

competentie die je vanuit de wet-BIG m.b.t. tot de hoofdbehandelaar (*i.e.* eindverantwoordelijke) voor de 2^{de} lijn GGZ-zorg mag verwachten. Niettemin is het vanuit het oogpunt van het historisch perspectief mogelijk te rechtvaardigen als uitzondering vrijgevestigde psychotherapeuten toch als hoofdbehandelaar voor de 2^{de} lijn GGZ-zorg c.q. binnen de DBC systematiek te accepteren. Het zou echter niet verantwoord zijn als dit precedentwerking zou hebben op grond waarvan ook andere beroepsgroepen (GZ-psychologen, Verpleegkundig specialist, SPV's e.d.) het hoofdbehandelaarschap gaan claimen of erger als deze claim geaccepteerd zou worden.

Inhoudelijke overwegingen

Naast bovenstaande, van de regelgeving afgeleide, overwegingen zijn er ook algemene, inhoudelijke overwegingen die helpen te bepalen welke beroepsgroepen in aanmerking zouden kunnen komen om binnen de DBC-systematiek als hoofdbehandelaar op te treden.

Binnen de DBC-systematiek is het de hoofdbehandelaar die uiteindelijk verantwoordelijk is voor een juiste typering van de zorgvraag. Dit impliceert uiteindelijk verantwoordelijk voor de diagnosestelling almede voor de zorginhoudelijke (behandel) keuze(s). Zoals ook in de spelregels DBC-registratie gesteld wordt, gaat het diagnosticeren hierbij verder dan het classificeren volgens de DSM-IV. De hoofdbehandelaar wordt verondersteld de brede scoop van differentiaal-diagnostische (somatische en psychische) overwegingen te overzien. In analogie dient de hoofdbehandelaar ook het brede arsenaal van (somatische en psychologische) behandelingsmogelijkheden te overzien om een adequate therapeutische keuze te kunnen maken. Voor de 2^{de} lijn (specialistische) GGZ kan dit alleen van psychiaters en klinische psychologen worden verwacht.

NB1. Klinisch neuropsycholoog

In 2009 heeft ZN haar circulaire in zake het hoofdbehandelaarschap GGZ geamendeerd, waarbij de Klinisch Neuropsycholoog als mogelijk hoofdbehandelaar voor de 2^{de} lijn GGZ werd toegevoegd. Aanleiding vormde het feit dat de Klinisch neuropsycholoog als beroepsgroep in het kader van artikel 14 Wet BIG was erkend. In 2011 heeft het Kenniscentrum GGZ van ZN een onderzoek uitgevoerd naar een juiste positionering van de Medische Psychologie als onderdeel van de Somatische zorginkoop t.o.v. de Geneeskundige GGZ vallend onder de GGZ-inkoop. Bestudering van de stukken betreffende de Medisch Psychologische Zorg, deed het kenniscentrum beseffen dat de Klinisch neuropsycholoog bij uitstek een (super)specialisme is in het kader van de Medische Psychologie¹ (ergo op het grensvlak van de neuro-cerebrale somatiek en de psychologie) en niet in het kader van de reguliere GGZ/psychiatrische zorg. Achteraf bezien is het toevoegen van de klinische neuropsycholoog als mogelijke hoofdbehandelaar voor de GGZ, zoals verwoord in de addendum op de ZN-circulaire hoofdbehandelaarschap GGZ, daarom een vergissing gebleken. Ergo, het kenniscentrum GGZ is niet langer van mening dat de klinische neuropsycholoog als hoofdbehandelaar voor de 2^{de} lijns GGZ in aanmerking zou kunnen komen.

NB2. Verpleegkundig specialist

Gezien de recente publieke c.q. politieke discussies m.b.t. het V&VN standpunt in zake het eventuele hoofdbehandelaarschap van de Verpleegkundig Specialist voor de 2^{de} lijn GGZ, heeft het kenniscentrum deze mogelijkheid nader onderzocht en is daarbij tot de conclusie gekomen dat mede uit het oogpunt van de verantwoordelijkheid die Zorgverzekeraars hebben t.a.v. de kwaliteitsborging van de door hen ingekochte zorg, geadviseerd zou moeten worden de Verpleegkundig Specialist GGZ niet als zelfstandig behandelaar voor de 2de lijn GGZ te contracteren noch om hen als hoofdbehandelaar voor de tweede lijn GGZ in aanmerking te laten komen (NB. dit laatste ook

¹ zie ook pagina 16 van "Productbeschrijving Psychologische Zorg in Ziekenhuizen"; uitgave van de sectie PAZ van het NIP gedateerd oktober 2010

niet onder de voorwaarden zoals die voor GZ psychologen binnen een 2de lijn GGZ instelling in de ZN-circulaire omschreven zijn). Zie bijlage IV voor een nadere onderbouwing van dat standpunt.

Conclusie

Samenvattend leiden zowel de van de regelgeving afgeleide overwegingen als de inhoudelijke overwegingen tot eenzelfde conclusie, namelijk dat het hoofdbehandelaarschap binnen de 2^{de} lijn GGZ zorg in casu de DBC-systematiek voorbehouden zou moet zijn aan de psychiater en klinisch psycholoog. Vanuit historisch perspectief en om praktische redenen, zou hierop een uitzondering kunnen worden gemaakt voor de vrijgevestigde psychotherapeut; dit zolang dit hoofdbehandelaarschap zich beperkt tot psychotherapeuten in de eigen zelfstandige praktijk. We dienen ons daarbij wel te realiseren dat de huisarts in deze een grotere rol heeft dan alleen die van verwijzer. Van de huisarts wordt in deze situatie namelijk verwacht na de verwijzing mede eindverantwoordelijkheid (hoofdbehandelaarschap) te dragen voor hetgeen in de 2^{de} lijn bij de vrijgevestigde psychotherapeut plaats vindt. Het moge duidelijk zijn dat dit een gekunstelde constructie is die uit in het historisch perspectief wellicht te rechtvaardigen is doch die niet tot precedentwerking richting andere beroepsgroepen mag leiden.

Nawoord

Bovenstaande conclusie, dat enkel psychiaters, klinisch psychologen en vrijgevestigde psychotherapeuten voor het hoofdbehandelaarschap in aanmerking komen, betekent niet dat GZ-psychologen, Verslavingsartsen, Psychotherapeuten en Arts-assistenten in opleiding tot psychiater werkend binnen een 2^{de} lijn GGZ-instelling geen DBC's kunnen openen of sluiten. Naar de mening van het kenniscentrum GGZ kunnen deze professionals bij voldoende ervaring (ter beoordeling van de instelling c.q. de formele hoofdbehandelaar) binnen een GGZ-instelling namelijk wel competent geacht worden om DBC's te openen en te sluiten wanneer dit onder eindverantwoordelijkheid gebeurt (verlengde arm) van een hoofdbehandelaar (Psychiater of klinisch psycholoog binnen die instelling. Hierbij wordt dan wel verondersteld dat die formele hoofdbehandelaar daadwerkelijk bij de behandeling betrokken is (dit tenminste via een gestructureerd Multidisciplinair Overleg (MDO), waarbij er binnen dat gestructureerde MDO sprake is van formele gezagsverhoudingen waarbij de formele eindverantwoordelijkheid ligt bij een Psychiater of klinisch Psycholoog. Ergo, papieren MDO-constructies, MDO structuren zonder formele gezagsverhoudingen e.d. bieden o.i. onvoldoende zekerheid t.a.v. de kwaliteitsboring op 2^{de} lijns GGZ niveau. Bestudeerd moet worden in welke mate de hoofdbehandelaar middels face to face contacten zelf direct bij het diagnostisch/behandelproces betrokken zou moeten zijn.

Bijlage II
Wet BIG (zoals geldend op 080408)

Hoofdstuk 1. Begripsbepalingen

Artikel 1

1. In deze wet en de daarop berustende bepalingen worden onder handelingen op het gebied van de individuele gezondheidszorg naast de in het tweede lid omschreven handelingen verstaan alle andere verrichtingen - het onderzoeken en het geven van raad daaronder begrepen -, rechtstreeks betrekking hebbende op een persoon en ertoe strekkende diens gezondheid te bevorderen of te bewaken.
2. In deze wet en de daarop berustende bepalingen worden onder handelingen op het gebied van de geneeskunst verstaan:
 - a. alle verrichtingen - het onderzoeken en het geven van raad daaronder begrepen -, rechtstreeks betrekking hebbende op een persoon en ertoe strekkende hem van een ziekte te genezen, hem voor het ontstaan van een ziekte te behoeden of zijn gezondheidstoestand te beoordelen, dan wel verloskundige bijstand te verlenen;
 - b. het bij een persoon afnemen van bloed of wegnemen van weefsel voor andere doeleinden dan die, bedoeld onder a;
 - c. het wegnemen van weefsel bij een overledene en het verrichten van sectie.

Hoofdstuk II. Registratie en titelbescherming

§ 1. Algemeen

Artikel 3

1. Er worden registers ingesteld, waarin degenen die aan de daarvoor bij en krachtens deze wet gestelde voorwaarden voldoen, op hun aanvraag worden ingeschreven, onderscheidenlijk als:
arts,
tandarts,
apotheker,
gezondheidszorgpsycholoog,
psychotherapeut,
fysiotherapeut,
verloskundige,
verpleegkundige.

§ 2. Specialismen

Artikel 14

1. Indien een organisatie van beoefenaren van een beroep als bedoeld in artikel 3, voor de inschrijving van beroepsbeoefenaren die een bijzondere deskundigheid hebben verworven met betrekking tot de uitoefening van een deelgebied van hun beroep, een specialistenregister heeft en daaraan een titel is verbonden, kan Onze Minister bepalen dat die titel als wettelijk erkende specialistentitel wordt aangemerkt. Een aanvraag daartoe wordt gedaan door het bestuur van de organisatie; het bestuur kan de bevoegdheid daartoe overdragen aan het orgaan, bedoeld in het tweede lid, onder d.
2. Een dergelijk besluit neemt Onze Minister uitsluitend indien dat wenselijk is ter bevordering van de goede uitoefening van de individuele gezondheidszorg en indien aan de volgende voorwaarden is voldaan:
 - a. de organisatie is, naar het oordeel van Onze Minister, voldoende representatief voor de beoefenaren van het betrokken beroep;
 - b. de organisatie is een vereniging met volledige rechtsbevoegdheid;
 - c. de organisatie stelt regels waarin in ieder geval worden vastgelegd
 - de procedure voor de besluitvorming binnen de organisatie met betrekking tot het instellen

- van een specialistenregister,
- de taken en samenstelling van de verschillende organen en
- het bedrag dat, ter dekking van de kosten, voor de behandeling van een aanvraag voor inschrijving en voor erkenning van een opleidingsinstelling, onderscheidenlijk opleider, is verschuldigd;
- d. de organisatie kent een orgaan dat
 - belast is met het besluit tot instelling van een specialistenregister, en
 - regels stelt met betrekking tot de eisen die gesteld worden aan de inschrijving als specialist en aan de erkenning van opleidingsinstellingen, onderscheidenlijk opleiders, voor een specialisme;
- e. de organisatie kent tevens een orgaan dat is belast met
 - de inschrijving van specialisten,
 - de erkenning van opleidingsinstellingen, onderscheidenlijk de opleiders en
 - het toezicht op de uitvoering van de regels door de erkende opleidingsinstellingen, onderscheidenlijk opleiders.

Hoofdstuk III. Bepalingen inzake de beroepen

Afdeling 1. Beroepen waarop het stelsel van registratie en beroepstitelbescherming van toepassing is

§ 1. Artsen

Artikel 18

Om in het desbetreffende register als arts te kunnen worden ingeschreven, wordt vereist het bezit van een getuigschrift waaruit blijkt dat de betrokkene voldoet aan de daartoe bij algemene maatregel van bestuur gestelde opleidingseisen.

Artikel 19

1. Tot het gebied van deskundigheid van de arts wordt gerekend het verrichten van handelingen op het gebied van de geneeskunst.
2. In de gevallen waarin de arts op grond van artikel 50, achtste of negende lid, van de Geneesmiddelenwet bevoegd is geneesmiddelen ter hand te stellen, behoort het ter hand stellen mede tot het gebied van zijn deskundigheid.

§ 4. Gezondheidszorgpsychologen

Artikel 24

Om in het desbetreffende register als gezondheidszorgpsycholoog te kunnen worden ingeschreven, wordt vereist het bezit van een getuigschrift waaruit blijkt dat de betrokkene voldoet aan de daartoe bij algemene maatregel van bestuur gestelde opleidingseisen.

Artikel 25

Tot het gebied van deskundigheid van de gezondheidszorgpsycholoog wordt gerekend het verrichten van psychologisch onderzoek, het beoordelen van de resultaten daarvan alsmede het toepassen van bij algemene maatregel van bestuur aan te wijzen psychologische behandelingsmethoden ten aanzien van een persoon met het oog op diens gezondheidstoestand.

§ 5. Psychotherapeuten

Artikel 26

1. Om in het desbetreffende register als psychotherapeut te kunnen worden ingeschreven, wordt vereist het bezit van een getuigschrift waaruit blijkt dat de betrokkene voldoet aan de daartoe bij algemene maatregel van bestuur gestelde opleidingseisen.
2. Bij algemene maatregel van bestuur kan worden bepaald dat met een getuigschrift als bedoeld in het eerste lid wordt gelijkgesteld een bewijs van een krachtens artikel 14 onderscheidenlijk artikel 16 verleende erkenning als specialist op een bij de maatregel aangewezen deelgebied van de uitoefening van een beroep waarop een register betrekking heeft.

Artikel 27

Tot het gebied van deskundigheid van de psychotherapeut wordt gerekend het onderzoeken en het volgens bij algemene maatregel van bestuur aan te wijzen methoden beïnvloeden van stemmingen, gedragingen en houdingen van een persoon met een psychische stoornis, afwijking of klacht, teneinde deze te doen verdwijnen of te verminderen.

§ 8. Verpleegkundigen

Artikel 32

Om in het desbetreffende register als verpleegkundige te kunnen worden ingeschreven, wordt vereist het bezit van een getuigschrift waaruit blijkt dat de betrokkene voldoet aan de daartoe bij algemene maatregel van bestuur gestelde opleidingseisen dan wel voor zover het betreft het diploma van een beroepsopleiding als bedoeld in de Wet educatie en beroepsonderwijs, voldoet aan de bij en krachtens die wet voor de afgifte van dat diploma gestelde vereisten.

Artikel 33

Tot het gebied van deskundigheid van de verpleegkundige wordt gerekend:

- a. het verrichten van handelingen op het gebied van observatie, begeleiding, verpleging en verzorging;
- b. het ingevolge opdracht van een beroepsbeoefenaar op het gebied van de individuele gezondheidszorg verrichten van handelingen in aansluiting op diens diagnostische en therapeutische werkzaamheden.

Hoofdstuk VII. Tuchtrechtspraak

§ 1. Algemeen

Artikel 47

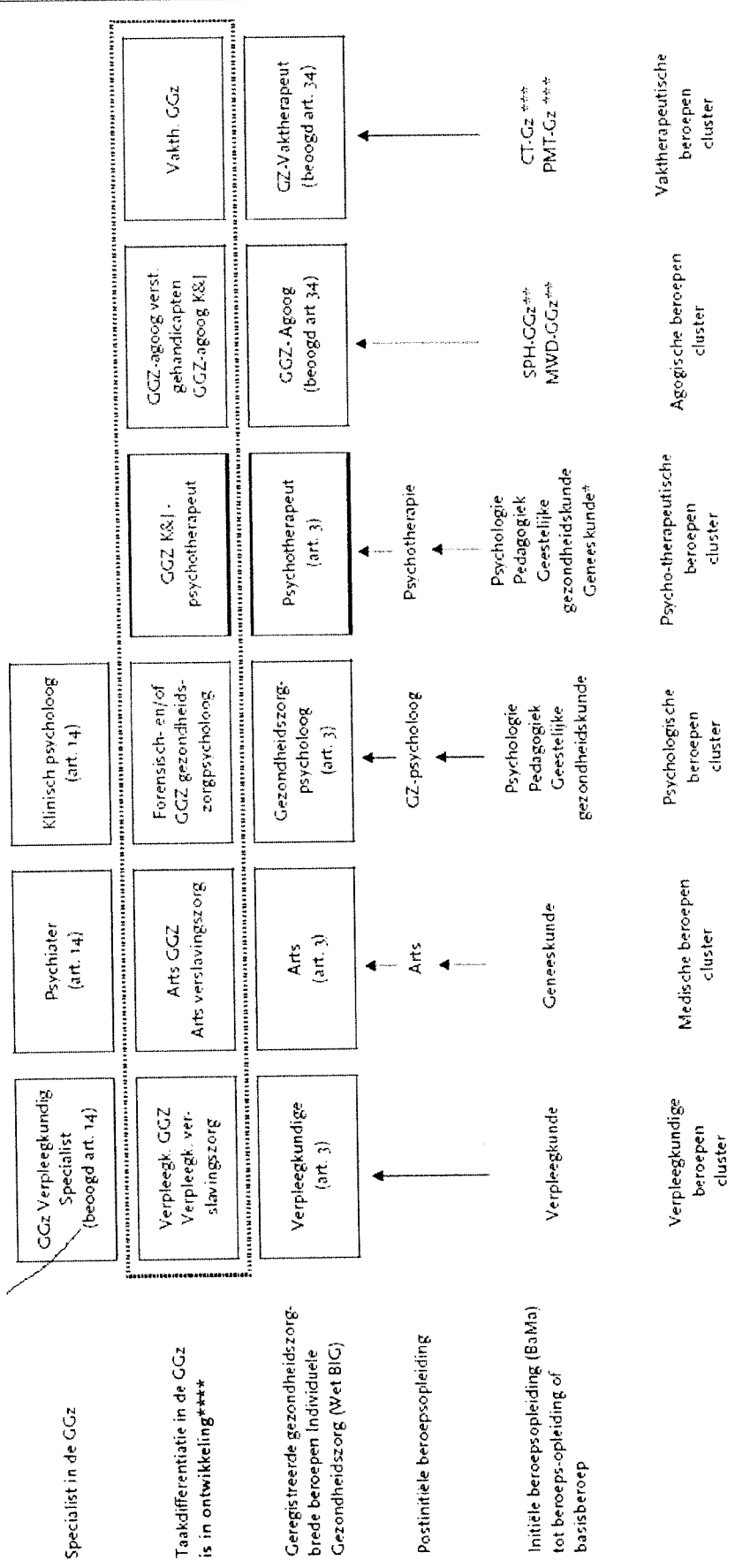
1. Degene die in een der in het tweede lid vermelde hoedanigheden in een register ingeschreven staat, is onderworpen aan tuchtrechtspraak ter zake van:
 - a. enig handelen of nalaten in strijd met de zorg die hij in die hoedanigheid behoort te betrachten ten opzichte van:
 - 1°. degene, met betrekking tot wiens gezondheidstoestand hij bijstand verleent of zijn bijstand is ingeroepen;
 - 2°. degene die, in nood verkerende, bijstand met betrekking tot zijn gezondheidstoestand behoeft;
 - 3°. de naaste betrekkingen van de onder 1° en 2° bedoelde personen;
 - b. enig ander dan onder a bedoeld handelen of nalaten in die hoedanigheid in strijd met het belang van een goede uitoefening van individuele gezondheidszorg.
2. De in het eerste lid bedoelde hoedanigheden zijn die van:
 - arts,
 - tandarts,
 - apotheker,
 - gezondheidszorgpsycholoog,
 - psychotherapeut,
 - fysiotherapeut,
 - verloskundige,
 - verpleegkundige.
3. De tuchtrechtspraak wordt in eerste aanleg uitgeoefend door regionale tuchtcolleges en in beroep door een centraal tuchtcollege.
4. In geval van schorsing of doorhaling van een inschrijving in het register blijft de betrokkene ter zake van enig in het eerste lid bedoeld handelen of nalaten gedurende de tijd dat hij ingeschreven stond, aan de tuchtrechtspraak onderworpen.

