

Nederlandse Zorgautoriteit  
t.a.v. de heer dr. E.A.A. de Laat, projectleider  
Postbus 3017  
3502 GA Utrecht

Utrecht, 12 december 2011

*Betreft: reactie NVVP op consultatiedocument Basis-GGZ*

Geachte heer De Laat, beste Eric,

De Nederlandse Vereniging van Vrijgevestigde Psychologen & Psychotherapeuten (NVVP) heeft het consultatiedocument basis-GGZ van de NZa bestudeerd. Naar de mening van de NVVP zit de meerwaarde van het consultatiedocument in het beter optuigen van de huisartsenzorg in de GGZ door inzet van de POH-GGZ en de SPV'er. Het beter inrichten van de basis-GGZ draagt bij aan kostenbeheersing, maar kan geen inperking in de tweede lijn tot gevolg hebben. De focus dient op versterking van de basis-GGZ te liggen, zonder het systeem van de eerste en tweede lijn te frustreren door bijvoorbeeld het schrappen van de productgroep 'behandeling kort' 0-800 minuten in de tweede lijn. Deze ingreep maakt de GGZ niet sterker.

De NVVP pleit dan ook voor zorgvuldigheid in het gehele traject. Naar de mening van de NVVP is een aantal aspecten in het consultatiedocument nog onvoldoende op zijn merites beoordeeld. Onderstaand lichten wij dit toe op basis van de gestelde consultatievragen.

#### Vraag 1 m.b.t. analyse, knelpunten en oplossingen

De bewering dat er onnodig veel wordt behandeld in de tweede lijn is en wordt niet onderbouwd in het document. Het verzoek is dan ook om dit toe te voegen. Overigens is de NVVP van mening dat het fenomeen van onnodig behandelen in de tweede lijn op gemakkelijke wijze kan worden voorkomen, namelijk door ervoor te zorgen dat de financiële drempel naar de eerste lijn lager is dan naar de tweede lijn. Dat was en is ook onder de nieuwe declaratieregels van 2012 niet het geval.

De NVVP deelt het standpunt dat niet alle huisartsen in gelijke mate kennis en ervaring hebben met mensen met psychische klachten. Daardoor wordt er niet of niet adequaat doorverwezen naar de eerste of de tweede lijn. Dit blijkt uit onderzoek van het Trimbos Instituut<sup>1</sup>. Hier concludeert het Trimbos Instituut dat de meeste personen met depressie of angst in de huisartsenpraktijk worden behandeld; een minderheid wordt doorverwezen naar de eerste of de tweede lijn (6%). Ook blijkt uit onderzoek<sup>2</sup> dat huisartsen te gemakkelijk antidepressiva voorschrijven i.p.v. te kiezen voor psychotherapie.

---

<sup>1</sup> Trendrapportage Trimbos 2010, deel 2 *Toegang en zorggebruik*

<sup>2</sup> UMC Groningen, Ellen Piek, 2011

De NVVP verzoekt de NZa dan ook om betere doorverwijzing te stimuleren, hierbij kan het NVVP-stroomdiagram verwijzing (zie bijlage) aan bijdragen.

Voor wat betreft triage is de NVVP van mening dat dit door de huisarts dient te gebeuren, daarom is het van groot belang dat de huisarts voldoende geëquipeerd is op het gebied van de GGZ. De huisarts kan gebruikmaken van een POH-GGZ of SPV'er die vervolgens de screening (let wel, dat is iets anders dan diagnostiek) uitvoert. De uitkomst van de screening wordt teruggekoppeld naar de huisarts; daarna vindt definitieve triage plaats en wordt de cliënt doorverwezen naar de eerste of tweede lijn. De zorgaanbieder in de eerste of tweede lijn besluit vervolgens diagnostiek uit te voeren op basis van de screeningsuitslag, die beschikbaar is gesteld aan de zorgaanbieder. Diagnostiek dient in de eerste en tweede lijn mogelijk te zijn, afhankelijk van waar de cliënt naar toe is verwezen.

