



Inspectie voor de Gezondheidszorg  
*Ministerie van Volksgezondheid,  
Welzijn en Sport*

Consultatiedocument 'Hoofdbehandelaarschap  
in de tweedelijns GGZ'

Utrecht, november 2012



## Inhoud

<b>1</b>	<b>Inleiding — 5</b>
1.1	Aanleiding en belang — 5
1.2	Consultatie — 6
1.3	Consultatie-informatie — 6
1.3.1	Vervolg — 6
1.3.2	Leeswijzer — 6
<b>2</b>	<b>Het hoofdbehandelaarschap in de tweedelijns GGZ — 7</b>
2.1	Hoofdbehandelaarschap vanuit bekostigingsperspectief — 7
2.2	Hoofdbehandelaarschap vanuit perspectief van kwaliteit en veiligheid van zorg — 7
2.2.1	Handreiking KNMG — 8
2.2.2	Tuchtrechtelijke normen — 8
<b>3</b>	<b>Kwalificatie hoofdbehandelaar — 9</b>
<b>4</b>	<b>Invulling hoofdbehandelaarschap — 11</b>
Bijlage 1	Overzicht consultatievragen — 13
Bijlage 2	Overzicht geconsulteerde partijen — 14



# 1 Inleiding

## 1.1 Aanleiding en belang

In juni 2012 stuitte de Inspectie voor de Gezondheidszorg (hierna: inspectie) op het vraagstuk hoofdbehandelaarschap in de tweedelijns GGZ. Dit thema kwam expliciet in beeld als gevolg van toezicht op een omstreden netwerkorganisatie in de tweedelijns GGZ. De inspectie constateerde bij dit onderzoek dat er een gebrek is aan voldoende eenduidig fundament onder het begrip hoofdbehandelaarschap in de tweedelijns GGZ.

Binnen de tweedelijns GGZ moet vanuit het oogpunt van verantwoorde zorgverlening een heldere en duidelijke invulling zijn van het hoofdbehandelaarschap. Dit geldt overigens voor alle organisaties binnen de tweedelijns GGZ en niet alleen voor netwerkorganisaties. Dit is van belang gezien de overwegend multidisciplinaire werkwijze rond ernstige en complexe psychiatrische patiënten. Vaak beschikken organisaties in de tweedelijns GGZ wel over een Professioneel Statuut waarin de taken en bevoegdheden van de verschillende disciplines zijn omschreven, maar niet over een beschrijving van taken en bevoegdheden van de hoofdbehandelaar.

De minister heeft in juni 2012 de Tweede Kamer geïnformeerd over de knelpunten rond het thema hoofdbehandelaarschap.<sup>a</sup> In de betreffende kamerbrief stelde de minister dat zij wilde bezien hoe te komen tot een adequate invulling van dit begrip om vervolgens te bepalen of deze invulling het best bij veldnorm (voorkeursoptie) of bij wet verankerd kan worden. Zij stelde voorts ernaar te streven alle kwaliteits- en bekostigingsregelgeving in dit kader goed op elkaar aan te sluiten. Zij besloot de brief met het voornemen om veldpartijen te verzoeken om met de IGZ in gesprek te gaan over adequate invulling van het hoofdbehandelaarschap.

Het ministerie van VWS verzocht de inspectie vervolgens om de adequate invulling van het hoofdbehandelaarschap nader te verkennen aan de hand van opvattingen van relevante partijen. Het doel van deze verkenning is om, indien de reacties van de partijen dit toelaten, tot een veldnorm te komen. Als de reacties te verdeeld en uiteenlopend blijken te zijn, wordt bezien of een wettelijke norm aangewezen is.

De inspectie heeft hiertoe voorliggend consultatiedocument opgesteld. Op basis van de resultaten van deze consultatieronde zal de inspectie de minister adviseren over de te nemen vervolgstappen.

De inspectie nodigt partijen overigens nadrukkelijk uit om, indien mogelijk en gewenst, tot een gezamenlijke reactie te komen. Het staat partijen hierbij vrij om enkele dan wel alle consultatiepartijen hierbij te betrekken. Het geven van een gezamenlijke reactie kan uiteraard een belangrijke bijdrage leveren aan de totstandkoming van een gedragen veldnorm.

Het adequaat uitwerken van het thema hoofdbehandelaarschap is tevens als doel opgenomen in het 'Bestuurlijk Akkoord toekomst GGZ 2013-2014'. Via het geven van een (gemeenschappelijke) reactie in dit consultatietraject kan deze doelstelling van inkleuring worden voorzien.

<sup>a</sup> Kamerbrief over stand van zaken bij Europsyche, juni 2012, kenmerk CZ-U-3118845.

Tenslotte is van belang om op te merken dat dit consultatiedocument betrekking heeft op invulling van het hoofdbehandelaarschap in de *tweedelijns GGZ* (specialistische GGZ). Het is zeer wel denkbaar dat voor de generalistische basis GGZ eveneens behoefte is aan adequate en eenduidige inkleuring van het hoofdbehandelaarschap, echter hier ziet deze consultatie niet op. **U wordt nu gevraagd om na te gaan hoe het hoofdbehandelaarschap in de tweedelijns GGZ gestalte moet krijgen.**

Tenslotte zij opgemerkt dat in de huidige Wet Bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen (Bopz, toekomstige Wet Verplichte GGZ) specifieke bevoegdheden ten aanzien van verplichte zorg zijn toegekend aan de psychiater. Die blijven van kracht, parallel aan de algemene inkleuring van het begrip hoofdbehandelaarschap waar dit consultatiedocument op ziet.

## **1.2 Consultatie**

Voorliggend document ontvangt u via een consultatieprocedure: de inspectie stuurt dit document naar veldpartijen (zie bijlage 2) ter consultatie. Centraal staat de vraag of u zich in de formuleringen en keuzes vinden kan. De inspectie formuleert een vijftal consultatievragen, zie voor het volledige overzicht bijlage 1.

## **1.3 Consultatie-informatie**

De inspectie nodigt u uit om per consultatievraag uw (van meerdere partijen afkomstige gezamenlijke) reactie te geven. Wij ontvangen uw reactie bij voorkeur elektronisch (als bijlage van een emailbericht). U kunt uw reactie sturen naar *o.v.v. 'hoofdbehandelaarschap'*. Graag willen wij u vragen om in uw reactie een contactpersoon (of meerdere contactpersonen) te noemen met naam, telefoonnummer en emailadres voor het geval de IGZ vragen heeft over uw bijdrage. De inspectie ontvangt uw reactie graag *uiterlijk 7 januari 2013*. Voor vragen of informatie kunt u contact opnemen met *domainsecretaris Publieke en Geestelijke Gezondheidszorg*

### *1.3.1 Vervolg*

De inspectie zal in januari de (van meerdere partijen afkomstige gezamenlijke) reacties verwerken en vervolgens in het eerste kwartaal van 2013 de minister adviseren.

### *1.3.2 Leeswijzer*

Hierna volgt een hoofdstuk met enige achtergrondinformatie over het thema hoofdbehandelaarschap in de tweedelijns GGZ. Vervolgens gaat de inspectie in op de twee pijlers van het hoofdbehandelaarschap: de *kwalificatie* en de *invulling*. Per pijler formuleert de inspectie enkele consultatievragen.

## 2 Het hoofdbehandelaarschap in de tweedelijns GGZ

Rond het thema hoofdbehandelaarschap in de tweedelijns GGZ is geen eenduidige wet- en regelgeving beschikbaar. Het thema wordt in verschillende wet- en regelgeving vanuit verschillende perspectieven gezien.

### 2.1 Hoofdbehandelaarschap vanuit bekostigingsperspectief

Vanuit het perspectief van de bekostiging zijn navolgende definities geformuleerd voor de hoofdbehandelaar:

- 'een psychiater of klinisch psycholoog' (*Besluit zorgverzekering*);
- 'een psychiater, psychotherapeut, klinisch psycholoog of een GGZ-instelling' (CVZ);
- 'een psychiater, psychotherapeut, klinisch psycholoog, klinisch neuropsycholoog of GZ-psycholoog' (*NZa tariefbeschikking*);
- 'een psychiater, klinisch psycholoog, klinisch neuropsycholoog, klinisch geriater of, binnen een instelling, een GZ-psycholoog, verslavingsarts, arts-assistent in opleiding tot psychiater mits bekwaam en functionerend in een gestructureerd multidisciplinair overleg binnen de instelling' (*Zorgverzekeraars Nederland*);
- 'een psychiater of zenuwarts' (*polisvoorwaarden diverse verzekeraars waaronder CZ*);
- 'elke instelling of praktijk bepaalt zelf welke professionals als hoofdbehandelaar in het kader van de DBC GGZ-systematiek worden aangewezen' ... Alle in de Wet BIG-geregistreerde beroepen (dus ook bijv. basisartsen, geriater, verpleegkundigen) die bevoegd en bekwaam zijn om patiënten te classificeren volgens de DSM IV kunnen patiënten typeren met behulp van een typeringslijst' ... 'Een hoofdbehandelaar is in het algemeen degene die de typering vaststelt en de DBC afsluit na controle van de vast te leggen elementen en zoveel mogelijk in staat is om ook te diagnosticeren. Professionals die geen hoofdbehandelaar zijn, worden behandelaar genoemd (en registreren dus alleen activiteiten en verrichtingen)' (*DBC-spelregels, NZa*).

Bovenstaande definities kunnen deel uit maken van polisvoorwaarden zoals afgesloten tussen zorgverzekeraar en zorgverlener. Hiermee creëert de zorgverzekeraar de mogelijkheid om corrigerend op te treden wanneer de zorgverlener - of instelling - niet handelt conform de door de verzekeraar gestelde definitie. De NZa kan vanuit haar toezichthoudende taak op zorgverzekeraars handhavend optreden door zorgverzekeraars aan te sporen eenduidige definities deel te laten uitmaken van de polisvoorwaarden - en deze ook te controleren.

### 2.2 Hoofdbehandelaarschap vanuit perspectief van kwaliteit en veiligheid

Voor de inspectie is het van belang te bekijken wat vanuit het perspectief van de kwaliteit en veiligheid van de geleverde zorg aan wet- en regelgeving beschikbaar is. Het begrip hoofdbehandelaar blijkt inhoudelijk niet bij wet te zijn gedefinieerd. Slechts de Wet Bopz raakt eraan. Artikel 36 lid 1 impliceert dat 'een arts of andere persoon in het ziekenhuis in het bijzonder verantwoordelijk zal zijn voor zijn behandeling', waarbij onder andere is bepaald dat de geneesheer-directeur (gedefinieerd in artikel 1 lid 3) 'zorg draagt' dat die voor de behandeling verantwoordelijke persoon een behandelingsplan opstelt (artikel 38 lid 1). De wet zou zo gelezen kunnen worden dat zelfs een BIG-registratie overbodig zou zijn. De inspectie heeft van meet af aan ten aanzien van de Wet Bopz het standpunt ingenomen dat een BIG-registratie voorwaarde is voor het behandelingschap in het kader van de Wet Bopz. Dit *inspectiestandpunt* - zonder wettelijke basis - is in de

praktijk (en bij toetsing door de tuchtrechter) overgenomen. In de Wet Bopz is later het begrip behandelaar nader gekwalificeerd: in artikel 14a lid 5 wordt duidelijk dat slechts een psychiater behandelaar kan zijn in geval van een Voorwaardelijke Machtiging en ook de Zelfbindingsmachtiging tendeert in die richting. Ook de geneesheer-directeur moet onder omstandigheden (Hoge Raad 27 januari 2012, Jvggz 2012/1) psychiater zijn. Dit alles staat echter in het kader van dwang-opnemingen.

### 2.2.1

#### *Handreiking KNMG*

De individuele verantwoordelijkheid van zorgverleners tot het verlenen van verantwoorde zorg ligt besloten in wettelijke bepalingen uit de WGBO (artikel 7:453 zorg van een goed zorgverlener, in relatie tot de professionele standaard) en - waar het gaat om zorgverleners die niet in een instelling werken - uit de Wet BIG (artikel 40, verplichting tot het bieden van verantwoorde zorg). Zorgverleners die behoren tot de beroepsgroepen genoemd in artikel 3 Wet BIG vallen tevens onder het wettelijk tuchtrecht. Hierin ligt het accent van oudsher op de individuele verantwoordelijkheid van de betreffende beroepsbeoefenaren.