Hoofdstuk X. Strafbepalingen

Artikel 96

1. Degene die, hetzij niet ingeschreven staande in een register, hetzij wel in een register ingeschreven staande doch bij het verrichten van handelingen op het gebied van de individuele gezondheidszorg kennelijk tredende buiten de grenzen van hetgeen overeenkomstig hoofdstuk III tot zijn gebied van deskundigheid wordt gerekend, bij het verrichten van handelingen op het gebied van de individuele gezondheidszorg buiten noodzaak schade of een aanmerkelijke kans op schade aan de gezondheid van een ander veroorzaakt, wordt gestraft met hechtenis van ten hoogste drie maanden of geldboete van de tweede categorie.
2. Indien de in het eerste lid bedoelde persoon weet of ernstige reden heeft om te vermoeden dat hij schade of een aanmerkelijke kans op schade aan de gezondheid van een ander veroorzaakt, wordt hij gestraft met gevangenisstraf van ten hoogste zes maanden of geldboete van de derde categorie.
3. Bij veroordeling wegens een der in het eerste of tweede lid omschreven feiten kan de betrokkene tevens worden ontzet van het recht het betrokken beroep uit te oefenen.
4. Het in het eerste lid bepaalde geldt niet voor zover degene die een krachtens artikel 34, eerste lid, geregelde of aangewezen opleiding heeft voltooid bij het verrichten van de in het eerste lid bedoelde handelingen niet getreden is buiten de grenzen van hetgeen overeenkomstig het krachtens artikel 34, tweede lid, bepaalde tot zijn gebied van deskundigheid wordt gerekend.

CONO / VWS Beroepenschema eerste en tweede lijn GGZ



* Master Geneeskunde aangevuld met een postinitiele opleiding tot arts
 ** Bachelor Social Work richting Sociaal Pedagogische Hulpverlening of Maatschappelijk Werk en Dienstverlening, met de differentiatie GGZ
 *** Bachelor Creatieve Therapie of Psychomotorische Therapie, met differentiatie Gezondheidszorg
 **** Genoemde functies zijn voorbeelden van taakdifferentiatie. Een inzichtelijke ordening is in ontwikkeling. Zie voor meer informatie www.conoggz.nl

Bijlage IV

Verpleegkundig Specialist

Vanuit de V&VN wordt via diverse kanalen druk uitgeoefend om de GGZ Verpleegkundige Specialist als hoofdbehandelaar voor de specialistische GGZ geaccepteerd te krijgen. Deze vraagstelling is in 2009 ook al eens in het kenniscentrum GGZ van ZN aan de orde geweest en na een grondige evaluatie kwam het kenniscentrum toen tot het advies dat de GGZ Verpleegkundige Specialist niet voor de (formele) rol als hoofdbehandelaar voor de specialistische GGZ in aanmerking kan komen.

Door de recente hernieuwde aandacht (ook vanuit de politiek) voor dit onderwerp bestond vanuit zorgverzekeraars de behoefte nogmaals goed naar dit onderwerp te kijken. De vraag die hierbij voorligt, heeft betrekking op het de positie die de GGZ Verpleegkundige Specialist binnen de GGZ speelt c.q. zou kunnen/moeten spelen en of hierbij ook een rol als (formeel) hoofdbehandelaar voor de specialistische GGZ past.

Geraadpleegde documentatie:

- Besluit verpleegkundig Specialist GGZ 2009
- Beschrijving CONO beroepen en opleidingen: GGZ Verpleegkundig Specialist
- Competentieprofiel GGZ-Verpleegkundig Specialist
- Wet BIG

Werkgebied van de verpleegkundig specialist

Verpleegkundig specialisten werken op het scharnierpunt van het verpleegkundige en medische domein. Een Verpleegkundig Specialist is een verpleegkundige die, op basis van een door de NVAO geaccrediteerde masteropleiding en ervaring op het niveau van expert, wordt ingezet voor een omschreven groep patiënten waarmee zij individuele behandelrelaties aangaan. Vanuit het perspectief van de patiënt worden care en cure geïntegreerd aangeboden ter bevordering van de continuïteit en kwaliteit van zowel de verpleegkundige zorg als de medische behandeling. Het vermogen tot zelfmanagement en de kwaliteit van leven staan hierbij centraal. Op basis van klinisch redeneren (anamnese, lichamelijk en/of psychiatrisch onderzoek, aanvullende onderzoek) komt de verpleegkundig specialist tot aanvullende diagnostiek. In aansluiting hierop past zij evidence based interventies toe, en indiceert en verricht zij m.b.t. specifieke doelgroepen voorbehouden handelingen binnen zijn/haar competentiegebied.

De titel van verpleegkundig specialist is sinds 2009 wettelijk erkend (BIG artikel 14). Verpleegkundig Specialist zijn werkzaam binnen 5 verschillende gebieden van de zorg, te weten:

1. Verpleegkundig specialist intensieve zorg
2. Verpleegkundig specialist acute zorg
3. Verpleegkundig specialist chronische zorg
4. Verpleegkundig specialist preventieve zorg
5. Verpleegkundig specialist geestelijke gezondheidszorg

Zelfstandige behandelverantwoordelijkheid binnen kaders

De Verpleegkundig Specialist geeft zelfstandig vorm aan het zorgproces van de patiënt binnen een specifieke doelgroep door het aangaan van een zelfstandige behandelrelatie binnen het eigen deskundigheidsgebied.

Het gaat daarbij om een integraal proces binnen het eigen deskundigheidsgebied: van diagnostiek, opstellen van het behandelplan met de daarbij behorende interventies en het evalueren en afsluiten van de behandeling.

Het gaat om handelingen binnen een specifieke doelgroep, waarvan de risico's te overzien zijn, handelingen van een beperkte complexiteit en routinematige handelingen. Daarnaast wordt als

voorwaarde genoemd dat er wordt gehandeld volgens landelijke richtlijnen, standaarden en daarvan afgeleide protocollen.

De zelfstandige bevoegdheid die wordt toegekend is in omvang beperkt. De bevoegdheidsgrenzen van de Verpleegkundig Specialist worden bepaald door de opleiding, de eigen bekwaamheid, het deskundigheidsgebied en de bij het besluit gestelde beperkingen met betrekking tot de voorbehouden handelingen (Besluit tijdelijke regels zelfstandige bevoegdheid Verpleegkundig Specialist).

Hoofdbehandelaarschap binnen de gespecialiseerde GGZ

Of een beroepsgroep bekwaam (en daarmee bevoegd) geacht kan worden om op een verantwoorde wijze in aanmerking te komen als hoofdbehandelaar voor de tweede lijns GGZ zorg, is afhankelijk van de aard (*i.e.* aard van het handelen op het gebied van de individuele gezondheidszorg), de scope (*i.e.* bereik geneeskundig veld) en de diepgang (*i.e.* specialisatie in termen van diepgang) van de geneeskundige competenties behorend bij die beroepsgroep. Hierbij is het met name van belang dat men op voldoende diepgaand niveau bekwaam is om over het brede veld van de GGZ (scope), het differentiaal diagnostisch overzicht (aard) te hebben, alsmede het overzicht van de behandelmogelijkheden (aard).

In de basis liggen de competenties voor een verpleegkundige met betrekking tot de aard van 'het handelen op het gebied van de individuele gezondheidszorg' en niet op terrein van het stellen van een medische (differentiaal) diagnose of het medisch behandelen, maar beperken de competenties met betrekking tot het handelen op het gebied van de individuele gezondheidszorg zich tot het verrichten van handelingen op het gebied van observatie, begeleiding, verpleging en verzorging, alsmede het, in gevolge van een opdracht van een beroepsbeoefenaar op het gebied van de individuele gezondheidszorg, verrichten van handelingen in aansluiting op de diagnostische en therapeutische werkzaamheden van die opdrachtgever (artikel 3 wet BIG). Erkenning van het Verpleegkundig Specialisme conform artikel 14 betekent in essentie dus niet meer of minder dan dat men bijzondere deskundigheid heeft verworven met betrekking tot de uitoefening een deelgebied van het beroep verpleegkundige (artikel 14 wet BIG). Men heeft dus bijzondere deskundigheid met betrekking tot de hierboven beschreven handelingen zijnde op het gebied van observatie, begeleiding, verpleging en verzorging, alsmede het, in gevolge van een opdracht van een beroepsbeoefenaar op het gebied van de individuele gezondheidszorg, verrichten van handelingen in aansluiting op de diagnostische en therapeutische werkzaamheden van die opdrachtgever. Met de artikel 14 erkenning is men, zoals het CONO beschrijft, de verpleegkundige evenknie geworden van de psychiater en klinisch psycholoog; ergo, staat men ten aanzien van de verpleegkundige competenties op artikel 14 niveau doch niet ten aanzien van het stellen van een medische diagnose of het behandelen.

Kijken we naar het opgestelde competentie profiel van de Verpleegkundig Specialist GGZ, dan blijken de competenties naar aard van het handelen op het gebied van de individuele gezondheidszorg verder te gaan dan de handelingen zoals voor verpleegkundigen omschreven. Er wordt door het CONO profiel namelijk aangegeven dat men competent geacht kan worden om ten aanzien van een specifieke doelgroep zelfstandig een behandelsrelatie aan te gaan, waarbij overigens wel wordt aangegeven dat dit als medebehandelaar is. Het CONO spreekt in dit verband ook over toegewezen patiënten. Met betrekking tot het behandelen wordt als kerncompetentie aangegeven het begeleiden en/of behandelen van toegewezen patiënten met name gericht op het ondersteunen van de gevolgen van een psychiatrische stoornis; ergo, dus niet zozeer gericht op curatie van de ziekte zelf. Met betrekking tot de bekwaamheid diagnoses te stellen wordt aangegeven dat het hier het stellen van een nadere diagnose betreft; namelijk een nadere diagnose binnen het deskundigheidsgebied van een GGZ-verpleegkundige. Ondanks dat het competentie profiel van het Verpleegkundig Specialisme GGZ in aard van gezondheidkundig handelen dus verder gaat dan de basishandelingen van een verpleegkundige, zijn de beperkingen aan de bekwaamheid ten aanzien van het diagnostisch en therapeutisch handelen (GGZ-breed gezien) vrij groot te noemen, mede omdat de deskundigheid zich beperkt tot enkel specifieke doelgroepen. Deze beperkingen maken dat men met name m.b.t. het (bredere) differentiaal diagnostisch overzicht (ook buiten het specifieke deskundigheidsgebied), alsmede het overzicht van de

behandelmogelijkheden, onvoldoende competent geacht moet worden om op een verantwoorde wijze als zelfstandig/onafhankelijk behandelaar binnen de 2^{de} lijn te opereren.

Conclusie

Op grond van bovenstaande adviseert het KCGGZ van ZN om, mede uit het oogpunt van de verantwoordelijkheid die Zorgverzekeraars hebben t.a.v. de kwaliteitsborging van de door hen ingekochte zorg, de Verpleegkundig Specialist GGZ niet als zelfstandig behandelaar voor de 2de lijn GGZ te contrateren noch om hen als hoofdbehandelaar voor de tweede lijn GGZ in aanmerking te laten komen (NB. dit laatste ook niet onder de voorwaarden zoals die voor GZ psychologen binnen een 2de lijn GGZ instelling in de ZN-circulaire omschreven zijn).

Dit belet overigens niet dat een Verpleegkundig Specialist GGZ binnen de 2^{de} lijn, toch een zelfstandige behandelrelatie kan vormgeven; dit dan wel onder de eindverantwoordelijkheid van een daartoe aangemerkte formele hoofdbehandelaar c.q. in multidisciplinair verband. Naast de specifieke behandelinzet vervult de Verpleegkundige Specialist GGZ in die setting voor specifiek doelgroepen dan tevens een belangrijke brugfunctie tussen artsen en verpleegkundigen en speelt verder een cruciale rol in zorgcoördinatie, taakherschikking, het bevorderen van vraagsturing en de verbetering van de kwaliteit van zorg en leven, begeleiden en coachen van verpleegkundigen en zorgkundigen, als vraagbaak voor belendende beroepsgroepen en in patiënt-of doelgroep gebonden onderzoek.

NB. Naast de mogelijkheden binnen de 2de lijn, bieden de ontwikkelingen rondom de basis GGZ goede mogelijkheden voor het inzetten van de Verpleegkundig Specialist GGZ. Naar de mening van het Kenniscentrum kan de verpleegkundig specialist GGZ binnen de Basis GGZ (Basis Zorg + Gegeneraliseerde GGZ) een prominente rol gaan spelen bij de behandeling van Langdurig Zorgafhankelijke GGZ cliënten en kan de meerwaarde van deze beroepsgroep met name in die setting goed tot zijn recht komen. Het betreft hier immers vaak cliënten behorend tot een van de specifieke doelgroepen van een Verpleegkundig Specialist GGZ waarbij de competenties van de Verpleegkundig Specialist GGZ dan ook uitstekend aansluiten bij de zorgvraag van deze doelgroep. Bedoelde cliënten groep wordt nu nog vaak vanuit de 2de lijn bediend. De introductie van de Basis GGZ biedt de mogelijkheid deze zorg dicht bij huis te organiseren en de Verpleegkundig Specialist GGZ vormt de ideale beroepsgroep deze zorg binnen de BasisGGZ vorm te geven. Met name ook de brug functie die de verpleegkundig specialist vervult richting het sociale netwerk van de cliënt en (externe) instanties/hulpverleners heeft in de setting van de Basis GGZ grote waarde.

Het kenniscentrum is van mening de Verpleegkundig Specialist GGZ deze zorg als zelfstandig zorgaanbieder binnen de generaliserende GGZ (als onderdeel van de basis GGZ) zou kunnen aanbieden op basis van een gerichte verwijzing* vanuit de 2de lijn (via de HA). (*Een verwijzing gericht op het deskundigheid- en ervaringsgebied van de betreffende Verpleegkundig Specialist GGZ). Verder zou deze zorg eventueel ook door de Verpleegkundig specialist GGZ als ondersteunende zorg voor de Basis Zorg (als onderdeel van de Basis GGZ) aan de huisarts kunnen worden aangeboden. Het kenniscentrum acht het van belang dat deze mogelijkheden bij de verdere inrichting en productontwikkeling van de Basis GGZ wordt meegenomen.

Consultatievraag 1

Wat is uw mening over de kwalificatie-eisen van hoofdbehandelaar in de tweedelijns GGZ?

De kwalificatie-eisen van de IGZ zijn grotendeels akkoord, waarbij de Inspectie stelt dat er meer garantie-eisen moeten worden gesteld aan het hoofdbehandelaarschap. De eis van de Inspectie dat er naast de bevoegdheid vooral de bekwaamheid van de GGZ-zorgverlener cruciaal is, kan worden geaccordeerd. Voldoende praktijkervaring moet een voorwaarde blijven (zijn) om als hoofdbehandelaar in de tweedelijns GGZ in aanmerking te kunnen komen. Wel is het zo dat sommige opleidingen achterlopen op de praktijk. Verder is het wenselijk ook de kwalificatie van gezondheidszorgpsycholoog toe te voegen aan de opsomming van gekwalificeerde hoofdbehandelaar. Ook kan het afhankelijk zijn van de invulling van het hoofdbehandelaarschap. Indien wordt verwacht dat het functioneren van anderen ook wordt beoordeeld dan is dat bij een klinisch psycholoog logischer dan bij een psychotherapeut, hoewel dat bij een vrijgevestigde psychotherapeut anders kan worden vormgegeven.

Consultatievraag 2:

Opsomming van GGZ-zorgverleners die als hoofdbehandelaar in de tweedelijns GGZ aangemerkt worden. De opsomming van de Inspectie wordt niet geheel als logisch gezien. Naast de genoemde specialisten (psychiater en klinisch psycholoog), zijn er nog enkele andere basisberoepen die voldoen aan de door de Inspectie genoemde kwalificatie-eisen, in aanvulling op de beroepsgroep van de psychotherapeuten. Met name de GZ-psycholoog, verslavingspsycholoog en de verslavingsarts (MIAM-profiel) voldoen aan de door de Inspectie gestelde kwalificatie-eisen en er moet dan ook de mogelijkheid blijven bestaan om deze beroepsgroepen als hoofdbehandelaar op te laten treden. In de verslavingszorg (verslavingskunde) zijn deze beroepsgroepen cruciaal en zullen in de toekomstige ontwikkeling een groot deel van de hoofdbehandelaars (moeten) uitmaken. Overigens is een en ander wel afhankelijk van de setting waar de hoofdbehandelaar werkt. In de toekomst zou een verpleegkundig specialist eventueel ook een rol kunnen spelen als hoofdbehandelaar, mogelijk wel beperkt tot de uitvoering van een bepaald vakgebied.

