

Kwaliteitsstatuut: verplicht in Nederland, een model voor België?

Jos Delimon

Aan het eind van iedere maand en zeker aan het eind van het jaar trekken allerlei websites de aandacht met: wat verandert er volgende maand of volgend jaar? Eind december 2016 bevatte een aantal Nederlandse websites het item 'Zorgverzekeraars vergoeden alleen nog zorg van aanbieders van geestelijke gezondheidszorg (ggz) met een zogeheten kwaliteitsstatuut. Dit kwaliteitsstatuut bepaalt hoe de ggz-instellingen en zorgverleners hun zorg regelen.' Deze aankondiging zal er niet toe geleid hebben dat (potentiële) patiënten massaal zijn gaan googelen. Maar voor zorgaanbieders was het wel zaak op 1 januari 2017 over een goedgekeurd kwaliteitsstatuut te beschikken. In deze bijdrage sta ik stil bij de voorgeschiedenis en de inhoud van dit document, en bij de stand van zaken begin 2017.

Van hoofdbehandelaar naar regiebehandelaar: een vereenvoudigde¹ historische schets

Het begrip 'hoofdbehandelaar' stamt uit de somatische geneeskunde. De term werd aanvankelijk gebruikt om de hulpverlener aan te duiden die de inhoudelijke verantwoordelijkheid heeft over het totale zorgproces van de patiënt. Het hoofdbehandelaarschap is echter als zodanig niet bij wet gedefinieerd. Toch is het de afgelopen jaren in Nederland voor zorgverzekeraars en hulpverleners een alsmar belangrijker begrip geworden. Dat komt door de centrale plaats die het hoofdbehandelaarschap is gaan innemen in de bekostigingsregels: alleen een hoofdbehandelaar is gerechtigd een diagnose-behandelcombinatie (dbc) te openen en te sluiten, en dus te declareren.

Het onderwerp 'hoofdbehandelaarschap in de ggz' kwam in 2012 prominent op de politieke agenda naar aanleiding van een affaire waarbij zorgverzekeraars 28 miljoen euro verspilden aan alternatieve psychologische hulp (Stoffelen, 2013). Behandelingen door hulpverleners, die niet conform de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (BIG) geregistreerd waren, werden ten onrechte vergoed uit het basispakket van de zorgverzekering. De juridische procedures die volgden, maakten duidelijk dat de regels voor wie diagnoses mag stellen, niet scherp waren en dat de definitie van 'hoofdbehandelaar' op verschillende manieren werd ingevuld. Op verzoek van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) stelde de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) vervolgens een onderzoek in en adviseerde haar aangaande het hoofdbehandelaarschap. Het advies van de IGZ (2013) hield in dat in de gespecialiseerde ggz (gggz), waar complexe psychische en/of psychosomatische

problematiek wordt behandeld, enkel een psychiater of klinisch psycholoog als hoofdbehandelaar kan optreden. Dat advies veroorzaakte meteen zo'n storm van verontwaardiging bij 'gedupeerde' beroepsgroepen dat de minister besloot de gemoederen te sussen door voor de periode 2014-2016 af te spreken dat een bredere groep disciplines de rol als hoofdbehandelaar in de generalistische basis-ggz (gbggz) en de gggz kon vervullen: de psychiater, de klinisch psycholoog, de klinisch neuropsycholoog, de psychotherapeut, de specialist ouderengeneeskunde, de verslavingsarts, de klinisch geriater, de verpleegkundig specialist ggz en de gezondheidszorgpsycholoog (Schippers, 2013).² Het gaat hier om in de Wet BIG geregelde beroepen waarvan het deskundigheidsgebied en de opleidingsvereisten wettelijk geborgd zijn en die onder het tuchtrecht vallen. De zorgverzekeraars behielden evenwel de mogelijkheid om aanvullende voorwaarden te stellen en daarvan maakten ze vooral in de gggz veelvuldig gebruik. In een poging de kosten te heersen, beperkten zij de lijst van beroepsbeoefenaren die als hoofdbehandelaar konden fungeren. Maar omdat de regels intussen vereisten dat de hoofdbehandelaar direct contact heeft met de patiënt, ontregelde dat de praktijk: veelal voerde een andere hulpverlener dan de zogenaamde hoofdbehandelaar de regie over het hulpverleningsproces; louter om aan de inkoopvoorwaarden en bekostigingsregels te voldoen, werden tussen een psychiater of klinisch psycholoog en een patiënt – die elkaar soms nauwelijks kenden – sporadisch extra gesprekken ingepland.

