



Federatie
**Medisch
Specialisten**



Landelijke vereniging van
Artsen in Dienstverband

POSITIONERINGSNOTA

Medisch specialist in instellingen voor geestelijke gezondheidszorg



Colofon

Deze positioneringsnota schetst het landschap en de veranderingen waarmee medisch specialisten in de ggz-instelling te maken hebben. Op basis hiervan worden aanbevelingen gedaan om de positie van medisch specialisten in de ggz-instellingen te versterken. De algemene ziekenhuizen en de universitair medische centra zijn buiten beschouwing gelaten; hiervoor wordt verwezen naar de positioneringsnota's UMC's en Algemene Ziekenhuizen.

De Federatie Medisch Specialisten (Federatie) en de Landelijke vereniging van Artsen in Dienstverband (LAD) hebben opdracht gegeven om te komen tot deze positioneringsnota. Deze is geschreven door een werkgroep bestaande uit medisch specialisten werkzaam in de ggz-instellingen en begeleid door een interne projectgroep bestaande uit medewerkers van de Federatie en de LAD. Er is inhoudelijk afstemming gezocht met (gremia van) de betrokken wetenschappelijke verenigingen: Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP), Nederlandse Vereniging voor Klinische Geriatrie (NVKG) en Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde (NVK).

Werkgroep

- Marcel Vonk, voorzitter werkgroep & psychiater
- Jolien Bueno de Mesquita, psychiater
- Geert Uijterwaal, psychiater
- Rixt Riemersma, psychiater
- Didi Rhebergen, ouderenpsychiater
- Manon Hillegers, kinder- en jeugdpsychiater
- Sjoerd van Belkum, aios psychiatrie
- Rachel Bogers, klinisch geriater
- Henk Kruithof, klinisch geriater
- Jaco van den Hoek, kinderarts

Eindredactie

Lynette Wijgergangs (Marlijn Communicatie)

Vragen

Heeft u vragen of opmerkingen over dit document? Neem dan contact op met de Federatie en de LAD via info@demedischspecialist.nl of via (088) 505 34 34.

Copyright

© Federatie Medisch Specialisten en LAD
Juli 2019

Alle opgenomen informatie is eigendom van de Federatie en de LAD. Overnemen van inhoud, geheel of gedeeltelijk, is toegestaan mits met bronvermelding.

Inhoudsopgave

Samenvatting	4
Voorwoord	6
01 Inleiding	7
1.1 BESTUURLIJKE CONTEXT	8
1.2 JURIDISCHE CONTEXT	8
1.3 FINANCIËLE CONTEXT	9
02 WERKVELD VAN MEDISCH SPECIALIST IN GGZ-INSTELLING	12
2.1 TAKEN EN VERHOUDINGEN BINNEN DE ORGANISATIE	12
2.2 NETWERKGENEESKUNDE IN DE GGZ	14
2.3 REGIEBEHANDELAARSCHAP	15
2.4 VERANDERING ZORGVRAAG	15
2.5 EMPOWEREN PATIËNT	16
2.6 TOEGANKELIJKHEID VAN DE ZORG	16
2.7 DIGITALISERING	17
2.8 ADMINISTRATIEVE LASTEN	18
2.9 DOORONTWIKKELING DBC-SYSTEMATIEK (ZORGCLUSTERMODEL)	19
03 PROFIEL MEDISCH SPECIALIST IN DE GGZ(-INSTELLING)	20
04 ARBEIDSMARKTONTWIKKELINGEN	22
4.1 INSTROOM EN UITSTROOM PSYCHIATERS IN DIENSTVERBAND	22
4.2 DEELTIJD WERKEN	22
4.3 WERKPLEZIER EN LOYALITEIT	23
Bijlage 1 WETTEN VAN BELANG IN DE GGZ	24
Bijlage 2 MODEL VAN KALJOUW	27

Samenvatting

Diverse ontwikkelingen gaan het werk van de medisch specialist in ggz-instellingen de komende jaren ingrijpend veranderen. Voorliggende positioneringsnota beschrijft het veranderende werkveld en doet concrete aanbevelingen om de rol van de medisch specialist te versterken.

Bestuurlijke, juridische en financiële context

De bestuurlijke, juridische en financiële context waarin de medisch specialist in de GGZ werkt is divers en complex. De doelstellingen van de hoofdlijnenakkoorden en het visiedocument Medisch Specialist 2025 van de Federatie Medisch Specialisten geven richting aan de veranderingen die bepalend zijn voor (de rol van) de medisch specialisten in de ggz. Daarnaast is er een veelheid aan wetten van toepassing op de medisch specialist in de ggz. Tot slot hebben ggz-instellingen te maken met verschillende financieringsstromen, wat de continuïteit voor zorg voor de patiënt niet altijd ten goede komt. In voorliggende positioneringsnota wordt opgeroepen om de zorg zo te organiseren dat de zorginhoudelijke vraagstukken leidend zijn, en niet de wettelijke kaders of de financiering van zorg.

Werkveld van medisch specialist in ggz-instelling

In het werkveld van de medisch specialist in de ggz spelen verschillende thema's. Hieronder worden deze thema's kort beschreven.

4 Taken en verhoudingen binnen de organisatie

Samenwerking met andere professionals binnen en buiten de instelling is de afgelopen jaren steeds belangrijker geworden. Taken van de medisch specialist kunnen soms overgedragen worden aan andere zorgprofessionals. De werkgroep ziet een ontwikkeling ontstaan om taken neer te leggen bij de goedkoopste kracht. Dit is niet altijd wenselijk. De werkgroep spreekt zich daarom expliciet uit over de triage: De medisch specialist die – al dan niet tijdelijk - als regiebehandelaar optreedt, moet eindverantwoordelijk zijn voor de triage, maar hoeft deze niet bij elke patiënt zelf uit voeren en beslist zelf welke patiënten alsnog door hem gezien worden.

Via een medische staf kunnen medisch specialisten collectief en proactief deel uitmaken van en verantwoordelijkheid nemen voor de kwaliteit en organisatie van de zorgverlening binnen de instelling. De nieuwe Cao ggz heeft hiervoor de weg vrij gemaakt. Zo kunnen medisch specialisten, raad van bestuur van geneesheer-directeur verantwoordelijkheid nemen vanuit het eigen rol.

Netwerkgeneeskunde

Ook binnen de ggz is steeds meer aandacht voor het leveren van de juiste zorg, op het juiste moment, op de juiste plek door de juiste professional. Dit vraagt om samenwerking binnen een domein overstijgend netwerk rondom de patiënt. Het is belangrijk dat er een sterke zorginhoudelijke verbinding bestaat tussen de medisch specialist en de ggz-instelling, waarbij het gezamenlijk dragen van de verantwoordelijkheid voor de kwaliteit van zorg en het zorgnetwerk van essentieel belang is. Een randvoorwaarde voor een goed functionerend netwerk is gegevensuitwisseling over de domeinen heen. De AVG is hierin leidend en waarborgt de privacy van de patiënt, maar kan tevens tot (administratieve) uitdagingen leiden.

Regiebehandelaarschap

De regiebehandelaar is de zorgprofessional die de regie heeft over het zorgproces. Dit betekent een inhoudelijke én een coördinerende verantwoordelijkheid. De medisch specialist met de kennis en/of vaardigheden die het dichtst aansluit bij de zorgvraag van de patiënt, is bij voorkeur regiebehandelaar.

Verandering zorgvraag

We krijgen te maken met meer en oudere mensen, die vaker en meer chronische aandoeningen hebben. De burger wil meer eigen regie. 'Samen beslissen' is een centraal thema. De zorg moet dus anders georganiseerd worden, met meer

nadruk op de context en de rol van het individu in het proces. Andere competenties van de medisch specialist zijn dus nodig.

Empoweren patiënt

Een van de benodigde competenties van de medisch specialist voor 'samen beslissen' is het ondersteunen van de patiënt in zijn zelfmanagement. Onderdeel hiervan is het in begrijpelijke taal uitleggen wat de behandelmogelijkheden en het bespreken van de voors en tegens. In de ggz is er met regelmaat sprake van kwetsbare patiënten die niet meer (goed) in staat zijn om hun eigen belangen te behartigen. Een naaste kan de patiënt daarbij helpen door mee te gaan naar gesprekken over ziekte, herstel, functioneren en behandeling.

Toegankelijkheid van zorg

In het huidige stelsel wordt toegang tot goede zorg belemmerd door schotten tussen de diverse wetten en financieringsstromen. Het is een regionale verantwoordelijkheid dat de acute psychiatrie, gesloten bedden en de 24-uursdienst op het juiste moment toegankelijk zijn voor de patiënt die dit nodig heeft.

Digitalisering

Digitalisering biedt veel kansen. Een evaluatie van de effecten is echter vereist om te beoordelen of dit ook leidt tot kwalitatief betere zorg. Goedkopere zorg als gevolg van digitalisering is alleen acceptabel als de zorg kwalitatief gelijkwaardig is.

Administratieve lasten

De administratieve lasten die als niet-zinvol worden ervaren moeten verminderd worden, zodat de medisch specialist weer tijd heeft om zich met de zorg voor de patiënt bezig te houden. Een deel van deze administratieve lasten kan overgenomen worden door ondersteuning.

Doorontwikkeling van de DBC-systematiek

Het is belangrijk dat kwaliteit en zorginhoud leidend zijn voor in indiceren van zorg. In de huidige DBC-systematiek zit een financiële prikkel om zorg te leveren. De werkgroep stelt dat aansluiting bij de financiering van medisch specialistische zorg noodzakelijk is, dat voorlichting en afzien van behandeling ook gewaardeerd moeten worden.

Profiel medisch specialist in de ggz(-instelling)

De medisch specialist in de ggz-instelling bekleedt verschillende rollen:

1. Behandelaar/expert
2. Netwerker & teamspeler
3. Consulent
4. Coach en opleide;
5. Wetenschapper & innovator
6. Belangenbehartiger voor psychiatrische patiënten en voor goede kwaliteit binnen de instelling

Arbeidsmarktontwikkelingen

Er lijkt een verminderde instroom en toenemende uitstroom van psychiaters in dienst bij de ggz-instellingen. Daarnaast lijken meer medisch specialisten in deeltijd te gaan werken. Deze ontwikkelingen leiden tot een hogere werkdruk en meer verantwoordelijkheid voor de medisch specialisten werkzaam in de ggz. Er is onderzoek nodig naar de energiebronnen en -vreters om actief aan de slag te kunnen het werkplezier te vergroten en de uitstroom te verminderen.

Voorwoord

Diverse ontwikkelingen gaan het werk van de medisch specialist in ggz-instellingen de komende jaren ingrijpend veranderen. Essentieel daarbij is dat de patiënt zoveel mogelijk zelf de regie krijgt. Het is aan ons om de juiste zorg op het juiste moment en op de juiste plaats te organiseren. En dat zal vooral dicht bij de patiënt zijn. Thuis, in de wijk en alleen als dat moet intramuraal. De medisch specialist heeft daarbij nauw contact met de omgeving van de patiënt én met collega-professionals uit de zorg en uit andere domeinen. Waar mogelijk gaat digitalisering dit alles ondersteunen en soms zelfs werkzaamheden vervangen. Nieuwe wet- en regelgeving zorgt voor kansen en uitdagingen.

Veranderingen zoals de opkomst van de netwerkgeneeskunde, empowerment van de patiënt, demedicalisering, het regiebehandelaarschap en digitalisering stellen nieuwe eisen aan de kennis, kunde en vaardigheden van de medisch specialist in ggz-instellingen. Er is flexibiliteit nodig om te switchen tussen helikopterview en expertrol, om effectief samen te werken binnen een groot zorgnetwerk rond de patiënt.

