

Vergaderjaar 2012–2013

25 424

Geestelijke gezondheidszorg

Nr. 221

BRIEF VAN DE MINISTER VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 2 juli 2013

Tijdens het Algemeen Overleg met de Tweede Kamer van 5 juni 2013 over de geestelijke gezondheidszorg (GGZ) heb ik een brief toegezegd over het hoofdbehandelaarschap in de GGZ. De leden van de Eerste Kamer hebben naar aanleiding van mijn brief over de generalistische basis GGZ op 19 juni 2013 vragen gesteld over het hoofdbehandelaarschap in de GGZ.

Naar aanleiding van de Europsyche-casus heeft de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) aanbevolen om uit oogpunt van veiligheid en kwaliteit van zorg te komen tot normen voor wie hoofdbehandelaar mag zijn (in de zin van de kwalificatie van de beroepsbeoefenaar) en wat de hoofdbehandelaar doet (Kamerstuk 29 689, nr. 397).

In het bestuurlijk akkoord Toekomst GGZ 2013–2014 is het volgende afgesproken:

«Vanuit kwaliteitsoverwegingen spreken zorgverzekeraars en zorgaanbieders landelijk in 2012 criteria af waaronder taakherschikking en 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.»

Daarnaast vind ik het uit oogpunt van controlebaarheid van belang dat er per 1 januari 2014 duidelijkheid is over de definitie van het hoofdbehandelaarschap waardoor voor cliënten, verzekeraars, de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) en IGZ beter inzichtelijk wordt wie de hoofdbehandelaar en de medebehandelaren zijn en wat die doen.

Op 15 november 2012 heeft de IGZ een consultatiedocument uitgebracht over het hoofdbehandelaarschap. Dit consultatiedocument, de reacties van veldpartijen daarop en het conceptadvies van de IGZ van 28 maart 2013 zijn gevoegd bij de antwoorden op de vragen van mevrouw Leijten (Aanhangsel Handelingen, 2012/13, nr. 2094)

Mede naar aanleiding van dit conceptadvies van de IGZ zijn partijen met elkaar in overleg getreden om te komen tot veldnormen. Op 28 juni 2013 heb ik het resultaat van dit overleg ontvangen (zie bijlage)¹. Op basis van dit resultaat concludeer ik dat partijen goede voortgang hebben geboekt.

Voor de ontwikkeling van een norm voor wie hoofdbehandelaar mag zijn in de generalistische basis GGZ en de gespecialiseerde GGZ vragen partijen meer tijd. De nieuwe indeling van de GGZ in huisartsenzorg, generalistische basis GGZ en gespecialiseerde GGZ moet zich nog uitkristalliseren. De komende jaren moet er ruimte zijn om vanuit de huidige praktijk toe te groeien naar de nieuwe situatie.

Ik kan deze redenering volgen en stel het volgende voor. Er verandert veel in de GGZ. De versterking van de praktijkondersteuner van de huisarts, de nieuwe bekostiging in de generalistische basis GGZ en de prestatiebekostiging in de gespecialiseerde GGZ werken op elkaar in. Op dit moment kan niet exact voorzien worden hoe de beoogde verschuivingen precies zullen uitpakken. Door nu goed inzichtelijk en controleerbaar te maken wie de hoofdbehandelaar en de medebehandelaren zijn, wat zij doen, de ontwikkelingen de komende jaren te monitoren en daarnaast een onderzoek te laten meelopen, ga ik ervan uit dat we in 2015 voor 2016 komen tot een goede norm voor het hoofdbehandelaarschap in de gespecialiseerde GGZ en de generalistische basis GGZ. In feite zet ik een tussenstap die ons de komende jaren in staat stelt om op basis van goede gegevens een onderbouwde norm voor het hoofdbehandelaarschap te ontwikkelen.

Hieronder zal ik op de drie hoofdonderwerpen uit de brief van de veldpartijen (de verantwoordelijkheden van de hoofdbehandelaar, de controleerbaarheid en de kwalificatie van de hoofdbehandelaar) aangeven wat veldpartijen voorstellen en wat ik daarvan overneem. Overigens realiseer ik mij dat niet alle partijen het met alle voorstellen eens zijn.