Consultatievraag 3:

Deelt u de taak en verantwoordelijkheid van de hoofdbehandelaar in de tweedelijns GGZ zoals door de Inspectie geformuleerd?

Hier kunnen we grotendeels wel met een ja antwoorden op enkele kanttekeningen na. In de tekst wordt niet geheel duidelijk of het om daadwerkelijke uitvoering van die zorg gaat. Vanuit onze huidige situatie kan een hoofdbehandelaar niet iedere cliënt face to face zien. Dat is niet haalbaar gezien het aantal in deze beroepsgroep opgeleide functionarissen en, indien dat wel gewenst zou zijn, leidt het tot een forse kostenopdriving van de zorg. Verder is het ook niet echt nodig om zelf de cliënt te zien (naast de verantwoordelijk behandelaar) om iets te kunnen zeggen in DBC termen over diagnose en behandeling. Vanuit de wet bezien kan men stellen dat genoemde beroepsgroepen, dus ook de basisberoepen, binnen hun deskundigheidsgebied een eigen verantwoordelijkheid heeft en daarbij niet hiërarchisch onder een specialist kan worden gevoegd. Uiteindelijk gaat het erom dat er een goed opgeleide behandelaar contact heeft met de cliënt en de zorg onder regie van een hoofdbehandelaar kan vormgeven. De hoofdbehandelaar kan daarbij volstaan met een zekere regiefunctie, waarbij er wel goede afspraken moeten worden gemaakt over de intensiteit van de betrokkenheid van de hoofdbehandelaar zodat deze zijn 'toezicht' kan waarmaken. Voor Novadic-Kentron zou dit kunnen betekenen dat we het aantal hoofdbehandelaren moeten 'upgraden' om te voldoen aan de wettelijke eisen. Dat betekent dat we naast de huidige ZVB-ers, meer beroepsgroepen een hoofdbehandelaarschap moeten toekennen zodat het realistisch wordt. De ZVB-ers krijgen dan meer verantwoording voor het behandelproces, waarbij we een grotere groep toelaten als hoofdbehandelaar.

Consultatievraag 4:

Bent u het er mee eens dat bovenstaande criteria essentieel zijn voor adequate regievoering door de hoofdbehandelaar?

Deze vraag wordt ten dele met ja beantwoord. Dit hangt mede af van de uitwerking van bovenstaande. Vooral het directe cliëntencontact als hoofdbehandelaar vormt hierbij een obstakel, naast de eigen verantwoording van de BIG-erkende behandelaren binnen hun deskundigheidsterrein. Vooral punt 1 en 8 roepen de vraag op of in de GGZ en verslavingszorg hiertoe de financiële middelen aanwezig zijn, naast de wenselijkheid hiervan voor de behandeling en de cliënt. Zo lijkt het niet mogelijk dat de hoofdbehandelaar bij iedere cliënt/patiënt persoonlijk een diagnose stelt via contact met de cliënt. Daarnaast lijkt het eerder van belang om de regierol van de hoofdbehandelaar los te maken van de daadwerkelijke behandeling, onder goed gestelde criteria, zodat beide rollen zuiver uit elkaar kunnen worden gehouden.

Consultatievraag 5:

Welke criteria ontbreken naar uw mening maar zijn wel essentieel deel van het hoofdbehandelaarschap? In de verslavingszorg hoort het volgens ons tot de kwalificatie-eisen van een hoofdbehandelaar dat hij naast algemene kennis van de GGZ en de ziektebeelden, diepgaande kennis heeft van verslavingsgerelateerde onderwerpen (cognitieve gedragstherapie, CRA, neurobiologie, speciale somatiek, speciale comorbiditeit etc.....). Daarnaast moet een hoofdbehandelaar kennis hebben van en ervaring met de totale breedte van het vakgebied, omdat goed diagnosticeren, behandelen en beoordelen van de kwaliteit en effecten van behandeling niet mogelijk is zonder die kennis en ervaring.

Ook zou uiteraard gekeken moeten worden naar een criterium rondom na-/bijscholing en het bijwonen van intervisie/supervisie. Aanvullend worden genoemd kwaliteiten op het gebied van coaching /aansturing. Zeker als we meerdere hoofdbehandelaren moeten toelaten is dat van belang. Criterium 3 stelt verder dat de hoofdbehandelaar door adequate communicatie en organisatie voorwaarden scheppend dient te zijn. Onder meer dat men zich dient te overtuigen van de bekwaamheid van de behandelaars, die onder zijn 'verantwoording' werkzaamheden uitvoeren. Hiervoor zouden ook heldere criteria geformuleerd moeten worden om dat objectief te kunnen doen.

Algemene opmerkingen:

Overkoepelend: de focus in dit document ligt op behandeling (zie term hoofdbehandelaar). Echter de praktijk heeft de theorie ook hier al weer achterhaald, want er wordt toenemend begeleid, gestut en gesteund binnen het GGZ werkkterrein (veel care in plaats van cure). Dat stelt andere eisen aan eventuele hoofdbehandelaars. Er wordt verder niet direct benoemd in het document of er ook een BIG geregistreerde hoofdbehandelaar moet zijn voor cliënten/patiënten die niet behandeld maar begeleid worden.

De nadruk in het document ligt met name op de psychische zorg binnen de GGZ en de (specialistische) vrijgevestigde praktijk. Het specifieke medische domein wordt maar deels benoemd, maar ook de sociale aspecten van de zorg volgens het BPS model blijft onderbelicht en wordt niet meegenomen. Het is moeilijk om tot een algemeen kwaliteitseisenpakket voor een hoofdbehandelaar te komen binnen zo'n enorm breed en divers terrein als de GGZ in de tweedelijnszorg. Ook de samenwerking in de keten en de toenemende ambulantisering waarbij meer wijkgericht gewerkt gaat worden stelt andere voorwaarden aan het toezicht van de hoofdbehandelaar, die nu nogal nauw vanuit een 'klassieke GGZ' wordt geformuleerd in dit document. In de bijlage zijn stukken ingevoegd die kunnen gelden in samenwerking met eerstelijnspartners (en ook steeds meer toegepast worden). Daarin staat in bijlage 1 het hoofdbehandelaarschap beschreven zoals door de tuchtrechter beschreven. Dit geeft de indruk dat de hoofdbehandelaar degene is die cliënt behandelt en daarnaast de regie voert over de behandelingen van de overige betrokken behandelaars. Dat is ook hetgeen bij ons als het ware de VB doet.



GGZNEDERLAND

Inspectie voor de Gezondheidszorg

Hoofdinspecteur Publieke en Geestelijke Gezondheidszorg
Postbus 2680
3500 GR Utrecht

Datum

7 januari 2013

Contactpersoon

Tineke Stikker

Ons kenmerk

FA/tesr/naem/142122/2012

Onderwerp

Reactie Consultatiedocument

'Hoofdbehandelaarschap in de tweedelijns GGZ'

Bijlage(n)

Doorkiesnummer

033-4608982

Uw kenmerk

2012-462147/LP/P9/br1

Geachte

In uw vraag om de reactie en de visie van GGZ Nederland op uw consultatiedocument "Hoofdbehandelaarschap in de tweedelijns GGZ" geeft u terecht aan dat in het Bestuurlijk Akkoord Toekomst GGZ 2013-2014 als gezamenlijke doelstelling ook het adequaat uitwerken van het thema hoofdbehandelaarschap is opgenomen. Letterlijk staat er in het akkoord:

Vanuit kwaliteitsoverwegingen spreken zorgverzekeraars en zorgaanbieders landelijk in 2012 criteria af waaronder taakherschikking of taakdelegatie plaatsvindt en wat de rol van de hoofdbehandelaar is (mede in het licht van de verlengde-arm-constructie). Het streven moet zijn dat de zorg steeds geboden wordt door de hulpverlener die daartoe het best geëquipeerd is en die de zorg het meest doelmatig kan bieden.

Wij constateren dat de tijd tot 7 januari 2013 relatief kort is en hopen dan ook dat de uitwerking van dit thema nadat alle reacties zijn verkregen, wat langere tijd mag vergen, zodat een goede veldnorm uitgewerkt kan worden. Bij die veldnorm is het gewenst ook aandacht te schenken aan de Basis GGZ. Om de doelstelling zoals gesteld in het Bestuurlijk Akkoord te halen is bovendien nodig dat verzekeraars in hun polisvoorwaarden eenduidige definities gaan hanteren in overeenstemming met de op te stellen veldnorm.

In onze reactie zullen wij eerst in algemene zin ingaan op enkele zaken rondom het hoofdbehandelaarschap in de specialistische ggz (voorheen tweedelijns ggz). Daarna volgt puntsgewijs ons antwoord op uw consultatievragen.

In de eerste plaats is het goed om stil te staan bij een zorgvraag binnen de specialistische ggz en diens gevolge in de context van de behandeling van die zorgvraag. In de ggz



instellingen vindt de behandeling van problematiek meestal plaats via een multidisciplinaire aanpak die de beschikbaarheid van een vangnet van expertise en faciliteiten vereist. De zorgaanbieder is op grond van de Kwaliteitswet zorginstellingen en HKZ gehouden tot de organisatie en de verlening van verantwoorde zorg, volgens een intern professioneel statuut of ander document waarin beschreven is bij wie welke verantwoordelijkheden liggen voor bepaalde behandelingen.

De meeste instellingen hebben op dit moment reeds een dergelijk professioneel statuut opgesteld, waarin de onderlinge verantwoordelijkheden gebaseerd op de Wet BIG en de directe beschikbaarheid van de artikel 14 beroepen is vastgelegd en tevens is aangegeven in welke situaties specifieke beroepen (meestal de psychiater) direct betrokken moeten worden bij de zorg. In deze instellingssetting heeft het normeren van de kwalificatie als hoofdbehandelaar een andere betekenis voor de borging van de kwaliteit van zorg.

In de vrijgevestigde solo-praktijken anderzijds is de behandeling veelal monodisciplinair en is de behandelaar daarmee tevens hoofdbehandelaar, tenzij de omstandigheden (aantoonbare zorginhoudelijke samenwerkingsvormen) een andere conclusie rechtvaardigen. In deze setting is het normeren van de kwalificatie van (hoofd)behandelaar van een andere betekenis voor de kwaliteit van de zorg.

Ten tweede is het belangrijk om in te gaan op de term hoofdbehandelaar en wat deze term suggereert over de verhouding hoofdbehandelaar ten opzichte van andere behandelaren. Iedere behandelaar is te allen tijde verantwoordelijk voor zijn eigen handelen. Bij artikel 3 en 14 wet BIG behandelaren is er, indien aan de orde, sprake van tuchtrechtelijke aansprakelijkheid t.a.v. dat individuele handelen. Juist het perspectief van kwaliteit en veiligheid maakt het nodig helder te zijn over taakverdeling en niet de indruk te wekken dat één professional van welke discipline dan ook verantwoordelijk is voor het doen en nalaten van anderen. Iets wat de term hoofdbehandelaar mogelijk wel zou kunnen suggereren (daarover meer in ons antwoord over de kwalificatie van de hoofdbehandelaar in consultatievraag 1).

Consultatievraag 1

De patiënt heeft recht op een passende en effectieve behandeling tegen zo laag mogelijke kosten. Dit vraagt om inzet van een professional die de nodige bevoegdheid en bekwaamheid heeft, maar ook niet overgekwalificeerd is. Welke professional(s) dit zijn, zal afhangen van de hulpvraag, de fase waarin behandeling of diagnostiek zich bevindt, of een mono- dan wel multidisciplinaire aanpak vereist is, de context waarin de zorg wordt geleverd (in de solistische praktijk of in de instelling) en relevante wettelijke regels (zoals de Wet bopz).

Het gaat in de ggz instellingen als er over hoofdbehandelaar gesproken wordt met name over de regievoering van een afgesproken multidisciplinaire behandeling van een patiënt. De hoofdbehandelaar is behalve verantwoordelijk voor zijn deel van de behandeling, verantwoordelijk voor de regie van de behandeling en ziet er op toe dat iedere andere behandelaar het afgesproken deel van de behandeling levert en spreekt zo nodig ook een collega aan indien deze daarbij tekort schiet. De hoofdbehandelaar moet de deskundigheid hebben deze regietaak uit te voeren.

Consultatievraag 2

Wij kunnen ons niet vinden in deze opsomming. Hij is te beperkt en leidt onnodig en ongewenst tot inzet van overgekwalificeerde, soms te dure professionals. Taakherschikking



en kostenbeheersing in de specialistische ggz worden hierdoor belemmerd. De voorgestelde limitatieve opsomming van het hoofdbehandelaarschap past niet bij een doelmatige praktijkvoering en is niet in de lijn van hetgeen afgesproken is in het Bestuurlijk Akkoord. Het zal een nieuwe verlengde-arm-constructie in het leven roepen, die juist door de Wet BIG jaren geleden al verdwenen is. Het sluit ook niet aan bij moderne e-health ontwikkelingen. Hierbij is door middel van teletriage en telediagnostiek forse efficiëntie winst te behalen door al heel vroeg in het intakeproces de juiste match te maken tussen de zorgvraag van de patiënt en de behandeling door de professional die daar het meest geschikt voor is. We pleiten er dan ook sterk voor om het hoofdbehandelaarschap niet te beperken tot een klein aantal beroepen, maar meer een algemene veldnorm te ontwikkelen, waarbij per instelling in de eigen verantwoordelijkheidstoedeling wordt voorzien (bijvoorbeeld in de vorm van een professioneel statuut) en vastgesteld kan worden wanneer specifieke expertise moet worden ingeroepen van bijvoorbeeld de psychiater of de klinisch psycholoog. Op deze manier denken we dat de kwaliteit en veiligheid van de zorg uitstekend geborgd kunnen worden en er geen sprake hoeft te zijn van ondoelmatige zorg of onnodige kostenstijgingen.

GGZ Nederland is van mening dat de opsomming van ggz zorgverleners die als hoofdbehandelaar in de specialistische ggz aangemerkt kunnen worden te beperkt is. Wij vinden dat alle BIG-geregistreerde professionals, die onder het tuchtrecht vallen (artikel 3 en artikel 14 verpleegkundige, psychologische en medische beroepen), in aanmerking moeten komen voor het hoofdbehandelaarschap binnen het kader van een multidisciplinaire behandeling, waarin de inzet in specifieke situaties van artikel 14 beroepen, en met name de psychiater, is geborgd. De voorwaarden hierbij zijn dat de betrokken professional voldoende bekwaam is (zulks ter uiteindelijke beoordeling van de ggz-instelling) en dat betrokken professional binnen de ggz-instelling in een gestructureerd multidisciplinair team functioneert. In dat multidisciplinair team dient dan tenminste een psychiater, een klinisch psycholoog of een klinisch neuropsycholoog direct beschikbaar te zijn.

De consultatievragen 3, 4 en 5 vormen ons inziens de kern van het vraagstuk over het hoofdbehandelaarschap. De criteria zijn deels gebaseerd op uitspraken van het Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg, waarin overigens ook niet is vastgelegd welke functionaris of welk type beroepsbeoefenaar als hoofdbehandelaar moet worden gezien. In de consultatievragen worden geen verantwoordelijkheden van overige zorgverleners naast de hoofdbehandelaar genoemd: wat ons betreft komt daar in de veldnorm wel aandacht en ruimte voor. Door ook de verantwoordelijkheden van de overige behandelaren te benoemen ontstaat de gewenste verantwoordelijkheidsverdeling tussen de verschillende behandelaren.

Consultatievraag 3

Wij kunnen ons deels vinden in de interpretatie van taken en verantwoordelijkheden van de hoofdbehandelaar in de specialistische ggz zoals door de inspectie is geformuleerd. Wel merken wij het volgende op:

De hoofdbehandelaar heeft een specifieke taak in de behandeling en zal samenwerken met andere behandelaren zonder de verantwoordelijkheid van die andere behandelaren voor hun deel over te nemen (behandelaren hebben nevensgeschikte verantwoordelijkheden om met hun deskundigheid hun taken uit te voeren). Het kan niet zo zijn dat bijvoorbeeld een klinisch psycholoog verantwoordelijk is voor de medicatie die een arts of psychiater voorschrijft. Hoofdbehandelaarschap moet op maat worden toebedeeld. De hoofdbehandelaar is dus, veelal naast de zorginhoudelijke verantwoordelijkheid, voor een deel van de behandeling belast met de regietaak.



Ad 1) om misverstand te voorkomen pleiten wij ervoor hier te benoemen dat de patiënt bij voorkeur *gezien* moet zijn door de hoofdbehandelaar. Alleen *via contact* als het niet anders kan, bijvoorbeeld in geval van e-health;

Ad 2) akkoord, met dien verstande dat medebehandelaars verantwoordelijk zijn voor hun deelbehandelingsplan;

Ad 3) de verantwoordelijkheid voor een systeem waarbinnen de bekwaamheid van behandelaren wordt getoetst en vastgesteld ligt bij de zorgaanbieder. De hoofdbehandelaar kan dat niet steeds voor alle medebehandelaars nagaan;

Ad 5) er worden afspraken gemaakt, niet noodzakelijk schriftelijk (kan immers ook in EPD), en deze worden vastgelegd in het dossier;

Ad 6) akkoord met dien verstande dat het behandelplan in onze optiek opgesteld wordt door hoofdbehandelaar én medebehandelaars op geleide van een vastgestelde psychiatrische diagnose;

Ad 7) akkoord; daarover maakten wij reeds bij consultatievraag 2 opmerkingen;

Ad 8) de communicatietaak hoeft niet perse bij de hoofdbehandelaar belegd te worden, het kan evengoed bij één van de medebehandelaars belegd zijn. Als het voor de patiënt maar wel duidelijk is bij wie de patiënt terecht kan als aanspreekpunt. Dit ontslaat overigens geen van de behandelaren van de eigen verplichting om op het eigen deelbehandelingsplan goede en voldoende informatie te verschaffen zodat de patiënt werkelijk zijn informed consent kan geven;

Ad 9) toevoegen: dit ontslaat de medebehandelaars niet van de plicht om hun eigen deeldoelen te bewaken en tijdig bij de hoofdbehandelaar aan te geven indien het doel waarschijnlijk niet gehaald kan worden.

