

OVERZICHT VAN DE REGISTRATIELAST VAN EEN VRIJGEVESTIGDE PSYCHIATER

Overdadig verantwoording afleggen wurgt de zorg

Psychiater Joost Mertens zet op een rijtje welke administratieve handelingen hij moet verrichten om 'verantwoorde zorg' te kunnen leveren. Het beneemt hem én de lezer de adem.

'Quis custodiet ipsos custodes' – wie bewaakt de bewakers, dichtte de Romein Juvenalis. Deze dichtregel drukt kernachtig mijn klacht uit tegen de wildgroei aan instanties die de kwaliteit van de gezondheidszorg bewaken.

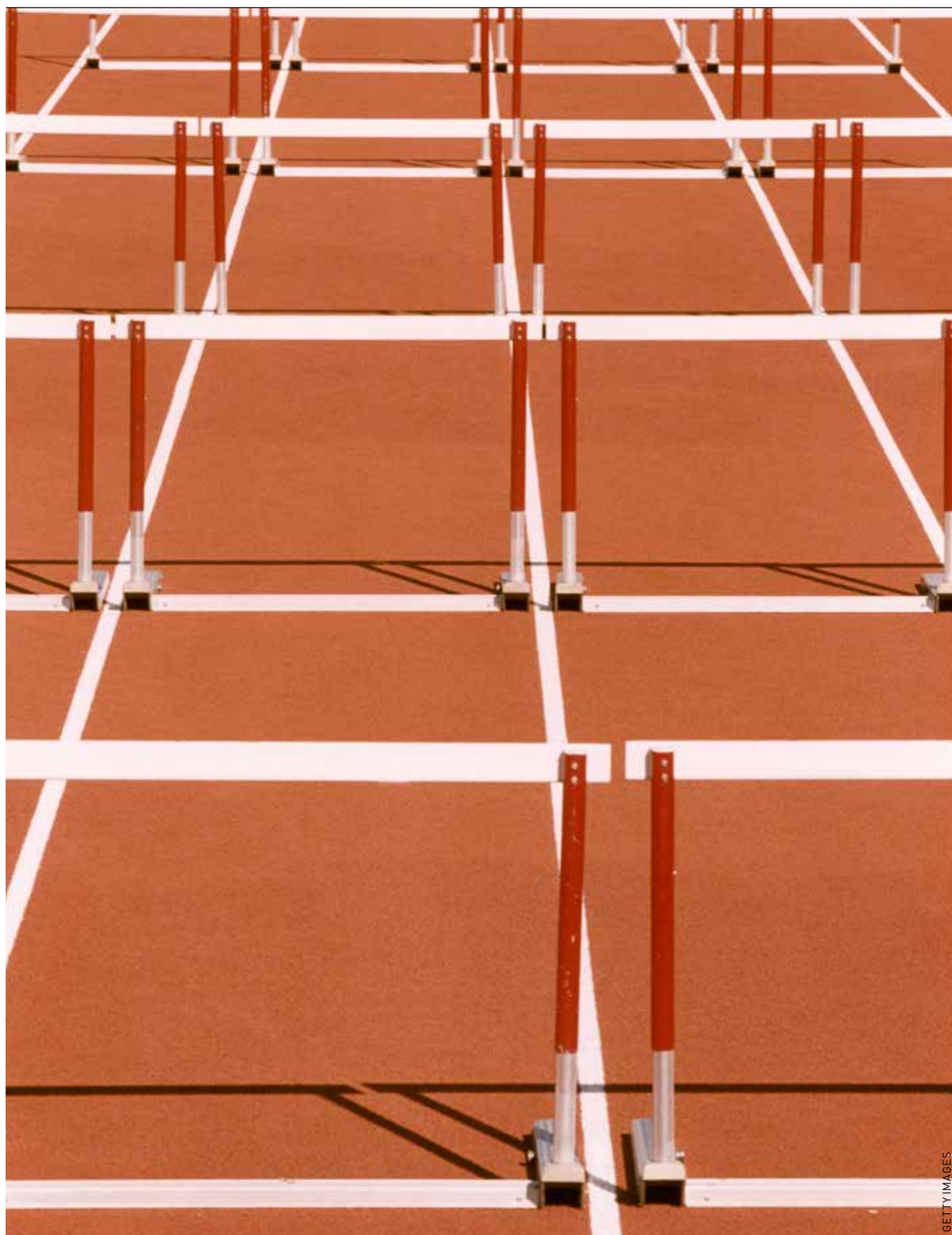
In de notitie 'Agenda ggz voor gepast gebruik en transparantie' uit november 2015 valt te lezen: 'De toegankelijkheid en kwaliteit van de ggz moeten geborgd worden. Kernwoorden zijn *matched care* en gepersonaliseerde zorg; niet minder dan noodzakelijk en niet meer dan nodig en passend bij de individuele vraag.¹ Dit uitgangspunt formuleren is één ding, uitvoeren een tweede. In de geestelijke gezondheidszorg moet ik nu verantwoording afleggen – lees: data aanleveren – aan zoveel partijen dat ik het overzicht dreig kwijt te raken. Een opsomming.

