

## Notitie Europsyche

Inspectie voor de Gezondheidszorg,

19 juni 2012

### 0. Inleiding

De IGZ is verzocht om vast te stellen in hoeverre Europsyche<sup>1</sup> in haar functioneren voldoet aan 'alle geldende wettelijke kaders', tegen de achtergrond van het vermeend ten onrechte declareren van therapieën door Europsyche, als aanbieder van tweedelijns Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ), die formeel niet onder het basispakket vallen. Dit op basis van de zogenaamde 'verlengde armconstructie'.

Primair betreft dit een **bekostigingsvraagstuk**. Is hier sprake van psychosociale hulp (onverzekerde zorg) of tweedelijns GGZ (verzekerde zorg)? En als dit laatste het geval is, is de tweedelijns GGZ verstrekt door de hiertoe aangewezen professionals en op juiste wijze gedeclareerd? Precies met deze focus hebben de zorgverzekeraars -CZ voorop- de casus Europsyche doortastend en met succes opgepakt. Op 16 mei 2012 leidde dit tot een kort geding vanwege het stopzetten van betalingen van CZ aan Europsyche, hetgeen in het voordeel van CZ is beslecht.

De focus van de IGZ is echter niet de bekostiging, maar de **veiligheid en kwaliteit van de zorg**. De aandacht van de IGZ moet boven alles zijn gericht op de vraag of patiënten in de zorg gezondheidsrisico's lopen- om deze vervolgens te (laten) elimineren. Wie de zorg -al dan niet ten onrechte- betaalt, speelt bij die focus in principe geen rol.

Echter, de wijze van declareren kan wel degelijk belangrijke informatie geven over eventuele achterliggende onwenselijkheden vanuit het perspectief van veiligheid en kwaliteit van zorg. Daar waar psychosociale hulp verstrekt kan worden onder de noemer van tweedelijns GGZ dient zich allereerst de vraag aan naar de wettelijke waarborgen voor veiligheid en kwaliteit van zorg voor psychiatrisch patiënten die op de gespecialiseerde -want immers tweedelijns GGZ- zijn aangewezen. Voor een dergelijke kwetsbare patiëntpopulatie is het naar mening van de IGZ van belang dat de waarborgen voor veilige en verantwoorde zorg bij wet zijn gekoppeld aan - bijvoorbeeld- een verplicht en aantoonbaar deskundigheidsniveau van de diagnosticus/behandelaar in kwestie. Bij aanwezigheid van dergelijke wettelijke waarborgen -dan wel de beschikbaarheid van relevante veldnormen- is vervolgens de vraag aan de IGZ om Europsyche hieraan te toetsen -in aanvulling op de inspanningen van de NZA en verzekeraars- een buitengewoon relevante.

De opkomst van organisaties als Europsyche is te plaatsen tegen de achtergrond van marktwerking in de zorg en de daarmee gepaard gaande 'nieuwe toetreders' op die markt. Dit heeft niet alleen geresulteerd in nieuwe spelers, maar ook in nieuwe organisatievormen en constructies waarlangs het spel gespeeld wordt. Europsyche is een voorbeeld van zo'n 'constructie' en zij is qua vorm en werkwijze onvergelijkbaar met de vorm en werkwijze van de reguliere aanbieders in de GGZ.

De IGZ heeft de volgende activiteiten ontplooid, dan wel heeft kennis genomen van hetgeen door andere gerede partijen naar voren is gebracht om haar oordeel over al dan niet verantwoorde zorg te kunnen vormen. Op 09 februari 2012 heeft de IGZ -samen met de NZA- Europsyche (onaangekondigd) bezocht. Tevens is aanvullende informatie bij Europsyche opgevraagd en bestudeerd. Ook de uitkomsten van de toezichtbezoeken die door de IGZ op 19 januari en op 27 februari 2012 zijn gebracht aan zorgorganisatie Different -één van de organisaties die een raamovereenkomst met Europsyche heeft- en de hieruit voortvloeiende vervolgcorrespondentie zijn

---

<sup>1</sup> en vergelijkbare praktijken, in deze notitie wordt echter gefocust op Europsyche.

bij het oordeel van de IGZ betrokken. Hetzelfde geldt voor de onderzoeksbevindingen van het dossieronderzoek van zorgverzekeraar CZ bij Europsyche (26 april 2012) en voor de uitspraak van de voorlopige voorzieningenrechter van de Rechtbank van Breda (16 mei 2012).

