

Amsterdam, 3 juni 2013

Betreft: Gezamenlijke reactie op (herziene) concept rapport G-GGZ, deel 2

Geachte mevrouw Polman, Adviescommissie Pakket,

De LVE en de NVVP maken graag gebruik van de gelegenheid gezamenlijk te reageren op het herziene concept rapport G-GGZ, deel 2, dat u onlangs aan ons heeft doen toekomen.

Wij steunen de inspanning van het College (CvZ) om te komen tot een beheersing van de kosten in de GGZ, met als doel de GGZ betaalbaar en toegankelijk te houden voor iedereen die voor deze zorg in aanmerking komt. Dat was ook de voornaamste reden voor ons ondertekenen van het Bestuurlijk Akkoord GGZ (BA) en wij dragen ons steentje bij aan de verdere uitwerking ervan voor zover dat in de pas is met de afspraken zoals gemaakt in dat akkoord.

Uw conceptrapport richt zich op twee zaken, die u verder uitwerkt in uw advies. Ten eerste de begrenzing van de GGZ en ten tweede gepast gebruik. Dat is geen eenvoudige opgave, te meer daar de sector in transitie is en uw advies vergaande gevolgen kan hebben voor profiel en de positie van zorgaanbieders ten opzichte van het (te vergoeden) verzekeringspakket. In dat licht waarderen uw inspanningen. Zij dagen ons in hoge mate uit om uitgebreid te reageren.

U stelt in uw aanbiedingsbrief dat het vorige concept ingrijpend is gewijzigd. Helaas moeten wij in algemene zin constateren dat er wijzigingen zijn, maar niet van dien aard dat deze ingrijpend genoemd kunnen worden. Voor een deel blijft ons afzonderlijk commentaar op het vorige concept voor een groot deel dus staan; wij zullen deze in dit bestek niet uitgebreid herhalen. Onder verwijzing naar deze reacties zullen wij ons positief kritisch bedoelde vervolggcommentaar richten op het voorliggende laatste concept.

Ons verdere commentaar:

- Onze kritiek op het eerste concept, dat het CVZ-advies haaks stond op het BA, wordt nu gepareerd door regelmatig naar het BA te verwijzen en er op te wijzen dat het voorliggende concept er zelfs een uitvloeisel van is. Het CVZ stelt in dit nieuwe concept dat het geschreven is met de afspraken van het BA als uitgangspunt. Het BA wordt nu zelfs een aantal keren geciteerd, maar in feite wordt hetzelfde verhaal eigenlijk nog een keer verteld. .
- Een probleem is nu dat voordat het BA überhaupt is uitgevoerd het CVZ komt met pakketmaatregelen, het BA door de NZa op een zeer strikte manier dreigt te worden uitgelegd en de Inspectie (IGZ) in haar conceptrapport van januari 2013 alsnog de psychotherapeut uit de Gespecialiseerde GGZ verbant en uitspraken doet over het hoofdbehandelaarschap in de Generalistische Basis GGZ (GBGGZ). Gelukkig is het CVZ in onze ogen standvastig t.a.v. het hoofdbehandelaarschap. Hiermee neemt het CVZ in het ontstane debat een positieve en consequente positie in. Het neemt zoals het hoort het BA als uitgangspunt en stelt dat de psychotherapeut ook als hoofdbehandelaar kan optreden in de Gespecialiseerde GGZ. Verzekeraars dienen vervolgens het hoofdbehandelaarschap in de polis op te nemen.
- Hoewel het CVZ zelf aangeeft dat de scheiding tussen klachten en stoornissen niet altijd gemakkelijk te maken is, doet het CVZ het vervolgens toch. Hetzelfde zien we bij de behoefte aan een prognostische zorgvraagzwaarte op cliëntniveau: "We weten wel dat het nog niet kan, maar we willen het toch, dus gaan we het doen." Teleurstellend vinden wij het dan ook dat het

CVZ vasthoudt aan dat onderscheid tussen psychische klachten en psychische stoornissen. Afhankelijk van de complexiteit worden psychische klachten behandeld door de huisarts; psychische stoornissen door een eerstelijns-/GZ-psycholoog, psychotherapeut, klinisch (neuro)psycholoog of psychiater. Wat ons betreft zou er geen onderscheid moeten zijn tussen klachten en stoornissen als uitgangspunt voor financiering van de interventie. Het is een perverse prikkel en bovendien een onjuist uitgangspunt: aan klachten kan wel degelijk een stoornis ten grondslag liggen.

