

## Standpunt NVGzP inzake hoofdbehandelaarschap in de specialistische GGZ

In april van dit jaar publiceerde de Inspectie voor de Gezondheidszorg een concept-advies over het hoofdbehandelaarschap in de specialistische GGZ. Volgens dit advies kunnen alleen de klinisch psycholoog en de psychiater optreden als hoofdbehandelaar in de specialistische GGZ.

De NVGzP onderschrijft het belang van de discussie over het hoofdbehandelaarschap. Wij zijn het echter niet eens met de keuzes die de Inspectie maakt ten aanzien van het hoofdbehandelaarschap in de gespecialiseerde GGZ.

- In het concept-advies ontbreekt de klinisch neuropsycholoog als hoofdbehandelaar. Net als de klinisch psycholoog en de psychiater is de klinisch neuropsycholoog een specialist, en als zodanig de aangewezen persoon om bij specifieke groepen patiënten als hoofdbehandelaar op te treden.
- De Inspectie gaat in haar voorstel uit van een specialistische GGZ, die beperkt is tot de multidisciplinaire zorg voor patiënten bij wie sprake is van hoge complexiteit en/of hoog risico. Dit is conform de beleidsvoornemens van de Minister. Wij verwachten dat de toekomstige specialistische GGZ ook hulp zal moeten bieden aan andere patiëntengroepen, met name patiënten met ernstige, niet-complexe stoornissen, voor wie de Basis GGZ ontoereikend is. Bij deze patiënten kan ook de gz-psycholoog uitstekend als hoofdbehandelaar optreden. Het is dan ook onverstandig en prematuur om een bindende uitspraak te doen over het hoofdbehandelaarschap, zo lang niet duidelijk is hoe de specialistische GGZ zich in de praktijk zal ontwikkelen.

Hieronder wordt dit standpunt nader uitgewerkt.

### I. Belang hoofdbehandelaarschap

De NVGzP onderschrijft het belang van de discussie over het hoofdbehandelaarschap. De hoofdbehandelaar is als zorgverlener belast met de zorg ten opzichte van de patiënt en diens naasten én met de regie van de behandeling van de patiënt (zie bijlage A). Gegeven zijn belangrijke positie in het zorgproces is het goed dat er kwalificatie-eisen worden gesteld voor het hoofdbehandelaarschap. Dit kan bijdragen aan de kwaliteit van de zorg en aan de transparantie van de verantwoordelijkheidsverdeling. Niet elke zorgverlener, ook al is hij BIG-geregistreerd, is gekwalificeerd om voor elke patiënt als hoofdbehandelaar op te treden.

### II. Klinisch neuropsycholoog als hoofdbehandelaar

De Inspectie kiest er in haar advies voor om de klinisch neuropsycholoog uit te sluiten van het hoofdbehandelaarschap in de specialistische GGZ. Dit achten wij onjuist. De klinische neuropsychologie is als specialisme volkomen gelijkwaardig aan de klinische psychologie of de psychiatrie. De expertise van de klinisch neuropsycholoog ligt op het gebied van patiënten met ernstige en meervoudige psychische problematiek, bij wie sprake is van een (vermoeden van)

hersendisfunctie. De klinisch neuropsycholoog is voor deze patiënten de aangewezen specialist om als hoofdbehandelaar op te treden. Hij kan beter dan de klinisch psycholoog en de psychiater taxeren welke rol hersendisfuncties spelen en aangepaste behandelingen uitvoeren bij patiënten met complexe psychische stoornissen die samenhangen met hersendisfuncties. Uitsluiting van de klinisch neuropsycholoog als hoofdbehandelaar schaadt dan ook niet alleen de betreffende beroepsgroep, maar ook de patiënten die het betreft. Wij verwijzen in dezen ook naar de uitgebreide brief die de beroepsgroep van klinisch neuropsychologen separaat aan U heeft toegezonden en waarin zij de opleiding en het werkveld van de klinisch neuropsycholoog nogmaals uiteenzetten.

### **III. Hoofdbehandelaarschap niet-specialisten: twee scenario's**

Het advies van de Inspectie heeft betrekking op de toekomstige specialistische GGZ. De beoordeling van dit advies staat of valt dan ook met de vraag hoe die specialistische GGZ eruit zal gaan zien. Daarbij zijn twee scenario's te onderscheiden:

- In het eerste scenario bestaat de specialistische GGZ uitsluitend uit multidisciplinaire zorg voor patiënten bij wie sprake is van hoog risico of hoge complexiteit.
- In het tweede scenario blijft de specialistische zorg ook zorg bieden aan andere patiënten die in de Basis GGZ niet terecht kunnen, met name patiënten met ernstige, maar niet-complexe problemen.