Om een oplossing te zoeken voor de zich voortslepende problemen rond het hoofdbehandelaarschap werd een onafhankelijke commissie ingesteld, met als opdracht een toetsbare norm te ontwikkelen voor de inhoud van het hoofdbehandelaarschap en een uitspraak te doen over de beroepsgroepen die dat kunnen vervullen. Het rapport dat die commissie uitbracht, draagt de veelzeggende titel: *Hoofdbehandelaarschap GGZ als noodgreep* (Commissie Hoofdbehandelaarschap GGZ, 2015). De kern van het advies luidt dat de zorgverzekeraars vanwege een gebrekkig inzicht in de kwaliteit van de ggz hun toevlucht nemen tot een limitatieve lijst van beroepsbeoefenaren die hoofdbehandelaar mogen zijn, als aanknopingspunt voor selectieve zorginkoop. De commissie noemt die invulling van het hoofdbehandelaarschap de verkeerde oplossing voor een reëel probleem en wil de aandacht verschuiven naar een bindend kwaliteitsstatuut voor de ggz. De term 'hoofdbehandelaar' impliceert een eindverantwoordelijkheid voor het geheel. Een behandelaar kan die in veel gevallen niet waarmaken omdat in teamverband wordt gewerkt en de behandelingen van de andere teamleden buiten het eigen deskundigheidsgebied kunnen liggen. De commissie wijst er in dat verband op dat ook het Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg onderkent dat een hoofdbehandelaar een regisseur is (de regie heeft) en niet (meer) het gehele zorgproces van een patiënt kan overzien *casu quo* beheersen, en dat hij, wat de inhoudelijke verantwoordelijkheid betreft, wordt begrensd door zijn eigen deskundigheidsgebied. De conclusie die daaraan verbonden moet worden, is dat er niet (meer) zoiets bestaat als inhoudelijke eindverantwoordelijkheid; alle bij een patiënt betrokken zorgverleners hebben een eigen individuele deskundigheid en dus een eigen verantwoordelijkheid. Dat maakt het temeer van belang dat een van hen de regie of coördinatie op zich neemt: de 'regiebehandelaar'. Die zorgt er onder andere voor dat het zorgplan wordt opgesteld en vastgesteld, en dat er voldoende deskundigheid wordt betrokken bij de zorg. Het ligt voor de hand dat de regiebehandelaar de bevoegdheid en taak heeft dbc's in de gggz te openen en te sluiten³; dat vloeit logischerwijs voort uit zijn verantwoordelijkheid voor het zorgproces. Zijn taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden, en deskundigheidsvereisten moeten worden vastgelegd in een kwaliteits-

statuut. Tevens wordt geadviseerd dat het hebben van een kwaliteitsstatuut een eis voor toelating tot de sector/de markt wordt en dat controle door de IGZ zal geschieden.

Deze adviezen werden door de minister van VWS overgenomen. Vanaf 1 januari 2017 zijn alle aanbieders van ggz verplicht om een goedgekeurd kwaliteitsstatuut te hebben. Wel bepaalde zij dat uit het oogpunt van het voorkomen van administratieve lasten die wettelijke eis (voorlopig) beperkt blijft tot de curatieve/geneeskundige ggz die is verzekerd op grond van de Zorgverzekeringswet⁴ en dus niet geldt voor huisartsenzorg en de zorg, hulp en ondersteuning door gemeenten – waaronder de kinder- en jeugd-ggz. Tevens bevestigde zij dat uit het oogpunt van controleerbaarheid en betaalbaarheid de regiebehandelaar diegene moet zijn die de dbc's opent en sluit (Schipper, 2015).

Het kwaliteitsstatuut-ggz: duale regie

Het kwaliteitsstatuut beoogt de patiënt in staat te stellen een weloverwogen keuze te maken voor een bepaalde zorgaanbieder en te participeren in de besluitvorming rond zijn behandeling. Daarnaast is het statuut het kader voor werkafspraken binnen de instelling, de praktijk of het professionele netwerk waarin de aanbieder opereert. Het kwaliteitsstatuut stelt zorgverzekeraars, financiers en toetsende en toezichthoudende instanties in de gelegenheid zich een oordeel te vormen over de kwaliteit van de zorg die een aanbieder levert (Van Leeuwen, 2016).

Het concept 'regiebehandelaar' heeft een functie in relatie tot de kwaliteit van de zorg en in dat kader is het belangrijk dat een gedifferentieerde invulling mogelijk is, al naargelang de omstandigheden en de kenmerken van de betreffende sector. Het is niet geschikt als leidend element in een bekostigingssysteem, vooral omdat dit onvermijdelijk leidt tot een veel minder flexibele invulling dan uit een oogpunt van kwaliteit van zorg wenselijk is (Commissie Hoofdbehandelaarschap GGZ, 2015).

Een kwaliteitsstatuut draagt ertoe bij dat de juiste hulp, op de juiste plaats, door de juiste zorgprofessionals binnen een kwalitatief verantwoord netwerk wordt geleverd.

Nadere uitwerking van het kwaliteitsstatuut: een model

Op geleide van het rapport van de Commissie Hoofdbehandelaarschap GGZ (2015) hebben de landelijke cliënten- en familiekoepel in de ggz, beroepsverenigingen, (brancheverenigingen van) zorgaanbieders en zorgverzekeraars de ideeën over een kwaliteitsstatuut in een model gegoten. Het Zorginstituut Nederland⁵ heeft dat model op 29 maart 2016 als kwaliteitsstandaard in zijn register opgenomen, en bepaald dat ggz-aanbieders van gbggz en gggz binnen de Zorgverzekeringswet verplicht zijn dat model te gebruiken. Het geeft aan wat zorgaanbieders geregeld moeten hebben op het gebied van kwaliteit en verantwoording. Voor het model en documenten die hieraan gerelateerd zijn, verwijst ik naar <https://www.zorginzicht.nl/bibliotheek/model-kwaliteitsstatuut-ggz/Paginas/Home.aspx>

Het model omvat drie secties: een algemeen deel en twee specifieke delen voor respectievelijk vrijgevestigde praktijken en instellingen.

