

Nieuwe regiebehandelaar houdt overzicht in de ggz

Een sociaalpsychiatrisch verpleegkundige die de regie voert over een behandeling van een patiënt in de specialistische ggz. Als het aan de commissie-Meurs ligt, wordt dit mogelijk. De commissie vraagt zorgverzekeraars om hierin mee te gaan, in ruil voor meer garanties voor de kwaliteit.



HOLLANDE HOOGTE

De oudere patiënt die in behandeling is bij een geriater in de ggz, wordt jaarlijks opgeroepen voor een gesprek met een wildvreemde psychiater. Alleen omdat dat in de polisvoorwaarden van de zorgverzekeraar staat. Het is het gevolg van een besluit van de zorgverzekeraars dat alleen 'hoofdbehandelaars' mogen declareren in de specialistische ggz – op voorwaarde dat zij de patiënt minstens één keer per jaar even zien. Deze eis hebben de zorgverzekeraars geïntroduceerd na flinke kostenstijgingen in de ggz en na een rechtszaak over misbruik met ggz-makelaar Europsyche (zie *kader*). De werkwijze is inefficiënt en wringt aan alle kanten volgens vele betrokkenen. Een 'vreemde' psychiater kan immers niet ineens het hele proces overzien en ondermijnt de vertrouwensband met de cliënt. Nu het huidige akkoord over kostenbeperking in de ggz tussen het ministerie, zorgverzekeraars en veldpartijen op zijn einde loopt, staat daarom het hoofdbehandelaarschap opnieuw ter discussie. In de aanloop naar een nieuw akkoord hebben de ggz-veldpartijen een onafhankelijke commissie om advies gevraagd. Deze week presenteerde de commissie-Hoofdbehandelaarschap in de ggz, onder voorzitterschap van de Rotterdamse hoogleraar Pauline Meurs, met professor Johan Legemaate en professor Wim Stalman als leden, een alternatief voor de bestaande situatie.

Behoefte aan regie

Na gesprekken met cliënten en zorgverleners concludeert de commissie dat hulpverlening in de ggz een collectieve aangelegenheid is geworden, waar tal van disciplines bij betrokken zijn. Niet één behandelaar is nog eindverantwoordelijk voor alle zorg, en er is meer dan ooit behoefte aan iemand die de zorg coördineert en regisseert. De commissie-Meurs veegt de term 'hoofdbehandelaar' daarom resoluut van tafel. In zijn plaats komt de 'regiebehandelaar', die onder meer het werkplan opstelt en laat uitvoeren, de voortgang evalueert en aanspreekpunt is voor de patiënt. Iedere hulpverlener die bij de behandeling is betrokken komt voor de nieuwe rol in aanmerking, als hij of zij

maar academisch is opgeleid (of een gelijkwaardige opleiding heeft gedaan), BIG-geregistreerd is, relevante werkervaring heeft en meedoet aan een vorm van intercollegiale toetsing. Voor twee typen hulpverleners die niet aan de eisen voldoen, maakt de commissie een uitzondering: orthopedagogen (nog niet BIG-geregistreerd) en ook sociaalpsychiatrisch verpleegkundigen (SPV's), doorgaans niet academisch opgeleid. Commissielid Johan Legemaate, hoogleraar gezondheidsrecht aan de Universiteit van Amsterdam: 'We willen niet te ruim zijn, maar ook niet te rigide. Veel SPV's zijn in de praktijk al regiebehandelaar, en ook de tuchtrechter erkent dat zij die rol kunnen spelen.'

Welke hulpverlener regiebehandelaar wordt, hangt af van de situatie: bij complexe medische stoornissen kan

het een psychiater zijn, bij dementie een specialist ouderengeneeskunde of een klinisch geriater, bij gedragstherapeutische behandeling een GZ-psycholoog, bij verslavingszorg een verslavingsarts. Wel zal het veelal een psychiater of klinisch psycholoog zijn die de diagnose stelt ('Dat moet door een deskundig iemand gebeuren'), en ook als een ander regiebehandelaar is, moet de patiënt altijd de kans hebben een psychiater of klinisch psycholoog te consulteren. De regiebehandelaar zal wel degene zijn die de kosten declareert.

Kwaliteitsgarantie

De verantwoordelijkheden, taken en bevoegdheden van de regiebehandelaar en van de overige teamleden worden vastgesteld in een 'kwaliteitsstatuut'. Hierin zal staan welke competenties nodig zijn voor de regiebehandelaar. Legemaate: 'Cruciaal is dat hij of zij tijdig in de gaten heeft dat ingrijpende zorg nodig is, of dat die juist kan worden afgeschaald.'

