

Reorganiseren en saneren in de vrijgevestigde GGZ? Een pleidooi voor behoud van beroepskwaliteit.

Beste lezers, met genoegen presenteer ik u hierbij een artikel van *Frits Bosch, gezondheidszorg psycholoog*, en *Henk Kik, klinisch psycholoog en psychotherapeut*. Buitengewoon grondig en verhelderend, ik raad u aan 'm te lezen en door te linken naar uw collega's, of u nou vrijgevestigd, in loondienst, in de eerste, tweede of nulde lijn werkt. Met deze problematiek krijgen we allemaal te maken in de GGZ!

Minister Schippers wil fors bezuinigen op de Geestelijke Gezondheidszorg. Als er niet ingegrepen wordt dreigt de gezondheidszorg onbetaalbaar te worden, volgens de minister. Minimaal 20% van de problematiek die momenteel in de tweedelijns GGZ behandeld wordt zal vanaf 2014 in de eerste lijn behandeld moeten worden ([Bestuurlijk Akkoord GGZ 2013-2014](#)).

In de optiek van VWS moeten patiënten met "gewone" levensproblemen maar in hun eigen kring te rade gaan zodat er meer geld beschikbaar komt voor mensen met echte (psychiatrische) problemen. De eerste lijn zal daarom fors gereorganiseerd moeten worden. Minister Schippers heeft veel vertrouwen dat de eerstelijns GGZ de patiëntengroep "zonder ernstige psychiatrische stoornis" kan opvangen. Voor de zomer zal er een rapport gepubliceerd worden waarin wordt beschreven hoe de nieuwe Basis- en Generalistische-GGZ moeten gaan werken. Zoals gebruikelijk in Nederland is ook dit rapport inmiddels gelekt ([Rapport HHM, 2013](#)).

Het moge duidelijk zijn dat deze maatregelen veel onrust geven onder de vrijgevestigde gezondheidszorg-psychologen, eerstelijnspsychologen, kinderen jeugdpsychologen, klinisch psychologen en psychotherapeuten. Om aan de nieuwe eisen te kunnen voldoen zullen zij hun praktijken fors moeten reorganiseren en hun declaratieprotocollen moeten aanpassen. Zij zullen er ook aan moeten wennen dat er meerdere aanbieders zijn van GGZ-zorg die met elkaar concurreren. Wij vrezen dat deze marktwerking en een daarmee gepaard gaande technocratische reorganisatie van de GGZ, waarbij de nadruk ligt op processen in plaats van op inhoud, de zorg voor patiënten niet beter maakt. Dit zullen we verduidelijken.

Enkele cijfers

Een kwart van de Nederlandse bevolking heeft jaarlijks een psychische stoornis. Veertig procent van de Nederlanders wordt ooit in het leven met een psychische stoornis geconfronteerd (GGZ Nederland). Ruim 850.000 mensen doen ieder jaar een beroep op de geestelijke gezondheidszorg ([RIVM, 2013](#)). Bijna negentig procent van alle geestelijke gezondheidszorg aangeboden vanuit instellingen voor geestelijke gezondheidszorg ([GGZ Nederland](#)).

Jaarlijks ontwikkelen bijna 200.000 mensen hun eerste psychische aandoening ([Trimbos Instituut](#)). Gezien het grote beroep op geestelijke gezondheidszorg en de door de overheid gestimuleerde marktwerking alle redenen om de vrijgevestigde praktijken van psychologen en psychotherapeuten te ondersteunen. Helaas is de werkelijkheid anders.

Praktijkondersteuner Huisartsenzorg GGZ (POH-GGZ)

Rond 2002 hebben de eerste POH-GGZ zich gevestigd in huisartsenpraktijken. Zij bieden consultatie aan de eerste lijn, vervullen een brugfunctie naar de tweede lijn, maar worden ook gezien als een “goedkoop” alternatief voor eerstelijnspsychologen. (zie ook Bosch, F. & Nieuwpoort, D. 2003). Vanaf 29 mei 2013 zullen de POH's georganiseerd zijn in de Landelijke Vereniging POH-GGZ

De POH-GGZ kan een diverse opleidingsachtergrond hebben, zo zijn er sociaal psychiatrisch verpleegkundigen, maatschappelijk werkers en basispsychologen die zich profileren als POH-GGZ. Om enige coherentie in aanpak te bereiken wordt de POH geschoold in het Neuman Systems Model. ([NSM](#))

Natuurlijk willen wij niet cynisch overkomen, maar stiekem denken we wel: leve de versimpeling, viva la nivella. Nivelleer kennis en wetenschap, maak een model dat op haar toepassing te controleren is en pretendeer ‘holistisch’ te zijn, leg nadruk op “eigen kracht” en u bent helemaal 2014!