Consultatievraag 4

Wij zijn het eens dat genoemde criteria essentieel zijn voor adequate regievoering door de hoofdbehandelaar.

Consultatievraag 5

Ons inziens ontbreken verder geen essentiële criteria bij het invullen van het hoofdbehandelaarschap.

Vanuit bekostigingsperspectief vinden wij dat de veldnorm niet in strijd mag zijn met bestaande wet- en regelgeving.

Wij vertrouwen erop u hiermee voldoende te hebben geïnformeerd. Vanzelfsprekend zijn wij bereid onze brief indien gewenst nader toe te lichten.

Met vriendelijke groet,

mevrouw drs. M.A.M. Barth,
voorzitter

Aan de Inspectie voor Gezondheidszorg

PER EMAIL

Utrecht, 7 januari 2013

Betreft: reactie Consultatiedocument 'Hoofdbehandelaarschap in de tweedelijns GGZ'

Geachte i

De Nederlandse Vereniging voor Gezondheidszorgpsychologie en haar specialismen (NVGzP) is een recent opgerichte vereniging. Zij representeert gz-psychologen, klinisch psychologen en klinisch neuropsychologen, zowel in de GGZ als daarbuiten, en zowel diegenen die in dienstverband werkzaam zijn als vrijgevestigden.

Wij stellen het op prijs dat wij 12 december jl. het consultatiedocument 'Hoofdbehandelaarschap in de tweedelijns GGZ' mochten ontvangen voor commentaar.

De NVGzP onderschrijft het belang van een discussie over het hoofdbehandelaarschap in de GGZ, zoals thans geïnitieerd door de Inspectie. Wel meent de NVGzP dat het aanbeveling zou verdienen deze discussie te verbinden aan de discussie over taakherschikking en te verbreden naar aanpalende sectoren waarin sprake is van psychologische zorg, zoals de eerste lijn, de ouderenzorg, de ziekenhuis- en revalidatiezorg en de zorg voor verstandelijk gehandicapten. Daarbij is de NVGzP van mening dat een te formuleren veldnorm op gelijke wijze van toepassing moeten zijn op de verschillende sectoren, en op zelfstandig gevestigde professionals en zorginstellingen.

Het belangrijkste punt in onze reactie is dat de GZ-psycholoog en de klinisch neuropsycholoog (een specialisatie van de GZ-psycholoog) voldoen aan de criteria zoals geformuleerd in de consultatienotitie en derhalve ook als hoofdbehandelaar kunnen worden aangemerkt. Standpunten die de GZ-psycholoog en de klinisch neuropsycholoog hiervan uitsluiten lijken vaak voort te komen uit een gebrek aan kennis van het psychologische beroepengebouw.

Consultatievraag 1

Wat is uw mening over de kwalificatie van hoofdbehandelaar in de tweedelijns GGZ?

DE NVGzP meent dat het hoofdbehandelaarschap scherp gedefinieerd dient te worden als een borging van de criteria die een kwalitatief verantwoorde patiëntenzorg garanderen en verantwoordelijkheden vastleggen. Het consultatiedocument geeft hiertoe een uitstekende voorzet. De

kwalificatie van de hoofdbehandelaar moet hierbij leidend zijn. Het hoofdbehandelaarschap vergt borging van competenties met betrekking tot diagnostiek, differentiaaldiagnostiek, indicatiestelling en behandeling.

Consultatievraag 2

Kunt u zich vinden in de opsomming van GGZ-zorgverleners die als hoofdbehandelaar in de tweedelijns GGZ aangemerkt worden?

Naar de mening van de NVGzP behoren naast de genoemde professionals ook de GZ-psycholoog en de klinisch neuropsycholoog tot de beroepsbeoefenaren die als hoofdbehandelaar kunnen optreden. Dit zal hieronder worden beargumenteerd. Daarnaast is de NVGzP van mening dat er een voorbehoud moet worden gemaakt ten aanzien van het hoofdbehandelaarschap van de psychotherapeut.

Gz-psycholoog

Met name door zorgverzekeraars wordt soms gesteld dat GZ-psychologen niet geëquipeerd zouden zijn om als hoofdbehandelaar in de tweedelijns-GGZ op te treden. Daarbij wordt voorbijgegaan aan de vakbekwaamheid van GZ psychologen en hun rol binnen de GGZ.

Krachtens de wet-BIG is de GZ-psycholoog is een professional die in staat zelfstandig patiënten te behandelen. GZ-psychologen zijn opgeleid om zelfstandig diagnoses te stellen van psychische stoornissen en psychische aspecten van lichamelijke ziekten, invaliditeit en problemen in de persoonlijke levenssfeer. Zij zijn in staat hun patiënten de meest geschikte behandeling te adviseren (indicatiestelling) en voeren in veel gevallen de behandeling ook zelf uit. GZ-psychologen zijn in staat en bekwaam om het merendeel (70%) van de patiënten in de tweede lijn te behandelen. Waar nodig werken zij hierin samen met andere zorgprofessionals, zoals psychiaters en klinisch psychologen, maar ook verpleegkundigen en maatschappelijk werkers.

De GZ-psycholoog zou juist een heel geschikte functie kunnen hebben om als zorgcoördinator op te kunnen treden wanneer meerdere zorgverleners betrokken zijn, aanspreekpersoon te kunnen zijn voor zowel de betrokken patiënt als voor de meerdere betrokken hulpverleners, waarbij de regie m.b.t. het diagnostisch en/of behandelscenario bij complexe gevallen in afstemming met de specialisten tot stand komt.

Door de GZ-psycholoog niet te beschouwen als hoofdbehandelaar zullen er onwenselijke situaties ontstaan.

- Onnodige en onwenselijke overbelasting van de GZ- specialisten.
Wanneer de hoofdbehandelaar in de tweede lijn uitsluitend een psychiater of klinisch psycholoog mag zijn, dan worden deze specialisten onnodig belast met de zorg voor patiënten die thans door gekwalificeerde GZ-psychologen als hoofdbehandelaar worden behandeld. De tijd die de specialisten daarin moeten steken maakt de zorg alleen maar duurder, terwijl het aan de effectiviteit, noch aan de efficiëntie van de geleverde zorg enige bijdrage levert.
- Praktisch onuitvoerbaarheid.
Jaarlijks worden in de tweedelijns GGZ 900.000 unieke patiënten behandeld. Als zij uitsluitend een specialist als hoofdbehandelaar kunnen krijgen, ontstaat er bij deze beroepsgroepen een capaciteitstekort.
Er zijn in Nederland 5.392 klinisch psychologen en psychiaters die door deze maatregel een forse verzwaring van hun werklast zullen krijgen, terwijl ze aan het merendeel van de behandelingsdelingen weinig kunnen toevoegen ten opzichte van GZ-psychologen.

- Kostenverhogend.
Het zal tot gevolg hebben dat papieren registratie-constructies ('verlengde armconstructie') worden gestimuleerd. Psychiaters en klinisch psychologen treden dan formeel op als hoofdbehandelaar in de tweede lijn, maar laten het feitelijke werk over aan GZ-psychologen. Dit werkt uiteindelijk alleen maar kostenverhogend.

Klinisch neuropsycholoog

Erkenning van de gz-psycholoog als hoofdbehandelaar impliceert dat ook de klinisch neuropsycholoog als hoofdbehandelaar op kan treden. Desalniettemin hechten wij eraan een aantal opmerkingen te maken over de positie van de klinisch neuropsycholoog.¹

Met name van de kant van enkele zorgverzekeraars is gesteld dat een klinisch neuropsycholoog niet als hoofdbehandelaar kan worden aangemerkt, omdat hij/zij slechts ondersteunend zou werken in een medische setting. Hier is sprake van twee misverstanden.

In de eerste plaats is de klinisch neuropsycholoog niet alleen werkzaam in de medische setting, maar ook de in de GGZ en een aantal andere settings, waaronder de revalidatiezorg en de ouderenzorg.

In de tweede plaats is de klinisch neuropsycholoog beslist niet alleen een ondersteunende professie. De klinisch neuropsycholoog diagnosticeert, indiceert en behandelt zelfstandig patiënten met neuropsychologische problematiek, al dan niet in samenwerking met andere beroepsbeoefenaren. In dit opzicht is zijn positie niet anders dan die van de klinisch psycholoog of de psychiater.

Speciale aandacht vereist de positie van de vrijgevestigd klinisch neuropsycholoog. Deze speelt een rol van toenemende betekenis in de gezondheidszorg, onder andere bij de begeleiding en behandeling van patiënten met hersenletsel en degeneratieve hersenaandoeningen (MS, Parkinson). Bij deze patiënten is vaak sprake van vergaande psychologische gevolgen, zowel cognitief als emotioneel en relationeel. Veel vrijgevestigde klinisch neuropsychologen zijn gespecialiseerd in de behandeling van deze patiënten met vormen van psychotherapie die rekening houden met hun neuropsychologische problematiek, soms wel aangeduid als 'neuropsychotherapie'. Dit is een belangrijke vorm van zorg, die van groot belang is voor de gezondheid en kwaliteit van leven van de betrokken patiënten en in de vrijgevestigde praktijk op doelmatige wijze verleend kan worden.

Naar verwachting zal het belang van de klinische neuropsychologie in de gezondheidszorg de komende decennia sterk toenemen. Uitsluiting van de klinisch neuropsycholoog als hoofdbehandelaar is ondoelmatig en schaadt de toegankelijkheid van de zorg voor de betrokken patiënten.

Psychotherapeut

De NVGzP meent dat er een voorbehoud moet worden gemaakt ten aanzien van het hoofdbehandelaarschap van de psychotherapeut in algemene zin. Slechts van psychotherapeuten die tevens zijn gekwalificeerd als GZ-psycholoog of psychiater kan verwacht worden dat zij beschikken over voldoende competenties t.a.v. diagnostiek en differentiaaldiagnostiek om als hoofdbehandelaar op te kunnen treden.

¹ Mede ontleend aan R. Ponds (2012), Notitie ten behoeve van sectie neuropsychologie NIP.

Consultatievraag 3

Deelt u de taak en verantwoordelijkheid van de hoofdbehandelaar in de tweedelijns GGZ zoals door de Inspectie geformuleerd?

De NVGzP onderschrijft het standpunt van de Inspectie met betrekking tot de taken en verantwoordelijkheden van de hoofdbehandelaar in de tweedelijns GGZ.

Consultatievraag 4

Bent u het er mee eens dat bovenstaande criteria essentieel zijn voor adequate regievoering door de hoofdbehandelaar?

De set van criteria voor het hoofdbehandelaarschap in de GGZ zoals geformuleerd door de Inspectie wordt onderschreven.

Consultatievraag 5

Welke criteria ontbreken naar uw mening maar zijn wel een essentieel deel van het behandelarschap?

Er zijn naar onze mening geen criteria die ontbreken.

De NVGzP is bereid een actieve bijdrage te leveren aan de verdere discussie over het hoofdbehandelaarschap in de GGZ (en aanverwante werkvelden waar GZ-psychologen, klinisch psychologen en klinisch neuropsychologen werkzaam zijn).

Namens het bestuur van de NVGzP,

Met vriendelijke groet,



Huib van Dis
voorzitter

Verzending via e-mail

Inspectie voor de Gezondheidszorg

hoofdinspecteur Publieke en Geestelijke Gezondheidszorg

Nieuwekade 1-5
Postbus 2085
3500 GB Utrecht

Tel. (030) 820 15 00

Fax (030) 820 15 99

info@psynip.nl

www.psynip.nl

Utrecht, 9 januari 2013

Ref.: is/1301-003

Betref: **reactie NIP op IGZ-consultatiedocument hoofdbehandelaarschap tweedelijns ggz**

Geachte

Graag voldoen we aan uw verzoek te reageren op het Consultatiedocument Hoofdbehandelaarschap. Als beroepsvereniging heeft het NIP kwaliteit van psychologische zorg, die passend en veilig is, hoog in het vaandel. Dit is de basis van de hieronder genoemde uitgangspunten voor hoofdbehandelaarschap in de tweedelijns ggz. Onze reactie bestaat uit twee gedeelten. In het eerste gedeelte schetsen we onze uitgangspunten voor hoofdbehandelaarschap in de tweedelijns ggz. In het tweede gedeelte van onze reactie gaan we specifiek in op de door u gestelde vragen.

U verwijst in uw document naar de 'Handreiking Verantwoordelijkheidsverdeling bij samenwerking in de zorg'. Als NIP werkten wij mee aan de totstandkoming van deze Handreiking. Onze uitgangspunten voor hoofdbehandelaarschap in de tweedelijns ggz zijn dan ook op deels op deze Handreiking gebaseerd. We zien dat een verdere uitwerking en eventuele aanscherping ervan nodig is. De Handreiking wordt in 2013 geëvalueerd. Het NIP ziet graag dat de nu te ontwikkelen veldnorm in die evaluatie wordt meegenomen.

Hieronder geven we de uitgangspunten van het NIP weer als het gaat om het hoofdbehandelaarschap in tweedelijns ggz:

1. In het voorliggende consultatiedocument lijken twee vormen van 'hoofdbehandelaarschap' elkaar te overlappen.
Wij zien dat het gaat om:
 - a) een norm voor de vraag welke behandelaar zelfstandig verantwoordelijkheid kan dragen voor een tweedelijns ggz-behandeltraject en welke verantwoordelijkheden daarbij horen;
 - b) een norm voor verantwoordelijkheidsverdeling tussen meerdere betrokken zorgverleners in een tweedelijns ggz-behandeltraject.We onderschrijven het belang van beide normen.
2. De norm voor het genoemde zelfstandig behandelarschap in de tweedelijns ggz moet zijn dat een beroepsbeoefenaar zelfstandig volwaardig de diagnostiek van psychische problematiek kan uitvoeren en zelfstandig een behandelplan kan opstellen en uitvoeren. Als onderdeel daarvan is de beroepsbeoefenaar in staat de eigen bekwaamheid te beoordelen en weet hij of zij wanneer doorverwijzing en/of inschakeling van andere zorgverleners noodzakelijk is.
3. Afgaande op de domeinen en opleidingseisen van de verschillende beroepen zijn de volgende beroepsbeoefenaren in staat tot zelfstandig behandelarschap:

- Klinisch psycholoog, Klinisch neuropsycholoog¹, Psychotherapeut, Gz-psycholoog, Psychiater en waar het gaat om de Jeugd-ggz de Kinder- en Jeugdpsycholoog NIP.

4. Wanneer het verantwoordelijkheidsverdeling bij samenwerking betreft, is als norm voor hoofdbehandelaarschap voor het NIP de genoemde Handreiking het uitgangspunt.

Waar zorgverleners samenwerken in de tweedelijns ggz moet het voor de patiënt duidelijk zijn:

- wie het aanspreekpunt is;
- wie verantwoordelijk is voor welke inhoudelijke onderdelen van de zorg;
- wie belast is met de coördinatie van de zorgverlening.

Deze rollen kunnen bij verschillende, maar bij voorkeur per patiënt bij een zo klein mogelijk aantal zorgverleners belegd worden. Iedere zorgverlener blijft verantwoordelijk voor zijn aandeel in de zorgverlening.

In de samenwerking kan overeenkomstig de Handreiking, “zo nodig”, voor de inhoud van de zorg een hoofdbehandelaar aangewezen worden als ‘eindverantwoordelijke’, indien verschillende zorgverleners verantwoordelijkheid hebben voor de inhoud van de zorg. Hieronder gaan we in op de betekenis van deze eindverantwoordelijkheid.

5. Bovenstaand uitgangspunt kan in het licht van de huidige behoefte aan een veldnorm voor het hoofdbehandelaarschap nader ingevuld en aangescherpt worden. Wat het NIP betreft gaat dat om de volgende punten.

- De eerste nadere invulling betreft het alleen beleggen van de genoemde rol van hoofdbehandelaar voor de inhoud van de zorg bij iemand die ook zelfstandig verantwoordelijkheid voor de diagnostiek en behandeling in de tweedelijns ggz op zich kan nemen.
- Een tweede invulling en aanscherping is de relatie met het bekostigingsperspectief. Op grond van andere overwegingen dan primair de kwaliteit van de zorg blijkt het nu gewenst dat er systematisch een eindverantwoordelijke voor de inhoud van de zorg aangewezen wordt. Deze ontwikkeling komt voort uit de behoefte aan verantwoording van de inhoud van de zorg met betrekking tot de bekostiging. Hiervoor moet als norm afgesproken worden dat zorgverleners **standaard** in samenwerkingssituaties in de tweedelijns ggz gezamenlijk een hoofdbehandelaar voor de inhoud van de zorg aanwijzen.
- Een derde aanscherping betreft een duidelijkere invulling van het begrip ‘eindverantwoordelijkheid’. Vooralsnog is het uitgangspunt dat de hoofdbehandelaar en de medebehandelaars vanwege hun individuele verantwoordelijkheid voor de inhoud van hun zorg door middel van consensus tot een gezamenlijk verantwoordelijkheid komen. De eindverantwoordelijkheid van de hoofdbehandelaar is in dit licht een verantwoordelijkheid voor het proces rond de inhoud, cliëntcontact, overzicht, besluitvorming en eventueel de personeelsinzet.

Met het oog op transparante verantwoordelijkheidstoedeling kunnen striktere bevoegdheden wenselijk zijn. Afspraken hierover vergen keuzes en goede onderbouwing. Er moet bijvoorbeeld rekening mee gehouden worden dat betrokken behandelaars op hun individuele verantwoordelijkheid in beroepsethische zin ter verantwoording te roepen zijn (via het tuchtrecht).

