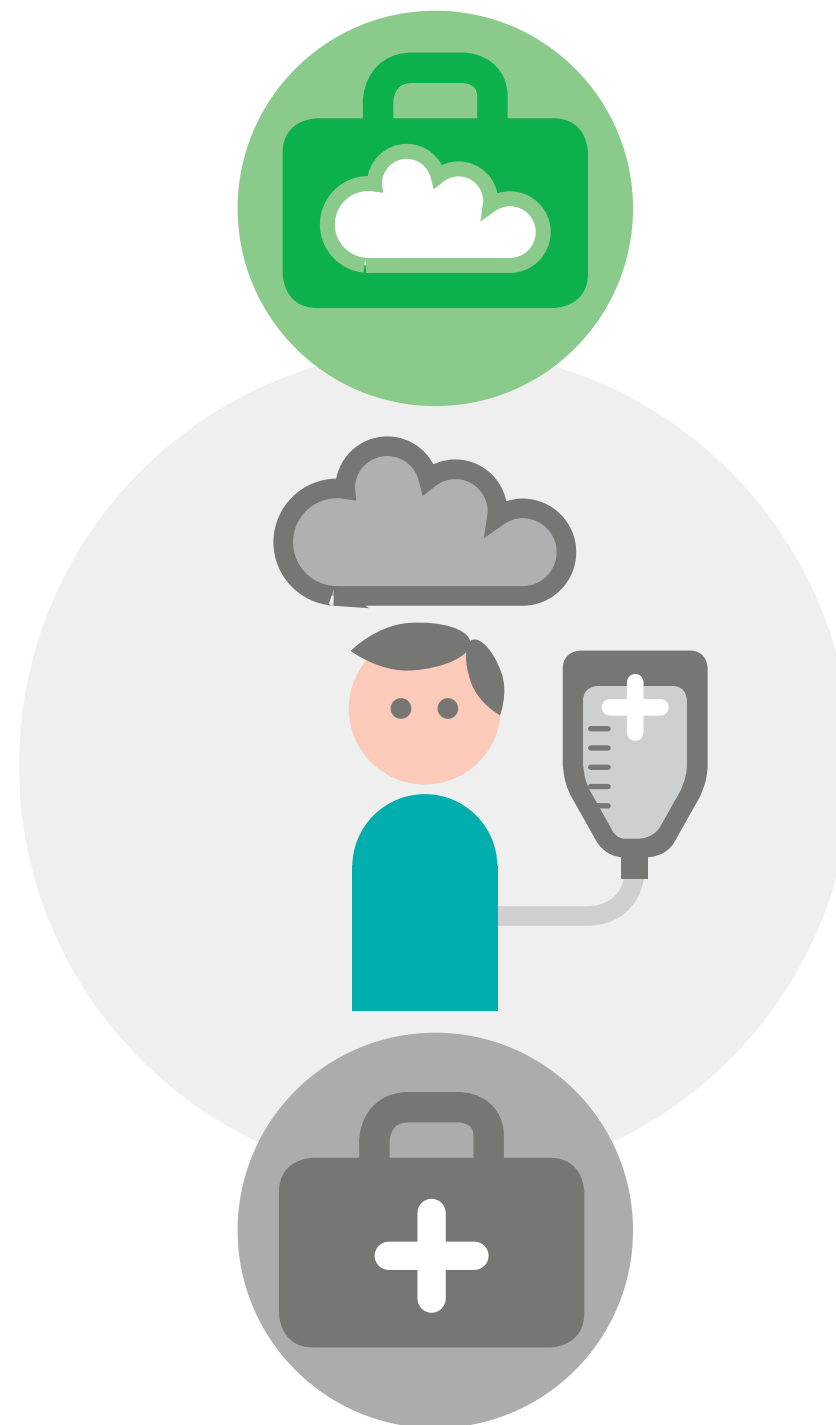




PSYCHOSOCIALE ZORG BIJ INGRIJPENDE SOMATISCHE AANDOENINGEN

OKTOBER 2015



VOORWOORD

Goede psychosociale zorg voor patiënten die te maken krijgen met ingrijpende somatische aandoeningen, zoals bijvoorbeeld kanker, is van groot belang. Hoe dat voor de individuele patiënt concreet wordt ingevuld, blijkt van veel verschillende factoren af te hangen: de fase van de ziekte, waar en door wie hij wordt behandeld, of de mogelijkheden van stelsel en bekostiging worden benut en in hoeverre management en andere betrokken zorgprofessionals zich bewust zijn van het belang van psychosociale zorg en of zij hier naar handelen.

Dit kan leiden tot ongewenste verschillen. Terwijl goede zorg en ondersteuning bij een ingrijpende somatische aandoening die grote psychosociale impact heeft, voor iedere patiënt in ons land goed geregeld moet zijn. Daarom heeft het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport een werkgroep psychosociale zorg bij somatische aandoeningen ingesteld, waarvan ondergetekenden de onafhankelijk voorzitter en secretaris waren.

Dit rapport is het resultaat van een drietal bijeenkomsten, documenten-analyse en interviews met leden van de werkgroep en andere betrokkenen. Er is gesproken met de patiëntenorganisaties, koepels van zorgverzekeraars en zorgaanbieders, leden van diverse beroepsgroepen, en overheidsorganen. Het feit dat zoveel betrokkenen zich hiervoor in een tijdsbestek van twee maanden hebben vrijgemaakt en zich hebben ingezet om een goede inbreng te leveren, geeft aan dat zij de ambitie delen om deze zorg goed te regelen in het belang van de patiënt.

Dit rapport is het eindproduct van de werkgroep. Iedereen is het er over eens dat goede psychosociale zorg al begint tijdens het somatische behandeltraject. De mogelijkheden daarvoor zijn er, maar er worden diverse belemmeringen ervaren die de uitvoering in de weg kunnen staan. Dit rapport is dus ook het startschot voor diverse acties die nodig zijn om de psychosociale zorg voor patiënten met ingrijpende somatische aandoeningen op een hoger plan te krijgen. Aan de slag!

Diana Delnoij, voorzitter
Cornelis Jan Diepeveen, secretaris

INHOUD

	<u>INLEIDING</u>	3
	<u>FASES</u>	4
	<u>KADER/AANSPRAAK</u>	6
	<u>BEHANDELAARS</u>	8
	<u>ZORGAANBIEDERS</u>	10
	<u>BEKOSTIGING</u>	12
	<u>BEVINDINGEN EN ACTIES</u>	14



INLEIDING

In opdracht van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) is een werkgroep ingesteld rond de organisatie en bekostiging van de psychosociale zorg bij somatische aandoeningen.

De werkgroep is gevraagd te onderzoeken of er verbeteringen nodig zijn in de organisatie of bekostiging van de psychosociale zorg bij somatische aandoeningen die een grote impact hebben op het psychisch en/of sociaal functioneren (bijvoorbeeld kanker). Daarbij was het verzoek niet alleen te rapporteren over knelpunten, maar ook over welke verbeteracties nodig zijn en wie dit oppakt.

In deze rapportage wordt allereerst duidelijk gemaakt:

- welke elementen te onderscheiden zijn in de psychosociale zorg bij deze somatische aandoeningen;
- onder welk kader deze zorg valt en welke aanspraak daarvoor geldt;
- welke behandelaren hierbij betrokken zijn;
- hoe deze zorg is georganiseerd;
- en welke bekostiging van toepassing is.

Deze beschrijvingen geven aan hoe de psychosociale zorg er in het huidige zorgstelsel en binnen de huidige wettelijke kaders en bekostigingssystemen uit behoort te zien. Daarna volgt een beschrijving van de bevindingen/knelpunten, gevolgd door zo concreet mogelijke acties.

BETROKKEN PARTIJEN

De volgende partijen zijn betrokken bij de totstandkoming van deze rapportage en hebben deelgenomen aan de werkgroepbijeenkomsten.

