

Zorginstituut Nederland



Hoofddorp, 19 maart 2020

Betreft: Knelpunten in de huidige omschrijving van regiebehandelaarschap

Geachte ,

De GGZ vormt geen enkelvoudig of eenvoudig deel van de gezondheidszorg. Er zijn diverse delen in te onderscheiden die zich ieder bezig houden met bepaalde soorten problematiek. In het huidige kwaliteitsstatuut is dat deels ook wel terug te vinden, doordat voor een aantal specifieke disciplines aangegeven wordt op welk terrein hun deskundigheid zou liggen. Tegelijk wordt echter aangegeven dat twee disciplines bij uitstek altijd de rol van regiebehandelaar in iedere setting zouden kunnen vervullen. Onder de GGZ vallen echter diverse gebieden, die zich om meerdere redenen hier juist niet goed voor lenen. Dat zijn onder andere de takken waarin zorg verleend wordt aan patiënten met veelal complexe somatische, sociale en psychische problematiek zoals dit binnen ouderengeneeskunde en verslavingsgeneeskunde het geval is. Zorg en regie rond de zorg voor deze patiëntengroepen vraagt om specifieke deskundigheid en opleiding hiervoor.

Het huidige kwaliteitsstatuut houdt hier onvoldoende rekening mee en lijkt nog teveel uit te gaan van een min of meer uniform georganiseerde GGZ.

En hoewel vooral inhoudelijke argumenten op de voorgrond dienen te staan, zorgt het huidige kwaliteitsstatuut er overigens mede voor dat een extra groot beslag gelegd wordt op de capaciteit van onder andere psychiaters en klinisch psychologen, zonder dat hierdoor de kwaliteit van de geboden zorg aantoonbaar beter of efficiënter wordt.

Door de Vereniging voor Verslavingsgeneeskunde Nederland (VVGN) is eerder aangegeven dat in het huidige kwaliteitsstatuut (versie 2.0 jan 2020, <https://www.zorginzicht.nl/binaries/content/documents/zorginzicht/kwaliteitsinstrumente/n/ggz-model-kwaliteitsstatuut-kwaliteitsstandaard/ggz-model-kwaliteitsstatuut-kwaliteitsstandaard/files/GGZ-model-kwaliteitsstatuut-2020.pdf>) de relatieve 'status



Vereniging voor Verslavingsgeneeskunde Nederland

aparte' van psychiater en KP in het kader van regiebehandelaarschap als onwenselijk beschouwd wordt voor een optimale zorg voor de patiënt.

Overigens is het huidige kwaliteitsstatuut (evenals versie 2.0) tot stand gekomen buiten een aantal partijen binnen de GGZ om (zoals specialisten ouderengeneeskunde en verslavingsartsen), terwijl het wel alle partijen binnen de GGZ raakt.

De specifieke punten die ons inziens aandacht verdienen zijn:

1) Pagina 19, bullet 3, 6 en 8:

'Voor alle categorieën patiënten/cliënten in de gespecialiseerde ggz geldt dat daarvoor de psychiater of klinisch psycholoog altijd als regiebehandelaar kunnen fungeren.'

'Bij een klinische opname is de regiebehandelaar in beginsel een psychiater of klinisch psycholoog.'

'Bij een crisis-DBC wordt altijd een psychiater geconsulteerd. Hiervoor is geen direct patiëntcontact noodzakelijk.'

Dit is ons inziens onjuist in het geval van verslaving. De psychiater en klinisch psycholoog zijn onvoldoende geschoold/deskundig in veel aspecten van de verslavingszorg. Bijvoorbeeld somatische aspecten die spelen bij intoxicatie en detoxificatie van middelen (zoals leverfalen, COPD, elektrolytstoornissen, ondervoeding, neurologische complicaties etc.) zijn niet opgenomen in de scholing van psychiater en klinisch psycholoog. Ook de verslavingsbehandeling in volledige omvang is geen vast onderdeel van de opleiding van de psychiater/KP. Bijvoorbeeld is de specialistische farmacotherapie als onderdeel van terugvalpreventie in de volledige omvang opgenomen in de opleiding tot verslavingsarts. Voor een patiënt met een primaire diagnose van middelen afhankelijkheid in de specialistische GGZ is -volgens de criteria waaraan een regiebehandelaar moet voldoen volgens het kwaliteitsstatuut (pag. 10 relevante inhoudelijke deskundigheid)- de enige aangewezen regiebehandelaar de verslavingsarts. Gezien de complexe somatische aandoeningen die zich juist klinisch voordoen is de verslavingsarts juist ook klinisch de regiebehandelaar bij uitstek.

In de huidige praktijk (als vastgehouden wordt aan de huidige zienswijze van het kwaliteitsstatuut) zien we dan ook regelmatig de situatie ontstaan dat een verslavingsarts de verslavingsbehandeling uitvoert en coördineert en dan dient terug te rapporteren aan de regiebehandelaar psychiater/KP die inhoudelijk van de verslavingsbehandeling onvoldoende deskundigheid heeft. Dit soort overleg is niet in het voordeel van de patiënt: het kan vertraging in de behandeling opleveren, kan zorgen voor onduidelijkheid wie nu werkelijk het beleid bepaalt en kost tijd en resources wat niets oplevert.