#### **Scenario I**

In haar advies gaat de Inspectie uit van een toekomstige specialistische GGZ, die zeer scherp afgebakend is en zeer veel kleiner dan de huidige tweedelijns GGZ. Volgens de uitwerking die onlangs door de Minister naar de Kamer is gestuurd<sup>1</sup>, is de specialistische GGZ multidisciplinaire zorg, die uitsluitend geïndiceerd is als er sprake is van hoog risico en/of hoge complexiteit bij vermoeden van een DSM-stoornis. Hoog risico wordt hierbij gedefinieerd als: "duidelijke aanwijzingen (ook intuïtief) die kunnen duiden op gevaar voor ernstige zelfverwaarlozing of verwaarlozing van naasten, decompensatie, suïcide, (huiselijk) geweld, kindermishandeling of automutilatie". Hoog-complex wordt gedefinieerd als: "ingewikkelde co-morbiditeit of problematiek op As 2, 3 of 4 die om multidisciplinair behandeling in een gespecialiseerde setting vraagt".

Indien geen sprake is van hoog risico en/of hoge complexiteit is volgens de beleidsvoornemens van de Minister Generalistische Basis GGZ geïndiceerd.

Deze afgrenzing tussen de Generalistische Basis GGZ en de Specialistische GGZ komt in hoofdlijnen overeen met de afgrenzing van de competenties van de gz-psycholoog enerzijds en de gz-psychologische specialist (klinisch psycholoog of klinisch neuropsycholoog) anderzijds. Daarvan uitgaande zou het in hoofdlijnen correct zijn om het hoofdbehandelaarschap in de specialistische GGZ voor te behouden aan de psychiater en de gz-psycholoog-specialist (klinisch psycholoog of klinisch neuropsycholoog). Twee kanttekeningen zijn daarbij op zijn plaats:

---

<sup>1</sup> P. Bakker en P. Jansen (2013). Generalistische Basis GGZ. Verwijsmodel en productbeschrijvingen, p.8. Bijlage bij voorhangbrief van de Minister aan de Tweede Kamer d.d. 17 mei 2013.

## Kanttekeningen

1. Bovenstaande geldt voor hoog-complexe stoornissen, zoals gedefinieerd in het in noot 1 genoemde rapport. Wat betreft hoog-risico stoornissen geldt een mogelijke uitzondering voor de behandeling van kinderen en jeugdigen met hoog risico. Immers: het risico betreft hier in een belangrijk deel van de gevallen niet de complexe problematiek van de betrokkene zelf, maar omgevingsfactoren of problemen in het verleden. Daarom kan in deze situaties ook een gz-psycholoog of psychotherapeut optreden als hoofdbehandelaar.
2. Ook bij hoog-complexe problematiek is het niet noodzakelijk dat de behandeling volledig wordt uitgevoerd door een specialist. Zowel de gz-psycholoog als de psychotherapeut beschikt over de competenties om, ook bij hoog-complexe problematiek, onderdelen van de diagnostiek of de behandeling en in sommige gevallen zelfs de hele behandeling uit te voeren. In het laatste geval is de mogelijkheid te overwegen om het hoofdbehandelaarschap aan hen over te dragen. Dit in overeenstemming met de gang van zaken in de somatisch-medische setting, waarin in de loop van het behandelproces overdracht van hoofdbehandelaarschap ook geregeld plaatsvindt.  
In dit licht willen wij ook met klem waarschuwen tegen kwantitatieve beperking van de inzet van medebehandelaars, zoals deze het afgelopen jaar door zorgverzekeraars werden voorgesteld en soms zelfs gehanteerd.

## Scenario II

De NVGzP acht het onwaarschijnlijk dat de toekomstige specialistische GGZ zo scherp afgebakend zal zijn als de Minister in haar beleidsvoornemens heeft geformuleerd. Dit heeft consequenties voor de discussie over het hoofdbehandelaarschap.

Een belangrijke probleem dat wij voorzien is de plaats van patiënten met ernstige stoornissen, die niet hoog-complex zijn en niet per se een multidisciplinaire aanpak behoeven. Te denken valt aan patiënten met een persoonlijkheidsstoornis of een ernstige depressie-, angst- of dwang- of somatoforme stoornis die niet de complexiteit hebben waarmee behandeling in de specialistische GGZ aangewezen zou zijn. Deze patiënten worden thans behandeld in de tweedelijns GGZ, binnen de DBC 800-1800 minuten. Het gaat hierbij op monodisciplinaire, geprotocolleerde of op maat gesneden behandelingen volgens de vastgestelde multidisciplinaire richtlijnen, die meer dan 12 sessies vereisen, maar kunnen worden uitgevoerd door een gz-psycholoog of psychotherapeut met ervaring op het betreffende gebied.