- Levenmetkanker (LMK)
- Patiëntenfederatie (NPCF)
- Landelijke Huisartsenvereniging (LHV)
- Federatie van Medisch Specialisten (FMS)
- Nederlandse Federatie van UMC's (NFU)
- Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ)
- GGZ Nederland (GGZN)
- Zorgverzekeraars Nederland (ZN)
- Inloophuizen en Psycho-oncologische centra, Samenwerking en Ondersteuning (IPSO)
- Nederlands Instituut van Psychologen (NIP)

- Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland, afd. Oncologie (V&VN Oncologie)
- Landelijke Vereniging van Medische Psychologie (LVMP)
- Nederlandse Vereniging Psychosociale Oncologie (NVPO)

Voor deze partijen geldt dat er geen bestuurlijke vaststelling heeft plaatsgevonden van deze rapportage. Dit in verband met de gewenste tijdige oplevering aan het Ministerie.

De werkgroep kent ook drie vaste adviseurs:

- Ministerie van VWS
- Zorginstituut Nederland (ZIN)
- Nederlandse Zorgautoriteit (NZa)

AANPAK

In augustus 2015 is de werkgroep 'psychosociale zorg bij somatische aandoeningen' door het ministerie van VWS ingesteld met een onafhankelijk voorzitter en secretaris. De werkgroep is in september en oktober 2015 meerdere keren samengekomen. In deze bijeenkomsten is met elkaar gebrainstormd en gediscussieerd over de organisatie en financiering van de psychosociale zorg bij somatische aandoeningen. Ook zijn er met de betrokken partijen individuele interviews afgenomen en heeft er desk-research plaatsgevonden. In een kort tijdsbestek is zo veel mogelijk informatie verzameld. Op basis van deze informatie is er samen met de betrokken organisaties een knelpuntenanalyse uitgevoerd en zijn vervolgacties geformuleerd.

WAT IS PSYCHOSOCIALE ZORG?

Psychosociale zorg is een koepelterm, het bestaat uit psychosociale ondersteuning en psychologische zorg. Psychosociale ondersteuning is vooral gericht op emotionele en praktische ondersteuning bij (relatief) eenvoudige problemen van psychische en sociale aard. Psychologische zorg is vooral gericht op het behandelen van psychische problemen. Dit rapport richt zich op psychosociale zorg bij somatische aandoeningen die een grote impact hebben op het psychisch en/of sociaal functioneren.







TOELICHTING



De groene illustraties geven aan welke elementen van de psychosociale zorg behoren bij het somatische zorgtraject. Psychosociale ondersteuning vindt gedurende het hele somatische zorgtraject plaats (en begint al in diagnosefase). Indien nodig wordt extra maatschappelijke of geestelijke ondersteuning ingezet. Ook kan gewezen worden op de initiatieven van maatschappelijke psychosociale ondersteuning of de beschikbare zelfmanagementtools. Psychosociale ondersteuning vindt ook plaats in de laatste fase van het somatische behandeltraject. Dit wordt psychosociale nazorg genoemd.

Psychosociale nazorg

Onder psychosociale nazorg wordt verstaan het psychosociale natraject van een in opzet curatieve of palliatieve somatische behandeling. Deze nazorg is, zolang het somatische behandeltraject nog niet is beëindigd, een gezamenlijk verantwoordelijkheid van de medisch specialist (soma-tisch) en de huisarts.

Het is belangrijk eventuele psychosociale problemen tijdig te signaleren. Om die reden moeten de verschillende behandelaren gedurende het gehele somatische behandeltraject zorgdragen voor een adequate signalering. Met de patient wordt besproken welke mogelijkheden er zijn voor psychosociale zorg en welke behoefte de patient heeft (zorg op maat).

Bij vermoeden van psychische problemen wordt de patiënt doorverwezen naar gespecialiseerde behandelaren die zijn opgeleid om psychodiagnostiek uit te voeren. Psychodiagnostiek is dus geen standaardonderdeel van de somatisch behandeling, maar wordt ingezet als er verdenkingen zijn op psychische problemen.

Patiënten met psychische problemen die te relateren zijn aan de somatische aandoening worden psychisch behandeld als onderdeel van het somatische behandeltraject. Deze interventies kunnen wat betreft complexiteit en intensiteit vergelijkbaar zijn met behandelingen in de geneeskundige GGZ. Daarbij geldt dat een stoornis wel een voorwaarde is voor behandeling in de geneeskundige GGZ, maar geen uitsluitingsgrond voor de behandeling door de medische psychologie of ziekenhuispsychiatrie als onderdeel van het somatische behandeltraject. Wanneer psychosociale problemen ontstaan als gevolg van een somatische diagnosestelling/behandeling en deze zorg kan geleverd worden door de medische psychologie of ziekenhuispsychiatrie, dan behoort deze zorg bij het somatische zorgtraject en is er geen sprake van geneeskundige GGZ.

Wanneer tijdens de somatische behandeling de patiënt door middel van psychodiagnostiek wordt gediagnosticeerd op (complexe en/of risicovolle) stoornissen en de medische psychologie of ziekenhuispsychiatrie kunnen geen adequate zorg meer bieden, wordt de patiënt verwezen voor behandeling naar de geneeskundige GGZ. Op dat moment wordt separaat een DSM-IV diagnose gesteld en is er sprake van een tweede behandeltraject naast de somatische behandeling.

Wanneer eindigt een somatische behandeling?

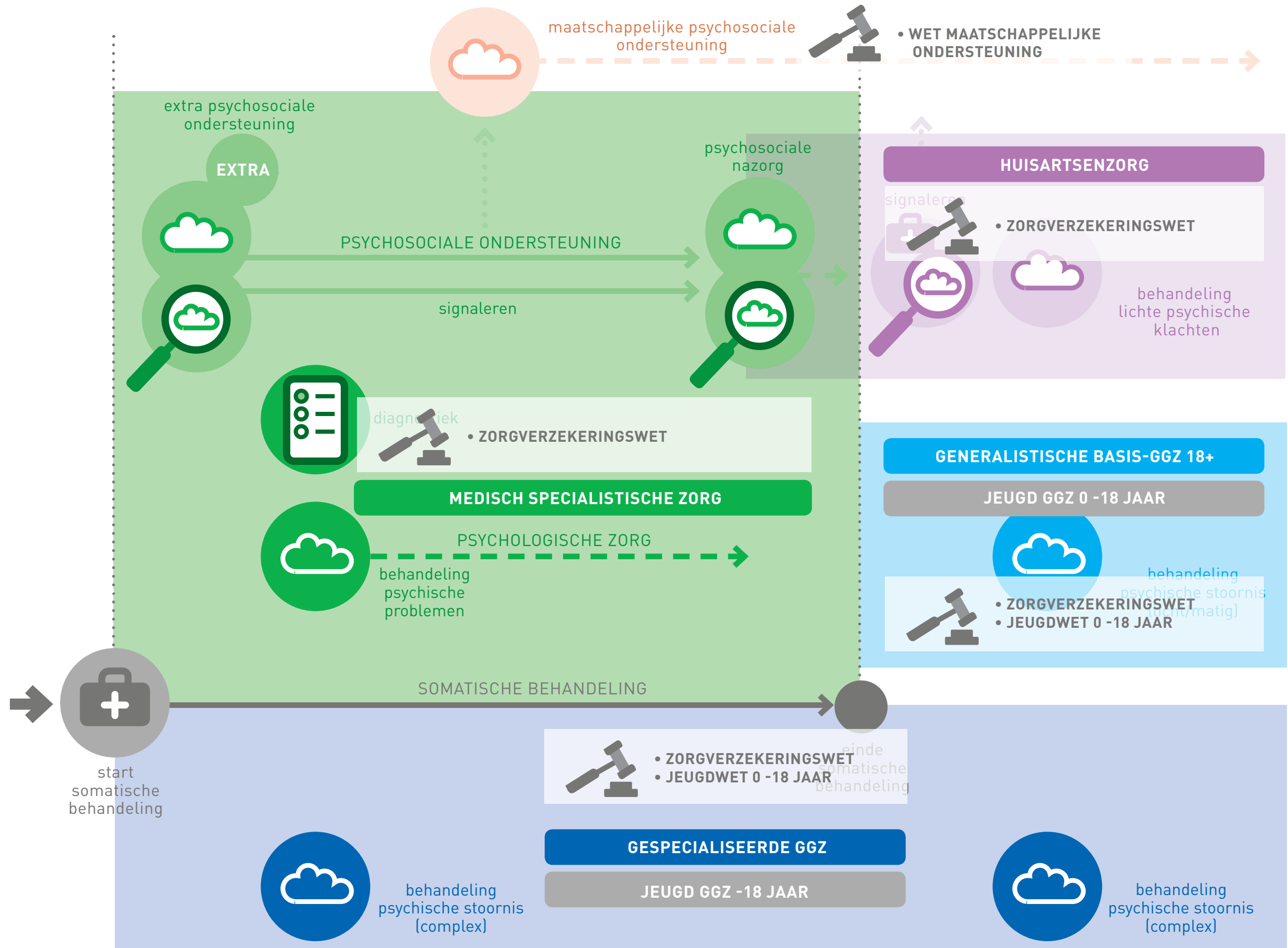
Zolang de behandeling van een somatische aandoening en bijbehorende na-controles nog gaande zijn is de somatische behandeling in ieder geval nog niet beëindigd. Daarbij kan onderscheid gemaakt worden tussen de volgende drie categorieën patiënten:

- Patiënten met een somatische aandoening die een curatieve behandeling ondergaan (dus gericht op genezing);
- Patiënten met een somatische aandoening die een palliatieve behandeling ondergaan;
- Patiënten met een chronische somatische aandoening die al dan niet structureel onder behandeling zijn van de medisch specialist. Voor deze groep geldt dat mogelijke de intensiteit van de somatische behandeling en het type aandoening ook een rol kan spelen bij de afbakening.