Duidelijkheid over de verantwoordelijkheden van de hoofdbehandelaar

De verantwoordelijkheden van de hoofdbehandelaar zoals die zijn omschreven in de brief van de veldpartijen neem ik over. Dat betekent dat de hoofdbehandelaar de volgende verantwoordelijkheden heeft:

- 1 De hoofdbehandelaar is verantwoordelijk voor het vaststellen van de diagnose waarbij de patiënt ook daadwerkelijk is (mede) beoordeeld door de hoofdbehandelaar via direct contact met de patiënt/cliënt. Het is hierbij mogelijk dat delen van het intake/diagnostische proces door anderen dan de hoofdbehandelaar worden verricht.
- 2 De hoofdbehandelaar stelt in overleg met de patiënt het behandelplan -gericht op verantwoorde behandeling (naar de stand van de wetenschap, richtlijnconform)- vast.
- 3 De hoofdbehandelaar weet zich overtuigd van de bevoegdheid en bekwaamheid van de medebehandelaars in relatie tot de zelfstandige uitvoering van het deel van de behandeling waarvoor zij verantwoordelijk zijn.

¹ Ter inzage gelegd bij het Centraal Informatiepunt Tweede Kamer

- 4 De hoofdbehandelaar ziet er op toe dat de dossiervoering voldoet aan de gestelde eisen. Medebehandelaren hebben een eigen verantwoordelijkheid in de adequate dossiervoering.
- 5 De hoofdbehandelaar laat zich informeren door medebehandelaars en andere bij de behandeling betrokken professionals, zo tijdig en voldoende als noodzakelijk is voor een verantwoorde behandeling van de patiënt/cliënt. De hoofdbehandelaar toetst of de activiteiten van de anderen bijdragen aan de behandeling van de patiënt/cliënt en passen binnen het door de hoofdbehandelaar vastgestelde behandelplan.
- 6 De hoofdbehandelaar en medebehandelaars treffen elkaar in persoonlijk contact en in teamverband met de daartoe noodzakelijke frequentie (ook telefonisch en via beeldbellen), op geleide van de problematiek/vraagstelling van de patiënt.
- 7 De hoofdbehandelaar draagt zorg voor goede communicatie² met de patiënt/cliënt en diens naasten (indien van toepassing en indien toestemming hiervoor is verkregen) over het beloop van de behandeling in relatie tot het behandelplan.
- 8 De hoofdbehandelaar heeft inzicht in de voortgang van de behandeling, hij evalueert met de patiënt en stelt indien nodig het behandelplan bij. De hoofdbehandelaar toetst tussentijds en aan het eind van de behandeling of en in welke mate de concreet omschreven behandeldoelen zijn bereikt. De hoofdbehandelaar autoriseert de beëindiging van de behandeling conform de DBC-spelregels.

Partijen gaan ervan uit dat degene die de diagnose stelt een ander kan zijn dan degene die de hoofdbehandelaar is bij de behandeling. De hierboven beschreven verantwoordelijkheden kunnen dus volgens partijen over twee personen verdeeld zijn. Dit sluit aan bij de huidige praktijk in instellingen. Partijen willen zo spoedig mogelijk toewerken naar een situatie waarin de voor de diagnosefase verantwoordelijke professional ook hoofdbehandelaar is in de uitvoering van de zorg.

Vooralsnog accepteer ik de mogelijkheid dat degene die de diagnose stelt een ander is dan de hoofdbehandelaar tijdens de behandeling. Ik wil dit aspect in de komende jaren nauwlettend volgen en expliciet mee laten lopen in de monitoring en het onderzoek. Daarbij zal worden bezien wat deze «knip» betekent voor de tevredenheid van de patiënt, de kwaliteit van de zorg, de kosten en de administratieve lasten.