Een zorg van ons is dat het fijnzinnige proces van psychodiagnostiek en indicatiestelling verschuift van diegenen die ervoor zij opgeleid naar het goedkopere alternatief: de POH-GGZ.

Het Ministerie van VWS en de zorgverzekeraars stimuleren dat huisartsen samen gaan werken met de POH-GGZ. De POH-GGZ in samenwerking met psycholoog, psychiater en psychotherapeut kunnen samen een sterk team vormen om de patiënten die nu nog in de tweedelijns-GGZ komen in de eerstelijns GGZ te behandelen. Vanaf volgend jaar wordt gesproken over Basis-GGZ en Generalistische GGZ. Alle reden om samenwerking tussen deze beroepsgroepen te stimuleren. De praktijk tot nu toe is echter anders.

De POH-GGZ wordt door veel vrijgevestigde psychologen ervaren als concurrerend omdat zij vaak hechte samenwerkingsverbanden hebben met de

Tweedelijns GGZ-instelling die hen “uitleent” aan de huisarts. Zij zijn als het ware een vooruitgeschoven post van de grote GGZ-instellingen. Het is ook niet stimulerend voor een goede samenwerking en indicatiestelling dat de patiënt in 2013 bij de POH geen eigen bijdrage moet betalen en bij de eerstelijnspsycholoog wel.

GGZ instellingen zijn momenteel zeer actief om zo veel mogelijk POH's te plaatsen bij huisartsen. De POH verwijst bij wat meer complexe problemen veel vaker door naar de GGZ-instelling die hen heeft geplaatst dan naar de vrijgevestigde eerstelijnspsycholoog of psychotherapeut. Hierdoor hebben vrijgevestigde praktijken veel minder aanbod. Dr. L Vendrig schreef daarover:

“En wat te denken van een instelling als GGZ Noord-Holland- Noord (NHN) die complete zorgstraten uitrolt in Noord-Holland – weliswaar via de sluiproute van BV Vicino – waarbij vanuit GGZ NHN SPV'ers als POH-GGZ bij huisartsen worden gestationeerd die als lokeenden de klanten doorsluizen naar GGZ NHN. Zowel de verwijzende huisartsen zitten in de BV als GGZ NHN. Is er nog een vrije zorgkeus als je eigen huisarts en instelling waar je komt in dezelfde BV zitten? Vicino heeft de ‘ambitie’ om op termijn minstens driehonderd van de vierhonderd huisartsen in die regio zo te voorzien. Zelfstandigen in die regio zien hun praktijk leeglopen en hebben het nakijken! Komt het wel goed met de geestelijke gezondheid in Noord Hollandals alle inwoners afhankelijk worden van één geïstitutionaliseerde eenheidsworst? Doet me denken aan Albert Heijn die eerst de kleine warme bakker kapot concurreert en daarna in de supermarkt een gezellig bakkerijtje maakt en zo de bakker van weleer imiteert” (Vendrig, 2013).

Basispsychologen

Veel basispsychologen (psychologen die van de Universiteit af komen) willen graag een Gezondheidszorg Psycholoog worden en dus een GZ-opleidingsplek in de eerste lijn. Daarnaast willen veel Gz-psychologen, klinisch psychologen en psychotherapeuten graag opleiden. De huidige regelgeving maakt het echter heel moeilijk om een dergelijke opleidingsplaats te organiseren. Er zijn veel te weinig opleidingsplaatsen beschikbaar voor kortdurende hulp. De enquête “Minister Schippers, investeer in GZ-opleidingsplaatsen in de eerste lijn” ontving meer dan 1200 reacties: [\(petitie\)](#)

Kinder & jeugdpsychologen

Met de transitie jeugdzorg vervalt het recht op geneeskundige zorg en revalidatie voor kinderen. Hier is helder over geschreven door psychiater [Alan Ralston](#), kinderpsychiater [Robert Vermeiren](#) en journalist [Malou van Hintum](#). Laatstgenoemde noemt de structurele ingreep in de jeugdzorg een “door keurige mensen uitgedacht spijkerhard beleid”.