De verdere definiëring van 'einde somatische behandeling' is één van de vervolgacties, waarbij opgemerkt wordt dat het hier gaat over somatische aandoeningen met een grote impact op het psychisch en/of sociaal functioneren.

Nadat het somatische traject is afgerond ligt de verantwoordelijkheid voor de patiënt geheel bij de huisarts. De huisarts is opgeleid om te signaleren of er psychosociale problemen zijn. Als er sprake is van psychische klachten die binnen het competentiegebied van huisarts vallen behoort de patiënt daar in geholpen te worden door de huisarts, eventueel met ondersteuning door de POH-GGZ. Valt behandeling van de klachten buiten het competentiegebied van de huisarts, dan wordt verwezen naar (in de somatiek gespecialiseerde) GGZ. De huisarts maakt doorgaans geen rechtstreeks gebruik van specialistische medisch psychologische ondersteuning die in/via het ziekenhuis beschikbaar is, terwijl dit wel zou mogen zolang het somatische behandeltraject niet is beëindigd.







TOELICHTING

Medisch specialistische zorg

Voor de medisch specialistische zorg geldt een zogenoemd open aanspraak-systeem vanuit de basisverzekering. In algemene bewoordingen heeft de regelgever omschreven welke zorg tot de basisverzekering behoort. Dit staat beschreven in de zorgverzekeringswet. Medisch-specialistische zorg komt voor vergoeding in aanmerking als de zorg bewezen effectief is (voldoet aan de stand van wetenschap en praktijk) en de patiënt deze zorg ook nodig heeft (er redelijkerwijs op is aangewezen). Een aantal specialistische ingrepen zijn wettelijk uitgesloten van de te verzekeren prestaties, zoals een deel van de plastische chirurgie. Zolang er sprake is van een somatisch behandeltraject en de behandeling van psychische problemen die hier bij horen, is voor psychosociale zorg dezelfde verzekerde aanspraak van toepassing als voor de medisch specialistische zorg (zie advies CVZ Geneeskundige GGZ deel 2, 11 juli 2013).

Geneeskundige GGZ

De geneeskundige Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ) is gericht op het herstel (of het voorkomen van verergering) van een psychische stoornis. Per 2015 richt de geneeskundige GGZ zich alleen op patiënten van 18 jaar en ouder. Onder Geneeskundige GGZ wordt zowel de 'Generalistische Basis-GGZ' als de 'Gespecialiseerde GGZ' verstaan. Bij het bepalen van de aanspraak op verzekerde geneeskundige GGZ op grond van de ZVW wordt gebruik gemaakt van de internationale DSM classificatie (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders). Behandeling van psychische problemen valt dus alleen onder de geneeskundige GGZ als sprake is van een DSM-stoornis.

Jeugd-GGZ

In het nieuwe stelsel dat per 1 januari 2015 is ingevoerd, valt alle jeugdhulp onder de jeugdwet en zijn de gemeenten verantwoordelijk voor de uitvoering hiervan. Met deze stelselwijziging is ook de geneeskundige GGZ voor patiënten in de leeftijd tot 18 jaar, overgeheveld naar de Jeugdwet. Dit geldt niet voor de behandeling van een somatische aandoening bij jongeren tot 18 jaar. Deze zorg en bijbehorende psychosociale zorg valt onder de medisch specialistische zorg (zorgverzekeringswet).

Aanpassingsstoornissen

Enkele stoornissen zijn door de wetgever uitgesloten van verzekerde aanspraak. Dit betreft onder andere de behandeling van aanpassingsstoornissen. Dit besluit is vastgelegd in artikel 2.1 van de Regeling Zorgverzekering. Zolang er echter sprake is van aanpassingsproblemen die het gevolg zijn van een somatische aandoening valt behandeling hiervan onder het somatische behandeltraject binnen het kader van de medisch specialistische zorg.

Huisartsenzorg

De huisarts kan psychosociale ondersteuning geven en heeft tegenwoordig ook zelf meer mogelijkheden om licht psychische klachten te behandelen voor alle leeftijdscategorieën. Dit kan door de huisarts zelf of door een Praktijkondersteuner Huisarts GGZ (POH-GGZ). De huisarts speelt een belangrijke rol in het nazorgtraject bij een somatische behandeling en heeft daarin, net als de medisch specialist, een signaalfunctie om eventuele psychosociale problemen tijdig te detecteren. Huisartsenzorg valt onder de verzekerde aanspraak van de ZVW.

Wet Maatschappelijke Ondersteuning (WMO)

De WMO is een brede wet die bestaat sinds 2007 en gaat over een tal van gemeentelijke voorzieningen. Het doel van deze wet is om mensen zo lang en zo zelfstandig mogelijk deel te laten nemen aan de samenleving. Per 2015 is de aangepaste WMO ingevoerd. De WMO wordt uitgevoerd door gemeenten en geeft onder meer voorschriften voor een te voeren welzijnsbeleid. Zo zorgt deze wet er bijvoorbeeld voor dat de gemeente voorzieningen kan treffen die de zelfredzaamheid en participatie van burgers versterken. Binnen de prestatievelden die benoemd zijn in de WMO hebben gemeenten veel vrijheid. Gemeenten zouden kunnen samenwerken met maatschappelijke psychosociale initiatieven die de zelfredzaamheid en participatie van patiënten met ingrijpende somatische aandoeningen versterken.



HOOFDBEHANDELAAR EN (MEDE)BEHANDELAARS

Index beroepsgroepen



Medisch Specialist
(somatisch)