Algemeen deel

De kern van het algemeen deel wordt vormgegeven door het individuele behandelproces (*the patients journey*) te volgen. Die ‘reis’ is verdeeld in vijf fases: het voortraject bij de verwijzer, aanmelding/intake, diagnostiek, behandeling, afsluiting en nazorg. Per fase moet aan de patiënt voldoende informatie worden gegeven zodat hij kan beoordelen of hij passende en goede zorg krijgt en of hij zelf hierin de regie kan houden of nemen. Terugkerende vragen daarbij zijn:

- Wie is verantwoordelijk voor de patiënt en wie is zijn aanspreekpunt?
- Hoe wordt de kwaliteit van de zorg gewaarborgd?
- Hoe is de inbreng van de patiënt geregeld? Hoe wordt de patiënt betrokken bij inhoudelijke keuzes in het zorgproces, wat is zijn inbreng bij de keuze van de regiebehandelaar en andere behandelaren, en hoe kan hij zich overtuigen van de kwaliteit en de doelmatigheid van de behandeling?

Als voorbeeld presenter ik hier de letterlijke tekst die betrekking heeft op de diagnostische fase.

“De regiebehandelaar is verantwoordelijk voor het (doen) vaststellen van de diagnose waarbij de patiënt/cliënt ook daadwerkelijk is (mede)beoordeeld door de regiebehandelaar via direct contact met de patiënt/cliënt.

Het is mogelijk dat delen van het diagnostische proces door anderen dan de regiebehandelaar worden verricht. De patiënt/cliënt heeft te allen tijde de mogelijkheid een andere zorgverlener te consulteren als hij dit wenst of als er een wettelijke basis voor is.

De patiënt/cliënt wordt op een voor hem begrijpelijke wijze op de hoogte gesteld van de diagnose en wat het betekent om die diagnose te hebben. Hij krijgt een heldere omschrijving van de relevante zorgopties, het doel, de kans op succes en de mogelijke risico’s en neveneffecten (zoals pijn, hinder of sociale gevolgen) mede aan de hand van eventueel eerdere ervaringen van de patiënt. Mocht de patiënt/cliënt niet direct na diagnostiek in behandeling worden genomen, dan is de regiebehandelaar van de diagnostiekfase de eerstverantwoordelijke voor de zorg van de patiënt/cliënt.”

“In het kwaliteitsstatuut geeft de aanbieder invulling aan de volgende vragen die door de patiënt/cliënt kunnen worden gesteld:

Wie stelt de diagnose? Is dat ook automatisch degene die mijn verdere aanspreekpunt is en verantwoordelijk voor de behandeling? Heb ik daarin keuze? Hoe weet ik of deze zorgverlener voldoende deskundig is? En als hij mij naar een andere verwijst voor verdere behandeling, heb ik daarin dan een keuze?”

Bron: Model-kwaliteitsstatuut ggz p. 7-8.

Vervolgens komt de invulling van het regiebehandelaarschap aan de orde.

Waar er sprake is van een vrijgevestigde praktijk, kiest de patiënt zelf zijn regiebehandelaar, die dus ook behandelt. Die is persoonlijk zorginhoudelijk verantwoordelijk en levert de zorg zelfstandig.

Indien meerdere zorgprofessionals betrokken zijn bij de zorgverlening aan een patiënt, dient duidelijk te zijn wie de regiebehandelaar is. De keuze moet passend zijn bij het type behandeling en de doelgroep. In beginsel⁶ komt elke discipline in aanmerking om die functie te vervullen, mits die een – gegeven de aard van de zorgvraag en de setting waarin de zorg verleend wordt – relevante inhoudelijke deskundigheid bezit en er is voldaan aan de volgende voorwaarden:

- academische opleiding of daarmee vergelijkbaar niveau (minimaal masterdiploma), onderworpen aan een systeem van accreditatie en heraccreditatie en/of voorziet in gerichte bij- en nascholing;
- BIG-registratie;
- relevante werkervaring;
- periodieke deelname aan een vorm van intervisie en intercollegiale toetsing.

De regiebehandelaar heeft een wezenlijk aandeel in de inhoudelijke behandeling. Hij zorgt ervoor dat in samenspraak met de patiënt een behandelplan wordt opgesteld en stelt dat vast; hij draagt er zorg voor dat dit wordt uitgevoerd en, wanneer omstandigheden daartoe aanleiding geven, wordt bijgesteld. De regiebehandelaar draagt er zorg voor dat de verrichtingen of activiteiten van alle hulpverleners die bij de behandeling van de patiënt betrokken zijn – en dus ook zijn eigen verrichtingen of activiteiten – op elkaar zijn afgestemd. Wanneer meerdere zorgaanbieders tegelijkertijd bij de behandeling van de patiënt zijn betrokken, spant de regiebehandelaar zich in voor een goede samenwerking en afstemming, met toestemming van de patiënt. Het is van essentieel belang dat in de behandeling de juiste *casu quo* aangewezen deskundigheid wordt betrokken. De patiënt kan in samenspraak met de zorgaanbieder kiezen wie van de bij de behandeling betrokken hulpverleners als regiebehandelaar zal optreden. Vanwege het belang van continuïteit van zorg is een wisseling van regiebehandelaar in beginsel ongewenst. Een wisseling van regiebehandelaar gebeurt altijd in overleg met de patiënt en eventueel zijn naasten, en is wel mogelijk of wenselijk in geval van:

- een nieuwe fase van de behandeling;
- een wijziging in het behandelplan, met als gevolg een wijziging van de zorgverlener(s) of van het zwaartepunt in de behandeling;
- op verzoek van de patiënt (met redenen omkleed);
- de regiebehandelaar gedurende langere tijd niet, of niet meer beschikbaar is.