De vrijgevestigde kinder & Jeugdpsychologen tasten nog geheel in het duister over de toekomstige financiering van hun werk!

Eerstelijns psychologen

Nadat de eerstelijnspsychologen vanaf jaren 80 op eigen kracht een landelijk dekkend netwerk hadden opgebouwd (Derksen, 1987; Lamers e.a. 2006) besloot de gehele Tweede Kamer in 2002 met het aannemen van de motie Buijs (CDA) om eerstelijnspsychologen onder te brengen in het Ziekenfondspakket. Het College voor Zorgverzekeringen (CVZ) adviseerde in zijn uitvoeringstoets vergoeding van 10 zittingen. In 2007 was opname in het basispakket van de Zorgverzekeringswet van de eerstelijnspsychologische zorg een feit met maximaal 8 zittingen per kalenderjaar en een verplichte eigen bijdrage van €10,- per zitting. De afgelopen jaren hebben de beroepsgroepen ondanks protesten van de landelijke Vereniging van Eerstelijnspsychologen te maken gehad met forse bezuinigingen (van 8 naar 5 zittingen en verhoging eigen bijdrage van €10,- naar €20,-). Bovendien wordt hulp bij aanpassingsreacties, relatie-en werkproblemen niet meer vergoed vanuit het basispakket).

Dit heeft echter niet geleid tot minder kosten voor de overheid, integendeel! Voorwaarts geïntegreerde instellingen (PsyQ, Indigo, Europsyche) mochten eerstelijnszorg bieden tegen tweedelijnsstarieven en bezuinigingen in het basispakket hadden tot gevolg dat goedkope eerstelijnspsychologen veel minder toegankelijk werden. De keuzevrijheid voor de patiënt werd verminderd. En juist deze keuzevrijheid is het speerpunt van de markteconomie (zie ook: Nieuwpoort, 2012 en Kamsma, 2012).

Vrijgevestigde psychotherapeuten

Wij geven nu inzicht in de praktijk van de vrijgevestigde psychotherapeut zodat u beter geïnformeerd raakt over de effecten van marktwerking op tweedelijns ambulante ggz.

Drs. Henk Kik, vrijgevestigd psychotherapeut en klinisch psycholoog

“Ik ben sinds 2002 zelfstandig gevestigd. Tot 2008 werkte ik met een AWBZ-contract. Vanaf 01 januari 2007 werden per persoon 25 gesprekken vergoed. Als er sprake was van een persoonlijkheidsstoornis werden 50 gesprekken vergoed. Met een tarief van €77,- per gesprek kostte een behandeling nooit meer dan €3.800,- Iedere indicatiestelling en een eventuele verlenging van 25 naar 50 gesprekken werd zorgvuldig getoetst door een onafhankelijke commissie van senior vakgenoten. Per 01 januari 2008 werd psychotherapie bekostigd met de DBC-systematiek. Er is sinds dien geen limiet meer op het aantal te voeren gesprekken. In plaats van €77,- kan het tarief van een gesprek nu variëren van €60,- tot €192,- per gesprek (uitgaande van het tarief van ‘Angststoornissen’, €1070,- voor 250 – 799 minuten). Indicatiestelling wordt nog steeds getoetst, maar is geen voorwaarde meer om te kunnen starten met een behandeling”.

Wat de DBC's betekenen voor de praktijk van de psychotherapeut wordt helder beschreven door Arno Goudsmit (2012). Toen bleek dat het de zorgkosten explosief stegen.

En ja, wij kunnen het niet genoeg herhalen: het systeem heeft gezorgd voor een toename in de kosten. Er moesten maatregelen komen, helaas niet gericht op het betalingssysteem, maar op het verkleinen van het zorgaanbod.

– Het aantal DSM-IV-classificaties dat nog in aanmerking kwam voor vergoeding werd drastisch ingeperkt. Het CVZ gebruikte DSM-classificaties voor bezuinigingsdoeleinden.