Verpleegkundig specialist
of (gespecialiseerd)
verpleegkundige



Maatschappelijk werker
of geestelijk verzorger



GZ-psycholoog,
klinisch (neuro)psycholoog,
psychiater



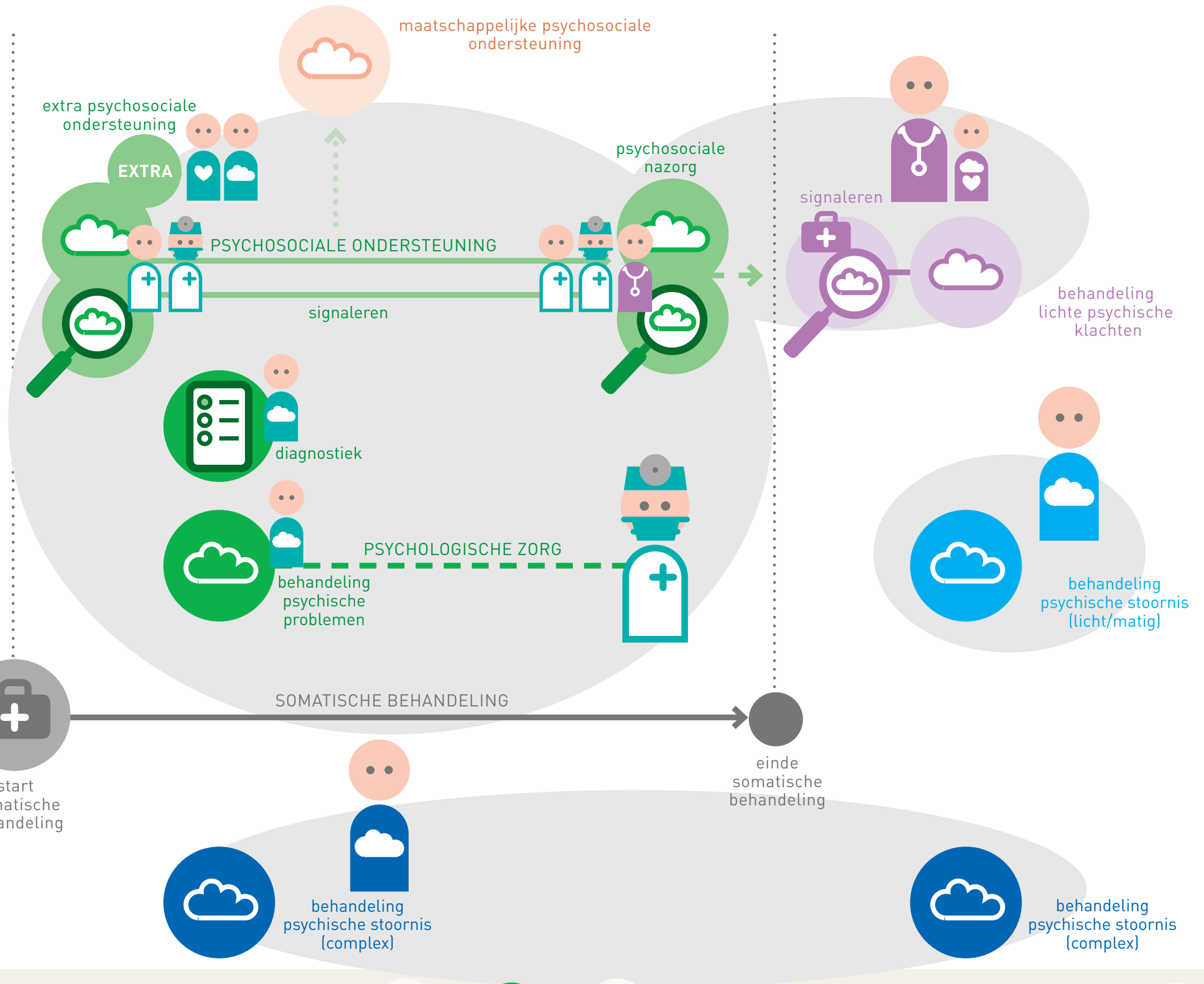
Huisarts



Praktijkondersteuner
Huisarts GGZ



Hoofdbehandelaar
basis-GGZ/
gespecialiseerde GGZ



INDEX





TOELICHTING

Hoofdbehandelaarschap

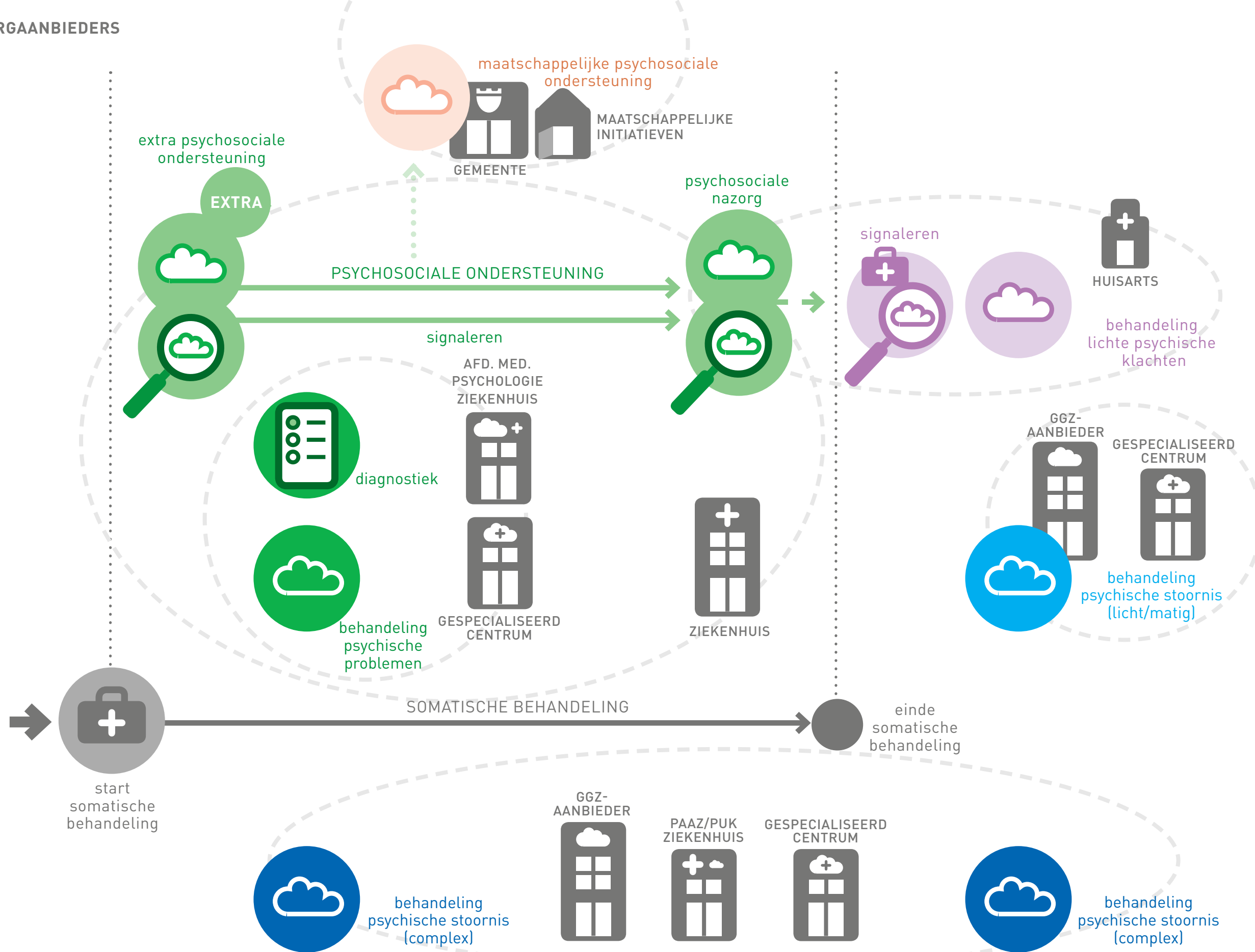
Het onderscheid tussen de verschillende disciplines (medisch specialistische zorg, GGZ, huisartsenzorg) wordt mede bepaald door het hoofdbehandelaarschap voor het betreffende zorgtraject. De medisch specialist is hoofdbehandelaar van het somatisch medisch specialistische behandeltraject, inclusief de psychosociale zorg behorend bij deze behandeling. Wel kan er in de situatie waarin sprake is van behandeling van psychische problemen gesproken worden over medebehandeling. De medebehandelaar is dan bijvoorbeeld de psychiater of psycholoog. Als de somatische patiënt voor een separaat GGZ-traject de geneeskundige GGZ in gaat komt er een extra hoofdbehandelaar bij naast het somatische traject.

Hoofdbehandelaarschap in de GGZ

Er wordt veel gesproken over het hoofdbehandelaarschap in de GGZ. De Minister heeft vooralsnog negen beroepsgroepen aangewezen die als hoofdbehandelaar voor de generalistische basis-GGZ en de gespecialiseerde GGZ in aanmerkingen kunnen komen.

Dit betreft de psychiater, specialist ouderengeneeskunde, klinisch geriatr, verslavingsarts (geregistreerd bij de KNMG), klinisch psycholoog, klinisch neuropsycholoog, GZ-psycholoog, psychotherapeut en de verpleegkundig specialist GGZ. Voor jongeren die op hun 18e vanuit de Jeugdwet overkomen naar de ZVW zijn twee categorieën toegevoegd voor de generalistische basis GGZ, namelijk de kinder- en jeugdpsycholoog (geregistreerd bij het NIP) en de orthopedagoog-generalist (geregistreerd bij de NVO).