- Het CVZ beveelt ook aan om de aanpassingsstoornissen uit te sluiten van het verzekerde pakket, tenzij er richtlijnen over deze diagnoseclassificatie verschijnen. Dan kan heroverweging plaatsvinden. Wij zijn van mening dat aanpassingsstoornissen tot het verzekerde pakket moeten behoren.
- Hoewel er minder rigoureuus geschrapt wordt dan in het eerste concept, wordt nog steeds louter gebruik gemaakt van de DSM IV. Tevens besluit het CVZ dat we voorlopig nog met de DSM IV (moeten) blijven werken. Wij zijn pertinent tegen het 'winkelen' in de DSM.
- Het CVZ stelt voor om voor de V-code seksueel misbruik en huiselijk geweld een (aparte) prestatiebeschrijving te maken. Dat voorstel ondersteunen wij.
- Over de rol van verzekeraars doet het CVZ vele richtinggevende uitspraken. Dat is ook niet vreemd, aangezien een verzekeringspakket uitgevoerd wordt indachtig de wet- en regelgeving en rollen van betrokken partijen in het stelsel. Opvallend is dat het College expliciet aandacht besteedt aan de rol van verzekeraars waar het gaat om gepast gebruik. Het College beveelt aan dat verzekeraars meer materiële controles uitoefenen, bepalen wat verstaan wordt onder de 'stand der wetenschap', meer gebruik maken van inzage in cliëntdossiers en een hoofdbehandelaarscheck uitvoeren. Ook pleit het College voor vermelding van de diagnose op de factuur. Wij zijn van mening dat aan deze voorstellen, een nog verdere uitbreiding van de rol van zorgverzekeraars, forse privacyrisico's kleven. Heeft CVZ hier de consequenties van gewogen? In het kader van een levelplayingfield is het ongewenst dat de rol (macht) van verzekeraars te groot wordt. Bovendien dreigt het CVZ de zorgverzekeraars op de stoel van de professionele aanbieders te zetten door te stellen dat het primair aan zorgverzekeraars is om uitspraken te doen over wat de stand van de wetenschap is. Wat onder de stand van de wetenschap verstaan wordt zou onder leiding van een groep inhoudelijk deskundigen beoordeeld moeten worden; los van hun rol zijn zorgverzekeraars daar niet voor geëquipeerd.
- De aarzeling om klachten en dergelijke door huisartsen te laten behandelen (zoals in het eerste concept) is nu vervallen. Alles wat geen verzekerde geneeskundige GGZ is valt nu onder de huisarts (poh-GGZ). Hiermee wordt de huisarts het "afvoerputje" van de GGZ, te meer daar een ferme en naar onze mening quasi exacte knip wordt aangebracht tussen dat wat als klacht gezien moet worden en wat als stoornis. Het licht dat daarmee ontstoken wordt in een 'schemergebied' is o.i. te fel. Het CVZ beschrijft dat het onderscheid klacht en stoornis in de praktijk is ingeburgerd. Wij zijn hierover zeer verbaasd. Een stoornis bestaat immers uit een bepaald aantal specifieke klachten. Alleen die klachten die in de westerse samenleving vaak voorkomen, worden 'verheven' tot de status van stoornis. Het begrip ziekte last lijkt tevens binnen dit kader niet meer aan de orde en dat is vreemd. Om de ernst van klachten en de noodzaak tot behandelen aan te geven zijn er meer manieren denkbaar dan alleen het internationale onderscheid zoals beschreven in de DSM-IV. De LVE heeft hiervoor bijvoorbeeld een beoordelingstabel voor zorgvraagzwaarte ontwikkeld die aansluit bij de beleving van de patiënt en meer recht doet aan de dagelijkse praktijk van de zorgprofessional in de generalistische basis GGZ.
- Opvallend is dat in dit nieuwe concept vrijwel alles aan de huisartsenzorg wordt toegeschreven; zo tellen wij 18x huisartsenzorg en 15x G-GGZ (tabel op p. 34 en 35). Van die 15x G(geneeskundige)-GGZ tellen we 8x aandoeningen die vooral of uitsluitend in de gespecialiseerde GGZ thuishoren. Hierbij wordt ook opmerkelijk vaak genoemd dat de huisartsen voor veel aandoeningen goede NHG-standaarden hebben. Over hoe en of die in de praktijk worden toegepast wordt verder niet uitgewijd. Het probleem is dat hiermee aan de huisartsenzorg een volume en aard van GGZ-problematiek wordt toegeschreven zonder dat wordt bekeken of dit in de praktijk wel kan worden waargemaakt.