– Zorgverzekeraars voerden budgets in waarin zij beslist niet transparant zijn. Zo heb ik van CZ voor 2013 een budget gekregen van €35.000,- en mijn collega in dezelfde praktijk moet het met €10.000,- doen. Een inhoudelijke motivatie ontbreekt.

– Zorgverzekeraars willen 'onderhandelen' over de prijs. Voor CZ betekende dit dat zij het afsluiten van een contract afhankelijk maakten van een met hen afgesproken 'korting'. "Bent u bereid om met CZ een korting af te spreken voor de in uw praktijk geleverde zorg? Het afspreken van een aanvullende korting met CZ, levert u een voordeel op in de weging bij de contractering: des te hoger de overeengekomen korting, des te zwaarder u meetelt in de weging". Diezelfde CZ hecht zoveel waarde aan kwaliteit dat Routine Outcome Monitoring niet verplicht is om bij hen een contract voor tweedelijns psychotherapie af te sluiten."

Sinds enkele weken moeten psychotherapeuten zich ook zorgen gaan maken of zij vanaf volgend jaar nog wel "complexe problematiek" mogen behandelen. [\(hier\)](#) Zorgverzekeraars Nederland (ZN) heeft net als minister Schippers op 18 juni 2012 het [Bestuurlijk akkoord toekomst GGZ 2013-2014](#) ondertekend. Handtekeningen zijn blijkbaar zo weinig waard dat ZN zich 10 maanden later schaaft achter het karikaturale beeld dat de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) schetst van de psychotherapeut. De Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) heeft eind maart een voorstel gedaan waarin zij "complexe zorg" herdefinieert en waarin ook staat dat psychotherapeuten vanaf 2014 geen hoofdbehandelaar mogen zijn in de Gespecialiseerde GGZ. Zij zouden alleen nog kortdurende "laagcomplexe zorg" mogen leveren in de zogeheten generalistische zorg. Om "complexe zorg" te mogen leveren moeten ggz-aanbieders multidisciplinair werken en 24/7-diensten kunnen aanbieden. Dat komt erop neer dat alleen instellingen nog complexe zorg kunnen aanbieden.

De [NVVP](#) heeft hier fel op gereageerd en ook zijn er inmiddels [kamervragen](#) over gesteld en door Minister Schippers opmerkelijk snel beantwoord. Er zal sprake zijn van een enorm financieel maar ook

mentaal kapitaalverlies als de vrijgevestigde psychotherapeut geen complexe zorg meer mag leveren. Dit zou een breuk zijn met een lange traditie van kwalitatief hoogstaande psychotherapie, waarvan de kwaliteit mede geborgd wordt door de [Nederlandse Vereniging voor Psychotherapie](#).

-

-

Levendige handel in DBC's

Vanaf de invoering van de de DBC-systematiek bieden franchiseorganisaties vrijgevestigden de mogelijkheid om via een verlengde armconstructie te werken voor instellingstarieven. Voorbeelden hiervan zijn: Mentaal Beter, 1Np, Europsyche. Inmiddels is bekend dat 1NP overgenomen wordt door Parnassia na financiële problemen. Het faillissement van Europsyche in juni 2012 leidde tot miljoenenverlies bij de verzekeraars. Behandelingen van niet-geregistreerde hulpverleners werden onterecht vergoed uit het basispakket. Onlangs heeft de Volkskrant aangetoond dat het heel eenvoudig is om een GGZ-kliniek te starten inclusief “stempelpsychiaters” en software om maximale winst te halen uit de DBC's. ([verslavingskliniek](#))

Tot nu toe heeft de overheid zich altijd defensief opgesteld als het GGZ-veld wees op de perverse prikkels die het DBC-systeem bevat. Dit financieringssysteem heeft de kosten van tweedelijns geestelijke gezondheidszorg enorm opgedreven. Een wel heel slechte oplossing zou zijn, om de vrijgevestigde psychotherapeut dan maar over te hevelen naar de generalistische GGZ, waardoor “dure” DBC's door hen niet meer gedeclareerd kunnen worden.