¹ Het domein van de klinische neuropsychologie (KNP) omvat ook de ggz. De KNP diagnosticeert en behandelt daar psychische stoornissen ‘zoals de klinisch psycholoog dat pleegt te doen’. Hierover blijkt bij sommige zorgverzekeraars een misverstand te zijn. Zij gaan ten onrechte ervan uit dat de KNP alleen thuis is op somatisch terrein.

Tot slot kan het wenselijk zijn meer helderheid te geven over hoe verantwoordelijkheden binnen de samenwerking belegd kunnen worden. De behoefte aan transparantie en toetsbaarheid vraagt mogelijk om het formuleren van dwingender en concretere criteria en het concentreren van taken bij de hoofdbehandelaar.

Als NIP werken we deze verdere invulling en aanscherping graag verder uit met betrokken veldpartijen.

6. Het NIP is het eens met de IGZ, dat er een behoefte is aan duidelijk meetbare normen ten behoeve van de verantwoordelijkheidsverdeling.
Het NIP benadrukt daarom met de IGZ het belang van de BIG-beroepen, te weten de Klinisch psycholoog, Klinisch neuropsycholoog, Psychotherapeut, Gz-psycholoog en Psychiater.

| |
|--|
| In uw consultatiedocument legt u de veldpartijen een aantal concrete vragen voor. Hieronder geven we u per vraag onze reactie. |
|--|

1.

Wat is uw mening over de kwalificatie-eisen van hoofdbehandelaar in de tweedelijns ggz?

Het NIP is voorstander van het stellen van een norm voor vakbekwaamheid als grond voor de kwalificatie van de hoofdbehandelaar. Het gaat daarbij om een niveau van bekwaamheid dat de behandelaar in staat stelt zelfstandig tot volwaardige diagnostiek, behandelplan en behandeling bij psychische problemen te komen. Een dergelijke hoofdbehandelaar kan goed beoordelen of hij zelf voldoende bekwaam is en wanneer hij moet doorverwijzen en/of andere behandelaars moet inschakelen.

2.

Kunt u zich vinden in de opsomming van ggz-zorgverleners (psychiater, psychotherapeut, klinisch psycholoog) die als hoofdbehandelaar in de tweedelijns ggz aangemerkt worden?

Indien nee: welke professies zouden naar uw mening achterwege moeten worden gelaten en/of worden toegevoegd.

Het NIP is van mening dat de volgende beroepsbeoefenaren aan te merken zijn als geschikte hoofdbehandelaars in de tweedelijns ggz: Klinisch psycholoog, Klinisch neuropsycholoog, Psychotherapeut, Gz-psycholoog en Psychiater.
De Kinder- en Jeugdpsycholoog NIP is daarnaast geschikt om zelfstandig verantwoordelijkheid te dragen voor tweedelijns ggz-behandeltrajecten.

3.

Deelt u de opvatting over de taak en verantwoordelijkheid van de hoofdbehandelaar in de tweedelijns ggz zoals door de Inspectie geformuleerd?

We delen de opvatting over de taak en verantwoordelijkheid van de hoofdbehandelaar niet geheel. Het NIP is van mening dat de hoofdbehandelaar in ieder geval belast moet zijn met de eindverantwoordelijkheid voor de inhoud van de zorg, met behoud van de eigen inhoudelijke verantwoordelijkheid van de betrokken zorgverleners voor het eigen onderdeel van de zorg. Zie de eerdere opmerking over het begrip 'eindverantwoordelijkheid' en het proces.

Het belangrijkste onderdeel van de eindverantwoordelijkheid is het hebben van overzicht over het geheel van de inhoud van de zorg. Om tot het overzicht te komen is een goede communicatie met de andere zorgaanbieders vereist. Over de precieze invulling van de eindverantwoordelijkheid voor de inhoud kunnen zorgverleners (eventueel gestandaardiseerde) afspraken maken.

Gezamenlijk hebben de zorgverleners in ieder geval de verantwoordelijkheid om afspraken te maken over de overige verdeling van taken, met name over wie aanspreekpunt is voor de patiënt en wie de coördinatie van de zorgverlening doet. De term regie is op zich geschikt om de afstemmende rol van de hoofdbehandelaar aan te duiden, maar kan tot misverstanden leiden, gezien het feit dat de Inspectie er al harde eenzijdige beslissingsbevoegdheden aan lijkt te koppelen.

Zoals hierboven onder punt 5 gesteld, kan in het licht van de veldnorm landelijk afgesproken worden, echter pas na grondige afweging van voor- en nadelen, dat zowel meer beslissingsbevoegdheid als verantwoordelijkheid voor taken als communicatie en coördinatie bij de hoofdbehandelaar gelegd moeten worden.

Een tweede afweging is de mate waarin de invulling van deze verantwoordelijkheden geconcretiseerd wordt in precieze toetsbare eisen. Te denken valt hierbij aan een minimumfrequentie van contact tussen hoofdbehandelaar en patiënt, een minimumfrequentie aan multidisciplinair overleg onder leiding van de hoofdbehandelaar et cetera.

Terzijde naar aanleiding van de vermelding van 'zorg voor naasten' door de IGZ: de hoofdbehandelaars c.q. de zorgverleners zijn uiteraard alleen belast met de zorg ten opzichte van de naasten van de patiënt indien dit op grond van de professionele standaard aangewezen is.

4.

Bent u het er mee eens dat bovenstaande criteria (p. 8) essentieel zijn voor adequate regievoering door de hoofdbehandelaar?

Nader onderzoek is wenselijk, waarbij de 'Handreiking Verantwoordelijkheidsverdeling bij samenwerking in de zorg' het uitgangspunt is.

Hieronder geven we weer wat op grond van de 'Handreiking' de uitgangssituatie is voor de punten van de IGZ. Die uitgangssituatie kan na onderzoek en overleg in de richting van de IGZ ingevuld en aangescherpt worden. Het gaat feitelijk om een centralisering van de regietaken in de samenwerking en het aanbrengen van een hiërarchisch karakter.

De punten 1. en 2. (*diagnostiek en vaststellen behandelplan*) vallen naar onze mening onder de eindverantwoordelijkheid van de hoofdbehandelaar.

Punt 3. (*de voorwaarden voor verantwoorde zorg*) is een gezamenlijke én individuele verantwoordelijkheid van de betrokken zorgverleners waarbij afgesproken kan worden dat één van hen hierin een centrale coördinerende taak heeft. Verschillende reacties van andere organisaties wijzen terecht op de bijzondere plaats van dit criterium: het kan een onderdeel zijn van de rol van één van de hoofdbehandelaars in een instelling of een praktijk, maar het is primair de verantwoordelijkheid van de zorgaanbieder; eventueel dus van de zelfstandige hoofdbehandelaar/zorgaanbieder. Het is te overwegen dit onderwerp min of meer los van een veldnorm voor het hoofdbehandelaarschap te bespreken.

Punt 4. (*toezien op dossiervoering*) is een centraal af te spreken taak als onderdeel van de coördinatie van de zorgverlening; deze kan ook bij een ander dan de hoofdbehandelaar gelegd worden. Iedere zorgverlener houdt daarnaast de eigen taak met betrekking tot de dossiervoering.

Punt 5. (*schriftelijke afspraken over samenwerking en besluitvorming*) is een essentieel punt, maar kan bij een ander dan de hoofdbehandelaar gelegd worden, te weten de zorgverlener belast met de coördinatie.

Punt 6. (*zich laten informeren over de bijdrage van de zorgonderdelen aan het behandelplan*) Dit is een essentiële taak van de hoofdbehandelaar. Het betreft hier immers de eindverantwoordelijkheid voor de inhoud van de zorg.

Punt 7. (*elkaar daadwerkelijk treffen in teamverband*) is mogelijk niet altijd in fysieke zin noodzakelijk. Andere communicatievormen kunnen hier ook adequaat voor zijn.

Punt 8. (*communicatie met patiënt*) communicatie met de patiënt is een cruciale, eenduidig aan een betrokken zorgverlener toe te wijzen verantwoordelijkheid. Dit hoeft niet de hoofdbehandelaar te zijn.

Punt 9. (*inzicht in voortgang behandeling*) is eveneens onderdeel van de eindverantwoordelijkheid van de hoofdbehandelaar voor de inhoud van de zorg.

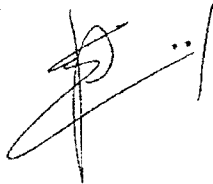
5.

Welke criteria ontbreken naar uw mening maar zijn wel essentieel deel van het hoofdbehandelaarschap?

Er lijken geen essentiële criteria te ontbreken. We gaan ervan uit dat er uitgebreid van gedachte gewisseld zal worden over onderdelen van de invulling van het hoofdbehandelaarschap, waaraan het NIP graag een bijdrage wil leveren.

Voor vragen en toelichting op onze reactie kunt u contact opnemen met de heer Rob Wiewel, beleidsmedewerker NIP [rob.wiewel@psynip.nl].

Met vriendelijke groet,
namens het Algemeen Bestuur,



mw dr. P.C. Plooi-van Gorsel
voorzitter NIP

Inspectie voor de Gezondheidszorg

Hoofdinspecteur publieke en Geestelijke Gezondheidszorg
Postbus 2680
3500 GR UTRECHT

Cc: programmadirecteur GGZ
Cc: partijen bestuurlijk akkoord GGZ

Utrecht, 11 januari 2013

Kenmerk: JvG/lg/1607/13
Betreft: consultatiedocument hoofdbehandelaarschap

Geachte

Met interesse heeft de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie kennis genomen van het consultatiedocument 'Hoofdbehandelaarschap in de tweedelijns GGZ'. De betekenis van de notie van 'hoofdbehandelaar' en de operationele invulling daarvan vormen een vraagstuk waar wij als vereniging via vragen van onze achterban regelmatig mee geconfronteerd worden. Het betreft veelal vragen over de mate van actieve betrokkenheid bij de behandeling van patiënten, de betekenis van zogenaamde eindverantwoordelijkheid en het aantal patiënten waarvoor men redelijkerwijs als hoofdbehandelaar kan worden aangemerkt. De NVvP staat dan ook positief tegenover het streven te komen tot een door de veldpartijen gezamenlijk gedragen nadere uitwerking van hoofdbehandelaarschap.

In de inleiding van het document wordt, wellicht onbedoeld, de suggestie gewekt dat het formuleren van een veldnorm inzake hoofdbehandelaarschap vooral een oplossing moet gaan bieden voor het probleem van netwerkorganisaties. Hier stellen wij vraagtekens bij. De zogenaamde 'europsyche' problemen zijn primair een declaratie- en bekostigingsvraagstuk. Wat ons betreft is de inhoudelijke betekenis en uitwerking van hoofdbehandelaarschap leidend en het perspectief van de bekostiging volgend.

Een veldnorm 'hoofdbehandelaarschap in de tweedelijns GGZ' geeft idealiter weer wat de functie hoofdbehandelaarschap inhoudt en welke kwalificaties aan de kant van de professional nodig zijn voor een adequate invulling van de functie. In het vervolg van deze brief zullen wij hierop in hoofdlijnen onze visie geven, waarna we zullen ingaan op de door u gestelde consultatievragen.

Als meest breed en academisch opgeleide professional kan de psychiater altijd het hoofdbehandelaarschap bij GGZ patiënten op zich nemen. In de huidige opzet van de tweedelijns GGZ is dat echter niet altijd nodig. Zo kan bij een meer chronisch verlopend beeld, waarbij de verpleegkundige begeleiding op de voorgrond staat de verpleegkundig specialist op dat moment de aangewezen hoofdbehandelaar zijn en kan de klinisch psycholoog deze rol vervullen wanneer de stoornis vooral in de persoonlijkheid gesitueerd blijkt te zijn. Maar voor een groot deel van de patiënten in de tweedelijns GGZ is de psychiater wel bij uitstek de hoofdbehandelaar. Het kan hier gaan om de inzet van verplichte zorg, maar ook om patiënten waarbij de psychiatrische diagnostiek en behandeling van ziekte en symptomen op de voorgrond staan, waarbij (nog) geen sprake is van stabiliteit in het toestandbeeld, waarbij sprake is van comorbiditeit (psychiatrisch en somatisch), bij een stagnerende behandeling, wanneer veiligheidsaspecten een rol

spelen. Kortom, in die situaties waarbij de psychiater op grond van de klinische beoordeling concludeert dat het breed medisch specialistisch behandelen centraal staat.

In het kader van het bestuurlijk akkoord toekomst GGz zijn er afspraken gemaakt over echelonering van de GGz. Dit betekent onder meer dat een deel van de huidige tweedelijns GGz richting de generalistische basis GGz zal verschuiven. Het betekent dat in de toekomst een scherper onderscheid tussen basis GGz, specialistische GGz en als nadere precisering daarbinnen het medisch specialisme psychiatrie wordt aangebracht. Dit heeft vervolgens ook implicaties voor het hoofdbehandelaarschap in de toekomstige verschillende echelons, waarbij de psychiater uiteraard hoofdbehandelaar zal blijven voor het medisch specialisme psychiatrie. Een vast te stellen veldnorm hoofdbehandelaarschap zal voldoende ruimte moeten bieden om op deze ontwikkelingen te anticiperen en het hoofdbehandelaarschap in de basis GGz en de overige specialistische GGz (niet altijd vallend binnen het medisch specialisme psychiatrie) te definiëren.

Hoofdbehandelaarschap

De introductie van het fenomeen hoofdbehandelaarschap is een antwoord op het probleem van verantwoordelijkheidsverdeling bij samenwerking in de zorg. De NVvP is van mening dat de gelijknamige handreiking van de KNMG prima aanbevelingen geeft. Zoals u zelf ook al opmerkt beschikken vanuit de meeste GGz organisaties daarnaast over een professioneel statuut waarin de taken en bevoegdheden van (hoofd)behandelaars zijn geregeld. De NVvP onderschrijft een inhoudelijke en functionele invulling van hoofdbehandelaarschap die bestaat uit drie componenten: het bieden van een aanspreekpunt voor de patiënt, inhoudelijke (medische) eindverantwoordelijkheid en regie en coördinatie van zorg. Dit impliceert een actieve betrokkenheid van de hoofdbehandelaar bij de behandeling van de patiënt. Een louter administratieve rol van de hoofdbehandelaar die 'op papier' eindverantwoordelijk is, maar waarbij de betrokkenheid zich beperkt tot het openen en afsluiten van een DBC wijzen wij ten principale af. Daarbij hechten wij eraan te vermelden dat de eindverantwoordelijkheid van de hoofdbehandelaar niet de overige professionals die bij de behandeling betrokken zijn ontslaat van hun individuele verantwoordelijkheid voor hun eigen professionele handelen. (Medische) eindverantwoordelijkheid voor de behandeling verwijst naar het overzicht over het geheel, niet naar de verantwoordelijkheid voor afzonderlijke delen.

Kwalificatie van de hoofdbehandelaar

Naar de mening van de NVvP is, uitgaande van ons bovengenoemde standpunt betreffende het medisch specialisme psychiatrie, de kwalificatie voor hoofdbehandelaarschap binnen de basis- en specialistische GGz een functie van bevoegdheid (academische opleiding, wet Big art. 3 registratie) en bekwaamheid (ervaring) in relatie tot context (werksetting en patiëntkenmerken) en wettelijke bepalingen (bijvoorbeeld wet Bopz/wet verplichte ggz). De psychiater voldoet aan al deze gestelde eisen en andere specialisten in de GGz (klinisch psycholoog, neuropsycholoog, psychotherapeut, verpleegkundig specialist) kunnen aan deze eisen voldoen, afhankelijk van de doelgroep en setting.

Consultatievragen

In aanvulling op bovenstaande geven wij hieronder nog een nader antwoord op de door u gestelde consultatievragen.

1. Wat is uw mening over de kwalificatie van hoofdbehandelaar in de tweedelijns ggz?

Zie hierboven voor hetgeen wij onder kwalificatie verstaan. De NVvP acht het voldoende toereikend dat instellingen de spelregels hiervoor vastleggen in een professioneel statuut.

2. Kunt u zich vinden in de opsomming van GGZ-zorgverleners die als hoofdbehandelaar in de tweedelijns GGz aangemerkt worden?

De NVvP is ook een voorstander van een limitatieve opsomming van GGZ-zorgverleners die als hoofdbehandelaar aangemerkt kunnen worden. Uit de voorgenoemde kwalificaties kan echter worden afgeleid dat de door u gegeven opsomming nog onvolledig is. Vermeden moet worden dat de opsomming leidt tot onnodige inzet van hooggekwalificeerde specialisten, waar dat niet nodig is, of andersom, tot inzet van onvoldoende gekwalificeerde professionals gezien in de context van de problematiek van de patiënt. In de toekomst zal rekening gehouden moeten worden met een verdere echelonering van de GGZ waarbij de psychiater de aangewezen hoofdbehandelaar is in de medisch specialistische psychiatrie.

3. *Deelt u de taak en verantwoordelijkheid van de hoofdbehandelaar in de tweedelijns GGz zoals door de inspectie geformuleerd?*

De NVvP pleit ervoor de invulling van hoofdbehandelaarschap vooraf te laten gaan aan het bepalen van de kwalificatie van de hoofdbehandelaar. De taak en verantwoordelijkheid van de hoofdbehandelaar gaan primair over actieve betrokkenheid bij de diagnostiek en behandeling van de patiënt, (medische) eindverantwoordelijkheid dragen en voeren van regie over het behandeltraject in een multidisciplinaire context, de communicatie met de verwijzer en/of voor- en nazorgprofessional, en daarnaast het waarborgen van een aanspreekpunt voor de patiënt en zijn naasten. De NVvP onderschrijft het standpunt van de KNMG dat deze taken bij voorkeur bij één professional worden ondergebracht.

