

Regiebehandelaar & Kwaliteitsstatuut

Niet meer Insurance Based werken?

Joost Walraven,
Klinisch Psycholoog / Manager Zorg
Hoofddocent management KP-opleiding
blog.walraven@gmail.com
NVGzP 25 juni 2015

Wie?

- Wet Big artikel 3 en 14 beroepen, want die vallen onder tuchtrecht
- Academische opleiding
- Commissie Meurs pleit voor toevoegen orthopedagoog-generalist aan wet Big (art 3)
- Commissie Meurs pleit voor toevoegen SPV aan lijst regiebehandelaren (geen academisch opleiding, maar dit kan gecompenseerd worden door ervaring) (minister keurt dit af)

De Taken van de Regiebehandelaar

Zorgt ervoor dat door hemzelf of door een andere deskundige een werkdiagnose wordt gesteld (voor zover nog niet beschikbaar);

Zorgt ervoor dat op basis van de werkdiagnose een behandelplan wordt opgesteld, zoveel mogelijk in overleg met de patiënt en/of diens naaste betrekkingen;

Zorgt ervoor dat het behandelplan wordt vastgesteld in een overleg met alle disciplines die een aandeel nemen in de uitvoering van het behandelplan;

De Taken 2

Staat er garant voor dat het team beschikt over de benodigde competenties; (hoe?)

Ziet erop toe dat alle relevante deskundigheden worden benut en neemt (controversiële) besluiten niet eerder dan nadat alle betrokken inhoudelijke deskundigheden zijn geconsulteerd;

Staat er garant voor dat alle teamleden over voldoende deskundigheid beschikken voor het uitvoeren van hun aandeel in het zorgtraject; (hoe?)

De Taken 3

Schept de benodigde voorwaarden voor een verantwoorde uitvoering van het behandelplan; (wat houdt dit in?)

Initieert de uitvoering van het behandelplan en bewaakt de voortgang; stuurt andere betrokken zorgverleners aan; toetst of de door hen geleverde bijdragen aan de behandeling van de patiënt met elkaar in verhouding zijn en passen binnen het behandelplan en intervenueert zo nodig; (tijdsinvestering groot?)

De Taken 4

Evalueert (periodiek) de voortgang van het proces en de effectiviteit;

Ziet erop toe dat in alle fasen van het behandelingstraject dossiervoering plaatsvindt die voldoet aan de daaraan te stellen eisen; (tijdsinvestering groot?)

Is aanspreekpunt voor de patiënt, diens naasten en diens eventuele wettelijke vertegenwoordiger, is beschikbaar en bereikbaar.

Conclusies

- Hoofdbehandelaar -> inhoudelijk leidend
- Regiebehandelaar -> regie en coördinatie
- Eindverantwoordelijkheid bestaat niet (alweer: wet Big in werking december 1997 / Raad voor de Zorg 2002), maar veel psychiaters zijn bang van wel en willen dit wel. (macht kwijt) Probleem alleen bij eigen fout, want de rest regelt het kwaliteitsstatuut

Want:

Het verlenen van zorg is steeds minder een individuele en steeds meer een collectieve aangelegenheid geworden, waarbij steeds vaker een multidisciplinaire benadering vereist is.

De regiebehandelaar kan niet *inhoudelijk* het hele zorgproces overzien (wordt beperkt door eigen deskundigheidsgebied)

Conclusies 2

- Patiënten zijn positief over regiebehandelaarschap
- Patiënten willen de regiebehandelaar zelf kiezen (hoe?)
- De regiebehandelaar 'stuurt' dus zowel de inhoud, het proces, als de betrokken beroepsbeoefenaren; hij draagt verantwoordelijkheid voor de integrale behandeling. Daarnaast is hij voor alle betrokkenen, inclusief de cliënt en diens naaste betrekkingen, het centrale aanspreekpunt.

Conclusies 3

- De regiebehandelaar moet/mag passend bij de doelgroep zijn
- De Klinisch Psycholoog of Psychiater stelt zelf de diagnose alléén als dit nodig is
- De cliënt moet wel altijd Klinisch Psycholoog of Psychiater kunnen consulteren
- De regiebehandelaar kan alleen zijn werk doen als het kwaliteitsstatuut goed geregeld is

Regiebehandelaar:

Einde Insurance Based werken?