Zorgverzekeraars

De overheid bepaalt met het College Voor Zorgverzekeringen (CVZ) welke problematiek en welke behandelmethodes worden vergoed uit het basispakket. Vanaf 2014 mogen de zorgverzekeraars bepalen tegen welke prijs dit moet gebeuren en welke zorgverleners door hen gecontracteerd worden. Zorgverzekeraars opereren daarbij vanuit een macroperspectief en hebben i.v.m. de inkooponderhandelingen voorkeur voor samenwerking met grote instellingen. Zo werkt Achmea samen met o.a. GGZ-instelling Parnassia in de Stichting [Mirro](#). De verwachting is dat de onderhandelingspositie van een kleinschalig georganiseerde praktijk flink wordt verzwakt. Omdat er plannen zijn om de restitutiepolis af te schaffen is de kans dat vrijgevestigden en zorgverzekeraars tot een goede overeenkomst komen nog een stuk kleiner geworden. Mogelijk gevolg hiervan is dat psychologische hulp en psychotherapie in de toekomst alleen maar mogelijk blijft voor mensen uit hogere inkomensgroepen. M.n. de eerstelijnspraktijken in de wijk die generalistisch werken voor een breed deel van de bevolking krijgen de klappen. Volgens sommigen zullen dit soort praktijken verdwijnen!

Overheid

Het huidige beleid is niet gericht op doelmatigheid en doeltreffendheid maar op controle en beheersing. Behandelingen dienen op basis van richtlijnen plaats

te vinden, afwijkingen daarvan moeten beargumenteerd worden. En dit alles onder het motto “kwaliteitsverbetering”. Cynisch is wel dat alle vrijgevestigde psychotherapeuten sinds twee jaar verplicht zijn om te doen aan Routine Outcome Monitoring (ROM). Gegevens die verkregen worden uit een voor- en nameting bij iedere patiënt dienen aangeleverd te worden bij Stichting Benchmark GGZ. Echter: aanlevering van deze kwaliteitsgegevens bij Stichting Benchmark GGZ door vrijgevestigden is feitelijk nog steeds niet mogelijk! [\(SBG\)](#) Maar wel verandert VWS nu al haar beleid om tot betere kwaliteit te komen, terwijl de huidige kwaliteit nog niet meetbaar is! Snapt u het nog?

De overheid heeft net als de zorgverzekeraars een voorkeur voor samenwerking met grote instellingen. Zij werden in de voorbereidingen van het Bestuurlijk Akkoord veel sneller betrokken bij de gesprekken over de reorganisatie van de eertelijnsgezondheidszorg en de uitwerking van het bestuurlijk akkoord (HHM-rapport) sluit veel meer aan bij die van de voorwaarts geïntegreerde zorg dan die van de vrijgevestigde praktijken van eerstelijnspsychologen en psychotherapeuten. Bovendien staat de overheid toe dat deze instellingen ethische grenzen oprekken. Zij mogen reclame maken. Renske Leijten, tweede-kamerlid van de SP stelde hier [kamervragen](#) over.

Wij willen er ook op wijzen dat er bij GGZ-instellingen een perverse prikkel is om de klachten van aangemelde cliënten als stoornis te betitelen en daarbij oneigenlijk gebruik te maken van het declareren van DBC's. Het promotieonderzoek van Fleur Hasaart is hier duidelijk over: [DBC's leiden tot upcoding en overproductie](#).

Mede ten gevolge daarvan wil Minister Schippers in navolging van het CVZ een zwart/wit onderscheid maken tussen klachten en stoornissen, waarbij alleen stoornissen nog in aanmerking komen voor verzekerde zorg. De werkelijkheid is dat dat onderscheid vaak moeilijk te maken is [\(hier\)](#). Lees ook de vernietigende reacties van alle beroepsverenigingen op de notitie van het College van Zorgverzekeringen ([Alan Ralston](#)) en het prima artikel van [Malou van Hintum](#).

Overzicht van economische motieven tast logischerwijs beschikbaarheid en kwaliteit van zorg aan. Het RIVM constateerde dat de toename van het aantal GGZ-aanbieders werd gestimuleerd door de invoering van marktwerking:

“Het aanbod van GGZ-zorg is volop in ontwikkeling sinds de invoering van de (gereguleerde) marktwerking. De liberalisering maakte het mogelijk voor nieuwe niet-gebudgetteerde aanbieders om zich te vestigen in de markt. Dit heeft echter niet geleid tot een afname van de uitgaven van gebudgetteerde instellingen waaruit blijkt dat de substitutie van zorg niet plaatsvond. Het aantal gebudgetteerde instellingen is constant gebleven over de jaren en uitbreidingen in aanbod vonden ook hier plaats. Gebudgetteerde instellingen hebben zich

ontwikkeld tot dynamische aanbieders van zorg, inspeland op maatschappelijke behoeften. Instellingen die voorheen alleen tweedelijnszorg aanboden, kregen door de ingevoerde marktwerking de mogelijkheid om tevens eerstelijnsbehandelingen te verstrekken.” (RIVM, 2013)

E-mental health

Het Ministerie van VWS en de zorgverzekeraars stimuleren e-mental health als alternatief voor face- to-face contacten met hulpverleners. Wij sluiten zeker niet uit dat e-mental health een bijdrage kan leveren aan de geestelijke gezondheidszorg. Veel vrijgevestigde praktijken hebben voorlichtingsmateriaal staan op hun sites en onderzoeken de mogelijkheid van een combinatie van face-to-face en contact en contact via sociale media maar de verwachtingen dat deze vorm van hulp een psycholoog kan vervangen zijn ridicuul. Patiënten willen contact en compassie, een werkrelatie. Onderzoeken die worden gedaan naar de effecten van e-mental health zijn weinig inzichtgevend. Bij veel onderzoek is er sprake van een enkelvoudige klacht en de deelnemers zijn vaak opgeroepen via een advertentie. De onderzoeksresultaten zijn niet te generaliseren naar een huisartsenpopulatie. Inmiddels is veelvuldig aangetoond dat e-health wel een aanvulling kan bieden op een reguliere ggz-behandeling. Echter het zorgvuldige proces van intake, indicatiestelling en behandeling, ingebed in een professionele werkrelatie zijn niet te vervangen door digitaal reductionistisch gereedschap. Daarnaast wordt onvoldoende belicht dat psychologische en psychotherapeutische hulp iets anders is dan psycho-educatie. En het is met name het domein van psycho-educatie waarin e-health toepassingen effectief kunnen zijn (O’Donohue & Draper, 2010).

Hoe dan wel?

Vrijgevestigde psychotherapeuten en psychologen zijn zich al lang bewust van de kosten van de gezondheidszorg en hun aandeel daarin. Wat zij niet begrijpen is, dat onderzoeken die de kosteneffectiviteit van psychotherapie en psychologische hulp benadrukken systematisch genegeerd lijken te worden door beleidsmakers.

Sinds de jaren 80 wordt er met regelmaat gepubliceerd over de vermindering van medische consumptie na interventies van een psycholoog of psychotherapeut.

Daarnaast is er steeds gewezen op de negatieve effecten van medicalisering. Medicalisering van psychische problematiek heeft geleid tot enorme toename van gebruik van antidepressiva. Deze medicalisering kost miljoenen.

Volgens de Landelijke Vereniging van Eerstelijnspsychologen (LVE) kan 30 % van de GGZ-cliënten worden behandeld in de eerste lijn tegen 3% van de kosten en uit hun berekeningen blijkt dat een vrijgevestigde psycholoog goedkoper is dan een POH-GGZ omdat er veel minder kosten worden gemaakt voor overhead..

Volgens Het CBS neemt arbeidsongeschiktheid tgv psychische aandoeningen toe ([CBS](#)). Iedere week dat iemand langer afhankelijk is van een uitkering kost enorm veel geld! Bij 1 op de 3 arbeidsongeschikten spelen psychische klachten een rol. (Trimbosinstituut, 2013)

Gezondheidsconoom Marc Pomp: GGZ in basispakket leidt tot lagere zorgpremies en is goed voor de economie! ([hier](#)) Pomp (2013) noemt een Zwitsers onderzoek naar de kosteneffectiviteit van psychotherapie bij depressie. Zijn conclusie: “Opmerkelijk is dat combinatietherapie met psychotherapie resulteerde in lagere kosten elders in de zorg, met name minder ziekenhuisopnames. Dit effect was zo groot dat de extra kosten van psychotherapie ruimschoots werden terugverdiend. Per saldo resulteerde psychotherapie in een besparing op de zorguitgaven van bijna 500 dollar. Daarnaast was er een nog groter effect in de vorm van minder arbeidsverzuim. Durnand et al. (2002) waarden dit effect op ruim 1800 dollar. Zoals al is opgemerkt betreft dit de baten gemeten over een periode van 10 weken”. Toch wordt gezondheidszorg vooral gezien als kostenpost en als [schadelast](#). Mogelijk is een reden dat de opbrengsten van de GGZ vooral indirect meetbaar zijn. Hoogleraar Psychiatrie aan het VUmc Aartjan Beekman zegt hierover: “De opbrengsten van ons werk zijn veelal indirect in de zin dat het effect heeft op de kwaliteit van leven van onze patiënten, hun economische productiviteit, of hun vermogen om goed te functioneren als partner of ouder” (Beekman, 2013;p. 98).