In geval van netwerkorganisaties – of meer in het algemeen zorgverleners binnen een instelling – zit de crux met name in de samenwerking die wordt georganiseerd tussen de individuele (hoofd)behandelaar en individuele medebehandelaar. Welke eisen mogen worden gesteld aan de verantwoordelijkheid van de individuele beroepsbeoefenaar voor de samenwerking met (onder andere) zijn hoofdbehandelaar of nevenschikte collega? De 'Handreiking verantwoordelijkheidsverdeling bij samenwerking in de zorg'<sup>b</sup> van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (KNMG) tracht (onder meer) deze kwestie te adresseren. Hiertoe benoemt de handreiking een aantal zogenoemde aandachtspunten, maar deze zijn nog onvoldoende uitgewerkt. Een aantal sectoren, waaronder de GGZ, hebben aangegeven dat 'nog niet in alle sectoren sprake is van de randvoorwaarden die nodig zijn om de in de Handreiking genoemde aandachtspunten te kunnen toepassen'. Dit betekent dat per zorgsector een uitwerking tot stand moet worden gebracht, waarin onder andere een uitgewerkte toedeling van verantwoordelijkheden wordt opgesteld. *NB. Deze consultatie kan nadrukkelijk in deze leemte voorzien.*

### 2.2.2

#### *Tuchtrechtelijke normen*

Naast de -ontbrekende- wettelijke kaders en de -nog niet nader uitgewerkte - handreiking/veldnorm, kan aansluiting worden gezocht bij het tuchtrecht. Er is een uitvoerige beschrijving beschikbaar van de verantwoordelijkheden van de hoofdbehandelaar gegeven door het Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg (CTG 1 april 2008, GJ 2008/83 m. noot AJGM Janssen). In deze richtinggevende uitspraak is ook niet precies vastgelegd wie, welke functionaris of welk type beroepsbeoefenaar als hoofdbehandelaar moet worden gezien (*kwalificatie hoofdbehandelaar* zelf). Echter, er wordt wel tamelijk gedetailleerd beschreven welke eisen aan een goede *invulling* van het hoofdbehandelaarschap mogen worden gesteld.

Hiermee is een begin van een kader gegeven waaraan de hoofdbehandelaar kan worden getoetst, mede in het licht van artikel 2,3 en 4 Kwaliteitswet zorginstellingen. Recent zijn daar nog twee tuchtuitspraken (C2011.088, C2011.089) aan toe te voegen die expliciet weergeven waaraan de regievoering door een hoofdbehandelaar moet voldoen.

<sup>b</sup> Handreiking verantwoordelijkheidsverdeling bij samenwerking in de zorg. 26 januari 2010.



### 3 Kwalificatie hoofdbehandelaar

De inspectie stelt dat via adequate invulling van het hoofdbehandelaarschap meer garantie ontstaat voor het verstrekken van de juiste en passende zorg aan de doelgroep van ernstig psychiatrisch zieke, op de tweedelijns GGZ aangewezen, patiënten. Deze garantie kan worden georganiseerd door allereerst eisen te stellen aan de *kwalificatie* van de hoofdbehandelaar. De inspectie meent dat voor deze kwalificatie de opleiding van de GGZ-zorgverlener leidend is. Naast de bevoegdheid is de bekwaamheid van de GGZ-zorgverlener voor de inspectie cruciaal: voldoende praktijkervaring – ook gedurende de opleiding – is een voorwaarde om als hoofdbehandelaar in de tweedelijns GGZ te kunnen fungeren.

Op basis van bovenstaande stelt de inspectie dat vanuit het perspectief van verantwoorde zorg een hoofdbehandelaar in de tweedelijns GGZ een GGZ gerelateerde zorgverlener die BIG-geregistreerd is en tot de navolgende professionals behoort:

- Psychiater
- Psychotherapeut
- Klinisch psycholoog
- .....

Consultatievraag 1:

Wat is uw mening over de kwalificatie van hoofdbehandelaar in de tweedelijns GGZ?

Consultatievraag 2:

Kunt u zich vinden in de opsomming van GGZ-zorgverleners die als hoofdbehandelaar in de tweedelijns GGZ aangemerkt worden?

Indien nee: welke professie(s) zouden naar uw mening achterwege moeten worden gelaten en/of worden toegevoegd (graag vragen wij u om uw antwoord te motiveren)



## 4 Invulling hoofdbehandelaarschap

De hiervoor genoemde kwalificatie van hoofdbehandelaar levert geen inhoudelijke garantie voor de daadwerkelijk geleverde kwaliteit van de zorgverlening. Deze garantie valt te organiseren door criteria te formuleren voor de *invulling* van het hoofdbehandelaarschap. Bij de invulling van het hoofdbehandelaarschap baseert de IGZ zich grotendeels op jurisprudentie van de tuchtrechter. De eisen waaraan adequate invulling van het hoofdbehandelaarschap in de tweedelijns GGZ moet voldoen zijn naar mening van de IGZ duidelijk beschreven in tuchtrechtelijke uitspraken (C2011.088, C2011.089). Aansluiting zoekend bij deze uitspraken is volgens de inspectie het volgende van toepassing op het hoofdbehandelaarschap in de tweedelijns GGZ: *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.*

### Consultatievraag 3:

Deelt u de taak en verantwoordelijkheid van de hoofdbehandelaar in de tweedelijns GGZ zoals door de inspectie geformuleerd?

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 (multi-disciplinair) 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.

Consultatievraag 4:

Bent u het er mee eens dat bovenstaande criteria essentieel zijn voor adequate regievoering door de hoofdbehandelaar?

Consultatievraag 5:

Welke criteria ontbreken naar uw mening maar zijn wel een essentieel deel van het hoofdbehandelaarschap?

## Bijlage 1 Overzicht consultatievragen

### Consultatievraag 1:

Wat is uw mening over de kwalificatie-eisen van hoofdbehandelaar in de tweedelijns GGZ?

### Consultatievraag 2:

Kunt u zich vinden in de opsomming van GGZ-zorgverleners (psychiater, psychotherapeut, klinisch psycholoog) die als hoofdbehandelaar in de tweedelijns GGZ aangemerkt worden?

Indien nee: welke professie(s) zouden naar uw mening achterwege moeten worden gelaten en/of worden toegevoegd (graag vragen wij uw antwoord te motiveren)?

### Consultatievraag 3:

Deelt u de taak en verantwoordelijkheid van de hoofdbehandelaar in de tweedelijns GGZ zoals door de inspectie geformuleerd?

### Consultatievraag 4:

Bent u het er mee eens dat bovenstaande (zie pagina 8) criteria essentieel zijn voor adequate regievoering door de hoofdbehandelaar?

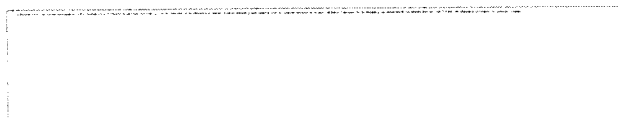
### Consultatievraag 4:

Welke criteria ontbreken naar uw mening maar zijn wel een essentieel deel van het hoofdbehandelaarschap?

## Bijlage 2            Overzicht geconsulteerde partijen

- Nederlandse Vereniging voor Psychotherapie (NVP)
- GGZ Nederland (GGZ NL)
- Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP)
- Nederlandse Vereniging van Vrijgevestigde Psychologen & Psychotherapeuten (NVVP)
- Nederlandse Vereniging van Pedagogen en Onderwijskundigen (NVO)
- Verpleegkundigen en Verzorgden Nederland (V&VN)
- Nederlands Instituut voor Psychologen (NIP)
- Nederlandse Zorgautoriteit (NZa)
- College voor Zorg verzekeringen (CvZ)
- Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevorder der Geneeskunst (KNMG)
- Landelijke Vereniging van Eerstelijnspsychologen (LVE)
- Landelijke Vereniging Georganiseerde eerste lijn (LVG)
- Landelijk Platform GGZ (LPGGZ)
- Zorgverzekeraars Nederland (ZN)
- MEER GGZ

**Van:** Heidi Nijboer [h.nijboer@psychotherapie.nl]  
**Verzonden:** donderdag 20 december 2012 11:54  
**Aan:**  
**Onderwerp:** FW: reactie consultatiedocument 'Hoofdbehandelaarschap in de tweedelijns GGZ'  
**Bijlagen:** AVG Certification.txt



Aan Inspectie voor de Gezondheidszorg

Postbus 2680  
3500 GR Utrecht

Utrecht, 18 december 2012

Kenmerk: PL/hn/121247  
Betreft: reactie consultatiedocument 'Hoofdbehandelaarschap in de tweedelijns GGZ'

Geachte

Hieronder reageert de NVP op het consultatiedocument 'Hoofdbehandelaarschap in de tweedelijns GGZ' met de beantwoording op de door u gestelde vragen.

*Consultatievraag 1:*

De NVP is het eens met de omschrijving welke door de IGZ wordt gegeven.

*Consultatievraag 2:*

De NVP is het er volledig mee eens als een eenduidige regeling tot stand komt waarin voor de tweedelijns ggz de drie beroepen die u noemt, te weten, de psychiater, de psychotherapeut en de klinisch psycholoog, hoofdbehandelaar zijn. Eveneens zijn wij het geheel eens met uw uitgangspunt, dat de verantwoordelijkheid van de hoofdbehandelaar een zodanige reikwijdte heeft dat hiertoe zowel de bekostigingssystematiek alsmede (een deel van) de regie en de uitvoering van zorg op eenduidige wijze moeten behoren. Wij gaan ervan uit dat naast beide andere beroepen de psychotherapeut in de tweedelijns ggz qualitate qua geëquipeerd is om als hoofdbehandelaar op te treden. Het zou, omgekeerd, onacceptabel zijn als dat niet het geval zou zijn. Ook stelt de NVP zich op het standpunt dat medebehandelaren met een andere opleidingsachtergrond dan de drie genoemde beroepen onder de verantwoordelijkheid van de hoofdbehandelaren moeten vallen. Hiertoe behoort, naast diverse andersoortige beroepsgroepen, ook de groep GZ-psychologen.

### *Consultatievraag 3:*

Wij delen de omschrijving die de IGZ van het hoofdbehandelaarschap geeft, op één onderdeel na: Wij menen dat het beter recht doet aan de klinische behandelpraktijk als er in plaats van "... én met de regie van de behandeling van de patiënt" zou staan: "... en met (onderdelen van) de regie van de behandeling van de patiënt". Met deze laatste limitatieve formulering wil de NVP aangeven dat de hoofdbehandelaar op *belangrijke onderdelen* van de regie van het behandelproces de verantwoordelijkheid kan dragen, zoals, mede afhankelijk van de aard van de behandelsetting, het voorzitten van de intakestaf ( de hoofdbehandelaar stelt de diagnose en behandelindicatie vast en is ook verantwoordelijk voor het selecteren van het zorgtraject ten behoeve van de te openen DBC) of van het eveneens regelmatig plaatshebbende multidisciplinaire overleg, waarin het verloop of de beëindiging van de behandeling wordt geëvalueerd en zo nodig bijgesteld, inclusief eventuele wijzigingen in de DBC van de patiënt.

Het bestuur van de NVP formuleert de taak en verantwoordelijkheid op deze wijze omdat zij graag een onderscheid wil aanbrengen tussen de invulling van de *hoofdbehandelaar* en die van het *Hoofd Behandeling*. In uw consultatiedocument wordt dit onderscheid, o.i. ten onrechte, niet aangebracht. Het Hoofd Behandeling moet eveneens een van de drie onder 'consultatievraag 2' genoemde beroepen betreffen (waarbij o.i. de keuze voor een van de drie afhankelijk is van de specifieke aard van de behandelsetting). Hij/zij heeft de regie over het *gehele* behandel- en kwaliteitsbeleid van een behandelafdeling of -setting.

### *Toelichting:*

Binnen een multidisciplinaire behandelsetting zijn, afhankelijk van soort en omvang van de behandelsetting, vaak meerdere psychotherapeuten, klinisch psychologen en psychiaters werkzaam. Ofschoon elke tot deze categorieën behorende beroepsbeoefenaar hoofdbehandelaar kan zijn/is, betekent dat niet dat zij allen ook de gehele regie over het behandel aanbod binnen deze setting zouden moeten hebben. Dat zou weinig doelmatig en verwarrend zijn. Daarom wil het NVP - bestuur graag een onderscheid aanbrengen tussen 'hoofdbehandelaar' en het 'Hoofd Behandeling'. De laatste heeft de verantwoordelijkheid over het wel en wee van de setting als geheel.