#### **Vraag 2 m.b.t. flexibiliseren en ondersteuning:**

De NVVP ziet flexibilisering van basiszorg door inzet van GGZ-ondersteuners (POH-GGZ en SPV'er) als een goede oplossing mits de bevoegdheid, deskundigheid en het takenpakket goed zijn afgebakend. Wat betreft het takenpakket denkt de NVVP aan: screening (géén diagnostiek), eenvoudige vormen van psycho-educatie, eenvoudige begeleidingstaken van (chronische) GGZ-cliënten en eenvoudige preventieve activiteiten. Deze eenvoudige taken focussen zich op symptoom- en klachtenreductie. Behandeling van psychische klachten kan naar de mening van de NVVP géén taak voor de POH-GGZ zijn. Behandeling dient uitgevoerd te worden door een gezondheidszorgpsycholoog, psychotherapeut of klinisch psycholoog; voor een deel van de behandeling is inzet van zogenaamde hulppersoneel eventueel mogelijk.

Om de functie van de POH-GGZ goed te waarborgen en te continueren, is de NVVP voorstander van een structurele voorziening van de POH-GGZ. Het huidige tijdelijke karakter van de POH-GGZ voorziening dient dan ook geformaliseerd te worden en een structureel karakter te krijgen.

Ook vindt de NVVP het van belang dat de POH-GGZ onafhankelijk werkt, dus niet gedetacheerd door bijvoorbeeld een instelling. De NVVP stelt het op prijs als de inbedding van deze functie betrokken wordt in het nog uit te brengen consultatiedocument huisartsenbesteding.

Een POH-GGZ of SPV'er dient, naar de wens van de NVVP, maximaal vijf sessies te beslaan, gefinancierd via de huisartsenbestedingssystematiek en onder diens verantwoordelijkheid voor wat betreft kwaliteitsbeleid. De NVVP acht dit het meest relevant zodat de kosten van de POH-GGZ en SPV'er niet neerslaan op de eerstelijns GGZ. Daarnaast werkt de POH-GGZ en of SPV'er vaak in loondienst van de huisarts. In die zin is het logischer om de besteding van de POH-GGZ en of SPV'er te laten verlopen via de huisarts.

#### **Vraag 3 m.b.t. diagnostiek:**

Diagnostiek is een belangrijk onderdeel voor het welslagen van de behandeling. Daarom is het voor de NVVP van essentieel belang dat diagnostiek door zowel eerste- als tweedelijns therapeuten uitvoerbaar is, lees: gefinancierd via de Zvw.

Financiering van diagnostiek is in de huidige eerstelijns GGZ en tweedelijns GGZ naar de mening van de NVVP goed geregeld. Wel signaleren wij dat het beperkte aantal te vergoeden zittingen in de eerste lijn ten koste gaat van gedegen diagnostisch onderzoek. Wij zien echter geen meerwaarde van een DBC-diagnostiek voor de eerste lijn. Temeer omdat de DBC's op dit moment alleen gelden voor tweedelijns GGZ. Door ook DBC's te introduceren voor eerstelijns GGZ, wordt de financieringsystematiek vervuild. Echter, als introductie van een DBC 'overige producten' voor diagnostiek de opmaat is voor DBC's voor de gehele eerste lijn, dan verzoekt de NVVP om transparant te zijn over de stip op de horizon: wat is de toekomst van de eerstelijns financiering? En hoe verhoudt een en ander zich tot de tweede lijn?

De NVVP kan zich vinden in het voorstel om het tarief voor diagnostiek vrij te houden. Hierbij is het goed om te realiseren dat het vrijgeven van het tarief onderhandelingsruimte met zorgverzekeraars impliceert, echter, voor vrijgevestigden is dit niet het geval!