- Dat brengt ons op een volgend punt: de ambivalentie van de positie van de GBGGZ en de visie die hierover doorklinkt in het concept van het CVZ. Tussen de regels door is duidelijk dat de kern van de GGZ de GBGGZ dient te zijn/te worden. Dat zou evenwel een eigen identiteit en functie binnen het zorgstelsel betekenen. Maar in de stukken lezen we daar verder niets over, maar wel dat de GBGGZ soms het voorportaal van de Gespecialiseerde GGZ dient te zijn en soms de achterdeur voor de huisarts. Veel discussies over de zorg die binnen de GBGGZ geleverd dient te worden hebben hier als gevolg van deze perspectiefwisselingen mee te maken. Als de GBGGZ een zelfstandig echelon/sector is met een eigen generalistisch karakter die het midden houdt en staat tussen de huisartsenzorg (includerend, klachten en contextgericht) en de Gespecialiseerde GGZ (stoornisgericht, zeer complexe zorg), dan moet het niet een beetje van het een en een beetje van het ander zijn, want dan verval je in een voortdurende discussie van wie welk beetje doet en wanneer. Dus er dient ruimte gegeven te worden om de eigen identiteit van de GBGGZ in te vullen.
- Het voorliggende (herziene) concept is nog meer naar het medisch model toegeschreven dan het vorige concept. Het begrip zorgvraagzwaarte wordt alleen genoemd, maar niet als invalshoek gebruikt. En niet wat een psychologische behandeling zou kunnen betekenen wordt bekeken, maar uitsluitend wat een ziekte aan economische schade oplevert als die onbehandeld wordt gelaten. Het lijkt er nu op alsof de GGZ het kind van de rekening is, terwijl in de medisch specialistische zorg nog volop klachten worden gediagnosticeerd en behandeld.
- Binnen het BA is o.a. afgesproken dat de GGZ gelijk behandeld dient te worden als de Algemene Gezondheid Zorg (AGZ). Dit zou ook moeten gelden voor de verwijzingen. Wij vragen ons af of CVZ vergelijkbare adviezen over verwijzing doet of heeft gedaan binnen de AGZ. Mag er binnen de AGZ alleen die zorg worden geleverd waar richtlijnen voor bestaan, zoals er in dit rapport mee wordt omgegaan? Moet de huisarts de diagnose(indicatie) stellen en de ziektelast bepalen eer hij naar de internist doorverwijst? In het BA zijn nu net criteria afgesproken voor triage door de huisarts die gebruikt gaan worden voor al of niet verwijzing naar de GBGGZ; de huisarts gaat dus niet diagnosticeren.
- Kostentechnisch is het de vraag of de standpunten van het CVZ gaan werken. Zo staat op pagina 21 van het rapport 'Preventie bij problematisch alcoholgebruik' geciteerd. Het is onduidelijk welk rapport wordt bedoeld, maar wij maken op dat huisartsenzorg goedkoper is dan de huidige eerstelijnspsychologische zorg. Hierbij wordt de effectiviteit van twee consulten bij de huisarts vergeleken met de effectiviteit van één consult bij de huisarts plus vijf gesprekken eerstelijnspsychologische hulp. Met andere woorden: als het om preventie gaat is de huisarts in één consult van 20 minuten dan net zo effectief als de eerstelijnspsycholoog in vijf consulten van 45 minuten? Wij weten inmiddels dat 1 fte poh-GGZ per saldo duurder is dan 1 fte ELP i.c. de huidige EPZ (de totale kosten van een renderende poh-GGZ is nu al gelijk aan ca. 1,3 fte totale kosten eerstelijnspsycholoog). Ook zonder eigen bijdrage in de eerstelijns GGZ en/of generalistische basis GGZ zal dit nog steeds het geval zijn.
- De discussie over preventie is er één van grijsachtig blauw en blauwachtig grijs en de zucht naar 'meetbare resultaten'. Preventieve zorg is toe aan vernieuwing waarbij de fasering een stap in de goede richting zou zijn, conform de opvatting van de heer Beekman, voorzitter van de NVvP.
- Het rapport bevat een overzicht aan interventies die wel of niet tot het verzekerde pakket behoren. Deze lijst is o.i. (te) eenzijdig door medisch adviseurs van zorgverzekeraars opgesteld. Natuurlijk kunnen wij ons vinden in het uitsluiten van interventies die niet 'GGZ-proof' zijn, denk aan Reiki. Wij vinden echter dat andere interventies, zoals psychoanalyse, onterecht op de lijst van negatieve interventies zijn gezet. Maar vooral het feit dat het CVZ te nadrukkelijk op de stoel van de behandelaar gaat zitten stoort ons. Op pag. 38 stelt het CVZ bijvoorbeeld dat bij acute stressstoornis cognitieve therapie is aanbevolen. Het is niet aan het CVZ te bepalen welke interventies gepleegd moeten worden, dat is aan de behandelaar. Wij wijzen in dit verband ook nadrukkelijk op het belang van practise- naast evidence-based interventies. Daarnaast storen wij ons aan het feit dat veldpartijen en inhoudelijk deskundigen (zoals hoogleraren) niet zijn betrokken bij de totstandkoming van de lijst. Een aantal hoogleraren heeft al eerder aangegeven dat een aantal interventies dat als niet verzekerde

zorg bestempeld is, discutabel is en wel degelijk tot de verzekerde zorg zou moeten behoren, omdat hierover voldoende literatuur en richtlijnen aanwezig zijn.