² De hoofdbehandelaar volgt bij al deze stappen de afspraken zoals die zijn vastgelegd in de door LPGGZ, NPCF, Consumentenbond en GGZ Nederland overeengekomen algemene leveringsvoorwaarden ggz (<http://www.ggznederland.nl/patient-en-kwaliteitswetgeving/leveringsvoorwaarden/zvw-leveringsvw-patient-zorginstelling-2012.pdf>) Voor aanbieders die deze leveringsvoorwaarden niet hanteren geldt dat de hoofdbehandelaar er zorg voor dient te dragen:

1. dat de cliënt kennis heeft genomen van de gestelde diagnose en dat deze nader is toegelicht
2. dat de cliënt geïnformeerd wordt over de behandel mogelijkheden
3. dat het behandelplan in overleg met de cliënt is opgesteld en dat de cliënt met het behandelplan instemt (informed consent)
4. dat de cliënt de beschikking krijgt over behandelvoortgangsinformatie (o.a. ROM-uitkomsten)
5. dat de voortgang van de behandeling periodiek wordt geëvalueerd met de cliënt en het behandelplan eventueel wordt bijgesteld op basis van gelijkwaardigheid (shared decision making).
6. dat de familie/naastbetrokkenen geïnformeerd worden bij vaststelling behandelplan en het verloop van de behandeling (na toestemming van de cliënt)
7. dat de klachten samen met de cliënt zijn geïnventariseerd en geanalyseerd

De NZa zal de verantwoordelijkheden van de hoofdbehandelaar opnemen in de toelichting bij de declaratiebepalingen voor de GGZ voor 2014.

Verbetering van de controleerbaarheid

Met het oog op de inzichtelijkheid en controleerbaarheid stellen partijen voor om de AGB-code (een administratieve code) van de hoofdbehandelaar en de totaal aan een DBC bestede tijd op de declaratie op te nemen. Ik vind dit goede voorstellen en neem die over, maar vind de voorstellen niet afdoende en wil een nadere uitsplitsing aan die totaal bestede tijd toevoegen en zicht hebben op de beroepen en de tijdsbesteding van de hoofdbehandelaar en de medebehandelaren. Daarom zullen met ingang van 2014 de volgende elementen worden opgenomen op de declaratie:

1. AGB-code van de hoofdbehandelaar en diens beroep;
2. als de hoofdbehandelaar in de fase van behandeling een andere hoofdbehandelaar is dan in de fase van diagnose, dan moet ook de AGB-code van tweede hoofdbehandelaar en diens beroep erop;
3. directe en indirecte patiëntgebonden tijd van de hoofdbehandelaar (onder 1 en 2)
4. directe en indirecte patiëntgebonden tijd van iedere medebehandelaar (en vermelding van diens beroep);
5. de totaal bestede directe en indirecte tijd (optelsom van 3 en 4).

Zorgverzekeraars Nederland zal ervoor zorgen dat alle hoofdbehandelaren per 2014 een AGB-code hebben. Met behulp van die code is voor verzekeraars na te gaan wie de hoofdbehandelaar is. Indien gewenst kan de BIG-registratie van de hoofdbehandelaar nagezocht worden. Ik ga ervan uit dat verzekeraars op verzoek aan patiënten voldoende informatie geven waarmee patiënten zelf in het BIG-register de behandelaar kunnen opzoeken. Op basis van de directe en indirecte cliëntgebonden tijd van de hoofdbehandelaar kan worden nagegaan of de hoofdbehandelaar daadwerkelijk bij de cliënt betrokken is. In combinatie met de informatie over de medebehandelaren kunnen we zien in welke verhouding hoofd- en medebehandelaren tijd besteden aan de cliënt en welke hoofdbehandelaren en medebehandelaren welke patiënt behandelen. Mede aan deze informatie kan een onderbouwing voor een toekomstige norm voor het hoofdbehandelaarschap worden ontleend. In nader onderzoek tijdens de overgangperiode 2014–2015 kan getracht worden een relatie te leggen met patiënttevredenheid, kwaliteit, kosten en administratieve lasten.

De NZa zal verplicht stellen dat bovenstaande elementen op de declaratie komen te staan. Medebehandelaren kunnen tijd schrijven als hun beroep in de beroepentabel van de NZa staat.

Duidelijkheid over de kwalificatie van de hoofdbehandelaar

Hoofdbehandelaarschap in de huidige tweedelijns curatieve GGZ
Volgens de huidige declaratiebepalingen van de NZa mogen de volgende zorgverleners hoofdbehandelaar zijn in de tweedelijns curatieve GGZ: zorgverleners met een beroep dat is opgenomen in de Wet BIG en die bevoegd en bekwaam zijn om patiënten te classificeren volgens de systematiek van de DSM-IV-TR. Deze omschrijving wordt ervaren als onduidelijk en onvoldoende controleerbaar.