Het overleg tussen regiebehandelaar en de andere hulpverleners is gericht op overeenstemming door middel van gezamenlijke besluitvorming. Bij verschil van mening of inzicht heeft de regiebehandelaar uiteindelijk de doorslaggevende stem, echter niet eerder dan nadat alle betrokken deskundigen gehoord zijn. Indien een verschil van mening of inzicht niet op die manier kan worden opgelost, voorziet de zorgaanbieder in een ‘escalatieprocedure’ waarbij meestal een hoger echelon wordt betrokken. De regiebehandelaar draagt niet de verantwoordelijkheid voor de door andere hulpverleners tijdens het behandelingstraject uitgevoerde afzonderlijke verrichtingen en interventies. Daarvoor zijn en blijven die andere hulpverleners zelf ten volle verantwoordelijk. Verder ziet de regiebehandelaar toe op de juiste bekwaamheid en bevoegdheid van de betrokken hulpverleners en op een adequate dossiervoering; hij laat zich tijdig en voldoende informeren door de andere hulpverleners en toetst of de activiteiten van anderen passen binnen het in overleg met de patiënt vastgestelde behandelplan; de regie-

behandelaar organiseert periodieke evaluaties van het behandelplan zo mogelijk in aanwezigheid van de patiënt, en communiceert over het beloop van de behandeling met de patiënt en (indien van toepassing en indien toestemming hiervoor is verkregen) met diens naasten.

Ten slotte wordt aandacht besteed aan ‘gepast gebruik’: de juiste inzet van hulp bij aanvang van een behandeling (*matched care*), maar ook het juiste moment van op- en afschalen tijdens een lopend traject. Zo kunnen over- en onderbehandeling worden tegengegaan. Kwaliteitsstandaarden vormen hiervoor het uitgangspunt. De zorgaanbieder zorgt daarom, naast de zaken die elders genoemd zijn:

- dat hulpverleners handelen volgens zorgstandaarden en beroepsrichtlijnen en hun deskundigheden op peil houden;
- dat wordt gewerkt op basis van principes van *matched care* (in plaats van *stepped care*);⁷
- dat de effectiviteit van de behandeling regelmatig wordt gemeten conform de zorgstandaarden en dat *routine outcome monitoring*-gegevens aan de Stichting Benchmark GGZ, conform de vigerende bestuurlijke afspraken, worden aangeleverd.

Vrijgevestigde praktijk

Het tweede deel spitst zich toe op de vrijgevestigde praktijk en staat stil bij specifieke aspecten van het behandelproces in deze setting.

In de ggz zijn naast geïntegreerde ggz-instellingen, die vaak nagenoeg het complete palet van ggz-voorzieningen bieden, veel professionals werkzaam in een vrijgevestigde praktijk, zowel in de bggz als in de gggz. Indien de zorgbehoefte van de patiënt erom vraagt, moet de vrijgevestigde andere hulpverleners inschakelen bij de behandeling. De vrijgevestigde praktijk spreekt dan met de andere hulpverlener(s) af wie regiebehandelaar is. Indien andere hulpverleners al bij de patiënt betrokken zijn – er is dan sprake van verschillende behandelovereenkomsten met één patiënt – spant de professional zich in om een constructieve (interdisciplinaire) afstemming of samenwerking tot stand te brengen. Hiervoor is de toestemming van de patiënt vereist en heeft de patiënt bij voorkeur ook zelf de regie.

Voor de bggz kunnen de volgende professionals als regiebehandelaar optreden: de gezondheidszorgpsycholoog, de psychotherapeut, de klinisch psycholoog en de klinisch neuropsycholoog.

Voor de gggz zijn dat: de psychotherapeut, de klinisch psycholoog, de klinisch neuropsycholoog en de psychiater.

Ggz-instellingen

Het derde deel behandelt de geïntegreerde ggz-instellingen.

Voor de bggz kunnen hier als regiebehandelaar optreden: de gezondheidszorgpsycholoog, de klinisch psycholoog, de klinisch neuropsycholoog, de psychotherapeut, de verpleegkundig specialist ggz; als dementie de hoofddiagnose is: de specialist ouderengeneeskunde of klinisch geriater; als verslaving de hoofddiagnose is: de verslavingsarts. Binnen de gggz is altijd een psychiater of klinisch psycholoog voor advies of consultatie beschikbaar.

Gggz wordt bij ggz-instellingen aangeboden vanuit multidisciplinaire teams waarvan altijd een psychiater of klinisch psycholoog lid is; voor alle categorieën patiënten kunnen zij

als regiebehandelaar fungeren. Voor een aantal patiënten/behandeltrajecten kan een ander type regiebehandelaar worden overwogen (tabel 1). De instelling maakt hierin eigen keuzes, mede afhankelijk van de aanwezigheid van zorgverleners binnen de organisatie of binnen het netwerk.

