

De vraag 'wie moet hoofdbehan- zorgverzekeraars, maar een zeer

DR. LEX VENDRIG, KLINISCH PSYCHOLOOG EN PSYCHOTHERAPEUT

Enkele jaren geleden had ik een praktijk als eerstelijnspsycholoog en verkeerde ik in de veronderstelling dat als ik iemand zou doorverwijzen naar de 'tweede lijn' dit ongeveer net zo zou gaan als bij een huisarts: als basiszorg ontoereikend is dan hogerop. Tot ik een mevrouw met een mooie verwijfsbrief waarin stond wat er aan de hand was, doorverwees met een verzoek om een psychotherapeutische behandeling. De mevrouw kreeg een handvol pillen en een 'basispsycholoog' toegewezen die ging uitleggen wat een depressie is en die de mevrouw schema's liet invullen. Na een jaar stond ze bij mij weer op de stoep. Het was deze ervaring die mij deed realiseren dat 'tweede lijn' in de ggz een andere betekenis heeft dan in de somatische zorg.

Geen patiënt zou dit pikken

Al jaren ontbreekt het in de ggz aan een logische samenhang tussen beroepskwalificatie en het zorgechelon. Nu kan het gebeuren dat je als patiënt in de eerste lijn een geregistreerd klinisch psycholoog en/of psychotherapeut treft, die eventueel ook nog lid is van één of enkele psychotherapieverenigingen, en dat je in de tweede lijn behandeld wordt door een drs. in de psychologie zonder enige beroepsregistratie. De wereld zou te klein zijn als dergelijke praktijken zich zouden voordoen in de somatische zorg. Stel maar eens voor. De huisarts verwijst je door naar cardiologie. Kom je in ziekenhuis A dan tref je een cardioloog, in ziekenhuis B een afgestuurd geneeskundestudent en in ziekenhuis C een basisarts. Geen patiënt zou dit pikken en het zou onmiddellijk de voorpagina halen van de landelijke dagbladen. Toch is dit de dagelijkse praktijk in de ggz.

Of iets tweede lijn is wordt in essentie bepaald door de organisatievorm. Neem eens twintig zelfstandig gevestigde gezondheidszorgpsychologen. Iedere gezondheidszorgpsycholoog kan nu maximaal vijf sessies declareren. Als deze tien gezondheids-

zorgpsychologen besluiten samen in één gebouw te gaan zitten en er voegt zich een specialist bij, kunnen zij op de voordeur nu opeens een bord plaatsen met 'aanbieder van tweedelijns ggz' en wordt hun declaratiemogelijkheid van maximaal ongeveer 450 euro verruimd naar duizenden euro's per patiënt. Het is toch merkwaardig dat opschaling qua organisatievorm leidt tot een vertienvoudiging of meer van de declaratieruimte terwijl de kwaliteiten van de professionals identiek zijn. Want wat is nu precies 'specialistische hulp?' Een gebouw, contract of informatiefolder biedt geen hulp. Hulp wordt geboden door professionals die vragen stellen, inschattingen maken, en besluiten nemen. De professionals *zijn* de instelling.

Vrijgevestigde praktijk

In de vrijgevestigde praktijk is er op dit moment wel enige samenhang tussen beroepskwalificatie en echelon. Gezondheidszorgpsychologen met of zonder aanvullende registratie van eerstelijnspsycholoog richten zich op kortdurende behandeling van lichte problematiek en klinisch psychologen en psychotherapeuten behandelen complexe problematiek. In de vrijgevestigde praktijk lijken de persoon en kwaliteiten van de behandelaar sowieso veel meer zichtbaar te zijn dan in instellingen. Let maar op de verschillen in websites van praktijken en instellingen. De persoon en kwalificaties van behandelaren worden vrij frequent getoond op de websites van zelfstandige praktijken. Op websites van instellingen is nooit informatie te vinden wie eigenlijk de behandelaren zijn en wat hun kwalificaties zijn. De 'producten' staan veel meer centraal dan de persoon van de behandelaar.