De bevindingen van de IGZ zijn geplaatst tegen de achtergrond van de beschikbare (pseudo-) wettelijke kaders voor bekostiging, de wettelijke waarborgen voor veiligheid en kwaliteit en eventuele veldnormen die in de context van Europsyche relevant zijn. Er blijkt sprake van ontbrekende, lacunaire en (innerlijk) tegenstrijdige wettelijke kaders en regelgeving, terwijl relevante veldnormen niet voldoende zijn uitgekristalliseerd. Op basis hiervan kan de IGZ niet zonder meer succesvol handhavend optreden jegens Europsyche. Overigens is inmiddels de noodzaak om te handhaven jegens Europsyche komen ter vervallen: de rechter heeft faillissement uitgesproken over Europsyche en voor zover de IGZ bekend heeft Europsyche al haar activiteiten gestaakt.

De IGZ acht het echter onbevredigend om het hierbij te laten. Naar aanleiding van bestudering van de casus Europsyche is het gebrek aan voldoende eenduidig en toetsbaar fundament onder het begrip *hoofdbehandelaarschap in de GGZ* prominent in beeld gekomen. De complexe handhaafbaarheid van de constructie Europsyche houdt hiermee rechtstreeks verband. In deze notitie is aan de hand van het onderzoek naar Europsyche uitgeschreven welke wetten en bezwaren opdoemen en is aangegeven welke verbeteringen doorgevoerd moeten worden in wet- en regelgeving. Tenslotte stelt de IGZ een handhavingsstrategie voor die zal bijdragen aan het nader uitwerken en daadwerkelijk implementeren van (veld)normen op dit punt.

Beschreven is achtereenvolgens wat voor type organisatie Europsyche is, welk relevant wettelijk kader beschikbaar is, welk (gebrek aan) handhavingsmogelijkheden dit oplevert, wat de IGZ hier inhoudelijk van vindt, welke eerste aanbevelingen zij heeft om tot adequate kaderstelling en handhaving te komen en wat nog gezegd moet worden over de constructie Europsyche versus de 1100 aangeslotenen.

## **1. Wat is Europsyche?**

Uit de informatievergaring van de IGZ blijkt het volgende.

Europsyche bestaat uit een Raad van Toezicht (4 leden), een Raad van Bestuur (2 leden) en heeft 3 medewerkers in dienst (1 GZ-psycholoog die het kwaliteitsbeleid uitvoert en 2 administratief medewerkers). Europsyche heeft enerzijds een raamovereenkomst met bijna 1100 over het land verspreide hulpverleners (/praktijken van hulpverleners) en stelt zich anderzijds via haar website open voor cliënten/patiënten met -zeer uiteenlopende- psychische hulpvragen. Europsyche verbindt via het netwerk dat zij zo heeft opgebouwd, hulpverleners uit heel Nederland met hulpvragers uit heel Nederland. In 2011 waren zo'n 10.000 cliënten/patiënten in behandeling bij de bij Europsyche aangesloten hulpverleners en kende Europsyche een jaaromzet van minimaal 14 miljoen euro.

Europsyche opent voor de bij haar aangesloten hoofdbehandelaren een DiagnoseBehandelingCombinatie (DBC). Andere behandelaren dragen bij door als nevenbehandelaar werkzaamheden binnen een behandeling van een hoofdbehandelaar te verrichten. Hierbij hanteert Europsyche een definitie van het begrip hoofdbehandelaar die hierna wordt behandeld (zie paragraaf 2). Declaratie/facturering vindt plaats via de zorgverzekering van de patiënt. De gelden worden door de zorgverzekeraar aan Europsyche overgemaakt, die de gelden doorbetaalt aan de aangesloten hulpverleners.

