

## Plannen Minister voor Basis-GGZ: Financiering ontoereikend voor behandeling volgens richtlijn

Aanstaande woensdag bespreekt de Vaste Commissie VWS van de Tweede Kamer de plannen van Minister Schippers voor de GGZ. Een belangrijk onderdeel daarvan is de invoering van een Generalistische Basis GGZ. Hierin zullen patiënten kunnen worden behandeld die tot nu toe waren aangewezen op specialistische zorg in de tweedelijns GGZ. Ongeveer veertig tot vijftig procent van de patiënten zou volgens de Minister in de toekomst terecht kunnen in de Basis GGZ.

Er zit veel goeds in dit plan. Veel patiënten kunnen inderdaad uitstekend worden behandeld in de Generalistische Basis GGZ. De zorg wordt daar efficiënter en dus goedkoper van. Maar dan moeten gz-psychologen en psychotherapeuten wel de gelegenheid krijgen om deze patiënten een verantwoorde en kwalitatief goede manier te kunnen behandelen. In de huidige plannen van de Minister is dat niet het geval.

Wetenschappelijk onderbouwde en effectieve behandelingen voor aandoeningen als angststoornissen, depressie, dwanggedrag en verslaving vergen in de regel zo'n 12 tot 20 zittingen. Hierbij komen nog zo'n twee tot drie zittingen voor intake en diagnostiek.

In de plannen van de Minister wordt uitgegaan van financiering in de vorm van zorgzwaartepakketten. Daarbij wordt uitgegaan van een gemiddelde behandelduur. Deze is afhankelijk van de zwaarte van de problematiek: vijf zittingen voor lichte problematiek, acht voor middelzware problematiek, elf voor ernstige problematiek.

In de praktijk zal het bij middelzware en ernstige problematiek gaan om patiënten die nu in de Tweedelijns-GGZ behandeld worden in de DBC 800-1800 minuten. Dit komt overeen met ongeveer 12 tot 30 zittingen. Dit wordt in de plannen van de Minister teruggebracht tot gemiddeld 8 tot 11 zittingen. Het gevolg zal zijn dat psychologen vooral patiënten met zwaardere problematiek niet meer adequaat kunnen behandelen. Juist de patiënten die zorg het hardste nodig hebben vallen tussen de wal en het schip: in de basis GGZ is er te weinig tijd voor adequate behandeling, en ze zijn niet 'complex' genoeg voor verwijzing naar de specialistische GGZ.

***Wij roepen de leden van de Vaste Kamercommissie VWS van de Tweede Kamer op om de Minister op dit aspect van haar plannen te bevragen, en haar te bewegen opnieuw naar de omvang van de zorgzwaartepakketten te kijken, in samenspraak met het veld.***

*De NVGzP is de beroepsvereniging van gezondheidszorgpsychologen, klinisch psychologen en klinisch neuropsychologen. De VGCT is de wetenschappelijke vereniging voor (cognitieve) gedragstherapie, een van de meest effectieve vormen van behandeling bij psychische aandoeningen. Samen hebben de verenigingen meer dan vijfduizend leden.*

## Toelichting

Op dit moment wordt de meerderheid van mensen met een psychische stoornis behandeld in de tweedelijns-GGZ, binnen een GGZ-instelling of door een vrijgevestigd psychotherapeut, klinisch psycholoog of psychiater. Deze behandeling wordt gefinancierd door middel van zogenaamde DBC's. De DBC's zijn afhankelijk van de duur van de behandeling. Zo is een DBC voor 250 tot 799 minuten (4 tot 12 zittingen), een voor 800 tot 1800 minuten (13 tot 30 zittingen) en een voor 1800 tot 3000 minuten (30 tot 50 zittingen).

### **Van specialistische GGZ naar Basis GGZ**

De Minister wil de specialistische GGZ in de toekomst reserveren voor patiënten met zeer complexe klachten, die vragen om multidisciplinaire behandeling in een gespecialiseerde setting. Andere patiënten dienen in de toekomst in de nieuwe Basis GGZ behandeld te worden. Dan gaat het om mensen met lichte, matige of ernstige problematiek, die last kunnen hebben van meerdere problemen. Ter illustratie: dit kunnen dus patiënten zijn die al langere tijd worstelen met een psychische aandoening zoals een depressie of een angststoornis, ziek thuis zitten, de straat niet meer op durven, geen sociaal leven meer hebben en als gevolg daarvan vaak ook worstelen met problemen in hun relatie of gezin. Zowel de individuele lijdensdruk als de maatschappelijke kosten van deze aandoeningen zijn zeer hoog. Zo worden alleen al de kosten voor arbeidsverzuim als gevolg van psychische aandoeningen door het Trimbosinstituut geschat op 2,7 miljard euro per jaar.<sup>1</sup>

### **Bewezen effectieve behandelingen kosten meer tijd**

Gz-psychologen en psychotherapeuten kunnen deze mensen goed behandelen. De laatste tien jaar zijn wetenschappelijk onderbouwde behandelprogramma's ontwikkeld voor alle veelvoorkomende psychische problemen. Deze behandelprogramma's beschrijven hoe een behandeling is opgebouwd, en welke stappen achtereenvolgens moeten worden doorlopen. Ze zijn vastgelegd in multidisciplinaire richtlijnen, die gedetailleerd beschrijven welke behandeling passend is bij welke stoornis in welke situatie. De programma's voldoen aan de eisen van bewezen effectiviteit en doelmatigheid, die ook de Minister hoog in het vaandel draagt.

Deze wetenschappelijk onderbouwde behandelingen, vastgelegd in multidisciplinaire richtlijnen kunnen uitstekend plaatsvinden in de Generalistische Basis GGZ. Maar dan moet de Minister de Basis GGZ wel zo inrichten dat er voldoende tijd is voor de uitvoering van deze behandelingen. Dat is nu niet het geval:

- elke psychologische behandeling begint met een intake en diagnostiek. De gz-psycholoog moet de klachten van de patiënt in kaart brengen en op basis daarvan bepalen of er sprake is van een stoornis, en zo ja, welke. Vaak is er sprake van een complex ziektebeeld, waarbij sprake is van meerdere stoornissen. Voor dit proces van intake en diagnostiek is in de zorgzwaartepakketten van de Minister maar één zitting gereserveerd. Dit is in de praktijk volstrekt onvoldoende. Intake en probleemverkenning vereisen vaak al meer dan één zitting. Vaak zal bovendien psychodiagnostisch onderzoek nodig zijn (één tot twee zittingen, inclusief nabespreking en opstellen en bespreken behandelplan). In totaal gaat het dan om twee tot drie zittingen.

---

<sup>1</sup> De Graaf, M. et al., Verzuim door psychische en somatische aandoeningen bij werkenden: Resultaten van de 'Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study-2' (NEMESIS-2), Trimbos Instituut Utrecht, 2011.

- De standaardduur van een behandeling van de meest voorkomende psychische klachten bedraagt twaalf tot twintig zittingen.<sup>2</sup> Hierbij is geen rekening gehouden met vertraging in de behandeling als gevolg van co-morbiditeit (andere psychische stoornissen die interfereren met de behandeling) of gebeurtenissen in dagelijks leven. De zorgzwaartepakketten die de Minister voorstelt gaan echter uit van een gemiddelde behandelduur van slechts vier (voor 'lichte' problematiek) tot tien (voor ernstige problematiek) zittingen.

## Conclusie

De Minister pleit in haar brief bij herhaling voor een efficiënte GGZ, die op basis van multidisciplinaire richtlijnen zo doelmatig en effectief mogelijk behandelt. Wij ondersteunen dit streven van harte. Dit is echter alleen uitvoerbaar als de Minister gz-psychologen en psychotherapeuten ook de tijd geeft om deze doelmatige en effectieve behandelingen uit te voeren. Zo niet, dan belandt met name de groep patiënten met ernstige psychische klachten tussen de wal en het schip: te ernstig voor behandeling in de Basis GGZ, niet ernstig genoeg voor behandeling in de specialistische GGZ. Daardoor blijven ze langer ziek en zullen ze in de praktijk na verloop van tijd alsnog naar de specialistische GGZ verwezen moeten worden, met alle extra kosten van dien.

## Vragen aan de Minister

- waarop heeft de Minister zich gebaseerd bij de vaststelling van de omvang van de zorgzwaartepakketten voor de Basis GGZ? Zijn deze gegevens openbaar?
- heeft de Minister hierbij rekening gehouden met beschikbare documentatie over de duur van intake, diagnostiek en behandelingen van de stoornissen die in de basis GGZ moeten worden behandeld, zoals vastgelegd in professionele richtlijnen en protocollen?
- op p. 10 van de voorhangbrief wordt een voorbeeld gegeven van zorginkoopafspraken. Dit voorbeeld suggereert dat slechts een kleine minderheid van de patiënten in aanmerking zal komen voor intensieve zorg. Is dit inderdaad de opvatting van de Minister? Zo ja, waarop is deze opvatting gebaseerd?
- is de minister bekend met de reactie van de NVGzP en de VGCT, die tezamen meer dan 5.000 professionals in de GGZ vertegenwoordigen?
- is de Minister bereid om samen met het veld opnieuw te kijken naar de omvang van de zorgzwaartepakketten, en daarbij rekening te houden met de eisen die vanuit wetenschappelijke richtlijnen worden gesteld aan de duur van diagnostiek en behandeling van de stoornissen die in de Basis GGZ moeten worden behandeld?

---

<sup>2</sup> Zie bijv. het standaardwerk op dit gebied in Nederland, Keijsers e.a. (2011), *Protocollaire behandeling voor volwassenen met psychische klachten*. Amsterdam: Boom.