

Reactie op CVZ: Concept-rapport Geneeskundige GGZ dl.2

I. Algemene opmerkingen

Kostenbeheersing

Wij onderkennen het probleem waarvoor dit rapport een oplossing beoogt te bieden: de oplopende collectieve kosten van de GGZ. Wat wij echter missen is een analyse van de oorzaken hiervan. Worden er te veel mensen in behandeling genomen, wordt er te veel medicatie voorgeschreven, duren behandelingen te lang, zijn ze niet effectief of kosteneffectief genoeg? En wat is bijvoorbeeld de rol van de invoering van marktwerking en de DBC-bekostiging, met zijn productgroepen en zijn sterk toegenomen administratieve lasten? In hoeverre zijn kostenstijgingen toe te schrijven aan onoordeelkundig vergoedingsbeleid van zorgverzekeraars? Mede als gevolg van het ontbreken van probleemanalyse worden oplossingen eenzijdig gezocht in aanpassingen van het verstrekkingenpakket, zonder dat andere besparingsmogelijkheden in ogenschouw worden genomen.

Wat wij ook missen is een analyse van de maatschappelijke opbrengsten van de GGZ, en de maatschappelijke kosten van inperkingen van het G-GGZ-pakket. Het is bekend dat psychische klachten en stoornissen niet alleen een grote invloed hebben op de kwaliteit van leven, maar ook grote gevolgen hebben voor het maatschappelijk functioneren, en dienovereenkomstig hoge maatschappelijke kosten met zich meebrengen (onder andere medisch zorggebruik, ziekte en arbeidsongeschiktheid, gebruik sociale voorzieningen). Ook is bekend dat deskundige en effectieve behandeling van psychische stoornissen maatschappelijk gezien een goede investering is (nog los van de gezondheid en het welbevinden van de patiënt): besparingen in maatschappelijke kosten bedragen vaak een veelvoud van de kosten van de behandeling¹.

In de voorstellen van het CVZ wordt niet of nauwelijks rekening gehouden met de maatschappelijke kosten die beperking van het zorgpakket met zich meebrengt. Onzes inziens is dit vanuit maatschappelijk én financieel oogpunt onverantwoord.

Verwaarlozing jeugd-GGZ

Opmerkelijk is dat in het rapport niet of nauwelijks ingegaan wordt op G-GGZ voor jeugdigen. Mogelijk houdt dit verband met de voorgenomen overheveling van de Jeugd-GGZ naar de gemeenten. Dit wordt echter nergens geëxpliciteerd. Daardoor wordt de indruk gewekt dat het rapport ook de G-GGZ voor jeugdigen betreft, een indruk die versterkt wordt doordat op sommige plaatsen expliciet wordt ingegaan op stoornissen die vooral kinderen en jeugdigen betreffen. Voor zover uw voorstellen ook de Jeugd GGZ betreffen, schiet het rapport tekort. Zo ontbreken in Bijlage III allerlei effectief gebleken behandelingen voor kinderen en jeugdigen.

¹ Zie bijvoorbeeld R. Weehuizen (2008), *Mental Capital. The economic significance of mental health*. Maastricht: Universitaire Pers.

Psychologische beroepen

Het rapport is onvoldoende duidelijk als het gaat om de aanduiding van psychologische beroepen. Om enkele voorbeelden te noemen:

- in het rapport domineert de klinisch psycholoog, terwijl gezondheidszorgpsychologen en in mindere mate psychotherapeuten het overgrote deel van de zorg leveren in de GGZ (ook de gespecialiseerde GGZ);
- op verschillende plaatsen (o.a. p. 35) schaarst u de eerstelijnspsycholoog ten onrechte onder de klinisch psycholoog. De eerstelijnspsycholoog is echter geen klinisch psycholoog, maar een gezondheidszorgpsycholoog² met een aanvullende kwalificatie.
- u maakt op geen enkele plaats gewag van de klinische neuropsychologie als specialisme van de gezondheidszorgpsychologie binnen de GGZ.

Wij dringen er met klem op aan uw concept-rapport op dit punt opnieuw te bezien.

