



*Bijlage bij brief d.d. 31-01-2013 aan CvZ
reactie conceptadviesrapport 'geneeskundige ggz deel 2'*

Toegang tot zorg

Uitgangspunt voor het Landelijk Platform GGz is dat patiënten de zorg krijgen die nodig is, zorg die passend is, die voldoet aan kwaliteit- en leveringscriteria, op de plek die daar het beste toe geëigend is, en door gekwalificeerde beroepsbeoefenaren wordt verleend. Dit geldt zowel voor de somatische als geestelijke gezondheidszorg. Passende zorg vanuit cliëntperspectief betekent ook dat zorg wordt gegeven vanuit een maatschappelijke hersteloriëntatie, dat er niet onnodig wordt gemedicaliseerd en dat er geen over- of onderbehandeling plaatsvindt. Wij onderschrijven het belang van een zorgcontinuüm waarbij geen hiaten in de verzekerde zorg worden gecreëerd. Wanneer de door CvZ geadviseerde pakketbeperkingen worden doorgevoerd, dan verliezen we de kwaliteit van de geleverde zorg volledig uit het oog.

Klacht vs. stoornis

In het rapport wordt aangegeven dat zowel de diagnostiek, ondersteuning en behandeling van klachten en stoornissen door de huisarts onder de verzekerde zorg vallen. Ook kan de huisarts verwijzen voor diagnostiek/behandeling in het geval van vermoeden van een psychische aandoening. Het rapport maakt echter ook onderscheid tussen klachten vs. stoornissen en stelt dat bij klachten nooit van verzekerde g-ggz sprake kan zijn. Als iemand met deze klachten door de huisarts wordt doorverwezen naar een psycholoog of psychiater, moet hij/zij de zorg zelf betalen.

De achterliggende argumentatie is dat deze klachten 'vanzelf' zullen of kunnen overgaan (voor zover sprake is van zelfmanagement van de patiënt) en dat het om een relatief lage ziektelast gaat. Onder de psychische klachten die niet meer vergoed worden, vallen bijvoorbeeld aanpassingsstoornissen, faalangst of depressieve klachten na scheiding, overlijden of een andere ingrijpende levensgebeurtenis. Behandeling van deze klachten valt niet alleen niet buiten de geneeskundige ggz, maar wordt zelfs helemaal niet meer vergoed.

Het Landelijk Platform GGz onderschrijft het principe dat bij levensproblemen geen zware zorg moet worden ingezet als dat niet nodig is. Het verstrekkende onderscheid dat het CvZ adviseert, vinden wij echter onjuist, onuitvoerbaar en onverstandig om de volgende redenen:

- Behandeling die gericht is op het voorkomen van klachtenverergering, maakt wel onderdeel uit van de verzekerde g-ggz. Ook in de optiek van CvZ. De stelling dat specialistische behandeling van psychische klachten uitgesloten wordt van g-ggz is daarmee strijdig.
- Diagnostiek moet uitgevoerd worden door deskundige professionals, de rollen en competenties van huisarts en poh-ggz staan wellicht eenvoudige screening en triage toe, maar géén diagnostiek.
- Er wordt geen rekening gehouden met (voorspelbaar) verloop van psychische aandoeningen zoals depressie, angst- en panieklachten, delier etc., waarbij bekend is dat deze kunnen recidiveren en/of verergeren. Daarnaast verergeren problemen juist als er niet tijdig en adequaat wordt behandeld.
- Er wordt geen risico-inschatting gedaan: bij bijv. relatieproblemen en echtscheiding ontstaat een hoger risico op psychopathologie. Kinderen uit gescheiden gezinnen hebben 2 tot 3x zoveel problemen als andere kinderen. Bekend zijn: somberheid, angstklachten, een negatiever zelfbeeld en meer agressief en crimineel gedrag in de eerste 2 jaar na de scheiding. 30% van de kinderen houdt ook lang daarna nog klachten.
- Tijdig signaleren is een voorwaarde voor adequate en effectieve behandeling. Klachten die een voorbode zijn van een onderliggende ernstige aandoening, bijvoorbeeld frequente panieklachten, leiden later in het leven tot een generaliseerde angststoornis.

Kortom, het onderscheid tussen klachten vs. stoornissen is minder eenduidig vast te stellen dan CvZ suggereert. Bovendien zijn de huisarts en poh-ggz in deze situaties niet de meest geëquipeerde



behandelaren. Dit onderscheid wordt overigens ook niet gehanteerd bij vergelijkbare lichamelijke aandoeningen, waarbij de tweedelijns specialist samenwerkt met de huisarts; bijv. bij COPD, diabetes.

Geïndiceerde preventie

Geïndiceerde preventie is gericht op mensen met beginnende klachten die na enige tijd kunnen overgaan of die zich ontwikkelen tot een stoornis. De klachten zijn (nog) niet zo ernstig dat een diagnose wordt gesteld). CvZ adviseert de minister om geïndiceerde preventie van depressie, problematisch alcoholgebruik en paniekstoornis niet voor rekening van de Zorgverzekeringswet (Zvw) te bieden **OF** (en CvZ biedt hier een keuze) dat geïndiceerde preventie in de Zvw blijft en dat het onderdeel moet zijn van zorg die huisartsen plegen te bieden. Wij vinden dit een onverstandige uitsluiting, mede i.v.m. de gegeven keuze voor de behandelaar:

- Als deze zorg niet meer wordt vergoed, of de behandeling 'blijft steken' bij de huisarts, zullen de klachten door niet tijdig te behandelen verergeren en uiteindelijk zal veel duurdere zorg, bijvoorbeeld opname in een instelling, nodig kunnen zijn.
- De risico's dat (volwassen of jeugdige) patiënten uiteindelijk op straat of in het criminele circuit belanden met alle maatschappelijke gevolgen van dien, zijn niet bij de advisering betrokken.
- Ook willen wij graag weten of u dit onderdeel van het advies baseert op onderzoek, waarbij de ervaren ziektelast en de ervaren kwaliteit van leven onderzocht zijn.
- Ook hier geldt dat wij het van belang vinden dat juist deze patiënten (kunnen) worden behandeld door degenen die daarvoor goed geëquipeerd zijn. Dat is o.i. momenteel niet de huisarts of een poh-ggz.

Kortom, preventie kan een belangrijk middel zijn waarmee later hogere zorgkosten kunnen worden voorkomen. Wij raden aan om deze behandelingen in de g-ggz te houden. De doelstellingen van geïndiceerde preventie zijn immers dat het zowel is gericht op het voorkomen van klachtenverergering als op het voorkomen van stoornissen.

Maximumduur vergoeding bij chronische aandoeningen

CvZ adviseert om een maximale vergoedingstermijn in te stellen van één jaar voor behandeling en begeleiding van pervasieve ontwikkelingsstoornissen (zoals autisme, stoornis van Rett, Asperger etc.) De argumentatie daarbij is dat het om stoornissen gaat met blijvende tekortkomingen. Er zou na 1 jaar nog wel sprake van vergoeding kunnen zijn van de zorg, maar dan uit een ander financieel kader van de Zvw, AWBZ, jeugdzorg of Wmo. Als er sprake is van een chronisch verloop en er is een stabiele stationaire fase in het ziekteproces, dan is g-ggz niet meer nodig. Het kan dan mogelijk zijn dat de huisarts de overige zorg overneemt en/of dat de psychiater alleen nog medicatiecontacten verzorgt. Verdere langdurige zorg is dan niet-geneeskundig van aard, maar gericht op zelfredzaamheid en participatie. Het Landelijk Platform GGz vindt dat hier een te algemene en onjuiste conclusie getrokken is, gebaseerd op een incomplete afweging en vindt deze grens buitengewoon onverstandig:

- Er is geen rekening gehouden met de aard van de aandoening. Stoornissen als autisme gaan niet over en blijven een leven lang aanwezig.
- Grote groepen patiënten (kinderen en volwassenen) worden uitgesloten van behandeling.
- Het verloop van de manifeste psychische aandoening is niet gezien. Chronisch betekent meestal stabiel voor een bepaalde periode, dus tijdelijk stabiel. Bij veel chronische aandoeningen is bekend dat er incidenteel, maar met enige regelmaat, sprake is van terugval, crisis of recidive. Dan is snelle en adequate interventie noodzakelijk.
- Een diagnose is niet voor niets gesteld. De diagnose autisme is een startpunt van waaruit bijv. kinderen moet leren omgaan met de (ontwikkelings)stoornis tijdens alle levensfasen. Bovendien vallen deze kinderen vaak terug in periodes waarin er belangrijke veranderingen plaatsvinden in hun leven. De puberteit en de overgang naar de middelbare school bijvoorbeeld. Bij een dergelijke terugval is vaak kortdurende behandeling nodig.
- De kwaliteit van de behandeling is in het geding. Patiënten met die medicatie nodig hebben zouden voor controles aangewezen zijn op de huisarts die geen specialistische kennis hierover bezit, maar



wel zou moeten gaan beoordelen of het meest passende middel in de juiste dosering nog steeds wordt voorgeschreven.

Kortom, juist bij de behandeling van deze aandoeningen is maatwerk nodig. Een beperkte behandelingsduur of voor sommige groepen (m.n. kinderen) zelfs helemaal geen behandeling, is het tegenovergestelde van maatwerk.

Helemaal niet meer vergoed

In het CvZ rapport is aangegeven dat niet bij alle DSM-IV stoornissen sprake is van g-ggz. CvZ 'labelt' een groot aantal stoornissen als geen psychische stoornis, zonder nadere argumenten. Het gevolg van deze 'vinkjescultuur' lijkt dat psychische zorg voor slachtoffers van lichamelijk geweld, misbruik en mishandeling, die daar psychische schade aan over houden, niet langer g-ggz is. En ook dat kinderen met een stoornis in de motorische vaardigheden, zoals DCD, leerstoornissen of dyscalculie, buiten de boot vallen. (Een uitzondering wordt gemaakt voor ernstige enkelvoudige dyslexie.)

Het Landelijk Platform GGz vindt dat hierdoor patiënten de dupe worden van een versimpeld beeld op psychiatrische zorg en dat, als het CvZ dit niet zo heeft bedoeld, het beter was geweest om dit niet zo te noteren:

- DSM-IV wordt misbruikt om een bezuiniging te beargumenteren. DSM-IV is geen internationale standaard voor het vaststellen van psychische aandoeningen. Het is een classificatiemiddel dat een psychiater gebruikt om mede op basis van andere criteria vast te stellen of er sprake is van een psychische aandoening c.q. stoornis.
- De vraag en de draagkracht van de patiënt, zijn familie en netwerk dienen de uitgangspunten te zijn voor de zorg. Het gaat om de vraag welke hulp en zorg deze persoon op dit moment nodig heeft (stepped care en matched care). Dus twee personen met dezelfde DSM-stoornissen kunnen een totaal verschillende zorgvraag hebben. De zorg moet de patiënt en zijn netwerk ondersteunen en aanvullen.
- Er wordt geen rekening gehouden met comorbiditeit e/o ernst van de aandoening. Patiënten hebben niet zelden gecombineerde problematiek, bijv. patiënten met ADHD of schizofrenie en verslavingsproblematiek, of bijv. bij angststoornissen en depressie. Deze patiënten worden geconfronteerd met een willekeurige beslissing over welke aandoening primair was. En daarvan hangt nota bene af of de zorg vervolgens wél of níét wordt vergoed.
- Het vermoeden over de oorzaak van de aandoening wordt gebruikt om de behandelingen uit te sluiten van de g-ggz. Dat is een wel erg simpele zienswijze: immers neurofysiologische stoornissen en biologische aandoeningen interacteren op een complexe manier met psychische aandoeningen. Dit is aan de orde bij delier, dementie, angststoornissen, autisme, depressie, schizofrenie en ADHD.
- Diagnostiek en behandeling van psychische aandoeningen met gedragscomponenten is maatwerk. Dat gedragsaspecten mede worden betrokken in diagnostiek, rechtvaardigt nog niet dat de gehele behandeling uitsluitend is gericht op participatie en daarom uitgesloten zou moeten worden van verzekerde zorg.
- Het Landelijk Platform GGz onderkent dat het in huidige zorgaanbod soms onduidelijk is, door welke aanbieder patiënten met meervoudige en/of complexe aandoeningen worden behandeld. Dat heeft soms meer te maken met de initiële of met meest-in-het-oog-springende problematiek, of met het beschikbare aanbod dan met de aandoening of de hulpvraag zoals die zich ontwikkelt na verloop van tijd. Wij zouden graag willen voorkomen dat zorg onverzekerd wordt vanuit de redenering: eens een leerstoornis, altijd een leerstoornis.

Kortom, de verzekerde zorg mag niet op basis van ondeugdelijke argumenten 'over de heg worden gezet' zonder aanspraak op alternatieve bekostiging. Als CvZ al overgaat tot het adviseren dat een behandeling uit het verzekerd g-ggz basispakket zou moeten gaan, dan dient vooraf duidelijk te zijn onder welk regime een afdwingbare aanspraak op verzekerde zorg bestaat. Tevens zou de focus moeten liggen op het handelen van de professional zoals dit in het licht van richtlijnen en zorgstandaarden wordt geduid.



Gemis aan integraliteit door schotten tussen somatiek en psychiatrie

CvZ maakt onderscheid tussen primair lichamelijke of psychische aandoeningen en acht dementie een primair somatische aandoening, met als gevolg dat de zorg niet onder de g-ggz valt. Wel kan g-ggz aan de orde zijn tijdens de diagnosefase en tijdens ernstige ontregelingen (bijv. agressie). CvZ beveelt aan om voor dementie een integrale bekostiging te ontwikkelen i.p.v. de huidige versnippering bij Zvw en AWBZ.

Hoewel het idee van een integrale bekostiging perspectief biedt, vindt het Landelijk Platform GGz deze redenering een stap terug in de tijd, waarmee nieuwe schotten worden opgeworpen tussen somatiek en psychiatrie, maar ook een bedreiging voor integraliteit van behandeling:

- In het Bestuurlijk Akkoord d.d. juni 2012, is afgesproken dat partijen alles zullen doen om de tweedeling in lichamelijke en psychische ziekten te laten verdwijnen. De koers die CvZ hiermee inzet, is strijdig met dit streven naar de-stigmatisering.
- Aandoeningen zijn vaak niet ééndimensioneel van aard. Een delier is een psychotische stoornis, met andere kenmerken en een, soms, aanwijsbare oorzaak.
- Bovendien is er sprake van een wisselwerking: niet psychische klachten zijn vaak het gevolg van psychische aandoeningen en moeten dus behandeld worden. CvZ betreft geen onderzoek naar deze feiten in de afweging.
- Door goede zorg in de keten te organiseren maken we een integrale benadering van cure en care mogelijk; de aanspraken op verzekerde zorg moet daarmee in overeenstemming zijn.
- Voor dementie geldt dat momenteel al vaak onderbehandeling aan de orde is. Het uitsluiten van dementie van de g-ggz zal ernstige gevolgen hebben.
- Het voorbeeld van dementie is wel illustratief voor de reden waarmee patiënten momenteel bij zorgaanbieders terecht komen; dit is soms meer toeval dan beredeneerd.

Kortom, zorg dient adequaat, integraal, professioneel en transparant te zijn. Verleend door de best geëquiperde professional, gecoördineerd en afgestemd op de behoefte in verschillende levensdomeinen. Daarbij hoort een integrale bekostiging op grond van transparante criteria, gekoppeld aan zorgpaden, ook bij andere aandoeningen dan dementie. En ook als dat de 'domeinen' in ons zorgstelsel overschrijdt, moet de aanspraak op integrale zorg verzekerd zijn.

Machtiging of toestemming van zorgverzekeraar vereist

CvZ raadt de verzekeraars aan dat zij voor chronische psychische stoornissen machtigingen invoeren voor verdere behandeling na bijv. twee jaar, en om na enige tijd te controleren of begeleiding, als onderdeel van de zorg, een noodzakelijk onderdeel van de g-ggz moet zijn (of onder de Wmo of AWBZ valt.)

Het Landelijk Platform GGz voorziet hier willekeur, rechtsongelijkheid en onverzekerde patiënten:

- Het verloop van de stoornis zou moeten bepalen of voortgezette behandeling en begeleiding nodig is. Het Landelijk Platform GGz erkent dat behandelaars door de bekostigingssystematiek verleid kunnen worden om patiënten (te) lang 'in behandeling te houden' en dat klinische opname door sommige patiënten als een 'veilige oplossing' wordt gezien.
- De activerende begeleiding die onderdeel uitmaakte van de AWBZ en die bij de wijziging van de aanspraken op AWBZ-begeleiding vervielen, is daardoor bij de overgang van de curatieve AWBZ niet naar de Zvw overgegaan, maar 'zoekgeraakt'. Deze aanspraak moet worden hersteld en goed omschreven, zowel in de DBC-systematiek als in de verzekerde aanspraken.
- Begeleidingsactiviteiten die voortvloeien uit het behandelplan en noodzakelijk zijn om het behandeldoel te bereiken, worden aangestuurd door de behandelaar en er vindt een terugkoppeling plaats naar de behandelaar. De noodzaak is dat de psychische aandoening het functioneren dusdanig belemmert, dat herstel onmogelijk is zonder therapeutische omgeving en gestructureerde begeleiding. Dit is aan de orde bij bijv. verstoord bewustzijn en perceptie/waarneming (verslaving, Alzheimer, ADHD, autisme), verstoord denken, geheugen en oriëntatie (NAH, schizofrenie), verstoord communicatie (verminderd cognitief functioneren, delier, afasie, autisme, angststoornissen) en bij risicovol en ongewenst gedrag (lichamelijk of verbaal agressief gedrag, manipulatief gedrag of grensoverschrijdend seksueel gedrag, dwangmatig gedrag, zelfverwondend of zelfbeschadigend gedrag).



- Behandeling alleen is dan onvoldoende om herstel te bereiken, omdat de patiënt voortdurend (of onplanbaar) disfunctioneert. De begeleiding in het kader van de behandeling voorkomt ook verergering van de psychische stoornis. Frequentie bijsturing in de begeleiding is in deze gevallen noodzakelijk. De Beleidsregels Indicatiestelling AWB-begeleiding, gaven daarvoor criteria en deze zijn o.i. nog steeds van kracht.
- De uitvoering en bekostiging van dagbehandeling/dagbesteding/daginvulling als onderdeel van integrale zorg moet worden geborgd, zodat herstelgeoriënteerde zorg een activerend effect heeft. Zowel voor medisch als voor persoonlijk herstel.
- Het Landelijk Platform GGz onderschrijft het belang van verdere ontwikkeling van zorgrichtlijnen en zorgstandaarden en het ontwikkelen van heldere criteria voor behandel- en opnameduur. Deze keuzes dienen goed inhoudelijk onderbouwd te worden. Het mag o.i. niet zo zijn, dat de individuele zorgverzekeraar dit willekeurig beslist, mede ter voorkoming van rechtsongelijkheid.

Kortom, chronische psychische aandoeningen hebben veelal een fluctuerend karakter. Daarom vindt het Landelijk Platform GGz het een riskant advies om een ongeclausuleerde vrijbrief aan zorgverzekeraars te verlenen om na een periode van twee jaar geen machtiging of toestemming te verstrekken voor voortgezette behandeling of begeleiding. Dit is onjuist en criteria voor de noodzaak van zorg zouden in de richtlijnen en zorgstandaarden moeten worden vastgelegd, voor zover ze dat nog niet zijn.

Niet-verzekerde interventies

CvZ adviseert zorgverzekeraars om bij de zorginkoop rekening te houden met de lijsten waarop staat welke interventies wel/niet tot verzekerde zorg behoren. Zorgverzekeraars zijn zelf begonnen met het opstellen van deze lijsten en zijn verantwoordelijk om zelf te bepalen of een interventie voldoet aan de stand van de wetenschap en de praktijk. Zo is bijv. Mindfulness Based Cognitive Therapy alleen verzekerde zorg voor volwassenen die voor de vierde maal in een depressie raken. Evidente interventies zoals SFT en TFT ontbreken bij de behandeling van persoonlijkheidsstoornissen. Hoewel het inderdaad een bevoegdheid is van de zorgverzekeraars om vast te stellen welke interventies voldoen aan het criterium 'bewezen effectief'.

- De uitleg van dit criterium is onjuist en beperkt de wettelijke reikwijdte. Het Besluit zorgverzekering bepaalt dat de inhoud en omvang van zorg of diensten **mede** wordt bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk, en bij het ontbreken van zodanige maatstaf, door wat in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten. Geneeskundige zorg omvat **mede** de zorg zoals huisartsen, klinische psychologen en medisch specialisten die plegen te bieden.
- Het inzetten van een specifieke interventie moet altijd in de context van een persoon (en van ernst en verloop van de aandoening) worden geplaatst.
- De effectiviteit van behandelingen is niet altijd aantoonbaar door wetenschappelijk onderzoek en/of af te leiden uit wat gebruikelijk door beroepsbeoefenaren wordt geleverd. In een aantal situaties zal wetenschappelijk onderzoek niet (kunnen) worden gedaan vanuit ethische overwegingen; bijv. of preventieve activiteiten effect hebben, kan niet worden vastgesteld door een representatieve steekproef van cliënten een vergelijkbare interventie te onthouden.
- Daarbij is 'bewezen wetenschappelijke effectiviteit' niet absoluut; er zijn gradaties. Soms tonen onderzoeken een bepaalde mate van effectiviteit aan. Dan kan de behandeling/interventie zinvol zijn, maar zijn de onderzoeksresultaten niet te generaliseren. Soms wordt een behandeling bij de ene stoornis als bewezen effectief aangemerkt en bij de andere stoornis niet, omdat het daarvoor niet onderzocht is of omdat in het onderzoek de steekproef cliënten met die aandoening te laag was. De vraag is daarom zou er sprake moeten zijn van een 'omgekeerde bewijslast': iets is verzekerde zorg tenzij onderzoek aantoont dat het bewezen niet-effectief is?

Kortom, de uitleg van CvZ bij de totstandkoming van deze lijst, rechtvaardigt geen 'hard' onderscheid tussen wel en niet verzekerde g-ggz. Wij pleiten voor effectiviteitsmeting waarin de (door patiënt en familie) ervaren effectiviteit een onderdeel is. Daarnaast komt het ons voor dat dergelijk effectiviteitonderzoek ook zinvol zou zijn voor behandelingen, therapievormen en interventies die op dit moment worden toegepast. Wij zijn van mening dat bestaande 'gangbare' behandelingen ook op hun effectiviteit getoetst mogen worden.



Analyse van stijgende zorgkosten ontbreekt

Het verzoek van het ministerie van VWS aan het CvZ om een advies uit te brengen over welke zorg behoort tot de (verzekerde) 'onbetwistbare ggz', is ingegeven door stijgende kosten in de zorg. Zowel het ministerie als het CvZ zoeken de oplossingen vooral in het pakketbeheer en in mogelijkheden om de huidige aanspraken, de soorten zorg of de indicatie, in te perken. Het zou o.i. voor de hand liggen om op basis van een analyse van de oorzaken van de groei in de eerste plaats een beargumenteerde prognose te ontwikkelen. In het eerste deelrapport geeft CvZ een vluchtige analyse over de oorzaken van de kosten- en volumegroei die laat zien dat er veel factoren bijdragen aan de groei, bijv. de groei van psycho-geriatrie. Het Landelijk Platform GGz wijst erop dat het min of meer toevallig is dat ca. 25.000 mensen met dementie in de geneeskundige ggz terecht zijn gekomen. Voor ca. 100.000 ouderen geldt dat nog geen diagnose dementie is gesteld is. Als er aangrijpingspunten voor kostenbeheersing worden gezocht, dan zou dit o.i. (beter) moeten aansluiten op zorgvuldige onderbouwing en concrete voorspellingen.

Alternatieven

De geneeskundige ggz levert ook veel op. Verschralen van goede zorg lijkt op korte termijn besparing op te leveren, maar zal op lange termijn schadelijk zijn voor goede gezondheidszorg, voor de arbeidsproductiviteit en voor de (maatschappelijke) inzetbaarheid van mensen. Kritisch kijken naar wat noodzakelijk te verzekeren zorg is, blijft nodig. Maar in de dagelijkse praktijk ervaren patiënten vele vormen van inefficiëntie in de zorg. Die ervaringen brengen wij met regelmaat in beeld. Het is vooral de aanpak van deze inefficiëntie die naar onze mening nodig is om te komen tot duurzame zorg. Hoe zou het dan wel moeten/ of kunnen?

- Initiatieven rondom 'gepast gebruik' ervaren wij als een kansrijke weg die ook een bijdrage leveren aan de kwaliteit van zorg.
- O.i. dient ook de manier van betalen in de curatieve ggz transparanter te worden en meer gericht op kwaliteit en gezondheidswinst. Kwalitatief goede zorg voorkomt overbehandeling, onnodige complicaties en onnodige verwijzingen.
- Het betrekken van patiënten bij hun zorg-/behandelplan verbetert therapietrouw en daardoor kunnen complicaties bij chronische aandoeningen afnemen. Daar kan nog veel worden verbeterd.
- Goed georganiseerde, laagdrempelig toegankelijke en samenhangende basiszorg leidt ertoe dat patiënten zelfredzamer worden, minder klachten hebben en minder gebruik maken van de zorg.
- Het Landelijk Platform GGz onderschrijft het standpunt van het CvZ dat zorg bij voorkeur geboden moet worden op basis van richtlijnen en pleit ervoor dat bij ontwikkeling en aanpassing van richtlijnen criteria worden opgenomen voor (wanneer wel/niet) deeltijdbehandeling opname en behandelduur (wanneer en hoelang).
- Daarnaast valt er kwalitatieve winst te behalen door onder andere in richtlijnen en zorgstandaarden meer aandacht te geven aan het te verwachten effect van een behandeling en voor het tijdig stoppen van behandeling en eventueel overstappen op een andere behandeling.
- Er valt efficiencywinst te behalen door te sturen op zelfregie, zelfmanagement, eigen verantwoordelijkheid en vooral op herstel en burgerschap. Daar valt voor zowel klanten, aanbieders en financiers nog veel doelmatigheidswinst te halen, mits we het slim organiseren.
- Het Landelijk Platform GGz kan zich vinden in de aanbevelingen van het CvZ dat bij de invoering van de basis-ggz, het maximum van 5 zittingen en de eigen bijdrage per zitting eerstelijns psychologie kunnen vervallen en dat de prestaties van de basis-ggz in de Zvw moeten worden geregeld.
- Voor wat betreft deskundigheidsniveau en de bekostiging van de basis-ggz en gespecialiseerde ggz onderschrijven wij de ontwikkeling dat meer duidelijkheid komt over het zgn. 'hoofdbehandelaarschap'. In de Zvw is geregeld dat zorgverzekeraars kunnen bepalen wie de zorg levert. De norm voor hoofdbehandelaarschap kan door beroepsgroepen zelf worden ontwikkeld of worden opgelegd. Echter voor patiënt en familie is het van belang dat gewaarborgd is, dat de juiste (meest deskundige) professional de diagnostiek en behandeling uitvoert, dat deze zich houdt aan beroeps- en kwaliteitsnormen en dat er iets te kiezen valt.

Kortom, de zorg is op veel fronten nog te verbeteren, en dat levert ook besparingen op. Daarbij zouden kwaliteit en effectiviteit leidend moeten zijn.