

College voor Zorgverzekeringen
T.a.v. mw. mr. M. van der Veen-Helder, hoofd Afdeling Zorgadvies
Postbus 320
1110 AH Diemen

Utrecht, 11 oktober 2012
Onderwerp: reactie NVVP op deel 2 Rapport Geneeskundige GGZ

Geachte mevrouw Van der Veen,

De Nederlandse Vereniging van Vrijgevestigde Psychologen & Psychotherapeuten (NVVP) heeft in een eerder stadium mogen reageren op deel 1 van het conceptrapport Geneeskundige GGZ. Op de vragen die het CVZ in deel 2 van haar advies wil adresseren, willen wij graag een nadere toelichting geven.

1. Wat is te verzekeren geneeskundige GGZ en wat niet?

De vraag welke zorg te verzekeren is en welke niet, hangt grotendeels af van de beschikbare financiële middelen. De vraag dient aangescherpt te worden in de vraag welke geneeskundige GGZ verzekerd zou moeten worden. Uitgangspunt is dan dat psychotherapie alleen geïndiceerd is bij psychopathologie. De NVVP signaleert dat er door de beleidsmakers naar willekeur 'gesopt' wordt binnen de DSM. Zo zijn de aanpassingsstoornissen verwijderd met het argument van een lage ziektelast. Op zich is het een goed streven om klachten met een lage ziektelast niet ten laste te laten komen van de Zorgverzekeringswet, de zorg moet immers betaalbaar blijven. Het is echter een hardnekkig misverstand om te denken dat er binnen de DSM diagnoses zijn te onderscheiden met een lage ziektelast. Beroepsproblemen of relatieproblemen worden in de DSM *alleen* in het kader van aanwezige psychopathologie geïndiceerd. Zo staat er in de DSM-IV onder partnerrelatieproblemen: '... een patroon van een verstoorde interactie (...) dat *samengaat met significante beperkingen in het functioneren van het individu of het gezin of het ontstaan van symptomen bij een of beide partners*'. Lichte problematiek valt er dus per definitie buiten.

Geconcludeerd moet worden dat deze weg niet verder moet worden bewandeld. De consequentie is namelijk dat de geestelijke gezondheidszorg op onverantwoorde wijze zal worden 'uitgekleed'. Mensen met serieuze aandoeningen zullen in de kou komen te staan, met alle consequenties van dien.

Bovenstaand pleidooi betekent niet dat we niet op kritische wijze moeten kijken naar de zorg die verleend wordt. In dit kader is het belangrijk dat professionals scherp blijven ten aanzien van hun eigen en elkaars handelen. Eerder al deed de NVVP het voorstel om behandelingen die langer duren dan bijvoorbeeld 1800 minuten te laten toetsen door collega-professionals. Het gaat er dan niet om dat zorgverzekeraars een machtiging afgeven, maar dat de professional zich kritisch laat toetsen op zijn behandelplan, de behandeling en de behandelresultaten. Deze werkwijze stimuleert de transparantie en het kostenbewustzijn bij alle betrokken partijen.

Bekeken moet worden of de 1800-minutengrens haalbaar is. Wellicht ligt een grens voor DBC's van meer dan 3000 minuten meer voor de hand. De kracht van dit voorstel zit in het gegeven dat de controle op volume van binnenuit komt. Professionals zijn elkaars grootste criticaster, maar men laat zich ook graag de maat nemen door een collega professional. Van het grootste belang is dat een dergelijke maatregel aan de gehele sector

wordt opgelegd; iedereen moet meedoen: professionals in de instellingen en vrijevestigden.