Totstandkoming rapport

In uw inleiding stelt u dat bij de voorbereiding van dit rapport gesproken is met hoogleraren en wetenschappelijke verenigingen. Niet geëxpliciteerd wordt welke hoogleraren en verenigingen dit betreft. Uit een kleine rondgang langs twaalf vooraanstaande Nederlandse hoogleraren klinische psychologie bleek dat geen van hen betrokken was bij uw advies. Ditzelfde geldt voor onze verenigingen. Ook de inhoud van het rapport verraadt op onderdelen onvoldoende kennis van de stand van zaken binnen de psychotherapie en de gezondheidszorgpsychologie en haar specialismen (klinische psychologie en klinische neuropsychologie), onder andere als het gaat om de wetenschappelijke fundering van verschillende behandelvormen.

Als wetenschappelijke discipline is de klinische psychologie minstens zo belangrijk voor de GGZ als de psychiatrie. Het wetenschappelijk fundament van veel nieuw-ontwikkelde, evidence-based behandelmethoden ligt vaak in de klinische psychologie. Ook bij richtlijnontwikkeling spelen klinisch psychologen, klinisch neuropsychologen en in mindere mate ook gezondheidszorgpsychologen en psychotherapeuten een belangrijke rol. Hun expertise strekt zich onder andere uit tot de kosteneffectiviteit van behandelingen, een voor uw opdracht bij uitstek relevant thema.

Als wetenschappelijke verenigingen van gezondheidszorgpsychologen, gezondheidszorgpsycholoog-specialisten, psychotherapeuten en cognitief gedragstherapeuten zijn wij u uiteraard graag behulpzaam bij het leggen van contact met de juiste experts binnen onze vakgebieden.

II. Inperkingen pakket

Noodzakelijke zorg

Als centrale vraag formuleert u: “Wat is noodzakelijk te verzekeren geneeskundige zorg?” Wat wij hier missen is een uitwerking van dit criterium: wanneer moet zorg beschouwd worden als noodzakelijk te verzekeren? Bij ontstentenis hiervan maken veel in het rapport gemaakte keuzes een arbitraire indruk.

² Ook wel aangeduid als GZ-psycholoog of gz-psycholoog. Ter vermijding van misverstanden gebruiken wij in deze reactie uitsluitend de officiële beroepsbenaming.

Klachten en stoornissen

Het onderscheid tussen klachten en stoornissen speelt in het rapport een belangrijke rol. Voorgesteld wordt Zvw-aanspraak te beperken tot die situaties waarin sprake is van (het vermoeden van) een stoornis, en de behandeling van klachten over te laten aan de huisarts (al dan niet vergoed uit de Zvw).

Wij begrijpen deze poging om de grens van te vergoeden G-GGZ enigszins af te bakenen. Tegelijkertijd is het onderscheid tussen klachten en stoornissen internationaal zeer controversieel. Als basis voor vergoeding achten wij dit onderscheid in zijn algemeenheid onverantwoord. Denk bij voorbeeld aan kinderen en jeugdigen, bij wie zeer ernstige klachten kunnen voorkomen, bijv. als gevolg van psychische en/of lichamelijke mishandeling of verwaarlozing. Bij deze kinderen hoeft nog geen sprake te zijn van een stoornis, maar ze hebben wel behandeling nodig. Wachten tot zich een full-blown psychiatrische stoornis heeft ontwikkeld is inhumaan en contraproductief (want uiteindelijk kostenverhogend). Meer in het algemeen staat het niet-vergoeden van zorg bij klachten op gespannen voet met het disease-managementperspectief (zo vroeg mogelijk zo licht mogelijk interveniëren, om te voorkomen dat klachten zich doorontwikkelen tot ernstige chronische aandoeningen).