[Tabel 1] Ggz-instellingen: regiebehandelaar in de ggz [verkort].

<i>Regiebehandelaar</i>	<i>Beschrijving van de setting waarin de professional als regiebehandelaar kan optreden in de ggz</i>
Psychiater, klinisch psycholoog	<p>Binnen de ggz is altijd een psychiater en/of klinisch psycholoog beschikbaar voor patiënten en/of andere zorgverleners, zo nodig ter plaatse. In alle settings in de ggz kan de psychiater of klinisch psycholoog als regiebehandelaar optreden.</p> <p>De psychiater wordt ongeacht de specifieke behandelsetting ten minste geconsulteerd en bij evaluaties betrokken:</p> <ol style="list-style-type: none"> wanneer er gevaar dreigt voor anderen of voor de patiënt (waaronder suïcidegevaar) wanneer ECT overwogen/ingesteld wordt indien middelen- of maatregelentoepassing dan wel dwangbehandeling overwogen wordt in geval van (Bopz-)opname en het afgeven van een geneeskundige verklaring in het kader van de Bopz indien ontslag uit opname, anders dan in het behandelplan voorzien, overwogen wordt indien medisch coördinerende zorg nodig is bij verdenking op somatische problematiek indien er sprake is van een verzoek om euthanasie of hulp bij zelfdoding wanneer er sprake is van een non-respons op de behandeling (conform richtlijn/zorgstandaard). <p>Bij punten a en e kan in plaats van een psychiater ook een klinisch psycholoog worden ingeschakeld.</p> <p>Bij punt h kan ook een verpleegkundig specialist ggz of klinisch psycholoog worden ingeschakeld.</p> <p>... [D]e psychiater [is] altijd persoonlijk betrokken bij behandel-evaluaties [van behandeltrajecten waarbij sprake is van dwang] en bij momenten waarop nieuwe vormen van dwang (behandeling) worden overwogen en/of wanneer dwang geïntensiveerd of afgeschaald kan worden. Bij een verschil van inzicht tussen de betrokken psychiater en de regiebehandelaar (wanneer deze niet de psychiater is) wordt opgeschaald naar de geneesheer-directeur.</p>
Verpleegkundig specialist ggz	<p>Bij patiënten waar de primaire focus van de behandeling niet (meer) gericht is op biologische en psychologische factoren, maar meer op de gevolgen van de psychiatrische stoornis c.q. de beperkingen die deze stoornis geeft in het (inter)persoonlijk functioneren. ...</p>
Psychotherapeut	<p>Bij vormen van psychotherapie binnen verschillende therapeutische referentiekaders.</p>

Gz-psycholoog	Bij patiënten waar de primaire focus van de behandeling niet gericht is op biologische factoren of de gevolgen van de psychiatrische stoornis c.q. de beperkingen die deze stoornis geeft, maar meer op de psychologische factoren. Het gaat om patiënten met een stoornis die behandeld kunnen worden met grotendeels psychologische behandelmethoden waarbij geen sprake is van een spoedeisend karakter of de noodzaak tot opname.
Verslavingsarts KNMG	Bij preventie, diagnostiek en behandeling van misbruik en verslaving van middelen...; wanneer er geen sprake is van comorbiditeit met ernstige, complexe psychiatrische stoornissen.
Klinisch neuropsycholoog	Bij zorgvragen met specifieke neuropsychologische componenten.
Klinisch geriater, specialist ouderengeneeskunde	Voor patiënten van (biologisch) oudere leeftijd waarbij multimorbiditeit (van zowel psychiatrische als somatische aard) een grote rol speelt...

Bron: Model-kwaliteitsstatuut ggz (p. 21-22).

De stand van zaken begin 2017

Toen ik begin 2017 verschillende websites van zorgaanbieders bekeek, trof ik een zeer wisselend beeld aan. Het meest opvallend: niet overal kon ik een kwaliteitsstatuut vinden. De website <https://www.ggzkwaliteitsstatuut.nl/> meldde het volgende: “Wanneer u uw kwaliteitsstatuut vóór 15 maart 2017 ter toetsing aanbiedt, ontvangt u voor 1 april 2017 het resultaat van de toets.” Op verzoek van de zorgaanbieders waren de zorgverzekeraars bereid gevonden coulance te betrachten tot 1 april 2017. Een tweede constatering: soms vereist het ontdekken van het kwaliteitsstatuut zoek- en giswerk op de website. Eenmaal gevonden, vereist de tekst geconcentreerde leesarbeid, waarbij de nodige achtergrondkennis van de ggz en de wetgeving op dit terrein verondersteld wordt.⁸ Dat doet vragen rijzen bij de mogelijkheden om de duale regie (zie supra) in praktijk te brengen. De website <https://www.zorginzicht.nl/bibliotheek/model-kwaliteitsstatuut-ggz/Paginas/Home.aspx> bevat dan wel een patiënten- en naastenversie van het model-kwaliteitsstatuut, die patiënten moet helpen bij het bedenken en formuleren van vragen over het behandeltraject, maar slechts bij uitzondering biedt een zorgaanbieder zijn patiënten de service van een overzicht met voorbeeldvragen.⁸