2. Welke zorg voor wie behoort tot de huisartsenzorg, POH-GGZ, eerstelijns psychologische zorg en tweedelijns zorg?

Een toegankelijke, effectief werkende en betaalbare GGZ is een gewenst vergezicht. In het vergezicht van de NVVP is de huisarts de poortwachter tot de GGZ. Alle huisartsen werken samen met een POH-GGZ. Deze zetten zij in als er twijfel ontstaat of de cliënt al dan niet kampt met psychische problematiek. De POH-GGZ toetst de problematiek bij de cliënt via een screeningsmodule (vastgelegd in een protocol), verstrekt algemene psycho-educatie en verwijst de cliënt door naar de generalistische of specialistische GGZ, al naar gelang de uitkomst van de screening. De POH-GGZ levert geen diagnostiek en behandelt geen cliënten. Daar is deze functie immers onvoldoende voor geëquipeerd. De kosten van de POH-GGZ komen ten laste van de huisartsenbesteding. In de generalistische GGZ wordt problematiek behandeld die kortdurend van aard is -minder dan 8 maanden- en waarbij de problematiek minder dan 6 maanden manifest is. Alle overige psychische problematiek wordt behandeld in de specialistische GGZ.

De generalistische GGZ wordt uitgevoerd door BIG-geregistreerde zorgaanbieders, waarbij de gezondheidszorgpsycholoog gezien diens opleiding hiervoor het best is geëquipeerd en vanuit die hoedanigheid de hoofdbehandelaar is. Daarnaast is het ook mogelijk dat andere BIG-geregistreerden zoals een psychotherapeut, klinisch psycholoog of psychiater geconsulteerd kunnen worden door de generalistische GGZ. De psychotherapeut, klinisch psycholoog en psychiater zijn hoofdbehandelaar in de specialistische GGZ. Met het ontstaan van zorgzwaarteklassen in de generalistische GGZ is het voorstelbaar dat de gz-psycholoog ook kortdurende DBC's gaat aanbieden.

De NVVP wil uw College erop attent maken dat er een trend waarneembaar is, waarbij GGZ-instellingen zich meer en meer gaan richten op de eerstelijns (psychologische) zorg zonder dat er sprake is van ambulantisering. Feitelijk wordt er een geheel nieuwe zorgvraag aangeboord, waarbij de eigen bijdrage en het eigen risico vaak ook worden ontlopen. De NVVP maakt zich grote zorgen over een ongebreidelde groei van de eerstelijns GGZ, temeer omdat er tegelijkertijd geen sprake is van verschuiving van patiënten van de tweede lijn naar de eerste lijn. Een dergelijke ontwikkeling is schadelijk. De eerste lijn heeft de afgelopen jaren veel patiënten kunnen behandelen, zonder dat er sprake was van een kostengroei zoals die in de tweede lijn wel waarneembaar was.

4. Wat zijn bewezen effectieve interventies en wat zijn niet-bewezen effectieve interventies?

De NVVP is van mening dat in de vraagstelling van uw College een conceptuele verwarring besloten ligt. De kern van deze verwarring berust op de gedachte dat psychotherapie te vergelijken is met een medisch somatische ingreep. Psychotherapie is in deze gedachtegang het toepassen van een interventie. Het toepassen van de juiste interventie zou dan leiden tot het beoogde effect. Echter, in deze benadering wordt de essentiële werkzame factor van psychotherapie -de therapeutische relatie- over het hoofd gezien. Uit veel onderzoek, samengevat in de aanbevelingen van de gezaghebbende Task Force van de APA (2011)¹, blijkt dat de psychotherapeutische relatie de belangrijkste factor is, die van invloed is op de effectiviteit van de behandeling. Vaststellen dat een therapeutische techniek werkzaam is, zegt weinig over de uiteindelijke effectiviteit van een behandeling. De effectiviteit van een behandeling hangt namelijk af van de complexiteit van de problematiek van de cliënt, van de kwaliteit van de therapeut, van de therapeutische relatie en de toegepaste therapeutische interventie. Het opstellen van lijsten met interventies die wel of niet werkzaam zouden zijn, voegt derhalve te weinig toe. Het is slechts een reductie van de werkelijkheid die met de klinische praktijk onvoldoende verband houdt.

