

CVZ

T.a.v. mw mr H. van Diggelen en mw mr M. Kroes  
Postbus 320  
1110 AH Diemen

Datum: 19 januari 2012  
Plaats: Utrecht  
Onderwerp: reactie NVVP op conceptrapport Geneeskundige GGZ

Geachte dames Van Diggelen en Kroes, beste Hanneke en Marlies,

De Nederlandse Vereniging van Vrijgevestigde Psychologen & Psychotherapeuten (NVVP) heeft het conceptrapport Geneeskundige GGZ met veel interesse gelezen. De adviesaanvraag van de minister om de Zvw, de GGZ, houdbaar te houden, is een zeer relevante vraag.

Een aantal voorstellen ondersteunt de NVVP van harte, bijvoorbeeld het terugbrengen van het aantal eerstelijnszittingen naar acht in plaats van vijf zoals het geval is voor 2012. Over een aantal andere voorstellen is de NVVP van mening dat deze desastreuze gevolgen heeft voor cliënten, zoals het voorstel om V-codes zonder as-1 te schrappen uit de Zvw. Onderstaand lichten wij onze standpunten toe.

#### **Wel of geen verzekerde geneeskundige GGZ?**

Op pagina 8 wordt genoemd dat psychische klachten op basis van de Zvw-criteria niet vallen onder de eerstelijnspsychologische zorg en de specialistische geneeskundige GGZ. De NVVP bestrijdt deze stellingname ten eerste. Psychische klachten zijn wel degelijk een ziekte, zoals dat ook geldt voor een gebroken been. Psychische klachten die serieus van aard zijn, kunnen het functioneren van de cliënt ernstig beïnvloeden waardoor diegene niet meer in staat is volwaardig te functioneren. Behandeling is dan noodzakelijk. Het is daarbij goed te bedenken dat geneeskundige GGZ niet alleen gericht is op behandeling, herstel of het voorkomen van een psychische stoornis/aandoening. Bepaalde cliëntgroepen zullen namelijk nooit uitbehandeld worden dan wel volledig herstellen. Behandeling is dan vooral gericht op het hanteerbaar maken van lijdensdruk.

De NVVP neemt een tendens waar van 'shoppen in de DSM'. Dit zien wij ook terug in het conceptrapport. Hiermee bedoelen wij dat diagnoses met een vermeende lage ziektelast zonder gedegen onderzoek uit de Zvw worden gehaald. Dit vinden wij een onverantwoorde wijze van beleidsvoering. Dit gebeurde recentelijk met de aanpassingsstoornissen die met ingang van 1 januari 2012 uit de Zvw zijn geschrapt en lijkt nu opnieuw te gebeuren met de V-codes zonder as-1. De NVVP vindt het schrappen van deze V-codes een ondoordacht en ongewenst voorstel. Binnen de GGZ is er

sprake van overlap van diagnoses, dit in tegenstelling tot de somatische zorg. Een diagnose blindedarmontsteking zal bijvoorbeeld niet correleren met een diagnose total knee. In de GGZ zie je een dergelijke overlap van diagnoses wel. Zo zal een angststoornis hoog correleren met een depressieve stoornis. Het simpelweg schrappen van een diagnosecode zal dan ook leiden tot een verschuiving van de diagnose. En let wel: hiermee wordt de werkelijkheid in de behandelkamer niet eens geweld aan gedaan! De NVVP verwacht dan ook dat met een dergelijk ingrijpen nauwelijks tot geen besparingen kunnen worden ingeboekt.

Een ander gevaar van dit voorstel is dat cliënten niet meer de zorg krijgen die zij nodig hebben. Daardoor zullen zij geen of amateuristische hulp in het alternatieve circuit zoeken en vervolgens geen volwaardige zorg ontvangen. Schrappen van de V-codes uit de Zvw zal dan zeer ontwrichtende gevolgen hebben.

### **Toestemming zorgverzekeraar bij psychotherapie > 1800 minuten**

De NVVP vindt het voorstel om kritisch te kijken naar DBC's > 1800 minuten een zinvolle suggestie. Echter, een machtiging door de zorgverzekeraar wijst de NVVP af. De zorgverzekeraar zou dan op de stoel van de zorgaanbieder plaatsnemen. Ook is dit voorstel vanwege de privacy van de cliënt ongewenst. De zorgaanbieder dient dan privacygevoelige informatie aan te dragen om de zorgverzekeraar te overtuigen van een machtiging. Een beter voorstel zou introductie van intercollegiale toetsing van de indicatiestelling zijn. Toetsing van de indicatie is binnen de NVVP al jaren een verplicht onderdeel van de praktijkvoering. Deze werkwijze stimuleert transparantie en kostenbewustzijn: er wordt getoetst of het zinvol is om de behandeling voort te zetten.