Europsyche is feitelijk makelaar tussen hulpvragers en hulpverleners in heel Nederland en fungeert als declarant voor aangesloten hulpverleners. Europsyche behoudt 17% van het uitbetaalde bedrag per hulpverlener voor de eigen organisatie. In ruil hiervoor biedt zij aangesloten hulpverleners a) een instroom van patiënten b) coaching c) een platform voor kennisuitwisseling d) (digitale en steekproefgewijze) kwaliteitscontrole op diagnostiek/behandelvoortgang en e) neemt zij hen het declaratieproces uit handen.

De digitale kwaliteitscontrole bestaat eruit dat twee bij Europsyche aangesloten hulpverleners met (minimaal) dezelfde kwalificatie als de uitvoerende collega, het indicatieverslag (via het scherm) van die collega toetsen aan de hand van 3 vragen. Hiernaast wordt kwaliteitscontrole uitgevoerd doordat de bij Europsyche in dienst zijnde GZ-psycholoog steekproefgewijs dossiers toetst.

Europsyche heeft een WTZi-toelating bij VWS aangevraagd en verkregen. Europsyche afficheert zich op haar website als 'een landelijk erkende instelling in de GGZ in de tweedelijns zorg die professionele hulp biedt aan mensen met psychische problemen'.

***De IGZ constateert dat Europsyche primair een makelaarsfunctie in de zorg bekleedt. Zij heeft een constructie gevormd via het aangaan van overeenkomsten met losstaande hulpverleners (/praktijken), waarna zij het predikaat 'instelling' in het kader van de WTZi heeft verworven. De WTZi stelt echter geen enkele inhoudelijke voorwaarde die ertoe strekt dat zorg op een verantwoorde wijze wordt verstrekt.***

## **2. Beschikbare wettelijke kaders/regelgeving**

De cruciale toetssteen waarop de constructie Europsyche beoordeeld moet worden is de invulling van het **hoofdbehandelaarschap** (inclusief geborgde relatie met eventuele nevenbehandelaren). Europsyche bestaat immers feitelijk uit een netwerk van hulpverleners die als hoofd- of nevenbehandelaar jegens de cliënt/patiënt optreden.

Vanuit **bekostigingsperspectief** gaat hoofdbehandelaarschap over de vraag welke hulpverlener gemachtigd is om een DiagnoseBehandelingCombinatie (DBC) te openen en te sluiten. Vanuit perspectief van **veiligheid en kwaliteit** van zorg zou het bij hoofdbehandelaarschap moeten gaan om vragen als: welke hulpverlener is deskundig en aantoonbaar gekwalificeerd voor het stellen van een diagnose; stelt het behandelplan op; voert regie over de behandeling, dwz. kanaliseert en controleert het werk van eventuele nevenbehandelaren en houdt zicht op de voortgang en het bereiken van gestelde behandeldoelen via regelmatig patiëntcontact?

Het volgende kan worden geconstateerd.

### ***Wettelijke kaders/regelgeving bekostiging***

Op het terrein van de bekostiging is -deels multi-interpretabele- regelgeving beschikbaar waarin invulling wordt gegeven aan het hoofdbehandelaarschap voor tweedelijns GGZ.

De hoofdbehandelaar is:

- 'een psychiater of klinisch psycholoog' (*Besluit zorgverzekering*);
- 'een psychiater, psychotherapeut, klinisch psycholoog of een GGZ-instelling' (*CVZ*);
- 'een psychiater, psychotherapeut, klinisch psycholoog, klinisch neuropsycholoog of GZ-psycholoog (*NZA tariefbeschikking*);
- 'een psychiater, klinisch psycholoog, klinisch neuropsycholoog, klinisch geriater of, binnen een instelling, een GZ-psycholoog, verslavingsarts, arts-assistent in opleiding tot psychiater mits bekwaam en functionerend in een gestructureerd multidisciplinair overleg binnen de instelling' (*ZN*);
- 'een psychiater of zenuwarts' (*polisvoorwaarden diverse verzekeraars waaronder CZ*);
- 'elke instelling of praktijk bepaalt zelf welke professionals als hoofdbehandelaar in het kader van de DBC GGZ-systematiek als hoofdbehandelaar worden aangewezen' ... Alle in de wet BIG-geregistreerde beroepen [dus ook bijv. basisartsen, geriater, verpleegkundigen) die bevoegd en bekwaam zijn om patiënten te classificeren volgens de DSM IV kunnen patiënten typeren met behulp van een typeringslijst' ... 'Een hoofdbehandelaar is in het algemeen degene die de typering vaststelt en de DBC afsluit na controle van de vast te leggen elementen en zoveel mogelijk in staat is om ook te diagnosticeren. Professionals die geen hoofdbehandelaar zijn worden behandelaar genoemd (en registreren dus alleen activiteiten en verrichtingen) (*DBC-spelregels*).

Europsyche volgt binnen haar constructie de laatste definitie. Zij stelt dat de DBC-spelregels het hoofdbehandelaarschap niet hangen aan een titel, maar aan de bevoegd- en bekwaamheid om een cliënt te kunnen typeren. Vervolgens stelt zij dat het aan *de instelling* (in dit geval Europsyche als

landelijk erkende instelling in de GGZ in de tweedelijnszorg) is om zelf te bepalen wie zij bevoegd en bekwaam acht om diagnoses te stellen en wie als hoofdbehandelaar optreedt. Tengevolge van deze interpretatie zijn, zo blijkt uit het door zorgverzekeraar CZ verrichte dossieronderzoek, binnen de constructie van Europsyche de hulpverleners die als hoofdbehandelaar optreden, veelal geen psychiater of zenuwarts.

Langs deze route opent Europsyche de mogelijkheid om zorg als tweedelijns GGZ vergoed te krijgen, terwijl dit in een aantal gevallen niet het geval zou zijn geweest indien die zorg door de bij Europsyche aangesloten hulpverleners als zelfstandig gevestigden zou zijn gedeclareerd. Dan zou men immers zijn gehouden aan de eis dat sprake zou moeten zijn van een hoofdbehandelaarschap *wel degelijk* hangende aan een titel, die een aantal bij Europsyche aangesloten hulpverleners nu juist niet heeft.

CZ heeft de declaratieroute van Europsyche aangevochten. CZ heeft haar betoog daarbij moeten stoelen op het feit dat Europsyche niet heeft voldaan aan de *polisvoorwaarden van CZ*. Hierin is het begrip hoofdbehandelaar eenduidig en strikt gedefinieerd. Er staat immers: 'een hoofdbehandelaar is een psychiater of zenuwarts'. De door Europsyche aangehouden definitie van het begrip hoofdbehandelaar is in strijd met deze definitie. De declaraties die ten onrechte op deze 'eigen' definitie zijn gebaseerd, zijn onrechtmatig en hoeven niet te worden betaald. Zo luidde de uitspraak van de voorlopige voorzieningenrechter op 16 mei jl.

### **Wie kan corrigeren en handhaven(I)?**

De zorgverzekeraar die werkt met polisvoorwaarden waarin het begrip 'hoofdbehandelaarschap' eenduidig is gedefinieerd, kan corrigerend optreden jegens de constructie die Europsyche heeft gecreëerd. In navolging van CZ doen andere zorgverzekeraars die declaraties van Europsyche ontvangen dit momenteel ook.

De NZA kan vanuit haar toezichthoudende taak op zorgverzekeraars handhavend optreden door alle zorgverzekeraars aan te sporen het voorbeeld van CZ te volgen.

### **Wettelijke kaders/regelgeving veiligheid en kwaliteit van zorg**

Het begrip hoofdbehandelaar is niet bij wet inhoudelijk gedefinieerd.