Zorgverzekeraars kunnen in hun polisvoorwaarden nadere voorwaarden stellen aan het hoofdbehandelaarschap in de generalistische basis-GGZ of de gespecialiseerde GGZ en ook beroepsgroepen hiervan uitsluiten. De Minister van VWS heeft de commissie Meurs ingesteld om te adviseren over de verdere invulling van het hoofdbehandelaarschap in de GGZ. In mei 2015 heeft de commissie haar advies uitgebracht. De commissie adviseert om te werken met een kwaliteitsstatuut waarin per behandeling een regiebehandelaar wordt aangewezen. De Minister steunt op hoofdlijnen dit advies.





TOELICHTING

Er kunnen meerdere zorgverleners betrokken zijn bij de levering van psycho- sociale zorg bij somatische aandoeningen. Het ziekenhuis heeft daarin een regierol. Artsen, verpleegkundig specialisten, (gespecialiseerd) verpleegkundigen spelen een belangrijk rol in de psychosociale ondersteuning en het signaleren van eventuele psychische problemen. Voor extra psychosociale ondersteuning kunnen maatschappelijk werkers of geestelijk verzorgers worden ingezet. In veel ziekenhuizen wordt de medische psychologie of ziekenhuispsychiatrie ingezet voor diagnostiek en behandeling van psychische problemen die het gevolg zijn van somatische aandoeningen. Het is van groot belang dat er in ziekenhuizen een goede samenwerking is tussen de primaire specialismen die een somatische aandoening behandelen en afdelingen zoals de medische psychologie of ziekenhuispsychiatrie. Deze zorg is overigens niet gebonden aan de muren van het ziekenhuis. Ziekenhuizen werken ook regelmatig samen met gespecialiseerde centra (zoals psycho-oncologische centra), GGZ-instellingen of vrijgevestigde zorgverleners die de behandeling van psychische problemen voor hun rekening nemen. Deze zorg hoort dan nog steeds bij het somatische behandeltraject. Hier is dan sprake van onderlinge dienstverlening.

In de nazorgfase is het van belang dat er een goede samenwerking is tussen het ziekenhuis en de huisarts zodat in de overdrachtsfase zo weinig mogelijk informatie verloren gaat die voor de behandelaar van belang is om tijdig eventuele psychische problemen te signaleren.



Maatschappelijke initiatieven

Er zijn veel maatschappelijke initiatieven die een belangrijke rol spelen in de psychosociale ondersteuning van patiënten met een somatische aandoening.

Patiëntenorganisaties

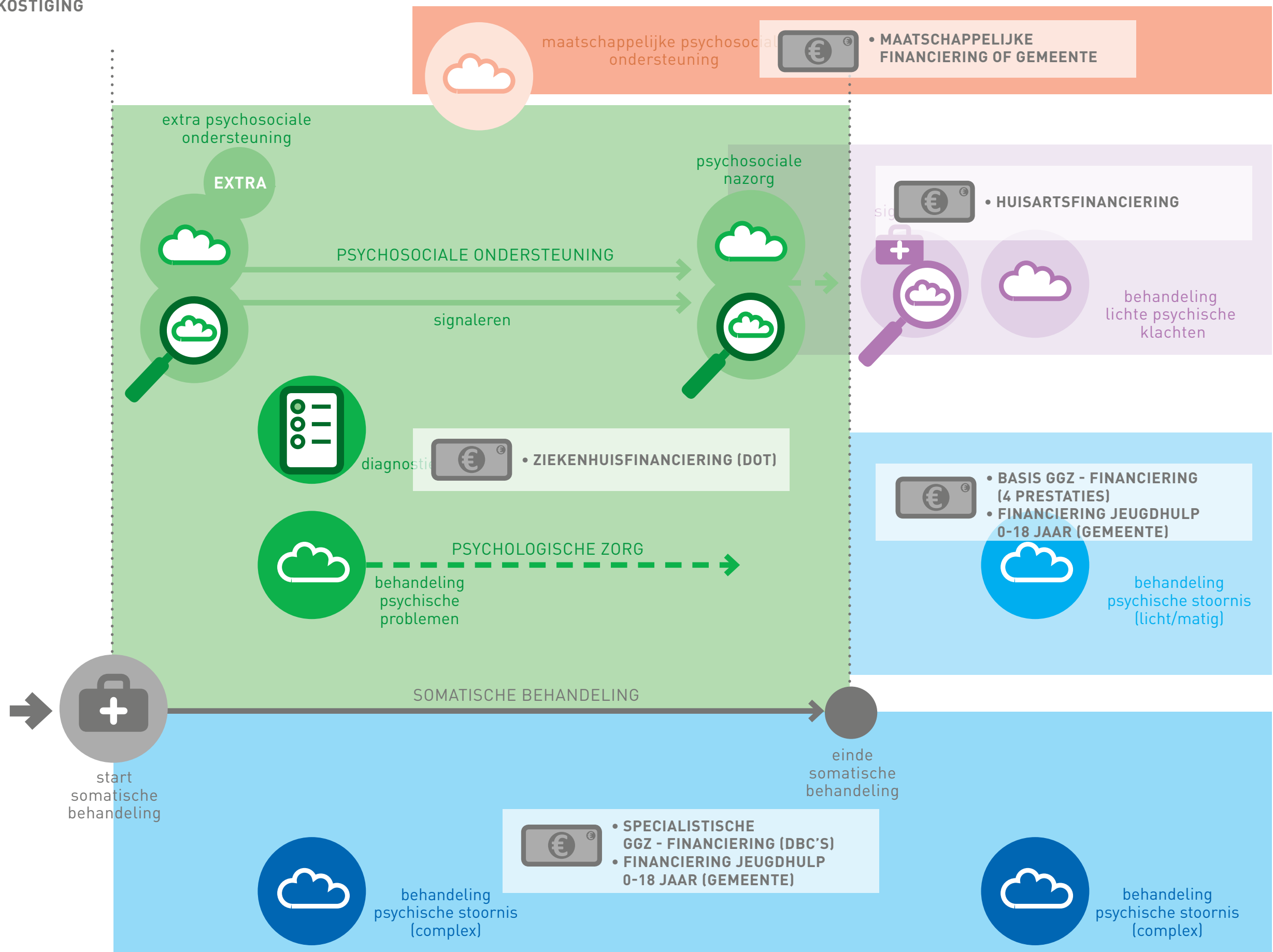
Patiëntenorganisaties behartigen de belangen van patiënten en hun naasten. Bij patiëntenorganisaties kunnen patiënten en hun naasten terecht voor informatie over (het omgaan met) de ziekte. Zij brengen patiënten, partners en hun naaste omgeving met elkaar in contact voor het uitwisselen van ervaringen of het delen van angsten en onzekerheden en verdriet. Ze zetten zich daarnaast in voor bewustwording en vergroting van eigen regie en zelfmanagement bij patiënten en naasten. Patiënten worden hierin ondersteund door bijvoorbeeld lotgenotencontact, websites, keuze- en beslisinstrumenten. Ook is er veel aandacht voor ondersteunen van patiënten bij het 'samen beslissen'. Hierdoor zijn patiënten beter in staat aan te geven aan hun zorgverleners wat zij belangrijk vinden en waar zij behoefte aan hebben. Zo kunnen zij ook eerder psychosociale ondersteuning zoeken, wanneer de ziekte/behandeling meer impact heeft op het leven dan vooraf gedacht.

Inloophuizen

Kanker is niet alleen lichamelijk maar ook emotioneel, mentaal en sociaal een zware ziekte. Mensen die met kanker geconfronteerd worden hebben behoefte aan een luisterend oor of begeleiding bij de verwerking van wat hun is overkomen. Inloophuizen bieden mensen met kanker en hun naasten een vorm van maatschappelijk psychosociale ondersteuning. De bezoekers van inloophuizen worden in een huiselijke omgeving welkom geheten door gastvrouwen en gastheren die, vaak uit eigen ervaring, weten wat de impact van kanker is. Mensen met kanker en hun naasten kunnen zonder afspraak binnenlopen voor een kopje koffie en om hun verhaal te doen, deel te nemen aan een ontspannende of creatieve activiteit of in contact te komen met lotgenoten.