5. Wanneer heeft behandelen geen toegevoegde waarde meer?

In 2011 heeft de NVVP de NVVP ROM-portal geïntroduceerd. Bijna de helft van de NVVP-leden participeert inmiddels in deze ROM-portal. Tracking -het tussentijds meten van de klachten - is een belangrijke pijler van de NVVP ROM-portal. Een van de bevindingen van de leden is dat de ROM-portal hen kritischer maakt over het moment van afsluiten van de behandeling. Daar waar de klachten significant en stabiel zijn afgenomen, wordt de behandelaar geconfronteerd met de vraag of verdere behandeling nog noodzakelijk is. Uiteraard zijn de afgenomen klachten niet de enige maat voor de vraag of verdere behandeling geïndiceerd is, maar het werkt wel als een 'trigger'. Dit is een positieve ontwikkeling.

Soms is het ook zo dat behandelen niet meer zinvol is, omdat de therapeutische relatie stagneert. Uit

¹ Zie hiervoor www.divisionofpsychotherapy.org/continuing-education/task-force-on-evidence-based-therapy-relationships/conclusions-of-the-task-force

onderzoek (Lambert) blijkt dat als er in de eerste fase van de therapie geen therapeutische alliantie tot stand is gekomen, verder behandelen weinig zinvol is. Er is dan sprake van een zogenaamde *mismatch* en doorverwijzen naar een collega is dan geïndiceerd.

Verder is het zo dat *tracking* ook kan uitwijzen dat het klachtenbeloop stagneert of zelfs verslechtert. Als na circa 6 maanden blijkt dat hiervan sprake is, kan een doorverwijzing voor een deeltijdbehandeling geïndiceerd zijn.

Kortom, het is zoeken naar een balans tussen niet te vroeg stoppen met therapie, tijdig doorverwijzen als dat geïndiceerd dan wel opportuun is, en niet onnodig lang doorbehandelen. Effectmeting met tussentijds meten (*tracking*) kan hierin een rol spelen. Daarnaast is regelmatig intercollegiaal overleg, waarin het al dan niet doorbehandelen en/of doorverwijzen van cliënten ter sprake komt van essentieel belang.

8. Hoe kan het basispakket verder worden beperkt en wat zijn daarvan de consequenties?

De NVVP vindt dat snijden in het basispakket op zeer zorgvuldige wijze dient plaats te vinden. De werkwijze van het schrappen van de aanpassingsstoornissen uit de Zorgverzekeringswet vond plaats op basis van populistische denkbeelden over de GGZ en zonder enige vorm van wetenschappelijk onderzoek. Voor psychische klachten die veroorzaakt worden door persoonlijke omstandigheden zoals werk, relaties en verlies van partner of kind is psychotherapie lang niet in alle gevallen geïndiceerd. De tegenslagen in het leven verwerken mensen met vrienden, familie, kennissen of alleen, dat is altijd zo geweest en zal altijd zo blijven. De minister/uw College heeft dus gelijk dat voor psychische klachten psychotherapie niet per definitie is geïndiceerd. Psychotherapie is geïndiceerd voor mensen die psychopathologie ontwikkelen, al dan niet in reactie op *life events*, en die in hun psychische en sociaal-maatschappelijke functioneren ernstig door deze klachten worden gehinderd.

Het is zeer onwenselijk en schadelijk dat DSM-classificaties verwijderd worden onder het mom van lage ziektelast. Dit is ondoordacht, ongehoord en past niet in een beschaafde samenleving. De NVVP voorziet door de huidige ontwikkelingen en de huidige teneur dat er een te mager verzekerd GGZ-pakket resteert. Het onzorgvuldig snijden in het verzekerde pakket levert op korte termijn dan wel besparingen op, maar zal uiteindelijk leiden tot een toename van ernstige psychologische problematiek en dus meerkosten op de langere termijn. De NVVP maakt zich grote zorgen om een te strikt en eenzijdig medisch model, dat gehanteerd wordt bij de beoordeling van wel / niet verzekerde zorg. Het beoordelen van effectieve behandelvormen is een precaire aangelegenheid en dient uiterst zorgvuldig plaats te vinden. De NVVP is van mening dat geen van de beschreven classificaties in de DSM ter discussie dienen te staan voor wel / niet verzekerde zorg. Shoppen in de DSM leidt tot perverse prikkels en die zijn ongewenst. Dit geldt eveneens voor de vermeende lage ziektelast. De NVVP pleit dan ook voor de volgende gelaagdheid in aanpak:

- de behandelaar diagnosticeert pathologie;
- is er pathologie dan kan er een psychotherapie-indicatie zijn, anders niet;
- als er een psychotherapie-indicatie is, classificeert de beroepsbeoefenaar psychopathologie én moet hij een hoofddiagnose -de primaire diagnose- geven als 'product' voor de DBC;
- in het hoofdstuk 'Other conditions that may be a Focus of Clinical Attention' van de DSM (dat ongelukkig vertaald is met 'Andere aandoeningen en problemen die een reden van zorg kunnen zijn') staat een aantal aandoeningen (maar ook omstandigheden) en problemen die een klinisch (in de betekenis van behandeling) aandachtspunt kunnen zijn bij bijvoorbeeld psychotherapie, maar die zonder een psychotherapie-indicatie, dus zonder psychopathologie, geen reden voor psychotherapie zouden zijn.

Samenvattend: de NVVP onderschrijft het uitgangspunt dat psychotherapie alleen geïndiceerd is bij psychopathologie en dat dit ook is wat er in de praktijk altijd gedaan is. Beroepsproblemen of relatieproblemen worden in de DSM alleen in het kader van aanwezige psychopathologie geïndiceerd. De DSM is niet te ruim, zoals men nu vindt, maar de opvatting die uw College over de DSM heeft wel.

Daarnaast pleit de NVVP voor aanscherping van de Zorgverzekeringswet ten aanzien van het hoofdbehandelaarschap. Door een percentage van de totale behandeling, een DBC-traject, aan het hoofdbehandelaarschap te koppelen -bijvoorbeeld 60% van de behandeling dient uitgevoerd te worden door de hoofdbehandelaar- zal dit leiden tot een afname in het aantal DBC's, dus minder zorgkosten. Immers, op dit moment kunnen ook niet BIG-geregistreerden een groot deel/het merendeel van de DBC uitvoeren. Dit leidt weliswaar niet tot een beperking van het verzekerde pakket, maar wel tot een afname van volume. Immers, niet alle huidig verleende zorg inclusief hulp door derden zal dan nog geleverd kunnen worden. Een positief bijkomend effect van een dergelijke ingreep zal een kwaliteitsverbetering zijn. Te vaak wordt psychotherapie namelijk gegeven door aanbieders die hiertoe niet bevoegd en bekwaam zijn. Een en ander drijft de kosten

van de GGZ onnodig en onverantwoord op.
Verder hebben wij bij vraag 1 het voorstel van intercollegiale toetsing gelanceerd.

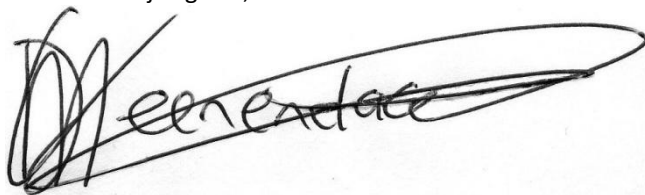
9. Wat worden de gevolgen van de invoering van de DSM5 voor het basispakket?

Uit het voorgaande moge duidelijk zijn dat de DSM IV uitgangspunt moet blijven om het verzekerde basispakket vast te stellen. De NVVP is kritisch over de DSM V, die volgens de experts tot overdiagnostisering zal leiden. De drempel om een diagnose te kunnen stellen, wordt in een aantal gevallen verlaagd en er komen een paar discutabele diagnoses bij, waardoor medicalisering en stigmatisering van voorbijgaande en zelfs normale verschijnselen in de hand worden gewerkt.

De NVVP onthoudt zich van commentaar ten aanzien van de vragen 3, 6 en 7. Dit zijn immers instellingsgerichte vragen.

De NVVP hoopt dat u bovenstaande reactie betreft in uw rapport aan de minister. We wensen u veel succes!

Met vriendelijke groet,

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'J. Veenendaal', written over a light grey rectangular background.

Drs. Judith M. Veenendaal,
directeur NVVP