Alles is nog nieuw en veel is nog niet klaar, maar alle betrokken partijen zijn het erover eens dat het hier om een ‘levend document’ gaat, dus is veel nog mogelijk. Rond de jaarwisseling 2017/2018 zal een eerste evaluatie plaatsvinden, waarbij onder andere bekeken zal worden of ook andere disciplines in aanmerking komen om de functie van regiebehandelaar in te vullen – hierbij wordt in eerste instantie gedacht aan de orthopedagoog-generalist. Intussen is het te hopen dat hulpverleners hun patiënten actief blijven helpen om de vragen die bij hen leven, onder woorden te brengen, en niet volstaan met een verwijzing naar een goedgekeurd document ergens op een website. Om te voorkomen dat patiënten verdwalen in het labrynt van een website lijkt het aan te bevelen landelijke afspraken te maken over de plaats van het kwaliteitsstatuut op websites van zorgaanbieders. En om te voorkomen dat lezers na enkele alinea’s afhaken, lijkt een verplicht aanbod van een patiënten- en naastenversie op de website van de zorgaanbieder geen overbodige luxe. Want de meeste ggz-patiënten

zullen zich, ondanks alle goede bedoelingen, voorlopig niet echt geholpen voelen om aan de hand van het ‘officiële’ kwaliteitsstatuut coregisseur te worden van hun hulpverlenings-traject.

Mijns inziens schept het kwaliteitsstatuut vooralsnog vooral voor zorgaanbieders/hulpverleners duidelijkheid. En het lijkt erop dat vooral de klinisch psychologen een grote sprong voorwaarts hebben gemaakt qua positionering. Zelf heb ik in mijn carrière regelmatig te maken gehad met psychiaters die een beroep deden op hun ‘medische eindverantwoordelijkheid’ – een begrip dat trouwens volgens gezondheidszorgjuristen geen wettelijke basis had – en zich als *playing captain* presenteerden om zich boven de klinisch psycholoog te positioneren. Die tijd lijkt nu echt voorbij. Toch hoor ik tijdens mijn contacten met medewerkers van organisaties, zeker in grotere instellingen, verhalen over ‘grensconflicten’ tussen beroepsgroepen, waarbij psychiaters een dominante positie proberen te bevechten, maar ook tussen klinisch psychologen, gezondheidszorgpsychologen en psychotherapeuten doen zich fricties voor. Het blijft dan ook afwachten in hoeverre het management van zorginstellingen, al dan niet aangemoedigd door zorgverzekeraars, gebruik zal maken van de mogelijkheid de eisen voor regiebehandelaars aan te scherpen, bijvoorbeeld ten voordele van psychiaters. Dat alles neemt niet weg dat, nu in België de gesprekken over een aanpassing van het beruchte Koninklijk Besluit nr. 78 betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen op gang zijn gekomen, de Nederlandse ontwikkelingen een route zouden kunnen aanwijzen die ook voor Belgische collega’s begaanbaar is.

Noten

1. De vereenvoudiging is van tweeërlei aard: het beschreven proces werd mede beïnvloed door allerlei wetten en regelingen die hier niet ter sprake komen, en in de loop van het proces hebben veranderingen plaatsgevonden waaraan ik hier geen aandacht besteed, zoals de omvorming van de ggz in een generalistische basis-ggz en een gespecialiseerde ggz, en de overheveling van onder andere de jeugd-ggz naar de gemeenten.
2. In het kader van de Nederlandse Wet BIG zijn de gezondheidszorgpsycholoog en de psychotherapeut basisberoepen. Na een tweejarige – voor de psychotherapeut vier jaar – postmasteropleiding kan het diploma gezondheidszorgpsycholoog verworven worden; de klinisch psycholoog en klinisch neuropsycholoog zijn specialismen van de gezondheidszorgpsychologie, waarvan het diploma na een aanvullende opleiding van vier jaar behaald kan worden. Een afgeronde opleiding tot klinisch psycholoog geeft ook recht op inschrijving in het BIG-register psychotherapeut.
3. De dbc-systematiek geldt niet voor de gbggz. In de gbggz worden prestatiebeschrijvingen gehanteerd. Zie: <http://werkenmetdbcs.nza.nl/ggz>
4. Zie voor een toelichting: <http://www.ggznederland.nl/themas/zorgverzekeringswet-1>
5. Het Zorginstituut Nederland heeft als taak de kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van het Nederlandse gezondheidszorgsysteem te bewaken.
6. De algemene eisen van de regiebehandelaar zijn als minimale eisen bedoeld voor alle regiebehandelaars in de gbggz en gggz. Een zorgaanbieder is dan ook gerechtigd zelf een beperking/verdere aanscherping aan te brengen in de mogelijke regiebehandelaars binnen de werksetting. Dat kan bijvoorbeeld wenselijk of logisch zijn bij specifieke zorg.