Bron: IPSO







TOELICHTING

De medisch specialistische zorg wordt gefinancierd op basis van DBC-zorgproducten en overige zorgproducten. Dit financieringssysteem wordt ook wel de DOT-systematiek genoemd. Kenmerkend voor dit financieringssysteem is het integrale karakter van de zorgprestaties. Een DBC-zorgproduct omvat het totale traject van diagnosestelling tot en met de behandeling (inclusief nazorg). De diagnose en alle activiteiten die het gevolg zijn van een bepaalde zorgvraag leiden tot één nota met één prijs die in rekening mag worden gebracht.

Psychosociale zorg in DOT

In de OT-systematiek vallen alle activiteiten voor psychosociale zorg onder de DBC-zorgproducten van de somatische hoofdbehandelaar. Er zijn door de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) veertien zorgactiviteiten voor medische psychologie vastgesteld (zorgactiviteiten 194155 t/m 194166, 194171 en 194172). Indien deze activiteiten uitgevoerd worden bij een patiënt worden deze activiteiten geregistreerd binnen het DBC-zorgproduct van de somatische hoofdbehandelaar. Bij enkele specifieke specialismen/diagnoses levert dit dan een zwaarder DBC-zorgproduct op. Voor de meeste DBC-zorgproducten geldt echter dat deze activiteiten niet verzwarend werken op het DBC-zorgproduct. Voor psychosociale zorg (niet zijnde GGZ) geleverd door de psychiater zijn enkele eigen DBC-zorgproducten 'consultatieve psychiatrie' opgenomen in de DBC-systematiek. Deze DBC-zorgproducten worden gebruikt voor medisch-psychiatrische consultatie/medebehandeling (bijvoorbeeld bij een delier).

Per 2015 is sprake van één integraal tarief per DBC-zorgproduct. Er wordt geen onderscheid meer gemaakt in ziekenhuiskosten en honoraria voor de medisch specialist. Een groot deel van de tarieven voor medisch specialistische zorg zijn vrijgegeven. Dat betekent dat het tarief tot stand komt door onderhandeling tussen de zorgaanbieder en zorgverzekeraar. Het ziekenhuis dient er zelf zorg voor te dragen dat alle kosten behorend bij het betreffende zorgproduct ook worden toegerekend aan dit zorgproduct zodat een goede kostprijs de basis is voor de tariefonderhandeling.

Wet Marktordening Gezondheidszorg (WMO)

De NZa stelt op basis van de WMO prestatiebeschrijvingen voor zorg vast voor zowel verzekerde als onverzekerde zorg. Dit geldt onder andere voor de medisch specialistische zorg, de GGZ en de huisartsenzorg. Voor de

GGZ, de huisartsenzorg en een klein deel van de medisch specialistische zorg stelt de NZa maximumtarieven vast. Deze tarieven worden doorgaans bepaald op basis van kostprijzen van zorgaanbieders. Voor deze tariefsbepaling door de NZa is het van belang dat de juiste kosten aan de juiste DBC-zorgproducten worden toegerekend.

Voor de GGZ geldt een andere financieringssystematiek. Voor de generalistische basis-GGZ heeft de NZa vier zorgzwaarte-prestaties vastgesteld, te weten Kort, Middel, Intensief en Chronisch. De financiering van de gespecialiseerde geneeskundige GGZ gebeurt op basis van DBC's GGZ. De zwaarte van de DBC's GGZ wordt bepaald door de hoeveelheid tijd die de betrokken behandelaren aan de patiënt besteden. Hiervoor moeten de betrokken behandelaren de directe en indirecte tijd die ze besteden aan de behandeling van de patiënt registreren.

Generalistische basis-GGZ en gespecialiseerde GGZ

Vanaf 2014 is het onderscheid tussen eerstelijns en tweedelijns GGZ komen te vervallen. De geneeskundige GGZ is omgevormd naar een stelsel met een 'generalistische Basis GGZ' en een 'gespecialiseerde GGZ'. Deze nieuwe omschrijvingen worden niet expliciet in de Zvw benoemd. De Zvw kent wat de geneeskundige GGZ betreft alleen 'zorg zoals medisch specialisten en klinisch psychologen die plegen te bieden'. Bij de generalistische Basis GGZ en gespecialiseerde GGZ gaat het dus om dezelfde wettelijk omschreven 'te verzekeren prestatie'. Wel geldt er een andere bekostigingssystematiek. Als binnen de huisartsenfunctie een patiënt niet langer kan worden geholpen dan wordt de patiënt doorverwezen naar de generalistische Basis GGZ of de gespecialiseerde GGZ. De basis GGZ is verder uitgewerkt en neergelegd in regels van de NZa, te weten de Regeling Generalistische basis GGZ en de Beleidsregel Generalistische basis GGZ. Uitgangspunt voor de zorg vormt de zorgvraag van de patiënt. Het patiëntprofiel is gebaseerd op vijf objectieve criteria: DSM-stoornis (of vermoeden van), ernst van de problematiek, risico, complexiteit en beloop klachten. In de basis GGZ worden mensen behandeld met lichte tot ernstige problematiek, met een laag-matig risico en enkelvoudig beeld met lage complexiteit. Bij een hoog risico en/of hoge complexiteit van een DSM-stoornis kan een verzekerde worden verwezen naar de gespecialiseerde GGZ. Bij de gespecialiseerde GGZ gaat het om diagnostiek en specialistische behandeling van (zeer) complexe psychische problematiek. De behandeling vindt plaats in een multidisciplinaire context.

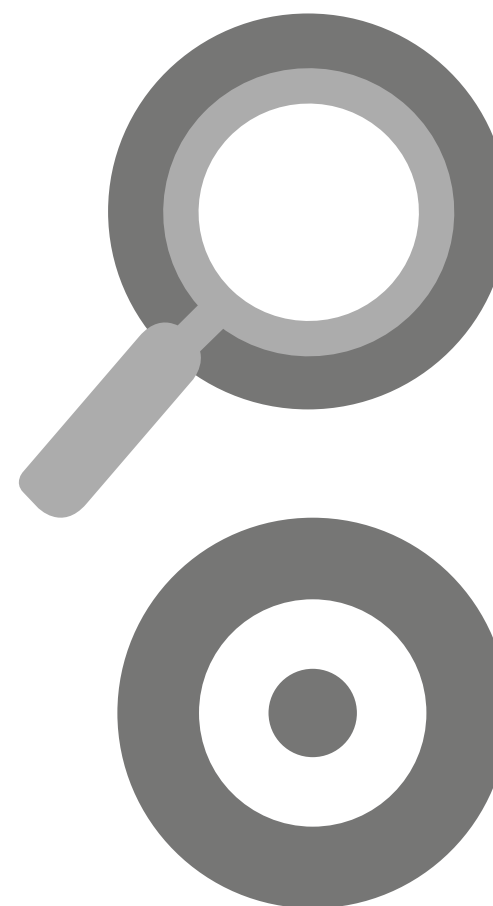
Huisartsen ontvangen een inschrijftarief per patient die aan hun praktijk is verbonden. Daarnaast ontvangen zij een vergoeding per consult of verrichting. Voor de POH-GGZ ontvangt de huisarts een opslag op het inschrijftarief.



BEVINDINGEN EN ACTIES

In de hiervoor beschreven hoofdstukken is duidelijk gemaakt dat psychosociale zorg bij ingrijpende somatische aandoeningen onderdeel uitmaakt van het somatische behandeltraject. Verder is beschreven welke elementen onderdeel uitmaken van de psychosociale zorg, onder welk kader deze zorg valt, welke behandelaars hierbij betrokken zijn, hoe deze zorg is georganiseerd en welke bekostiging van toepassing is. Deze beschrijvingen geven aan hoe de psychosociale zorg er in het huidige zorgstelsel en binnen de huidige wettelijke kaders en bekostigingssystemen uit behoort te zien. Over deze beschrijvingen is een brede consensus bij de betrokken partijen.

Door de werkgroepbijeenkomsten en de interviews met alle betrokkenen is echter ook gebleken dat de praktijk weerbarstiger is. Hieronder wordt een aantal van de ervaren knelpunten beschreven. Dit geeft een beeld van hetgeen betrokken partijen in de praktijk zien. Het geeft ook aan waarom het belangrijk is om vervolgstappen te zetten. Zo dient beter beschreven te worden wat goede psychosociale zorg is en is er ruimte en aandacht nodig om de zorgprofessional beter in staat te stellen deze zorg op een goede manier te leveren. Ook dient de organisatie van psychosociale zorg bij ingrijpende somatische aandoeningen verbeterd te worden door de interne en onderlinge samenwerking te verbeteren. Op het gebied van de bekostiging worden eveneens knelpunten ervaren en er ligt een opdracht om de vindbaarheid van goede psychosociale zorg te vergroten. Deze en andere bevindingen zijn hieronder uiteengezet in 15 punten. Bij elk van de bevindingen zijn ook acties geformuleerd waar partijen in de komende tijd mee aan de slag kunnen.





