

## Verslag verdiepingssessie 23 september

Hieronder volgt een verslag van een verdiepingssessie over de overheveling van de ggz naar de Zorgverzekeringswet die het ministerie van VWS op dinsdagavond 23 september in Utrecht organiseerde. De verdiepingssessie vond plaats als vervolg op een sectorbreed veldgesprek op 27 mei 2008. Doel van de verdiepingssessie was om dieper in te gaan op de specifieke ontwikkelingen bij vrijgevestigden en bij behandelaars in de eerste lijn. Aan het gesprek namen ruim 40 vertegenwoordigers deel, onder wie zorgaanbieders, zorgverzekeraars en vertegenwoordigers van het ministerie van VWS en van de NZa. De uitkomsten van de verdiepingssessie worden betrokken bij een sectorbreed veldgesprek dat op 15 oktober 2008 plaatsvindt.

### Toegenomen administratieve lasten

De avond start met een open ronde langs de deelnemers aan het gesprek. De toegenomen administratieve belasting komt al snel als thema naar voren dat breed herkend wordt onder de deelnemers. 'Het nieuwe systeem is een lastig systeem,' stelt psychiater en Psy Z-bestuurslid Ruud Hes. 'De administratieve belasting brengt patiëntenzorg in het gedrang. Het lijkt belangrijker te zijn om te registreren dan dat je patiëntenzorg biedt.' Vrijgevestigd psychiater Wiebe Postema vult aan: 'Het kijken en luisteren naar de patiënt neemt af terwijl het invoeren en aflopen van protocollaire vragen alleen maar toeneemt.' Psychiater Eric de Ruyter Korver valt hem bij: 'Ik ervaar het registreren persoonlijk niet als 'kwaliteit'. En het speelt breed in de sector. Ik werk ook bij een instelling. Ook daar is de registratiedruk hoog. Ik maak me nog het meest zorgen over het feit dat er nauwelijks meer nieuwe mensen instappen in het vak. Assistenten in opleiding zeggen letterlijk te wachten met instappen tot de rommel is opgeruimd.' LVE-voorzitter Dick Nieuwpoort stelt dat administratie belasting niet erg is als het de kwaliteit van de hulpverlening maar zou vergroten. Nieuwpoort: 'Ik ben bang dat dat niet zo is. Ik merk dat minder mensen kiezen voor vrijgevestigden. Toen de EPZ in de basisverzekering kwam, zijn allerlei partijen zich hier op gaan richten omdat daar een markt open ging. De reden: meer cliëntcontacten dus minder administratie.'

### Zelf doen?

Jaap de Boer (UVIT) informeert in hoeverre behandelaars zelf alle administratieve handelingen moeten verrichten: 'Kun je dat niet door een ondersteuner laten doen? Of is het essentieel voor de behandeling om het zelf te doen?' Rienke de Weme, vrijgevestigd psychiater, antwoordt dat alleen een behandelaar een DBC mag openen. Het is bovendien ingewikkeld, je moet kennis hebben om een DBC goed in te kunnen vullen.' Ruud Hes voert aan dat het overdragen van administratieve handelingen ook niet zaligmakend is: 'Ik werk ook voor instellingen en ik ben geneigd te zeggen dat de administratieve druk daar nog hoger ligt dan bij vrijgevestigde behandelaars. De psychiater voert verrichtingen in, die vervolgens door een administratieve kracht worden uitgewerkt. Vervolgens moeten ze door de behandelaar nog eens worden afgevinkt. Ik ervaar dat instellingen onvoldoende indirecte tijd opvoeren. Instellingen krijgen daardoor te maken met budgettaire problemen.'

### Sturen op kwaliteit

Karin Schrage, psychotherapeut en gz-psycholoog, brengt het gesprek op de eisen die verzekeraars stellen ten aanzien van kwaliteit. 'Ik ben veel tijd kwijt met het schrijven van indicatieverslagen volgens de eisen van de verzekeraar. Terwijl we toch allemaal BIG-geregistreerd zijn.' Ria Mous, voorzitter van de LVE Midden Nederland, sluit zich hier volmondig bij aan: 'Ook voor 2009 lijken verzekeraars allemaal hun eigen contracten met eigen eisen te gaan opstellen. Ik deel de mening dat BIG-registratie als basis moet dienen. Op basis daarvan kan vereenvoudiging plaatsvinden.'

UVIT-inkoper Jaap de Boer brengt hier tegenin dat als je niet wilt dat verzekeraars alles met elkaar afstemmen, je ze ook de ruimte moet geven. De Boer: 'Maar verzekeraars moeten zich wel verre houden van themamiddagen waarin zij hun beleid uitleggen. Draai het om. De zorginhoud hoort thuis in een overeenkomst tussen aanbieder en verzekeraar. Wij hebben daarom ook met de beroepsvereniging afgestemd wat de zorgverlening van een eerstelijns psycholoog zou moeten zijn.' Martin Potjens, beleidsadviseur bij Zorgverzekeraars Nederland, vult aan: 'Je kunt van verzekeraar niet verwachten dat ze allemaal uniforme voorwaarden gaan hanteren. Maar de signalen uit het veld moet je ook serieus nemen en verzekeraars moeten ook kijken waar vereenvoudiging mogelijk is.'

Rein Baneke, directeur van het NIP, benadrukt de periodieke herregistratie van beroepsbeoefenaars als een belangrijk kwaliteitscriterium. Baneke: 'In de gesprekken met verzekeraars zie ik alweer nieuwe administratieve eisen aankomen. Ik wil ervoor pleiten dat niet elke verzekeraar voor zich een aparte systematiek gaat ontwikkelen voor bijvoorbeeld het meten van klanttevredenheid. Met ons valt te praten over de eisen die aan herregistratie gesteld moeten worden.'

GZ-psycholoog Joost Baas werpt vervolgens de vraag op wat het effect is van het registreren van de kwaliteit van behandelingen. 'Hoe borgen zorgverzekeraars dat alle registratie daadwerkelijk leidt tot betere cliëntenzorg? In de dagelijkse praktijk hebben we daar echt twijfels over.' Jeroen van Waarde, als psychiater werkzaam in ziekenhuis Rijnstate in Arnhem, geeft aan dat de toegenomen registratiedruk met dezelfde middelen moet worden geleverd: 'We hebben op een kleine afdeling anderhalve fte extra aan moeten stellen voor verantwoording. Daar is niets op tegen, maar in de discussie met de verzekeraar zijn de parameters de parameters en het budget is het budget. De financiële impact voor een kleine PAAZ-afdeling is groot. Het resultaat is dat vacatures voor verpleegkundigen niet worden ingevuld.'

Gespreksleider Walter Etty concludeert dat de deelnemers een heel duidelijk signaal hebben afgegeven over de door hen ervaren toename in de administratieve belasting. Etty herhaalt de toezegging van verzekeraars om te willen kijken naar mogelijkheden om tot vereenvoudiging te komen en hij benadrukt de rol die de brancheorganisaties hierbij kunnen spelen.

### **Kinder- en jeugd psychologische zorg**

Kinder- en jeugdpsycholoog Margriet Heeroma legt het probleem op tafel dat er in de eerste lijn te weinig tijd is voor diagnostiek. 'Om de problemen en oplossingsrichtingen goed in kaart te brengen, heb je bij kinderen en jongeren vaak meerdere informatiebronnen nodig en is vaak ook feitelijke diagnostiek benodigd. Naast het kind spreek je ook met de ouders of andere bronnen, zoals de school. De huidige acht sessies die in het basispakket beschikbaar zijn, zijn dan veel te beperkt. Naast sessies voor het kind, zijn er oudergesprekken nodig, ook in de behandelfase.'

Het werken met kinderen vergt een andere aanpak dan het werken met volwassenen. De nieuwe systematiek houdt daar onvoldoende rekening mee, wat tot ongewenste uitkomsten leidt. Want als je declareert zoals de richtlijnen voorschrijven, krijgen beide ouders een halve sessie in rekening gebracht voor een oudergesprek, wat ten koste gaat van beide eigen risico's. Voor ouders brengt dit veel rompslomp en kosten met zich mee: 2 keer een eigen risico, 3 keer een doorverwijzing door de huisarts. Een ander wezenlijk knelpunt is dat er veel werkzaamheden moeten worden verricht bij de hulpverlening aan kinderen en jongeren, waar geen verrichtingen tegenover staan. Denk aan gesprekken met scholen, bureaus jeugdzorg enzovoorts.'

Jaap de Boer (UVIT) vraagt zich af of kinder- en jeugdpsychologische zorg wel een eerstelijns product kan zijn. 'Wij hanteren de voorwaarde dat maar één sessie besteed mag worden aan het stellen van de diagnose, tenzij de verwijzing juist op diagnosticering is gericht. Ik denk dat het een ontwerpfout is de zorg voor kinderen en jongeren in de eerste lijn te positioneren. We

moeten een onderscheid maken tussen jeugd en volwassenen en kunnen de eerstelijns psychologische hulp voor kinderen en jongeren wellicht beter in DBC's declareren.' Peter van Weerd (Delta Lloyd) werpt de vraag op of uitvoeringsproblemen het gevolg kunnen zijn van ontwerpfouten in het nieuwe stelsel. NVvP-directeur Peter Niesink vindt niet dat er sprake is van een ontwerpfout. 'De kinder- en jeugdpsychologie past in een DBC. Financiering in de tweede lijn lost de problemen op. We moeten niet het ontwerp van de eerste lijn aanpassen, maar kinderen behandelen in de tweede lijn waar je een DBC kunt openen.'

### **Karakter EPZ**

Psychotherapeut Karin Schrage vindt de scheiding tussen eerste en tweede lijn kunstmatig. 'Cliënten zitten helemaal niet te wachten op een breuk halverwege het traject. Zij willen gewoon behandeld worden.' Eerste lijnspsycholoog Anneke Bär stelt dat de EPZ zich moet beperken tot de kortdurende hulp. 'Als bij doorverwijzing door een huisarts blijkt dat de problematiek te complex is om in acht behandelingen aan te pakken, bel ik de huisarts om te overleggen of het niet beter is deze cliënt rechtstreeks door te verwijzen naar de tweede lijn.' Ook LVE-voorzitter Dick Nieuwpoort vindt dat de EPZ zich moet beperken tot de lichte en matige psychische klachten. 'Het gaat om generalistische ggz. Diagnostiek zit daarbij in de behandeling. Maar als je vier behandelingen nodig hebt om een diagnose te kunnen stellen, vraag ik me af of dat geen specialistische zorg is.' GZ-psycholoog Joost Baas reageert dat de meeste cliënten toch kampen met zwaardere problematiek. 'En ook bij complexe problematiek willen we niet meer zorg leveren dan nodig is. Het is daardoor heel moeilijk een onderscheid te maken tussen de eerste en tweede lijn. Maar in het stelsel biedt de tweede lijn veel meer ruimte dan de eerste.' Volgens psycholoog Cokkie Verschuren is één van de oorzaken een denkfout bij verzekeraars. 'Verzekeraars hebben gekozen acht sessies te vergoeden in het basispakket. Dat aantal is gekozen omdat dat het gemiddelde aantal sessies was dat voor een behandeling nodig is. Maar een gemiddelde wil nu juist zeggen dat sommige behandelingen meer zittingen vergen. En daar is nu geen ruimte voor.'

### **Doorverwijzen**

Vrijgevestigd psychiater Wiebe Postema stelt dat er te weinig doorverwezen wordt vanuit de eerste lijn: 'Inhoudelijke criteria om door te verwijzen heb ik eigenlijk nog nooit gehoord. Wat mij betreft kan het hele concept van *stepped care* beter verdwijnen.' Zelfstandig gevestigd psychiater Rienke de Weme stelt dat de meeste huisartsen prima weten naar wie ze doorverwijzen. Ruurd van de Loo, werkt als SPV-er vanuit AMC De Meren bij een huisartsengroep met zeventien huisartsen. 'De huisartsen verwijzen bij psychosociale problematiek naar mij door met de brede vraag de problematiek in kaart te brengen. Dan gaat het om het stellen van de diagnose, het behandelen en eventueel doorverwijzen. Ik verwijs vaak niet direct door omdat de cliënt liever bij de huisarts blijft. Dat is vertrouwd, al worden maar vier behandelingen vergoed. Doorverwijzen is voor mij makkelijk omdat ik eveneens voor een instelling werk. Maar ik ken ook vrijgevestigden.' GZ-psycholoog Joost Baas vertelt dat het verwijzen naar instellingen vaak problemen oplevert. 'Mensen voelen zich niet begrepen en worden geholpen door de jongste bediende. Het is erg lastig om cliënten met complexe problemen goed door te verwijzen. En als cliënten eenmaal bij een instelling binnen zijn, dan ben ik ze ook kwijt, want dan neemt er ook nooit meer iemand contact op.'

### **Differentiatie**

Directeur Paul Bär van een eerstelijns praktijk voor leer- en gedragproblemen beschrijft dat hij niet uitkomt met de vergoeding van 70 euro voor een zitting die verzekeraars betalen en de 10 euro eigen bijdrage. 'Wij hebben een uurtarief nodig van 103 euro en kunnen daardoor geen contracten aan gaan met zorgverzekeraars. Zij vergoeden ons minder, namelijk 70 euro, exclusief de eigen bijdrage. En omdat wij geen contracten hebben, komen onze cliënten in aanmerking voor een vergoeding van slechts 60% tot 80% van het gemiddeld gecontracteerd tarief. Ik wil daarom voorstellen toe te staan dat ook gecontracteerde praktijken aanvullend

mogen declareren bij hun cliënten.' NVvP-directeur Peter Niesink brengt hier tegenin dat dit nu eenmaal de spelregels zijn die politiek zijn vastgesteld voor de Zvw. Een eerstelijns zorgaanbieder zal of de verzekeraar moeten overtuigen dat een hoger uurtarief gerechtvaardigd is, óf zal cliënten moeten overtuigen voor hem te kiezen ondanks dat er geen sprake is van gecontracteerde zorg. Psychotherapeut Karin Schrage valt Bär echter bij: 'Mijn cliënten zijn graag bereid wat extra's te betalen voor goede zorg. Mensen voelen zich slecht begrepen door zorgverzekeraars. Ze snappen het verschil niet tussen eerste en tweede lijn. En heel veel mensen geven aan dat het doorgeven van hun diagnose aan de verzekeraar hen zorgen baart.'

Peter de Weerd (Delta Lloyd) heeft geen principieel bezwaar tegen differentiatie in de tarieven van aanbieders. Maar hij vraagt zich wel af hoe dit in de praktijk vorm moet krijgen. 'Het is echter wel heel lastig om onderscheid te maken tussen aanbieders die terecht en onterecht meer vragen voor hun behandelingen. De statistische informatie om dit te kunnen bepalen, moet nog worden opgebouwd. Hierbij gaat erom inzichtelijk te maken wat de feitelijk gemaakte kosten zijn in relatie tot de kwaliteit van de geboden zorg.' Vrijgevestigd psychiater Peter Post plaatst vraagtekens bij de mogelijkheid kwaliteit transparant te maken. 'Het is gewoon niet te meten of de therapeut zijn werk goed doet. 'Al die statistiek leidt tot een heleboel gemeet maar niet tot meer inzicht. Een verzekeraar moet daarom kijken naar de autoriteit van behandelaar.' Anouk Mateijssen beschrijft hoe Agis vorm geeft aan differentiatie: 'Het dilemma waar wij als zorgverzekeraar mee zitten is hoe we achterhalen wat hetgeen is dat we extra krijgen als we aan behandelaars een hoger tarief vergoeden. Agis wil overigens graag differentiëren. Vorig jaar hebben wij daar al een start mee gemaakt en in 2009 geven we hieraan een vervolg. Dat kunnen we niet alleen, maar geven we samen met de aanbieders en brancheorganisaties vorm. Een concrete uitwerking is bijvoorbeeld dat differentiatie voortvloeit uit de mate waarin aanbieders zich steeds verder verdiepen door aanvullende opleidingen.'

### **Ruimte voor groei**

Aan het einde van de avond geeft gespreksleider Walter ETTY deelnemers de ruimte om urgente thema's te benoemen die in de discussie nog niet naar voren waren gekomen. Zelfstandig gevestigd psychiater Jan Leijten besluit daarop de avond met een pleidooi voor ruimte voor groei in de ggz. 'Veel van de besproken knelpunten vloeien voort uit het feit dat de ggz overbelast is. In het totale zorgbudget neemt ggz tien procent in, terwijl in de top tien van prevalentie en ziektelast vier plaatsen ingenomen worden door psychische aandoeningen. Bovendien is er sprake van onderbehandeling. Terwijl het rendement van investeringen in de ggz erg groot is. Verzekeraars moeten zich daar rekenschap van geven.'