In dit nieuwe document zal ook komen te staan dat de regiebehandelaar een dbc kan openen. De commissie noemt het een kwaliteitsdocument dat de basis zal zijn voor de zorginkoop door de zorgverzekeraars. Het rapport: 'In essentie fungeert het kwaliteitsstatuut hiermee als schakel tussen kwaliteit van zorg en kwaliteit van zorginkoop. Dit model biedt ruimte aan zorgaanbieders in de ggz om zelf te komen tot een zo doelmatig mogelijke inzet van mensen en middelen.'

Volgens de commissie moeten de branche-, beroeps- en patiëntenorganisaties het kwaliteitsstatuut ontwikkelen, met het door haar geschetste systeem als uitgangspunt: 'Zo'n statuut kan bestaan uit een algemeen deel plus een specifiek deel voor een bepaalde sector of een bepaalde patiëntengroep. We moeten voorkómen dat er net zoveel statuten komen als er ggz-instellingen zijn, instellingen hoeven niet allemaal het wiel uit te vinden.'

Psychiater is eindverantwoordelijk

De opdrachtgevers voor het rapport, zoals de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie en GGZ Nederland, reageren positief

op het rapport. De partijen vinden het een goede keuze om de regiebehandelaar neer te zetten als het centrale aanspreekpunt in de behandeling. Ook zien de partijen in het advies goede tips om aan de slag te gaan met het nieuwe 'kwaliteitsstatuut'.

Hans van der Ploeg, als psychiater werkzaam in de specialistische ggz bij GGZ Rivierduinen Alphen aan den Rijn, is echter kritisch. 'Een SPV zou in dit model op eigen houtje kunnen beslissen om een verlenging van de rechterlijke machtiging voor een schizofreniepatiënt niet aan te vragen, omdat "het al twee maanden goed gaat". Ik zal dan als psychiater aandringen op verlenging van de rechterlijke machtiging, op basis van de veel langere duur van de aandoening, en telkenmale gebleken risico van ontsparing van de patiënt.'

En zo zijn er meer voorbeelden van taken waarvoor alleen de psychiater eindverantwoordelijkheid kan dragen, volgens Van der Ploeg. Hij somt het op: voor brede psychiatrische diagnostiek en behandeling, voor rechterlijke machtigingen, als aanspreekpunt bij ernstige calamiteiten zoals suïcide en voor beslissingen over de medicatie. 'Natuurlijk zijn alle medewerkers die de commissie noemt erg belangrijk, het zijn vaak de mensen waar de patiënt voornamelijk contact mee heeft. Maar achter de schermen is de psychiater wel degelijk beschikbaar, en niet maar een keer per jaar, zoals de commissie zegt. Patiënten weten dat, want als het fout gaat, komt de patiënt of zijn familie, bij de psychiater verhaal halen', aldus Van der Ploeg.

Ook in het kwaliteitsstatuut met daarin de verantwoordelijkheden vastgelegd, ziet hij weinig meerwaarde. 'Dat betekent alleen maar meer bureaucratie', stelt Van der Ploeg. 'Het leidt af van de kern: deskundige en gedegen behandeling van psychiatrische patiënten.' ■

web

Het rapport van de commissie-Meurs en meer vindt u bij dit bericht op medischcontact.nl.

DE ZAAK EUROPSYCHE

In 2012 speelde de rechtszaak tussen verzekeraar CZ en Europsyche, een soort makelaar die cliënten verbond met hulpverlenerspraktijken door het hele land. Europsyche had één psychiater in dienst, die de dbc's opende. Zorgverzekeraars signaleerden dat een groot deel van deze declaraties in strijd was met de polisvoorwaarde dat een psychiater niet alleen declareert, maar ook hoofdbehandelaar is, en schortten de betaling op. Europsyche verloor de zaak bij de rechter, en ging daarop failliet. De Inspectie voor de Gezondheidszorg schreef een rapport naar aanleiding van de zaak en adviseerde dat een psychiater of klinisch psycholoog hoofdbehandelaar moest zijn in de gespecialiseerde (toen nog 'tweedelijns') ggz. Veldpartijen waren het er niet mee eens, en hadden een veel langere lijst met beroepen. In de praktijk vergoeden zorgverzekeraars alleen de specialistische ggz onder hoofdbehandelaarschap van een psychiater of klinisch psycholoog.