Waarom niet extra investeren in capaciteit van vrijgevestigde psychologen en psychotherapeuten in de generalistische en specialistische GGZ onder striktere samenwerkingsvoorwaarden met huisartsenzorg? Want de huisarts is poortwachter van de GGZ. Deze noodzakelijke professionele en kosten bewakende functie van de huisarts dreigt verloren te gaan als de GGZ verder vermarkt en vercommercialiseerd wordt. In een recent artikel in <http://mena.nl/artikel/18547/investeerdere-lonken-naar-de-ggz-markt> stellen de auteurs, allen werkzaam in consulting en corporate finance: “Mensen met minder zware en complexe klachten kunnen voor een groot deel volgens gestandaardiseerde methoden worden behandeld. Dat is de markt waar private partijen zich in zullen begeven. Zij zullen als het ware de rol van poortwachter kunnen gaan vervullen.” De private financier die de rol van poortwachter overneemt? Is dat de toekomst van de GGZ? Wat zijn de sterke punten van Psychotherapeuten en eerstelijns psychologie praktijken?

- Sterk persoonlijk contact, bekend in de wijk/buurt
 - korte wachttijden omdat minder tijd verloren gaat aan zogenaamde indirecte tijd
 - vrijgevestigde eertsljnspsychologen, psychiaters en psychotherapeuten kennen elkaar in een bepaalde regio, waardoor passende verwijzing naar elkaar, afhankelijk van de zorgzwaarte adequaat en snel verloopt
 - alle vrijgevestigde psychotherapeuten en gezondheidszorgpsychologen die lid zijn van de [NVVP](#) participeren in een indicatiestellingsgroep en doen aan permanente toetsing van de bedrijfsprocessen door verplichte visitatie waarbij ook drie externe partijen de praktijk beoordelen
 - Alle eerstelijnspsychologen die lid zijn van de LVE en gekwalificeerd bij het NIP, houden codeboeken bij, doen aan ROM, participeren in intervisiegroepen en volgen nascholing
 - relatief goedkoop vanwege lage overhead (kosten onroerend goed en personeel)
 - vrijgevestigde psychotherapeuten zijn verplicht hun behandelingen te begeleiden met Routine Outcome Monitoring (ROM) en deze gegevens aan te leveren bij Stichting Benchmark GGZ
 - permanente controle op de kwaliteit van hulpverlening door verplicht deelnemen aan intervisie
 - Om 24-uurs bereikbaarheid te garanderen werd altijd al intensief samengewerkt met vrijgevestigde psychiaters en GGZ instellingen.
- Zwakke punten van de vrijgevestigde praktijken:
- Er is vaak geen organisatie met een duidelijk gezicht naar buiten
 - Er is vaak geen rechtspersoon die namens de groep kan onderhandelen met financiers en overheden.

Om de slag met de grote gevestigde organisaties niet te verliezen is het van groot belang dat vrijgevestigde psychologen, psychiaters en psychotherapeuten hun krachten gaan bundelen, landelijk en regionaal. Het is verheugend dat Nederlands Instituut van Psychologen ([NIP](#)) de NVVP en LVE zich al verenigd hebben in een Driepartijenoverleg ([3PO](#)).

De LVE biedt steun aan een landelijke inkoopcoöperatie van eerstelijnspsychologen en ook op regionaal nivo komen er steeds meer coöperaties zoals bijvoorbeeld in ZO Brabant, Gelderland en Kennemerland www.psyzorghk.nl

Binnen een dergelijke organisatie zijn er meer mogelijkheden van: (test)diagnostiek, indicatiestelling en begeleiding van cliënten met zwaardere problematiek (samen met de psychiater), (nog) meer samenwerken met andere disciplines met name huisartsen, en efficiënter gebruik maken van psycho-educatie (e-mental health). Want in samenwerken zit de toekomst en dat bereiken we niet als de eerstelijnspsycholoog, de POH-GGZ en de psychotherapeut met elkaar moeten 'concurreren' binnen het domein van een generalistische basis-ggz.

