

Opiniërend artikel voor Medisch Contact

VISSEN IN TROEBEL WATER

Een reactie op het artikel: 'Op de stoel van de dokter: psychologen in de eerste lijn', van Henk Maassen (Medisch Contact, 2004, nr. 40).

In bovengenoemd artikel beschrijft Henk Maassen, hoe het voormalige RIAGG voornamelijk Vlaamse psychologen inzet om kortdurende laagdrempelige hulp te verlenen en de doorverwijzing naar zichzelf te regelen. Volgens Paul Rijnders, (ex eerstelijns)psycholoog en directeur van RGC Zeeuws Vlaanderen, is dat een goede zaak. Intussen betaalt het RGC de huur van de praktijkruimte en draagt het ook bij aan de kosten van de praktijkvoering. Toch blijkt uit onderzoek dat het verplaatsen van de behandeling naar de eerste lijn de druk op de tweede lijn niet vermindert. Integendeel, in absolute getallen blijft het aantal patiënten nog steeds stijgen. Alhoewel prof. dr. Hutschemaekers vindt dat veel GGZ-problematiek in de eerste lijn thuishoort, twijfelt hij echter aan het nut van psychologen in de eerste lijn: "Ik weet niet of huisartsen die psychologen zo hard nodig hebben". Huisarts Vincent Voorbrood noemt het project echter een schot in de roos: "We zien nu pas welke gaten wij als huisartsen al die jaren lieten vallen. Het mooie is ook dat wij kleinschalig werken en dat er veel informeel overleg met de psychologen mogelijk is. Zo leren wij ieder dag van elkaar"

De geschiedenis herhaalt zich en klaarblijkelijk leren we er niets van. De heer Maassen heeft het in feite over het detacheringsmodel, dat reeds in 1985 door van der Made is beschreven in Medisch Contact (MC, 1985, nr 22). Met het opnieuw van stal halen van dit model en de weinig coöperatieve werkwijze aldaar, beoogt het RCG, alle (magere) inhoudelijke argumenten ten spijt, in feite twee doelen: grip op de (potentiële) cliëntenstroom en geld. Wij vinden dat geen goede zaak zouden het dan ook graag anders zien.

De opkomst van psychologische hulp in de eerste lijn en eerstelijnspsychologen

Steeds meer huisartsen en cliënten hadden in de jaren '70 van de vorige eeuw behoefte aan kleinschalig georganiseerde, laagdrempelige psychologische hulp, dicht bij de woonomgeving van de cliënt. Al ras ontstaan de eerste vormen van samenwerking tussen huisartsen en psychologen die met de voeten in de klei willen werken. In de jaren '80 kreeg de psycholoog in de eerste lijn veel publiciteit en aandacht van media, beleidsmakers en het ministerie van VWS. Er verschenen vele artikelen over de psycholoog in de eerste lijn in de (vak)pers, waaronder ook een aantal artikelen in Medisch Contact (*bijvoorbeeld 1985: 22, 31 en 40*). Een goed overzicht van de stand van zaken in die periode kan o.a. gevonden worden in het boek 'De samenwerking tussen psycholoog en huisarts' van dr. J.J.L. Derksen (1987).

De reactie van de gevestigde orde was kenmerkend. De RIAGG's met in hun kielzog een aantal onderzoekers en hoogleraren hebben destijds de erkenning van (vrijgevestigde) eerstelijnspsychologen op allerlei manieren tegengewerkt. Een flagrant voorbeeld is de erkenning van de heer Festen, ex- secretaris van de RIAGG-koepel (de NVAGG), in een radio-interview voor de VARA (hoor www.fritsbosch.nl, radiointerviews), waarin hij bekend tegen psychologen in de eerste lijn te zijn geweest, omdat geld voor de eerstelijnspsychologen minder geld voor de RIAGG's zou betekenen.

Desondanks onderschreven steeds meer zorgverzekeraars de noodzaak tot het (kunnen) verlenen van de hulp die (vrijgevestigde) eerstelijnspsychologen gaven en zij namen deze vorm van hulpverlening op in hun aanvullende verzekeringen, het zogenaamde derde compartiment. Tegen de stroom in verspreide het zich als een olievlek over geheel Nederland. Enkele gebieden bleven echter enigszins achter, waaronder destijds de provincie Zeeland. Inmiddels is de capaciteit ook daar gegroeid.