In de nieuwe opzet van de GGZ lijkt geen plaats meer voor adequate behandeling van deze patiënten. De behandeling-volgens-richtlijn past niet binnen het stramien van de Generalistische Basis GGZ, waar de normduur van het zwaarste product 750 minuten bedraagt. Anderzijds is er ook geen sprake van complexe problematiek die multidisciplinaire zorg behoeft, waardoor de betreffende patiënten ook niet in aanmerking komen voor de gespecialiseerde GGZ.

Gezien de beperkingen van de Generalistische Basis GGZ ligt het voor de hand dat deze patiënten ook in de toekomst verwezen zullen worden naar de specialistische GGZ. In het geval dat er voor dergelijke categorieën patiënten geen adequate behandeling binnen de Generalistische Basis GGZ mogelijk is, zal de beperking van het hoofdbehandelaarschap tot klinisch psychologen en psychiaters **onterecht en contraproductief** zijn: deze patiënten kunnen

uitstekend onder de verantwoordelijkheid vallen van een gz-psycholoog of eventueel een psychotherapeut als hoofdbehandelaar. Het leggen van het hoofdbehandelaarschap voor deze patiënten bij klinisch psychologen of psychiaters zou niet alleen leiden tot nodeloze kostenverhoging, maar ook onuitvoerbaar zijn wegens capaciteitsproblemen.

Samengevat:

- Als de specialistische GGZ beperkt blijft tot multidisciplinaire zorg bij problematiek met hoog risico of hoge complexiteit, achten wij beperking van het hoofdbehandelaarschap tot de psychiater, de klinisch psycholoog en de klinisch neuropsycholoog in hoofdlijnen verantwoord, met een aantal kanttekeningen gericht op de behandeling van kinderen en jeugdigen met hoog risico, mogelijkheid tot overdracht van hoofdbehandelaarschap naar de gz psycholoog of psychotherapeut ten behoeve van deelbehandelingen.
- Als de specialistische GGZ ook de hulp aan minder ernstige patiënten gaat omvatten, beschikt ook de gz-psycholoog over de competenties om als hoofdbehandelaar op te treden. Inperking van het hoofdbehandelaarschap tot de psychiater, de klinisch psycholoog en de klinisch neuropsycholoog is in dat geval onnodig en kostenverhogend.

Zo lang niet duidelijk is hoe de specialistische GGZ zich in de praktijk zal ontwikkelen, is het naar onze mening onverstandig en prematuur om een bindende uitspraak te doen over het hoofdbehandelaarschap in deze sector.

## **Bijlage A Omschrijving hoofdbehandelaarschap**

*De hoofdbehandelaar is als zorgverlener belast met de zorg ten opzichte van de patiënt en diens naasten én met de regie van de behandeling van de patiënt.*

Om een eenduidige interpretatie van regievoering te bewerkstelligen, expliciteert de Inspectie de volgende criteria die voor adequate invulling van het hoofdbehandelaarschap essentieel zijn:

1. Het vaststellen van de diagnose waarbij de patiënt ook daadwerkelijk is (mede) beoordeeld door de hoofdbehandelaar via contact met de cliënt/patiënt.
2. Het vaststellen van het behandelplan door de hoofdbehandelaar, gericht op verantwoorde behandeling (naar de stand van wetenschap, richtlijnconform).
3. Door adequate communicatie en organisatie voorwaarden scheppen waaronder de behandeling verantwoord kan worden uitgevoerd. Dit behelst onder meer dat de hoofdbehandelaar zich overtuigt van de bekwaamheid van de medebehandelaren.
4. Erop toezien dat dossiervoering in alle fasen voldoet aan de gestelde eisen.
5. Schriftelijke afspraken maken met de medebehandelaren over onder andere besluitvorming.
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. Goede communicatie met de cliënt/patiënt en diens naasten over het beloop van de behandeling.
9. Voldoende inzicht in de voortgang van de behandeling van de cliënt/patiënt. Hiertoe moet de hoofdbehandelaar aan het eind van de behandeling toetsen of de concreet omschreven behandeldoelen zijn bereikt.

*Uit: Concept advies IGZ hoofdbehandelaarschap in de gespecialiseerde GGZ, 2013*