Slechts de wet Bopz raakt eraan. Art 36 lid 1 impliceert dat 'een arts of andere persoon in het ziekenhuis in het bijzonder verantwoordelijk zal zijn voor zijn behandeling', waarbij onder andere is bepaald dat de geneesheer-directeur (gedefinieerd in art 1 lid 3) 'zorg draagt' dat bijvoorbeeld die voor de behandeling verantwoordelijke persoon een behandelingsplan opstelt (art 38 lid 1). De wet zou zo gelezen kunnen worden dat zelfs een BIG-registratie overbodig zou zijn. Het van meet af aan -zonder wettelijke basis- ingenomen *inspectiestandpunt* dat een BIG-registratie voorwaarde is voor het behandelaarschap in het kader van de wet Bopz is in de praktijk (en bij toetsing door de tuchtrechter) overgenomen. In de wet Bopz is later het begrip behandelaar nader gekwalificeerd: in art 14a lid 5 wordt duidelijk dat slechts een psychiater behandelaar kan zijn in geval van een Voorwaardelijke Machtiging en ook de Zelfbindingsmachtiging tendeeft in die richting. Ook de geneesheer-directeur moet onder omstandigheden (Hoge Raad 27 januari 2012, JvGgz 2012 / 1) psychiater zijn. Dit alles staat echter in de sleutel van dwangopnemingen.

Echter, Europsyche biedt geen gedwongen GGZ en kan dus op het punt van inkleuring van het begrip hoofdbehandelaarschap op geen enkele manier onder het kader van de wet Bopz worden geschaard. Daarnaast is Europsyche weliswaar een instelling in het kader van de WTZi, maar heeft zij op geen enkele wijze een instellings*structuur* die de introductie van de figuur van een geneesheer-directeur zinvol zou doen zijn. Let wel: in de gedwongen GGZ speelt juist deze figuur van de geneesheer-directeur een uitermate belangrijke rol als bewaker van de veiligheid en kwaliteit van zorg!

### **Handreiking/veldnorm**

De individuele verantwoordelijkheid van zorgverleners tot het verlenen van verantwoorde zorg ligt besloten in wettelijke bepalingen uit de Wgbo (art. 7:453 zorg van een goed zorgverlener, in relatie tot de professionele standaard) en, waar het gaat om zorgverleners die niet in een instelling werken, uit de Wet Big (art. 40, verplichting tot het bieden van verantwoorde zorg). Zorgverleners die behoren tot de beroepsgroepen genoemd in art. 3 Wet Big vallen tevens onder het wettelijk tuchtrecht. Hierin ligt het accent van oudsher op de *individuele* verantwoordelijkheid van de betreffende beroepsbeoefenaren. De crux van het vraagstuk van Europsyche zit 'm echter vooral in de samenwerking die wordt georganiseerd tussen de individuele (hoofd)behandelaar en individuele nevenbehandelaar *y*. Welke eisen mogen worden gesteld aan de verantwoordelijkheid van de individuele beroepsbeoefenaar voor de samenwerking met (onder andere) zijn hoofdbehandelaar of nevenschikte collega?

De 'Handreiking verantwoordelijkheidverdeling' van de KNMG tracht (onder meer) dit issue te adresseren. De Handreiking werkt niet met een limitatieve opsomming van kwalificaties waaraan een hoofdbehandelaar zou moeten voldoen. De Handreiking is voorts (nog) niet zonder problemen, omdat sectoren, waaronder de GGZ, hebben aangegeven dat 'nog niet in alle sectoren sprake is van de randvoorwaarden die nodig zijn om de in de Handreiking genoemde aandachtspunten te kunnen toepassen. Dit betekent dat per zorgsector een uitwerking tot stand moet worden gebracht, waarin onder andere een uitgewerkte toedeling van verantwoordelijkheden wordt opgesteld'. Afgesproken is dat over een dergelijke uitwerking met de verschillende sectoren in overleg moet worden getreden en dat handhaving niet eerder dan in 2013 aan de orde kan zijn.