Wij ondersteunen de suggestie van het CVZ om een knip te leggen bij een bepaalde DBC-grens. Nader bekeken zou moeten worden of de grens van > 1800 minuten een geschikte grens is. Wellicht ligt een grens voor echt langdurende DBC's, denk aan > 3000 minuten, meer voor de hand. Op die manier werkt de intercollegiale toetsing van de indicatiestelling niet kostenopdrijvend en wordt een mechanisme ingevoerd om de echt langdurende DBC's te toetsen op zinvolheid en effectiviteit. De NVVP is van mening dat de knip zou moeten gelden voor alle langdurende DBC's, dus niet alleen voor DBC's-psychotherapie.

Op pagina 5 van het conceptrapport wordt verwezen naar 25 sessies psychotherapie in 2008. Vervolgens wordt een historisch overzicht gegeven dat een onjuiste weergave is van de werkelijkheid. De NVVP zou deze passage graag gerectificeerd zien. Het ging namelijk om een overgangsmaatregel die geaccepteerd is door toevoeging van een eenvoudige verlengingsaanvraag. De beroepsgroep zou immers overgaan naar DBC's. Vóór 2008 was er sprake van 90 sessies plus de mogelijkheid om na een jaar van geen psychotherapie opnieuw 90 sessies te krijgen. Onderzoek van Prof. Verheul heeft destijds aangetoond dat deze regeling door vrijgevestigde psychotherapeuten geenszins misbruikt is. Slechts bij een klein percentage werd de volle 90 gebruikt. De meeste psychotherapieën konden binnen 60 sessies afgerond worden.

### **Stepped care versus matched care**

Het CVZ pleit voor het uitgangspunt van stepped care voor goede gepaste GGZ. De NVVP ondersteunt de gedachte van het CVZ om een behandeling te starten vanuit een zo licht mogelijke interventie. Dit kan vanuit de eerste lijn maar ook vanuit de tweede lijn. Immers, grote groepen patiënten lijden aan complexe GGZ, dan is toepassen van matched care gewenst. De NVVP ontraadt een variant van stepped care met als uitgangspunt dat een behandeling dient te starten vanuit de eerste lijn en indien nodig verdere behandeling in de tweede lijn. Deze vorm van stepped care is naar de mening van de NVVP een vorm van onjuiste triage die onnodig duur is. Om die reden spreekt de NVVP dan ook liever van matched care in plaats van stepped care.

### **Begeleidingsactiviteiten**

Op pagina 15 van het conceptrapport wordt gesproken over begeleidingsactiviteiten, door de

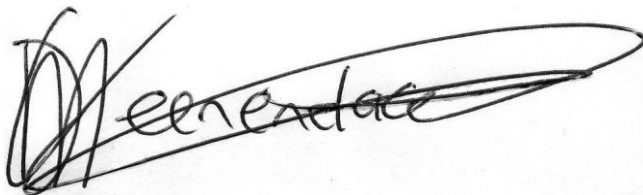
hoofdbehandelaar of inzet van multidisciplinaire zorg. De NVVP vindt het van groot belang dat multidisciplinair overleg mogelijk blijft, dit is essentieel voor de behandeling van complexe GGZ zoals bijvoorbeeld autisme. Op elke leeftijd, bij kinderen en jeugd mogelijk meer dan bij volwassenen, kan een behandeling voor de gevolgen van autisme namelijk in veel gevallen niet zonder enige of intensieve begeleiding. Deze begeleiding kan vaak ook langdurend noodzakelijk zijn.

### Versterking eerste lijn

De NVVP vindt het voorstel om het aantal eerstelijnszittingen terug te brengen naar het niveau van 2011 een zeer verstandige keuze. Op die manier komt het CVZ tegemoet aan de wens van de minister om cliënten zoveel mogelijk in de eerste lijn te behandelen die daar ook daadwerkelijk behandeld kunnen worden. Dat bereikt zij niet door het aantal zittingen in de eerste lijn drastisch te verlagen naar vijf zoals nu het geval is.

Wij hopen dat u bovenstaande standpunten betreft in het definitieve rapport aan de minister. Voor een nadere toelichting kunt u contact opnemen met ondergetekende.

Met vriendelijke groet,

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

Drs. J. M. Veenendaal,  
directeur NVVP

Maliebaan 87  
3581 CG Utrecht  
030-2364338  
j.veenendaal@nvvp.nl