Het Visiedocument Medisch Specialist 2025 van de Federatie Medisch Specialisten legt de lat hoog: 'Aantoonbaar de beste zorg ter wereld in 2025'. Als medisch specialist in de ggz(-instellingen) hebben wij de verantwoordelijkheid om deze ambitie te concretiseren, in samenspraak met betrokken professionals in het brede netwerk rondom de patiënt. De Federatie Medisch Specialisten (Federatie) en de Landelijke vereniging van Artsen in Dienstverband (LAD) hebben opdracht gegeven om te komen tot deze positioneringsnota.

Een positioneringsnota is naast een theoretisch denkkader ook een uitdaging voor de praktijk. Door middel van het denkkader wordt namelijk aan de medisch specialist een handreiking gedaan om noodzakelijke veranderingen concreet uit te werken. We denken hierbij aan het uitwerken van veranderingen als netwerkgeneeskunde, empowerment, 'samen beslissen'. Daarbij moet wel een onderscheid gemaakt worden wat de rol van de medisch specialist is en wat de rol is van de organisatie waarbinnen de medisch specialist werkzaam is.

In deze nota schetsen wij het landschap en de veranderingen waarmee medisch specialisten in ggz-instellingen te maken hebben en krijgen. Deze veranderingen liggen op het gebied van werkveld, het profiel van de medisch specialist, de werkomgeving en de arbeidsmarktontwikkelingen. Wij geven concrete aanbevelingen om de positie van medische specialisten in ggz-instellingen te versterken. Deze zijn gericht aan iedereen die een rol kan spelen in het realiseren van de voorgestelde veranderingen.

Als wij samen met patiënten, naaste betrokkenen, collega's, besturen van ggz-instellingen, ziekenhuisbesturen, besturen van instellingen voor ouderenzorg en gehandicaptenzorg, zelfstandig gevestigde psychiaters (zgp-ers), verzekeraars, overheden, bedrijven en alle andere betrokken partijen onze schouders eronder zetten, kunnen wij daadwerkelijk in 2025 komen tot de beste zorg ter wereld in onze ggz-instellingen.

Namens de werkgroep, Marcel Vonk, voorzitter

01 Inleiding

Medisch specialisten werken 'met een koel hoofd en een warm hart' en vol 'geneesplezier'. Zij zijn gemotiveerd om de gezondheid van alle mensen in Nederland te bevorderen; om elke patiënt als uniek mens te bezien; om betrokken te zijn bij de inrichting van de zorg en om rekening te willen houden met de mogelijkheden en onmogelijkheden binnen onze maatschappij. Ten slotte zijn zij gedreven om de medisch-specialistische kennis en kunde te vergroten, en op innovatieve wijze in te zetten, meer gebonden aan netwerken dan aan instellingen – Visiedocument Medisch Specialist 2025.

Ambities uit het visiedocument Medisch Specialist 2025 hebben een andere betekenis en uitwerking in de ggz dan in de medisch specialistische zorg. Vooral in acute en crisissituaties is de medisch specialist in de ggz-instellingen op zijn eigen oordeel aangewezen. Dit om gevaar te voorkomen dan wel te beperken. De medisch specialist in de ggz-instelling heeft veel vaker te maken met patiënten die niet in staat zijn zelf te kunnen beslissen en/of waar de medisch specialist moet vertrouwen op de vertegenwoordiger van de patiënt. Daarbij de afweging makend of die vertegenwoordiger of begeleider geen eigen belang heeft en het belang van de patiënt voorop stelt.

De medisch-specialistische zorg is sterk in beweging. In de maatschappij volgen de veranderingen elkaar snel op. Dit heeft gevolgen voor de positionering van de medisch specialist. Het appèl dat de maatschappij op medisch specialisten doet, is de afgelopen jaren sterk veranderd, evenals de zorgvraag van de patiënt. Ook medisch specialisten die werkzaam zijn in ggz-instellingen ervaren dit. Er zijn ontwikkelingen op het gebied van samen beslissen (shared decision making), de zorg wordt steeds meer rondom de patiënt georganiseerd en de aard van de samenwerking met andere professionals verschuift. Naast samen beslissen hangt het probleem van de patiënt vaak samen met een probleem dat elders dan binnen de zorg speelt. Samen beslissen heeft dan ook een zeer bijzondere betekenis binnen de ggz.

Daarnaast hebben medisch specialisten binnen de ggz te maken met regiebehandelaarschap, digitalisering, een hoge uitstroom van collega's uit de ggz-instellingen in samenhang met een grote doorstroom van collega's naar andere instellingen (met een hoge werkdruk als gevolg), een toename van zzp'ers en zgp-ers, administratieve lasten, veranderende wet- en regelgeving en financiering.

De patiënten die binnen de ggz behandeld worden, lijden aan depressies, angsten, psychoses, persoonlijkheidsproblemen en veelal aan combinaties daarvan. Veel van onze patiënten zijn chronisch kwetsbaar, met een hoog recidiefpercentage. Dit gaat frequent gepaard met ernstige psychische beperkingen, die tijdelijk, maar vaak ook chronisch van aard zijn. Het zijn juist deze beperkingen die bepalen welke mogelijkheden patiënten nog hebben als het gaat om positieve gezondheid, samen beslissen, eigen verantwoordelijkheid/regie. Hierin onderscheidt de groep patiënten, die aan onze zorg wordt toevertrouwd, zich van een grote groep somatisch zieke patiënten. Dit betekent dat psychiaters een bijzondere verantwoordelijkheid hebben ten opzichte van hun patiënten, die vaak niet mondig zijn en over een gebrekkig ziekte-besef en -inzicht beschikken. Dit is inherent aan een ziekte van en in de hersenen.

De medisch specialist binnen de ggz is een arts, toegerust met specifieke kennis over de combinatie van somatiek en psyche en geschoold in psychotherapeutische vaardigheden. Dit maakt hem¹ uniek ten opzichte van andere specialisten en geeft hem een belangrijke positie binnen het omvangrijke zorgnetwerk² van de ggz. Een positie die zich bij uitstek leent voor het nemen van regie, omdat hij de kennis en kunde heeft om over de domeinen heen, in te schatten op welke plek en op welk moment de patiënt de juiste zorg kan krijgen. Aandacht voor de competenties die nodig zijn om zich goed te positioneren, zijn in zijn opleiding maar mondjesmaat aan bod gekomen, en zullen in de opleiding beter verankerd moeten worden.

Wij schetsen de veranderingen die bepalend zijn voor de rol van de medisch specialist in de ggz-instelling. Aan de orde komen eerst in onderstaande paragrafen de bestuurlijke, juridische en financiële context van ons werkveld. Vervolgens bespreken we de inhoud van ons werkveld, het profiel van de medisch specialist, arbeidsomstandigheden en de arbeidsmarktontwikkelingen. Iedere paragraaf bevat een korte beschrijving van de huidige situatie, aangevuld met de visie van de werkgroep indien van toepassing. Wij sluiten veel paragrafen af met concrete aanbevelingen.

1.1 BESTUURLIJKE CONTEXT

In het hoofdlijnenakkoord medisch-specialistische zorg (msz) 2019–2022 zijn afspraken gemaakt over de juiste zorg op de juiste plek, over het terugdringen van regeldruk en over de arbeidsmarkt. Het akkoord is erop gericht de uitgaven te beheersen en de toegankelijkheid en betaalbaarheid van de zorg op lange termijn te borgen. In het regeerakkoord is afgesproken dat de groei van de kosten onder de zorgverzekeringswet wordt afgeremd. De afspraken in het akkoord zijn gemaakt en gelden tussen het ministerie van VWS, de Federatie Medisch Specialisten en andere veldpartijen binnen de medisch-specialistische zorg.³

Het hoofdlijnenakkoord ggz 2019–2022, gesloten tussen het ministerie van VWS en veldpartijen uit de ggz waaronder de NVvP⁴, besteedt veel aandacht aan het terugdringen van wachtlijsten, vermindering van de regeldruk en verbetering van de arbeidsmarkt. Bovendien komen er extra gelden vrij voor opleiding. Het hoofdlijnenakkoord ggz beschrijft dat voor de medisch specialist het van belang is dat:

- Diagnose en behandeling verankerd blijven in het ggz-stelsel;
- Er een werkgroep komt die zich specifiek gaat richten op ieders rol in de triage aan de poort;
- De oprichting van medische staven in ggz-instellingen valt onder 'goed werkgeverschap' van de instelling.

Deze thema's zijn voedend geweest voor het huidige document.

De concrete aanbevelingen in dit document worden gedaan met het oog op de toekomst zoals omschreven in het visiedocument Medisch Specialist 2025 van de Federatie Medisch Specialist. Kernbegrippen hierin zijn: gerechtvaardigd vertrouwen, ambitie, samenwerken, medemenselijkheid en compassie. De pijlers van het visiedocument zijn:

- De unieke patiënt en de moderne specialist
- Richting netwerkgeneskunde
- Voorop in vernieuwing
- Betrokken bij gezondheid en gedrag

In 2025 is de burger regisseur van zijn eigen gezondheid en herstel, soms ondersteund door naasten of wettelijk vertegenwoordigers indien mensen niet in staat zijn om zelf regie te voeren. Voor medisch specialisten in ggz-instellingen zal dit een ideaal blijven, omdat de vaak ernstige en chronische kwetsbaarheid op grond van de bestaande psychopathologie vaak gepaard gaat met praktische psychische beperkingen. Een deel van de patiënten in de ggz kan gedurende een kortere of langere periode steun nodig hebben van een naaste of wettelijk vertegenwoordiger waar het gaat om besluiten ten aanzien van behandeling. Naast waarde toevoegen aan de regievoering beslist de medisch specialist vaak over wie en hoe een ander regie voert over het leven van de patiënt. Dit om mensen een zo menswaardig mogelijk bestaan en rol in de maatschappij te geven.

1.2 JURIDISCHE CONTEXT

Het behandelkader van de ggz wordt medebepaald door een veelheid aan wetten. Medisch specialisten binnen ggz-instellingen moeten, meer dan andere medisch specialisten, kennis hebben van juridische zaken.

De medisch specialist is gehouden aan wetgeving die in zijn algemeenheid van toepassing is, te weten:

- Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO);
- Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (Wet BIG);
- Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz);
- Zorgverzekeringswet (Zvw);

Waar het op delen van informatie en het beroepsgeheim aankomt, is de medisch specialist bovendien gehouden aan de eisen van de Algemene Verordening Gegevensbescherming (AVG). De inhoud van deze vijf wetten wordt bekend verondersteld en verder niet toegelicht in dit document.

De medisch specialist werkzaam in een ggz-instelling heeft daarnaast met extra wetgeving te maken. Hij kan verschillende vormen van zorg binnen de ggz leveren zoals acute en/of crisiszorg, curatieve zorg, langdurige zorg, forensische zorg en consultatieve zorg. In de bijlage zijn de belangrijkste wetten beschreven die in grote mate het werkveld en de domeinen bepalen van de medisch specialist werkzaam in ggz-instellingen. Het betreft de volgende wetten:

- Wet Verplichte ggz (Wvvggz; rechtsopvolger wet Bopz⁵)
- Wet Zorg en Dwang (Wzd)
- Wet langdurige Zorg (Wlz).
- Wet Maatschappelijke ondersteuning (Wmo)
- Jeugdwet
- Wet Forensische Zorg (Wfz)

De komende periode zal pas blijken welk effect de Wvvggz zal hebben op de beschikbare capaciteit van medisch specialisten (en dan met name psychiaters) en ander personeel werkzaam binnen de ggz. Er zal ten opzichte van deze wet veel meer capaciteit nodig zijn voor het beoordelen van patiënten en zorgplannen/zorgarrangementen. Dit ook omdat de Wvvggz ambulante verplichte zorg introduceert. De eisen die gesteld worden aan de motivatie voor verplichte zorg zijn in de Wvvggz fors uitgebreid. Daarnaast worden de randvoorwaarden ten aanzien van de opgelegde verplichte zorg aangescherpt. Zo wordt er een groter beroep gedaan op de beschikbare capaciteit - zowel inhoudelijk als administratief - van de psychiater en overig personeel binnen de ggz. Onduidelijk is tot op heden hoe de financiering hiervan geborgd is. Te verwachten is een toenemende belasting op de beschikbare ggz-capaciteit.