Naast onverantwoord achten wij het niet-vergoeden van zorg bij klachten ook niet in lijn met de wijze waarop afbakening in de somatische zorg plaatsvindt. Het is heel gebruikelijk dat patiënten met onbegrepen somatische klachten worden doorverwezen naar een specialist (soms met grote financiële gevolgen). Dit terwijl een huisarts toch een primair somatisch geschoolde professional is. Waarom zou hij dan wel in staat moeten zijn psychische klachten zelf te behandelen, en alleen bij (vermoeden van) een psychische stoornis mogen doorverwijzen?³

Naast de ontbrekende argumentatie voor de gemaakte keuze zijn wij uiterst sceptisch over de gevolgen. Van het voorstel van CVZ zal de prikkel uitgaan om klachten zo mogelijk te labelen als stoornissen, opdat er sprake kan zijn van behandeling die aangemerkt kan worden als (vergoede) G-GGZ. Het is de vraag of de patiënt en de gezondheidszorg gebaat zijn bij een dergelijke mede door financiële overwegingen geleide diagnostiek. Onze bezwaren en scepsis gelden a fortiori voor de mogelijkheid besproken in hoofdstuk 5, dat ook behandeling van psychische klachten door de huisarts of de POH niet langer vergoed zouden worden. De administratieve lasten van dit scenario zijn buitenproportioneel, en het enig effect zal zijn dat huisartsen zich vanuit hun verantwoordelijkheid voor de patiënt genoodzaakt zien zo spoedig mogelijk (dus soms voortijdig) een diagnose te stellen, opdat de in hun ogen noodzakelijke zorg vergoed wordt.

De consequentie van uw voorstel blijkt waar u de vergoeding voor geïndiceerde preventie bespreekt. Terecht merkt u op dat bij preventie nog geen sprake is van een stoornis. Conform uw eigen criterium stelt u daarom voor preventie (anders dan door de huisarts) uit te sluiten van vergoeding. Daarbij gaat u voorbij aan de bewezen effectiviteit en kosteneffectiviteit van preventieve programma's bij risicogroepen.⁴ Een geringe besparing op korte termijn leidt zo tot een toename van stoornissen en dus uiteindelijk hogere uitgaven voor GGZ.

Onduidelijk is overigens of de voorgestelde maatregelen uitsluitend primaire preventie betreffen (het voorkomen van het optreden van de eerste keer dat een stoornis ontstaat) of ook secundaire preventie (het voorkomen van recidive nadat de stoornis behandeld is). Er zijn diverse meta-

³ Zie ook de reactie van een huisarts in de Volkskrant d.d. 24/1/2013, die expliciet aangeeft zich niet deskundig te voelen op het gebied van psychische klachten.

⁴ Zie voor een overzicht de oratie van F. Smit (2009), *Publieke geestelijke gezondheidszorg: analyse en synthese*. Amsterdam; Vrije Universiteit. Voor een review van de (kosten-)effectiviteit van opvoedingsondersteunings-programma's zie Furlong M, McGilloway S, Bywater T, Hutchings J, Smith S, Donnelly M: Behavioural and cognitive-behavioural group-based parenting programmes for early-onset conduct problems in children aged 3 to 12 years. Issue 2. Art. No.: CD008225. DOI: 10.1002/14651858.CD008225.pub2. *Cochrane Database Syst Rev* 2012, 2:CD008225

analyses die aantonen dat secundaire preventie noodzakelijk en (kosten)effectief is in het voorkomen van terugval bij depressie.⁵

Diagnostiek

Wij onderschrijven het belang van vergoeding van diagnostiek bij het vermoeden van een stoornis. Wel willen wij erop wijzen dat het diagnostisch repertoire van een huisarts beperkt is, als het gaat om psychische stoornissen. Ditzelfde geldt voor de POH, tot op heden een functie zonder duidelijke opleidingseisen of wettelijke status (op zich reeds een verontrustend fenomeen). Adequate psychologische diagnostiek zal in de regel de inzet van een gezondheidszorgpsycholoog of andere GGZ-professional vereisen.

Uitsluiting van stoornissen

In uw advies stelt u voor de vergoeding verder te beperken tot die situaties waarbij de psychische stoornis de primaire diagnose is. Hierbij worden ziektebeelden met een (vermeende) primair somatische achtergrond uitgesloten. In de hoofdtekst worden hierbij alleen neurocognitieve ziektebeelden als dementie genoemd. Uit de bijlage blijkt echter dat sprake is van een veel breder bereik van stoornissen, waaronder een groot aantal die niet-somatisch van aard zijn of waarvan het primair somatisch karakter discutabel is en waarvoor vaak aantoonbaar effectieve psychologische behandelingen bestaan. We noemen als voorbeelden enuresis en encopresis (m.n. 'niet door somatische aandoening'), amnesie en andere cognitieve stoornissen, enkelvoudige fobieën, een groot aantal seksuele stoornissen, genderidentiteitsstoornissen en dysssomnia.