#### **Vraag 4 m.b.t. bekostigen**

In de tweede lijn worden kortdurende DBC's gedeclareerd voor specialistische kortdurende zorg, dit is geen generalistische zorg, laat staan dat het basiszorg betreft. Impliciet suggereert de NZa in het document dat kortdurende specialistische zorg, productgroep 'behandelingen kort', in de tweede lijn onterechte zorg is, dit is een ernstige denkfout. Kortdurende specialistische zorg in de tweede lijn is bijvoorbeeld een EMDR-behandeling door een psychotherapeut. Het zou zeer ongewenst zijn als korte DBC's niet meer zouden kunnen worden gedeclareerd. Kortdurende DBC's zijn noodzakelijk. Bovendien is er niets mis met kortdurende DBC's in de tweede lijn; er wordt zorg geleverd, die niet in vijf zittingen in de eerste lijn kan worden gegeven omdat het specialistische zorg betreft. Bovendien wordt een perverse prikkel in het systeem ingebouwd als de kortdurende DBC tot 800 minuten geschrapt wordt: de behandeling zou door deze maatregel langer kunnen duren door de 800-minutengrens te overschrijden.

De NVVP vindt het NZa-model om een functionele lijst van behandelverrichtingen in te voeren interessant en verzoekt de NZa hierover een impactanalyse uit te voeren, inclusief het vrijlaten van het tarief.

Ook vraagt de NVVP de aandacht van de NZa voor de situatie als prestatiebekostiging niet per 2013 wordt ingevoerd, maar later óf in het geheel niet wordt ingevoerd: wat zijn dan de consequenties voor het realiseren van een basis-GGZ, generalistische GGZ en specialistische GGZ?

#### **Vraag 5 m.b.t. recidief en preventie**

Voor het welslagen van de behandeling is de interactie tussen therapeut en cliënt van groot belang, groter dan in de behandelrelatie in de somatische zorg. Recidive kan voorkomen worden door Routine Outcome Monitoring (ROM) toe te passen in de behandeling. Op basis van vragenlijsten kan de relatie therapeut – cliënt besproken worden aan de hand van de gemeten uitkomsten. De NVVP vindt het dan ook een goed initiatief om een functie recidive op te nemen, zodat bijvoorbeeld een follow-upgesprek kan plaatsvinden. Overigens zou dit ook zeer gewenst zijn in de tweede lijn.

Het signaleren van recidive ziet de NVVP als een taak voor de huisarts, maar ook voor de eerste- en of tweedelijns zorgprofessional. Daarom is in de NVVP-kwaliteitscriteria opgenomen dat zorgaanbieders de uitkomsten van de behandeling schriftelijk melden aan de huisarts van de betreffende cliënt (mits de cliënt daar toestemming voor verleent).

Een ander instrument om te sturen op voorkomen van recidive is inzet van terugvalpreventie. Om die reden passen vrijgevestigde therapeuten bij een aantal cliënten zogenaamde onderhoudssessies toe. De NVVP is van mening dat deze vorm van onderhoudssessies alleen effectief is in bestaande behandelrelaties. Terugvalpreventie werkt niet als er geen behandelrelatie tussen therapeut en cliënt bestaat.

#### **Vraag 6 m.b.t. oplossingen**

De NVVP is fel tegenstander van het voorstel om kortdurende DBC's uit de tweede lijn te schrappen, deze zorg kan namelijk niet geleverd worden in de eerste lijn, omdat daar de specialistische kennis ontbreekt. Psychotherapie kan niet voor niets alleen door BIG-geregistreeerde psychotherapeuten of klinisch psychologen worden gegeven. Bovendien kan de kortdurende DBC-zorg tot 800 minuten niet aangeboden worden in de eerste lijn: er zijn immers maar vijf zittingen beschikbaar via de Zvw. Een snelle berekening: 800 minuten zijn 16 sessies van 50 minuten! Er ontstaat een buitenproportionele kloof tussen vijf zittingen en 16 zittingen. Hoe kunnen cliënten die kortdurend behandeld moeten worden de juiste zorg krijgen in het voorstel van de NZa? De minister schrijft in de adviesaanvraag aan de NZa dat zij denkt dat zogenaamde voorwaarts geïntegreerde instellingen zoals Indigo, ingezet

kunnen worden voor goedkopere, eenvoudige, generalistische en specialistische zorg. Echter, Indigo zet – of zou dat moeten doen - voor specialistische zorg eveneens in op een BIG-geregistreerde psychotherapeut of klinisch psycholoog; dat is niet anders dan behandeling door een vrijgevestigde (of instellings-) psychotherapeut of klinisch psycholoog. Deze zorg is dus ook niet goedkoper en er dreigt het gevaar van kwaliteitserosie.