Ik moet
steeds
meer
vinkjes
zetten

Diploma's

De basis voor kwaliteit zijn diploma's. Een diploma tot medisch specialist leidt tot inschrijving in het BIG-register (BIG: Beroepen Individuele Gezondheidszorg), dat wordt beheerd door het CIBG. De volledige naam is op de website van deze overheidsorganisatie niet vindbaar, wel hun ambitie om 'binnen de rijks-overheid dé organisatie te worden op het gebied van registers voor (gewaarmerkte) identiteiten'. De in mijn praktijk werkzame sociaal agoog heeft ook een diploma, maar haar beroep kent géén BIG-registratie. Voor haar is er 'het registerplein' ('opgericht om op onafhankelijke wijze, zonder winst oogmerk, de deskundigheid van beroepsbeoefenaars in het sociale domein zichtbaar te maken'). Onlangs kon zij, na het aanleveren van een lijvig dossier met bewijzen van haar competenties, worden ingeschreven met een certificaat. Registratieduur is beperkt; elke vijf jaar moeten wij ons herregistreren. Hiertoe is een werkgeversverklaring nodig en het 'dossier' van afgevinkte verplichtingen zoals voldoende na- en bijscholing, bijgehouden via GAIA: de Gemeenschappelijke Accreditatie Internet Applicatie.

Om de kwaliteit van mijn dagelijks handelen te kunnen toetsen, leg ik dit zorgvuldig vast in een dossier. De eisen die aan deze verslaglegging worden gesteld, nemen jaarlijks toe. Om dit 'te borgen' heb ik gekozen voor een elektronisch patiëntendossier (epd). Ik moet steeds meer vinkjes zetten: voldoet de verwijsbrief aan de eisen van de verzekeraar? Heb ik de identiteit van de patiënt gecheckt? Na de intake wordt een behandelplan opgesteld en wordt er – indien de patiënt toestemt – verslag gedaan aan de verwijzer, via 'ZorgMail' (een 'Managed Service voor veilig berichtenverkeer in de zorg'). Voorafgaand, tijdens en na afloop ben ik verplicht routinematig informatie te verzamelen met vragenlijsten door middel van de routine outcome monitoring (ROM). Ook hiervoor heb ik een abonnement genomen bij een private onderneming. De kosten van deze ICT-applicaties nemen toe, alsmede de tijd die ik kwijt ben aan het bijhouden van de licenties en wijzigingen.



GETTY IMAGES

AGB-code

De diagnosebehandelcombinatie (dbc) kan niet worden afgesloten zonder de AGB-code van de verwijzer (op te zoeken via agb-code.nl, een register dat wordt beheerd door Vektis, een uitvoeringsorganisatie van de zorgverzekeraars). Nu moet ik ook verplicht de leefwijze en opleidingsgegevens van de patiënt opsturen. De overheid verplicht mij mijn diagnosebehandelcombinaties te verstrekken aan het dbc-informatiesysteem (DIS). Het leek een goed idee om de ROM-gegevens hieraan te koppelen, maar omdat dit volgens de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) een private taak is (huh?), lees ik op hun website: 'De verplichting tot het aanleveren van de dbc-gegevens aan het DIS blijft bestaan, maar het leveren van ROM-gegevens gaat dus via een andere weg lopen.' Hiervoor is Stichting Benchmark GGZ (SBG) opgericht, opnieuw een onafhankelijk kenniscentrum, 'bestuurd door vertegenwoordigers van patiënten, zorgaanbieders en zorgverzekeraars met als doel de kwaliteit van de zorg in de GGZ te verbeteren door transparantie te bieden over behandeluitkomsten'.² Om dat goed te kunnen doen, moet ik mij eerst aanmelden bij Stichting Vrijgevestigde ROMmen (SVR). Dit klantportaal faciliteert de aanlevering van ROM-data aan SBG voor vrijgevestigde psychiaters; daarvoor moet ik de juiste AGB-codes aanleveren, een juist Vecozo-nummer (digitale omgeving) en twee elektronisch gegenereerde contracten.³ Voor de verandering zijn hier geen kosten aan verbonden.