De meerwaarde van psychiater of KP binnen de verslavingszorg zou dan juist als medebehandelaar kunnen zijn, gezien het veelvuldig voorkomen van psychiatrische comorbiditeit waarbij meer specifieke deskundigheid op dat gebied een toegevoegde

waarde kan hebben. Echter in veel gevallen zal inschakelen van psychiater of KP niet direct voor de hand liggen.

Om bij een crisis-dbc altijd een psychiater in te schakelen is, in geval de verwijzer heeft vastgesteld dat het primair om verslavingsproblematiek handelt, niet correct. Ook hier weer is, gezien kennis en kunde de verslavingsarts de aangewezen persoon om hier diagnostiek en behandeling te initiëren, zo nodig de psychiater/KP (of anderen) als medebehandelaar te betrekken.

2) Punten die ons inziens hiermee samenhangen in de tabel op pagina 21

In de eerste kolom staat dat de psychiater ten minste geconsulteerd en bij evaluaties betrokken wordt:

- a. wanneer er gevaar dreigt voor anderen of voor de patiënt/cliënt (waaronder suïcidegevaar)
- b. wanneer ECT overwogen/ingesteld wordt
- c. indien middelen- of maatregelentoepassing dan wel dwangbehandeling in het kader van de Bopz of Wgbo (alleen niet-psychiatrische behandeling) overwogen wordt
- d. in geval van (Bopz)opname en het afgeven van een geneeskundige verklaring in het kader van de Bopz
- e. indien ontslag uit opname, anders dan in het behandelplan voorzien, overwogen wordt
- f. indien medisch coördinerende zorg nodig is bij verdenking op somatische problematiek
- g. indien er sprake is van een verzoek om euthanasie of hulp bij zelfdoding
- h. wanneer er sprake is van een non-respons op de behandeling (conform richtlijn/zorgstandaard).

Punt b, c, d zijn uiteraard bij uitstek situaties waarin een verslavingsarts de psychiater in consult zal vragen/dan wel verwijzen. Hierin is de verslavingsarts niet opgeleid. Bij punt e wordt waarschijnlijk bedoeld een klinisch ontslag tegen de wens van de patiënt (want de andere definitie zou bijvoorbeeld ook beteken dat bij een paar uur vertraging in de overgang van de verslavingskliniek naar een verpleeghuis de psychiater gebeld zou moeten worden etc.). In veel instellingen is de eindverantwoordelijkheid hiervoor belegd bij de geneeskundig directeur.

Alle andere punten kunnen door een verslavingsarts zelfstandig worden afgehandeld binnen de kaders van diens competentie. De psychiater/KP zal door de verslavingsarts geconsulteerd worden in die gevallen waar diens expertise noodzakelijk is. Er is een grote discrepantie tussen bovenstaande adviezen ter consultering en de praktijk binnen de verslavingszorg.

Voorbeelden hiervan:

punt a:

In de verslavingszorg is als gevolg van gedrag en intoxicatie er regelmatig gevaar en (vaak vanuit de intoxicatie) suïcidale ideatie. De verslavingsarts wordt bij uitstek opgeleid om dit gevaar op waarde te schatten, te behandelen waar kan, en te verwijzen indien noodzakelijk (bijvoorbeeld bij beoordeling IBS). Regelmatig consulteert juist de psychiater de verslavingsarts rondom diagnostiek en behandeladvies bij een acute middelenintoxicatie en andere risicovolle situaties (bijvoorbeeld overdosering, interactie middelen en medicatie, verband tussen middelen en somatische complicaties etc.).

punt f:

De verslavingsarts is geschoold in de diagnostiek en behandeling van somatische comorbiditeit in de context van verslaving. In de verslavingszorginstellingen is het de verslavingsarts (en regelmatig ook de verpleegkundig specialist) die de patiënt somatisch beoordeelt en zo mogelijk behandelt en of verwijst. De verslavingsarts wordt juist meestal gevraagd door de psychiater/KP om beoordeling bij somatische comorbiditeit te doen indien dit speelt bij een patiënt. Als deze regel in de praktijk uitgevoerd zou worden zouden de psychiaters alle medische achterwachten bij de verslavingsinstellingen moeten overnemen van de verslavingsartsen die dat nu overall doen. Overigens is deze achterwachtregeling een goede afspiegeling van wat werkelijk nodig is: in het weekend en avonden, en overdag in crisissituaties wordt primair de verslavingsarts ingezet die een psychiater consultatief kan benaderen.