7. *Stepped care* staat voor lichte interventies waar het kan, gevolgd door intensievere interventies waar het moet; *matched care* staat voor het afstemmen van de behandeling op kenmerken van de patiënt, zoals de ernst van de problematiek, mentale en sociale vaardigheden, omgevingsfactoren en wensen en behoeften van de patiënt. Belangrijk is dat de patiënt zo snel mogelijk bij de juiste hulpverlener komt en de juiste behandeling krijgt, ter voorkoming van onder- of overbehandeling.
8. Een voorbeeld van een goedgekeurd kwaliteitsstatuut, inclusief een overzicht met voorbeeldvragen voor patiënten, is te vinden op <https://www.parnassiagroep.nl/kwaliteitsstatuut>

Literatuur

- Commissie Hoofdbehandelaarschap GGZ. (2015). *Hoofdbehandelaarschap GGZ als noodgreep*. Geraadpleegd via <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2015/05/18/hoofdbehandelaarschap-ggz-als-noodgreep>
- Inspectie voor de Gezondheidszorg. (2013). *Conceptadvies "Hoofdbehandelaarschap in de gespecialiseerde GGZ"*. Utrecht: Auteur.
- Schippers, E.I. (2013). Brief d.d. 2 juli 2013 aan de Tweede Kamer der Staten-Generaal, Vergaderjaar 2012 – 2013, 25 424 Geestelijke gezondheidszorg, nr. 221. Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Geraadpleegd via <https://kst-25424-221.pdf>
- Schippers, E.I. (2015). Brief d.d. 18 mei 2015 aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal betreffend Advies commissie Meurs inzake hoofdbehandelaarschap ggz. Den Haag: Directoraat Generaal Curatieve Zorg. Geraadpleegd via <http://nvavg.nl/wp-content/uploads/2014/03/2015-05-18-VWS-advies-cie-Meurs-inzake-hoofdbehandelaarschap-ggz.pdf>
- Stoffelen, A. (2013, 14 februari). Miljoenenverlies verzekeraars door EuroPsyche. *de Volkskrant*, Archief. Geraadpleegd via <http://www.volkskrant.nl/archief/miljoenenverlies-verzekeraars-door-europsycheffia3393523/>
- Van Leeuwen, F. (2016, 4 april). Model kwaliteitsstatuut GGZ opgenomen in register Zorginstituut. Geraadpleegd via <http://www.ggz nederland.nl/actueel/model-kwaliteitsstatuut-ggz-opgenomen-in-register-zorginstituut>

Personalia

Jos Delimon was eerder werkzaam als klinisch psycholoog en psychotherapeut. Tegenwoordig wordt hij door de RINO Groep te Utrecht als onafhankelijk deskundige ingezet bij de visitatie van praktijkopleidingsinstellingen voor de postmasteropleidingen gezondheidszorgpsycholoog, psychotherapeut, klinisch psycholoog en klinisch neuropsycholoog.

E-mail: jdelimon@wxs.nl

Neuropsychologische ontwikkeling van kinderen na een hartoperatie

*Caroline Sterken, Jurgen Lemiere, Greet Van den Berghe,
Dieter Mesotten*

SAMENVATTING VAN HET ARTIKEL:

Sterken, C., Lemiere, J., Van den Berghe, G., & Mesotten, D. (2016). Neurocognitive development after pediatric heart surgery. *Pediatrics*, 137, e20154675. doi:10.1542/peds.2015-4675

Reproduced with permission from Journal Pediatrics, Vol. 137, Copyright © 2016 by the AAP. The materials reused with permission from the American Academy of Pediatrics ("AAP") appeared originally in English, published by the AAP. The AAP assumes no responsibility for any inaccuracy or error in the contents of these materials, including any inaccuracy or error arising from the translation from English.

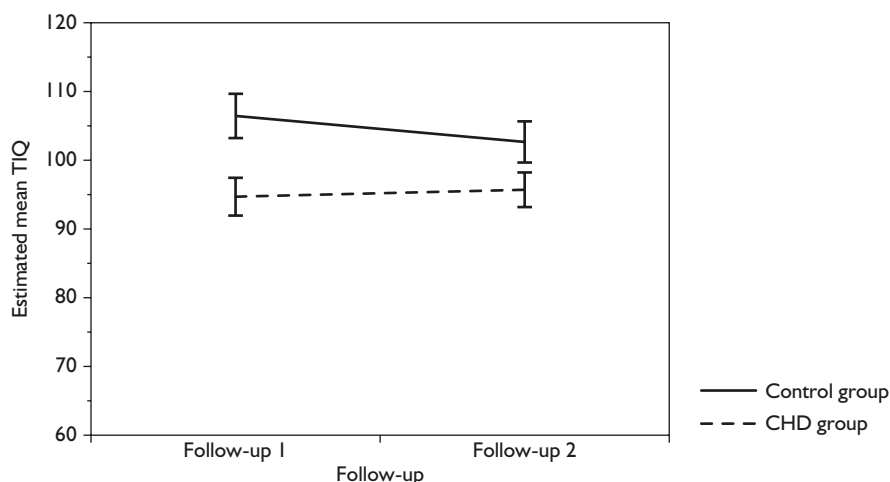
Dankzij enorme vooruitgang in de geneeskunde overleven tegenwoordig meer kinderen een aangeboren hartaandoening (congenital heart disease, CHD). De vraag hoe ze overleven, is hierdoor relevanter geworden. Gezien de kwetsbaarheid van hun hersenen hebben kinderen met een CHD, vooral diegenen die als baby een hartoperatie moeten ondergaan, een hoger risico op leer- en ontwikkelingsproblemen. Ze kunnen problemen hebben op school die kunnen samenhangen met tekorten op het vlak van intelligentie, maar ook met specifieke neuropsychologische functies zoals aandacht en executieve functies. Die beperkingen zouden kunnen toenemen in de loop van de kindertijd. Deze studie onderzocht of kinderen met CHD die als baby een hartoperatie ondergingen, meer neuropsychologische beperkingen, vooral in de later rijpende executieve functies, vertonen naarmate ze ouder worden, in vergelijking met gezonde controlekinderen. De hypothese was dat de kloof in neuropsychologisch functioneren tussen kinderen met CHD en gezonde kinderen groter wordt wanneer exact dezelfde neuropsychologische testbatterij wordt gebruikt op de leeftijd van 4 en 7 jaar.