De lijst schijnt dynamisch te zijn, echter op grond van welke methode kan een interventie opnieuw heroverwogen worden? In het kader van het uitgangspunt van het BA, namelijk 'partijen zijn gezamenlijk verantwoordelijk voor de GGZ', zijn wij van mening dat de dynamische lijst van interventies in gezamenlijkheid tot stand had moeten komen.

In het voorliggende concept staan ook nog een aantal specifiekere knelpunten en/of onjuistheden, die we tot slot nog willen benoemen:

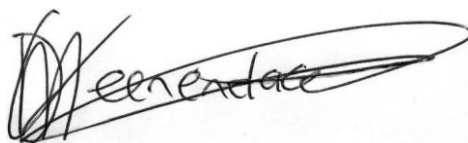
- Er wordt nadruk gelegd op de 'stand van de wetenschap' m.a.w. op de richtlijnen. Hierbij dient echter uitdrukkelijk opgemerkt te worden dat de GBGGZ een flinke achterstand heeft omdat tot op heden al het onderzoeksgeld naar de tweedelijns i.c. de Gespecialiseerde GGZ (stoornisgerichte richtlijnen) is gegaan. Het CVZ-advies zien wij dan ook als bevestiging dat er met spoed geld en aandacht geschonken moet worden aan generalistische richtlijnen, dus niet zijnde louter op geïsoleerde stoornissen gerichte richtlijnen. De LVE is hiermee op eigen kosten, met beperkte middelen al begonnen.
- Op verschillende plekken worden voor- en nadelen benoemd die gepaard gaan met het functioneel omschrijven van de zorg in relatie tot de wettelijke eisen volgens de Wet BIG. Wij dringen er op aan om de discrepantie tussen functionele omschrijving van zorg en kwaliteitseisen en bevoegdheden die gekoppeld zijn aan opleidingen te bespreken om problemen à la Europsyche te voorkomen en de kwaliteit van zorg te bewaken.
- Onterecht stelt het CVZ dat er geen data beschikbaar zijn van adequate behandelingen van aanpassingsstoornissen. De LVE kan samen met het Nivel bijvoorbeeld data leveren over de positieve resultaten van de behandeling van de patiënten met een aanpassingsstoornis gekoppeld aan behandelresultaten (GAF, aantal sessies, patiëntkenmerken en therapietrouw) over een periode van de afgelopen 5 jaar. Als dit zo is, zou dat op basis van de aannames van CVZ dan vervolgens betekenen dat geregistreerde LVE-leden voortaan wel aanpassingsstoornissen kunnen gaan behandelen?
- In de tweedelijns./specialistische GGZ hebben vrijgevestigden tot 2008, toen de diagnose-behandel-combinaties (DBC's) werden ingevoerd, gewerkt met de verplichte intercollegiale toetsing voor vervolgbehandelingen. Dit systeem werkte naar tevredenheid. De NVVP pleit voor herinstructie van intercollegiale toetsing en adviseert het CVZ om bij langdurige DBC's (> 1800 minuten) een verplicht intercollegiale toetsing te hanteren. Peer-to-peer reviews zijn bewezen effectief. Voor een vervolg-DBC zou minimaal toestemming moeten zijn van twee collega's. Zij beoordelen al dan niet voortzetting van de behandeling o.b.v. het behandelplan. Een behandeling kan alleen voortgezet worden als minimaal twee collega's toestemming hebben gegeven, inclusief handtekening, dat de behandeling nog niet afgerond kan worden en er een vervolg-DBC geopend kan worden. Op deze manier wordt een drempel ingebouwd die de 'achterkant' van het financieringssysteem als het ware beschermd tegen onnodig lang doorbehandelen.

Wij vertrouwen erop dat wij u met dit uitgebreide commentaar van dienst hebben kunnen zijn met de uitvoering van uw belangrijke taak en u hebben kunnen overtuigen van onze welwillendheid om met u mee te denken en alternatieven aan te reiken.

Met vriendelijke groet,
namens de LVE en de NVVP,



Drs. D. (Dick) Nieuwpoort, directeur LVE



Drs. J. (Judith) Veenendaal, directeur NVVP