BEVINDINGEN EN ACTIES

1/5

WAT IS GOEDE PSYCHOSOCIALE ZORG EN HOE KAN DE ZORGPROFESSIONAL DEZE ZORG LEVEREN?

BEVINDING

Er is veel onbekendheid over de taken en verantwoordelijkheden van zorgverleners en zorginstellingen ten aanzien van het aanbieden en leveren van psychosociale zorg aan patiënten met somatische aandoeningen. Zo is niet bekend hoe ver de verantwoordelijkheid van het ziekenhuis gaat en tot welk moment een huisarts nog kan terugverwijzen naar het ziekenhuis. Ook is niet altijd duidelijk wanneer de zorg valt onder de medisch specialistische zorg en wanneer deze zorg valt onder de geneeskundige GGZ.

Vroegtijdige en systematische signalering, van de behoefte aan psychosociale zorg, dat wil zeggen vanaf het begin van het somatische zorgtraject, is van groot belang om patiënten met een psychosociale zorgvraag goed en tijdig in beeld te krijgen en de juiste behandeling te geven. Er zijn wel richtlijnen beschikbaar, maar deze worden nog onvoldoende nagekomen. Door op tijd problemen te behandelen wordt zwaardere zorg voorkomen. Bij het ontwikkelen van richtlijnen ontbreekt soms de integrale afstemming: zowel eerste, tweede als eventuele derde lijn moeten daar bij betrokken worden. Richtlijnen moeten goed op elkaar aansluiten.

Er is weinig uniformiteit in de manier waarop psychosociale zorg wordt geleverd en de kwaliteit van de zorg wisselt. Ook de intensiteit waarin deze zorg wordt geleverd, de manier waarop psychosociale zorg is ingebed in de somatische zorgpaden en de specialisaties die beschikbaar zijn verschilt.

ACTIES

1

De bewustwording rond psychosociale zorg dient vergroot te worden: zorgverleners en zorginstellingen dienen zich beiden bewust te zijn van hun taken en verantwoordelijkheden rond psychosociale zorg voor somatische patiënten. Ook voor zorgverzekeraars, en dus hun verzekerden, moet duidelijk zijn wat kan en mag en wie daarvoor verantwoordelijk is. Dit rapport zal bijdragen aan deze bewustwording en vergroot de duidelijkheid richting alle betrokkenen. Partijen kunnen hier zelf aan bijdragen door bij elkaar aandacht te vragen voor dit onderwerp.

2

Vroegtijdige signalering van psychosociale problemen dient een kwalitatief hoogwaardig en gestructureerd onderdeel te zijn van het somatische zorgtraject. Bestaande richtlijnen dienen nageleefd te worden. Bestaande en in ontwikkeling zijnde richtlijnen moeten op elkaar aansluiten. Zo wordt momenteel gewerkt aan generieke comorbiditeitsmodules door de eerste lijn en de ziekenhuispsychiatrie. Dit dient goed aan te sluiten bij de bestaande richtlijnen voor signalering van psychosociale problemen.

3

Er dient meer uniformiteit te komen in de psychosociale zorg voor somatische patiënten. Elke patiënt heeft recht op goede zorg die past bij de behoefte van de patiënt en die rekening houdt met de somatische aandoening. Over- en onderbehandeling moet worden tegengegaan. Zorg op maat moet centraal staan en voor iedereen beschikbaar zijn die het nodig heeft en waarbij sprake is van een verzekerde aanspraak. Om kwalitatief goede zorg te leveren die beantwoordt aan de behoefte van de patiënt is inzicht in de door patiënten ervaren kwaliteit van zorg, en hun verwachtingen ten aanzien van de zorg die nodig is, van belang.





BEVINDINGEN EN ACTIES

2/5

WAT IS GOEDE PSYCHOSOCIALE ZORG EN HOE KAN DE ZORGPROFESSIONAL DEZE ZORG LEVEREN?

BEVINDING

De zorgverleners die een belangrijke taak hebben in het verlenen van psychosociale ondersteuning tijdens een somatische behandeling (zoals artsen, verpleegkundigen en verpleegkundig specialisten) hebben hier niet altijd genoeg tijd voor en zijn hier niet altijd goed voor opgeleid. Ten aanzien van de psychologische zorg geldt dat te weinig zorgverleners zich specialiseren op psychologische zorg bij specifieke somatische zorggebieden. Ook voor de huisartsenpraktijk geldt dat de POH-GGZ niet altijd voldoende geschoold is om psychosociale problemen te signaleren of psychosociale ondersteuning te bieden.

Er ontbreekt een landelijke integrale richtlijn of module die beschrijft wat goede psychosociale zorg bij patiënten met somatische aandoening is. Psychosociale zorg is vaak onderdeel van allerlei somatische richtlijnen/protocolen, maar hierdoor zijn beschrijvingen versnipperd.

Zolang tijdens het somatische behandeltraject psychosociale problemen worden gesignaleerd, gediagnosticeerd en behandeld die een gevolg zijn van de somatische aandoening, is er sprake van medisch specialistische zorg. Wanneer echter het somatische zorgtraject is beëindigd ligt de primaire verantwoordelijkheid (weer) bij de huisarts. Zo nodig kan deze verwijzen naar de geneeskundige GGZ. Zolang de behandeling van een somatische aandoening en bijbehorende nacontroles nog gaande zijn, is het medisch specialistische zorgtraject in ieder geval nog niet beëindigd.

ACTIES

4

Zorgverleners die psychosociale ondersteuning leveren en psychosociale problemen moeten signaleren dienen hiervoor voldoende uitgerust te zijn, zowel wat betreft scholing als praktijkervaring. Er dient een goede balans te zijn tussen de somatische en de psychosociale elementen van de behandeling. Dit is ook een aandachtspunt bij de behandeling van psychosociale problemen door de huisarts en POH-GGZ. Om hoogwaardige zorg te kunnen leveren voor de specifieke groepen patiënten met somatische aandoeningen is specialisatie belangrijk. In de bestaande opleiding zou meer aandacht moeten zijn voor de medische psychologie. Verder zouden er landelijke ziektespecifieke scholingsprogramma's ontwikkeld en geïmplementeerd kunnen worden om de psychologische zorg bij specifieke somatische zorggebieden te verbeteren.

5

Er dient een landelijke generieke module voor psychosociale zorg opgezet te worden die een brede basis biedt voor de definiëring van kwalitatief hoogwaardige psychosociale zorg bij somatische aandoeningen. Deze kan bijdragen aan het bepalen van de benodigde capaciteit voor deze zorg. Ook voor de Inspectie voor de Gezondheidszorg en voor zorgverzekeraars is een dergelijke module behulpzaam.

6

Er dient strakker gedefinieerd te worden wanneer het somatische behandeltraject eindigt en psychosociale zorg daar geen onderdeel meer van is. Dit 'einde somatische behandeling' is belangrijk voor de afbakening van medisch specialistische zorg ten opzicht van de geneeskundige GGZ.



INDEX



16



BEVINDINGEN EN ACTIES

3/5

WIE ORGANISEERT EN BETAALT GOEDE PSYCHOSOCIALE ZORG?

BEVINDING

Er is een grote diversiteit bij ziekenhuizen en andere instellingen ten aanzien van de organisatie en interne financiering van psychosociale zorg bij somatische aandoeningen. Er is ook weinig inzicht in de middelen die worden besteed aan psychosociale zorg. Onduidelijk is of ziekenhuizen wel voldoende rekening houden met de kosten van psychosociale zorg in hun onderhandelingen met zorgverzekeraars. Niet altijd zijn de kosten voor psychosociale zorg apart te alloceren in het ziekenhuis, waardoor deze ook voor zorgverzekeraars niet altijd inzichtelijk zijn.