Naast wetten die de zorg kaderen, hebben medisch specialisten binnen de ggz ook met andere domeinen te maken, zoals het onderwijs en het sociaal domein. Te denken valt aan schuldsanering, gezagkwesties, functie van de voogd, de consequenties van (gedeeltelijke) wilsonbekwaamheid en omgaan met huiselijk geweld, in het bijzonder vanuit de Meldcode Huiselijk Geweld. Ook deze domeinen kennen specifieke wettelijke kaders die het werk van de medische specialist in de ggz (mede) bepalen.

Verschillende wettelijke kaders kunnen vormen van zorg overstijgen en leiden niet zelden tot schotten in zorg en financiële kaders. De wettelijke kaders zijn steeds meer bepalend voor financiering van zorg. Dit heeft grote consequenties voor de medisch specialist en belemmert hem niet zelden om, in afstemming met de patiënt (en zijn naasten), tot een goed zorgaanbod te komen.

1.3 FINANCIËLE CONTEXT

Een ggz-instelling heeft te maken hebben met diverse financieringsstromen. De medisch specialist krijgt hiermee te maken omdat de financiële context waarbinnen de medisch specialist in een ggz-instelling werkzaam is, steeds meer bepalend wordt voor de zorg die geleverd gaat worden. Dit leidt tot verantwoordelijkheid van de psychiater in directe relatie tot de patiënt, bij ontwikkeling en keuzes met betrekking tot zorgaanbod (vanuit kwaliteit en wetenschappelijke evidentie) en bij innovaties (doelmatigheid en efficiëntie en deugdelijke kosten-batenanalyse).

Op dit moment zijn de financiële kaders zo verschillend, complex en ingewikkeld dat de medisch specialist de continuïteit van zorg niet (meer) kan waarborgen. Hij moet zich steeds opnieuw verhouden met de financiële context. Dit raakt de toegankelijkheid van de ggz-zorg én de continuïteit van en binnen de ggz-zorg, die niet alleen qua wachtlijsten, maar ook qua veiligheid sterk onder druk staat.

Voor de medisch specialist werkzaam in een ggz-instelling moet de financiële context zodanig zijn dat het hem helpt/ondersteunt in plaats van tegenwerkt en weer het grootste deel van zijn kostbare tijd aan directe patiëntenzorg kan besteden. De medisch specialist dient voldoende autonomie te ervaren om binnen een financiële context te kunnen functioneren. Dit is niet alleen nodig voor continuïteit van zorgverlening aan een patiënt, maar is ook nodig binnen de organisatie: dat wil zeggen ten aanzien van de financiering van de zorg en de klinische inzetbaarheid van medisch specialisten.

De meest voorkomende financieringsstromen zijn die voor jeugdigen (18-minners), op genezing gerichte ggz en verslavingszorg aan volwassenen, ggz in een strafrechtelijk kader en langdurige ggz met verblijf.

Jeugd

Gemeenten zijn in de Jeugdwet verantwoordelijk voor jeugdzorg. VWS levert de middelen die gemeenten nodig hebben als een decentralisatie-uitkering in het gemeentefonds. Dit is een onderdeel van de algemene uitkering. De hoogte daarvan bepaalt het ministerie aan de hand van een aantal rekenregels. Het bedrag wordt verdeeld over de gemeenten door middel van maatstaven, zoals het inwonertal en de oppervlakte van een gemeente, een aan de maatstaven gekoppeld gewicht (bedrag per eenheid) en de uitkeringsfactor. Die drie zijn aan voortdurende veranderingen onderhevig. Steeds meer gemeenten kopen de jeugdzorg in middels aanbestedingen. Dit betekent dat de continuïteit van zorg onder druk komt te staan op het individuele patiënten niveau, netwerken in de keten en kennis die beschikbaar is binnen de keten.

Specialistische hulp voor jeugd met een beperking, jeugd-ggz, gesloten jeugdhulp en het onderdeel 'preventie' van de jeugdgezondheidszorg loopt via een persoonsgebonden budget (pgb) uit de Jeugdwet. Dit stelt de gemeente vast. Of een pgb opgehoogd wordt of niet na overschrijding verschilt per gemeente.

Ggz-instellingen en zgp'ers die ggz leveren aan patiënten onder de 18, moeten met elke gemeente aparte afspraken maken over het budget en de wijze waarop wordt geregistreerd en gedeclareerd. Voor registratie/declaratie zijn drie verschillende varianten beschikbaar, die per combinatie (gemeente-zorgverlener) kunnen verschillen en daarmee per patiënt anders kunnen zijn. Dit alles brengt voor de medisch specialist een grote administratieve last met zich mee. Een gevolg van de huidige organisatie van de jeugdzorg lijkt te leiden tot een verminderde belangstelling voor de opleiding tot kinder- en jeugdpsychiater en een afname van zelfstandige gevestigde kinder- en jeugdpsychiaters.

Volwassenen

Per 1 januari 2014 is de ggz opgedeeld in drie domeinen: huisartsenzorg met ondersteuning van de POH-GGZ, generalistische basis-ggz en gespecialiseerde ggz. De Nza heeft daar beleidsregels en tarieven voor vastgesteld. In de gespecialiseerde ggz kan de medisch specialist regiebehandelaar zijn. In de generalistische basis-ggz kan de medisch specialist in consult geroepen worden of medebehandelaar zijn. Zorgverzekeraars kunnen hierop aanvullende-/beperkende voorwaarden stellen in de contracten die ze sluiten met zorgaanbieders. Voor verzekerden gelden de polisvoorwaarden van de verzekeraar. Voor gespecialiseerde ggz is de 'DBC-GGZ-systematiek' van toepassing. Met het stellen van een diagnose wordt een DBC geopend. Alle tijd die aan de patiënt besteed wordt, wordt genoteerd. Aan het eind van de behandeling, of na een jaar, wordt de DBC gesloten en de daadwerkelijk bestede tijd in rekening gebracht (bijvoorbeeld 800-1.800 minuten).

Justitie

Gespecialiseerde ggz in strafrechtelijk kader wordt bekostigd via Diagnose Behandeling en Beveiliging Combinatie (DBBC). In bepaalde situaties is er nog sprake van bekostiging via Zorgzwaartepakketten. De Nza is verantwoordelijk voor het vaststellen van de prestaties en tarieven voor de forensische zorg.

Langdurige zorg

Cliënten met een verblijf (gericht op herstel) tot 1095 dagen (drie jaar) vallen onder de Zvw, cliënten met een langer verblijf onder de Wlz. Daarin tellen ook ziekenhuisverblijf en klinische zorg geleverd bij andere ggz-instellingen mee voor de termijn van 1095 dagen. Vervolgens wordt de langdurige ggz bekostigd op basis van zorgzwaartepakketten: de zorgaanbieder brengt een bedrag per dag in rekening voor de behandeling en het verblijf van de cliënt. De Wlz is bedoeld voor mensen die de hele dag intensieve zorg of intensief toezicht nodig hebben. Om in aanmerking te komen voor zorg vanuit de Wlz, moet er een Wlz-indicatie worden aangevraagd. De wet is van toepassing voor de ggz als de cliënt een indicatie ZZP GGZ-B heeft. Het inkoopkader langdurige zorg 2018 is op de website van Zorgverzekeraars Nederland gepubliceerd. De zorgkantoren publiceren zelf ook het inkoopkader.

Aanbevelingen van de werkgroep

Een expertgroep moet in kaart te brengen wat de gevolgen zijn van de toekomstige wetten Wvvgz en Wzd voor de rol van de medisch specialist en de patiënt. Zo kan tijdig worden geanticipeerd op de gevolgen van de wetten.

De continuïteit en de kwaliteit van zorg moeten zo worden georganiseerd dat wettelijke kaders niet leidend of beperkend zijn voor zorginhoudelijk vraagstukken, alsmede financiering van zorg.

Psychiatrische stoornissen ontstaan vaak al op (zeer) jonge leeftijd waarbij de levensloop benadering en continuïteit van zorg zeer belangrijk zijn. Dit moet leidend zijn in de organisatie en financiering van geestelijke gezondheidszorg voor kinderen, jeugdigen, volwassenen en ouderen, waarbij ook geen onderscheid wordt gemaakt tussen somatische en psychiatrische zorg. De werkgroep doet de aanbeveling de gemeentelijke financiering van de jeugd-ggz weer onder te brengen binnen de Zvw en bij de zorgverzekeraars.

Noten

1. Overal waar 'hem' staat kan ook 'haar' gelezen worden en overal waar 'hij' staat 'zij'.
2. Het werk van de medisch specialist beperkt zich niet meer tot één gebouw of één lijn. Hij is zelf onderdeel van een (digitaal) netwerk van zorgprofessionals rondom de patiënt, waarbij kwaliteit van leven het uitgangspunt is: de juiste zorg, op het juiste moment en de juiste plek.
3. Namelijk: de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ), Zorgverzekeraars Nederland (ZN), de Nederlandse federatie van Universitair Medische Centra (NFU), Patiëntenfederatie Nederland, Zelfstandige Klinieken Nederland (ZKN), Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland (V&VN).
4. Namelijk: GGZ Nederland, MIND Landelijk Platform, Landelijke Vereniging voor Vrijgevestigde Psychologen en Psychotherapeuten (LVVP), Nederlands Instituut voor Psychologen (NIP), Federatie van Psychologen, Psychotherapeuten en Pedagogen (P3NL), Platform MEERGGZ, Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN), Vereniging voor eerstelijnsorganisaties InEen, Federatie Opvang (FO), RIBW Alliantie, Zorgverzekeraars Nederland (ZN).
5. Wet Bijzondere opnemingen psychiatrische ziekenhuizen

02 WERKVELD VAN MEDISCH SPECIALIST IN GGZ-INSTELLING

2.1 TAKEN EN VERHOUDINGEN BINNEN DE ORGANISATIE

Taken medisch specialist binnen de ggz-instelling

De primaire taak van ggz-instellingen en van de medisch specialisten die er werken, is patiëntenzorg. Deze zorg wordt geleverd via crisiszorg, curatieve zorg, langdurige zorg, forensische zorg, en consultatieve zorg, thuis of (poli)klinisch. Over het algemeen spelen de grotere ggz-instellingen een belangrijke rol in de acute keten van de gemeente of regio met een crisisdienst en bij hulp voor de opvang van verwarde personen. De medisch specialist is cruciaal in de vormgeving, uitvoering en borging van zowel acute als lang(er)durende zorg.

Als een instelling één van de typen ggz niet kan leveren, dan moet deze binnen de regio afspraken maken met aanbieders die de zorg wel leveren. De medisch specialist speelt hierin een belangrijke rol: hij heeft het overzicht over hoe de onderdelen van het zorgnetwerk binnen en buiten de ggz-instelling functioneren en samenwerken. Hij heeft een signalerende functie richting de raad van bestuur als het zorgnetwerk niet goed functioneert en er risico's ontstaan voor de continuïteit, veiligheid of kwaliteit van zorg. Daarnaast treedt de medisch specialist op als consulent. Dit doet hij voor de eerste lijn (huisartsen en de POH-GGZ) en voor andere (medisch) specialisten. Ook voor die medisch specialisten werkzaam in andere instellingen die niet zelf over een psychiater beschikken. Daarnaast heeft hij onderwijstaken en wetenschappelijke taken (zie ook hoofdstuk 3).

Tot slot heeft de medisch specialist een maatschappelijke rol door zijn bijdrage aan primaire, secundaire en tertiaire preventie, onder andere door het geven van voorlichting (bijvoorbeeld via kindcheck, leefstijladvies) en door zijn optreden als belangenbehartiger binnen en buiten de ggz-instelling (mental health advocate). Het gaat hierbij om het voorkomen van een ziekte, vroegsignalering en het voorkomen van recidive.

