

Internetconsultatie Discussiestuk 'Zorg voor de Toekomst'

Reactie van P3NL, federatie van psychologen, psychotherapeuten en pedagogen, op het discussiestuk 'Zorg voor de Toekomst'.

We herkennen ons in de drie thema's die worden genoemd. Hieronder zullen we bij elk thema onze opmerkingen plaatsen bij de knelpunten en beleidsopties. Hierbij zal ook een enkele keer een heel concreet voorbeeld uit de brede achterban van P3NL worden genoemd ter illustratie.

Preventie en gezondheid

P3NL streeft naar een veerkrachtig Nederland. Waarbij psychologen, pedagogen, psychotherapeuten¹ samen met de cliënt bepalen wat er nodig is om deze mentale veerkracht weer terug te krijgen en te behouden. Het huidige stelsel met alle verschillende wettelijke kaders werkt belemmerend.

We onderstrepen dus het belang van de beleidsoptie 'bevorderen van eigen regie'. Zeker voor mensen met een zwakkere mentale gezondheid is dit belangrijk. Aan de andere kant willen we aangeven dat eigen regie niet altijd en volledig mogelijk is bij mensen met een langdurige beperking zoals verstandelijk beperkten of chronisch zieken. Ook zijn er mensen met dusdanige psychiatrische problematiek dat zij altijd een beroep zullen doen op de maatschappij en zeker op professionals, zeker als er sprake is van een beperking en psychiatrische problematiek.

We zijn verheugd dat er aandacht is voor preventie en vroeginterventie. Dit geldt zeker ook voor traumagerelateerde stoornissen. Denk hierbij aan de invloed die trauma's en ingrijpende levensgebeurtenissen hebben op de fysieke en mentale gezondheid van mensen. Er zijn mooie studies beschikbaar: de zgn. 'ACEs studies'. Zie voor meer informatie op <https://www.cdc.gov/violenceprevention/aces/index.html>

We sluiten ons ook aan bij de beleidsoptie 'een krachtige basis en een integrale aanpak van sociale problematiek'. Investeren in de sociale basis in een wijk is belangrijk. Het is belangrijk dat er in sociale teams of wijkteams een gekwalificeerde psycholoog, pedagoog of psychotherapeut ingezet wordt, om zo samen met het sociale domein op te trekken bij personen en gezinnen die mentaal kwetsbaar zijn.

We onderschrijven dat gemeenten en zorgverzekeraars moeten samenwerken om preventieactiviteiten te laten slagen (beleidsactie 'regionale aanpak voor de uitvoering en

¹ P3NL vertegenwoordigt 13 wetenschappelijk en beroepsverenigingen die bij elkaar opgeteld 38.000 leden hebben die vooral werkzaam zijn binnen de ggz, maar ook binnen de huisartsenpraktijk, ziekenhuizen en in het onderwijs. Als we spreken over psychologen, pedagogen en psychotherapeuten, bedoelen we daar alle gedragskundigen mee. Binnen P3NL is deze brede groep psychologische en pedagogische professionals vertegenwoordigd.

financiering van preventieactiviteiten'). Voor mentale gezondheid zijn er goede voorbeelden van evidence based trajecten voor preventie en vroege interventie. P3NL denkt hier graag over mee.

We willen de opmerking plaatsen dat 'preventie' een heel breed begrip is, en dat het belangrijk is voor de vervolgstappen dat dit begrip verder wordt uitgewerkt. Zie deze link voor een gebruikelijke indeling in vijf methoden: <https://www.volksgezondheidszorg.info/verantwoording/preventie-volksgezondheidszorginfo/wat-preventie#!node-preventie-naar-interventiemethode>.

We sluiten ons aan bij de beleids optie 'innovatieve contractvormen'. De vergoeding van zorgaanbieders moet het mogelijk maken en belonen dat de juiste zorg op de juiste plek wordt geboden. Invalshoek van de vereniging die P3NL vertegenwoordigt is het belang van evidence based behandelingen en een goede financiering daarvan. We zien in de dagelijkse praktijk hoe belangrijk het is dat therapeuten goed zijn opgeleid en de behandeling aan de patiënt kunnen geven die bewezen effectief is. Want we zien ook hoe vaak het gebeurt dat de patiënt niet de (trauma)behandeling krijgt die hij nodig heeft. Dit komt vooral door onzekerheid van de therapeut, door niet goed opgeleid zijn. Als de route naar goed opgeleide behandelaren en evidence based behandelingen ondersteund wordt in de bekostigingssystematiek, dan zou dat enorm helpen. We zouden dus graag zien dat er nagedacht wordt over de mogelijkheden om evidence based werken beter te financieren. Bijvoorbeeld door hogere omzetplafonds bij het uitvoeren van richtlijnbehandelingen? In de Zinnige Zorg-trajecten van het Zorginstituut Nederland (ZIN) is onderzocht dat de traumazorg / PTSS en de zorg voor mensen met psychotische aandoeningen op dit moment onvoldoende conform de zorgstandaarden kan worden aangeboden. Hiervoor is een complex aan oorzaken aan te wijzen. De aandachtspunten van de rapporten van het ZIN zouden we als voorbeeld bij het nadenken over de zorg voor de toekomst willen betrekken. Concreet betekent dat in dit voorbeeld uit 'ons' stuk van de gezondheidszorg onder andere: meer cognitieve gedragstherapie bij psychose, aandacht hiervoor in opleidingen en betere herkenning van PTSS, meer en betere traumabehandeling. Dit is ontzettend belangrijk omdat trauma's in de levensgeschiedenis niet alleen PTSS veroorzaken, maar ook heel vaak samenhangen met andere problemen en stoornissen.

P3NL is er een groot voorstander van om gemeenten aanvullende middelen te geven voor de zorg die voortvloeit uit de Jeugdwet. Bij de transitie die daardoor in gang is gezet krijgen we veel signalen van onze leden die daarbij betrokken zijn, dat er grote uitvoeringsproblemen zijn. Hierbij gaat het over zaken als de noodzaak tot aanbesteden, wachtlijsten en -tijden en veel administratieve lastendruk. Om de zorg die overgeheveld is naar de gemeenten beschikbaar en bereikbaar te houden is extra budget nodig. Hier wreekt zich dat toen de financiering naar de gemeenten ging, tegelijkertijd een bezuiniging is doorgevoerd. Bovendien is het totale budget voor de daadwerkelijke zorgverlening nog lager geworden omdat de kosten die de gemeenten hebben moeten maken met het inrichten van hun beleidsapparaat hier ook nog uit bekostigd moest worden. Kosten die alles bij elkaar genomen groter zijn dan die van de verzekeraars bij elkaar opgeteld.

Ook zijn we voorstander van een preventiefonds. Vanuit het perspectief van het vergroten van mentale veerkracht zou hieruit ook vroege interventies bekostigd kunnen worden vanuit de invalshoek: 'voorkomen van erger'.

Organisatie en regie

We onderschrijven in het algemeen dat de organisatie van zorg heeft geleid tot te veel fragmentatie en ongewenste 'schotten'. Dit wrekt zich bijvoorbeeld als een cliënt 18 jaar wordt en zijn behandelaar om die reden moet stoppen met de behandeling. Ook is de fragmentatie tussen somatische zorg en mentale zorg onwenselijk. Als er bijvoorbeeld bij medische problemen meer aandacht is voor de seksuele gezondheid, leidt dit tot minder seksuele problemen in een later stadium. De huidige schotten belemmeren dit. In zijn algemeenheid pleit P3NL voor het verbinden van psychische en somatische zorg.

De discussienota geeft aan dat de veranderingen vragen om goede afspraken tussen zorginkopers en zorgaanbieders. Professionals ervaren in de praktijk dat iedereen het probleem bij bijvoorbeeld het schot tussen 18- en 18+ erkent, maar dat het toch niet lukt om dit in de praktijk op te lossen.

P3NL onderschrijft het belang van regiobeelden omdat die de situatie schetsen waarbinnen persoonsgerichte, proactieve en integrale zorg geboden moet kunnen worden. Hierbij staat de (positieve) gezondheid van een burger centraal. We pleiten ervoor om daarbij duidelijke gezondheidsdoelen te formuleren waar alle betrokkenen in de desbetreffende regio hun inspanningen op kunnen richten.

We zijn het eens met de beleidsoptie dat er eenduidigheid moet komen over wat 'de regio' is. Er worden veel verschillende regio-indelingen gehanteerd, dat werkt bureaucratie en onduidelijkheid in de hand.

3.3. Bevorderen van coördinatie tussen domeinen

We onderschrijven het belang van een goed functionerend wijkteam, waarin meerdere disciplines, waaronder een gedragskundige, samenwerken. Hierboven hebben we daar al een opmerking over gemaakt. Ook in de kennisagenda van P3NL wordt gepleit om nader te onderzoeken hoe werkzaam effectief bewezen interventies bij kinderen zijn wanneer deze worden uitgevoerd door zorgprofessionals in het onderwijs, wijkteams, CJG of POH-GGZ. Zie voor meer informatie: <https://www.p3nl.nl/kennisagenda/informatie>.

We zijn het niet eens met de beleidsoptie om meer regie bij de zorginkopers te leggen. Hierdoor komt er een te groot accent te liggen op de financiële aspecten van de zorg. Betaalbaarheid is zondermeer een belangrijk aspect, maar moet in relatie worden gezien met kwaliteit en toegankelijkheid (lees: beschikbaarheid en bereikbaarheid). Bovendien is de aanname dat niet-gecontracteerde zorgaanbieders in de ggz vaker ondoelmatige zorg leveren, onjuist en in elk geval

onvoldoende onderbouwd. P3NL is daarom tegen het wijzigen of schrappen van artikel 13 zorgverzekeringswet.

3.4. Financiële prikkels

We sluiten ons aan bij het voornemen om domein overstijgende samenwerking een duurzame basis te geven. Er zijn nu te veel knelpunten, waardoor deze samenwerking niet goed van de grond komt. Natuurlijk zijn er veel goede voorbeelden te noemen, maar die vormen nog te vaak de uitzondering die de regel bevestigen.

Het afwentelen van ‘problemen’ en het niet nemen van verantwoordelijkheid door verzekeraars, gemeenten en zorgkantoren is een probleem dat veel professionals herkennen. Het belonen van partijen die hun verantwoordelijkheid nemen, lijkt ons een goede stap.

Vernieuwing en werkplezier

We sluiten ons aan bij de oproep om goed te luisteren naar zorgverleners en patiënten. Zij zijn samen verantwoordelijk en ook toegerust om te bepalen welke zorg de patiënt nodig heeft. Nu krijgt de professional samen met de cliënt nog te weinig ruimte en vertrouwen om deze behandeling volgens zijn professionele standaard uit te voeren.

P3NL heeft in haar kennisagenda onderschreven dat e-health veel kansen biedt, en dat er meer onderzoek nodig is om e-health effectief bij verschillende doelgroepen in te zetten. De technologische ontwikkelingen in de GGZ ontwikkelen zich in snel tempo. Verschillende e-health interventies blijken positieve effecten te hebben, hoewel de resultaten afhankelijk zijn van de problematiek en over onderzoeken heen sterk verschillen. Voordelen van e-health interventies zijn met name gelegen in de flexibiliteit die het de cliënt biedt om aan zijn of haar problemen te werken. Op maatschappelijk vlak lijkt e-health bovendien goedkoop, hoewel onderzoeken gericht op de kosteneffectiviteit van e-health interventies vooralsnog schaars zijn. Met name de implementatie van effectieve e-health interventies blijkt echter een complexe zaak. Dat geldt voor de gehele ggz, maar met nadruk ook voor cliënten met een verhoogde kwetsbaarheid. Gezien de stijgende kosten in de ggz is het wenselijk dat er onderzoek wordt gedaan naar bevorderende factoren in de implementatie en disseminatie van e-health technologie. Daarbij dient ook te worden gekeken naar de vraag welke cliënten wellicht met e-health kunnen volstaan en welke cliënten direct reguliere behandeling moeten krijgen. Ook de mogelijkheden en beperkingen van stepped care kunnen hierin worden onderzocht. Met name het risico op demoralisatie na afwezigheid van effecten kan immers negatieve consequenties hebben voor vervolgbehandeling.

We onderschrijven dat de administratieve lasten echt omlaag moeten. Dit betekent meer vertrouwen in de kennis en kunde van zorgprofessionals.

Naar aanleiding van de opmerking over het verbeteren van de kwaliteitsnormen in de curatieve en langdurige zorg het volgende. In de ggz zijn door kennisinstituut Akwa GGZ zorgstandaarden

opgesteld. Hierbij is gekeken naar de stand van de wetenschap en ervaring in de praktijk in relatie tot bewezen effectiviteit van interventies. De implementatie van deze zorgstandaarden verdient nog veel aandacht. Het Zorginstituut Nederland heeft via de Zinnige Zorg-trajecten daarbij met het veld een verbeterpotentieel in beeld gebracht. P3NL neemt bij het uitvoeren van de verbeterplannen haar verantwoordelijkheid. Een concreet knelpunt daarbij is dat een andere inrichting van de zorgorganisatie een complexe transitie is waarbij het huidige financieringsstelsel een remmend effect heeft. Omdat de kosten voor de baat uitgaan, is er ruimte nodig om processen opnieuw in te richten.

4.3 Gepast gebruik en uitkomstgerichte zorg

Eens met beleidsoptie ‘meer tijd voor het gesprek in de spreekkamer en samen beslissen’. De professional en cliënt moeten en kunnen samen beslissen wat de beste zorg voor deze cliënt. We sluiten ons aan bij de oproep om uitkomst informatie beschikbaar te stellen voor cliënten, maar zijn kritisch als het gaat over het gebruiken van de uitkomsten voor financiële beloning. Zie hiervoor ons [standpunt voortgangsfeedback](#).

4.4. Ruimte voor de professional en meer werkplezier

We zijn het eens met de beleidsoptie om zorgprofessionals meer zeggenschap, regie en autonomie te geven en met de beleidsoptie ‘minder werk- en regeldruk’.

4.6. Financiële prikkels

We verwachten veel van het zorgprestatie model. De voornemens die staan onder ‘generiek kwaliteitskader voor passende zorg’ lijken ons inhoudelijk goed, maar we zijn beducht voor meer administratieve lasten en regels.

Voor de GGZ start in 2021 het traject voor zorgevaluatie en gepast gebruik (ZEGG). We denken dat dit een goed raamwerk biedt voor onder het ontwikkelen en implementeren van zorgstandaarden, voortgangsfeedback en lerende netwerken en het uitvoeren van kennisagenda’s in de sector. In algemene zin is er een groter onderzoeksbudget nodig voor psychologische zorg. Het huidige budget staat in schril contrast met dat voor somatische zorg. Ten tijde van de corona-crisis is duidelijk het grote belang van psychologische zorg en mentale veerkracht gebleken.

Namens P3NL,

Drs. M.H.C. (Marnix) de Romph,
Directeur

30 januari 2021 / Marnix.de.romph@p3nl.nl