- Ja, want het systeem draait nu meer om inhoud, minder onzinnige regels
- Ja, dit is echt een stap in de goede richting
- Nog niet zeker, want verzekeraars kunnen alsnog aanvullende regels bedenken voor aandeel Klinisch Psycholoog en Psychiater in de behandeling
- Nog niet zeker, want alles valt of staat met het kwaliteitsstatuut. Als dit mislukt dan wordt het weer voor ons geregeld. P3NL behartigt onze belangen

Kwaliteitsstatuut?

Het kwaliteitsstatuut geeft de kaders aan waarbinnen de zorg binnen de GGZ wordt verleend en beschrijft de te onderscheiden verantwoordelijkheden met de daarbij behorende rechten en plichten van de betrokken zorgverleners, ongeacht of zij alle verbonden zijn aan één en dezelfde instelling.

Wat is er nog niet geregeld (kwaliteitsstatuut)

- Hoe patiënten regiebehandelaar kunnen kiezen
- Inspraak patiënt
- Communicatie regiebehandelaar met patiënt en systeem
- Verslaglegging regietaken
- Mandaat regiebehandelaar en verplichting anderen om aanwijzingen op te volgen
- Per behandelcategorie: de vereiste deskundigheden en samenstelling van het multidisciplinaire behandelteam;
- Criteria voor het op- en afschalen van de zorg
- Criteria voor het inroepen van specifieke inhoudelijke deskundigheid
- Wijze waarop overdracht van het regiebehandelaarschap plaatsvindt;
- Wijze waarop het zorgproces geëvalueerd wordt.

P3NL

Snel en zorgvuldig via Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGZ (NvvP, P3NL, LPGGz, GGZ NL, ZN en stakeholders)

Implementatie advies is ambitieus, **april 2016** proberen te halen! (Inkoop 2017)

Onderschrijven van BIG als minimum voor regiebehandelaar: de herregistratie krijgt meer inhoud

P3NL dringt er op aan in BIG: orthopedagoog-generalist vanaf 2017 en ook Kinder- en Jeugdpsychologen

P3NL (2)

Kwaliteitsstatuut ook voor vrijgevestigden en ook graag regeldruk verlagend

Onderschrijft ook toelatingseisen nieuwe aanbieders

Overgangperiode: hoofdbehandelaarschap tot aan invoering regiebehandelaarschap. Dan nu ook alvast : orthopedagogen-generalist (NVO) en de Kinder- en Jeugdpsychologen (NIP) als hoofdbehandelaar in de Gespecialiseerde GGZ, naast de Generalistische Basis GGZ. P3NL zou het op prijs stellen als minister lijstje hoofdbehandelaren aanbeveelt uit eigen brief 2013

Bewaken van samenhang andere stelsels, Geen nieuwe overgangsdrempels creëren

Zorgverzekeraars (ZN)

Implementatie is pas mogelijk als:

- Kwaliteitsstatuut inhoudelijk volledig uitgewerkt
- Moet ook moet het wettelijke status krijgen.

Als aan die twee voorwaarden per **1 januari 2016** is voldaan en GGZ-aanbieders een kwaliteitsstatuut voeren dan kunnen zorgverzekeraars hun huidige inkoopvoorwaarden ten aanzien van het hoofdbehandelaarschap loslaten. Zij kunnen dan per 1 april 2016 de nieuwe eisen opnemen in hun inkoopbeleid voor 2017.

ZN (2)

Focus op kwaliteit en resultaat: veld aan zet!

Van belang is dat uitkomstindicatoren (en bij het ontbreken daarvan procesindicatoren) over de hele linie daadwerkelijk beschikbaar komen en gebruikt gaan worden in de inkooponderhandelingen.

Zorgaanbieders zijn primair aan zet om te komen tot zorgstandaarden en betere aanlevering van ROM-gegevens (routine outcome monitoring). Zonder informatie over kwaliteit en uitkomsten van zorg kunnen zorgverzekeraars hun rol als inkoper van zorg voor hun verzekerden niet goed invullen.

Conclusie

Als kwaliteitsstatuut gouden standaard bevat en niet de huidige praktijk, dan zullen zorgverzekeraars de boel weer vast laten lopen

Er valt nog erg veel te regelen in zeer korte tijd!

Iedereen heeft al weer de neiging om stoere taal naar elkaar uit te slaan.

Maar alleen met samenwerken kan de stap gezet worden waar we allemaal wat aan hebben!

Joost Walraven
Klinisch Psycholoog / Manager Zorg
Hoofddocent management KP-opleiding

Feedback?
Email: blog.walraven@gmail.com
Twitter: @Joost_Walraven
Blog: walpsy.blogspot.nl

Deze hele PowerPoint mag volledig gebruikt worden door iedereen

Download op <http://walpsy.blogspot.nl>