Medisch specialisten in relatie tot andere zorgprofessionals

De medisch specialisten werkzaam in de ggz-instellingen zijn vooral psychiaters en klinisch geriateren. Incidenteel heeft een ggz-instelling ook een kinderarts, internist en/of neuroloog in dienst. Zij maken deel uit van een multidisciplinair team, vaak samen met psychologen (gezondheidszorgpsycholoog, klinisch psycholoog en/of neuropsycholoog), verpleegkundigen (verpleegkundig specialisten ggz, sociaalpsychiatrisch verpleegkundigen) en professionals uit andere disciplines (maatschappelijk werkers, diëtisten, fysiotherapeuten, etc.).

Geestelijke gezondheidszorg wordt niet alleen door instellingen geleverd. Het aantal zgp'ers neemt de afgelopen jaren steeds meer toe. Instellingen maken steeds vaker met zgp'ers afspraken over wie welke zorg gaat leveren. Zo ook over crisisdiensten. Ook zorgverzekeraars maken steeds gerichtere afspraken over welke zorg een instelling dan wel zelfstandig gevestigde zorgprofessionals leveren.

Samenwerking met andere zorgprofessionals is iets wat in de ggz al jaren gebeurt. Niet alleen op het niveau van regiebehandelaar, maar ook in wijk of FACT-teams met disciplines die niet-academisch zijn opgeleid.

Samenwerking met andere zorgprofessionals is de afgelopen jaren steeds belangrijker geworden. Dezelfde taken kunnen door meerdere disciplines worden uitgevoerd. Zo kunnen naast de psychiater of de klinisch geriater ook de klinisch psycholoog, gezondheidszorgpsycholoog en de verpleegkundig specialist ggz de regiebehandelaar zijn (zie ook paragraaf 2.3).

De mogelijkheid taken over te dragen aan andere zorgprofessionals, leiden er soms toe dat een ggz-instelling taken neerlegt bij de goedkoopste kracht. Zo worden triage en intake vaak uitgevoerd door de basispsycholoog. De psychiater, die diagnostisch het breedst is opgeleid, wordt over het algemeen pas in een later stadium bij de patiënt betrokken (zie ook bijlage 'Zorgverzekeringswet'). Zo kan er essentiële informatie gemist worden, waardoor een behandeling onnodig lang

gaat duren. Een medisch specialist zou daarom bij het stellen van de diagnose betrokken moeten zijn.

Visie van de werkgroep

De triage moet uitgevoerd worden door de hoogstopgeleiden. De medisch specialist is hierin geschoold en kan inschatten welke zorg nodig is en waar deze plaats moet vinden. De psychiater of andere medisch specialist die - al dan niet tijdelijk - als regiebehandelaar optreedt, moet eindverantwoordelijke zijn voor de triage, maar hoeft deze niet bij elke patiënt zelf uit te voeren en beslist zelf welke patiënten alsnog door hem gezien moeten worden.

Medisch specialisten in relatie tot het management en bestuur

Via de medische staf (algemene ziekenhuizen) en het stafconvent (academische ziekenhuizen) hebben medisch specialisten in ziekenhuizen een duidelijke positie ten opzichte van het bestuur. Via deze gremia kunnen zij collectief en proactief deel uitmaken en verantwoordelijkheid nemen voor de kwaliteit en organisatie van de zorgverlening in het ziekenhuis. Hierdoor is de zorgsturing vanuit de medische inhoud geborgd. In ggz-instellingen was dit tot voor kort niet het geval. Medisch specialisten hebben daardoor nog beperkt zitting in de raden van bestuur, ook ontbreekt vaak een medische staf binnen de ggz-instelling.

Sommige ggz-instellingen hebben wel een medische staf. Hun taakopvatting, rol en positie ten opzichte van de raad van bestuur is echter vaak nog onvoldoende uitgekristalliseerd. Nu de inspraak van medisch specialisten is verankerd in het akkoord voor een nieuwe Cao GGZ, ligt de weg vrij om medische staven serieus invulling te geven in de ggz.⁶

Ggz-instellingen met een Bopz-erkenning hebben een psychiater in het management in de persoon van de geneesheer-directeur (of eerste geneeskundige). De rol van de geneesheer-directeur in de Wvvgz is anders dan in de wet BOPZ. Vanaf 2020 mag de geneesheer-directeur geen onderdeel meer uitmaken van de raad van bestuur/topmanagement. Hij krijgt een onafhankelijke positie met een eigen wettelijke verankering.

Visie van de werkgroep

De medisch-inhoudelijke zorgsturing moet ook worden geborgd buiten de lijnverantwoordelijkheid in alle ggz-instellingen waar medisch specialisten werken. Bijvoorbeeld middels het oprichten van een medische staf. Zo kunnen medisch specialisten, raad van bestuur en geneesheer-directeur verantwoordelijkheid nemen vanuit hun eigen rol voor de zorginhoud. Het leveren van goede zorg vereist van de medisch specialist zelf uiteraard ook een zekere mate van assertiviteit richting het bestuur.

Aanbevelingen van de werkgroep

Laat aan de poort bij de triage een (onafhankelijk) medisch specialist de indicatie voor ggz-zorgzwaarte afgeven voor kinderen, adolescenten, volwassenen en ouderen.

Voer een inventarisatie uit naar het aantal medische staven in ggz-instellingen. Vraag uit waarom een medische staf wel/niet tot stand is gekomen, wat de randvoorwaarden hiervoor zijn geweest en hoe de samenwerking met de raad van bestuur is. Onderzoek ook hoe de juridische inbedding, het mandaat en eventueel het adviesrecht van de medische staf zijn vormgegeven en geborgd.

Stimuleer op geleide van de uitkomsten van deze inventarisatie (best practices) het ontwikkelen en positioneren van medische staven.

Bij ggz-instellingen waar medisch specialisten werken, moet tenminste één medisch specialist zitting hebben in het bestuur. Zo wordt ook op dat niveau de zorginhoudelijke sturing vanuit patiëntperspectief geborgd.

Besteed in de opleiding aandacht aan onderhandelstrategieën en -vaardigheden zodat medisch specialisten voorbereid zijn op deze nieuwe positionering en taken (bijvoorbeeld gemeentelijke aanbestedingsprocedures).

2.2 NETWERKGENEESKUNDE IN DE GGZ

Binnen de ggz is er van oudsher sprake van veel samenwerking. Deze samenwerking is een voorbeeld (geweest) voor andere sectoren.

De Raad voor Volksgezondheid en samenleving deed ten aanzien van netwerkgeneeskunde in de ggz in 2017 de volgende aanbevelingen:

- veranker het persoonlijk zorgleefplan in WGBO, Wmo, Wlz en Jeugdwet;
- bewerkstellig een digitale communicatie- en informatiestructuur (persoonlijke gezondheidsdossiers);
- zorg voor koppelfuncties tussen informatiesystemen van aanbieders;
- stimuleer gebruik van volmachten;
- vrije keuze van patiënt voor regiebehandelaar, verstevig positie van de regiebehandelaar;
- stimuleer opleiding en kennisuitwisseling voor een praktijk van zorg in netwerken, creëer ruimte; voor ontmoeting en reflectie over organisatiegrenzen heen;
- pak het kennistekort rond beroepsgeheim en privacy aan en stel een vraagbaak in;
- verduidelijk de bijzondere zorgplicht voor informele zorg;
- experimenteer met gebundelde bekostigingsvormen.

De medisch specialist werkzaam in de ggz-instelling is in de toekomst steeds meer onderdeel van een domeinoverstijgend netwerk rondom de patiënt. Het werk van deze medisch specialist beperkt zich niet meer tot één gebouw of één lijn. Medisch specialisten in ggz-instellingen werken soms wel verspreid over twintig locaties en vijf wijkteams. Alle grote en middelgrote instellingen hebben meerdere locaties, verspreid over meerdere regio's. Daarnaast is de medisch specialist onderdeel van een (digitaal) netwerk van zorgprofessionals rondom de patiënt, waarbij kwaliteit van leven het uitgangspunt is: de juiste zorg, op het juiste moment en de juiste plek door de juiste professional.

Het is belangrijk dat er een sterke zorginhoudelijke verbinding bestaat tussen de medisch specialist en de ggz-instelling, waarbij het gezamenlijk dragen van de verantwoordelijkheid voor de kwaliteit van zorg en het zorgnetwerk van essentieel belang is. De organisatorische vorm is ondergeschikt hieraan. De zorg wordt rondom de patiënt georganiseerd, niet de patiënt rond de zorg. Aangezien de medisch specialist wordt beoordeeld op zijn toegevoegde waarde binnen het netwerk, is het belangrijk dat hij die waarde goed kent en weet wat anderen in het netwerk kunnen toevoegen.

Visie van de werkgroep

De nieuwe manier van werken stelt andere eisen aan de medisch specialist in de ggz-instelling. Hij heeft de regie over het zorgproces, verbindt en bemiddelt daar waar nodig en kan makkelijk op- of afschalen. Naast zijn inhoudelijke rol als medisch deskundige heeft de medisch specialist bij uitstek de kennis en vaardigheden om het geheel van het netwerk te overzien en de juiste mensen te betrekken. Hij beschikt over goede communicatieve, bemiddelende en onderhandelvaardigheden voor het contact met de patiënt, zorgprofessionals en zorginkopers.

Daarnaast is voor een goed functionerend netwerk gegevensuitwisseling binnen en over de domeinen heen een randvoorwaarde. De patiënt heeft zoveel mogelijk regie over wie in welk deel van het dossier mag meekijken en schrijven. De AVG is leidend en waarborgt de privacy van de patiënt, maar kan tevens tot (administratieve) uitdagingen leiden.

Daarnaast is voor een goed functionerend netwerk gegevensuitwisseling binnen en over de domeinen heen een randvoorwaarde. De patiënt heeft zoveel mogelijk regie over wie in welk deel van het dossier mag meekijken en schrijven. De AVG is leidend en waarborgt de privacy van de patiënt, maar kan tevens tot (administratieve) uitdagingen leiden.

Aanbevelingen van de werkgroep

Als het medisch-inhoudelijk noodzakelijk is, moeten gegevens gemakkelijk kunnen worden uitgewisseld. Betrokken partijen moeten hierover afspraken maken die weinig administratief belastend zijn en werkbaar in de praktijk, zonder dat beroepsgeheim en patiëntenrechten geschonden worden.

2.3 REGIEBEHANDELAARSCHAP

Sinds 1 januari 2017 is het hoofdbehandelaarschap vervangen door regiebehandelaarschap en het kwaliteitsstatuut. Deze verandering heeft plaatsgevonden naar aanleiding van het advies 'Hoofdbehandelaarschap GGZ als Noodgreep' van de commissie Meurs uit 2015. In het kwaliteitsstatuut wordt aangegeven wat zorgaanbieders in de ggz hebben geregeld op het gebied van kwaliteit en verantwoording binnen gespecialiseerde ggz (SGGZ) en generalistische basis-ggz (GBGGZ).

De regiebehandelaar is dé zorgprofessional die de regie heeft over het zorgproces. Het gaat hierbij niet noodzakelijkerwijs om de uitvoering van de zorginhoudelijke taken, maar om de regievoering en het (coördineren van) het zorgproces. De taken van een regiebehandelaar worden omschreven in het kwaliteitsstatuut dat alle zorgaanbieders binnen de curatieve ggz moeten hebben, en openbaar maken. De rol van de medisch specialist als regiebehandelaar van de toekomst kan, afhankelijk van het type zorg en de behoefte van de patiënt, variëren van een actieve leidende rol tot een meer ondersteunende rol of tot het delen van specifieke kennis.

Medisch specialisten zijn opgeleid om de breedte van de zorgvraag te overzien en om het antwoord op de zorgvraag te organiseren, en zijn dus aan elkaar gelijkwaardig. Uiteraard is er een verschil in kennisgebied. De medisch specialist met de kennis en/of vaardigheden die het dichtst aansluit bij de zorgvraag van de patiënt, is bij voorkeur regiebehandelaar.