In deze longitudinale follow-upstudie ondergingen 107 kinderen met CHD en 77 gezonde controlekinderen een uitgebreid neuropsychologisch onderzoek op de leeftijd van 4 jaar. De groep gezonde controlekinderen bestond uit siblings van patiënten (n = 14) en niet-gereleerde gezonde kinderen (n = 63) gerekruteerd via scholen en mond-tot-mondreclame in Vlaanderen. Exclusiecriteria voor de tweede follow-up waren een gebrek aan baseline neu-

ropsychologische metingen tijdens de eerste follow-up en een geboortedatum vóór februari 2005, aangezien die kinderen te oud zouden zijn om dezelfde IQ-test opnieuw af te leggen. Het studieprotocol en de informed consents waren goedgekeurd door de institutionele ethische commissie.

Intelligentie, visueel-motorische integratie, alertheid, motorische coördinatie, executieve functies en psychosociaal functioneren werden gemeten met behulp van dezelfde tests. Intelligentie werd gemeten met de Nederlandstalige versie van de Wechsler Preschool and Primary Scale of Intelligence – Revised, visueel-motorische integratie met de Beery-Buktenica Developmental Test of Visual-Motor Integration. Vier computertaken van de Amsterdamse Neuropsychologische Taken werden afgenomen om alertheid (Baseline Speed), motorische coördinatie (Tapping-taak), inhibitie en cognitieve flexibiliteit (Response Organization Objects) en werkgeheugen te meten (Memory Search Objects – 2 Keys). De Child Behavior CheckList (CBCL/1.5-5 bij follow-up 1 en CBCL/6-18 bij follow-up 2) werd afgenomen van de ouders om het psychosociaal functioneren van hun kind te meten.

93% van de kinderen (100 patiënten met CHD en 72 controlekinderen) onderging op de leeftijd van 7 jaar een tweede neuropsychologisch onderzoek. De IQ-scores waren consistent lager in de CHD-groep ($p < 0,001$), maar het verschil van 11,7 IQ-punten tussen beide groepen bij follow-up 1 verminderde tot 7 IQ-punten bij follow-up 2 ($p = 0,003$) (zie figuur 1). In vergelijking met gezonde kinderen vertoonden de individuele ruwe intelligentiedata in de CHD-groep een steilere toename van ruwe IQ-scores. De inhibitie-reactietijd was in beide studiegroepen beter bij follow-up 2 ($p < 0,001$) en verschilde ook niet tussen beide groepen van follow-up 1 tot follow-up 2 ($p = 0,849$). Beperkingen in visueel-motorische integratie, alertheid, motorische coördinatie en psychosociaal functioneren verergerden evenmin bij patiënten met CHD bij follow-up 2, vergeleken met controlekinderen.



FIGUUR 1. Geschatte gemiddelden (estimated means) Totaal IQ (TIQ)

Hoofdeffect groep: $p < 0,001$; Geen hoofdeffect tijd: $p = 0,084$; Interactie-effect groep*tijd: $p = 0,003$

Follow-up 1: CHD-groep $n = 107$; controlegroep $n = 76$; Follow-up 2: CHD-groep $n = 100$; controlegroep $n = 72$.

In tegenstelling tot onze hypothese vertonen kinderen met CHD, die als baby een hartoperatie ondergingen, geen toename van neuropsychologische beperkingen tussen de leeftijd van 4 en 7 jaar, vergeleken met gezonde controlekinderen. Patiënten met CHD hebben nog steeds beperkingen op het vlak van intelligentie, maar groeien gedeeltelijk over hun beperkingen heen, wat de plasticiteit van de hersenen illustreert.

In deze interdisciplinaire studie komen psychologie en geneeskunde samen. Het longitudinale design waarin de hartpatiëntengroep en de controlegroep tweemaal werden getest, maakt het mogelijk om de dynamiek van de neuropsychologische ontwikkeling te bestuderen en een inhaalmanoeuvre vast te stellen bij de hartpatiënten, een klinisch relevante boodschap.

Personalia

Caroline Sterken, master in de psychologie, doctor in de biomedische wetenschappen, afdeling Intensieve Geneeskunde, academisch departement Cellulaire en Moleculaire Geneeskunde, KU Leuven.
E-mail: sterken.caroline@gmail.com

Jurgen Lemiere, master in de psychologie, doctor in de medische wetenschappen, afdeling Kinder- en Jeugdpsychiatrie, UPC-KU Leuven en afdeling Hemato-Oncologie, Kindergeneeskunde UZ Leuven.

Greet Van den Berghe, arts, doctor in de medische wetenschappen, afdeling Intensieve Geneeskunde, academisch departement Cellulaire en Moleculaire Geneeskunde, KU Leuven.

Dieter Mesotten, arts, doctor in de medische wetenschappen, afdeling Intensieve Geneeskunde, academisch departement Cellulaire en Moleculaire Geneeskunde, KU Leuven.