De gemeenten waarmee ik een contract heb voor de jeugdzorg (voor elke gemeente een apart contract) hebben een website voor het contract en de aan te leveren halfjaarlijkse cijfers voor onder handen werk (per gemeente en per ziektecategorie). Tevens is hiervoor een inschrijving vereist op een door de gemeente opgezette website over 'de sociale kaart', waar ik allerlei informatie van mijn praktijk moet invullen zoals: adres, openingstijden, diagnoses, behandelmogelijkheden, medewerkers en alle andere informatie die ook op mijn website staat. Op mijn eigen website probeer ik zo goed mogelijk voorlichting te geven over aanmelding, financiering, contracten, contractvrije zorg, eigen bijdrage, eigen risico, de naturapolis en de restitutiepolis. Elke patiënt krijgt bij de intake informatie over het epd, rechten en plichten, inclusief de klachtenregeling, die ik verzorgd heb via het lidmaatschap van de regionale vereniging van vrijgevestigde psychiaters (met een eigen website).

Beoordeling

Hoe is het nu met de kwaliteit? De implementatie van ROM leek de kwaliteit van de praktijk te bevestigen; uit de CQI-score kwam een dikke voldoende (afgelopen jaar: 8,5), en tot op heden hebben we geen klacht gehad en zijn patiënten en verwijzers tevreden. Wellicht omdat je op deze data niet mag vertrouwen is er ook nog de website 'Zorgkaart Nederland'. Dit is een door de overheid gesteund initiatief van Patiëntenfederatie Nederland waar patiënten of cliënten hun zorgverleners anoniem kunnen beoordelen.⁴ Gelukkig wijkt deze beoordeling weinig af van de uit de ROM gegenereerde gegevens.⁵

Maar het is de overheid nog niet goed genoeg. Invoering van de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz) noopte mij om voor 1 januari 2017 een onafhankelijke functionaris in te huren die mijn patiënten begeleidt als ze een klacht willen formuleren. Ook moet ik lid worden van een erkende geschilleninstantie. Alsof dat nog niet genoeg is moet ik voor die datum óók gezorgd hebben dat ik over een ggz-kwaliteitsstatuut beschik. Dit moet ik regelen via de website GGZ Kwaliteitsstatuut, die wordt beheerd door de private onderneming MediQuest. Op hun website verklaren zij 'inzicht te geven in de gezondheidszorg en daarmee de kwaliteit en de betaalbaarheid stimuleren'.⁶ Ze hebben geen '9 tot 5' mentaliteit.⁷ Dat klopt inderdaad, want bij de website van het kwaliteitsstatuut lees ik: 'Wilt u toch graag iemand telefonisch spreken, neem dan contact op met MediQuest. ... op werkdagen bereikbaar van 10:00 tot 15:00'.

Kwaliteitsstatuut

Het kwaliteitsstatuut is onderdeel van de door marktpartijen overeengekomen 'transparantiekalender': 'Dit meetinstrument hoort bij het model-Kwaliteitsstatuut GGZ en bevat een set indicatoren die informatie oplevert of een zorgaanbieder een Kwaliteitsstatuut GGZ heeft of niet en waar het kwaliteitsstatuut GGZ vindbaar is. De indicatoren zijn opgenomen op de Transparantiekalender waardoor het verplicht is om hiervoor kwaliteitsgegevens aan te leveren.' Mijn kwaliteitsstatuut zal, als het is goedgekeurd, aan Zorginstituut Nederland (ZiNL) worden doorgegeven.⁸ De website van ZiNL geeft helder weer wat hun taak is, onder meer erop toezien dat consumenten verzekerd zijn en blijven voor de Zvw en de Wlz, maar ook: 'Het Zorginstituut ontsluit informatie over kwaliteit van zorg voor consumenten en voor partijen in de zorg.' Een kleine regel in het kwaliteitsstatuut over de regiebehandelaar doet mij, in het zicht van de haven, toch nog struikelen. In het document staat namelijk dat in een vrijgevestigde praktijk de regiebehandelaar de behandeling in principe zelfstan-