Hoofdbehandelaarschap in de gespecialiseerde GGZ volgens partijen
Partijen geven aan dat in de komende jaren de diagnose gesteld moet worden door iemand met één van de volgende zeven beroepen: psychiater, klinisch psycholoog, klinisch neuropsycholoog, psychotherapeut, specialist ouderengeneeskunde, verslavingsarts, klinisch geriatr.

De professional met één van deze beroepen bepaalt wie de hoofdbehandelaar is in de uitvoering. Het hoofdbehandelaarschap in de behandelfase kan worden uitgevoerd door een professional uit de medische, psychologische of verpleegkundige discipline, mits beschikkend over een BIG-registratie en werkend in een multidisciplinaire context waarbinnen één van de zeven bovengenoemde beroepen of een verpleegkundig specialist werkzaam is.

Hoofdbehandelaarschap in generalistische basis GGZ volgens partijen
Partijen schrijven dat het bij hoofdbehandelaars in de generalistische basis GGZ gaat om BIG-geregistreerde hulpverleners uit de medische, psychologische en verpleegkundige disciplines. Naast de zeven in het bovenstaande rijtje opgenomen beroepen mogen volgens het voorstel van partijen de volgende beroepsbeoefenaren hoofdbehandelaar zijn in de generalistische basis GGZ: verpleegkundig specialist, GZ-psycholoog, eerstelijns psycholoog, orthopedagoog-generalist, kinder- en jeugdpsycholoog, HBO+ verpleegkundige/SPV.

Mijn conclusie voor het hoofdbehandelaarschap in de GGZ in de komende overgangsjaren

Voor het hoofdbehandelaarschap in de jaren 2014–2015 hanteer ik de volgende uitgangspunten:

- Kwaliteit: hoofdbehandelaren in de GGZ moeten BIG-geregistreerd zijn **en een GGZ-specifieke opleiding hebben gevolgd**;
- Duidelijkheid, inzichtelijkheid en controleerbaarheid: hoofdbehandelaren (zowel die in de diagnosefase als die in de behandelfase) hebben een beroep dat op een limitatieve lijst staat, waarbij voor een individuele zorgverlener eenduidig nagegaan moet kunnen worden of deze geregistreerd is binnen het betreffende beroep;
- Vanuit de huidige praktijk toegroeien naar een situatie die past bij de toekomstige generalistische basis GGZ en gespecialiseerde GGZ.

Omdat de generalistische basis GGZ en de gespecialiseerde GGZ zich nog moeten ontwikkelen, ga ik voor het hoofdbehandelaarschap in de komende transitieperiode uit van één lijst van beroepen voor de beide echelons:

1. Psychiater
2. Klinisch psycholoog
3. Klinisch neuropsycholoog
4. Psychotherapeut
5. Specialist ouderengeneeskunde
6. Verslavingsarts in profielregister KNMG
7. Klinisch geriater
8. Verpleegkundig specialist GGZ
9. GZ-psycholoog

Deze lijst sluit aan bij het uitgangspunt van veldpartijen, om uitsluitend BIG-geregistreerde zorgverleners als hoofdbehandelaar aan te wijzen. Ik hecht eraan dat hoofdbehandelaars BIG-geregistreerd zijn, ook in de generalistische basis GGZ en een GGZ-specifieke opleiding hebben gevolgd. In de toekomstige generalistische basis GGZ wordt immers zwaardere zorg verleend dan in de huidige eerste lijn. Voor in de Wet BIG geregelde beroepen geldt dat het deskundigheidsgebied en de opleidingsvereisten wettelijk geborgd zijn. Daarnaast is voor patiënten controleerbaar of een zorgverlener rechtmatig zijn titel gebruikt en zijn deze zorgverleners tuchtrechtelijk aanspreekbaar op hun handelen.

Veldpartijen hebben in een duidelijke lijst aangegeven welke beroepsbeoefenaren volgens hen in de gespecialiseerde GGZ de diagnose mogen stellen. Voor de hoofdbehandelaar tijdens de behandeling, hebben ze

geen limitatieve lijst geformuleerd, maar gaan ze uit van «een professional uit de medische, psychologische of verpleegkundige discipline mits beschikkend over een BIG-registratie en werkend in een multidisciplinaire context (...)». Uit oogpunt van inhoudelijke onderbouwing en inzichtelijkheid kies ik voor de eerder genoemde negen beroepen als mogelijk hoofdbehandelaar in de generalistische basis GGZ en de gespecialiseerde GGZ, waarbij ik voor de gespecialiseerde GGZ de door het veld geadviseerde multidisciplinaire context toevoeg.