De samenwerking op het gebied van de psychosociale zorg bij patiënten met een somatische aandoening kan beter, zowel intramuraal als extramuraal. Zorginstellingen onderling weten elkaar niet altijd te vinden als het gaat over psychosociale problemen en in de overdracht van bijvoorbeeld de medisch specialist naar de huisarts gaat regelmatig informatie verloren. Intramuraal is van belang dat de primaire somatische specialismen het belang van goede psychosociale zorg onderschrijven en op een goede manier samenwerken met (gespecialiseerde) collega's op het gebied van de psychosociale/psychologische zorg.

ACTIES

7

De diversiteit in het zorgaanbod dient nader onderzocht te worden en indien er sprake is van onder- of overbehandeling dient het zorgaanbod hierop aangepast te worden. Ziekenhuizen dienen zorg te dragen voor voldoende en kwalitatief hoogwaardige psychosociale zorg. Om als ziekenhuizen goede keuzes te maken (over hoe deze zorg het beste te organiseren) is inzicht in de kosten van psychosociale zorg belangrijk. Het zou goed zijn als er meer richtinggevende cijfers komen over de benodigde capaciteit voor psychosociale zorg bij somatische aandoeningen. Ook de zorgverzekeraar speelt hier een rol omdat deze vanuit zijn zorgplicht mede verantwoordelijk is voor een kwalitatief goed en voldoende aanbod van de psychosociale zorg voor zijn verzekerden.

8

Zorginstellingen onderling dienen zorg te dragen voor een goede informatieoverdracht en zouden meer kunnen samenwerken tijdens bijvoorbeeld de psychosociale nazorg bij een somatisch behandeltraject. Verder kan gewerkt worden aan een matched care model, waarbij gestructureerde en geformaliseerde samenwerkingsverbanden worden aangegaan in de keten. Ook binnen de instellingen kan de samenwerking verbeteren tussen de primaire somatische specialismen en de behandelaren die de psychosociale zorg leveren.



INDEX





BEVINDINGEN EN ACTIES

4/5

WIE ORGANISEERT EN BETAALT GOEDE PSYCHOSOCIALE ZORG?

BEVINDING

Er worden weinig financieringsafspraken gemaakt tussen bijvoorbeeld ziekenhuizen en andere instellingen die psychosociale zorg leveren. Regelmatig worden patiënten met psychosociale problemen als gevolg van somatische aandoeningen behandeld via de geneeskundige GGZ in plaats van de medisch specialistische zorg. Dat is niet de bedoeling. Ervaren onduidelijkheden in de financiering worden soms als oorzaak hiervoor genoemd.

Mede daardoor wordt weinig gebruik gemaakt van de bestaande ruimte in de regulering als het gaat om de financiering van onderlinge dienstverlening. Vanuit de NZa is er een generieke prestatie beschikbaar en er is geen tariefregulering op van toepassing.

Er bestaat ook onduidelijkheid over de mogelijkheden van financiering van psychosociale zorg tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders. Er wordt in de praktijk weinig gebruik gemaakt van de bestaande mogelijkheden om de zorg op een adequate manier te financieren (zoals tariefdifferentiatie). Ook in de contractering tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders worden weinig tot geen specifieke afspraken gemaakt over psychosociale zorg. Mogelijk speelt de informatieachterstand bij zorgverzekeraars een rol. Een groot deel van de zorgactiviteiten wordt op de DBC-nota vermeld, echter geldt dit niet voor de zorgactiviteiten medische psychologie.

De inbedding en transparantie van de psychosociale zorg in de DOT-systematiek is onvoldoende. Er worden diverse activiteiten vastgelegd voor de medisch psychologie, echter zijn deze niet zichtbaar op de nota voor de zorgverzekeraar of de patiënt (zie actiepunt 10). Verder zijn er onduidelijkheden over de verhoudingen tussen de verschillende psychische behandeltrajecten (consultatieve psychiatrie en medische psychologie).

ACTIES

9

Er dienen goede instructies gemaakt te worden hoe psychosociale zorg bij somatische aandoeningen, geleverd door andere instellingen, via onderlinge dienstverlening verrekend kan worden. Ziekenhuizen dienen de kosten van deze zorg te verrekenen in hun tarieven die ze uitonderhandelen met zorgverzekeraars.

10

Er dient duidelijke communicatie plaats te vinden over de mogelijkheden van financiering van psychosociale zorg. Indien gewenst kan een verzoek bij de NZa worden ingediend om ook de zorgactiviteiten voor medische psychologie op te nemen op de zorgnota. Dit kan bijdragen aan meer specifieke contractafspraken zodat de psychosociale zorg een beter zichtbaar onderdeel wordt van het somatische behandeltraject.

11

Er zou bekeken kunnen worden hoe de psychosociale zorg beter ingebed of meer transparant kan worden gemaakt in de DOT-structuur. Daarin kan dan ook bekeken worden hoe de verschillende psychische behandelingen zich tot elkaar verhouden in de DOT-systematiek (bijvoorbeeld consultatieve psychiatrie versus klinische psychologie) en of deze zorg in vervolg-DBC's beter gepositioneerd kan worden.



INDEX



18



BEVINDINGEN EN ACTIES

5/5

WIE ORGANISEERT EN BETAALT GOEDE PSYCHOSOCIALE ZORG?

BEVINDING

Innovatieve vormen van financiering van de psychosociale zorg over de keten komen nog weinig tot niet voor, terwijl daar wel mogelijkheden voor zijn (onder bepaalde voorwaarden), bijvoorbeeld wanneer sprake is van nieuwe of vernieuwde zorglevering met een betere prijs/kwaliteitsverhouding, efficiënte zorgorganisatie, substitutie van tweedelijns gezondheidszorg naar eerstelijns gezondheidszorg of verbetering van kwaliteit van zorg voor de patiënt.

Maatschappelijke initiatieven kunnen een belangrijke rol spelen in de psychosociale ondersteuning van patiënten met een somatische aandoening. Doorgaans zijn deze initiatieven financieel afhankelijk van giften of financiering door fondsen, wat kan leiden tot financiële onzekerheid.

ACTIES

12

Mogelijk kunnen zorgaanbieders en zorgverzekeraars, op basis van de beleidsregel Innovatie van de NZa, in gezamenlijkheid en in een snelle en eenvoudige procedure een innovatieve (keten)prestatie bedenken die de psychosociale zorg dekt voor een specifieke (lokale) situatie. Maatschappelijke psychosociale initiatieven zouden met lokale gemeenten overleg kunnen voeren over mogelijke ondersteuning vanuit de WMO.

13

Maatschappelijke psychosociale initiatieven zouden met lokale gemeenten overleg kunnen voeren over mogelijke ondersteuning vanuit de Wmo.

WAAR VIND IK GOEDE PSYCHOSOCIALE ZORG?

Patiënten weten vaak niet de weg te vinden naar goede psychosociale zorg. Ook zorgverleners zelf weten vaak niet wat de verwijsmogelijkheden zijn. Verder ontbreekt een landelijk inzicht in voor somatische aandoeningen gespecialiseerde zorgverleners. Alleen de NVPO heeft een deskundigenbestand met gespecialiseerd zorgverleners in de oncologie.

Er is geen goed landelijk inzicht in de verschillende maatschappelijke psychosociale initiatieven, terwijl deze wel een belangrijke rol kunnen spelen bij de sociale ondersteuning van patiënten en hun naasten. Zorgverleners wijzen om die reden vaak ook niet door. Dit zou kunnen leiden tot onnodig zwaar zorggebruik.

14

Zorginstellingen, zorgverleners en zorgverzekeraars dienen een volledig beeld te hebben van de mogelijkheden die er zijn om de patiënt de beste zorg te geven die nodig is. De vindbaarheid van goede psychosociale zorg moet worden vergroot en er moet meer inzicht komen in de verwijsmogelijkheden naar gespecialiseerde psychosociale zorg (zowel binnen instellingen als daarbuiten). Mogelijk kan het deskundigenbestand ontwikkeld worden voor andere somatische aandoeningen (net als bij de oncologie).

15

Er zou landelijk inzicht moet komen in de verschillende maatschappelijke psychosociale initiatieven en welke kwaliteitskenmerken op dat initiatief van toepassing zijn. Patiënten en hun naasten moet de weg gewezen worden naar maatschappelijke initiatieven die het herstelproces (ook sociaal en emotioneel) en de maatschappelijke integratie kunnen ondersteunen.

