

Van:

Vereniging Persoonsgerichte experiëntiële Psychotherapie (VPeP)
p/a Christiaan Krammlaan 2
3571 AX Utrecht

Aan:

Zorginstituut Nederland
Kwaliteitsraad
T.a.v. Prof. Dr. Jan Kremer, voorzitter
Postbus 320
1110 AH Diemen

Utrecht, 29-7-2020.

Betreft: reactie op Concept Generieke Module Indiceren en Coördineren van zorg in de GGZ

Geachte heer Kremer,

Langs deze weg en in reactie op uw brief d.d. 8-7 jl. inzake het Concept Generieke Module Indiceren en Coördineren berichten we u als volgt.

Op hoofdlijnen stemmen we in met het concept. Het onderscheid tussen indicierend zorgverlener en coördinerend zorgverlener zoals in het Concept beschreven biedt een kader voor m.n. de cliënt waarbinnen kwalitatief goede zorg kan worden verleend. De beschrijvingen van de daartoe behorende competenties waarover de zorgverleners moeten beschikken ligt daarmee in het verlengde. Dit zal natuurlijk aansluiting moeten vinden bij de nieuwe Beroepenstructuur, die momenteel in ontwikkeling is.

We zijn blij te constateren dat het Concept meer dan voorheen uit wil gaan van 'de roep om meer persoonlijke en herstelgerichte GGZ' (p 4). En tevens dat daarnaast als uitgangspunt is geformuleerd: 'cliëntgerichte/persoonsgerichte aanpak' (p6, p8, p9).

Tevens, dat het Concept ruimte biedt om 'beargumenteerd te mogen afwijken' (p7) als de situatie van de cliënt daarom vraagt.

Tegelijkertijd maken we de hiernavolgende kanttekeningen:

1. In hoeverre is door de Werkgroep overwogen om zich meer expliciet uit te spreken over hoe de verantwoordelijkheid tussen en beslissingsbevoegdheid van de Indicerend- en Coördinerend zorgverlener geregeld dient te worden? In het geval zij het onderling niet eens worden over het te voeren zorgplan, bijv. na tussentijdse evaluatie, hoe komt dan de besluitvorming tot stand? Wij pleiten voor een grotere bevoegdheid in deze voor de cliënt en een heldere besluitvormingsstructuur.
2. In hoeverre is door de Werkgroep overwogen om met een 'persoonsgerichte/cliëntgerichte benadering als uitgangspunt' (p 6) nadrukkelijk meer bevoegdheid dan nu het geval is bij de cliënt zelf neer te leggen waar het gaat over doelen en werkwijze van zijn/haar behandeling? Er is ruim voldoende wetenschappelijk bewijs voorhanden dat het resultaat van de behandeling niet zozeer wordt bepaald door de methode die de zorgverlener hanteert, maar voor een groter deel door de kwaliteit van de therapeutische relatie.
3. In hoeverre is door de Werkgroep overwogen om de aanbeveling voor het opbouwen van een vertrouwensrelatie met de cliënt door de indicierend behandelaar achterwege te laten (p 10)? Let wel: we denken dat een vertrouwensrelatie zonder meer noodzakelijk is, maar niet (altijd) goed haalbaar. De cliënt zal uiteindelijk -als het goed is- zijn vertrouwen opbouwen met de behandelaar die de behandeling uitvoert. Dat vraagt bij alle psychische problematiek doorgaans veel tijd en zal om die reden voor een indicierend behandelaar o.i. buiten diens bereik liggen.
4. We vragen ons af in hoeverre de taken van de indicierend- en coördinerend zorgverlener t.a.v. voortgang en reflectie op de behandeling (P 9-11) in de praktijk niet al te zeer een bureaucratisch en onduidelijk karakter zullen krijgen. Tevens zal dit o.i. veel tijd -en dus geld- vergen. Het beleid binnen de GGZ de laatste jaren, ook vanuit de overheid, is juist om te dereguleren en te zorgen voor minder administratieve lasten.
5. We missen bij de beschrijving van 'complexiteit van de problematiek' (p 12) een duidelijke beschrijving van problematiek die noch enkelvoudig noch meervoudig is, maar wel intensieve zorg vraagt. Dit kan bijv. gaan om persoonlijkheidsproblematiek, waarbij wel sprake is van duidelijke klachten (bijv. recidiverende stemmingsstoornis, vastlopen in relaties, uitval op werk, somatisch niet te verklaren klachten). De behandeling kan bestaan uit bijv. intensieve ambulante psychotherapie en is zeker niet per definitie multidisciplinair.
6. In hoeverre heeft de Werkgroep overwogen om competenties van behandelaren leidend te laten zijn voor het bieden van zorg, in lijn met de nieuwe Beroepenstructuur? Citaat pagina 3 Beroepenstructuur Tweede versie, 14-07-2020: *'GZ-psycholoog generalisten voeren gestandaardiseerde behandelingen op maat uit bij gecompliceerde problemen. Psycholoog specialisten (KP-PT'en en KNP'en) voeren niet-gestandaardiseerde behandelingen op maat uit bij complexe problemen en chaotische probleemsituaties'* Hoe verhoudt zich dit tot het advies van de Werkgroep?
7. Op pagina 9 wordt gesproken van transparantie over de overwegingen rondom de probleemanalyse en de doelmatigheid van de voorgestelde behandeling. Deze zou niet alleen naar cliënt en andere zorgverleners gelden, maar ook naar verzekeraars.

In hoeverre wordt de privacy van de cliënt hierin gewaarborgd? En hoe wordt ruimte voor het onafhankelijke professionele oordeel van de zorgverlener hierbij gewaarborgd?

8. In hoeverre heeft de Werkgroep overwogen om duidelijker onderscheid te maken tussen zorgverleners die werkzaam zijn binnen multidisciplinaire teams en zorgverleners die overwegend zelfstandig werken, weliswaar ingebed in een regionaal samenwerkings-/kwaliteitsverband? De GM ademt voornamelijk de sfeer van het eerstgenoemde domein; het vervolgens geboden onderscheid tussen Indicerend- en Coördinerend zorgverlener schuurt met de meer zelfstandig werkend zorgverlener. In hoeverre zou het juist kunnen bijdragen aan een meer heldere structuur wanneer als regel zou gaan gelden dat laatstgenoemde de functies van indicatie en coördinatie in zich verenigt, in afstemming met een kwaliteitsnetwerk?

We hopen hiermee onze visie op en bijdrage aan het Concept Generieke Module Indiceren en Coördineren te hebben gegeven en zien uit naar uw reactie.

Hoogachtend,

Namens VPeP (Vereniging Persoonsgerichte experiëntiële Psychotherapie),

Dhr. P. de Jong, voorzitter.