De huidige situatie en aanbod

Momenteel vergoeden de meeste zorgverzekeraars geheel of gedeeltelijk eerstelijns psychologische hulp vanuit het zogenaamde derde compartiment. Er werkt naar schatting een kleine anderhalf duizend (m.n. vrijgevestigde) psychologen in de eerste lijn, die voor het overgrote deel zijn georganiseerd in de Landelijke Vereniging van Eerstelijnspsychologen (zie www.lve.nl). Regionaal zijn de eerstelijnspsychologen georganiseerd in Regionale Organen

Eerstelijnspsychologen (ROEP's). De leden hebben hun organisatie op eigen kracht en met eigen middelen opgebouwd. Samen vormen zij een bijna landelijk dekkend netwerk. De LVE heeft uitgebreide programma's voor kwaliteitsbeleid en deskundigheidsbevordering. Ook het ministerie van VWS ziet het nut en de waarde er van in en financiert verschillende onderzoeken (HHM, Bartels, Trimbosinstituut en het NIVEL). Uit deze onderzoeken blijkt dat de eerstelijnspsychologen op veel vlakken voldoen aan de verwachtingen, maar dat de financiering een grote storende factor vormt. Zo toont onderzoek o.a. aan dat bij voldoende aanbod aan eerstelijnspsychologen een verschuiving plaatsvindt van behandelingen van tweede naar eerste lijn, dat er vervolgens 10% minder verwijzingen naar de tweede lijn zijn waar te nemen en dat de financieringswijze van de hulp een belangrijke 'boosdoener' is bij het verwijzingsgedrag van huisartsen e.a.

En wat kenmerkt het aanbod van eerstelijnspsychologen? Waarop zijn ze aan te spreken? De hulp kenmerkt zich door:

- het centraal stellen van het individu, deze is als cliënt maatgever van de zorgvraag;
- een geringe wachttijd tussen aanmelding en behandeling;
- kortdurende, generalistische psychologische hulp bij lichte tot matig ernstige klachten;
- een voor de cliënt transparante en laagdrempelige werkwijze en een bejegening die wordt gekenmerkt door zorgzaamheid;
- een behandelaanpak die gericht is op preventie en een sterk beroep doet op de gezonde kant van de cliënt en deze activeert, om zodoende zwaardere hulp te voorkomen;
- een nauwe samenwerking met de huisarts;
- een consultatiefunctie naar de huisarts en het (algemeen) maatschappelijk werk.

De huidige samenwerking binnen eerste lijn en met tweedelijns GGZ

Sinds 2000 hebben de landelijke organisaties van huisartsen (LHV), het algemeen maatschappelijk werk (MO-groep) en eerstelijnspsychologen (LVE) een landelijk samenwerkingsconvenant. Zij nemen deel aan Diabolo-projecten en projecten als Korte lijnen. Deze projecten worden gefinancierd door het ministerie van VWS. In steeds meer regio's worden convenanten afgesloten tussen de drie kerndisciplines en de tweedelijns GGZ om de samenwerking te reguleren en verder vorm te geven. Uitgangspunten vormen de wederzijdse erkenning van elkaars expertise/profiel en positie in het werkveld van de GGZ. Als dat serieus wordt genomen vaart de potentiële cliënt er wel bij.