Wat betreft de omschrijving 'somatische achtergrond' is in diverse andere commentaren op het concept-rapport al gewezen op het problematische karakter van het onderscheid tussen somatisch en psychisch, dat hier verondersteld wordt. Dit geldt met name bij neurocognitieve ziektebeelden. Wat dit betreft kunnen wij ons volledig aansluiten bij de reactie van de geconsulteerde hoogleraren psychiatrie: uw criterium zou ertoe leiden dat uitbreiding van onze kennis van de neurobiologie tot gevolg zou hebben dat stoornissen vanwege hun 'somatische achtergrond' niet meer binnen de G-GGZ behandeld of bekostigd zouden kunnen worden.

In de reactie van de geconsulteerde hoogleraren psychiatrie wordt overtuigend geschetst wat de gevolgen zullen zijn van uw voorstellen met betrekking tot delier en dementie: verdere somatisering, waarbij de beoogde kostenbeheersing in de G-GGz gepaard zal gaan met een (veel sterkere) kostenstijging in de somatische zorg.

Daarnaast merken wij op dat weliswaar gesteld wordt dat psychologische behandeling bij primair somatische stoornissen onderdeel behoort te zijn van de somatische zorg, maar dat op geen enkele wijze waarborgen worden gegeven voor de bekostiging hiervan. Dit klemmt met name bij de financiering van zorg voor patiënten die medisch uitbehandeld zijn, maar te kampen hebben met zware (secundaire) psychische stoornissen. Een schrijnend voorbeeld zijn patiënten met niet-aangeboren hersenletsel (als gevolg van bijv. CVA, tumoren of infecties). Hierbij is vaak sprake van ernstige en complexe psychische problemen, die een groot effect hebben op het functioneren van de patiënt en zijn omgeving. Te denken valt aan depressie, gedragsproblemen, cognitieve functiestoornissen en persoonlijkheidsveranderingen, vaak met grote gevolgen voor de relatie en het sociaal functioneren van de patiënt. De zorg voor deze patiënten, geboden door gespecialiseerde

⁵ Zie bijv. Vittengl JR, Clark LA, Dunn TW, Jarrett RB. Reducing relapse and recurrence in unipolar depression: a comparative meta-analysis of cognitive-behavioral therapy's effects. *J Consult Clin Psychol.* 2007 Jun;75(3):475-88 en Guidi J, Fava GA, Fava M, Papakostas GI. Efficacy of the sequential integration of psychotherapy and pharmacotherapy in major depressive disorder: a preliminary meta-analysis. *Psychol Med.* 2011 Feb;41(2):321-31. doi: 10.1017/S0033291710000826. Epub 2010 May 6. Review.

klinisch psychologen of klinisch neuropsychologen, dreigt door uw voorstel uit het pakket te verdwijnen, terwijl hier toch naar alle maatstaven sprake is van noodzakelijk te vergoeden zorg.

Afgezien van het 'somatiek'-criterium lijkt bij de uitgesloten stoornissen sprake van een hoge mate van willekeur. Zo wordt bij voorbeeld op geen enkele wijze gemotiveerd waarom de specifieke fobie en acute stress-stoornis worden aangemerkt als niet verzekerde G-GGZ. Voor beide stoornissen zijn kortdurende, bewezen effectieve, cognitief-gedragstherapeutische behandelingen beschikbaar. De specifieke fobie kan in veel gevallen met slechts één of een paar intensieve sessie(s) met cognitieve gedragstherapie effectief behandeld worden. Voor de acute stress-stoornis geldt bijvoorbeeld dat slechts vijf sessies cognitieve gedragstherapie in diverse internationale *randomized controlled trials* na een half jaar resulteerde in statistisch en klinisch significant lagere prevalenties van chronische traumagerelateerde problematiek in de vorm van de post-traumatische stress-stoornis. Anders gezegd: de acute stress-stoornis voorspelt de meer chronische posttraumatische stress-stoornis, en kortdurend cognitief-gedragstherapeutisch ingrijpen op korte termijn maakt langduriger zorg in de toekomst in veel gevallen overbodig.