### **Tuchtrechtelijke normen**

Buiten de (ontbrekende) wettelijke kaders en de (nog niet volledig uitgekristalliseerde) handreiking/veldnorm om, kan aansluiting gezocht worden bij het tuchtrecht. Er is een uitvoerige beschrijving beschikbaar van de verantwoordelijkheden van de hoofdbehandelaar gegeven door het Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg (CTG 1 april 2008, GJ 2008 / 83 m. nt. AJGM Janssen). Op deze uitspraak is ook de Handreiking deels gestoeld en sectoren -ook de GGZ-sector bij monde van GGZ Nederland- accepteren deze uitspraak min of meer als geldend recht. In deze richtinggevende uitspraak is ook niet precies vastgelegd wie, welke functionaris of welk type beroepsbeoefenaar als hoofdbehandelaar moet worden gezien (*kwalificatie hoofdbehandelaar zelf*), maar wel uitgebreid en tamelijk gedetailleerd welke *eisen* aan een goede *invulling* van het hoofdbehandelaarschap mogen worden gesteld. *Hiermee is een begin van een kader gegeven waaraan de hoofdbehandelaar kan worden getoetst, mede in het licht van artt 2,3 en 4 Kwaliteitswet Zorginstellingen.*

### **Wie kan corrigeren en handhaven (II)?**

Geconstateerd moet worden dat voor de IGZ geen helder wettelijk kader beschikbaar is op basis waarvan zij kan toetsen of Europsyche het hoofdbehandelaarschap op verantwoorde wijze heeft geoperationaliseerd binnen de constructie zoals zij die in het leven heeft geroepen. De beschikbare veldnorm is te weinig uitgekristalliseerd en heeft geleid tot de roep om nadere uitwerking alvorens te handhaven. De IGZ kan wel terugvallen op jurisprudentie van de tuchtrechter ter inkleuring van het begrip 'verantwoorde zorg' in het kader van de Kwaliteitswet, waarbij de kanttekening is dat de tuchtrechter sec kwalificaties en verantwoordelijkheden benoemt waaraan het hoofdbehandelaarschap moet voldoen, en bijvoorbeeld nergens stelt welke aantoonbare kwalificatie de hoofdbehandelaar moet hebben (psychiater, GZ-psycholoog etc.).

### **3. Opvatting IGZ**

Formeel is de handhavende rol van de IGZ jegens de constructie Europsyche hiermee besproken. Een bevredigend resultaat levert dit niet op. Materieel is de IGZ de volgende opvatting toegedaan over de constructie die Europsyche heeft gecreëerd:

**Europsyche omzeilt via haar constructie de eis die de IGZ zou willen stellen vanuit het perspectief van verantwoorde zorgverlening, namelijk dat een GGZ-gerelateerde BIG-**

**professional te weten een BIG-geregistreerd psychiater, psychotherapeut, klinisch psycholoog of GZ-psycholoog<sup>2</sup> altijd regievoerend hoofdbehandelaar dient te zijn, die zijn taak uitvoert aan de hand van enkele strikte kwaliteitseisen, zodra sprake is van tweedelijns GGZ.**

De IGZ stelt dit op basis van haar overtuiging dat juist via adequate invulling van het hoofdbehandelaarschap (meer) garantie wordt georganiseerd voor het verstrekken van de juiste zorg en passende zorg aan een doelgroep van psychiatrisch zieke –want op de tweedelijns GGZ aangewezen – patiënten. Deze garantie wordt georganiseerd door enerzijds eisen te stellen aan de *kwalificatie* van de hoofdbehandelaar: dit moet een GGZ-gerelateerde BIG-professional zijn (=psychiater, psychotherapeut, klinisch psycholoog of GZ-psycholoog; limitatieve opsomming overeen te komen bij wet of via veldnorm). Dit levert inhoudelijke garantie op basis van opleiding en dit geeft de mogelijkheid van tuchtrechtelijke aansprakelijkheid. Deze garantie wordt anderzijds georganiseerd door eisen te stellen aan de kwaliteit van de *invulling* van het hoofdbehandelaarschap (hoofdbehandelaar ziet patiënt en diagnosticeert zelf, voert regie over alle bij de behandeling betrokken behandelaren etc.).