De samenhang tussen kwaliteiten van de professional en zorg-echelon is ver te zoeken in de tweedelijns ggz. De opstelling van menig ggz-instelling de afgelopen jaren heeft het er niet beter opgemaakt. Het lijkt soms meer op een uitdijende supermarkt die alles waar handel in zit naar zich toetrekt. Neem bijvoorbeeld Indigo, die zich presenteert als aanbieder van eerstelijns zorg. Als het gaat om vergoeding lezen we op de website van Indigo: 'De trainingen, cursussen en behandelingen van Indigo vallen onder de eerste- en tweedelijnszorg.' Hoe krom kan het zijn? En voorbeelden genoeg van instellingen die psychotherapeuten ontslaan en vervangen door gezondheidszorgpsychologen en doctorandussen in de psychologie en zich profileren als aanbieder van 'specialistische zorg.' Het verbaast me soms dat er niet massale opstanden uitbreken. Het werken onder 'supervisie' door doctorandussen in de psychologie betekent in de praktijk uitgemolken worden en (nagenoeg) zelfstandig volle agenda's

‘hoofdbehandelaar zijn?’ is geen gezeur van terechte vraag

draaien. Collega's die ik spreek keuren het af en spreken van instellingenbeleid. Maar het zijn toch de individuele beroepsbeoefenaren die hierin een eigen verantwoordelijkheid hebben? Als vandaag alle geregistreerde professionals besluiten dit niet meer te willen, is morgen het probleem opgelost.

Sluiproute

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 Holland als alle inwoners afhankelijk worden van één geïnstitutionaliseerde 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. Wat mij het meest verbaast, is de houding van de professionals die bij GGZ NHN werken. Het lijkt aan hen voorbij te gaan, hoewel een enkeling verbaasd is dat de Nederlandse Zorg Autoriteit (NZA) toestemming heeft gegeven. Het zal wel te maken hebben dat professionals qua identiteit meer binding hebben met hun eigen beroep en patiënten en nauwelijks met de identiteit en beleid van de instelling waar ze werken, die in dat opzicht tamelijk inwisselbaar is. Gevolg is evenwel dat 'ambiteuze' directieleden van instellingen plannen lanceren waar patiënten weinig mee opschieten, alle mooie praatjes en gelikte websites ten spijt. En zo kunnen we nog wel even doorgaan. Zorgverzekeraars krijgen vaak de zwarte piet toegeschoven, maar wie anders kan zorgen voor correcties? Iedereen, ook instellingen, hebben zo hun eigen belangen. Als het gaat om het creëren van een logische samenhang tussen beroepskwalificatie en zorgstructuur kunnen we weinig verwachten van instellingen omdat zij – zoals de praktijk laat zien – primair gericht zijn op het vergroten van hun kavel.

Maar ook vanuit de professional en beroepsverenigingen zelf ligt het niet voor de hand dat er een beweging op gang komt om grenzen aan te brengen in eigen deskundigheid zowel naar boven als onderen. Het is alom bekend dat professionals gemakkelijk

hun eigen competenties overschatten. Denk maar aan hoeveel therapeuten blijven doorbehandelen terwijl er geen progressie zit in de therapie. En hoe vaak komt het nu voor dat we iemand *niet* in behandeling nemen en terugverwijzen naar de huisarts omdat we verwachten dat de persoon ook zonder hulp beter wordt? En welke vrijgevestigde psychotherapeut verwijst een patiënt met een enkelvoudige stoornis door naar een gezondheidszorgpsycholoog als hij nog een gaatje in zijn agenda heeft en net zijn te dure vakantie heeft geboekt? En wie kan de verleiding weerstaan niet nog een extra activiteit toe te voegen als de DBC toevallig eindigt op 1.790 minuten? Wie heeft trouwens ooit dit systeem kunnen bedenken? Maar we hoeven maar te denken aan hoe het de fysiotherapeuten is vergaan in de jaren '80 om te zien hoe het mis kan lopen. Op een gegeven moment kon de vraag wat de definitie is van fysiotherapie beantwoord worden met 'alles wat een fysiotherapeut doet.' Bij elke klacht kon de fysiotherapeut wel iets betekenen en mensen waren jarenlang in behandeling bij de fysiotherapeut. Ook hier waren het de zorgverzekeraars die er het mes in zette. Dit gaf aanvankelijk veel protest en een golf van fysiotherapeuten die met vervroegd pensioen gingen. Maar uiteindelijk, en pas na twee decennia, heeft dit wel geleid tot een enorme kwaliteitsverbetering in de fysiotherapie. De parallel met het heden en ons vak is de weerstand die het oproept naar zorgverzekeraars als het gaat om de discussie wat wel en geen verzekerde zorg is en welke zorg door welke professional moet worden uitgevoerd. En toch is het goed dat deze discussie gevoerd wordt omdat het niet vanzelfsprekend is dat professionals vanuit hun eigen enthousiasme, compassie naar de patiënt en behoefte aan een goed belegde boterham zichzelf begrenzen. Het is jammer dat deze discussie niet eerder vanuit het veld zelf op gang is gekomen. Nu komt het College voor Zorgverzekeringen (CVZ) met de botte bijl en is het bijna te laat.

Aardverschuiving

Medio 2012 stuitte de Inspectie voor de Gezondheidszorg op de onduidelijkheid die er is rond het begrip 'hoofdbehandelaar' in de tweedelijns ggz, ingegeven door het debacle van Europsych waar een nogal ruime invulling werd gegeven van het begrip 'hoofdbehandelaar'. Europsych werd in de media erg veroordeeld maar de eerlijkheid gebied te zeggen dat de ruime invulling van 'hoofdbehandelaar' bij de meeste ggz-instellingen niet anders is. De minister wil meer duidelijkheid krijgen over de hoofdbehandelaar in de ggz en streeft naar een veldnorm. Tot 7 januari jl. konden alle partijen in het veld hun visie geven. Ongeveer gelijktijdig (medio 2012) was er ook een bestuurlijk akkoord gesloten over de toekomst van de ggz. Daarin wordt

onder andere een nieuwe indeling voorgesteld van de ggz; huisartsenzorg (basis ggz), generalistische basis ggz en specialistische ggz. Deze indeling betekent, grofweg, dat psychische klachten zonder stoornis toevertrouwd worden aan de huisarts en diens hulptroepen (POH-GGZ), ambulante behandeling van as-I-stoornissen het aandachtsgebied wordt van de generalistische basis ggz en de zware psychiatrie en persoonlijkheidsstoornissen komen te liggen bij de specialistische ggz. Als we de discussie over de klinisch psycholoog als hoofdbehandelaar in 'de tweede lijn' gaan voeren dan belanden we snel in een onzinnige discussie omdat de huidige 'tweede lijn' voor een groot deel ook niet-specialistische zorg levert. Als we echter de discussie over de hoofdbehandelaar gaan voeren vanuit het perspectief van de *nieuwe* indeling gaat opeens een aantal puzzelstukjes in elkaar vallen en ontstaan er kansen om een sterk verrommelde 'tweede lijn' op orde te brengen.

Een hele aardverschuiving kan het gevolg zijn als we kijken naar de nieuwe indeling. Wat nu het werkgebied is van de eerste lijnpsycholoog zal straks voor een deel terecht komen bij de huisartsenzorg (POH-GGZ) en voor een deel betiteld worden als generalistische basis ggz. De tweede lijn zoals die nu is, bestrijkt zowel de generalistische basis ggz als de specialistische ggz. Zoals gezegd, in combinatie met de discussie omtrent de hoofdbehandelaar biedt deze nieuwe indeling ook kansen om orde op zaken te stellen en een logica aan te brengen in de samenhang tussen de kwalificatie van de professional en de plek waar deze zorgverlener werkt. De vraagstelling 'wie moet hoofdbehandelaar zijn in de tweede lijn?' zou beter geformuleerd kunnen worden als 'wie moet behandelaar zijn in de generalistische basis ggz en wie in de specialistische ggz?' Het begrip *hoofd*behandelaar getuigt juist van een niet-kloppende constructie. Het mooiste is als iedereen zijn eigen patiënten behandelt waarvoor hij is opgeleid en daar zelf verantwoordelijk voor is. Dan hebben we helemaal geen hoofdbehandelaar nodig!

Weeffout

Wettelijk gezien vinden we voor beantwoording van deze vraag overigens weinig aanknopingspunten in het besluit gezondheidszorgpsycholoog van 1998 (wet BIG), dat alleen een kader schept dat daarna op diverse plekken verder is uitgewerkt. In verschillende regelgevingen vinden we wel tal van aanknopingspunten. Eén van de meest recente uitwerkingen is het opleidingsplan GZ-psycholoog (2012) dat goedgekeurd is door de Kamer GZ-psycholoog. Over de deskundigheid van de gezondheidszorgpsycholoog lezen we het volgende: 'In veel gevallen is de GZ-psycholoog ook degene die behandelingen en begeleiding initieert en uitvoert. Dat betreft doorgaans relatief kortdurende en klachtgerichte interventies, waarvan een aantal in protocollen en richtlijnen is beschreven, (...) variërend van enkelvoudig tot matig complex.' In het Besluit Specialisme Klinische Psychologie (2007) in Artikel 2, lid 3a lezen we: 'Tot het deskundigheidsgebied van de klinisch psycholoog worden gerekend de diagnostiek en behandeling – waaronder psychotherapie – van complexe vormen van psychopathologie.' Iedereen zal

begrijpen dat iemand met een gegeneraliseerde angststoornis prima zelfstandig protocollair behandeld kan worden door een gezondheidszorgpsycholoog en dat iemand met een persoonlijkheidsstoornis beter op zijn plek is bij een klinisch psycholoog of psychotherapeut.

De kritische lezer zal wellicht opmerken dat de psychotherapeut een basisberoep is. Volgens de letter van de wet klopt dit, maar in de praktijk functioneren psychotherapeuten qua behandeling op specialistisch niveau. Daarmee is de plek van de psychotherapeut in de wet BIG een weeffout. Pogingen dit vlot te trekken om tot één register te komen van klinisch psychologen zijn in het verleden gestrand omdat het belang van de eigen beroepsidentiteit belangrijker werd gevonden dan het bereiken van een logische beroepsstructuur. Nog steeds is het mogelijk deze weeffout te repareren door middel van een generaal pardon door de psychotherapeuten te upgraden naar klinisch psycholoog voor degenen die bereid zijn een aanvullende stoomcursus diagnostiek te volgen. Het is toch wel jammer dat een kleine groep niet over hun eigen schaduw kunnen heenstappen en zo een blokkade opwerpen voor de hele beroepsgroep en de volgende generatie. Ook voor het profileren naar buiten toe is het een ramp als we opgescheept blijven zitten met deze erfenis. Welke gemiddelde bezoeker van de HEMA kan het verschil uitleggen tussen gezondheidszorgpsycholoog, psychotherapeut en klinisch psycholoog?

Hoe eenvoudig kan het zijn?

Terug naar de hoofdbehandelaar in relatie tot de zorgketen. De nieuwe driedeling basiszorg, generalistische basis ggz en specialistische ggz biedt de mogelijkheid om tot een logische samenhang te komen tussen beroepskwalificatie en zorgketen; gezondheidszorgpsychologen nemen de generalistische basis ggz voor hun rekening en de specialistische ggz wordt bediend door klinisch psychologen. Hoe eenvoudig kan het zijn? Hoofdbehandelaar moet ook echt behandelaar zijn, zoals dit nu al het geval is voor de vrijgevestigde klinisch psychologen en psychotherapeuten. Dus geen papieren hoofdbehandelaar. Ook dit zal tot een aardverschuiving leiden in de huidige 'tweedelijns' instellingen. De vraag alleen is, wat kan erop tegen zijn? In de somatische zorg is het toch niet anders? Het betekent alleen dat instellingen kleur moeten gaan bekennen. Willen ze generalistische basis ggz gaan leveren of specialistische ggz? Nu al zijn er veel 'tweedelijns' instellingen die goed beschouwd alleen generalistische basis ggz leveren. Neem HSK. HSK is overwegend bemand door gezondheidszorgpsychologen die kortdurend en protocollair werken en moeilijke gevallen en patiënten met een hoog suïciderisico doorverwijzen naar de 'ouderwetse' tweedelijns ggz. HSK past mooi in het profiel van generalistische basis ggz en is geen specialistische ggz. Het zou redelijk zijn als de tarieven in de generalistische basis ggz – gezien het verschil in opleidingsniveau – lager zijn dan in de specialistische ggz. Dan kan de zorg goedkoper worden.

Het is overigens niet te hopen dat binnen één instelling de mogelijkheid wordt geboden verschillende 'producten' te leveren,

dat wil zeggen in de linker vleugel van het gebouw generalistische basis ggz huisvesten, in de rechter vleugel specialistische ggz en het voorportaal te equiperen met een detacheringbureau POH-GGZ. We hebben gezien hoe rampzalig en concurrentievervalsend dit heeft uitgewerkt voor de eerstelijnspsychologen.

Sommigen zullen beweren dat het onderscheid in zorgchelons in de ggz arbitrair is en daar is zeker iets voor te zeggen. De onlangs opgerichte vereniging voor gezondheidszorgpsychologen, de NVGzP, pleit ervoor dat de gezondheidszorgpsycholoog op alle plekken in de zorg hoofdbehandelaar is. Als we dit doen, dan moeten we het ook eerlijk doen en dit impliceert dat ook de gezondheidszorgpsycholoog in de vrije vestiging *elke* DBC mag uitvoeren en declareren tegen dezelfde tarieven als de tweedelijns instellingen nu doen. Waarom niet? Gelijke monniken, gelijke kappen. Maar hoe stelt de NVGzP zich dit dan voor? Er ligt al een bestuurlijk akkoord met het onderscheid tussen generalistische basis ggz en specialistische ggz. Als de beroepskwalificatie niet meer onderscheidend is, op basis van welk criterium maken we dan onderscheid wie welke zorgzwaarte uitvoert? En als de gezondheidszorgpsycholoog overal volledig zelfstandig kan werken en alles kan behandelen, waarom zouden we dan nog klinisch psychologen en psychotherapeuten opleiden?

De wereld op zijn kop

In een recente uitgave van Zorgvisie (2012) houdt Marc Verbraak, directeur van HSK, een pleidooi tegen de klinisch psycholoog als hoofdbehandelaar. Hij laat een berekening zien dat er niet genoeg klinisch psychologen zijn en houdt voor dat de zorg duurder wordt. Hij begaat alleen de fout door volledig te redeneren vanuit de 'huidige' tweedelijns ggz. Dat de zorg duurder wordt als deze alleen nog maar mag worden uitgevoerd door klinisch psychologen, psychotherapeuten en psychiaters is grote flauwekul. Voor patiënten en zorgverzekeraars wordt deze zorg niet duurder, want nu wordt deze zorg uitgevoerd door gezondheidszorgpsychologen – en door doctorandussen in de psychologie in sommige instellingen – ook al gedeclareerd tegen tweedelijns tarieven. En daarbij kunnen vrijgevestigde klinisch psychologen en psychotherapeuten nu wel al de behandeling voor deze prijs helemaal zelf uitvoeren. Het betekent alleen dat de salariskosten die instellingen moeten gaan uitbetalen hoger worden, c.q. dat de marges kleiner worden. En hier wordt een pijnlijk punt zichtbaar. Instellingen hebben een kostenstructuur die veel hoger ligt dan in de vrije vestiging. De vrijgevestigde is geen kosten kwijt aan salarissen voor directieleden, leaseauto's voor managers en dure adviseurs om maar een paar te noemen. Misschien is het zelfs zo dat instellingen nu wel laag gekwalificeerde en dus goedkope krachten *moeten* inhuren omdat ze anders helemaal niet kostendekkend kunnen zijn. Dat de zorg 'duurder' wordt is qua argumentatie de wereld op zijn kop!

Het door Marc Verbraak genoemde argument dat er niet genoeg specialisten zouden zijn als de hoofdbehandelaar ook de kwalificatie van specialist moet hebben, klopt als er geredeneerd wordt vanuit de *huidige* tweede lijn, maar klopt niet als we het hebben over de *echte* specialistische ggz. En als alle psychotherapeuten die zijn vervangen door gezondheidszorgpsychologen en doctorandussen in de psychologie weer terug in dienst worden genomen in de specialistische ggz dan hebben we mensen genoeg. Zo niet, dan kan de opleidingscapaciteit nog worden uitgebreid.

Gevolg van dit alles zou ook zijn dat de tweede lijn in de huidige vorm misschien 20 procent tot 50 procent zou moeten afslanken. Maar ook hier geldt, wat kan daar op tegen zijn? Veel eerstelijnspsychologen – zijn ook allemaal gezondheidszorgpsycholoog – staan te popelen om de generalistische basis ggz uit te voeren. En natuurlijk kunnen er ook instellingen komen zoals HSK en andere nieuwe toetreders die zich alleen toeleggen op de generalistische basis ggz. Mooi dat we ROM hebben. Kunnen we zien wie de beste is. Wie levert er meer kwaliteit voor dezelfde prijs? De vrijgevestigde gezondheidszorgpsycholoog of de generalistische basis ggz -instelling? Dat worden spannende tijden!

Laten we hopen dat de NVGzP niet dezelfde fout begaat die het NIP jarenlang heeft begaan door vooral de visie van de ggz-instellingen over het voetlicht te brengen. Het pleidooi van de NVGzP om de gezondheidszorgpsycholoog ook hoofdbehandelaar te maken in de 'tweede lijn' is, net als het pleidooi van Marc Verbraak, volledig geredeneerd vanuit de *huidige* tweedelijns ggz. Voor de vrijgevestigden ligt het heel anders. De eis dat klinisch psychologen de behandeling zelf grotendeels uitvoeren, is een eis waar zij nu al grotendeels aan moeten voldoen. Deze eis stellen aan de specialistische ggz betekent het rechte trekken van het huidige ongelijke speelveld. En voor vrijgevestigde gezondheidszorgpsychologen betekent het dat ze eindelijk normaal en eerlijk kunnen concurreren met instellingen als zij behandelaar worden in de generalistische basis ggz, op voorwaarde dat er natuurlijk dan wel eerst een eind moet komen aan die malafide detacheringconstructies van de POH-GGZ vanuit instellingen in huisartsenpraktijken. En het wordt tijd dat instellingen zich niet langer kunnen definiëren als aanbieder van specialistische zorg onafhankelijk van de professionele bekwaamheid van de behandelaren. Sowieso zou de persoon en kwalificatie van de behandelaar veel meer centraal mogen staan. Nu bepaalt de schaalgrootte van de organisatievorm in essentie de tariefhoogte en declaratieruimte, wat met inhoudelijke kwaliteit weinig van doen heeft. Zo bezien gaat de discussie over hoofdbehandelaar over veel meer dan alleen een formele papieren kwestie en gezeur van zorgverzekeraars. Het gaat ook over macht van instellingen en de mogelijkheid samenhang aan te brengen tussen beroepskwalificatie en zorgchelon in de ggz. ■