Pervasieve ontwikkelingsstoornissen

Met betrekking tot pervasieve ontwikkelingsstoornissen adviseert u beperking van de behandeling tot maximaal een jaar. Onduidelijk is of hier bedoeld wordt: één maal een jaar, of dat het mogelijk is een patiënt in een volgende levensfase opnieuw in behandeling te nemen.

Indien bedoeld wordt dat er slechts sprake kan zijn van één, eenmalige behandeling van een jaar, achten we het advies onverantwoord. Autisme en andere pervasieve ontwikkelingsstoornissen kunnen in opeenvolgende ontwikkelingsfasen aanleiding geven tot nieuwe problemen, die vragen om specialistische behandeling.

Los hiervan treft het ons, dat de beperking van de behandeling tot één jaar op geen enkele wijze wordt onderbouwd of beargumenteerd. De behandeling van kinderen en jeugdigen kan soms complex en langdurig zijn, onder andere doordat ook de opvoeders en mede-gezinsleden erbij betrokken zijn. Terugverwijzing naar de eerste lijn gaat ten koste van de continuïteit van de hulpverlening en is soms eenvoudigweg niet mogelijk, omdat de huisarts aangeeft zich niet competent te achten voor de verdere behandeling.

'Niet Anderszins Omschreven'

In het advies wordt verzekeraars in overweging gegeven om in geval van de diagnostische omschrijving NAO (niet anderszins omschreven) een systeem van toestemming/machtiging vooraf in te voeren. Hieraan lijkt de gedachte ten grondslag te liggen dat bij NAO-omschrijvingen niet vaststaat of er wel sprake is van een stoornis en zo ja, tot welke diagnosegroep deze behoort. Er wordt een uitzondering gemaakt voor psychotische stoornissen, omdat daarbij wel zonder twijfel sprake zou zijn van een psychische stoornis.

Zowel de overweging als de uitzondering berusten op een misvatting. Bij een NAO-classificatie wordt weliswaar niet voldaan aan alle prototypische symptomen van een stoornis. Maar dit neemt niet weg dat er, ook bij niet-psychotische NAO-classificaties, wel degelijk sprake is van een stoornis. Of deze stoornis om behandeling vraagt is niet aan de verzekeraar om te beoordelen, maar aan de behandelaar in samenspraak met de patiënt. Ook bij psychoses is dit, anders dan uw rapport suggereert, niet evident: veel mensen met psychotische kenmerken functioneren redelijk tot goed, en specialistische hulp is niet altijd nodig.

Interventies

NVGzP, NVP en VGct ondersteunen het streven naar een hogere mate van wetenschappelijke onderbouwing van interventies in de GGZ. Het initiatief hiertoe behoort echter niet bij de financier te liggen, maar bij de professie. De afgelopen jaren is een krachtige beweging ingezet van richtlijnontwikkeling en evidence-based behandelen, een beweging die een nieuwe impuls zal krijgen door de afspraken die hierover in het Bestuurlijk Akkoord zijn gemaakt. Richtlijnen en empirische evidentie behoren niet alleen de basis te zijn waarop de professional zijn interventies kiest, maar ook de basis voor beslissingen over vergoedingen. Het concept-rapport schiet op dit punt ernstig tekort. Enkele specifieke kanttekeningen ter illustratie:

- p.14, internetbehandeling. Hier wordt alleen gesproken over internetbehandeling van depressie bij volwassenen. Hierdoor lijkt internetbehandelingen bij jeugdigen te worden uitgesloten, terwijl ook hiervoor positieve evidentie bestaat.
- p.16, mindfulness. Hier is het rapport onduidelijk, met de schijn van interne tegenstrijdigheid. Op pagina 15 wordt (terecht) aangegeven dat: 'Mindfulness Based Cognitive Therapy (MBCT) bij volwassen patiënten met een recidiverende depressieve stoornis in remissie, met drie of meer voorafgaande depressieve episodes, voldoet aan het criterium stand van de wetenschap en praktijk'. Op p.16 wordt daarentegen geconcludeerd dat mindfulness niet tot de vergoede zorg behoort.
- bijlage 3: de lijst van gevalideerde psychologische interventies maakt een onlogische indruk. Veel van de genoemde interventies (bijv. exposure in vivo, cognitieve herstructurering) zijn deelttechnieken van cognitieve gedragstherapie en sluiten elkaar dus niet uit. Zonder argumentatie ontbreken op de lijst een aantal behandeltechnieken die wel zijn opgenomen in multidisciplinaire richtlijnen, zoals schematherapie, STEPPS-training en Transference Focused Psychotherapy. In alle drie de gevallen gaat het om behandelingstechnieken met bewezen effectiviteit bij persoonlijkheidsstoornissen.⁶
- Bijlage 3: wat hier geheel ontbreekt zijn interventies bij kinderen en jeugdigen. Te denken valt aan PMTO, MST, FFT en Incredible Years. Voor meer informatie verwijzen wij naar overzichten van interventies met bewezen effectiviteit van het Nederlands Jeugd Instituut en het Landelijk Kenniscentrum Kinder- en jeugdpsychiatrie.
- Bijzonder is ten slotte dat uitsluitend gesproken wordt over psychologische interventies, terwijl een vergelijkbare weg van psychofarmacologische medicatie geheel ontbreekt.

Met de lijst met interventies die niet voldoen aan criteria van effectiviteit in bijlage IV kunnen wij instemmen, met uitzondering van de Cogmed werkgeheugentraining en hypnotherapie. Voor de werkzaamheid van de Cogmed-training bestaat goede evidentie⁷; wij begrijpen dan ook niet waarom deze interventie in deze bijlage is opgenomen. Hypnotherapie is opgenomen in de richtlijn prikkelbare darmsyndroom als behandeloptie.

Tot slot willen wij onze bezorgdheid uitspreken over de opmerkingen dat het bij niet-genoemde behandelingen aan de verzekeraar is om te beoordelen of een behandeling vergoed kan worden. Van verzekeraars mag in redelijkheid niet verwacht worden dat zij beschikken over voldoende

6 Zie voor schematherapie bijvoorbeeld M. Nadort (2012), Wild at heart and weird on top. The implementation of outpatient schema therapy for borderline personality disorder in regular mental health care. Amsterdam: proefschrift Vrije Universiteit. Voor STEPPS (NI: VERS-training): Bos EH, van Wel EB, Appelo MT, Verbraak MJ. Psychother Psychosom. 2011;80(3):173-81. doi: 10.1159/000321793. Epub 2011 Mar 9. Effectiveness of Systems Training for Emotional Predictability and Problem Solving (STEPPS) for borderline personality problems in a 'real-world' sample: moderation by diagnosis or severity? Voor TFP: Doering, S., Hörz, S., Rentrop, M., Fischer-Kern, M., Schuster, P., Benecke, C., Buchheim, A., Martius, P., Buchheim, P. (2010), Transference-focused psychotherapy v. treatment by community psychotherapists for borderline personality disorder: randomised controlled trial. Br J Psychiatry. 196(5):389-95.

7 Zie bijv. T. Klingberg e.a. (2005). Computerized training of Working Memory in Children With ADHD – A Randomized, Controlled Trial. J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry, 44:2, 177-186.

kennis van de wetenschappelijke stand van zaken om hier een gefundeerd oordeel over te kunnen vellen. Het gevolg is dat op deze manier willekeur en ondeskundigheid in de hand worden gewerkt. Graag zouden wij samen met CVZ een constructiever voorstel uitwerken over de wijze waarop wetenschappelijke kennis over de effectiviteit van behandelingen kan worden vertaald in richtlijnen voor vergoeding. De inbreng van ter zake deskundige wetenschappers, naast zorgaanbieders en –financiers, is hierbij volgens ons van essentieel belang.

Aanpassingsstoornis

Terecht wordt in het rapport aandacht besteed aan de juistheid van de beslissing uit 2012, om aanpassingsstoornissen niet langer te vergoeden. De beschouwing hierover lijkt echter meer op een poging om het politieke besluit achteraf te rechtvaardigen dan op een serieuze, wetenschappelijk onderbouwde afweging. Zonder enige onderbouwing wordt gesteld dat er geen sprake zou zijn van een stoornis – in weerwil van de naamgeving en de internationale consensus die hieraan ten grondslag ligt, tot uitdrukking komend in de opname van de stoornis in de DSM IV. En zonder enige argumentatie wordt gesteld dat de behandeling van deze stoornis primair niet-geneeskundig van aard zou zijn.