Punt h:

De verslavingsarts is volledig geschoold en competent in de behandeling van verslaving. Ook bij een initiële non-respons op een bepaalde behandeling is de verslavingsarts geschoold en bekwaam in de vervolgstap(pen). Regelmatig wordt juist de verslavingsarts geconsulteerd als bijvoorbeeld een bepaald medicament geen effect heeft of bijwerkingen heeft. Het volgen van dit advies zou tot volledige stagnatie van de verslavingszorg leiden, zó vaak komt het voor dat verslavingsartsen hier in de praktijk zelfstandige beslissingen in nemen.

In dezelfde tabel op blz. 22 wordt de verslavingsarts als regiebehandelaar benoemd met uitzondering van complexe psychiatrische aandoeningen. Omdat verslaving zelf een ernstige en complexe aandoening is, klopt deze definitie niet. Als complexe psychiatrie *anders dan verslaving* primair staat is dit uiteraard wel in het belang van de patiënt. Het behoort overigens tot de competenties van een verslavingsarts om te weten wanneer eventueel een andere discipline ingeschakeld moet worden, dat laat echter onverlet dat ook als er sprake is van complexe andere psychiatrie naast verslaving, een verslavingsarts nog steeds regiebehandelaar kan zijn. De primaire diagnose waarvoor de patiënt binnen de verslavingszorg in behandeling is, is dan immers nog steeds de verslaving.

3) Op pagina 18 punt 2.1

'Binnen de generalistische basis-ggz is altijd een klinisch psycholoog of psychiater beschikbaar voor consultatie of advies'.

Deze voorwaarde is binnen de verslavingszorg overbodig. De verslavingsarts is zelfstandig in staat de volledig verslavingsbehandeling uit te voeren en aan te sturen. Daar waar door psychiatrische comorbiditeit het voor de patiënt helpend is om contact te leggen met een klinisch psycholoog dan wel psychiater kan dit door de verslavingsarts geïndiceerd worden. Het stelselmatig koppelen van klinisch psycholoog dan wel psychiater binnen de verslavingszorg leidt tot bovenmatige kosten en onnodig overleg wat niet helpt om de patiënt effectief te helpen binnen de toch al schaarse zorg de ggz kan aanbieden.

Dat het hier om een status aparte gaat volgt uit het feit dat de verslavingsarts ook niet gekoppeld wordt aan ggz-instellingen waar verslaving niet de primaire diagnose is, terwijl die diagnose bijzonder vaak secundair gesteld wordt. Zou je de psychiater/KP koppelen aan alle verslavingsbehandelingen gezien het veelvuldig voorkomen van comorbiditeit dan dient vanuit deze redenatie de verslavingsarts ook gekoppeld te worden aan alle ggz-instellingen. Ons inziens dus onjuist inzetten van de toch al schaarse middelen en geen voordeel opleverend voor de patiënt.

4) Op pagina 18/19, punt 2.2

'De gespecialiseerde GGZ. Er is altijd een psychiater of klinisch psycholoog lid van een multidisciplinair team.'

Het is zeker wenselijk dat een psychiater of klinisch psycholoog lid is van een multidisciplinair team, net zoals het voor de gehele specialistische ggz wenselijk is dat een verslavingsarts lid is van een multidisciplinair team gezien de hoge prevalentie van zowel verslaving als overige psychiatrische aandoeningen. Binnen de verslavingszorg is het op dit moment niet verplicht dat een verslavingsarts lid is van het multidisciplinaire team, al zal deze er wel deel van uit maken. In andere takken van de gezondheidszorg zou het onbestaanbaar zijn dat iemand met een op die specifieke tak van zorg gerichte opleiding, niet standaard deel uitmaakt van het multidisciplinaire team en/of al in de intakefase rechtstreeks betrokken is bij de behandeling.

5) Pagina 15 punt 4

Het is gezien bovenstaande logisch dat in geval van de primaire diagnose middelenafhankelijkheid ook een verslavingsarts zich vrij kan vestigen in zowel generalistische als gespecialiseerde GGZ. Voor een aantal patiënten met verslavingsproblemen zou hierdoor de drempel voor zorg aanzienlijk kunnen verlagen.



Vereniging voor Verslavingsgeneeskunde Nederland

Ons voorstel is het kwaliteitsstatuut aan te passen volgens bovenstaande punten. Zoals bovenstaande voorbeelden aangeven is het huidige kwaliteitsstatuut niet overeenkomend met de praktijk. Zou je het willen invoeren dan leidt dit niet tot verbetering van de zorg, waarschijnlijk zelfs tot verslechtering. Het zal zeker veel meer (financiële) resources vragen en is gewoonweg in de praktijk niet uitvoerbaar. Daarbij is het ook niet nodig: elke professional krijgt in de opleiding helder waar diens grenzen van competentie liggen en wanneer verwezen dient te worden. Deze kernkwaliteit van de professional wordt al elders in het kwaliteitsstatuut beschreven.

Met vriendelijke groet,

Vereniging voor Verslavingsgeneeskunde Nederland,
Namens deze,

Peter Vossenbergh, voorzitter bestuur

Maarten Belgers, lid van het bestuur