4. *Bent u het er mee eens dat bovenstaande criteria essentieel zijn voor adequate regievoering door de hoofdbehandelaar?*

5. *Welke criteria ontbreken naar uw mening maar zijn wel een essentieel deel van het hoofdbehandelaarschap?*

Voor zover deze criteria een operationalisering zijn van de taak en verantwoordelijkheid van het hoofdbehandelaarschap achten wij punt 1,2,3, 6,8 & 9 essentieel. Daarbij merken wij op dat punt 1 kan worden aangevuld met indicatiestelling en dat bij punt 9 aangevuld zou moeten worden dat de hoofdbehandelaar ook tussentijds de voortgang toetst aan de behandeldoelen. Punt 5 lijkt ons zo geformuleerd onnodig bureaucratisch. Ten aanzien van punt 7 willen wij opmerken dat dit punt vreemd staat in dit rijtje. De andere criteria beschrijven *wat* er van de hoofdbehandelaar wordt verwacht, hier wordt beschreven *hoe* hij dit moet uitvoeren. Het eerste lijkt ons passend bij een veldnorm, het laatste niet. Het is aan de professional en de organisatie om te bepalen hoe zij borgen dat de uitvoering van de functie hoofdbehandelaarschap adequaat kan verlopen.

Voor een toelichting op de inhoud van deze brief kan u contact opnemen met Janneke van Gog, senior beleidsmedewerker (telefoon 030 2823897/mobiel 06 30395028/mail j.vangog@nvvp.net)

Met vriendelijke groet,

Namens de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie,



Prof. dr. A.T.F. Beekman
Voorzitter

Inspectie voor de Gezondheidszorg

Hoofdinspecteur Publieke en Geestelijke Gezondheidszorg
Postbus 2680
3500 GR UTRECHT

ONDERWERP
Reactie op consultatie document 'Hoofdbehandelaarschap in tweedelijns GGZ'

UTRECHT
16 januari 2013

Geachte

REFERENTIE
DvM / 12-13890

Met veel interesse heeft de KNMG kennisgenomen van het Consultatiedocument 'Hoofdbehandelaarschap in de tweedelijns GGZ'. De KNMG onderstreept het belang om te komen tot een nadere invulling van de verantwoordelijkheden van betrokken hulpverleners in tweedelijns GGZ. Bijgaand treft u een reactie op hoofdlijnen aan.

Reeds in 2010 is door de KNMG de Handreiking verantwoordelijkheidsverdeling bij samenwerking in de zorg opgesteld. In het consultatiedocument verwijst u hier ook naar. De KNMG-handreiking gaat in op de vraag op welke wijze invulling gegeven kan worden aan verantwoordelijkheden bij samenwerking van verschillende zorgverleners. De KNMG-Handreiking voorziet niet in definities van de termen 'hoofdbehandelaar' en 'medebehandelaar'. Geredeneerd wordt vanuit 'aandachtspunten' die binnen een team belegd moeten zijn. In de handreiking is niet aangegeven bij welke zorgprofessional deze taken belegd moet worden. Dat is afhankelijk van de kwalificaties, opleiding, bekwaamheid en ervaring. Daarbij is de kwaliteit van zorg leidend. Deze insteek is een andere dan die u in het Consultatiedocument hanteert, waarbij u nagaat welke kwalificatie een hoofdbehandelaar moet hebben en vervolgens nagaat welke taken er bij een hoofdbehandelaar horen. Zodoende worden de begrippen 'hoofdbehandelaar' en 'medebehandelaar' statisch. De KNMG vraagt zich af of dit model in het algemeen goed hanteerbaar is voor een sector waarin de zorg zeer divers georganiseerd is. Naar de mening van de KNMG moeten de verschillende aandachtspunten, niet zonder meer worden gekoppeld aan één functionaris.

KNMG
Mercatorlaan 1200
Postbus 20051
3502 LB Utrecht

TELEFOON
030-28 23 330

FAX
030-28 23 326

EMAIL
d.van.meersbergen@fed.knmg.nl

WEBSITE
www.knmg.nl

REKENINGNUMMER
Bank 45.64.48.969

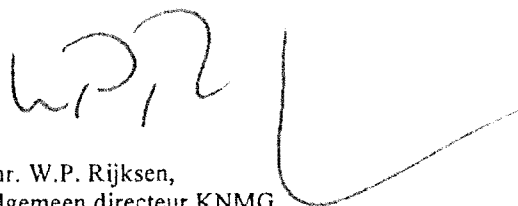
KVK-NUMMER
40476133

De KNMG vraagt zich daarnaast af of de invulling van het begrip hoofdbehandelaar, niet dusdanig zwaar is dat daar in de praktijk niet door een persoon gestalte aan gegeven kan worden. De KNMG meent dat de aandachtspunten die u noemt over zo min mogelijk personen verdeeld zouden moeten worden. In het consultatiedocument is echter geen ruimte om onderdelen over te laten aan andere hulpverleners.

De KNMG zal niet ingaan op de specifieke consultatievragen omdat deze veelal inhoudelijk van opzet zijn. Om die reden verwijst de KNMG daarvoor naar de reactie van de NVvP.

Voor een toelichting op de inhoud van deze brief kunt u contact opnemen met Diederik van Meersbergen, gezondheidsjurist KNMG (030-2823765/email: d.van.meersbergen@fed.knmg.nl).

Met vriendelijke groet,



mr. W.P. Rijkse,
algemeen directeur KNMG

UTRECHT
16 januari 2013

REFERENTIE
DvM / 12-13890

Concept advies IGZ hoofdbehandelaarschap in de gespecialiseerde GGZ

Aanleiding

In reactie op de brief van de minister d.d. 25 juni 2012, vroeg uw directie CZ de inspectie het initiatief te nemen bij een verkenning van de wijze waarop het begrip hoofdbehandelaarschap in de tweedelijns GGZ vorm en inhoud kon krijgen. Directe aanleiding hiervoor was de situatie rondom de tweedelijns GGZ-instelling Europsyche.

De inspectie stelde een consultatiedocument op. Op basis van de ontvangen reacties adviseert de inspectie met deze nota de minister – via uw directie CZ - over de mogelijkheid om het begrip hoofdbehandelaar in de gespecialiseerde GGZ, zoals beschreven in het Bestuurlijk Akkoord, bij wet of bij veldnorm te definiëren.

Advies

Op basis van de binnengekomen reacties adviseert de inspectie u om geen hoofdbehandelaar aan te wijzen in de *huidige* tweedelijns GGZ, maar *wel een hoofdbehandelaar aan te wijzen* in de gespecialiseerde GGZ, zoals beschreven in het Bestuurlijk Akkoord dat de minister met de sector sloot in juni vorig jaar. Hierin wordt de huidige tweedelijns GGZ gescheiden in de gespecialiseerde GGZ en de generalistische basis GGZ. In lijn met de somatische zorg biedt de gespecialiseerde GGZ hoogwaardige complexe zorg, in multidisciplinair verband. De generalistische basis GGZ zal zorg zo dicht mogelijk bij patiënt bieden.

- De inspectie adviseert u een besluit te nemen over de *kwalificatie en invulling* van het hoofdbehandelaarschap in de *gespecialiseerde GGZ*.
 - *Kwalificatie*: de inspectie adviseert u de *psychiater en klinisch psycholoog* als hoofdbehandelaar in de gespecialiseerde GGZ aan te wijzen. Deze twee professionals zijn bij uitstek geschikt om de juiste – specialistische – zorg te bieden aan een hoog complexe doelgroep met meervoudige zorgvragen. Bij deze doelgroep is brede, biopsychosociale kennis en inzicht nodig voor een kwalitatieve, verantwoorde behandeling. De *klinisch psycholoog* is, na een universitaire studie en de postmaster-opleiding tot gezondheidszorgpsycholoog, via de specialistische opleiding verder geschoold. De klinisch psycholoog is gespecialiseerd in het diagnosticeren en behandelen van mensen met complexe psychische en/of psychosomatische problematiek. Een klinisch psycholoog is daarbij in staat zelfstandig toegepast wetenschappelijk onderzoek op te zetten, uit te voeren en te evalueren. Daarbij legt deze professional een verbinding tussen de klinische praktijk en de wetenschap. De psychiater is door zijn opleiding bij uitstek geschikt om – in den brede vanuit het biopsychosociale model - de complexe zorgvragen bij ernstige psychische stoornissen vast te stellen en te overzien.
 - *Invulling*: de inspectie adviseert u negen criteria vast te stellen die voor een adequate invulling van het hoofdbehandelaarschap essentieel zijn. De criteria staan omschreven in deze nota.
- Voor de kwalificatie van het hoofdbehandelaarschap in de generalistische basis GGZ, komt een veel bredere groep professionals in aanmerking waaronder psychotherapeuten, gezondheidszorgpsychologen, klinisch neuropsychologen, verpleegkundig specialisten en uiteraard de klinisch psycholoog en de psychiater. Voor al deze professionals gelden onverwijld de negen criteria voor de invulling van het hoofdbehandelaarschap

Samenvatting en conclusies

In reactie op de kamerbrief d.d. 25 juni 2012, stelde de inspectie een consultatiedocument op om de wijze waarop het begrip hoofdbehandelaarschap in de huidige tweedelijns GGZ vorm en inhoud kon krijgen. De inspectie stelde alle bij het Bestuurlijk Akkoord betrokken (veld)partijen in de gelegenheid om op dit document te reageren. De IGZ concludeert naar aanleiding van de consultatieronde dat een veldnorm voor het hoofdbehandelaarschap niet los gezien kan worden van het Bestuurlijk Akkoord. Zij adviseert de minister – via u - daarom het begrip hoofdbehandelaar te definiëren voor de gespecialiseerde GGZ, een segment van de huidige tweedelijns GGZ. Partijen anticiperen in hun reactie op het consultatiedocument deels op deze op handen zijnde aangepaste situatie. Omdat dit echelon om hoog complexe behandelingen vraagt, adviseert de IGZ de psychiater en klinisch psycholoog als hoofdbehandelaar in de gespecialiseerde GGZ te benoemen. Er is overeenstemming onder de partijen dat de gespecialiseerde GGZ zich kenmerkt door een hoge mate van complexiteit van behandeling met een zwaar beroep op specialistische kennis (zie

Bestuurlijk Akkoord, pagina 6). Binnen de gespecialiseerde GGZ kunnen ook alle eerder genoemde beroepen werkzaam zijn, alleen niet allemaal als hoofdbehandelaar.

In de generalistische basis GGZ komt deze bredere groep beroepsbeoefenaren daarentegen wel in aanmerking als hoofdbehandelaar (zie eerder).

Voor wat betreft de invulling van de hoofdbehandelaarschap zijn er negen criteria waar een hoofdbehandelaar zich aan heeft te houden. Deze criteria heeft de inspectie op enkele punten aangescherpt op basis van de ontvangen reacties. Een verdere toelichting op dit advies is in de bijlage opgenomen. De inspectie is van mening dat voorliggend advies een voorwaarde is voor verantwoorde zorgverlening in de gespecialiseerde GGZ.

4 Toelichting

Uitgangspunten inspectie

Het voorstel van de inspectie dat ter consultatie is voorgelegd, gaat uit van een psychiater, klinische psycholoog of psychotherapeut als hoofdbehandelaar in de huidige tweedelijns GGZ. In de consultatie is expliciet aan het veld gevraagd of deze opsomming op draagvlak kan rekenen. Daarnaast vroeg de inspectie het veld welke taken en verantwoordelijkheden deze hoofdbehandelaar zou moeten hebben. Het voorstel van de inspectie betrof onder andere: het vaststellen van de diagnose en behandelplan, verantwoordelijkheid voor scheppen van voorwaarden voor behandeling, verantwoordelijkheid voor dossiervoering, afspraken over besluitvorming en informatievoorziening.

Bestuurlijk Akkoord: generalistische basis GGZ vs. gespecialiseerde GGZ

Het consultatiedocument van de inspectie heeft betrekking op de huidige tweedelijns GGZ en niet op de gespecialiseerde GGZ zoals in het Bestuurlijk Akkoord omschreven. De aanleiding voor het consultatietraject betrof immers de in februari 2012 ontstane situatie bij Europsyche.

Een groot deel van de partijen anticipeert in haar reactie op de nieuwe indeling zoals geformuleerd in het Bestuurlijk akkoord: *generalistische basis GGZ versus de gespecialiseerde GGZ*. Partijen geven aan dat voor deze (aanstaande) indeling duidelijk moet zijn wie als hoofdbehandelaar kan worden aangemerkt. Het Bestuurlijk Akkoord d.d. 18 juni 2012 schrijft over de gespecialiseerde GGZ als volgt:

De gespecialiseerde GGZ¹ kenmerkt zich door een hoge mate van complexiteit van behandeling waarbij een zwaar beroep op specialistische kennis nodig is. Behandeling wordt gegeven aan een doelgroep waarbij de kwaliteit van leven (ernstig) onder druk kan staan. Er is sprake van een DSM benoemde stoornis. De gespecialiseerde GGZ kent een sterke diagnostische functie onder verantwoordelijkheid van een klinisch psycholoog, psychotherapeut of psychiater. De behandeling in de gespecialiseerde GGZ is gericht op herstel of op rehabilitatie van de patiënt. (Terugval) preventie (bijvoorbeeld het voorkomen van crisissituaties bij ernstige psychiatrische aandoeningen), zelfmanagement en *e-health* worden een steeds belangrijker onderdeel van de behandeling. Tijdens de behandeling van de complexe zorgvraag van de patiënt wordt zoveel mogelijk gestreefd naar een aanpak waarbij ambulante behandeling uitgangspunt is. Daardoor kan het aantal bedden worden afgebouwd en de zorg worden omgezet naar ambulante hulp. Als het onontkoombaar is wordt een patiënt klinisch behandeld. Als *ultimum remedium* wordt iemand onvrijwillig behandeld. Indien blijkt dat de patiënt in een stabiele situatie verkeert, en dat behandeling in de gespecialiseerde GGZ niet (meer) nodig is, wordt de patiënt, afhankelijk van zijn situatie en zorgbehoefte, overgedragen aan de huisarts, of de generalistische basis GGZ.

Zoals hierboven omschreven, loopt de grens tussen generalistische basis en gespecialiseerde GGZ dwars door de huidige tweedelijns GGZ heen. Slechts patiënten die hoogcomplexere – multidisciplinaire – behandeling vragen, vallen binnen de gespecialiseerde GGZ. Patiënten waarbij sprake is van een stabiele situatie, kunnen behandeling en/of begeleiding in de generalistische GGZ krijgen. Dit geldt in hoge mate voor chronische patiënten in een langdurige stabiele fase.

¹ Hieronder valt ook de topklinische en topreferente GGZ die bestemd is voor patiënten die vanwege de ernst, complexiteit en/of zeldzaamheid van hun klachten onvoldoende resultaat hadden of naar verwacht zullen hebben van reguliere gespecialiseerde GGZ. Het betreft zeer gespecialiseerde patiëntenzorg gericht op een specifieke doelgroep in combinatie met patiëntgebonden wetenschappelijk onderzoek, innovatie van zorg en kennisverspreiding

Reacties uit het veld

De inspectie ziet mogelijkheden om tot een veldnorm te komen voor het hoofdbehandelaarschap in de gespecialiseerde GGZ zoals beschreven in het Bestuurlijk Akkoord GGZ. Hierbij merkt de inspectie op dat de *inhoud* duidelijk van het *proces* moet worden onderscheiden. Het hoofdbehandelaarschap heeft betrekking op de verantwoordelijkheid van een behandelaar ten aanzien van de *inhoud* van het zorgproces van een specifieke patiënt. Hij of zij is op de inhoud aanspreekbaar. Dit laat onverlet dat de coördinatie/uitvoer van een groot aantal (behandel)taken – het proces – door een andere professionals (verpleegkundig specialist, GZ-psycholoog, psychotherapeut e.a.) zal gebeuren. De hoofdbehandelaar moet zijn/haar verantwoordelijkheid moeten nemen voor de overkoepelende zorginhoud, zonder dat deze het gehele zorgproces moet overnemen of uitvoeren.

Uit de reacties blijkt dat de *psychiater* en *klinisch psycholoog* onomstreden als hoofdbehandelaar worden aangemerkt in de gespecialiseerde GGZ (zoals geformuleerd in het Bestuurlijk Akkoord).

Bij deze zorgverlening is per definitie sprake van een multidisciplinaire behandeling voor hoogcomplexere stoornissen. Discussie bestaat nog over de positie van de psychotherapeut, gezondheidszorgpsycholoog, de verpleegkundig specialist en de klinische neuropsychologen

In tegenstelling tot boven geciteerde passage uit het Bestuurlijk Akkoord, *komt de psychotherapeut niet in aanmerking voor hoofdbehandelaar in de gespecialiseerde GGZ*. Ratio: de behandeling van de hoogcomplexere patiënten in de gespecialiseerde GGZ, vereist een brede, multidisciplinaire blik en aansturing waar een psychotherapeut onvoldoende aan voldoet. Een psychotherapeut is meestal opgeleid in één van de erkende psychotherapeutische richtingen (bijv. cognitieve gedragstherapie) en zijn kennis en ervaring is ook specifiek gericht op het geven van psychotherapie. Psychotherapie is echter vaak maar een deel van de noodzakelijke behandeling in de gespecialiseerde GGZ. De hoogcomplexere patiënten vereisen de brede diagnostische en behandelingsvaardigheden waarover een psychiater en klinisch psycholoog beschikken.

De gezondheidszorgpsycholoog heeft, na de basisopleiding tot psycholoog, een tweejarige postmasteropleiding gevolgd en is hiermee te vergelijken met de zogenaamde profielartsen zoals de verslavingsarts. Voor de verpleegkundig specialist geldt dit in vergelijkbare mate. In het kader van de taakherschikking kunnen en mogen zij gerichte routine deelonderzoeken, behandelingen en voorschriften zelfstandig uitvoeren. Gezien de eisen en verantwoordelijkheden rond het hoofdbehandelaarschap in de gespecialiseerde GGZ, ontbreekt het verpleegkundig specialisten aan de noodzakelijk brede blik voor de hoogcomplexere patiëntengroepen².

Het bovenstaande houdt in dat ook verslavingsartsen geen hoofdbehandelaar kunnen zijn in de gespecialiseerde GGZ vanwege de beperkte vervolgopleiding die zich uitsluitend richt op de verslavingsproblematiek.