Binnen ggz-instellingen worden over het algemeen behandelingen binnen de SGGZ uitgevoerd vanuit multidisciplinaire teams, waar een psychiater/klinisch geriatr of klinisch psycholoog deel van uitmaakt. De medisch specialist is verantwoordelijk voor meerdere domeinen, die voortkomen uit het biopsychosociale model. Omwille van de kwaliteit van zorg is de samenhang tussen psychiatrische en somatische expertise van belang, van de beginfase tot in de late levensfase.

Visie van de werkgroep

Iedere medisch specialist die in de ggz(-instelling) regiebehandelaar mag zijn, moet dit kunnen doen binnen zijn domein van expertise. Regiebehandelaarschap binnen een ggz-instelling betekent een behandelinhoudelijke verantwoordelijkheid én coördinerende verantwoordelijkheid. De combinatie van beide rollen houdt in dat er zorgvuldig gewogen moet worden wanneer een andere medisch specialist dan de psychiater en klinisch geriaters⁷ de regiebehandelaarsrol kan waarmaken. Daarbij is met name het overzicht over het gehele ggz-veld een belangrijk aandachtspunt.

Aanbevelingen van de werkgroep

Stel randvoorwaarden aan de (reikwijdte) van de verantwoordelijkheid van de medisch specialist waar het de GBGGZ betreft en waarbij de medisch specialist geen regiebehandelaar kan zijn. Medisch specialisten, GGZ Nederland, ggz-instellingen, tuchtrecht, het ministerie van VWS, NVvP en beleidsmakers kunnen hierbij een rol spelen.

2.4 VERANDERING ZORGVRAAG

De commissie Innovatie Zorgberoepen & Opleidingen onder leiding van Marian Kaljouw⁸ beschrijft in haar rapport dat de zorgvraag de komende jaren verandert en toeneemt: we krijgen te maken met meer en oudere mensen, die vaker en meer chronische aandoeningen hebben. Het aantal patiënten met dementie, psychische klachten en eenzaamheid neemt toe. De burger wordt mondiger en wil meer eigen regie. Dit is een algemene maatschappelijke tendens die ook geldt voor psychiatrische patiënten. Maar er zal altijd een groep psychiatrische patiënten blijven die deze tendens niet kan volgen.

Meer regie bij de patiënt past ook bij de door Machteld Huber ontwikkelde definitie van Positieve Gezondheid: "Gezondheid als het vermogen zich aan te passen en een eigen regie te voeren, in het licht van de fysieke, emotionele en sociale uitdagingen van het leven."⁹ Dit impliceert een verschuiving van het klassieke biomedische paradigma naar de benadering van ziekte vanuit positieve factoren en een positief gezondheidsideaal. Het legt meer nadruk op de context en de rol van het individu in het proces. Dit betekent dat we de zorg structureel anders moeten organiseren. Met meer focus op preventie en gezondheidsvaardigheden van mensen om informatie over gezondheid te verkrijgen, te begrijpen, te beoordelen en te gebruiken bij het nemen van beslissingen over de eigen gezondheid.¹⁰

In elk domein zoals door Kaljouw wordt omschreven (zie bijlage 2), is de patiënt en diens zorgvraag verschillend, en dat geldt dus ook voor de rol van de medisch specialist die in de ggz werkt. De medisch specialist is in dit model generiek opgeleid, heeft een consultatieve functie in domein B (gemeenschapzorg), maar werkt voornamelijk in domein C (laagcomplex-complex). Een kleine groep ontsluit zijn expertise en kennis voor preventie in domein A (voorzorg). En tot slot, werkt een kleine groep superspecialisten voornamelijk in domein D (hoogcomplex), bijvoorbeeld medisch specialisten gespecialiseerd in eetstoornissen of bipolaire stoornissen.

Deze toekomstige situatie vraagt andere competenties en vaardigheden van de medisch specialist in de ggz-instelling. Kaljouw spreekt van een dynamisch continuüm van bekwaamheden waarbij kernbegrippen als gezondheid en herstel, bevorderen van functioneren, de-escaleren, toepassing van technologie, netwerkvaardigheden, maatschappelijke vaardigheden en kennis van de context waarin problemen zich voordoen centraal staan.

2.5 EMPOWEREN PATIËNT

Er komt steeds meer nadruk op de eigen verantwoordelijkheid van de patiënt voor zijn gezondheid. Het is van belang dat medisch specialisten de patiënt ondersteunen in zijn 'zelfmanagement'. In de ggz is dit echter van een geheel andere orde dan in de somatische gezondheidszorg: de medisch specialist zal meer dan in de somatische zorg de naasten en de omgeving van de patiënt bij zijn empowerment moeten betrekken. Het samen beslissen-principe biedt daarvoor goede handvatten: de arts zet zijn kennis en kunde in om de patiënt zo helder mogelijk zijn eigen hulpvraag te laten expliciteren.¹¹ Het perspectief van de patiënt moet in elk facet van het werk doorklinken. Onderdeel hiervan is het in begrijpelijke taal uitleggen wat de behandelmogelijkheden zijn met het bespreken van voors en tegens.

Drie vragen (de 3 goede vragen methode) staan daarbij centraal:

1. Wat zijn mijn mogelijkheden?
2. Wat zijn de voor- en nadelen van die mogelijkheden?
3. Wat betekent dat in mijn situatie?¹²

In het verlengde van deze ontwikkeling vindt een verschuiving plaats van What is the matter with you? naar What matters to you? De medisch specialist bespreekt samen met de patiënt, diens naasten, betrokkenen en andere netwerkzorgprofessionals wat de juiste zorg is voor deze patiënt.¹³

In de ggz hebben medisch specialisten vaak te maken met zeer kwetsbare patiënten, die door een opeenstapeling van sociale, systemische en mentale problemen lastiger hun eigen verantwoordelijkheid kunnen overzien. Dit vraagt van de medisch specialist nog meer vaardigheid om toch gezamenlijk te kijken wat het beste is voor die patiënt, met inbegrip van diens mogelijkheden en het toestandsbeeld. De patiënt kan worden bijgestaan door een vertegenwoordiger/naaste als hij onvoldoende in staat is zijn eigen belangen te vertegenwoordigen. De medisch specialist moet daar alert op zijn.

Aanbevelingen van de werkgroep

Stimuleer het gebruik van de 3 goede vragen methode zodat de patiënt goed wordt ondersteund en kritisch wordt nagedacht over het leveren van de juiste zorg op de juiste plek.

Stimuleer het vergroten van de gezondheidsvaardigheden van de patiënt, zijn naasten en netwerk. Dan kan de patiënt meer regie nemen over zijn eigen herstelproces. De rol van de medisch specialist is hierin proactief en coachend. Wetenschappelijke verenigingen, de Federatie Medisch Specialisten en bij- en nascholingsmakers kunnen hier rekening mee houden in het onderwijs voor medisch specialisten.

Om (kwetsbare) patiënten zo goed mogelijk te 'empoweren', moeten medisch specialisten stimuleren dat een naaste meegaat naar gesprekken over ziekte, herstel, functioneren en behandeling.

2.6 TOEGANKELIJKHEID VAN DE ZORG

Door de veranderende zorgvraag en de vergrijzing speelt de vraag hoe medisch specialisten goede zorg kunnen blijven leveren. In het huidige stelsel (Zvw, Wlz, Wmo) wordt toegang tot goede zorg vaak belemmerd door schotten tussen de

diverse wetten en financieringsstromen.

- De Wlz is niet toegankelijk voor de patiënt met een psychiatrische aandoening als hij niet ten minste drie jaar lang 'medisch noodzakelijk' opgenomen is binnen een ggz-instelling (zie hierover ook hoofdstuk 2).
- Een groot aantal mensen met ernstige psychiatrische aandoeningen (EPA) is afhankelijk geworden van de zorgbudgetten van gemeenten vanwege de invoering van de Wmo.

Visie van de werkgroep

Nog meer dan al het geval is, zal de medisch specialist zowel ouder wordende patiënten als kwetsbare patiënten (onder wie burgers in psychische nood), die zelf geen zorg opzoeken maar dat wel nodig hebben (de zogeheten 'zorgwekkende zorgmijders'), actief moeten opzoeken. Het is een regionale verantwoordelijkheid dat de acute psychiatrie, gesloten bedden en 24-uursdienst op het juiste moment toegankelijk zijn voor de patiënt die dit nodig heeft.

Het mag niet meer gebeuren dat verwarde mensen niet ondergebracht kunnen worden en er nodeloos veel tijd verloren gaat voordat iemand adequate hulp krijgt. De fysieke én figuurlijke toegankelijkheid van zorg mag niet beperkt worden.

Aanbevelingen van de werkgroep

Maak van de acute psychiatrie (zorg in de acute keten), de klinische voorzieningen (gesloten en open) en 24-uursdienst een regionale verantwoordelijkheid via een apart meerjarenbudget. Zo kan duurzaam gebouwd worden aan het leveren van deze vormen van zorg.

2.7 DIGITALISERING

De ontwikkelingen op het gebied van digitalisering van de zorg gaan heel snel. Door digitalisering van patiëntendossiers hebben we steeds meer toegang tot geaggregeerde data die op meerdere niveaus de patiëntenzorg en het werkproces van medisch specialisten kunnen ondersteunen. Denk bijvoorbeeld aan het monitoren van bijwerkingen van medicatie of somatische parameters. Door informatie van individuele patiënten te bundelen en koppelen, kan spreekkamer-overstijgend gekeken worden naar patronen. Dit kan leiden tot meer geïndividualiseerde behandelingen, als bijvoorbeeld blijkt dat bij bepaalde parameters bepaalde interventies beter werken.

Door nieuwe technieken kunnen gegevens geregistreerd worden aan de bron. Dit houdt in registreren door de patiënt zelf, zijn naasten, zorgverlener en betrokken netwerk via een app of website. Dit is minder foutgevoelig en kan zonder centrale autoriteit worden vastgelegd. Zo kunnen zorgregistraties eenvoudiger worden en de huidige tijdrovende administratieve processen verlichten.¹⁴

Tot slot bieden e-Health en robotisering kansen. E-Health kan meer dan nu ingezet worden voor psycho-educatieve doeleinden en voor ondersteuning van of vervangen van delen van behandelinterventies. Robots kunnen voor relatief eenvoudige handelingen in de zorg worden ingezet. Denk aan robots die medicatie verstrekken, de inname ervan monitoren en via een app in verbinding staan met de zorgprofessional. Digitalisering heeft er tot op heden niet toe geleid dat zorg goedkoper is geworden en/of tot meer productie voor hetzelfde budget heeft geleid. We willen benadrukken dat 'de kosten' voor de 'baat' gaan. Wel verwachten we - gelet op ervaring in andere sectoren - dat er zeker sprake zal zijn van baten.

Digitalisering staat soms wel op gespannen voet met de privacy van de patiënt. De regels voor wat we wel en niet mogen met data, en hoe lang en in welke vorm data mogen worden bewaard, worden steeds verder aangescherpt. Zo is in 2018 de Algemene verordening gegevensbescherming (AVG)¹⁵ ingevoerd.

Visie van de werkgroep

Digitalisering biedt veel kansen, maar vereist tegelijkertijd een evaluatie van de effecten om te beoordelen of dit leidt tot kwalitatief betere zorg. Goedkopere zorg als gevolg van digitalisering is alleen acceptabel als de zorg kwalitatief gelijkwaardig is.

Aanbevelingen van de werkgroep

Besteed niet alleen binnen de opleiding geneeskunde en de medische vervolgopleiding structureel aandacht aan hoe om te gaan met de implementatie van nieuwe technologieën. Ook buiten de opleiding geneeskunde en medische vervolgopleiding (bijvoorbeeld in de na- en bijscholing) moet structureel aandacht zijn voor digitalisering.

Onderzoek of de partijen die nu de elektronische patiëntendossiers leveren dit wel aankunnen met betrekking tot kennis en kunde. De toenemende digitalisering is van zo een groot belang dat de partijen die dit ondersteunen en mee ontwikkelen opgewassen moeten zijn voor deze taak.