#### 4. Aanbevelingen

A.

IGZ verzoekt tot het bij wet of veldnorm definiëren van het begrip hoofdbehandelaar in de tweedelijns GGZ, in de zin van *kwalificatie* van de betreffende beroepsbeoefenaar, vanuit het perspectief van veiligheid en kwaliteit van zorg. De gehanteerde definities in wetten en regelgeving vanuit het perspectief van bekostiging dienen hiermee 1 op 1 in overeenstemming te worden gebracht.

B.

De IGZ verzoekt tot het bij wet of veldnorm vaststellen van de eisen waaraan *adequate invulling* van het hoofdbehandelaarschap in de tweedelijns GGZ moet voldoen. Er is een beperkt aantal tuchtrechtelijke uitspraken, met name C2011089 en C2011088 waarin de tuchtrechter stelt hoe het hoofdbehandelaarschap op adequate wijze kan worden ingevuld binnen de tweedelijns GGZ.

Aansluiting zoekend bij deze uitspraak zou de IGZ de volgende eisen willen generaliseren naar de hele tweedelijns GGZ:

1. De hoofdbehandelaar is degene die de diagnose stelt.
2. De hoofdbehandelaar is belast met de regie van de behandeling van de cliënt/patiënt.
3. De hoofdbehandelaar laat zich door andere behandelaren zo tijdig en voldoende als noodzakelijk is voor een verantwoorde behandeling van de cliënt/patiënt informeren en toetst of de activiteiten van alle genoemde anderen bijdragen aan de behandeling van de cliënt/patiënt en passen binnen het door de hoofdbehandelaar opgestelde behandelplan, op geleide van de door de hoofdbehandelaar opgestelde diagnosestelling.
4. Hoofd- en nevenbehandelaren treffen elkaar daadwerkelijk en in (multidisciplinair) teamverband, met (dagelijkse/de daartoe noodzakelijke) frequentie, zodat de hoofdbehandelaar de hiervoor gestelde eis (3) kan waarmaken.
5. De hoofdbehandelaar ziet erop toe dat in alle fasen van het traject dossiervoering plaatsvindt conform de daaraan te stellen eisen.
6. Het spreekt voor zich dat voor het goed vervullen van de rol van hoofdbehandelaar, inzicht in de (dagelijkse/frequente) voortgang van de behandeling van de cliënt/patiënt noodzakelijk is. Het aan het eind van de behandeling toetsen of de concreet omschreven behandeldoelen zijn bereikt, maakt deel uit van de afsluiting van de behandeling, die de hoofdbehandelaar standaard voor zijn/haar rekening neemt.

---

<sup>2</sup> opsomming overeen te komen bij wet of via veldnorm, de IGZ denkt aan de genoemde limitatieve opsomming.

## 5. Handhavingsstrategie

Zodra bij wet of veldnorm duidelijk is gesteld aan welke eisen de hoofdbehandelaar zelf (kwalificatie) en de invulling van het hoofdbehandelaarschap in de tweedelijns GGZ dient te voldoen, kan en zal de IGZ op dit onderwerp handhavend optreden. Om bij te dragen aan de totstandkoming van geaccepteerde veldnormering kan de IGZ in gesprek treden met de GGZ-sector op basis van bovenstaande opvattingen (2013). Op basis van wet of veldnorm kan de IGZ thematisch toezicht instellen naar adequate invulling van het hoofdbehandelaarschap (2014). Mochten zich eerder incidenten voordoen of mocht de IGZ meldingen ontvangen van risicovolle situaties in relatie tot het hierboven besproken vraagstuk dan zal zij terug moeten vallen op een nog incompleet toetsingskader dat volledig stoelt op enkele tuchtspraken.