Tot slot komt naar mening van de IGZ de klinische neuropsycholoog eveneens niet in aanmerking als hoofdbehandelaar in de gespecialiseerde GGZ. De klinische neuropsycholoog is weliswaar een specialist, maar hij biedt in de gespecialiseerde GGZ in feite geen zelfstandige patiëntenzorg behoudens mogelijk bij de groep NAH (niet aangeboren hersenafwijking) patiënten. In de richtlijn cognitieve revalidatie bij NAH (2007) is het kennisdomein van deze professional expliciet gericht op revalidatie van patiënten met een neurologische aandoening. In de richtlijn Behandeling van neuropsychiatrische gevolgen van NAH (2007) staat dat de psychiater of een ander medisch specialist de diagnostiek moet uitvoeren met behulp van een team van deskundigen (waaronder de klinische neuropsycholoog) op het gebied van hersenletsel.

Vanwege de specifieke specialisatie van de klinische neuropsycholoog, voldoen zij niet aan de eisen die gesteld worden aan het hoofdbehandelaarschap in de gespecialiseerde GGZ zoals eerder vermeld. Zij worden overigens ook niet vermeld in het Bestuurlijk Akkoord.

Bij de generalistische basis GGZ gaat het om relatief eenvoudig te behandelen stoornissen, zoals bijvoorbeeld angststoornissen. De behandeling vindt hierdoor doorgaans monodisciplinair plaats.

² Vanzelfsprekend laat de geadviseerde beperking rond de kwalificatie van een hoofdbehandelaar in de gespecialiseerde GGZ onverlet dat overige GGZ professionals, waaronder de psychotherapeut, GZ-psycholoog en verpleegkundig specialist, werkzaamheden kunnen blijven verrichten in de gespecialiseerde GGZ. Taakdifferentiatie en –delegatie, volgend aan een inhoudelijke (veld)norm, bieden hiertoe voor genoemde professionals voldoende mogelijkheden.

Hierdoor komt een veel bredere groep van beroepsbeoefenaren voor het hoofdbehandelaarschap in aanmerking waaronder artikel 3 beroepen zoals de psychotherapeut, de gezondheidszorg psycholoog, de verpleegkundig specialist GGZ en de klinisch neuropsycholoog. Zoals genoemd zal in de generalistische basis GGZ ook behandeling en begeleiding plaats kunnen vinden van stabiele chronische patiënten die in een eerdere fase in de gespecialiseerde GGZ (intensief) zijn behandeld.

Voor wat betreft de *invulling* van het hoofdbehandelaarschap geven de partijen in het algemeen aan zich te kunnen vinden in de formulering van de inspectie. Deze invulling is gebaseerd op tuchtrechtelijke uitspraken (C2011.088, C2011.089) en naar aanleiding van de ontvangen reacties in beperkte mate aangescherpt.

De verantwoordelijkheden van een hoofdbehandelaar omvatten het volgende:

- 1 Het vaststellen van de diagnose waarbij de patiënt ook daadwerkelijk is (mede) beoordeeld door de hoofdbehandelaar via *face-to-face*³ contact met de cliënt/patiënt. Het is hierbij zeker niet noodzakelijk dat het gehele intake/diagnostische proces door de hoofdbehandelaar wordt verricht.
- 2 Het vaststellen van het behandelplan door de hoofdbehandelaar, gericht op verantwoorde behandeling (naar de stand van wetenschap, richtlijnconform).
- 3 Door adequate communicatie voorwaarden scheppen waaronder de behandeling voor de specifieke cliënt/patiënt verantwoord kan worden uitgevoerd. Dit behelst onder meer dat de hoofdbehandelaar zich overtuigd weet van de bekwaamheid van de medebehandelaren. De organisatie is verantwoordelijk voor het bieden van verantwoorde zorg.
- 4 Erop toezien dat dossiervoering in alle fasen voldoet aan de gestelde eisen.
- 5 Schriftelijke afspraken maken met de medebehandelaren over onder andere besluitvorming en de onderlinge taken en verantwoordelijkheden bij de behandeling van een specifieke cliënt/patiënt. De organisatie voorziet in een professioneel statuut.
- 6 Het zich door medebehandelaren zo tijdig en voldoende als noodzakelijk is voor een verantwoorde behandeling van de cliënt/patiënt laten informeren en toetsen of de activiteiten van alle genoemde andere bijdragen aan de behandeling van de cliënt/patiënt en passen binnen het door de hoofdbehandelaar opgestelde behandelplan, op geleide van de door de hoofdbehandelaar vastgestelde diagnose.
- 7 Hoofd- en medebehandelaren treffen elkaar daadwerkelijk en in (multidisciplinair) teamverband, met de daartoe noodzakelijke frequentie, zodat de hoofdbehandelaar de hiervoor gestelde eisen kan waarmaken.
- 8 Draagt zorg voor een goede communicatie met de cliënt/patiënt en zorgen voor goede communicatie met diens naasten over het beloop van de behandeling.
- 9 Voldoende inzicht in de voortgang van de behandeling van de cliënt/patiënt. Hiertoe toetst de hoofdbehandelaar door middel van *face-to-face* contacten tussentijds en aan het eind van de behandeling toetsen of de concreet omschreven behandeldoelen zijn bereikt.

³ De hoofdbehandelaar moet de cliënt/patiënt gezien hebben.



18 maart 2013

Aan ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
t.a.v. mevrouw E. Schippers
Postbus 20350
2500 EJ DEN HAAG

Utrecht, 14 maart 2013

Kenmerk: PL/hn/130315
Betreft: Hoofdbehandelaarschap ggz

Geachte mijnheer Rouvoet, mevrouw, mijnheer,

Zorgverzekeraars hebben onlangs eenzijdig afgesproken dat in alle gebudgetteerde specialistische ggz-instellingen voortaan alleen klinisch psychologen en psychiaters hoofdbehandelaar mogen zijn. Daarmee negeren zij de ingezette ontwikkeling naar een gemeenschappelijke, door het veld gedragen definitie van het hoofdbehandelaarschap en de specifieke rol van de IGZ hierin. Omdat de nieuwe afspraken negatieve gevolgen hebben, wil de Nederlandse Vereniging van Psychotherapie zorgverzekeraars dringend vragen dit besluit te herzien.

Psychotherapeuten zijn opgeleid om in de curatieve ggz specialistische diagnostiek en bewezen effectieve psychotherapeutische behandeling te bieden aan mensen met vaak ernstige en complexe (persoonlijkheids-) stoornissen. Hun opleidingstraject neemt minimaal negen jaar in beslag. In alle recente beleidsontwikkelingen wordt de positie van de psychotherapeut helder en eenduidig gepositioneerd binnen de specialistische, complexe ggz. Toch vinden de zorgverzekeraars dat de psychotherapeut niet bevoegd en bekwaam is om invulling te geven aan het hoofdbehandelaarschap.

De nieuwe plannen rondom het hoofdbehandelaarschap zijn in strijd met het breed gedeelde streven om de zorg te stroomlijnen en administratieve lasten in de geestelijke gezondheidszorg te minimaliseren. Deze maatregel leidt ertoe dat de zorg niet slimmer en efficiënter wordt geboden, maar juist verspilling en fraude in de hand werkt van geld en professionele inzet.

Immers, in de route die de zorgverzekeraars de professionals opleggen, moet elke patiënt naast de psychotherapeut ook afzonderlijk worden gezien door de psychiater of klinisch psycholoog, ongeacht de diagnostische vraagstelling. Dat betekent dat het aantal diagnostische verrichtingen per patiënt fors zal toenemen en dat klinisch psychologen en psychiaters een groot deel van hun tijd moeten verspillen aan dubbel werk, als dit praktisch gezien al uitvoerbaar zou zijn.

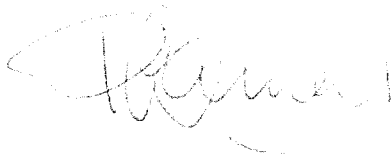
Specialistische ggz wordt geboden in een multidisciplinair verband. Kwalitatief verantwoord professioneel handelen betekent samenhangend behandelen. Multidisciplinaire samenwerking

Specialistische ggz wordt geboden in een multidisciplinair verband. Kwalitatief verantwoord professioneel handelen betekent samenhangend behandelen. Multidisciplinaire samenwerking voorziet op effectieve wijze in de gebruikmaking van psychiater en klinisch psycholoog, van de verpleegkundig specialist en van andere werkers in de ggz.

De zorgverzekeraars bereiken met hun maatregel het tegenovergestelde van wat de professionals beogen. In plaats van *samenhangend* zorg te bieden gaan we *naast* elkaar, dus dubbelop werken. Dat is niet alleen slecht voor de zorg en de besteding van gelden; het is opnieuw de patiënt die de rekening krijgt gepresenteerd.

De NVP vraagt u daarom dringend om zich spoedig opnieuw te beraden over deze kortzichtige en inefficiënte maatregel.

Met vriendelijke groet,
namens de Nederlandse Vereniging voor Psychotherapie,



Paul Lamers
Voorzitter

Aan de minister van VWS
mw. drs. E.I. Schippers
Postbus 20350
2500 EJ Den Haag

Utrecht, 4 april 2013

Geachte mevrouw Schippers,

Naar aanleiding van de presentatie van het voorstel van de Inspectie voor de Gezondheidszorg over de invulling van het hoofdbehandelaarschap in de gespecialiseerde GGZ en de discussie daarover in het Directeurenoverleg van donderdag 28 maart, willen wij u onze verontwaardiging over de uitgezette koers kenbaar maken. Het voorstel van de Inspectie gaat namelijk lijnrecht in tegen het Bestuurlijk Akkoord GGZ. Naar wij hebben begrepen, was VWS vooraf op de hoogte van het conceptvoorstel van de Inspectie. We zijn dan ook onaangenaam verrast dat VWS in de opdracht aan het IGz niet de kaders van het Bestuurlijk Akkoord heeft aangegeven.

Het heeft ons zeer verbaasd dat het advies van de Inspectie moedwillig afwijkt van het vorig jaar in consensus ondertekende Bestuurlijk Akkoord GGZ (BA), waarin besloten is dat de psychotherapeut volwaardig GGZ-specialist is naast de klinisch psycholoog en de psychiater. Op onduidelijke gronden meent de inspectie nu te kunnen stellen dat de psychotherapeut geen complexe zorg kan verlenen, naast de klinisch psycholoog en de psychiater. De Inspectie citeert zelf de betreffende passage uit het Bestuurlijk Akkoord:

“ De gespecialiseerde GGZ kenmerkt zich door een hoge mate van complexiteit van behandeling waarbij een zwaar beroep op specialistische kennis nodig is. Behandeling wordt gegeven aan een doelgroep waarbij de kwaliteit van leven (ernstig) onder druk kan staan. Er is sprake van een DSM benoemde stoornis. De gespecialiseerde GGZ kent een sterke diagnostische functie onder verantwoordelijkheid van een klinisch psycholoog, psychotherapeut of psychiater. De behandeling in de gespecialiseerde GGZ is gericht op herstel of op rehabilitatie van de patiënt. (Terugval) preventie (bijvoorbeeld het voorkomen van crisissituaties bij ernstige psychiatrische aandoeningen), zelfmanagement en e-health worden een steeds belangrijker onderdeel van de behandeling. Tijdens de behandeling van de complexe zorgvraag van de patiënt wordt zoveel mogelijk gestreefd naar een aanpak waarbij ambulante behandeling uitgangspunt is. Daardoor kan het aantal bedden worden afgebouwd en de zorg worden omgezet naar ambulante hulp. Als het onontkoombaar is, wordt een patiënt klinisch behandeld. Als ultimum remedium wordt iemand onvrijwillig behandeld. Indien blijkt dat de patiënt in een stabiele situatie verkeert, en dat behandeling in de gespecialiseerde GGZ niet (meer) nodig is, wordt de patiënt, afhankelijk van zijn situatie en zorgbehoefte, overgedragen aan de huisarts, of de generalistische basis GGZ.”

De Inspectie gaat echter nog verder: zij spreekt niet uitsluitend over complexe zorg, maar kwalificeert deze tevens als multidisciplinair, waarmee zij een andere invulling geeft aan de term complex, die in strijd is met het Bestuurlijk Akkoord. De Inspectie vindt uitsluitend instellingen bekwaam om complexe (lees: multidisciplinair,

lees: gespecialiseerde) zorg te leveren. Door deze misinterpretatie dreigt de positie van vrijgevestigde psychotherapeuten, klinisch psychologen en psychiaters in het gedrang te komen. Dat is nimmer de opzet van het Bestuurlijk Akkoord geweest; de sector koerst immers op voortgaande ambulantisering! Vrijgevestigde psychotherapeuten, klinisch psychologen en psychiaters zijn de GGZ-aanbieders bij uitstek die –als hoofdbehandelaar- complexe ambulante geestelijke gezondheidszorg leveren.

Het heeft er alle schijn van dat de Inspectie de uit het akkoord geciteerde voetnoot in haar eigen advies, over topklinische en topreferente GGZ, niet goed heeft begrepen. Daar staat namelijk vermeld dat die ook tot de gespecialiseerde GGZ behoren. De Inspectie lijkt te denken dat deze uitsluitend zijn bedoeld voor de gespecialiseerde GGZ.

Voetnoot: "Hieronder valt ook de topklinische en topreferente GGZ die bestemd is voor patiënten die vanwege de ernst, complexiteit en/ of zeldzaamheid van hun klachten onvoldoende resultaat hadden of naar verwacht zullen hebben van reguliere gespecialiseerde GGZ. Het betreft zeer gespecialiseerde patiëntenzorg gericht op een specifieke doelgroep in combinatie met patiëntgebonden wetenschappelijk onderzoek, innovatie van zorg en kennisverspreiding."

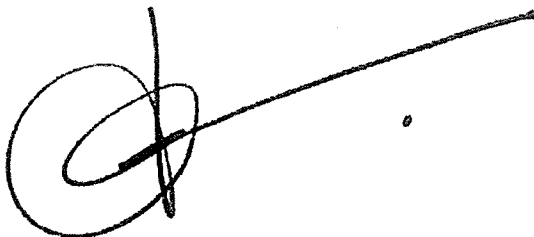
De NVVP acht het ongehoord en volstrekt onbehoorlijk dat de in het Bestuurlijk Akkoord gemaakte afspraken met deze herdefiniëring worden *overruled*. Met dit schrijven wij u er daarom op dat de positie van de psychotherapeut in het Bestuurlijk Akkoord helder is omschreven, naast die van de klinisch psycholoog en de psychiater: de psychotherapeut is bekwaam om complexe, gespecialiseerde zorg te leveren, in de vrijgevestigde setting zowel als in instellingsverband. Wij gaan ervan uit dat ieder zich aan deze afspraak houdt.

Dat betekent dat –hoewel partijen de gelegenheid krijgen om vóór 30 mei tot een gedragen veldnorm te komen- deze veldnorm reeds besloten ligt in het Bestuurlijk Akkoord. Het kan niet zo zijn dat partijen op dit punt opnieuw tot onderlinge afstemming moeten komen omdat anders het advies van de IGz het basale uitgangspunt wordt. Dat is geen juiste gang van zaken; het Bestuurlijk Akkoord is leidend en dient dat te blijven.

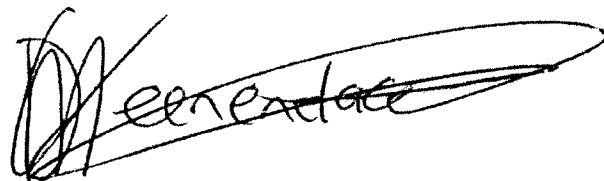
In afwachting van uw reactie, zien wij ons als NVVP door deze gang van zaken genoodzaakt om onze verplichtingen vanuit het Bestuurlijk Akkoord op te schorten, totdat weer onomwonden vaststaat dat enerzijds de psychotherapeut en anderzijds de vrijgevestigde psychotherapeut, klinisch psycholoog en psychiater conform de definitie in het BA gepositioneerd worden in de gespecialiseerde GGZ.

Dat betekent dat wij alle mankracht gaan inzetten in de lobby om dit te realiseren. Hierdoor zal er geen capaciteit meer kunnen worden ingezet in de aansluiting van onze ROM-portal met de Stichting Benchmark GGZ. De gesprekken in dat kader zullen pas worden voortgezet als comfort wordt geboden in de positionering van de psychotherapeut en van de vrijgevestigde psychotherapeut, klinisch psycholoog en psychiater, kortom: als alle partijen zich houden aan de afspraken in het Bestuurlijk Akkoord.

Met vriendelijke groet,



A.A.D. van Buuren, arts-psychotherapeut
voorzitter



Drs. J. M. Veenendaal,
directeur

Cc: drs. L.A.M. van Halder, directeur Curatieve Zorg

12 juli 2013

Landelijk Hoofdopleiders- en Coördinatoren Overleg Psychotherapie



Aan:

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
mw. drs. E.I. Schippers
Postbus 20350
2500 EJ DEN HAAG

De Inspectie voor de Gezondheidszorg

Het College voor Zorgverzekeringen

Ondergetekenden, allen vertegenwoordigers van gremia die nauw betrokken zijn bij het vakgebied van de psychotherapie, willen langs deze weg hun grote zorg uitspreken over mogelijke ontwikkelingen in de ordening en financiering van de geestelijke gezondheidszorg, zoals die uiteengezet worden in het 'Conceptrapport Geneeskundige GGZ, deel 2' van het College voor Zorgverzekeringen en het 'Concept advies IGZ hoofdbehandelaarschap in de gespecialiseerde GGZ' van de Inspectie. Deze ontwikkelingen zouden grote consequenties kunnen hebben voor de inkadering van de psychotherapie en psychotherapeut en daardoor voor de kwaliteit en de betaalbaarheid van de ggz.

In zowel de wetenschap als het praktijkveld is onomstreden dat psychotherapie de eerstestapbehandeling is voor een belangrijke groep patiënten met ernstige psychopathologie (a).