2.8 ADMINISTRATIEVE LASTEN

Zoals beschreven in hoofdstuk 1 heeft de ggz te maken met diverse wet- en regelgeving. Hier komen ook nog lokale regels en procedures uit voort. Dit veroorzaakt een overmaat aan administratie. In het zorgveld staat de administratieve lastendruk dan ook hoog op de agenda.¹⁶ Daarbij wordt onderscheid gemaakt tussen zinvolle lastendruk (zoals registraties ten behoeve van de kwaliteit) en minder of niet zinvolle lastendruk.

Daarnaast wordt ook de gebrekkige ict-ondersteuning als knelpunt ervaren; deze is onvoldoende afgestemd op de praktijk. Zo werken elektronische patiëntendossiers vaak omslachtig of hebben ze (te) beperkte mogelijkheden tot het automatisch genereren van digitale communicatie of andere voor de behandeling belangrijke documenten. Van de medisch specialist wordt verwacht dat hij kennis heeft van de verschillende systemen waarmee instellingen werken.

Visie van de werkgroep

Reductie van de administratieve lastendruk zorgt ervoor dat de medisch specialist zich weer meer met de patiënt kan bezighouden en kan bovendien het werkplezier vergroten. Belangrijk is dat bestuur en medisch specialisten van een ggz-instelling met elkaar in gesprek gaan en samen tot een oplossing komen voor vermindering van administratieve lasten die niet als zinvol worden ervaren.¹⁷

Een deel van het administratieve werk door ondersteunende diensten laten uitvoeren, in plaats van ondersteuning af te schaffen, kan een groot deel van de ervaren lastendruk wegnemen en is bovendien veel kostenefficiënter. Ligt de oorzaak van het probleem in bijvoorbeeld wet- en regelgeving, dan kan een onderbouwd signaal worden afgegeven richting brancheorganisaties.

Aanbevelingen van de werkgroep

Reduceer de administratieve lasten zodat medisch specialisten zich primair kunnen bezighouden met de behandeling van de patiënt. Belangrijk is om op landelijk niveau aan te haken bij bestaande initiatieven zoals (Ont)regel de Zorg.

Bestuurders van ggz-instellingen moeten op instellingsniveau bekijken welke interne regels geschrapt kunnen worden en hoe de controlebehoefte kan worden verminderd. Medisch specialisten en hun medische staf dienen hierbij betrokken te worden.

Bestuurders van ggz-instellingen moeten op instellingsniveau de impact van nieuwe privacywetgeving op 'niet-zinnige' administratieve lasten analyseren en administratieve ondersteuning voor medisch specialisten organiseren.

2.9 DOORONTWIKKELING DBC-SYSTEMATIEK (ZORGCLUSTERMODEL)

Momenteel wordt gewerkt aan een nieuwe manier van bekostigen voor de ggz, als vervanging voor de huidige DBC-systeematiek. Sinds 2017 wordt middels een pilot geëxperimenteerd met het zorgclustermodel. Maar of dit model ook ingevoerd gaat worden, hangt af van de uitkomsten van pilot. Hoe de zorgvraagclustering zich dus gaat ontwikkelen, is op het moment van verschijnen van deze positioneringsnota onduidelijk.

Dat er veranderingen gaan komen is zeker, maar in hoeverre dat betekent dat er afscheid genomen gaat worden van de dbc-ggz-systeematiek (en zo ja, wanneer) is onduidelijk. Voor de doorontwikkeling dbc-systeematiek is van groot belang dat de financiering van ggz en medisch specialistische zorg niet te ver uiteen gaat lopen. Is dat namelijk het geval dan wordt de combinatie van zorg voor somatiek en psyche steeds moeilijker te realiseren.

Visie van de werkgroep

Het is belangrijk dat kwaliteit en zorginhoud voldoende leidend zijn voor het indiceren van zorg. Of we het met het zorgclustermodel gaan redden en elke zorgvraag een plek kunnen geven, blijft de vraag. Dit heeft er ook mee te maken dat er een financiële prikkel blijft bestaan om zorg te leveren. Aangezien goede voorlichting en afzien van behandeling in sommige situaties de beste zorg is, moet waardering voor deze vormen ook worden gefinancierd. Ook somatische interventies, door de hoge comorbiditeit bij ouderen en EPA-patiënten, dienen geborgd te zijn in toekomstige financieringsmodellen.

Met het streven naar demedicaliseren (zoals in jeugd-ggz-domein bij transitie naar jeugdwet), is het van groot belang te erkennen dat een deel van de patiënten met psychiatrische ziekten (tijdelijk) klinische zorg nodig hebben (bedden) en dat een verdere beddenafbouw niet gewenst is.

Noten

6. Onderhandelaarsakkoord Cao GGZ 2019-2021: <https://www.lad.nl/wp-content/uploads/2019/07/Onderhandelaarsakkoord-Cao-GGZ-2019-2021.pdf>
7. Conform formulering regiebehandelaarschap ggz inzake klinisch geriater: voor patiënten van (biologisch) oudere leeftijd waarbij multimorbiditeit (van zowel psychiatrische als somatische aard) een grote rol speelt in de Klachtenpresentatie: model kwaliteitsstatuut, blz. 22 <https://www.zorginzicht.nl/binaries/content/documents/zorginzicht/kwaliteitsinstrumenten/ggz-model-kwaliteitsstatuut-kwaliteitsstandaard/ggz-model-kwaliteitsstatuut-kwaliteitsstandaard/files/11/Model-kwaliteitsstatuut-ggz-versie-1.1.pdf> en NZa, blz. 9 https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_255260_22/1/.
8. Kaljouw e.a. 'Naar nieuwe zorg en zorgberoepen: de contouren' 2015.
9. Huber M. et al. How should we define health? *British Medical Journal* 2011; 343(4163): 235-237.
10. Fransen M. Stronks K, Essink-Bot M. Gezondheidsvaardigheden: Stand van zaken. Afdeling Sociale Geneeskunde, AMC, Universiteit van Amsterdam.
11. Discussienota taken, rollen, en identiteit psychiater, Gerrit Glas, werkgroep identiteit NVvP.
12. Goede vragen bij de dokter, www.3goedevragen.nl
13. Zie ook <https://www.demedischspecialist.nl/samenbeslissen>
14. Een voorbeeld hiervan is de blockchain 'Mijn Zorg Log' toepassing in kraamzorg. Deze pilot laat zien dat informatie uitwisselen efficiënter kan en administratieve lasten lager kunnen zijn.
15. Per 25 mei '18.
16. Zie ook www.laaddoktersdokteren.nl
17. Zie ook de enquête (Ont)Regel de Zorg VvAA en Federatie 'Administratiedruk medisch specialisten' november 2017, van de argumentenfabriek en de beweging (Ont)Regel de Zorg.

03 PROFIEL MEDISCH SPECIALIST IN DE GGZ(-INSTELLING)

De medisch specialist is door de duur en breedte van zijn opleiding bij uitstek in staat om medisch leiderschap te tonen. Dit houdt in dat hij medische verantwoordelijkheid neemt over het zorgproces voor en rondom de patiënt. Een raamwerk dat de competenties voor medisch leiderschap¹⁸ beschrijft, kan het uitgangspunt vormen voor het ontwikkelen en tonen van medisch leiderschap. Dit raamwerk sluit aan op het Canmeds-model dat als basis dient voor de competentieontwikkeling van de (her)registratie. Het model beschrijft de kerncompetenties van artsen vanuit verschillende uitgangspunten, namelijk:

- Medisch handelen (Medical Expert)
- Communicatie (Communicator)
- Samenwerking (Collaborator)
- Kennis en wetenschap (Scholar)
- Maatschappelijk handelen (Health advocate)
- Organisatie (Leader)
- Professionaliteit (Professional)

De medisch specialist bekleedt in de ggz verschillende rollen, afhankelijk van tot wie hij zich verhoudt en welke omstandigheden en welk type zorgvraag zich voordoen. Dit leidt tot de volgende zes rollen:

1. Behandelaar/expert

De medisch specialist heeft kennis van de somatiek en psychiatrie vanuit het biomedische model en kan deze binnen het geheel van biopsychosociale context en complexiteit plaatsen. Kernbegrippen zijn diagnostiek, behandeling en arts-patiëntrelatie. Hij overziet de breedte van het vak en is daarmee uitstekend gekwalificeerd als regiebehandelaar in het zorgnetwerk rondom de patiënt. Indien de specialist niet de precieze kennis in huis heeft, weet hij de juiste (zorg)professional op het gevraagde gebied te vinden. Omdat zijn kennis ook verantwoordelijkheid met zich meebrengt, is het vanzelfsprekend dat de medisch specialist wordt betrokken bij de ontwikkeling van beleid, binnen en buiten de organisatie.

De medisch specialist draagt een 24-uurs verantwoordelijkheid op het snijvlak van ggz, somatische en openbare gezondheidszorg en maatschappij. Hij neemt indien nodig de regie in het zorgproces bij kwetsbare (EPA) patiënten als zij of hun naasten hiertoe zelf niet in staat zijn. De medisch specialist acteert voornamelijk binnen (laag)complexe en hoog complexe zorg. Zijn rol in preventie kan nog verder uitgewerkt worden.

2. Netwerker & teamspeler

Een psychiatrische aandoening heeft invloed op veel domeinen in het leven (werk, relatie, hobby, sport, kinderen etc.) van de patiënt. Het raakt hem in zijn wezen, in zijn persoon (zie elementen van positieve gezondheid van Machteld Huber). De aandoening kan ervoor zorgen dat de patiënt niet alleen geholpen wordt door zorgprofessionals, maar ook door andere professionals (bijvoorbeeld schuldhulpverlening). Dit zorgt ervoor dat er een groot beroep wordt gedaan op de mate waarin de medisch specialist moet samenwerken met allerlei professies. Hij moet dus een goede netwerker en teamspeler zijn.

De focus verschuift van voornamelijk symptoomreductie naar ook behoud van lichamelijke en geestelijke functionaliteit en maatschappelijke participatie. Consequentie daarvan is dat de medisch specialist in de ggz een groter aandeel heeft in het bepalen waar de patiënt naartoe gaat. Dit aandeel wordt minder als het gaat over herstel, want dan komen andere disciplines ook om de hoek kijken. Dan is de medisch specialist een toevoeging aan het team (als beïnvloeder/coach). In de cure is de medisch specialist in the lead als expert.

3. Consulent

De medisch specialist is consulent voor de huisarts, POH-GGZ, voor collega's uit een andere medisch specialisme en voor andere BIG-geregistreerde professionals. De consultatie kan verschillende soorten vragen omvatten, bijvoorbeeld over

diagnostiek, indicatiestelling voor en bijwerkingen van psychofarmaca, terugvalpreventie, vervolgtraject, omgang met patiënten, bejegening, stagnerende behandeling, motivering voor behandeling, comorbiditeit, wilsbekwaamheid en gebruik van middelen.¹⁹ De medisch specialist kan bij preventie een rol spelen door kennis en vaardigheden te delen om daarmee gezondheidsvaardigheden van de burger te bevorderen.

4. Coach & opleider

De medisch specialist is een coach voor de patiënt als het gaat om andere domeinen van herstel dan waarop de klachten van invloed zijn. Hij is deelnemer aan en coach/regisseur van het behandelteam rondom de patiënt. Hij leidt af op, en is ook supervisor van andere zorgprofessionals uit de ggz. Uitgangspunt is dat hij levenslang leert om bevoegd en bekwaam te blijven.

5. Wetenschapper & innovator

De medisch specialist draagt bij aan de wetenschappelijke fundering van kennis en kunde binnen de psychiatrie en oefent zijn vak uit via de evidence based medicine principes, via het toepassen van nieuwe technologieën en door het delen van kennis en ervaring (bijvoorbeeld voor het brede publiek). De medisch specialist laat zich door middel van nascholing en congresbezoeken een leven lang opleiden en inspireren en heeft kennis van de belangrijke (innovatieve) ontwikkelingen op zijn vakgebied. De medisch specialist is betrokken bij of faciliteert wetenschappelijk onderzoek in de ggz-instelling.