Opname in het ziekenfonds/de basisverzekering

Op 13 maart 2002 heeft het Tweede Kamerlid Buijs (CDA) een motie ingediend om de hulp van eerstelijnspsychologen op te nemen in het basispakket van het ziekenfonds. Deze motie werd 'kamerbreed' aangenomen. Het zal dan ook naar alle waarschijnlijkheid in 2006 gebeuren, met de invoering van de basisverzekering. Als gevolg van het voorgaande kreeg het College van zorgverzekeraars (CvZ) de opdracht een zogenaamde uitvoeringstoets te doen (2003). Het CvZ zag geen bezwaar, maar vindt het van groot belang dat er een duidelijk functioneel onderscheid gemaakt wordt tussen de eerste en tweedelijnszorg. In het verstrekkingenbesluit moet dan ook opgenomen, dat eerstelijns psychologische hulp *uitdrukkelijk niet* vanuit een gespecialiseerde instelling voor GGZ (de tweede lijn) geleverd mag worden. Het vertroebelen van het water was reeds geconstateerd en de vissers gesignaleerd! Op het congres 'Versterking van de eerste lijn' (huisartsen, algemeen maatschappelijk werkers en eerstelijnspsychologen) van 5 oktober jl. te Eindhoven, betoogt de heer van Londen (jawel, dezelfde als eertijds) dat de maatregelen van de overheid ter versterking van de eerste lijn geen vrijbrief zijn voor de tweede lijn om zich massaal op de eerste lijn te storten.

Los van dit alles is echter duidelijk dat de opname van de (vrijgevestigde) eerstelijnspsycholoog in de basisverzekering zal leiden tot:

- het vergroten van de toegankelijkheid van een op de patiënt toegesneden hulp daar waar gewenst en noodzakelijk;
- een snelle bereikbaarheid, korte(re) interventies en generalistische hulp waar nodig;
- het voorkomen en verminderen van psychische arbeidsongeschiktheid;
- een doelmatige en kwalitatief verantwoorde vraagsturing;
- het ontlasten van zowel de algemene gezondheidszorg als de tweedelijns GGZ;
- het besparen op de kosten van patiëntenstromen in de GGZ;

- continuïteit en organisatorisch verankerd, toetsbaar kwaliteitsbeleid in de eerste lijn;
- korte lijnen in de communicatie en samenwerking binnen de eerste lijn;
- een heldere functionele afbakening tussen de eerste en tweede lijn, inclusief de poortwachtersfunctie;
- een tweede lijn, die zich kan richten op de toegewezen en geëigende taken;
- en een ontpsychiatrisering van de totale GGZ.

De belangstelling van de tweede voor de eerste lijn

In de tussentijd stort een deel van de tweede lijn zich met allerlei (incidentele) middelen - die eigenlijk ergens anders voor bedoeld waren - en via allerlei afspraken met zorgkantoren op diezelfde eerste lijn. Hulp die vrijgevestigde eerstelijnspsychologen niet mogen en kunnen bieden, omwille van de regelgeving en financiering, wordt verhuisd gegeven met middelen uit de AWBZ.

Opvallend kort na 2002 voltrekt zich dit proces! De achtergrond wordt naar onze mening gevormd door tal van factoren: reorganisaties en krimp in de tweedelijns GGZ doet zoeken naar externe doelstellingen, het beschikbaar komen van extra incidentele projectgelden, de open eindfinanciering en de door welhaast iedereen oncontroleerbare AWBZ, bevordert deze beweging. Een bijkomende doelstelling is wellicht dat men hoopt het slechte imago van het RIAGG weg te werken (zie o.a.: 'Niet storen: Een kritische beschouwing over de RIAGG in woord en beeld', door M. Roelofs, 1997).