III. Stelselherziening

In hoofdstuk 6 en 7 van het rapport wordt ingegaan op de ordening van de zorg en uitvoeringsaspecten. Onze verenigingen onderschrijven de wenselijkheid van de in het Bestuurlijk Akkoord overeengekomen hervorkaveling, waarbij het onderscheid tussen eerste- en tweedelijnszorg wordt vervangen door dat tussen een basis GGZ en een gespecialiseerde GGZ, met de ambitie een groot deel van de zorg die thans geleverd wordt in de tweedelijns-GGZ over te hevelen naar de Basis-GGZ. Wel willen wij enkele kanttekeningen plaatsen bij de uitwerking hiervan.

Afbakening Basis GGZ en gespecialiseerde GGZ

In het Bestuurlijk Akkoord is sprake van een onderscheid tussen Basis GGZ en gespecialiseerde GGZ. Het komt ons voor dat dit onderscheid deels teniet wordt gedaan door de introductie van 'laag-complexe specialistische GGZ' als onderdeel van de Basis GGZ. Deze zorg zou zich volgens het concept-rapport onder andere onderscheiden van hoog-complexe zorg doordat volstaan kan worden met een specialistische, monodisciplinaire aanpak.

In de eerste plaats vragen wij ons af hoe frequent bij complexe problematiek volstaan kan worden met een monodisciplinaire aanpak. Naar onze ervaring is in de specialistische GGZ in de regel sprake van de noodzaak van een multidisciplinaire aanpak. Dit komt ook tot uitdrukking in de multidisciplinaire richtlijnen. Denk bij voorbeeld aan de afstemming tussen een psychologische behandeling door een psychotherapeut of klinisch psycholoog en de farmacotherapeutische behandeling door de psychiater.

Onduidelijk is voorts hoe deze laag-complexe specialistische zorg gefinancierd wordt: is het onderdeel van de vier eerder onderscheiden zorgproducten (zoals het schema op p.35 suggereert), of valt het onder het financieringsregime van de gespecialiseerde GGZ?

Zorgprofessies in de nieuwe structuur

Zoals reeds opgemerkt vinden wij het rapport onhelder als het gaat om de aanduiding van de verschillende psychologische beroepen, en de definitie van de positie van deze beroepen in de nieuwe zorgstructuur. Dit laat zich het beste illustreren aan de hand van uw schema op p.35:

- Wij zouden aanbevelen de omschrijving van de aanspraak opnieuw in studie te nemen. De huidige omschrijving dateert vermoedelijk uit de tijd voordat het begrip ‘klinisch psycholoog’ zijn huidige betekenis kreeg (2006, specialisme van de gezondheidszorgpsycholoog met wettelijk beschermde titel ex artikel 14 wet BIG). Zoals in de aanspraak duidelijk onderscheid wordt gemaakt tussen huisartsen en medisch specialisten, zo zou het goed zijn ook het (overeenkomstige) onderscheid tussen gezondheidszorgpsychologen en gezondheidszorgpsycholoog-specialisten te verhelderen. Dit voorkomt onduidelijkheid over de status van zelfstandige zorg door gezondheidszorgpsychologen en psychotherapeuten.
- Wij bevelen aan in de Basis GGZ de gezondheidszorgpsycholoog als primaire discipline te definiëren. Psychotherapeuten, klinisch psychologen en psychiaters kunnen weliswaar een ondersteunende of consulterende rol spelen, maar hebben als primair werkterrein de specialistische GGZ (evt. als vrijgevestigde, voor laag-complexe problematiek).

