet als naaste geregistreerd kan worden en dus geen directe tijd geschreven kan worden. Alleen kan directe tijd geschreven worden als ik samen met cl bijv. telefonisch overleg met ketenpartner/ambulant begeleider.

Een consult met de naasten wordt net zo geregistreerd als een consult met de cliënt: als directe tijd. De term ‘naasten’ is (nog) niet gedefinieerd. Het kan per patiënt verschillen wie hier precies onder vallen. U kunt in ieder geval denken aan familieleden, gezinsleden, ouders, partner of andere naasten (het systeem) van de patiënt. Zorgprofessionals, werkgevers en hulpverleners vallen hier niet onder.

De ketenpartner is dus inderdaad geen naaste en daarvoor hoeft geen tijd geschreven te worden. Deze tijd wordt echter wel vergoed, want zit versleuteld in het tarief voor de directe tijd. De kosten die hiervoor gemaakt worden, worden dus wel degelijk uitbetaald.

- 62. Ten tweede een vraag over de MDO-constructie. Ik werk in multidisciplinair team in de SGGZ, in een ambulante team. Moet MDO geregistreerd worden of hoeft dat niet. Het is nl. indirecte tijd. Op ons werk wordt gezegd dat dit wel geregistreerd moet worden, zodat duidelijk is dat psychiater erbij aanwezig is als onze cliënten besproken worden. Ten tijde van DBC moest dit in ieder geval wel aan de hand van Valuecare meldingen. Bij zo'n melding moest een cliënt besproken worden en "afgevinkt" worden. Ik hoop dat het niet meer nodig is. Voor mij is het juist een verademing dat indirecte tijd niet meer bijgehouden hoeft te worden. Zo nodig maak ik wel een inhoudelijke notitie in het dossier, maar hoeft ik dit niet op uur en tijd in mijn agenda te zetten.**

Indirecte tijd hoeft niet meer te worden geregistreerd, een MDO dus ook niet meer. Wat inhoudelijk van belang is kan worden vastgelegd in het dossier, bijvoorbeeld in de vorm van een kort verslag. De verademing is dus terecht!