### *Consultatievraag 4:*

Wij delen met u de opvatting dat de hoofdbehandelaar zich nooit kan en mag beperken tot de administratieve afhandeling of bekostigings- technische activiteiten. Daar waar dat wel het geval is (geweest) schiet de regio voerende, toetsende en controlerende functie van de hoofdbehandelaar ernstig tekort. Daarom kan de NVP zich vinden in de operationalisering van taken en verantwoordelijkheden van de hoofdbehandelaar, mits deze taken en verantwoordelijkheden duidelijk en consistent zijn afgestemd met die van het Hoofd Behandeling. Hiervoor verwijs ik naar het onder 'consultatievraag 3' gestelde.

Wij willen echter een specificatie aanbrengen waar het gaat om het eerste door u genoemde criterium: *het vaststellen van de diagnose waarbij de patiënt ook daadwerkelijk is (mede-) beoordeeld door de hoofdbehandelaar via contact met de patiënt.*

Wij denken dat het moeten voldoen aan dit criterium niet alleen niet doelmatig is, maar ook risicovol kan zijn. Onder een aantal welomschreven condities moet echter de hoofdbehandelaar daadwerkelijk contact met de patiënt hebben (gehad).

### *Toelichting:*



In veel tweedelijns ggz-settings is sprake van een grote patiënteninstroom. Daardoor zou het alleen al praktisch gezien niet mogelijk zijn dat een hoofdbehandelaar elke patiënt daadwerkelijk ziet. Als dit al het geval zou zijn, zal een dergelijk contact hooguit eenmalig en/of kort kunnen zijn, en daardoor te beperkt om verantwoord een diagnose te stellen. Ook zou op deze manier de aangeboden zorg een minder patiëntgericht karakter krijgen. Als dit toch zou gebeuren, bestaat het risico dat de capaciteit van de hoofdbehandelaar bijna magische proporties wordt toebedeeld. Er ontstaan diagnostische fouten met alle gevolgen van dien. Nog ernstiger wordt dit als er hierdoor fouten in de diagnostiek worden geïntroduceerd, die niet als zodanig worden opgemerkt, omdat de hoofdbehandelaar kennelijk geacht wordt een bepaalde diagnostische classificatie te kunnen afgeven op basis van een beperkt contact. Vooral bij comorbiditeit op de assen I en II van de DSM IV is dit risico niet denkbeeldig. Ook worden in dit geval de specifieke deskundigheden van de te onderscheiden beroepsgroepen overschat.

Wij menen dat de kwaliteit van zorg beter wordt gediend als er welomschreven procedures zijn die de betrouwbaarheid en validiteit van de diagnose ondersteunen. Deze procedures, alsmede de inhoudelijke uitwerking daarvan, moeten worden ontleend aan de multidisciplinaire richtlijnen. Het handhaven op deze procedures en het continu meten van de werkzaamheid daarvan door het Hoofd Behandeling, in samenwerking en in afstemming met (hoofd – en mede-) behandelaren, biedt o.i. een betere garantie voor verantwoorde zorg. Wij menen bovendien dat ook de zelfstandig gevestigde psychiaters, klinisch psychologen en psychotherapeuten in sterkere mate dan nu het geval is aan deze kwaliteitsvereisten moeten voldoen.

Er zijn echter enkele situaties waarin een aanvullend consult of onderzoek, op indicatie, door een specifieke hoofdbehandelaar noodzakelijk is. De procedure hiervoor moet eenduidig en helder omschreven zijn. Hiertoe rekenen wij de volgende condities:

- Als er tijdens de intake of op een later moment in de loop van de behandeling aanwijzingen zijn of ontstaan voor een ernstige psychiatrische aandoening, zoals (dreiging van) ernstige depressie met vitale kenmerken, suïcidaliteit of ernstige agressie in het kader van een psychiatrische stoornis, of een psychotische, dissociatieve of maniforme ontregeling, dan dient een daarop gericht psychiatrisch onderzoek plaats te vinden, uitgevoerd door de psychiater.
- Als er aanwijzingen zijn voor het bestaan van een ernstige persoonlijkheidsstoornis, dan dient een aanvullend en hierop gericht psychologisch onderzoek te worden uitgevoerd. Dit onderzoek helpt vast te stellen wat de aard en ernst van de stoornis is en is onmisbaar bij de indicatiestelling tot (soort en dosering van) psychotherapeutische behandeling.
- In het kader van indicatieonderzoek voor psychotherapeutische behandeling: in samenhang met psychologisch onderzoek voert een psychotherapeut enkele onderzoeksgesprekken, waarin op basis van de ontwikkeling van de patiënt in deze gesprekken materiaal wordt verzameld dat nodig is ten behoeve van de indicatiestelling voor behandeling.

#### *Consultatievraag 5*

Ofschoon de lijst van criteria ruim is uitgewerkt, zou de opbouw van de set van criteria inhoudelijk en naar mate van abstractie, respectievelijk concretisering, meer aandacht mogen krijgen. Dit vinden wij relevant voor zowel de invulling van het hoofdbehandelaarschap als voor die van het Hoofd Behandeling. Hierbij willen wij graag aandacht vragen voor een onderscheiden tussen en expliciteren van enerzijds behandel*inhoudelijke* en behandel *procedurele* taken en verantwoordelijkheden en anderzijds de verantwoordelijkheid voor het beleid en de uitvoering van de behandeling, het *behandelbeleid*, en het bewaken en uitvoeren van het *kwaliteitsbeleid* dat de behandeling omgeeft.

Verder achten wij het wenselijk als bij de uitwerking van het kwaliteitsbeleid er eveneens aandacht is voor het transparant maken van zorgprestaties. Het ontwikkelen van kwaliteitsbeleid door middel van Routine Outcome Monitoring (ROM) behoort o.i. ook tot de taak van het Hoofd Behandeling. Onderdelen daarvan kunnen worden gedelegeerd naar de hoofdbehandelaren. We noemen dit omdat wij als NVP- bestuur het van belang vinden dat kwaliteitsbeleid ook een zaak is van de beroepsbeoefenaren en hun beroepsverenigingen en niet alleen van de directies of Raden van Bestuur van (grootschalige) ggz-instellingen.

Ik vertrouw er op u met deze antwoorden van dienst te zijn. Met uw vragen kunt u zich wenden tot de NVP, Heidi Nijboer, directeur, 030 2510161 of [h.nijboer@psychotherapie.nl](mailto:h.nijboer@psychotherapie.nl).

Met vriendelijke groet,



Paul Lamers  
voorzitter NVP



Landelijke Vereniging van Eerstelijnspsychologen, Osdorper Ban 7A, 1068 LD Amsterdam  
T: 020-6673956 F: 020-6675320 E-mail: [lve@lve.nl](mailto:lve@lve.nl) / [www.lve.nl](http://www.lve.nl)

Aan de Inspectie voor de Gezondheidszorg

Amsterdam, 19 december 2012

**Betreft: Consultatiedocument 'Hoofdbehandelaarschap'**

Geachte

Hieronder reageert de LVE op het consultatiedocument 'Hoofdbehandelaarschap in de tweedelijns GGZ' met de beantwoording op de door u gestelde vragen.

**Consultatievraag 1**

***Wat is uw mening over de kwalificatie van hoofdbehandelaar in de tweedelijns GGZ?***

De LVE is voorstander van het goed en scherp definiëren van het hoofdbehandelaarschap. Het betekent evenwel dat ook naar de eventuele inzet van hulppersoneel gekeken dient te worden. In een vrijgevestigde e.a. setting heeft de patiënt recht op behandeling door de professional, de hoofdbehandelaar. De LVE onderschrijft dat de kwalificatie van de hoofdbehandelaar leidend is. Hulppersoneel is ondersteunend bij de behandeling door de hoofdbehandelaar, zonder dat dit de kwaliteit van de zorg schaadt. Dat betekent dat de inschakeling van hulppersoneel aan centrale regels gebonden dient te zijn: zie ook ons antwoord op consultatievraag 2, 5 en de bijlage, als ook de afspraken zoals gemaakt in het Bestuurlijk Akkoord GGZ..

**Consultatievraag 2**

***Kunt u zich vinden in de opsomming van GGZ-zorgverleners die als hoofdbehandelaar in de tweedelijns GGZ aangemerkt worden?***

Wij kunnen ons niet geheel vinden in de beperkte opsomming die u geeft. Naast onderstaande verwijzen wij volledigheidshalve ook naar de reactie van de NVVP in deze.

Verder willen wij nadrukkelijk bepleiten dat de GZ-psycholoog als hoofdbehandelaar van ten minste de kortdurende DBC's kan optreden. Net zoals voorwaarts geïntegreerde instellingen (Indigo, PsyQ e.a.) eerstelijnszorg kunnen leveren, moeten vrijgevestigde GZ-psychologen kortdurende DBC's kunnen leveren.

Ten eerste is de GZ-psycholoog hiervoor deskundig en reeds wettelijk bevoegd. Ten tweede zal het, conform de beleidsintenties van de overheid en het werkveld, kostenbesparend zijn om volgens het stepped-care principe zoveel mogelijk matched care te leveren. Ten derde komt het de flexibiliteit en ontschotting van zorg tegemoet. Ten vierde sluit het aan bij het functioneel maken van de zorg. En tot slot heft het een flagrante ongelijkheid in de markt op.

Hiermee anticiperen wij op een nabije situatie - vanaf 2014 - waarin kortdurende DBC's tot de generalistische basis GGZ zullen gaan behoren. Het is van uiterst belang dat in de tweedelijns alsook in de eerstelijns GGZ, nu nog de eerstelijnspsychologische zorg en de toekomstige generalistische basis GGZ, eisen worden gesteld aan de hoofdbehandelaars. De huidige ontwikkelingen laten ons zien dat zogenoemd 'voorwaarts geïntegreerde instellingen' de eerstelijns GGZ – de toekomstige generalistische basis GGZ – al enkele jaren als groeimarkt zien die zij penetreren. Het is duidelijk dat zij daarbij niet beschikken over *gekwalificeerd* personeel, noch de intentie hebben hierin te voorzien en hun marktaandeel vergroten ten koste van de (eerstelijns)aanbieders, zijnde GZ-psychologen, die wél gebonden zijn aan alle (wettelijke) regelgeving en eisen van zorgverzekeraars.

**Consultatievraag 3**

**Deelt u de taak en verantwoordelijkheid van de hoofdbehandelaar in de tweedelijns GGZ zoals door de Inspectie geformuleerd?**

De LVE is het hier mee eens. Samen met de NVVP zijn wij van mening dat je van patiënten niet kunt verwachten dat zij kennis en inzicht hebben in de kwaliteiten van hun behandelaren. Een patiënt heeft recht op een hoofdbehandelaar die het grootste gedeelte van de behandeling uitvoert en daarnaast de regie heeft over de totale behandeling.

**Consultatievraag 4**

**Bent u het er mee eens dat bovenstaande criteria essentieel zijn voor adequate regievoering door de hoofdbehandelaar?**

De LVE onderschrijft de door de inspectie genoemde criteria.

**Consultatievraag 5**

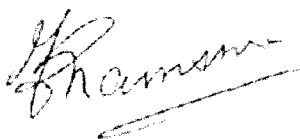
**Welke criteria ontbreken naar uw mening maar zijn wel een essentieel deel van het behandelarschap?**

De LVE vindt al sinds jaar en dag dat voor instellingen dezelfde regels moeten gelden als voor de vrijgevestigden en/of kleine(re) praktijken, omdat een patiënt recht heeft op behandeling door de verantwoordelijk professional zelf, in welke context dan ook! Ook in onze sector kunnen we niet zorgvuldig genoeg zijn t.a.v. de kwaliteit van hulpverlening, zeker als het gaat over aansprakelijkheid en verantwoordelijkheid. Behandeling door hulppersoneel kan, maar met mate, onder verantwoordelijkheid van de hoofdbehandelaar en aan centrale regels gebonden.

Over de inzet van hulppersoneel in een eerstelijns setting heeft de LVE een standpunt uitgebracht en deze aan de zorgverzekeraars e.a. doen toekomen: zie de bijlage. Dit standpunt kan als leidend beginsel ook gelden voor de inzet van hulppersoneel in andere segmenten en sectoren.

Ik vertrouw er op u met deze antwoorden van dienst te zijn.