6. Belangenbehartiger

De medisch specialist is belangenbehartiger van psychiatrische patiënten naar de buitenwereld én van (de borging van) goede kwaliteit van zorg binnen de ggz-instelling en in het zorgnetwerk. Belangrijk is dat hij een sterke (georganiseerde) positie heeft in de ggz-instelling waar hij werkt. In deze nota wordt belangenbehartiging omschreven als facilitering, ondersteuning en collaboratie waarbij hij het patiëntperspectief betreft en empowerment van de patiënt ondersteunt.

De medisch specialist in de ggz voegt vanuit zijn professionaliteit en expertrol waarde toe en draagt bij aan betekenisvolle zorguitkomsten in afstemming met zorgnetwerkpartners. De grondgedachte achter deze (medische) professionaliteit is dat de arts niet alleen gelegitimeerd is door zijn expertrol, maar ook door het maatschappelijk contract dat aan zijn handelen ten grondslag ligt. Als specialist van de biopsychosociale complexiteit moet hij rekenschap afleggen over zijn handelen aan individu en maatschappij over de behaalde gezondheidswinst en de daarvoor ingezette middelen.

Aanbevelingen van de werkgroep

Geef bij het ontwikkelen van onderwijs alle Canmeds-competenties aandacht, waar mogelijk aan de hand van praktijksituaties.

Extra aandacht is noodzakelijk voor competenties die nu werkzame psychiaters nodig hebben op het gebied van samen beslissen, het ontwikkelen van de coachende rol voor de patiënt en zijn gezondheidsvaardigheden, de rol van de medisch specialist in preventie en samenwerken binnen netwerken.

Besteed in de opleiding aandacht aan onderhandelstrategieën en -vaardigheden op basis van kennis van de organisatie en financiering van de zorg, zodat medisch specialisten werkzaam in ggz-instellingen zorginhoudelijk meesturen in hun organisatie.

Besteed binnen het reeds bestaande onderwijs gericht op managementvaardigheden meer specifieke aandacht voor de netwerkpositie van de medisch specialist werkzaam in ggz-instelling.

Noten

18. Raamwerk Medisch Leiderschap. Platform Medisch Leiderschap (2015). <http://platformmedischleiderschap.nl/rml-2/>

19. NHG/LHV-Standpunt "GGZ in de HAZorg" (2015) Landelijke samenwerkingsafspraken; Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGZ (2016).

04 ARBEIDSMARKTONTWIKKELINGEN

4.1 INSTROOM EN UITSTROOM PSYCHIATERS IN DIENSTVERBAND

De Federatie en de LAD ontvangen signalen dat er sprake is van een beperktere instroom en toenemende uitstroom van psychiaters die in dienst zijn bij ggz-instellingen.

Vooralsnog blijft het bij speculaties, al is het grote aantal vacatures voor psychiaters in de ggz wel een feit, vooral in ggz-instellingen. Ook neemt het aandeel van zzp'ers en interimers toe.²⁰ Uit een onderzoek van de NVvP en LAD blijkt dat 30% van de psychiaters een zzp-bestaan overweegt uit onvrede over (o.a.) de werk- en regeldruk en het gebrek aan inspraak binnen de instelling.²¹ Het tekort aan psychiaters in dienstverband in ggz-instellingen verhoogt de werkdruk voor de aanwezige specialisten. De werkdruk bestaat onder andere uit taken die niet kunnen worden belegd bij interimers, zoals het coachen van een team, het schrijven van richtlijnen voor de afdeling en het opleiden van collega-professionals. Gezien de leeftijdsopbouw van de beroepsgroep is op korte termijn een grotere uitstroom te verwachten: een steeds groter deel van de psychiaters is ouder dan zestig jaar die ook steeds vaker in deeltijd gaan werken.

Naast een uitstroom van psychiaters in dienstverband is er ook een verminderde instroom in de opleiding tot psychiater. Met name voor de opleiding tot kinder- en jeugdpsychiater. Het aantal vacatures wordt echter niet kleiner. Zo blijft de werkdruk op hetzelfde peil of neemt zelfs toe.

Visie van de werkgroep

Welke ontwikkeling precies plaatsvindt, is onvoldoende helder. Daarom is kwalitatief en kwantitatief onderzoek nodig naar de hoeveelheid in- en uitstromers, naar de beweegreden(en) van de uitstromers en naar de vraag of zij de zorg echt verlaten of nog als psychiater werkzaam en beschikbaar zijn voor zorgtaken. Het is ook relevant te onderzoeken of er verschillen zijn met psychiaters die een dienstverband hebben binnen algemene en academische ziekenhuizen. De werkgroep heeft de indruk dat psychiaters daar minder uitstromen. Mogelijk is het werkklimaat een reden voor psychiaters om over te stappen naar een andere werkvorm of organisatie.

Aanbevelingen van de werkgroep

De NVvP en GGZ Nederland hebben in april 2019 een intentieverklaring getekend, met als doel de continuïteit van de 7x24 uren ggz te waarborgen en het werkplezier in de ggz te vergroten. Op basis daarvan kan worden bekeken hoe ggz-instellingen aantrekkelijker gemaakt kunnen worden als werkgever. Wetenschappelijke verenigingen, de Federatie, LAD, GGZ Nederland en de aangesloten ggz-instellingen kunnen hierbij een rol spelen.

4.2 DEELTIJD WERKEN

Steeds meer medisch specialisten binnen de ggz-instellingen gaan in deeltijd werken, al dan niet in combinatie met andere taken, rollen of bezigheden. Hierdoor zijn er meer medisch specialisten nodig om dezelfde hoeveelheid zorg te kunnen blijven leveren. Deze ontwikkeling is ook zichtbaar bij andere beroepsgroepen. Door deze ontwikkeling in de ggz is er extra inspanning nodig om de continuïteit van zorg te garanderen. Dit brengt een aanvullende verantwoordelijkheid voor de medisch specialisten werkzaam in de ggz met zich mee.

Visie van de werkgroep

Nog meer dan voorheen betekent deze ontwikkeling dat de medisch specialist in teamverband moet kunnen werken en moet zorgen voor een goede overdracht naar collega's. Dit geldt des te meer omdat zorg steeds meer vanuit een netwerk wordt verleend en er steeds meer sprake is van nauwe samenwerking. De toename van deeltijdwerkers is niet per definitie een slechte ontwikkeling. Het toewerken naar netwerkzorg, georganiseerd rondom de patiënt, vraagt immers niet zozeer een continue, voltijd aanwezigheid van één specialist, maar om goede behandelafspraken in het zorgdossier van de patiënt. Het is daarom essentieel goede en tijdige afstemming met patiënt en mede-behandelaren te hebben en zaken vast te leggen in een behandel-, signalerings- en crisisplan.

4.3 WERKPLEZIER EN LOYALITEIT

Bovengenoemde ontwikkelingen hebben ertoe geleid dat de taken en tijdsinvulling van medisch specialisten aanzienlijk zijn veranderd. Het is belangrijk dat alle ontwikkelingen in het werkveld niet ten koste gaan van de kwaliteit van zorg.²² Daarnaast is het ook essentieel dat het werkplezier van de medisch specialist werkzaam in de ggz instelling niet in het geding komt.

Werkplezier is een belangrijke randvoorwaarde, naast arbeidsomstandigheden. Door alle ontwikkelingen in het werkveld is voor veel psychiaters niet duidelijk hoe hun werkplek zich gaat ontwikkelen. Dit leidt tot onzekerheid die het werkplezier weer negatief kan beïnvloeden. Ten aanzien van werkplezier kunnen de eerste resultaten van de enquête over werkplezier die door LAD is verricht hierin al worden meegenomen. Werkplezier bepaalt ook in sterke mate de loyaliteit van de medisch specialist aan zijn werkgever. Daarbij hoort ook de mate waarin de werkgever de loyaliteit van de medisch specialist waardeert.

De mate van werkplezier en loyaliteit heeft namelijk invloed op de dienstverlening aan de patiënt.²³ Als het gaat om werkplezier en loyaliteit, gaat het volgens de werkgroep om de mogelijkheid van de professional zich aan te passen en een eigen regie te voeren, in het licht van de fysieke, emotionele en bureaucratische uitdagingen van het beroep.²⁴

Visie van de werkgroep

Als medisch specialisten merken dat hun werkplezier afneemt, moeten zij dat bespreken met management en raad van bestuur. Volgens de werkgroep moet een substantieel deel van hun tijd gaan naar patiëntcontact. Niet alleen is patiëntcontact een essentiële voorwaarde om goede zorg te kunnen verlenen, directe patiëntenzorg draagt ook bij aan het werkplezier en loyaliteit.²⁵ Niet-zinnige administratieve lasten zijn een belangrijke energievreter en zorgen er ook voor dat de tijd van de zorgprofessional minder zinvol wordt ingezet.

Aanbevelingen van de werkgroep

Voer onderzoek uit naar belangrijke energiebronnen en -vreters van de medisch specialist binnen de ggz. Op basis van de uitkomsten kunnen ggz-instellingen en medisch specialisten actief aan de slag om het werkplezier te vergroten en daarmee de uitstroom te verminderen.

Noten

22. MC 'meer werk voor artsen, en nog meer voor psychiaters' 14-02-'18, MC 'Op zoek naar waardering: de zzp-psychiater rukt op'.

21. 'Psychiaters in ggz-instellingen: Arbeidsmarktonderzoek NVvP-LAD', 21 maart 2019

22. Denk aan andere werkzaamheden die ook belangrijk zijn, zoals (het volgen van) onderwijs, het 'bijblijven' op je vakgebied en wetenschappelijke taken.

23. Visiedocument 'De medisch specialist 2025' Federatie (2017).

24. Vrij vertaald naar de definitie van 'positieve gezondheid' van Machteld Huber. Huber M. et al. How should we define health? *British Medical Journal* 2011; 343(4163): 235-237.

25. Uit internationaal onderzoek blijkt dat o.a. te weinig autonomie, te veel werkuren, administratieve lasten energievreters zijn. De werkgroepleden herkennen zich in deze punten, ook als het gaat om de Nederlandse situatie. Zie Medscape 'psychiatry lifestyle & burnout report' 2018.

Bijlage 1

WETTEN VAN BELANG IN DE GGZ

Zorgverzekeringswet (Zvw)

De Zvw is het belangrijkste wettelijke kader voor de financiering van de curatieve ggz-zorg aan volwassenen vanaf 18 jaar. Vanuit de Zvw wordt ook de acute zorg gefinancierd en het zorgdeel van de forensische zorg en de consultatie (zoals aan huisartsen/eerste lijn en in algemene ziekenhuizen/umc's). Sinds 1 januari 2014 is de basis-ggz ingevoerd. De ggz wordt sindsdien onderverdeeld naar: huisartsen & praktijkondersteuner huisarts-ggz (POH-GGZ), generalistische basis-ggz (GBGGZ) en gespecialiseerde ggz (SGGZ). Het doel van deze indeling is een passende behandeling op de juiste plaats. Davies hierbij is 'zo licht als kan' (POH-GGZ of GBGGZ) en 'zo intensief of zwaar' als moet (SGGZ).

Afhankelijk van de context en doelgroep heeft de medisch specialist in elk domein een andere rol: hij is consultant voor de huisarts en de POH-GGZ, maar ook diagnosticus, (mede)behandelaar, indicatiesteller en somaticus in de GBGGZ. Binnen de SGGZ heeft hij een rol van regiebehandelaar of medebehandelaar.