In het rapport wordt op enkele plaatsen de eerstelijnspsycholoog genoemd als kernberoep in de Basis GGZ. De eerstelijnspsycholoog is een gezondheidszorgpsycholoog die is ingeschreven in het gelijknamige register van het NIP. Inhoudelijk verschillen zijn werk en zijn competenties niet noemenswaard van die van andere vrijgevestigde gezondheidszorgpsychologen. Door de invoering van de Basis GGZ zal het begrip ‘eerstelijnspsycholoog’ bovendien zijn betekenis verliezen. Mede om die reden stellen wij voor in omschrijvingen van de toekomstige GGZ uitsluitend te spreken in termen van BIG-gedefinieerde beroepen, in casu: gezondheidszorgpsycholoog, psychotherapeut, klinisch psycholoog, klinisch neuropsycholoog. De aanspraak in de Basis GGZ zou dan geformuleerd kunnen worden als ‘zorg zoals gezondheidszorgpsychologen die plegen te bieden’.

- Een punt van aandacht is de positie van gezondheidszorgpsychologen en psychotherapeuten in de gespecialiseerde GGZ. In de huidige tweedelijns GGZ vervullen gezondheidszorgpsychologen een cruciale rol: zij nemen het leeuwendeel van de verrichtingen voor hun rekening, vaak als zelfstandig behandelaar. In mindere mate geldt dit ook voor psychotherapeuten⁸. Er is geen enkele indicatie dat dit onterecht zou zijn, dat wil zeggen dat zij hiervoor niet geëquipeerd zouden zijn of dat de geleverde zorg van onvoldoende kwaliteit zou zijn. In het schema op p.29 dienen de gezondheidszorgpsychologen dan ook zonder meer te worden toegevoegd als deskundigheidsniveau in de tweedelijns GGZ.

Ook in de toekomst zal behoefte blijven bestaan aan gezondheidszorgpsychologen en psychotherapeuten in de gespecialiseerde GGZ. Het zal niet mogelijk zijn, en vanuit kosten oogpunt ook niet wenselijk, om de behandeling van patiënten volledig te laten geschieden door specialisten. Het hoofdbehandelaarschap is een punt van discussie, mede afhankelijk van de omvang van de overheveling van ‘eenvoudiger’ patiënten naar de Basis GGZ. Maar hoe dan ook zal er behoefte zijn aan gezondheidszorgpsychologen en psychotherapeuten als lid van het multidisciplinair behandelteam. Vergelijk paramedici en verpleegkundigen, die wel in het schema op p. 35 zijn opgenomen.

Tot slot willen wij wijzen op de klinisch neuropsycholoog als tweede specialist van de gezondheidszorgpsychologie. Anders dan vaak wordt aangenomen heeft de klinisch neuropsycholoog niet alleen een plaats in de somatische zorg, maar ook de in GGZ. Ter indicatie: de helft van de

⁸ Een goede analyse hiervan wordt bemoeilijkt, doordat de beroepen sterk overlappen. Zo is ongeveer de helft van de psychotherapeuten tevens gekwalificeerd als klinisch psycholoog of psychiater.

opleidingsplaatsen van klinisch neuropsychologen is gesitueerd binnen de GGZ. De klinisch neuropsycholoog diagnosticeert, indiceert en behandelt zelfstandig patiënten met neuropsychologische problematiek, al dan niet in samenwerking met andere beroepsbeoefenaren. In dit opzicht is zijn positie niet anders dan die van de klinisch psycholoog of de psychiater.

Zorgpakketten

In uw schets van de toekomstige Basis-GGZ onderscheidt u een viertal producten: kort, middel, intensief en chronisch. Naar aanleiding van ervaring met de huidige DBC-vergoedingen rijst hier de vraag (a) wie bepaalt in welke productgroep een patiënt wordt ingedeeld en (b) of van deze indeling niet een sterke druk zal uitgaan tot het zo 'zwaar' mogelijk indelen van patiënten, teneinde tot een optimale vergoeding te komen en financiële ruimte te creëren voor langere behandelingen. Anders gezegd: de vraag is of een dergelijke systematiek vanuit het oogpunt van kostenbeheersing niet contraproductief is.

Los hiervan treft ons de slotzin bij de productgroep 'kort': "Er zijn aanhoudende/persisterende klachten (eerdere interventies hebben onvoldoende effect bewerkstelligd)." Wijst dit niet juist op complexe problematiek en de noodzaak van intensievere behandeling?

Utrecht, 31 januari 2013.