Met vriendelijke groet,



drs. H. (Hans) Kamsma, voorzitter

**Bijlage:**

Standpunt inzet basispsychologen onder begeleiding van een geregistreerde Eerstelijnspsycholoog (ELP)®

Landelijke Vereniging van Eerstelijnspsychologen



**Standpunt inzet basispsychologen  
onder begeleiding van een  
geregistreerde Eerstelijnspsycholoog (ELP)®**



Oktober 2011

## Inleiding

Er is een groot tekort aan geregistreerde eerstelijnspsychologen. Berekend is dat er per 12.500 inwoners 1 fte aan eerstelijnspsychologen nodig is. Dit wordt, met name in de Randstand en in sommige provincies helaas niet gehaald. Naast grote werkdruk voor eerstelijnspsychologen, heeft dit in toenemende mate ook wachttijden voor cliënten tot gevolg. De Landelijke Vereniging van Eerstelijnspsychologen (LVE) vindt dit een onwenselijke situatie, omdat hiermee één van de kernelementen van de eerstelijnspsychologische zorg in de knel komt: laagdrempelige zorg die eenvoudig bereikbaar en beschikbaar is.

Er zijn meerdere professionals werkzaam in de eerstelijns-geestelijke gezondheidszorg. Naast bijvoorbeeld de praktijkondersteuner van de huisarts, gespecialiseerd in de geestelijke gezondheidszorg (poh-ggz), werken ook gz-psychologen en basispsychologen in de eerstelijns-ggz. In tegenstelling tot eerstelijnspsychologen hebben zij echter geen specifieke opleiding gehad in het behandelen van psychische klachten in de eerste lijn.

De (LVE) hecht grote waarde aan het specifieke karakter van de eerstelijns-geestelijke gezondheidszorg, namelijk het werken vanuit een contextmodel van zorg (naast het medisch model gericht op het behandelen van stoornissen). Hierbij gaat het om zorg die zowel cliëntgericht als klachtgericht is en zorg die gericht is op empowerment van de cliënt. Primaire uitgangspunt hierbij is *zorg op maat* waarbij gehandeld wordt binnen reguliere wetenschappelijke behandelmethodes (richtlijnen, LESA's en standaarden). Eerstelijnspsychologen werken daarbij als normatieve professionals, dat wil zeggen dat zij in staat zijn een weloverwogen behandeling te kiezen binnen het bestaande spanningsveld tussen wetenschappelijke kennis, sociaal-maatschappelijke problemen en normatief geladen morele opvattingen van 'geestelijke gezondheidszorg'. Daarmee onderscheiden zij zich van andere professionals in de eerstelijns-ggz.

### *Wat heeft de LVE gedaan om het probleem van het tekort aan eerstelijnspsychologen op te lossen?*

De LVE heeft beleid ontwikkeld om het tekort aan eerstelijnspsychologen tegen te gaan. Vooral gericht op het opleiden van gz-psychologen tot eerstelijnspsycholoog en het bevorderen van de deelname aan de profielopleiding tot eerstelijnspsycholoog of het doorlopen van het praktijktraject, beide voorwaarde voor inschrijving in het register eerstelijnspsycholoog (NIP).

Zo heeft de LVE de Stichting Praktijkopleidingsplaatsen Eerstelijnspsychologen (SPE) opgericht. Deze stichting heeft als doel eerstelijnspsychologen te ondersteunen die de ambitie hebben een opleiding tot gz-psycholoog onder te brengen in hun praktijk. Ondanks voortdurende nieuwe initiatieven blijkt het nog steeds lastig om gz-opleidingen op te leiden vanuit een eerstelijnspsychologische praktijk.

Daarnaast heeft de LVE zich ingespannen om een profielopleiding eerstelijnspsycholoog van de grond te krijgen. Dit is gelukt, de profielopleiding eerstelijnspsycholoog is erkend door het CONO en de Kamer GZ. September 2010 is de profielopleiding eerstelijnspsycholoog bij het SPON Nijmegen van start gegaan. Op dit moment zijn bijna 100 gz-psychologen in opleiding tot eerstelijnspsycholoog via de al langer bestaande praktijkvariant (via het NIP).

Gezien het tekort aan eerstelijnspsychologen, de actuele ontwikkelingen in de eerstelijnspsychologische zorg, de groei van de werkdruk voor eerstelijnspsychologen en de wachtlijsten voor cliënten bij de huidige geregistreerde eerstelijnspsychologen heeft het LVE bestuur besloten om een standpunt in te nemen in de mogelijke oplossingen voor de ontstane situatie.

In deze notitie wordt het standpunt van de LVE beschreven en nader toegelicht.

## **LVE-standpunt inzet basispsycholoog onder verantwoordelijkheid van een eerstelijnspsycholoog (ELP)<sup>®</sup>**

*Indien er een tekort aan eerstelijnspsychologen is en de kwaliteit van zorg dreigt hierdoor in de knel te komen, is het mogelijk om een basispsycholoog in dienst te nemen en deze onder supervisie van een eerstelijnspsycholoog (ELP)<sup>®</sup> hulp aan cliënten te laten verlenen. Dit alleen onder de voorwaarde dat de basispsycholoog op gelijke wijze wordt begeleid als vereist is voor een gz-psycholoog in opleiding.*

Bestuursbesluit 7 oktober 2011

### **Kwaliteit van zorg**

- I. De basispsycholoog committeert zich aan het LVE-beleid, waaronder het LVE-Kwaliteitshandboek.
- II. Transparantie jegens cliënten: Cliënten worden altijd geïnformeerd wie er met welke kwalificaties in de praktijk werkzaam zijn.
- III. Transparantie jegens zorgverzekeraars: Bij het afsluiten van contracten met zorgverzekeraars wordt gemeld wie er in een praktijk werkzaam zijn.
- IV. De behandelingen die gegeven worden door basispsychologen worden opgenomen in het LVE-codeboek zodat deze gegevens meegenomen kunnen worden in de dataverzameling van het NIVEL.
- V. De LVE monitort de ontwikkelingen m.b.t. het inzetten van basispsychologen onder verantwoordelijkheid van een eerstelijnspsycholoog en bewaakt hierbij tevens de kwaliteit van zorg.

### **Eisen en competenties van de eerstelijnspsycholoog**

1. De eerstelijnspsycholoog is verantwoordelijk voor de praktijkvoering, waaronder de werkverdeling en past daarbij indien nodig triage toe.
2. De eerstelijnspsycholoog draagt zorg voor regelmatige werkbegeleiding en supervisie met een frequentie van eens in de week tot eens in de twee weken, afhankelijk van de werkervaring van de basispsycholoog in kwestie.
3. De eerstelijnspsycholoog is verantwoordelijk voor een laagdrempelige overlegstructuur (in tijd, beschikbaarheid en bereikbaarheid).
4. De eerstelijnspsycholoog kan optreden als werkgever of de basispsychologen kunnen worden gedetacheerd. Te denken valt ook aan regionale constructies als coöperaties of anderszins waarin zaken gezamenlijk kunnen worden geregeld.

### **Eisen aan en competenties van de basispsycholoog**

- A. Onder basispsycholoog wordt verstaan een psycholoog met een master in de psychologie, met klinische psychologie als afstudeerrichting. De basispsycholoog wordt daarbij gezien als ware het een gz-psycholoog in opleiding.
- B. De basispsycholoog moet in staat zijn om het gehele behandeltraject voor zijn rekening te nemen. Het splitsen van diagnose, behandeling en begeleiding waarbij zowel de eerstelijnspsycholoog als de basispsycholoog de cliënt behandelen vindt de LVE ongewenst.
- C. De basispsycholoog neemt deel aan reguliere intervisiemomenten.



- D. De basispsycholoog werkt altijd in een praktijk met een eerstelijnspsycholoog als praktijkhouder.
- E. De basispsycholoog die werkt onder de verantwoordelijkheid van de geregistreerde eerstelijnspsycholoog en die zich tevens heeft laten inschrijven voor een opleidingsplek voor de gz-opleiding kan zich als buitengewoon lid inschrijven bij de LVE.

#### **Tot slot**

- ✓ De eerstelijnspsycholoog is in staat om verantwoordelijkheid te dragen voor het begeleiden van basispsychologen die ingezet worden in een eerstelijnspsychologenpraktijk.
- ✓ Er wordt gestreefd om zoveel mogelijk basispsychologen binnen de eerste lijn op te leiden tot gz-psycholoog en vervolgens tot eerstelijnspsycholoog.
- ✓ De verhouding tussen eerstelijnspsycholoog en basispsycholoog is afhankelijk van de mogelijkheid tot het bieden van voldoende begeleiding, de ruimte en fysieke aanwezigheid van de verantwoordelijke eerstelijnspsycholoog en de eerder verworven competenties en werkervaring van de basispsycholoog. Algemeen uitgangspunt is een maximale verhouding van 3 basispsychologen en/of gz-psychologen in opleiding op 1 eerstelijnspsycholoog.
- ✓ Declaraties lopen via de praktijkhouder op naam van de praktijkhouder. Voor de basispsychologen kan (waarschijnlijk) een AGB-code worden aangevraagd.

NVVP



Nederlandse Vereniging van  
Vrijgevestigde Psychologen & Psychotherapeuten

Aan de Inspectie voor de Gezondheidszorg

Utrecht, 19 december 2012

**Betreft: Consultatiedocument 'Hoofdbehandelaarschap'**

Geachte

**Consultatievraag 1**

***Wat is uw mening over de kwalificatie van hoofdbehandelaar in de tweedelijns GGZ?***

De NVVP is zeer verheugd met het initiatief om het begrip hoofdbehandelaarschap scherp te definiëren. Dit onderwerp kan niet worden besproken zonder ook het onderwerp hulppersoneel te adresseren. In een vrijgevestigde setting heeft de patiënt recht op behandeling door de professional, de hoofdbehandelaar. Slechts een percentage van zo'n 20-30% van de zorg wordt uitgevoerd door hulppersoneel. Dit hulppersoneel is ondersteunend aan de behandeling door de hoofdbehandelaar. Dit kan en mag niet andersom gelden, omdat dat de kwaliteit van de zorg schaadt. De NVVP is het ermee eens dat de kwalificatie van de hoofdbehandelaar allereerst leidend is bij de bepaling van de hoofdbehandelaren.

**Consultatievraag 2**

***Kunt u zich vinden in de opsomming van GGZ-zorgverleners die als hoofdbehandelaar in de tweedelijns GGZ aangemerkt worden?***

Wij kunnen ons niet geheel vinden in de opsomming die u geeft. In uw overzicht ontbreekt de klinisch neuropsycholoog. Op basis van het criterium *kwalificatie* zal het niet ter discussie staan dat de klinisch neuropsycholoog als hoofdbehandelaar moet worden aangemerkt. Desalniettemin heeft u hier niet voor gekozen. De NVVP is van mening dat dit niet juist is. Het is inmiddels een wijdverbreid misverstand dat de klinische neuropsychologie dichter tegen de somatische zorg aanzit dan tegen de GGZ, cq gezien moet worden als een specialisme binnen het werkveld van de medische psychologie. De somatische zorg is echter slechts één van de settingen waarbinnen de klinisch neuropsycholoog werkzaam is. Binnen het werkveld van de medische psychologie zijn psychologen met verschillende kwalificaties (basispsycholoog, gz-psycholoog, klinisch psycholoog, klinisch neuropsycholoog) werkzaam die zich specifiek richten op de diagnostiek en behandeling van emotionele – en gedragsproblemen bij patiënten met lichamelijke ziekten die in een medische omgeving zoals een ziekenhuis, revalidatiekliniek of verpleegkliniek worden behandeld. Binnen dit veld is zoals reeds genoemd ook de klinisch neuropsycholoog werkzaam en zeker daar waar de lichamelijke aandoening of ziekte de hersenen betreft (hersentrauma, CVA's, Parkinson, MS, dementie, etc). Maar dit is niet het enige werkveld van de klinische neuropsycholoog. De klinisch neuropsycholoog is daarnaast ook nadrukkelijk aanwezig in het werkveld van de GGZ. De impliciete onderliggende gedachte die hier mogelijk speelt zou de aanname kunnen zijn dat de klinisch neuropsycholoog zich beperkt tot 'somatiek', terwijl de klinisch psycholoog zich beperkt tot de

'psyche'. Dat is een ouderwetse en zeer achterhaalde gedachte die ook geen recht doet aan de klinische en wetenschappelijke kennisontwikkeling ten aanzien van gezondheid en ziekten waarbij het onderscheid soma en psyche steeds verder vervaagt. In het bestuurlijk akkoord GGZ wordt dit ook nadrukkelijk onderstreept.