Observatie van de werkgroep

Problemen ten aanzien van de rol van de medisch specialist ontstaan onder andere bij de 'knip' tussen GBGGZ en SGGZ. De prestatiebekostiging is gebaseerd op het regiebehandelaarschap. De psychiater kan echter in de GBGGZ geen regiebehandelaar zijn. Door toename van de complexe problematiek bij patiënten in GBGGZ is de inzet van psychiaters vaker nodig. Maar omdat de psychiater geen regiebehandelaar kan zijn, kan de psychiater zijn verantwoordelijkheid niet altijd voldoende in volle omvang nemen (zowel medisch inhoudelijk en procesmatig).

Wet verplichte ggz (Wvvggz) en Wet zorg en dwang (Wzd)

De Wvvggz en Wzd gaan de Wet Bopz (Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen) vervangen en bieden vanaf 1 januari 2020 mogelijkheden om patiënten onder dwang op te nemen, te behandelen en zorg aan te bieden. De Wvvggz is bedoeld voor mensen met psychiatrische aandoeningen. De Wzd voor mensen met een verstandelijke beperking en mensen met een psychogeriatrische aandoening als hoofddiagnose.

De Wvvggz en de Wzd gaan uit van vrijwillige zorg, waarbij gedwongen zorg als uiterst middel wordt overwogen. Gedwongen zorg kan worden verleend om een crisissituatie dan wel ernstig nadeel af te wenden, de geestelijke gezondheid van betrokkene te stabiliseren, dan wel te herstellen. De wetten gaan ervan uit dat er een geneesheer-directeur (psychiater) is verbonden aan een zorgaanbieder. Hij wijst een psychiater aan die zorg draagt voor een medische verklaring die ten grondslag ligt aan gedwongen zorg. Deze psychiater is onafhankelijk van de zorgaanbieder en heeft de betrokkene tenminste een jaar lang niet als patiënt gezien of behandeld.

De belangrijkste wijzigingen ten opzichte van de Wet Bopz zijn:

- De Bopz stelt de gedwongen opname centraal en de Wvvggz stelt de zorg centraal;
- De zorg is patiëntvolgend. Dit betekent bijvoorbeeld dat verplichte zorg kan worden toegepast op de plek waar de betrokkene zich bevindt, ook thuis;
- De Wvvggz kent meer behandelmogelijkheden dan de Bopz;
- In de Wvvggz toetst de rechter alle vormen van gedwongen zorg vooraf, niet alleen de gedwongen opname.

Observatie van de werkgroep

e belangrijkste rollen van de medisch specialist zijn: het opstellen en verantwoorden als psychiater (Wvvggz) of Wzd-arts van de medische verklaring (of van de machtiging in het kader van de Wzd) en het zijn van (regie)behandelaar ten aanzien van de dwangbehandeling. Daarnaast krijgt de psychiater ook nieuwe bevoegdheden. De vraag is of de medisch specialist hierop voldoende is toegerust en of dit past bij zijn deskundigheid. De regels ten aanzien van ambulante dwang zijn nieuw en moeten nog nader worden ingevuld en uitgewerkt. In de toegezegde evaluatie, twee jaar na invoering, moet voldoende duidelijk zijn of de deskundigheid en uitwerking er zijn.

Wet langdurige zorg (Wlz)

De extramurale zorg uit de AWBZ wordt vanaf 2015 geregeld door de gemeenten, de overblijvende delen van de AWBZ zijn ondergebracht in de Wlz. In elke regio is een zorgkantoor verantwoordelijk voor de Wlz. De langdurige ggz wordt bekostigd op basis van zorgzwaartepakketten: de zorgaanbieder brengt een bedrag per dag in rekening voor de behandeling en het verblijf van de patiënt. De Wlz is bedoeld voor mensen die de hele dag intensieve zorg of intensief toezicht nodig hebben, bijvoorbeeld mensen met een ernstige verstandelijke of lichamelijke beperking. Om in aanmerking te komen voor zorg vanuit de Wlz, moet er een Wlz-indicatie worden aangevraagd.

Patiënten met een verblijf (gericht op herstel) tot 1095 dagen vallen onder de Zorgverzekeringswet, patiënten met een langer verblijf onder de Wlz. Daarin tellen ook ziekenhuisverblijf en klinische zorg geleverd bij andere ggz-instellingen mee voor de termijn van 1095 dagen (3 jaar). De wet is van toepassing voor de ggz als de patiënt een indicatie ZPP GGZ-B heeft. Bovendien valt de zorg en verblijf van de patiënt onder de Wlz als de patiënt op 31 december 2014 in een psychiatrische kliniek verbleef.

Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo)

De Wmo stelt gemeenten verantwoordelijk voor de ondersteuning van kwetsbare burgers van 18 jaar en ouder. Gemeenten doen dit door ondersteuning van de zelfredzaamheid en participatie van inwoners met een (verstandelijke of lichamelijke) beperking, chronisch psychische en/of psychosociale problemen. Voorbeelden van ondersteuning zijn beschermd wonen, het bieden van begeleiding of bemoeizorg.

Bemoeizorg is een vorm van sociaalpsychiatrische hulpverlening. Bemoeizorg is mogelijk bij mensen die in zorgwekkende situaties die zelf geen hulp of zorg willen. Dit zijn mensen die in behoeftige of anderszins verkommerde omstandigheden leven, maar de stap naar reguliere hulpverlening niet willen of kunnen maken. Bemoeizorg is een onderdeel van de openbare geestelijke gezondheidszorg (OGGZ). De uitvoering gebeurt door de GGD en/of een ggz-instelling. Een bemoeizorg-team kan bijvoorbeeld bestaan uit medewerkers van de eerstelijns gezondheidszorg, de verslavingszorg, het maatschappelijk werk, de gemeente, politie, justitie, jeugdzorg of thuiszorg. De medisch specialist wordt op consultbasis betrokken. Vanuit de gedachte dat de zorg steeds meer rondom de patiënt wordt georganiseerd, kan de medisch specialist in de toekomst mogelijk een grotere rol gaan spelen binnen het domein van de Wmo. Zie hierover ook paragraaf 3.2. De ondersteuning voor minderjarigen (18-minners) valt onder de Jeugdwet. Om hiaten in de zorg te voorkomen is het mogelijk dat tot 23 jaar ondersteuning wordt geboden. Gemeenten beslissen zelf of ze dat doen. Als de gemeente dit niet vanuit de Jeugdwet wil aanbieden, dan stopt de ondersteuning zodra de jeugdige 18 jaar wordt.

Jeugdwet

Sinds 1 januari 2015 ziet de Jeugdwet toe op alle vormen van hulp aan kinderen en jongeren tot 18 jaar. Dit kan zowel preventieve, curatieve als chronische zorg zijn. De gemeenten zijn belast met de uitvoering en financiering van de Jeugdwet, met uitzondering van hoogspecialistische zorg waarover met de Vereniging van Nederlandse gemeenten (VNG) landelijke afspraken zijn gemaakt. Kinderen en adolescenten vallen onder de Jeugdwet als ze een beroep doen op de ggz. Somatische zorg valt onder de Zvw.

Observatie van de werkgroep

Deze transitie van de kinder- en jeugdpsychiatrie naar de Jeugdwet maakt in organisatie en financiering onderscheid tussen een medisch specialist in de jeugd-ggz, de volwassenen-ggz en de somatische geneeskunde. Hiermee is er sprake van een paradigmashift van het medisch naar het sociaal domein hetgeen grote gevolgen heeft voor het vakgebied van de kinder- en jeugdpsychiater. De werkgroep signaleert als grootste knelpunt de toegankelijkheid van geestelijke gezondheidszorg voor alle kinderen en adolescenten en hun ouders. Daarnaast staat ook het gebrek aan continuïteit van zorg- en behandelteam voor kwetsbare jongeren in de transitie leeftijd onder druk. Bovendien betekent dit ook dat er sprake is van rechtsongelijkheid vergeleken met jongeren beneden de 18 jaar die naar de somatische geneeskunde verwezen worden.

Wet forensische zorg (Wfz)

Forensische zorg is (ggz-)zorg die verleend wordt in een strafrechtelijk kader, met inbegrip van verslavingszorg en zorg aan verstandelijk beperkten. Deze zorg is voor mensen met een psychiatrische aandoening die een strafbaar feit hebben gepleegd en bij wie het risico groot is dat zij opnieuw een strafbaar feit gaan plegen. Een rechter kan iemand dan veroordelen tot het ondergaan van zorg. Het doel van de maatregel is behandeling van de patiënt, vermindering van recidive en bescherming van de maatschappij. Dit betekent vaak een combinatie van beveiliging, behandeling en verpleging. Forensische zorg kan zowel curatieve als chronische zorg zijn.

De nieuwe wetgeving rond de forensische zorg moet ervoor zorgen dat patiënten op de juiste plek terecht komen en de juiste zorg krijgen. Daarnaast wordt de aansluiting tussen het strafstelsel (bijvoorbeeld gevangenisstraf) en de ggz-zorg verbeterd.

Het wordt bijvoorbeeld mogelijk om in elke fase van het strafrechtelijk traject te kiezen voor een behandeling in de ggz:

- In de voorfase kan de officier van justitie een afweging maken of een strafrechtelijke vervolging of het aanvragen van een (zorg)machtiging op grond van de Wet bopz (dan wel de nieuwe wet verplichte geestelijke gezondheidszorg) de passende maatregel is.
- In de fase van het vonnis van de rechter en na afloop van de verleende forensische zorg moet zijn voorzien in een goede aansluiting.
- Als de strafrechter de verdachte geen forensische zorg oplegt of besluit om de tbs niet te verlengen, kan hij een zorgmachtiging afgeven.
- De strafrechter krijgt de bevoegdheid om op voorstel van het openbaar ministerie een (zorg)machtiging af te geven aan een forensische patiënt met een psychische stoornis aan wie na afloop van de strafrechtelijke titel onvrijwillige zorg moet worden verleend.

Bijlage 2

MODEL VAN KALJOUW

Kaljouw et al. beschrijft hoe de zorg in 2030 kan worden georganiseerd en beschrijft vier domeinen:

- | | |
|-----------|---|
| Domein A. | Bij voorzorg valt te denken aan preventie, gericht op toenemende gezondheidsvaardigheden van mensen. In dit domein beperkt de taak van de medisch specialist zich tot kennisdeling met de patiënt, mantelzorgers, professionals zonder zorgachtergrond en onderwijs. Voorbeelden zijn het geven van leefstijladviezen, voorlichting en adviezen ten aanzien van voorkomen verslaving, antistigma psychische klachten (bijv. publiekscampagnes). |
| Domein B. | Gemeenschapszorg betreft zorg die de burger met name zelf en in zijn eigen omgeving organiseert samen met zijn netwerk en buurt. |
| Domein C. | Bij (laag)complexe zorg staan diagnostiek, het herstellen en behandelen van problemen centraal. Het gaat om planbare en acute zorg met een hoge mate van voorspelbaarheid van benodigde inzet en van het beloop. Deze integrale zorg is rondom de patiënt in multidisciplinaire teams georganiseerd. |
| Domein D. | Tot slot is er hoogcomplexe zorg met uitgebreide zorgarrangementen of behandelingen. Het gaat daarbij om zorg die (zeer) complex is met een lage mate van voorspelbaarheid van benodigde kwalitatieve en kwantitatieve inzet en van het beloop. |

In elk domein is de patiënt en diens zorgvraag verschillend, en dat geldt dus ook voor de rol van de medisch specialist die in de ggz werkt. De medisch specialist is in dit model generiek opgeleid, heeft een consultatieve functie in domein B, maar werkt voornamelijk in domein C en D. Een kleine groep ontsluit zijn expertise en kennis in voor preventie in domein A. En tot slot werkt een kleine groep superspecialisten voornamelijk in domein D, bijvoorbeeld medisch specialisten gespecialiseerd in eetstoornissen of bipolaire stoornissen.

Bron: Marian Kaljouw en Katja van Vliet. Naar nieuwe zorg en zorgberoepen: de contouren. Zorginstituut 2015.



Bezoekadres:

Domus Medica
Mercatorlaan 1200
3528 BL Utrecht

www.demedischspecialist.nl
www.lad.nl