Voor zowel een groot aantal complexe As-I stoornissen als As-II stoornissen is psychotherapie volgens de 'evidence based' landelijke multidisciplinaire richtlijnen de voorkeursbehandeling. Bij psychotherapie voor deze psychopathologie gaat het om diagnostiek en zowel kortdurende als langerdurende behandeling, met gebruik van samengestelde psychotherapievormen die afgeleid zijn uit verschillende theoretische referentiekaders. Kenmerkend instrument is het opbouwen, onderhouden en benutten van de therapeutische relatie met deze complexe patiënten, op het fundament waarvan een uitgebreid arsenaal aan gespecialiseerde psychotherapeutische interventies ingezet kan worden. Uit wetenschappelijk onderzoek blijkt dat voor deze doelgroepen met een hoge gezondheidszorgconsumptie en een grote productiviteitsuitval psychotherapie een uiterst kosteneffectieve behandeling is".

Het gaat hier om, in termen van het CvZ-rapport, zowel laag-complexe als hoog-complexe specialistische zorg.

De opleiding tot psychotherapeut is gebaseerd op het Besluit Psychotherapeut (AMvB, 1998) in de Wet BIG, dat duidelijk maakt dat de psychotherapieopleiding ten behoeve van het behandelen van mensen met complexe psychische problematiek zowel generalistische onderdelen als onderdelen die opleiden tot specialistische competenties omvat. In dit wettelijke kader voor de opleiding tot psychotherapeut is expliciet sprake van een ongedeelde opleiding tot een beroep dat zowel brede, c.q. generalistische als specialistische competenties omvat. De psychotherapeut (en de klinisch psycholoog en psychiater waar

deze op basis van hun opleiding over dezelfde competenties beschikken) kan op basis van diens opleiding over alle genoemde competenties voor de kosteneffectieve behandeling van genoemde doelgroepen beschikken (b)

Uitgaande van (a) en (b) leveren de in de genoemde rapporten voorgestelde ordening en financiering een tweetal belangrijke knelpunten op.

1. de cesuur tussen basis-generalistische zorg en specialistische zorg, zoals gedefinieerd in het CvZ-rapport. Een deel van de doelgroep waarvoor psychotherapie de voorkeursbehandeling is, zal sowieso in de toekomst in de specialistische zorg behandeld moeten worden: disfunctionerend op meerdere terreinen, noodzakelijkerwijs behandeling in een multidisciplinair team behoevend, met toegang tot 24-uurs specialistische zorg. Maar een ander deel van dezelfde doelgroep heeft weliswaar 'specialistische' behandeling nodig met langere duur, maar zonder de directe context van multidisciplinair team en 24-uurs bereikbaarheid. Op dit moment worden deze ernstige en (volgens de definitie van CvZ) hoogcomplexe patiënten met goed gevolg behandeld in kleine instellingen en vrijgevestigde praktijken. De voorgestelde maatregelen zouden ertoe leiden dat deze groep of te kort en beperkt (volgens de 'evidence based' landelijke multidisciplinaire richtlijnen is de gemiddelde duur van een adequate behandeling voor deze doelgroep tussen de een en de drie jaar) in de nieuwe basis-generalistische zorg behandeld wordt, of te duur in de nieuwe specialistische zorg. Het is de verwachting van ondertekenaars dat een groot deel van de beschreven doelgroep bij invoering van deze ordening en financiering allereerst in de basis-generalistische zorg onderbehandeld zal worden, om bij gebleken onderbehandeling vervolgens in de specialistische zorg te duur behandeld te gaan worden.
2. het hoofdbehandelaarschap. Op basis van de in opleiding verkregen en door verplichte nascholing bijgehouden competenties is de psychotherapeut in staat om hoofdbehandelaar te zijn voor 'een groot aantal complexe As-I stoornissen en As-II stoornissen'. Om die reden is in het Bestuurlijk Akkoord dd. 18 juni 2012 de psychotherapeut ook opgenomen in het rijtje hoofdbehandelaars voor de gespecialiseerde ggz: 'de gespecialiseerde GGZ kent een sterke diagnostische functie onder verantwoordelijkheid van een klinisch psycholoog, psychotherapeut of psychiater. De behandeling in de gespecialiseerde GGZ is gericht op herstel of op rehabilitatie van de patiënt.'

Mogelijk speelt bij de positionering van de psychotherapeut in de beide rapporten het eerdergenoemde tweeledige karakter van de huidige psychotherapeut een rol. Hij is specifiek opgeleid om in samenwerking met andere disciplines een belangrijke rol te spelen in de 'hoog-complexe' specialistische zorg, maar hij is ook goed opgeleid om hoogcomplexe zorg te verlenen *buiten de context van de dure specialistische zorg*. Het is dan ook niet verbazingwekkend dat de beroepsgroep van psychotherapeuten op dit moment zich bezint op een gepaste vertaling van dit tweeledige karakter van het beroep in de BIG-beroepenstructuur die twee niveaus kent: 'generalist artikel 3' en 'specialist artikel 14'.

Bij het doorzetten van de lijn zoals die geschetst wordt in beide rapporten ten aanzien van de psychotherapie en de psychotherapeut is onze verwachting dat een aanzienlijk deel van de genoemde patientengroep in de basis-generalistische zorg behandeld zal worden maar niet de geëigende behandeling zal krijgen, met alle individuele en maatschappelijke schade van dien; en daarnaast een aanzienlijk deel van diezelfde patientengroep (uiteindelijk) té dure behandeling zal krijgen in de specialistische zorg. Kwaliteit én betaalbaarheid van de zorg voor deze patientengroep is hiermee niet gediend. Bovendien zal bij psychotherapeutische behandelingen in vele gevallen onnodig een psychiater of klinisch psycholoog als 'hoofdbehandelaar' ingeschakeld worden, hetgeen niet tot hogere kwaliteit maar wel tot hogere kosten zal leiden.

Ondergetekenden, allen opleiders, onderzoekers en/of beroepsbeoefenaren van psychotherapie, willen hun bijdrage leveren aan het definiëren van een beter en goedkoper alternatief, door de kenmerken van de genoemde patiëntengroep steeds scherper te markeren, door de beroepsopleidingen steeds herkenbaarder op de bijbehorende competenties te richten, door het beroep ook in de BIG-beroepenstructuur steeds duidelijker op die manier te positioneren, door verder onderzoek te doen naar diagnostiek en behandeling van deze patiëntengroep, leidend tot kwalitatief betere behandelingen en lagere individuele en maatschappelijke kosten

Met de meeste hoogachting,

Het Hoofdopleiders/Coördinatoren Overleg Psychotherapeut (HCO-PT), namens deze de vijf landelijke hoofdopleiders Psychotherapeut,

Dr. S. Colijn, hoofdopleider Stichtingen PDO-GGZ Leiden/Rotterdam en Utrecht, voorzitter



Dr. A.J. de Keijser, hoofdopleider Stichting Praktijkinstellingen van de Postacademische PSY-Opleidingen, Groningen

Prof. dr. J.J.D.M. van Lankveld, hoofdopleider RINO Zuid, Eindhoven

Dr. M.H.M. de Wolf, hoofdopleider Stichting Postdoctorale Beroepsopleidingen GGZ, Amsterdam

Drs. R.J. Wolters, hoofdopleider SPON-Postdoctorale Opleidingen, Nijmegen

Het Landelijk Overleg GGZ Opleidingen (LOGO), namens deze,

Drs. B.H.F. de Mol, voorzitter

De Nederlandse Vereniging voor Vrijgevestigde Psychotherapeuten en Psychologen (NVVP), namens deze,

Drs. A. van Buuren, voorzitter

De Nederlandse Vereniging voor Psychotherapie (NVP), namens deze,

Dr. P.A.Q.M. Lamers, voorzitter

Prof. dr. W.J.M.J. Cuijpers, hoogleraar Klinische Psychologie VU Amsterdam

Prof. dr. M.J.H. Huibers, hoogleraar Empirisch gestuurde psychotherapie VU Amsterdam en Universiteit Maastricht

Prof. dr. R. Verheul, bijzonder hoogleraar Persoonlijkheidsstoornissen Universiteit van Amsterdam

De volgende zorgverzekeraars zullen rechtstreeks een afschrift van deze brief ontvangen, Achmea, Menzis, CZ, Coöperatie VGZ, Zorg & Zekerheid, De Friesland, DSW en Zorginkooporganisatie Multizorg.

Het zal duidelijk zijn dat deze omschrijving op essentiële punten verschilt van de verouderde omschrijving die de IGZ in haar concept advies hanteert, wij citeren: 'In tegenstelling tot geciteerde passage uit het Bestaand Akkoord, komt de psychotherapeut niet in aanmerking voor hoofdbehandelaar in de gespecialiseerde GGZ. Ratio: de behandeling van de hoogcomplexe patiënten in de gespecialiseerde GGZ, vereist een brede, multidisciplinaire blik en aansturing waar een psychotherapeut onvoldoende aan voldoet. Een psychotherapeut is meestal opgeleid in één van de erkende psychotherapeutische richtingen (bijv. cognitieve gedragstherapie) en zijn kennis en ervaring is ook specifiek gericht op het geven van psychotherapie. Psychotherapie is echter vaak maar een deel van de noodzakelijke behandeling in de gespecialiseerde GGZ. De hoogcomplexe patiënten vereisen de brede diagnostische en behandelingsvaardigheden waarover een psychiater en klinisch psycholoog beschikken.' Het is voor de ondertekenaars van dit schrijven onmiskenbaar dat de modern opgeleide psychotherapeut wel degelijk beschikt over 'een brede, multidisciplinaire blik en aansturing', altijd opgeleid is in meerdere psychotherapeutische richtingen, en dat zijn kennis en ervaring zich weliswaar met name richt op het geven van psychotherapie, maar dat zijn kennis en ervaring ook ten dele betrekking heeft op terreinen waar de psychiater en klinisch psycholoog een bredere scholing heeft ontvangen, zoals bijvoorbeeld diagnostiek en wetenschap.

19 APR 2013



Minister van VWS
Mevrouw drs. E.I. Schippers
Postbus 20350
2500 EJ DEN HAAG

Datum : 16 april 2013
Ref : MP/mm/1304080
Betreft : hoofdbehandelaarschap

Geachte mevrouw Schippers,

De Nederlandse vereniging van pedagogen en onderwijskundigen (NVO), de beroepsvereniging voor academisch opgeleide pedagogen en onderwijskundigen, met ruim 6000 leden, spreekt hierbij haar zorg uit over zowel de procedure, als de inhoudelijke redenering voor de invulling van het hoofdbehandelaarschap in de tweedelijns- en straks specialistische GGZ.

De NVO heeft als consultatiepartner naar eer en geweten, in gesprekken met het CvZ en schriftelijk op verzoek van de Inspectie voor de Gezondheidszorg, haar inbreng geleverd. De NVO is tot haar spijt tot op heden echter geen partner bij het Bestuurlijk Akkoord en ontvangt dus geen terugkoppeling, zij heeft in deze structuur dus ook geen gelegenheid haar verdere input te leveren. Onze pogingen om via de IGZ, uw ministerie en partijen bij het bestuurlijk akkoord om alsnog als relevante partij aan tafel betrokken te worden, zijn tot dusverre zonder resultaat gebleken. De NVO vindt het onaanvaardbaar dat een partij wel wordt benaderd om haar expertise in te brengen en vervolgens niet meer betrokken is. Om die reden wenden wij ons rechtstreeks tot u en schrijven onze brief in afschrift aan de voorzitter van de Tweede Kamer.

De NVO maakt zich grote zorgen over de consequenties van de wijze waarop nu het hoofdbehandelaarschap GGZ vorm dreigt te krijgen. Uitgangspunt van de NVO is dat het voor alle betrokkenen belangrijk is dat er passende zorg wordt geboden, licht als dat kan, zwaar als dat moet, monodisciplinair als dat kan, multidisciplinair in ketenrelaties als dat nodig is. Passende zorg betekent ook dat passende expertise wordt ingezet. De doelgroep *kinderen en jongeren* wordt in het Bestuurlijk Akkoord niet genoemd, terwijl het om een categorie gaat, waar meer nog dan bij volwassenen, ook de context van kind of jongere moet worden meegenomen. Dat geldt voor zowel diagnosticeren als behandelen.

Wat nu dreigt te gebeuren is dat professionals die de hoogste opleiding genoten hebben als hoofdbehandelaar kunnen fungeren. Zij zijn echter niet perse deskundig en vakbekwaam waar het gaat om de geestelijke gezondheid van kinderen en jongeren. De NVO accrediteert de postmasteropleiding tot orthopedagoog-generalist en bewaakt de kwaliteit en het beroepsethisch handelen van de professional.

De orthopedagoog-generalist (NVO) en de Kinder- en Jeugdpsycholoog (NIP) zijn erkende deskundigen op het terrein van diagnosticeren en behandelen van kinderen en jongeren. Toch dreigen zij in de nabije toekomst niet te kunnen optreden als hoofdbehandelaar. Dat is op zichzelf al inefficiënt en ineffectief, omdat beschikbare expertise niet optimaal wordt benut. Maar daar komt bovenop dat de kosten voor zorg meer beheersbaar zouden zijn, wanneer niet altijd en uitsluitend een beroep wordt gedaan op het hoogste opleidingsniveau.

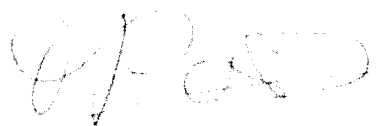
Als we met elkaar de zorg duurzaam en betaalbaar willen houden, is een flexibeler en meer op doelmatigheid gericht stelsel noodzakelijk. De NVO realiseert zich terdege dat een stelsel voor duurzame en betaalbare zorg ook incentives moet bevatten die 'paal en perk' stellen aan behandelingen en behandelduur en de effectiviteit van die behandelingen waar mogelijk moeten borgen. Een voorstel voor flexibele, duurzame en betaalbare zorg moet dan ook gekoppeld zijn aan een verantwoordingssystematiek en mogelijk aan vormen van budgettering.

Vanaf 2015 gaat het stelsel voor jeugdzorg over naar de gemeenten. Veel van onze leden vragen naar de relatie tussen de stelselwijziging voor de basis- en gespecialiseerde GGZ (voor volwassenen) en de transitie Jeugd, waarvan de jeugd-ggz waarschijnlijk deel uit gaat maken. Op die vraag is nog geen eenduidig antwoord, te meer omdat de verantwoordelijkheid (en dus ook de invulling) over gaat naar gemeenten. De NVO vraagt u echter wel uw zienswijze en intenties duidelijk te maken ten aanzien van deze relatie.

Voor die domeinen die na de transitie wel onder de GGZ blijven vallen én waarin onze leden aantoonbare vakbekwaamheid hebben opgebouwd, wil de NVO met nadruk pleiten voor het benutten van die expertise. Ter wille van de cliënten en ter wille van duurzame en betaalbare zorg.

Graag horen wij van u op welke manier de NVO wél betrokken wordt bij verdere ontwikkeling van en besluitvorming over het hoofdbehandelaarschap en graag lichten wij in een overleg met u onze visie op kwalitatief verantwoorde, duurzame en betaalbare zorg toe.

Met vriendelijke groet,



dr. X.H.M. Moonen
voorzitter NVO

drs M.E. Post
directeur NVO

I a a voorzitter Tweede Kamer

Aan Inspectie voor de Gezondheidszorg

Postbus 2680
3500 GR Utrecht

Hoofddorp, 22 april 2013

Betreft: Reactie op 'Hoofdbehandelaarschap in de tweedelijns GGZ'

Geachte

Het bestuur van de Vereniging voor Verslavingsgeneeskunde Nederland (VVG) wil bij deze zijn standpunt kenbaar maken ten aanzien van het hoofdbehandelaarschap in de verslavingszorg als onderdeel van gespecialiseerde GGZ.

De VVG is niet betrokken geweest bij het opstellen van het Bestuurlijk Akkoord uit 2012 en overigens ook niet betrokken bij de consultatieronde die door de IGZ is gehouden over het hoofdbehandelaarschap in de gespecialiseerde GGZ.

Sinds 2007 bestaat een tweejarige gespecialiseerde vervolgopleiding voor verslavingsartsen (Master in Addiction Medicine –MIAM–). Inmiddels hebben 47 artsen de opleiding tot MIAM voltooid, naar verwachting zullen eind dit jaar nog 15 personen de opleiding afronden. In november 2012 is het subspecialisme/profiel verslavingsgeneeskunde door de KNMG erkend.

De VVG houdt momenteel zelf nog een register bij van ervaren, door de beroepsvereniging erkende verslavingsartsen, tot het moment waarop het profielregister verslavingsgeneeskunde van de KNMG open gaat, op 1 juli 2013. Momenteel zijn circa 95 artsen ingeschreven in het register van de VVG.

Verslavingsartsen KNMG zijn ons inziens bij uitstek geschikt om de juiste specialistische zorg te bieden aan een complexe doelgroep –personen met verslavingsproblematiek– met meervoudige zorgvragen. Zij zijn in staat zich te richten op zowel psychiatrische als ook somatische en sociale problematiek die zo kenmerkend is voor verslavingen.

In de opleiding tot verslavingsarts wordt uitgebreid aandacht besteed aan het ontwikkelen van die competenties en kennis die noodzakelijk zijn om als verslavingsarts te kunnen functioneren in de verslavingszorg. Binnen de verslavingszorg als onderdeel van gespecialiseerde GGZ, is geen andere vergelijkbare beroepsgroep te vinden waar deze competenties in een intensieve opleiding van twee jaar verder ontwikkeld worden. De opleiding die bij goed afsluiten toegang verleent tot het betreffende register is modern en competentie gericht en sluit zonder meer aan bij de eisen die je aan het hoofdbehandelaarschap mag stellen.

De VVG is van mening dat een volgens de criteria van de KNMG erkende verslavingsarts het hoofdbehandelaarschap binnen de verslavingszorg in dient te nemen. We vernemen van de IGZ overigens graag wat de moverende redenen zijn geweest hierover een ander standpunt te hebben ingenomen en we bevelen aan dit standpunt te herzien.

Namens het bestuur van de VVG



Peter Vossenbergh, voorzitter