Er is daarnaast een belangrijke toegevoegde waarde van vrijgevestigde praktijken van klinisch neuropsychologen. De klinisch neuropsycholoog is voor zijn beroepsuitoefening niet gebonden aan een somatische instelling, cq ziekenhuis, evenmin dat een klinische psycholoog altijd gebonden zou moeten zijn aan een GGZ-instelling. Het is een bekend gegeven dat in de eerste periode na hersenletsel vooral de lichamelijke en cognitieve problemen op de voorgrond staan, pas na verloop van tijd worden de emotionele- en gedragsproblemen zichtbaar zoals prikkelbaarheid, apathie, ontremd gedrag of emotionele vervlakking. Ook gaan veel degeneratieve hersenaandoeningen op termijn gepaard met gedrags- en emotionele veranderingen (bv. MS, Parkinson). Deze veranderingen zijn een enorme belasting voor de patiënt, familie en omgeving. Voor dergelijke complexe problematiek kan de patiënt niet meer terug naar het (soma)ziekenhuis (geen of beperkte mogelijkheden tot langerdurende psychotherapeutische behandeling door klinisch psycholoog of klinisch neuropsycholoog – zal naar verwachting ook alleen maar verder worden afgebouwd) of revalidatiecentrum (geen 'multi-problematiek, behandeling door alleen klinisch psycholoog of klinisch neuropsycholoog is hier niet mogelijk). Een deel van de patiënten zal via de institutionele GGZ behandeling vinden bij een klinisch neuropsycholoog. De meeste patiënten kunnen hiervoor zeer goed opgevangen worden in een vrijgevestigde praktijk van een klinische neuropsycholoog. Aanvullende en dure somatische zorg is dan niet nodig om adequate behandeling in te kunnen zetten. Patiënten worden geleerd op constructieve wijze om te gaan met de onomkeerbare beperkingen en handicaps. Deze therapeutische interventies vragen wel veel aanpassingen. De beschadigde hersenen die leiden tot problemen, moeten immers ook worden aangesproken om diezelfde problemen op te lossen. Het leren verloopt wezenlijk anders dan in niet-beschadigde hersenen. Zo is bijvoorbeeld het ziektebesef en -inzicht vaak verstoord, waardoor de behandelmotivatie gering kan zijn of zelfs geheel ontbreekt. Of de frustratietolerantie is zo laag, dat geen enkele teleurstelling - onvermijdelijk bij het oefenen van nieuw gedrag - wordt verdragen. Een egocentrische focus, frequent na hersenletsel, kan betekenen dat de patiënt alleen maar de omgeving als probleem ziet en zelf beslist niet wil veranderen. Patiënten missen soms het vermogen om over zichzelf en hun gedrag te reflecteren – een belangrijke voorwaarde om verandering van gedrag mogelijk te maken. Vaak is er sprake van beperkte mentale belastbaarheid, een zwak geheugen of slechte concentratie waardoor het leren ernstig wordt beperkt en dat wat eenmaal geleerd weer snel wordt vergeten. Dergelijke complicaties maken het omzetten en aanpassen van psychotherapeutische behandelmethoden naar patiënten met hersenletsel cruciaal en vraagt uitgebreide kennis over de aard en complexiteit van de gevolgen van hersenletsel. Kennis die besloten is in het specialisme van de klinisch neuropsycholoog. De aangepaste psychotherapie voor hersenletselpatiënten wordt samengevat onder het koepelbegrip 'neuropsychotherapie'. Het uitsluiten van de klinisch neuropsycholoog als hoofdbehandelaar in de GGZ lijkt meer een verkapte bezuinigingsmaatregel die uiteindelijk de toegang tot de zorg voor deze patiëntencategorie ernstig schaadt.

***Over deze tekst is uitvoerig overleg geweest met Prof. dr. Rudolf W.H.M. Ponds, Klinisch neuropsycholoog, Hoogleraar Medische Psychologie, voorzitter sectie Neuropsychologie NIP. Bovenstaande tekst is met medewerking en goedkeuring van Professor Ponds tot stand gekomen.***

Verder kunnen wij ons voorstellen dat de GZ-psycholoog als hoofdbehandelaar van de kortdurende DBC's kan optreden. Hiermee houden wij geen pleidooi om in de tweedelijns GGZ de GZ-psycholoog als hoofdbehandelaar op te voeren. Dit voorstel anticipeert feitelijk op een mogelijk toekomstige situatie waarin kortdurende DBC's tot de generalistische basis GGZ zullen gaan behoren. Anticiperend hierop stellen wij dat het cruciaal is dat ook in de eerste lijn, de toekomstige generalistische basis GGZ, eisen worden gesteld aan de hoofdbehandelaars. De huidige marktontwikkelingen geven aanleiding om te denken dat voorwaarts geïntegreerde instellingen de

eerste lijn – de toekomstige generalistische basis GGZ – als groeimarkt zien die zij willen penetreren. Het is nu al duidelijk dat zij daarbij niet beschikken over *gekwalificeerd* personeel, noch de intentie hebben hierin te gaan investeren! ***In dit kader verwijs ik u ook naar de reactie van de Landelijke Vereniging van Eerstelijnspsychologen (LVE).***

Verder is het evident dat de klinisch psycholoog, psychotherapeut en de psychiater als hoofdbehandelaar worden aangemerkt. Voor de klinisch psycholoog en de psychotherapeut geldt dat zij een lange specialistische opleiding in de diagnostiek en psychotherapeutische behandeling van complexe psychische problematiek hebben genoten. De psychotherapeut en de klinisch psycholoog zijn professionals die zich richten op behandeling van patiënten met complexe problematiek, veelal meervoudige problematiek, persoonlijkheidsproblematiek of een combinatie van beide.

***Consultatievraag 3***

***Deelt u de taak en verantwoordelijkheid van de hoofdbehandelaar in de tweedelijns GGZ zoals door de Inspectie geformuleerd?***

De NVVP is het hier volmondig mee eens! Je kunt van patiënten niet verwachten dat zij kennis en inzicht hebben in de kwaliteiten van hun behandelaren. Een patiënt heeft recht op een hoofdbehandelaar die het grootste gedeelte van de behandeling uitvoert en daarnaast de regie heeft over de totale behandeling.

***Consultatievraag 4***

***Bent u het er mee eens dat bovenstaande criteria essentieel zijn voor adequate regievoering door de hoofdbehandelaar?***

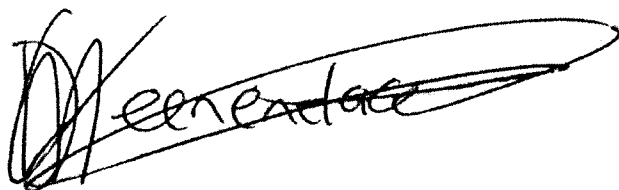
De NVVP onderstreept dat de door de Inspectie aangehaalde criteria cruciaal zijn.

***Consultatievraag 5***

***Welke criteria ontbreken naar uw mening maar zijn wel een essentieel deel van het behandelarschap?***

De NVVP is van mening dat er voor de instellingen dezelfde regels moeten gelden als voor de vrijgevestigden; niet eens zozeer om redenen van gelijke monniken, gelijke kappen, maar omdat een patiënt recht heeft op behandeling door de professional zelf! De NVVP pleit er dan ook voor om maximaal 20-30% van de behandeling door hulppersoneel uit te laten voeren. Dergelijk beleid zal de kwaliteit en effectiviteit van de GGZ ten goede komen

Met vriendelijke groet,



drs. Judith M. Veenendaal, directeur

Inspectie voor de Gezondheidszorg

Postbus 2680  
3500 GR Utrecht

Utrecht, 20 december 2012

Betreft : Reactie V&VN op consultatiedocument 'Hoofdbehandelaarschap in tweedelijns GGZ'

Geachte

De beroepsvereniging Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN) heeft het afgelopen jaar veel onduidelijkheden gesignaleerd over de rol van hoofdbehandelaar in de GGZ. Door deze consultatieronde en het advies aan de minister van VWS over de rol van hoofdbehandelaar hoopt V&VN dat er meer duidelijkheid komt voor haar achterban. De stringente naleving van polisvoorwaarden door zorgverzekeraars zorgt voor veel frustratie en onduidelijkheid bij de beroepsgroep van verpleegkundig specialisten en verpleegkundigen.

In de brief vindt u onze reactie op de aangegeven consultatievragen. Deze reactie is tot stand gekomen in overleg met afdelingen van V&VN.

**Consultatievraag 1: Wat is uw mening over de kwalificatie van hoofdbehandelaar in de tweedelijns GGZ?**

In het consultatiedocument schets de IGZ de verschillende perspectieven hoe naar het hoofdbehandelaarschap gekeken kan worden, variërend van het bekostigingsperspectief tot het perspectief van kwaliteit en veiligheid.

V&VN vindt het van cruciaal belang dat er een duidelijk inhoudelijke onderbouwing ten grondslag ligt aan de rol van hoofdbehandelaar. Eisen aan de kwalificaties zoals opleidingsniveau en bekwaamheid van de hoofdbehandelaar zijn cruciaal. Dit moet blijken uit de vereiste BIG registratie (minimaal art. 14 Wet BIG) en door ervaring en scholing. Daarnaast moet de hoofdbehandelaar ook bekwaam zijn om DSM IV classificaties te stellen. Het BIG-register geeft met de verschillen, zijnde artikel 3 en 14, duidelijkheid over de bevoegdheid van een zorgverlener. De verpleegkundig specialist is expert op gebied van de verpleegkundige beroepsuitoefening en maakt gebruik van inzichten uit andere deskundigheidsgebieden, waaronder die van het medisch specialisme. Hierbij geeft de specialist zelfstandig vorm aan het zorgproces binnen het eigen deskundigheidsgebied. De verpleegkundig specialist beschikt over de bevoegdheid tot het zelfstandig indiceren en uitvoeren van voorbehouden

handelingen. De zorgverleners verwijzen waar nodig de cliënt naar een andere zorgverlener, indien bijvoorbeeld de grenzen van deskundigheid overschreden wordt.

Binnen GGZ instellingen wordt in het huidige professionele statuut hoofdbehandelaar gelijkgesteld met behandelverantwoordelijke. Dit is degene die verantwoordelijk is voor het opstellen van het behandelplan en het regisseren van de uitvoering daarvan.

Deze consequente redenering ligt nu niet ten grondslag aan de wijze waarop de rol van hoofdbehandelaar wordt ingevuld.

**Consultatievraag 2: Kunt u zich vinden in de opsomming van GGZ-zorgverleners die als hoofdbehandelaar in de tweedelijns GGZ aangemerkt worden?**

Naast de genoemde GGZ-zorgverleners dient de verpleegkundig specialist GGZ (VS GGZ) ook als hoofdbehandelaar in de tweedelijns GGZ aangemerkt worden. De VS GGZ is master opgeleid en door praktijk en theorieonderwijs bekwaamd om op specialisten niveau patiënten te diagnosticeren en te behandelen. De verpleegkundig specialist staat ingeschreven in het specialistenregister (artikel 14) van de wet BIG. Gezien het academische werk- en denkniveau van de VS GGZ is de rol van hoofdbehandelaar in de tweedelijns GGZ niet meer dan een logische stap. In bijlage 1 staat aangegeven waarin een artikel 14 zorgverlener zich onderscheidt van een artikel 3 zorgverlener.

**Consultatievraag 3: Deelt u de taak en verantwoordelijkheden van de hoofdbehandelaar in de tweedelijns GGZ zoals door de IGZ geformuleerd?**

De beroepsvereniging V&VN kan zich vinden in de door de IGZ geformuleerde taak en verantwoordelijkheden van de hoofdbehandelaar. Een belangrijk bron hierbij is de Handreiking Verantwoordelijkheidsverdeling bij samenwerking in de zorg<sup>1</sup>. De basis vormt de wet BIG en de Kwaliteitswet. Het toepassen van de handreiking is één van de manieren om aan de Kwaliteitswet te voldoen. De handreiking bevat dertien aandachtspunten op welke wijze samenwerking tussen hoofdbehandelaren en behandelaren goed vorm te geven is. In de handreiking staat beschreven dat er per cliënt drie rollen te verdelen zijn: wie is belast met de inhoudelijke verantwoordelijkheid voor de cliënt, wie is belast met de coördinatie van zorg en wie is het aanspreekpunt voor vragen van de cliënt. Leidend in de keuze van hoofdbehandelaar volgens deze handreiking is het betreffende deskundigheidsgebied. Per cliënt kan gekozen worden voor een hoofdbehandelaar uit het medisch, psychologische of verpleegkundige gebied. Per context wordt bepaald welke zorgverlener daartoe in de beste positie is. Bij voorkeur wordt er dan voor gekozen de drie genoemde taken (inhoudelijke verantwoordelijkheid, coördinatie van zorg en aanspreekpunt voor de cliënt) door één persoon uit te

---

<sup>1</sup> Handreiking Verantwoordelijkheidsverdeling bij samenwerking in de Zorg, Utrecht, 2010, onderschreven door KNMG, V&VN, KNOV, KNGF, KNMP, NIP, NVZ, NFU, GGZ Nederland en NPCF.

laten voeren, waar mogelijk dus de hoofdbehandelaar. Daar deze handreiking door negen beroepsorganisaties is ontwikkeld is deze breed gedragen door de veldpartijen.

**Consultatievraag 4/5: Bent u het er mee eens dat bovenstaande criteria (uit consultatiedocument) essentieel zijn voor adequate regievoering door de hoofdbehandelaar? En ontbreken er criteria?**

V&VN onderschrijft de aangegeven criteria in het consultatiedocument voor een adequate regievoering van de hoofdbehandelaar. Mogelijk kan aan criteria 9 nog toegevoegd worden dat een hoofdbehandelaar in overleg met een cliënt een behandeling na evaluatie kan beëindigen op basis van de gestelde doelen in het behandelplan.

Een ander aandachtspunt bij deze consultatievragen is het feit dat uit alle informatie blijkt dat het de verantwoordelijkheid van (hoofd)behandelaren vanuit wet BIG, Burgerlijk Wetboek en professionele standaard is om als een 'goed zorgverlener' vorm te geven aan samenwerking. Ieder heeft hierbij zijn eigen rol, taak en (juridische) verantwoordelijkheid. Van belang hierbij, zo blijkt uit diverse tuchtzaken, is met name dat zorgverleners onderkennen waar de grenzen van hun deskundigheid liggen. Alleen dan kan immers sprake zijn van goede doorverwijzing naar de juiste zorgverleners. Mogelijk kan als criterium nog worden toegevoegd de aanvulling dat een hoofdbehandelaar alert is op grenzen van eigen mogelijkheden en deskundigheid en zo nodig verwijst naar een andere zorgverlener of deze consulteert.

Tenslotte willen wij als V&VN aangegeven dat dit consultatie document gericht is op de tweedelijns GGZ. Ook voor de generalistische GGZ is het wenselijk om tot heldere afspraken te komen over de rol van hoofdbehandelaar. Verder willen wij met klem benadrukken dat wij het voor onze achterban cruciaal vinden dat er meer duidelijkheid komt over de rol van hoofdbehandelaar verwoord in een veldnorm. Mocht als direct duidelijk worden dat bepaalde partijen, zoals de zorgverzekeraars, deze veldnorm niet onderschrijven en naleven, dan achten wij het noodzakelijk om tot een wettelijke aanwijzing te komen.

Indien u vragen heeft over de beantwoording van de consultatievragen door V&VN, dan kunt u contact opnemen met mw. F.Bolle (f.bolle@venvn.nl of 06-10905197)

Met vriendelijke Groet,

Drs. H. Zijlstra  
Directeur V&VN

Bijlage 1 **Zorgverleners artikel 14 Wet BIG** onderscheiden zich van een artikel 3 van de wet BIG zorgverlener door:

a. zelfstandigheid. Hierbij geeft de zorgverlener zelfstandig vorm aan het zorgproces binnen het eigen deskundigheidsgebied. De verpleegkundig specialist beschikt over de bevoegdheid tot het zelfstandig indiceren en uitvoeren van voorbehouden handelingen. De zorgverleners verwijzen waar nodig de client naar een andere zorgverlener, indien bijvoorbeeld de grenzen van kennen en kunnen overschreden wordt. Dit geldt voor alle artikel 14 wet BIG geregistreerde zorgverleners, niet anders voor de verpleegkundig specialist.

b. Deskundigheid. De verpleegkundig specialist is expert op gebied van de verpleegkundige beroepsuitoefening en maakt gebruik van inzichten uit andere deskundigheidsgebieden, waaronder die van het medisch specialisme.

De verpleegkundig specialist heeft de rol van klinisch expert en beschikt over de volgende competenties:

- a. Verlenen van patiëntgerichte zorg op expertniveau.
- b. Zorg dragen voor een effectieve communicatie en interactie met client en andere betrokkenen.
- c. Samenwerken met andere disciplines op basis van gelijkwaardigheid met als doel het realiseren van een optimale patiëntenzorg.
- d. Participeren in het organiseren van zorgprocessen in de verschillende lijnen van de gezondheidszorg.
- e. Bevorderen van de gezondheid en het welzijn van patiënten en bevolkingsgroepen.
- f. Leveren van een bijdrage aan de ontwikkeling en implementatie van klinische en wetenschappelijke kennis en de verspreiding van hun deskundigheid; dit alles in het continuüm van een voortdurend leerproces.
- g. Uitoefenen van het beroep op een deskundige, kwalitatief goede manier leidend tot een zorgvuldige beoordeling van de individuele situatie van een cliënt, tot vakkundig interveniëren of behandelen en procedureel correct handelen.

De concrete taakinvulling van de verpleegkundig specialist omvat het verlenen van verpleegkundige zorg op expertniveau en geprotocolleerde geneeskundige zorg binnen de GGz. Concreet betekent dit dat de verpleegkundig specialist bevoegd en bekwaam is om een anamnese af te nemen, indicatiestelling te verrichten en diagnoses te stellen. Daarnaast stelt de VS een multidisciplinair behandelplan op en voert deze uit en ziet toe op de uitvoering door collegae hiervan. De VS evalueert de behandeling en start en sluit zelfstandig de behandeling. Onder de voorbehouden handelingen binnen de VS valt het voorschrijven van UR geneesmiddelen.



Inspectie voor de Gezondheid  
Ministerie van VWS

Hoofinspecteur publieke en Geestelijke Gezondheidszorg  
Postbus 2680  
3500 GR UTRECHT

Datum : 4 januari 2013  
Ref : MP/aj/1301007  
Betreft : consultatie 'Hoofdbehandelaarschap in de tweedelijns GGZ'

Geachte

Als vertegenwoordigende partij van een substantiële groep gedragswetenschappers in (o.a.) reageert de Nederlandse vereniging van pedagogen en onderwijskundigen (NVO) graag op het consultatiedocument dat u ons medio december stuurde.

De NVO is het met uw minister en u eens dat het uiterst wenselijk is dat er een eenduidig kader komt voor het hoofdbehandelaarschap in de tweedelijns GGZ. Ook onze waarneming is dat daarover op dit moment veel onduidelijkheid bestaat in het veld.

Haar reactie baseert de NVO op de volgende criteria:

- Zorg moet kwalitatief gewaarborgd zijn;
- Voor de cliënt, maar ook voor andere betrokkenen moet volstrekt helder en eenduidig zijn wie aanspreekbaar en verantwoordelijk is;
- Zorg moet doelmatig zijn;
- Zorg moet efficiënt zijn;

### **Algemene reactie**

#### *Individuele zorg als criterium*

In het consultatiedocument haalt u o.a. jurisprudentie aan over de rol van de geneesheer-directeur, in combinatie met kwalificatie-eisen en tuchtrecht. Ook het openen en sluiten van een DBC wordt, zij het niet in uw consultatiedocument, in relatie gebracht met het hoofdbehandelaarschap. Voordat we als NVO uw vraag naar bekwaamheidseisen en invulling van het hoofdbehandelaarschap beantwoorden, willen we graag ingaan op verbanden die soms als vanzelfsprekend worden gelegd, maar naar mening van de NVO helder onderscheid vergen.

Een organisatorisch eindverantwoordelijke, die over de vereiste kwalificaties beschikt en onder het tuchtrecht valt, kan in principe hoofdbehandelaar zijn. Hij/zij draagt echter ook verantwoordelijkheid voor zaken die wel randvoorwaarde zijn een goede invulling van het hoofdbehandelaarschap, zoals het algemene zorg- en kwaliteitsbeleid van een zorginstelling, maar daarmee niet identiek zijn aan het hoofdbehandelaarschap zelf. Of hij ook als hoofdbehandelaar kan fungeren, hangt o.a. af van zijn 'span of control' en van criteria die nu nog niet zijn benoemd, zoals het aantal cliënten waarover redelijkerwijs een hoofdbehandelaarschap kan worden gevoerd.

De NVO pleit ervoor het hoofdbehandelaarschap op te vatten als *de eindverantwoordelijkheid voor de individuele diagnose én voor de individuele behandeling én voor verantwoording over voortgang en resultaten van die behandeling*. Dit vraagt een actieve betrokkenheid bij diagnostisch onderzoek bij en behandeling van cliënten op basis van daarvoor noodzakelijke kennis en vaardigheden.

Het openen en sluiten van een DBC gebeurt onder verantwoordelijkheid van deze hoofdbehandelaar, maar beschouwt de NVO als een administratieve handeling die niet per se door de hoofdbehandelaar zelf hoeft te gebeuren.

#### *Mono- en multidisciplinair overleg en doorzettingmacht*

In het consultatiedocument neemt het werken in en omgaan met netwerkorganisaties logischerwijs een belangrijke plaats in. Mèt het NIP constateert de NVO echter dat daarmee zelfstandig hoofdbehandelaarschap enerzijds en verantwoordelijkheidsverdeling tussen behandelaren onvoldoende worden onderscheiden.

Het bieden van gespecialiseerde zorg behoeft niet in alle gevallen een complexe(re) multidisciplinaire aanpak. Zeker daar waar standaardisatie van behandelingen gerealiseerd en verantwoord is, kan deze door één discipline en eventueel door de hoofdbehandelaar zelf en alleen, uitgevoerd worden. De in het consultatiedocument geformuleerde criteria bieden daarvoor echter nog geen handzaam kader.

Met u is de NVO van mening dat de hoofdbehandelaar verantwoordelijk is voor de zorg van de patiënt/cliënt, diens naasten én voor de regie op de behandeling. Onder dat laatste verstaat de NVO uitwisseling en afstemming met andere behandelaars, binnen én buiten de instelling en eventueel op andere domeinen en in andere settings. De NVO is voorstander van integrale zorg die zo dicht mogelijk bij de cliënt wordt verzorgd. De vraag is echter hoe ver die verantwoordelijkheid reikt. Doorzettingmacht van de hoofdbehandelaar kan wenselijk zijn, maar kan zich tegelijkertijd slecht verhouden tot de beroepsverantwoordelijkheid van andere behandelaren en/of met het beleid van een andere organisatie. Een eventueel concept van doorzettingmacht vergt nadere doordenking op deze punten. Ook het NIP wijst daarop.

#### *Relatie toekomstige generalistische basis-ggz*

Het consultatiedocument richt zich op de tweedelijns GGZ. Met het vooruitzicht van een herindeling van de GGZ rijst ook de vraag hoe de te ontwikkelen veldnorm zich gaat verhouden tot rollen en bevoegdheden in de generalistische basis-GGZ. In het 'Bestuurlijk Akkoord Toekomst GGZ 2013 – 2014' wordt daarop namelijk expliciet gezinspeeld: "... is het

*van belang dat de prestaties in de generalistische Basis GGZ goed vergelijkbaar zijn met prestaties van de gespecialiseerde GGZ. En dat data- en registratiesystemen gebruikt worden (...) waarbij qua informatie-uitwisseling dezelfde taal wordt gebruikt als in de gespecialiseerde GGZ."*

Om een optimaal continuüm te waarborgen bepleit de NVO dat bij de te ontwikkelen veldnorm 'met een schuin oog wordt gekeken' naar bruikbaarheid en toepasbaarheid in de generalistische basis-GGZ.

### **Consultatievragen**

#### *Consultatievraag 1:*

*Wat is uw mening over de kwalificatie-eisen van hoofdbehandelaar in de tweedelijns GGZ?*

Met de Inspectie is de NVO van mening dat bekwaamheid randvoorwaarde is om juiste en passende zorg te garanderen. Met de inspectie vindt ook de NVO dat een opleiding, inclusief voldoende praktijkervaring, daarvoor de juiste basis biedt.

De inspectie verengt dat vervolgens echter tot BIG-geregistreerde zorgverleners en in haar opsomming tot specialismen. Dat acht de NVO uit hoofde van doelmatigheid en efficiëntie, evenals de LVE en NVVP, een gemiste kans.

Uitgangspunt voor de NVO zijn de aard en ernst van de zorgvraag van de cliënt/het cliëntstelsel en de complexiteit daarvan.<sup>1</sup> Kwalificatie-eisen die aan de hoofdbehandelaar gesteld worden, moeten in het verlengde hiervan, proportioneel en realistisch zijn.

Daarom acht de NVO als minimale vereiste kwalificatie voor een hoofdbehandelaar het postmaster-niveau van de artikel 3 beroepen in de Wet BIG en van equivalenten daarvan, zoals de kinder- en jeugdpsycholoog en de Orthopedagoog-Generalist. Juist wanneer het om kinderen en jeugdigen gaat en daarmee ook om de opvoedkundige context waarin de behandeling vorm zal krijgen, kunnen beide laatst genoemde beroepsgroepen van belangrijke toegevoegde waarde zijn, ook en juist als hoofdbehandelaar. Een voorwaarde is dan overigens wel dat kennis en vaardigheden aantoonbaar (via herregistratie) worden bijgehouden.

In geval van zeer complexe cliënten/cliëntsystemen kan inzet van medische en gedragswetenschappelijke specialismen vereist zijn. Minder zware zorg als het kan, zeer specialistische zorg als het moet.

De afbakening tussen minder en meer complexe zorg is mede afhankelijk van beschikbare expertise en organisatiewijze op regionaal niveau. Het zal ondoenlijk zijn zo'n afbakening in landelijke criteria te vatten. De NVO zou echter graag zien dat een instelling de inzet van meer gespecialiseerde en dus duurdere vormen van zorg aan de inspectie verantwoordt.

#### *Consultatievraag 2:*

*Kunt u zich vinden in de opsomming van GGZ-zorgverleners (psychiater, psychotherapeut, klinisch psycholoog) die als hoofdbehandelaar in de tweedelijns GGZ aangemerkt worden?*

<sup>1</sup> Zie ook 'Bekwaam is bevoegd', Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (april 2011).

*Indien nee: welke professie(s) zouden naar uw mening achterwege moeten worden gelaten en/of worden toegevoegd (graag vragen wij uw antwoord te motiveren)?*

Uiteraard is de NVO van mening dat de genoemde beroepsgroepen als hoofdbehandelaar kunnen fungeren. Zoals gezegd zou zij het echter een gemiste kans vinden het hoofdbehandelaarschap tot deze drie genoemde groepen te beperken.

De redenen daarvoor zijn al kort aangestipt bij consultatievraag 1.

De NVO acht naast kwaliteitsborging doelmatigheid en efficiëntie cruciaal. Zij is echter niet goed in staat die doelmatigheid en efficiëntie te bepalen zonder dat zij gegevens heeft over het aantal cliënten waarvoor nu en in de toekomst een hoofdbehandelaar beschikbaar moet zijn, over een richtlijn voor het aantal cliënten per hoofdbehandelaar, over het aantal (beoogd) hoofdbehandelaren in de tweedelijns GGZ, en over de functie van instellingen die een combinatie van tweedelijns en (straks) generalistische basiszorg bieden. Een eerste vraag van de NVO is dan om op basis van dergelijke gegevens te bepalen welke (kwantitatieve) consequenties een inperking tot de categorieën die de inspectie voorstelt, heeft.

De NVO kan wel op basis van haar huidige inzichten onderbouwen dat het doelmatig en efficiënt is om ook andere beroepsgroepen in aanmerking te laten komen voor als hoofdbehandelaar.

*1. Specifieke expertise voor kinderen, jeugdigen en hun opvoedingscontext*  
Zeker bij kinderen en jeugdigen is naast een meer medisch gerichte behandeling een 'systeembehandeling' wenselijk en vaak zelfs noodzakelijk. Curatieve zorg bij deze doelgroep is immers altijd ingebed in een opvoedingscontext. Juist bij kinderen en jongeren is het belangrijk de rol die de naaste en andere opvoeders spelen te ondersteunen en waar nodig te beïnvloeden en te optimaliseren. Kinder- en jeugdpsychologen en orthopedagoog-generalisten zijn vaak meer toekomst- en oplossingsgericht dan medisch en 'stoornis-georiënteerd'. Deze insteek is in lijn met de beoogde transitie van de Jeugdzorg. Tegen dat licht is het wenselijk dat expliciet mogelijk wordt gemaakt deze specifieke expertise op postmasterniveau te kunnen inzetten, juist ook als hoofdbehandelaar en regievoerder. Inperking tot de categorieën die de inspectie voorstelt kan, onbedoeld, onnodige medicalisering versterken.

*2. Nabij, toegankelijk en zo licht mogelijk*  
Zoals gezegd is ook binnen de gespecialiseerde GGZ sprake van relatief eenvoudige vormen van diagnostiek en behandeling. Mede doordat richtlijnen, protocollen en andere beroepsstandaarden beschikbaar zijn, is het voor het bieden van gespecialiseerde zorg niet

altijd een specialist nodig.<sup>2</sup> Het inzetten van ook andere bekwame professionals waar dit kan, biedt de mogelijkheid zorg dichterbij huis, toegankelijker, sneller en minder duur aan te bieden.

### 3. Kosten en consequenties

Een eventuele inperking tot de categorieën die de inspectie voorstelt, betekent enerzijds relatief dure zorg en anderzijds een beperking tot het aantal professionals dat als hoofdbehandelaar kan fungeren.

Bij een gelijkblijvend budget en kwaliteitsafspraken met zorgverzekeraars zullen zorginstellingen prioriteiten moeten stellen.

- Eén mogelijke consequentie is dat zorgaanbieders zich gaan beperken tot complexe zorg
- Een andere consequentie is dat zij het aantal cliënten gaan beperken, wat consequenties heeft voor wachtlijsten;
- Een derde consequentie tenslotte is die we met deze veldnorm juist willen voorkomen: de directe betrokkenheid reduceren tot op of zelfs onder het minimaal aanvaardbare.

#### Consultatievraag 3:

*Deelt u de taak en verantwoordelijkheid van de hoofdbehandelaar in de tweedelijns GGZ zoals door de inspectie geformuleerd?*

Zoals gezegd onderschrijft de NVO de formulering “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”. Daarbij geeft de NVO wel als aandachtspunt mee dat de tuchtrechtzaken waarnaar in het consultatiedocument wordt verwezen aanleiding geven om aan de verantwoordelijkheid toe te voegen ‘systematische beoordeling/monitoring van het verloop van de behandeling’. Daarmee wordt nadrukkelijker invulling geven aan de verantwoordelijkheid voor het zorgproces en impliciet ook de taak toebedeeld om de behandeling bij te stellen indien daar aanleiding toe is volgens de hoofdbehandelaar.

#### Consultatievraag 4:

*Bent u het er mee eens dat bovenstaande criteria essentieel zijn voor adequate regievoering door de hoofdbehandelaar?*

<sup>2</sup> De circulaire ‘Hoofdbehandelaarschap GGZ’ van Zorgverzekeraars Nederland (2008) biedt een bruikbaar kader om deze groep geregistreerde professionals als zodanig te laten werken. Voorwaarden zijn dat:

- 1) De professional beschikt over voldoende kennis en vaardigheden om het hoofdbehandelaarschap op verantwoorde wijze in te vullen;
- 2) er sprake is van gestructureerd multidisciplinair overleg.

In het ‘Bestuurlijk Akkoord Toekomst GGZ 2013 – 2014’ wordt deze lijn voortgezet. Zo is te lezen: “Vanuit kwaliteitsoverwegingen spreken zorgverzekeraars en zorgaanbieders landelijk in 2012 criteria af waaronder taakherschikking en taakdelegatie plaatsvindt en wat de rol van de hoofdbehandelaar is (...) Het streven moet zijn dat de zorg steeds wordt geboden door de hulpverlener die daartoe het best geëquipeerd is en die de zorg het meest doelmatig kan bieden.”



De NVO ziet de criteria als noodzakelijk voor een goede diagnose en behandeling van de cliënt en voor een goede uitwisseling en afstemming tussen hoofdbehandelaar en medebehandelaars. In voorkomende situaties zullen deze criteria (ook) deel uitmaken van het algemene kwaliteits- en zorgbeleid van een instelling. Dat kan tot gevolg hebben dat in grotere organisaties niet de hoofdbehandelaar, maar anderen navolging geven aan deze criteria.

*Consultatievraag 5:*

*Welke criteria ontbreken naar uw mening maar zijn wel een essentieel deel van het hoofdbehandelaarschap?*

De NVO ziet, in het verlengde van hetgeen zij in het voorgaande heeft gesteld, ook graag benoemd dat:

- profiel, kwaliteit en expertise van de hoofdbehandelaar passend en proportioneel zijn bij de zorgvraag van de cliënt;
- criteria toepasbaar zijn op het hoofdbehandelaarschap in geval van zware, maar desondanks minder complexe en/of monodisciplinaire zorg;
- de hoofdbehandelaar, zeker in geval van kinderen en jeugdigen, de (opvoedings)context meeweegt, waar mogelijk benut en waar nodig ondersteunt, beïnvloedt en optimaliseert;
- doorzettingsmacht nader wordt doordacht;
- de hoofdbehandelaar en/of diens organisatie helder verantwoordt waarom in voorkomende situaties zwaardere en duurdere zorg nodig is in geval van inzet van specialismen;
- de hoofdbehandelaar daar waar deze niet onder de Wet BIG valt, gehouden is aan herregistratie en een vorm van tuchtrecht;

Een belangrijke bepaling is dat cliënten te allen tijden moeten weten wie hun hoofdbehandelaar is.

Tenslotte realiseert de NVO zich dat het consultatiedocument zich beperkt tot de tweedelijns GGZ, maar vraagt zij toch aandacht voor een werkbaar toekomstig continuüm tussen de generalistische basis-GGZ en de tweedelijns-GGZ.

Meer op detailniveau:

- De punten 1 en 2 kunnen worden samengevoegd in: *actief betrokken en initiërend zijn op het diagnostisch en behandelingsproces*. De taken zijn primair gericht op het coördineren van diagnostische onderzoeken en systematische behandelingsplanning; actief ontwerpen, volgen en bijstellen van een plan.
- Bij punt drie 3 is de formulering 'adequate communicatie' erg ruim. Het gaat om het borgen (organisatorisch, procedureel en procesmatig) van het verantwoord kunnen werken door andere behandelaren.
- punt 3 verdient uitsplitsing: het toezien op de bekwaamheid van medebehandelaren is een apart punt.
- Punt 5 is, , zeker gezien het vraagstuk van doorzettingsmacht, essentieel en verdient nadere uitwerking;



- Punt 9 is tweedelig: de hoofdbehandelaar moet
  - a) op de hoogte zijn van het *verloop* van de behandeling (en een besluit kunnen nemen tot interventie, wijziging, etc.);
  - b) hij/zij moet op *accorderen* wat kan als aan a) is voldaan.

De NVO wenst u succes bij het verwerken van de ontvangen reacties tot een advies aan de minister van VWS. Graag wordt de NVO betrokken bij een nadere uitwerking van de beoogde veldnorm. Voor vragen of toelichting kunt u contact opnemen met Denis Koets, senior beleidsmedewerker, via [d.koets@nvo.nl](mailto:d.koets@nvo.nl) of 06 83 23 20 64.

Met vriendelijke groet,  
namens het bestuur,

dr. X.M.H. Moonen  
voorzitter NVO



Inspectie voor de Gezondheidszorg  
programmadirecteur GGZ  
Postbus 16119  
2500 BC DEN HAAG

Sparrenheuvel 16  
Postbus 520  
3700 AM ZEIST  
Telefoon (030) 698 89 11  
Telefax (030) 698 83 33  
E-mail info@zn.nl

Contactpersoon F.J.E.M. Aarts en Ronald Luijk  
Doorkiesnummer 030 69 83 43  
Ons kenmerk B-13-2058-ska1  
Uw kenmerk 2012-462147/LP/P9/br1  
Datum 4 januari 2013  
Onderwerp Reactie ZN op consultatie hoofdbehandelaarschap GGZ

Geachte !