Van ongezonde belangstelling tot gezonde samenwerking

Dat het bieden van eerstelijns psychologische hulp belangrijk is, moge duidelijk zijn. Ook is het duidelijk dat Jan en alleman zich op die 'markt' storten. Of men er nu specifiek voor is opgeleid of niet. Er is veel vraag naar en er heerst een soort van 'beleidsvacuüm'. Dat neemt geenszins weg dat de tweede lijn GGZ door dit soort verhullende manoeuvres - behoudens ook door ons gewaardeerde inhoudelijke redenen - vooral grip op de (potentiële) cliëntenstroom ook grip op de geldstroom wenst te krijgen. Zij bieden aan artsen tweedelijns hulpverleners als onafhankelijke 'transmurale' eerstelijner gratis aan. Naar de cliënten presenteren deze zich ook als zodanig. Het lijkt er nu op dat menig positieve ontwikkeling wordt gekeerd. Terug naar af. Tevens is ons opgevallen dat doorverwijzing naar eerstelijnspsychologen of andere partijen niet of met mate plaatsvindt. Redenen? Ze zijn en/of worden niet opgenomen in verwijzingsprotocollen, de geplaatste psycholoog werkt als vooruitgeschoven post, zelfzuchtige ambities en vaardigheden van de psycholoog zelf, de onvindbaarheid van de elp-er (ook waar) en het koesteren van onwennige samenwerkingsrelaties. Het resultaat is evenwel dat de hulp op de keper beschouwt *duurder* wordt, dat er gemeenschapsgelden *ondoelmatig* worden gebruikt en dat er oneigenlijk gebruik wordt gemaakt van de AWBZ. Tevens is de hulp *op zijn minst ook niet doeltreffend*, omdat hun eigen problemen hiermee niet worden opgelost, denk bijvoorbeeld aan de (interne) wachtlijsten achter de voordeur. Kortom, de kwantitatieve en kwalitatieve problemen in de totale GGZ worden bestendig en niet verantwoord opgelost en op termijn zullen deze in wezen kostbare initiatieven van de tweedelijns GGZ zich gaan wreken. Dit kon en kan toch nimmer de bedoeling zijn geweest van de maatregelen ter versterking van de eerste lijn?

Bovengenoemde argumenten maken ons inziens duidelijk waarom wij het een slecht idee vinden dat eerstelijns psychologische hulp vanuit tweedelijns GGZ- instellingen plaatsvindt en op deze manier. De regionale organisatie van de tweedelijns-GGZ is voor de populatie die de eerstelijnspsychologen momenteel behandelt te groot, te bureaucratisch en meer afgestemd op behandeling van complexe en specifieke problematiek.

De (vrijgevestigde) eerstelijnspsychologen zijn bovendien goedkoper, niet stigmatiserend, voorkomen onnodige medicalisering en beschikken over een in de afgelopen 25 opgebouwde kennis en ervaring in de eerste lijn die wordt erkend.

In plaats van af te geven op vrijgevestigde (eerstelijns)psychologen, zoals Paul Rijnders doet, is volgens ons een investering in een goede samenwerking tussen de tweedelijns GGZ en de vrijgevestigde eerstelijnspsychologen veel vruchtbaarder, doelmatiger en doeltreffender. Als we elkaar daarbij helpen komen we vooruit. Alsdan kunnen de (potentiële) cliënten beschikken over de juiste hulp, door de juiste persoon op de juiste plek en tegen overzichtelijke kosten.

De verhullende handelwijze van een deel van de GGZ-organisaties en daaraan gelieerde personen werkt zeer vertroebelend. Om er dan zelf ook nog eens in te gaan vissen is op zijn minst dubieus.

Frits Bosch, eerstelijnspsycholoog te Haarlem
Dick Nieuwpoort, directeur LVE

Literatuur

- internet MC
- www.fritsbosch.nl: archief en radiointerviews

Literatuur jaren 80

- van der Made ,Smits en Hosman MC,1985, nr 22
- A.F. van Eijk en RM Koppen MC, 1985, nr 31
- Prof.dr. van Es MC, 1995, nr 22
- Rijzende ster in de eerste lijn de Thouars en Bosch MC, 1985, nr 40
- De samenwerking tussen huisarts en psycholoog, dr. J.J.L. Derksen (1987)

Actuele literatuur

- LVE/HHM/ministerie van VWS, verslag onderzoek/project "Verruiming financiële toegankelijkheid eerstelijnspsychologen" (2003)
- Onderzoeksbureau Bartels, Evaluaties kwaliteitsbeleid eerstelijns partijen (t/m 2004)
- Trimbosinstituut
- NIVEL, m.n. 'Eindevaluatie versterking eerstelijns' (2004)
- Uitvoeringstoets CvZ (2003)
- De eerstelijns GGZ in perspectief, visiedocument LHV, LVE en MO-groep (2000)
- De *juiste* hulp op de juiste plaats, (vervolg) visiedocument LHV, LVE en MO-groep (2004)
- Wie doet wat in de eerstelijns-GGZ, NIZW (2003)
- Niet storen: Een kritische beschouwing over de RIAGG in woord en beeld (M Roelofs 1997)