## 6. Vervolg vragen omtrent (on)verzekerde GGZ

De uitspraken die de IGZ nu heeft gedaan, hebben betrekking op de **constructie die Europsyche** is. Er is geen onderzoek verricht -en dat was ook niet de vraag en dit is op basis van de beschikbare IGZ-capaciteit overigens ook ondoenlijk- over de mate waarin *de (1100) bij Europsyche aangesloten hulpverleners(/praktijken)* voldoen aan 'geldende wettelijke kaders'. Dit aspect vergt desalniettemin een korte bespiegeling.

Over het vermeend declareren van zorg die niet in het basispakket valt, is (invoelbaar) ophef ontstaan. Voor zover Europsyche als constructie, via haar interpretatie van het begrip hoofdbehandelaarschap en haar kwaliteitstoets als invulling van multidisciplinaire teamvorming binnen de 'instelling' hieraan bijdraagt, heeft de IGZ haar opvatting hierover uitgeschreven, evenals de voorzieningenrechter. Beiden komen, zij het vanuit verschillende perspectieven, tot de conclusie dat deze constructie de toets der kritiek niet kan doorstaan.

Het zijn echter de bij Europsyche aangesloten hulpverleners(/praktijken) die de daadwerkelijke zorg verlenen en hierbij kan, ook *zonder* de constructie die Europsyche biedt, sprake zijn van een zeer moeilijk te trekken scheidslijn tussen verzekerde en onverzekerde zorg in de GGZ. Dit vraagstuk is sec een vraagstuk voor het CVZ (beleidsmatig) en vervolgens de verzekeraars (operationeel), die moeten bepalen in hoeverre zorg onder het verzekerde pakket valt.

In geval van één instelling die een raamovereenkomst heeft met Europsyche, te weten Different, is de IGZ eerder verzocht om te bepalen in hoeverre eventueel sprake was van onveilige zorg. Dit vanwege het vermeend (onder druk) 'gezezen van homoseksualiteit'. De IGZ constateerde geen directe risico's voor cliënten/patiënten, maar is binnen die casus wel direct terecht gekomen in de pakketdiscussie. In deze casus heeft de IGZ, na doorlichting van Different via onder andere gespreksvoering, raadpleging van beleidsstukken, dossierraadpleging en het horen van (ex)-cliënten, het onderscheid gemaakt tussen *psychiatrische diagnostiek en behandeling* (en dus verzekerde zorg) enerzijds en *psychosociale problematiek* (geen verzekerde zorg) anderzijds<sup>3</sup>. In

---

<sup>3</sup> De IGZ stelt dat Different homoseksualiteit niet mag zien als een psychiatrische stoornis waarvoor psychiatrische behandeling nodig is. Hiermee sluit de IGZ aan op de stand van de wetenschap. Different kan wel psychiatrische behandeling leveren, echter enkel indien een diagnose is gesteld voor een psychiatrische stoornis, zoals de 'seksuele identiteit stoornis'. De behandeldoelstelling moet er dan op erop gericht zijn dat cliënten de op hetzelfde geslacht gerichte gevoelens accepteren (en niet moeten onderdrukken oid.). In dit geval is er sprake van *psychiatrische diagnostiek en behandeling, en dus verzekerde zorg*.

Als cliënten vanwege hun orthodox christelijke geloofsopvatting hun homoseksuele gevoelens niet (kunnen en) willen vormgeven en daaruit *psychisch lijden* ondervinden dan zal de begeleiding van dit lijden in een *pastoraal traject* moeten worden vormgegeven. De oorsprong van dit lijden is niet psychiatrisch te duiden maar komt voort uit de geloofsovertuiging. In dit geval is *geen* sprake van een *psychiatrische diagnose, geen sprake van psychiatrische behandeling* (en dus *geen* sprake van *verzekerde zorg*).

het uitzonderlijke geval van Different, heeft de IGZ deze scheidslijn getrokken, echter in volgende gevallen dient deze taak strikt voorbehouden te zijn aan CVZ en verzekeraars, om de IGZ niet onevenredig met zaken te belasten die niet tot haar kerntaak behoren.