Graag werkt ZN mee met de consultatieronde rond het hoofdbehandelaarschap binnen de 2<sup>de</sup> lijn GGZ. Gezien de verantwoordelijkheid van zorgverzekeraars ten aanzien van de borging van de kwaliteit van de door hen ingekochte 2<sup>de</sup> lijns GGZ zorg, hechten zij namelijk groot belang aan een goede inregeling van het hoofdbehandelaarschap.

Alvorens in te gaan op de individuele consultatie-vragen, merken wij op dat de referentie aan het ZN standpunt in deze, zoals verwoordt in het consultatie-document, niet geheel in overeenstemming is met haar feitelijk standpunt op dit moment. Dit deels omdat hetgeen in het consultatiedocument verwoordt wordt, buiten de context van de betreffende ZN-circulaire, verkeerd geïnterpreteerd kan worden en deels door een op onderdelen gewijzigde opinie door voortschrijdend inzicht; dit laatste betreft onder andere de positionering van de klinisch neuropsycholoog.

**Consultatievraag 1. Wat is uw mening over de kwalificatie van de hoofdbehandelaar in de tweedelijns GGZ?**

Naar de mening van zorgverzekeraars dienen beroepsgroepen die in aanmerking komen om als hoofdbehandelaar voor de 2<sup>de</sup> lijns GGZ op te treden, in het kader van de wet BIG, naar aard (van het geneeskundig handelen), scope (*i.e.* geneeskundige reikwijdte) en diepgang (*i.e.* specialisatie), bekwaam geacht te kunnen worden eindverantwoordelijkheid te dragen en kwaliteitsborging te bieden voor de 2<sup>de</sup> lijns GGZ-zorg. Hierbij wordt van de hoofdbehandelaar ook verwacht de



brede scope van differentiaal-diagnostische (somatische en psychische) overwegingen te overzien. In analogie dient de hoofdbehandelaar verder ook het brede arsenaal van (somatische en psychologische) behandelingsmogelijkheden te overzien om een adequate therapeutische keuze te kunnen maken. (Zie voor de door het kenniscentrum in deze afgewogen overwegingen bijlage I).

**Consultatievraag 2. Kunt u zich vinden in de opsomming van de GGZ-zorgverleners die als hoofdbehandelaar in de tweedelijns GGZ aangemerkt worden?**

Zowel de van de regelgeving afgeleide overwegingen als de inhoudelijke overwegingen (zie bijlage I tot en met IV) leiden tot eenzelfde conclusie, namelijk dat het hoofdbehandelaarschap binnen de 2<sup>de</sup> lijn GGZ zorg in casu de DBC-systematiek in principe enkel voorbehouden zou moeten zijn aan de Psychiater en Klinisch Psycholoog. Vanuit historisch perspectief en om praktische redenen, zou hierop een uitzondering kunnen worden gemaakt voor de vrijgevestigde psychotherapeut; dit zolang dit hoofdbehandelaarschap zich beperkt tot psychotherapeuten in de eigen zelfstandige praktijk. We dienen ons daarbij overigens wel te realiseren dat de huisarts in deze een grotere rol heeft dan alleen die van verwijzer. Van de huisarts wordt in deze situatie namelijk verwacht na de verwijzing mede eindverantwoordelijkheid (*i.e.* hoofdbehandelaarschap) te dragen voor hetgeen in de 2<sup>de</sup> lijn bij de vrijgevestigde psychotherapeut plaats vindt. Het moge duidelijk zijn dat dit een enigszins gekunstelde constructie is die uit het historisch perspectief wellicht te rechtvaardigen is doch die niet tot precedentwerking richting andere beroepsgroepen mag leiden.

Bovenstaande conclusie, dat enkel psychiaters, klinisch psychologen en vrijgevestigde psychotherapeuten voor het hoofdbehandelaarschap in aanmerking komen, betekent niet dat GZ-psychologen, Psychotherapeut, Verslavingsartsen en Arts-assistenten in opleiding tot psychiater werkend binnen een 2<sup>de</sup> lijn GGZ-instelling geen DBC's kunnen openen of sluiten. Naar de mening van zorgverzekeraars kunnen deze professionals bij voldoende ervaring (dit ter beoordeling van de GGZ-instelling c.q. de formele hoofdbehandelaar) binnen een GGZ-instelling namelijk wel competent geacht worden om DBC's te openen en te sluiten wanneer dit onder eindverantwoordelijkheid gebeurt (verlengde arm) van een hoofdbehandelaar (*i.e.* Psychiater of Klinisch Psycholoog) binnen die instelling. Hierbij wordt dan wel verondersteld dat die formele hoofdbehandelaar daadwerkelijk bij de behandeling betrokken is. Dit tenminste via een gestructureerd Multidisciplinair Overleg (MDO), waarbij er binnen dat gestructureerde MDO sprake is van formele gezagsverhoudingen waarbij de formele eindverantwoordelijkheid ligt bij een psychiater of klinisch psycholoog. (Papieren MDO-constructies, MDO structuren zonder formele gezagsverhoudingen of hoofdbehandelaarconstructies zoals soms gezien bij bepaalde instellingen zoals EuroPsyche) bieden naar onze mening onvoldoende kwaliteitsborging en kunnen in deze derhalve niet verantwoord geaccepteerd worden. Zorgverzekeraars bestuderen nog in welke mate deze betrokkenheid van de hoofdbehandelaar, uit het oogpunt van kwaliteitsborging, tot uiting zou moeten komen middels face to face contacten.

**Consultatievraag 3. Deelt u de taak en verantwoordelijkheid van de hoofdbehandelaar in de tweede lijns GGZ zoals door de Inspectie geformuleerd.**

Wij delen de mening van de Inspectie dat "de hoofdbehandelaar als zorgverlener belast is met de zorg ten opzichte van de patiënt en diens naasten én met de regie van de behandeling van de patiënt", maar zouden niettemin gaarne een aangescherpte formulering zien die meer recht doet aan de kwaliteit borgende (eind)verantwoordelijkheid van de hoofdbehandelaar. Voorstel: "De hoofdbehandelaar is als eindverantwoordelijke zorgverlener belast met de zorg ten opzichte van de patiënt en diens naasten én borgt de kwaliteit van zorg (waaronder ook de zorg geboden door medebehandelaars) door het voeren van de regie over de totale behandeling van de patiënt".

**Consultatievraag 4. Bent u het er mee eens dat bovenstaande criteria essentieel zijn voor een adequate regievoering door de hoofdbehandelaar?**

In principe onderschrijven we de door de inspectie in het consultatiedocument geformuleerde criteria. Niettemin vragen we ons af of in de huidige praktijk een volledige naleving van deze criteria voor alle instellingen haalbaar is. Hierover kunnen door zorgverzekeraars lokaal (transitie) afspraken worden gemaakt.

**Consultatievraag 5. Welke criteria ontbreken naar uw mening maar zijn wel een essentieel deel van het hoofdbehandelaarschap?**

Graag zouden wij nadere criteria zien die helpen 'gekunstelde' (naar onze mening oneigenlijke) hoofdbehandelaarschap-constructies (als eerder waargenomen bij EuroPsyche e.a.), die feitelijk geen goede kwaliteitsborging op het niveau van de 2<sup>de</sup> lijn GGZ bieden, tegen te gaan. Te denken valt in deze aan:

- Een vereiste dat er een formele gezagsverhouding dient te bestaan tussen de hoofdbehandelaar en de medebehandelaars.
- Een vereiste met betrekking tot het maximale percentage van de "(gemiddelde) caseload" per cliënt dat via een verlengde arm constructie door medebehandelaars uitgevoerd zou mogen worden. Verscheidene verzekeraars hanteren daarvoor nu al normen ten aanzien van vrijgevestigde GGZ-praktijken en GGZ-instellingen.

Wij wensen u veel succes bij het vervolg van dit document en in het advies aan de Minister.

Met vriendelijke groet,  
Zorgverzekeraars Nederland

Dr. P.F. Hasekamp  
Algemeen directeur

## **Bijlage I Overwegingen t.a.v. vereiste kwalificaties voor het hoofdbehandelaarschap voor de 2<sup>de</sup> lijn GGZ.**

### **Overwegingen n.a.v. relevante wet en regelgeving**

In de spelregels DBC-registratie wordt verwezen naar de wet BIG m.b.t. welke professionals bevoegd en bekwaam geacht moeten worden de rol van hoofdbehandelaar te vervullen.

De wet BIG (zie voor relevante secties bijlage II) kent 2 competentie niveaus, te weten het basisniveau (met 2 dimensies, te weten aard en scope) en het specialistenniveau (3<sup>de</sup> dimensie). De aard (van het geneeskundig handelen) en scoop (i.e. geneeskundige reikwijdte) van de competentie ligt voor beide niveaus gelijk; het verschil zit hem in de diepgang van de competenties op (specialistische) onderdelen. Binnen de wet BIG wordt de aard en scope van de competentie per beroepsgroep aangegeven. Deze basiscompetenties per beroepsgroep geeft tevens aan wie waarvoor in principe bevoegd is. (NB. uitgangspunt is namelijk "wie bekwaam (competent) geacht mag worden is bevoegd").

Voor artsen betreft de scope van hun competentie de totale breedte van de individuele gezondheidszorg en met betrekking tot de aard van de competentie betreft dit zowel het diagnostisch handelen als het therapeutisch handelen.

Voor de gezondheidszorgpsycholoog wordt de scope beperkt tot de diagnostische handelingen betreffende de psychologische stoornissen en het therapeutisch handelen tot de bij algemene maatregel van bestuur aan te wijzen psychologische behandelingsmethoden.

Voor psychotherapeuten wordt de scope beperkt tot de diagnostische handelingen betreffende de psychische stoornissen en het therapeutisch handelen tot de bij algemene maatregel van bestuur aan te wijzen behandelingsmethoden om een psychische stoornis, afwijking of klacht, te doen verdwijnen of te verminderen.

Voor verpleegkundige wordt als competentie aangegeven het verrichten van handelingen op het gebied van observatie, begeleiding, verpleging en verzorging en het ingevolge opdracht van een beroepsbeoefenaar op het gebied van de individuele gezondheidszorg verrichten van handelingen in aansluiting op diens diagnostische en therapeutische werkzaamheden.

De bijzondere deskundigheid (en daarmee samenhangende "specialistische diepgang" van de competentie) die specialisten binnen een bepaalde basisberoepsgroep hebben verworven met betrekking tot de uitoefening van een deelgebied van hun beroep, wordt in de wet niet verder uitgewerkt doch per algemene maatregel van bestuur aan de daarvoor erkende specialistische beroepsverenigingen overgelaten. Let wel, specialisatie vergroot de diepgang van de competentie, doch niet de aard en scope!

Uit de Wet Big kan men aldus afleiden dat voor specialistische (2<sup>de</sup> lijns) GGZ zorg enkel de psychiater en klinisch psycholoog als zelfstandig competent te achten zijn en binnen de DBC systematiek (van toepassing voor de 2<sup>de</sup> lijns GGZ) dus als hoofdbehandelaar aangemerkt kunnen worden. Dit wordt gesteund door artikel 2.4 van het Besluit Zorgverzekering waaruit enkel de gespecialiseerde medicus (i.e. psychiater) en de klinisch psycholoog als verstrekker van (specialistische) geneeskundige GGZ-zorg afgeleid kunnen worden. Verder vinden we dit ook terug in het beroepenschema eerste en tweede lijn GGZ van het CONO (zie bijlage III).

Historisch gezien leverde vrijgevestigde Psychotherapeuten onder de AWBZ echter ook "zelfstandig" 2<sup>de</sup> lijn GGZ zorg. Vraag is nu of zij onder de ZVW als zelfstandig GGZ-specialist c.q. hoofdbehandelaar kunnen worden aangemerkt. Ook in de oorspronkelijke Spelregels DBC-registratie werd dit dilemma onderkend. Ook hier werd aangegeven dat het stellen van de diagnose (de eindverantwoordelijkheid van de hoofdbehandelaar) verder gaat dan het classificeren volgens de DSM-IV. In dit verband werd daarom verder aangegeven dat de medische eindverantwoordelijkheid voor die vrijgevestigde Psychotherapeuten belegd zou kunnen worden/blijven bij de huisarts, waarbij de vrijgevestigde psychotherapeut via een verlengde arm constructie zijn/haar werk doet. Dit is een enigszins gekunstelde constructie c.q. rechtvaardiging en doet in principe ook geen recht aan de