Dyslexiezorg

Dyslexiezorg kan op grond van de Zorgverzekeringswet vergoed worden. Voor dyslexiezorg wordt op dit moment de bekostigingssystematiek van de tweedelijns curatieve GGZ gebruikt, het is echter geen GGZ. Dyslexiezorg kan dan ook niet gerekend worden tot de gespecialiseerde of de generalistische basis GGZ.

Met ingang van 2015 zal dyslexiezorg in het kader van het nieuwe jeugdstelsel worden overgeheveld naar gemeenten. Voor 2014 is een tijdelijk regime noodzakelijk. Op dit moment kunnen hoofdbehandelaar zijn voor dyslexiezorg:

- zorgverleners met een beroep dat is opgenomen in het BIG-register en die bevoegd en bekwaam zijn om patiënten te classificeren volgens de systematiek van de DSM-IV-TR;
- orthopedagogen-generalist die geregistreerd zijn bij de Nederlandse Vereniging van Pedagogogen en Onderwijskundigen (NVO);
- kinder- en jeugdpsychologen die geregistreerd zijn bij het Nederlands Instituut van Psychologen (NIP).

Ook voor dyslexiezorg geldt dat ik vanuit de huidige praktijk wil komen tot meer duidelijkheid en dus wil uitgaan van een limitatieve lijst van beroepen. Voor dyslexiezorg kunnen dezelfde negen groepen beroepsbeoefenaren als in de generalistische basis GGZ en de gespecialiseerde GGZ hoofdbehandelaar zijn. Daarnaast kunnen in 2014 ook de boven omschreven orthopedagoog-generalist en de kinder- en jeugdpsycholoog hoofdbehandelaar zijn. Beroepsbeoefenaren die in de GGZ-beroepentabel van de NZa staan kunnen tijd schrijven op de dbc's voor dyslexiezorg.

De NZa zal op grond van de bovenstaande opsomming in de declaratiebepalingen opnemen welke beroepsbeoefenaren in de GGZ in 2014 en 2015 en voor dyslexiezorg in 2014 hoofdbehandelaar mogen zijn.

Naar een norm voor hoofdbehandelaarschap op termijn

Om toe te kunnen werken naar een op inhoudelijke gronden gebaseerde norm voor hoofdbehandelaarschap in de generalistische basis GGZ en de gespecialiseerde GGZ, die leidt tot goede en doelmatige zorg voor de cliënt, is de komende jaren onderzoek nodig naar de kwaliteit en de continuïteit van de zorg, de patiënttevredenheid, de macrobeheersbaarheid, de controleerbaarheid en de administratieve lasten. Meer concreet denk ik aan onderzoek naar:

- de aard van de zorg in de verschillende echelons, de beweging van cliënten, welke cliënten in welke aantallen zorg ontvangen en de passendheid van de producten in de generalistische basis GGZ;
- de relatie tussen te ontwikkelen en bestaande kwaliteitsstandaarden en richtlijnen, zorgvraagzwaarte en hoofdbehandelaarschap en de mogelijke «knip» daarin tussen diagnosestelling en behandeling;
- het tijdsbeslag voor hoofdbehandelaars en medebehandelaars in relatie tot de beschikbare capaciteit;

De informatie over het beroep en de tijdsbesteding van de hoofdbehandelaar en de medebehandelaars zal bij dit onderzoek zeer behulpzaam

zijn. Dat is naast de inzichtelijkheid die het biedt ook de reden om dit in te voeren.

Samen met veldpartijen zal ik een onderzoeksprogramma opstellen en uitvoeren met het oog op een onderbouwde norm voor wie hoofdbehandelaar mag zijn vanaf 2016.

Ik heb er alle vertrouwen in dat met alle verbeteringen die met ingang van 2014 worden ingevoerd de kwaliteit en de controleerbaarheid van de GGZ een goede impuls krijgen en dat op basis van de informatie die deze verbeteringen opleveren een goede norm voor het hoofdbehandelaarschap kan worden ontwikkeld.

De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
E.I. Schippers