Tot slot

Vrijgevestigde eerstelijnspsychologen en psychotherapeuten hebben de afgelopen decennia het fundament gelegd voor een groot deel van de Basis-, Generalistische en Specialistische GGZ.

Zij bieden een gevarieerd aanbod aan hulp waar huisartsen en patiënten zeer tevreden over zijn. Het beperken of negeren van hun inbreng betekent een enorm verlies van mentaal kapitaal. Daarnaast ontstaat het risico van een steeds meer gestandaardiseerde protocollaire benadering van menselijk lijden.

Een pleidooi om het huidige systeem heel te houden vinden we ook terug in het interview dat Malou van Hintum hield met Pauline Meurs, hoogleraar Bestuur van de Gezondheidszorg. Meurs: *'Er moet niet worden ingegrepen in het systeem, maar er is een discussie nodig over de vraag wat goede zorg is. Welke interventies zijn effectief? Daarnaast kun je kijken welke zorg de eerste lijn kan leveren (...) zoveel mogelijk zorg in de eerste lijn stapelen maakt de zorg niet goedkoper; de juiste zorg op de juiste plek geven wel. Daarnaast kun je het aantal keren beperken dat iemand therapie vergoed krijgt, maar ook deze maatregel kun je niet generiek doorvoeren. Het hangt af van de diagnose en de aard van de interventie'* (Hintum, M. van, 2013; p. 104-105).

Wij hopen dat het niet 'normaal' wordt om over lijdensdruk en zorgbehoefte van mensen te beslissen op basis van een economische kosten- baten analyse door een Minister, zorgverzekeraars en grote uit fusies geboren GGZ-instellingen. Terug naar de menselijke maat, gebruik makend van een tot nu toe uitstekend functionerende vrijgevestigde eerste en tweede lijn.

Haarlem/Houten, 5 mei 2013

Drs. Frits Bosch, gezondheidszorg psycholoog

Drs. Henk Kik, klinisch psycholoog en psychotherapeut

Literatuur

Beekman, A. T. F. (2013). We doen het al.... Discussie over de kosten in de GGZ. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid*, 68, 3, 98-101.

Bosch, F. & Nieuwpoort, D. (2003) : [Standpuntbepaling](#) van de Landelijke Vereniging van Eerstelijnspsychologen (LVE) inzake de inschakeling van ggz-verpleegkundigen/sociaal-psychiatrisch verpleegkundigen in de eerstelijns gezondheidszorg.

Derksen, J.J.L. (1987). *De samenwerking tussen psycholoog en huisarts*. Lisse: Swets & Zeitlinger.

Goudsmit, A. (2012). *Psychotherapie in tijden van administratie*. Amsterdam: uitgeverij SWP

Hintum, M. van (2013). Een toegankelijke ggz mag wat kosten. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid*, 68, 3, 102-106.

Kamsma, J.P.A. (2012). GGZ-instellingen spelen landjepik in eerste lijn. *Maandblad Psy*.

Lamers, E., Bosch, F., Hinderink, L. & C. Verschuren (red.) (2006) *Handboek Psychologie in de Eerste Lijn*. Amsterdam: Harcourt Book Publishers.

Nieuwpoort, D. (2012). Gelijke monniken, gelijke kappen in Basis GGZ. *Maandblad Psy*.

O'Donohue, W. T. & C. Draper (2010). *Stepped-care and e-Health. Practical Applications tot behavioral disorders*. New York: Springer

RIVM (23-04-2014) Notitie "Kostenontwikkeling GGZ".

<http://psychiatrie-nederland.nl/word/minister-schippers-patientenwerving-ggz-indigo-binnen-de-regels/>

<http://www.trimbos.nl/nieuws/trimbos-nieuws/aandacht-voor-psychische-gezondheid-werknemers-loont>

<http://www.nvgzp.nl/home/90-ggz-uit-basispakket-leidt-tot-hogere-zorgkosten>

Share this: