

HET NEDERLANDS INSTITUUT VAN PSYCHOLOGEN IS DE GROOTSTE BEROEPSVERENIGING VAN PSYCHOLOGEN, HOUDT DE ONTWIKKELING VAN HET VAKGEBIED IN HET OOG EN BEHARTIGT DE BELANGEN VAN PSYCHOLOGEN DOOR TE ZORGEN DAT ZIJ GEHOORD EN GEZIEN WORDEN BIJ ALLE PARTIJEN DIE ERTOE DOEN. IEDERE MAAND LEGGEN WE VERSCHILLENDE BETROKKEN NIP-LEDEN EN NIP-MEDEWERKERS EEN VRAAG VOOR: **WAT HOUDT U ZOAL BEZIG EN WAT MERKT U VAN HET NIP?** EEN KIJKJE IN ONS BREDE EN DIVERSE VAK!

Psychologen maken zelf het verschil!

Jeroen Muller over kostenbesparing in de ggz en P3NL

Het NIP blijft bouwen aan het Huis van de Psychologie en streeft ernaar de belangen van psychologen ook gezamenlijk te behartigen. Daartoe is P3NL opgericht, een brede federatie van negen beroeps- en wetenschapsverenigingen voor psychologen, psychotherapeuten en pedagogen, waar het NIP ook deel van uitmaakt (zie ook www.p3nl.nl). Jeroen Muller, vicevoorzitter van het NIP en tevens voorzitter van P3NL, vertelt over de nieuwe federatie en over een kansrijk model dat de kwaliteit van de zorg kan verbeteren en dat een kostenbesparing

binnen de ggz kan realiseren. En ook over hoe we kunnen leren van de eerste successen die voortkomen uit de nieuwe benadering van onze maatschappelijke opgave. 'Ons doel is bredere erkenning voor de maatschappelijke bijdrage van de psychologie en voor de inzet van psychologen.'



Is er genoeg waardering voor het werk van psychologen?

'Als brede wetenschappelijke discipline draagt de psychologie bij aan het oplossen of verminderen van grote maatschappelijke problemen. Binnen het NIP leeft sterk de wens om deze bijdrage herkend en erkend te krijgen. Die waardering van de buitenwereld wil het NIP vertaald zien naar de dagelijkse beroepsuitoefening van psychologen, door minder regels, financiële waardering en erkenning voor de kwaliteit. Uiteindelijk moet je als psycholoog, als inhoudelijk deskundige, de ruimte krijgen je werk te kunnen doen.'

Sinds april 2015 zijn de krachten van negen beroepsverenigingen gebundeld binnen P3NL. Wat zijn de speerpunten van deze nieuwe federatie?

'Toen de eerste gesprekken werden gevoerd over het intensiveren van de samenwerking tussen de verschillende verenigingen was het Bestuurlijk Akkoord GGZ nog van kracht. We zaten met vele verschillende partijen aan tafel bij de minister van VWS om over de belangen van psychologen te praten. Aan die tafel waren enorm veel mensen aangeschoven vanuit allerlei verenigingen, ook van niet-psychologen, met allemaal meningen, en die gesprekken werden niet gevoerd vanuit het maatschappelijk belang van de ggz, maar vanuit het eigen belang. En die belangen verschilden omdat iedere groep een andere deelgroepering als achterban heeft. Dat is niet effectief en versnippert onze kracht. Inmiddels zijn de krachten gebundeld en zijn

speerpunten geformuleerd. Gezamenlijk werken we nu aan het maatschappelijk probleem: hoe verhoog je de kwaliteit van de zorg in de ggz en breng je tegelijkertijd de kosten omlaag.'

'Gezamenlijk werken we nu aan het maatschappelijk probleem: hoe verhoog je de kwaliteit van de zorg in de ggz en breng je tegelijkertijd de kosten omlaag'

Is die kwaliteit niet goed dan?

'H et kan nog veel beter. Door nog zuiverder methodisch te werken. Door de nieuwe zorgstandaarden te gebruiken in de spreekkamer. Dan zal de effectiviteit van de zorg toenemen. De compliance aan richtlijnen is in de hele zorg laag, ook in de sommaties. We zouden dat moeten willen verbeteren in het belang van onze cliënten. Onze opdracht als psychologen is om binnen de ggz zorg te leveren aan kwetsbaren, en we weten dat dit meestal ook de mensen zijn die niet in staat zijn zelf hun behandeling te betalen. Er dreigt een tweedeling in de zorg. Armere mensen kunnen straks hun polissen niet meer betalen en gaan zorg vermijden, met alle risico's van dien. Daar zitten veel van onze cliënten bij. Dat is de reden dat wij ook onze verantwoordelijkheid moeten nemen om de kosten binnen de ggz te beteugelen. Daarbij moeten we niet vergeten dat slechts € 5,5 miljard (dus 8 procent) van de totale zorgkosten de ggz betreffen. De administratieve lasten binnen de ggz bedragen ongeveer € 1 miljard, maar gelukkig weten we dat bedrag naar beneden te krijgen, bijvoorbeeld door de introductie van het kwaliteitsstatuut, waardoor we een kwaliteitstoets hebben voor alle verzekeraars.'

Wat kunnen het NIP en P3NL bieden aan VWS, zorgverzekeraars, maar zeker ook aan psychologen?

'W ij hebben een model van kosteneffectiviteit ontwikkeld, waardoor je vanuit de inhoud het probleem van de stijgende kosten kunt aanpakken en tegelijkertijd de kwaliteit kan verbeteren. Wij gebruiken daarbij de theorie van Michael Porter. Die gaat over waardevermeerdering in de zorg. (https://nl.wikipedia.org/wiki/Michael_Porter). Volgens Porter moet iedere euro gezondheidswinst opleveren. Hoe meet je dat? Dus hoeveel geld kost kwaliteit? En wanneer levert die euro geen gezondheidswinst meer op? Uit wetenschappelijk onderzoek blijkt dat de gezondheidswinst afneemt naarmate de therapie langer duurt. Daarnaast leert de literatuur ons nog dat wij, als behandelaren,

geen helder en op data gefundeerd beeld hebben wanneer we moeten stoppen met behandelen. Het is daarom essentieel dat we het verloop van de effectiviteit gaan meten.'

'We zijn vaak zo gepassioneerd om cliënten verder te helpen, dat we vanuit die behoefte soms overbehandelen, zonder extra resultaat'

High value care

In zijn model stelt Porter dat iedere euro die je uitgeeft in de zorg ook gezondheidswinst moet opleveren. Is het zo dat we soms investeren in de zorg zonder dat het nog gezondheidswinst oplevert? Moeten we eerder stoppen met behandelen?

'D at is een heel goede vraag. Het blijkt inderdaad dat we zowel over- als onderbehandelen in de ggz. Dat is niet goed. Als je onze vakliteratuur goed bestudeert zie je dat behandelaren niet zo heel goed zijn in hun klinische besluitvorming over wanneer we een behandeling moeten stoppen. We denken heel vaak dat we een cliënt nog verder kunnen helpen, om achteraf te constateren dat het soms geen extra gezondheidswinst heeft opgeleverd. Ik begrijp dat goed. We zijn vaak zo gepassioneerd om cliënten verder te helpen, dat we vanuit die behoefte soms overbehandelen, zonder extra resultaat. We moeten dus het verloop van de effectiviteit van de behandeling meer gaan objectiveren.

Om een patroon van effectiviteit te kunnen bepalen moeten we allemaal meer gaan ROMmen. We nemen nu alleen een begin- en een eindmeting af, maar dat zegt niets over het verloop van de effectiviteit en kan nog steeds leiden tot overbehandeling. Vaker ROMmen betekent dat je weet dat de gezondheidswinst afneemt. Wat je ziet is dat het begin van de behandeling heel veel gezondheidswinst oplevert. Hier creëren we als behandelaar een hoge waarde. In het tussentijd van de behandeling neemt het af. Hier creëren we nog steeds waarde, maar die neemt al af. En in het laatste stuk van de behandeling creëren we nauwelijks nog waarde. Als je dat ziet uit je ROM-cijfers, moet je dat inbrengen in een peer review-overleg. Samen met je collega bespreken wat er aan de hand is. We pleiten dus weer voor het terugbrengen van supervisie en intervisie in het model. We moeten weer gaan leren van elkaar in plaats van met administratie en geld bezig zijn. Het is echter wel belangrijk dat we het moment van stoppen op termijn



in zorgstandaarden vastleggen En we moeten ons zeker ook realiseren dat er stoornissen zijn waarvoor dit model niet kan werken, denk bijvoorbeeld aan schizofrenie. Dit bovenstaande model werkt het beste voor de common mental disorders. Voor de EPA (ernstige psychiatrische aandoeningen) hebben we VWS een ander model gepresenteerd, dat veel meer over herstel gaat.'

Het model van Porter is door P3NL gepresenteerd aan de minister en de andere partijen van het voormalige bestuurlijke akkoord ggz. Hoe is dat ontvangen?

'E nthousiast. Zorgverzekeraars denken bijvoorbeeld dat er ongeveer € 750 miljoen bespaard kan worden op de low value care. Dat is ongeveer 15 tot 20 procent van de kosten van de ggz.'

Zijn er geen alternatieve modellen gepresenteerd om de maatschappelijke opgave te halen?

'N ee, er zijn geen andere alternatieven op tafel gekomen die een oplossing boden voor het besparen van kosten binnen de ggz, waarbij de kwaliteit van de zorg wordt verbeterd. Dat maakt het onze opgave om kritisch te blijven kijken naar het gekozen model. Het Porter-model sluit aan bij de agenda van minister Schippers waarin transparantie en meer interactie met de cliënt en regieschap centraal staan, daarom omarmt te minister dit model. Het geeft immers informatie over effectiviteit en geeft verbeterpunten. Dit model staat dan ook aan de basis van de Agenda voor gepast gebruik en transparantie. Deze gezamenlijke agenda van de partijen binnen de ggz is op 27 november 2015 aangeboden aan Minister Schippers.'

Stuurt het model ook psychologen inhoudelijk aan?

'H et is een lerend concept en is vooral bedoeld om supervisie en intervisie te verbeteren. Het is geen standaard en staat los van hoe je behandelt. Dat is aan de psycholoog. Het is een model voor inhoudelijke managers, niet voor bedrijfsvoerenden. We moeten zelf zorgen dat we klinische managers aan het roer zetten. Dit model pleit ervoor op te bouwen vanuit de inhoud en de zorg te personaliseren, immers niet iedere cliënt is hetzelfde!'

Hoe zorgen we er dan voor dat dit niet verwordt tot een afrekenmechanisme?

'A llereerst hebben we met VWS een voorwaarde afgesproken: de honderden miljoenen die het model de komende jaren oplevert, moeten beschikbaar blijven voor de ggz-sector. Het vrijgekomen budget moet ingezet worden om de wachtlijsten weg

te werken. Wij als psychologen willen immers meer cliënten behandelen, niet laten wachten! Met dit model bieden wij de maatschappij een oplossing voor het stijgende kostenprobleem en het feit dat we daardoor hogere premies moeten betalen als burger.'

Hoe zitten wij aan tafel? Als NIP of als P3NL?

'D ie dubbele pet is lastig, maar vooralsnog is het de realiteit. NIP werkt samen met de andere federatiepartijen en neemt wel initiatief in dit model, dat willen wij als NIP ook. Maar het is een model van ons allemaal. Je hebt voor zo'n model veel draagvlak van je achterban nodig en dus is het goed dat het ingebed is in de agenda van P3NL. Zo bereiken we nog meer psychologen, psychotherapeuten en pedagogen. Het is immers een manier om de verschillende partijen te binden op een inhoudelijk model. Ambitie moet zijn dat we gaan sturen op inhoud en dat dus de administratieve lasten omlaag kunnen.'

'Wij als psychologen willen immers meer cliënten behandelen, niet laten wachten!'

Wordt dit model ook andersom gebruikt om naar verzekeraars te kijken? Kunnen we hen bijvoorbeeld uit gaan sluiten als zij zich te detaillistisch blijven bemoeien met de inhoud?

'D at is nog eens een idee, maar nee dat is nu niet de rol van het model. Verzekeraars hebben nog een leidende rol in de inkoop en de betaling van de zorg; het is dus belangrijk om vanuit het gezamenlijk belang onze samenwerking te sturen. Overigens denk ik dat de effectiviteit van het model zich binnen vijf jaar zal bewijzen. Mijn oproep aan alle partijen is dan ook: ga uit van vertrouwen, in de professional, in de verzekeraar, de politiek, samen lossen we het op via de inhoudelijke weg.'

Dit model is eigenlijk volledig opgenomen in de Agenda voor gepast gebruik en transparantie, de 'Toekomstagenda ggz'. Is het nu klaar?

'E r zijn natuurlijk voor het NIP nog vele andere zaken belangrijk, er is ook een model waarin we de zorg voor mensen met een EPA beschrijven. Waar zorg overloopt in het sociale domein. Waar we denken aan herstel van cliënten, waarbij arbeidsparticipatie een belangrijke rol speelt. Dit zou een kans kunnen bieden voor onze A&O-psychologen. Kwetsbare cliënten

staan over het algemeen positief tegenover arbeidsparticipatie, maar vaak lukt het niet omdat de organisatie er niet klaar voor is. Kunnen we als A&O-psychologen helpen organisaties meer sociaal bewegen te maken? Kunnen we ze helpen om te voldoen aan de participatiewet? Moeten we denken aan modellen van taak-differentiatie? Of aan *job-carving* om werk op maat aan te leveren aan kwetsbare cliënten? Kortom, hier zie ik veel kansen voor onze A&O-sector.

In dit zorgmodel voor mensen met een EPA staan hele andere stoornissen centraal, zoals schizofrenie. De inzet is dan naast de reguliere behandeling ook gericht op interventies in het toeleiden naar werk en het creëren van een goede woonsituatie, waardoor cliënten minder snel terugvallen en decompenseren. Uit het werk van prof. Lieuwe de Haan zien we dat dit leidt tot minder snel terugvallen. Dit is winst voor de cliënt, maar ook voor de verzekeraar. Het scheelt weer opnames en het beperkt de schadelast. Het hebben van werk is dus heel belangrijk, immers participeren heeft een nog onvoldoende erkend positief effect op mensen. Daar kunnen we zeker ook mee aan de slag gaan als NIP. Het model, waar wij het nu net over gehad hebben, is het model waar partijen binnen P3NL elkaar in gevonden hebben, en waarmee wij de brug naar de minister en zorgverzekeraars mee hebben kunnen bouwen. P3NL gaat zich de komende periode dan ook richten op het gepast gebruik.'

Een tweede punt voor P3NL is 'Vroeger is beter'. Hoe krijgt deze vroegsignalering vorm?

Klopt, dit betreft de inzet van psychologen binnen de jeugdhulp en dit is de connectie tussen de sector Jeugd van het NIP en P3NL. Hier is Arielle de Ruiter de trekker, zij is bestuurslid van P3NL en voorzitter van de VKJP. Aan de 'tafel Jeugd' zitten de verschillende partijen binnen P3NL die actief zijn binnen de Jeugdwet. De discussie spitst zich onder andere toe op de verantwoordelijke werkdistributie, dus hoe zorgen we ervoor dat de juiste professional op de juiste plek zit. Daarnaast hebben we de ambitie om eerder te signaleren wanneer zich problemen voordoen bij jeugdigen om te voorkomen dat ze op oudere leeftijd cliënten in de volwassenen psychiatrie worden. Vroegdetectie en vroege interventies staan hier dus voorop.'

Op dit moment zijn dit de taken en punten die P3NL oppakt?

Klopt, P3NL is nog klein en net opgericht. De grootste uitdaging is nu om de negen partijen bij elkaar te houden. Een

belangrijk voorbeeld is de positie van de K&J-ers bij het kwaliteitsstatuut. P3NL heeft een ambitiesdocument opgesteld en vervolgens voornamelijk ambities geschraapt. De totale begroting van P3NL is ongeveer € 180.000,-, daar kun je niet zo veel mee doen. P3NL bereikt veel, maar wij hebben gezamenlijk ook duivelse dilemma's op te lossen. Wordt er gedacht aan samenwerken en samenvoegen van partijen lid van P3NL? Ja aan samenwerken zeker, maar wel met de kanttekening dat dit niet ten koste mag gaan van het NIP of de andere coalitiepartners. De visie moet een bindende factor worden waarbij we samen doelen nastreven.

Gezond versus ziek

**'Veel ziekteverzuim is een gevolg
van psychische stoornissen'**

Arbeid en Organisatie heeft een heel andere focus, de kennis en inzet van psychologie en psychologen is grotendeels gericht op gezonde mensen. Binnen de sector A&O van het NIP is er dan ook geen aansluiting bij P3NL. Hoe ziet de toekomst eruit wat dit betreft?

Ik noemde al de kansen die gaan ontstaan omdat de zorg als veld dichtbij het sociale domein komt te hangen. De *burden of disease* die psychische stoornissen met zich meebrengen zijn voelbaar voor veel organisaties. Werkgevers krijgen veel te maken met toenemende verantwoordelijkheden om medewerkers gezond te houden. Toch is veel ziekteverzuim een gevolg van psychische stoornissen. Hier ligt dus een terrein waar het werk van de A&O-psycholoog dichtbij dat van de clinicus komt. Een ander thema zoals de participatiewet en wat dit betekent voor het klaarmaken van organisaties noemde ik al. Er liggen dus voldoende aanknopingspunten. Al deze thema's zijn ook ingebracht door Fred Zijlstra van ons bestuur. Hier moet meer uit te halen zijn. Maar vooralsnog heeft een dag maar 24 uur en is de agenda volgepland met zorggerelateerde discussies. Het zou goed zijn als de sector A&O aansluit en meewerkt. Dit is goed voor onze A&O-psycholoog, voor onze cliënten, voor ons als werkgevers en voor ons als maatschappij. We willen toch liefst een inclusieve maatschappij waar iedereen recht heeft op gezondheid en zinvol werk?'