Om aan
alle eisen
te kunnen
voldoen,
heb ik
nu een
patiënten-
stop
ingevoerd

VOL

dig uitvoert. De sociaal agoog kan geen regiebehandelaar zijn (hetgeen juist is), maar mag de door de patiënten zo gewaardeerde herstel bevorderende zorg nu niet meer leveren, ondanks de registratie in het registerplein. Dat mag wel, als de zorg geleverd wordt door een 'instelling'; er zit dus niets anders op dan dat ik mijn praktijk ga transformeren naar een WTZi-instelling (Wet toelating zorginstellingen). Met een raad van bestuur, een raad van toezicht, een cliëntenraad, een kwaliteitshandboek, een ontruimingsplan en een klokkenluidersregeling. Om aan alle kwaliteitseisen te kunnen voldoen, heb ik nu een patiëntenstop ingevoerd. Want hoewel er in mijn zorg aan de patiënt niets zal veranderen, zal ik met alle bovengenoemde organisaties opnieuw een papierwinkel moeten opzetten, een nieuwe AGB-code, en nieuwe contracten voor epd, zorgmail, Vecozo, ROM, enzovoort.

Het kan zijn dat ik in mijn opsomming van kwaliteitsbewakende organisaties iemand ben vergeten. Bijvoorbeeld de Inspectie voor de Gezondheidszorg. Deze kan, zo lijkt het, met zoveel concurrentie op het gebied van de kwaliteitsbewaking, wel worden afgeschaft. Maar ik neem aan dat ik na erkenning als WTZi-instelling op een warm doch kritisch bezoek mag rekenen. Ik zal zorgen dat het kwaliteitshandboek aanwezig is en dat de BHV'er met de AED gebruiksklaar gereedstaat. Al was het maar voor mijzelf. ■

contact

jmertens@praktijkvoorpsychiatrie.nl
cc: redactie@medischcontact.nl

Geen belangenverstrengeling gemeld door de auteur.

web

De voetnoten vindt u onder dit artikel op medischcontact.nl.

Mijn dienst begint. Ik kijk naar het bord 'de Spoedeisende Hulp ligt vol'. Mensen liggen op brancards in de gang. De wachtkamer zit vol. Het ziekenhuis is vol. De ziekenhuizen in de regio zijn vol. Ambulances rijden af en aan. We komen kamers en handen tekort. Op de familiekamer is tweeënhalf uur geleden mevrouw K., 91 jaar, op een brancard gelegd. Ze heeft pijn in haar rug. Ik heb nu pas de tijd haar te onderzoeken. Er waren te veel patiënten die zieker waren en urgentere behandeling nodig hadden.

Mevrouw K. heeft al die tijd geduldig gewacht. Ze vertelt verontschuldigend dat ze moest plassen, anderhalf uur geleden. 'Jullie hebben het zo druk, ik wilde jullie niet tot last zijn.'

Als mevrouw K. is verschoond vervolgen we het gesprek. Aan de lopende band word ik weggeroepen, want het gaat niet goed met de patiënt op kamer 15. De rug van mevrouw K. doet al heel lang pijn. Foto's laten geen nieuwe afwijkingen zien. Ze krijgt sterkere pijnstilling en mag naar huis.

Eigenlijk kan mevrouw niet naar huis. Ze kan daar nauwelijks uit de voeten. Allang niet meer. Ze woont alleen, heeft geen familie. Ze heeft wel een noodknop voor als er iets urgents is.

De zorgambulance zal haar thuisbrengen. Ze zal in bed worden geholpen. Thuis zal ze op de noodknop drukken als het niet gaat.

Morgen bel ik haar huisarts. Of hij extra zorg kan regelen of een plek bij een verpleeghuis. Ik weet het antwoord al. Ze staat al tijden op een wachtlijst. Hij had gehoopt dat ik haar had opgenomen. Eigenlijk gaat het niet thuis. Maar het ziekenhuis ligt vol. Onder andere met mensen zoals mevrouw K. Want de verpleeghuizen zijn vol.

Mevrouw zal vast terugkomen. Want het gaat niet thuis. Mevrouw zal weer vol begrip wachten tot we haar kunnen zien. Want ze weet dat we het druk hebben.

Het is na middernacht als ik het ziekenhuis uit loop. Ik denk aan mevrouw K. Alleen in haar bed, met pijn in haar rug. In de steek gelaten door het systeem. En door mij.

Is dit nu zorg?

Heeft u ook een perikel?
Stuur uw verhaal naar redactie@medischcontact.nl