#### Vraag 7 m.b.t. o.a. jeugd-GGZ:

De NVVP raadt met klem af om de jeugd-GGZ onder de jeugdzorg te plaatsen en over te hevelen naar de gemeenten. Hier is een aantal dringende redenen voor:

1. Overheveling van jeugd-GGZ naar de gemeenten betekent dat er niet langer sprake is van een verzekerd recht. Een kind dat wel degelijk zorg nodig heeft, zal afhankelijk worden van de beschikbare middelen bij de gemeenten. In de somatische zorg zou iets dergelijks ondenkbaar zijn. De minister en staatssecretaris ventileerden meerdere malen in de media dat zij van burgers eigen verantwoordelijkheid verwachten, ook met betrekking tot hun kinderen. Kinderen en ouders zouden meer van hun eigen kracht uit moeten gaan. Maar dat is het punt: in sommige systemen ontbreekt nu juist de kracht. Geestelijke gezondheidszorg is dan geïndiceerd. Een dergelijke stellingname van de minister impliceert de veronderstelling dat GGZ een luxegoed is. Op recente Kamervragen van Tweede Kamerlid mevrouw Wiegman, antwoordde de minister dat zij -na overheveling naar de gemeenten- niet kan garanderen dat jeugd-GGZ daadwerkelijk geleverd kan worden aan alle kinderen die daarvoor geïndiceerd zijn. De NVVP vindt deze reactie ongehoord en is van mening dat de Kamer deze reactie van de minister niet zomaar mag laten passeren. Immers, kinderen hebben recht op GGZ, evenals volwassenen.

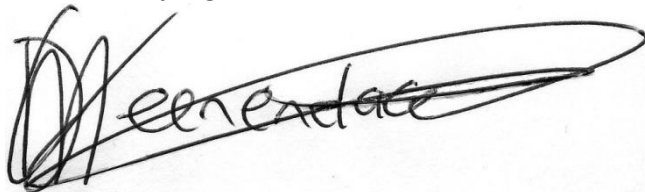
Daarnaast vreest de NVVP dat de toegezegde beleidsvrijheid voor gemeenten ten koste gaat van de kwaliteit van de geleverde zorg. Het is van groot belang dat er kwaliteitsgaranties, denk aan toezicht van de IGz, gegarandeerd worden.

2. Het risico is zeer aannemelijk dat jeugd-GGZ ondersneeuwt bij de jeugdzorg. Bij jeugdzorg is veelal sprake van zeer ernstige situaties waarin kinderen zich bevinden. Het is te verwachten dat de gemeenten – die bij de overheveling al meteen een financiële taakstelling meekrijgen – de prioriteit geven aan deze kinderen. Het is echter goed te bedenken dat een kind dat bijvoorbeeld kampt met angststoornissen, wel degelijk hulp nodig heeft. Weliswaar geen jeugdzorg, maar wel jeugd-GGZ. Dit kind mogen we niet in de steek laten!

3. De NVVP vindt het van groot belang dat kinderen en jeugdigen behandeld kunnen blijven worden door vrijgevestigden. Deze zorg dient gecontinueerd te worden, zodat de problematiek vroegtijdig wordt aangepakt. Hiermee wordt de kans op stapeling van problematiek - met alle gevolgen van dien zoals niet meer kunnen deelnemen aan school/studie- voorkomen.

De NVVP stelt het zeer op prijs als u bovenstaande standpunten betreft in het consultatiedocument Basis-GGZ. Voor een nadere toelichting kunt u contact opnemen met ondergetekende.

Met vriendelijke groet,



Drs. J.M. Veenendaal, directeur  
Bijlage: NVVP-stroomdiagram verwijzing