

# Verzekeraars of verzet?

Een ingezonden brief van Coen Völker, gz-psycholoog in Nijmegen

Als GZ-psycholoog en eerstelijnspsycholoog werk ik zowel in de eerste als tweede lijn. Helaas blijkt in beide circuits de grip van verzekeraars op de zorg steeds grotesker. En dat is bij mij schoppen tegen mijn al zere been. Ook collega's lopen paars en blauw aan als we over de invloed van marktwerking praten. In die marktwerking moeten mensen inmiddels fors bijverzekeren om psychologische behandelingen te kunnen betalen. Daardoor ontzeggen we burgers met weinig geld dus ook hulp die werkt. Politiek filosoof Michael Sandel schreef hierover een boeiend nieuw boek met de sprekende titel *Niet alles is te koop. De morele grenzen van marktwerking*.

Ieder jaar moeten we als eerstelijnspsychologen contracten afsluiten bij de verzekeraars. En wat schetste mijn verbazing? In de 2012-contracten van sommige grote verzekeraars stond bij de indicaties voor de eerstelijns al te lezen dat ...'de problematiek van de cliënt een lichte tot matige invloed heeft op het dagelijks functioneren... en dat voor dezelfde problematiek in de afgelopen 12 maanden geen eerdere psychologische behandeling plaatsvond'. Meer dan matige invloed mag uw klacht dus niet op uw leven hebben. Komt u als cliënt dus voor een angststoornis bij een eerstelijnspsycholoog die u halfbakken therapie geeft, dan moet u volgens de verzekeraars 12 maanden wachten voordat ze opnieuw willen vergoeden! Terwijl deze zorg juist in het basispakket zit. Stel u voor dat u naar de tandarts gaat en de beste man maakt er een potje van. U gaat naar een collega die het beter aanpakt en vervolgens zegt de verzekeraar dat ze niet vergoeden! Klinkt niet realistisch toch? Maar de verzekeraar in kwestie schermt met de NZa-richtlijnen voor de eerstelijnszorg en hoeft vervolgens minder uit te keren. Kostenbesparing over de rug van de cliënt. Ook zou er geen co-morbiditeit mogen zijn met persoonlijkheidsstoornissen terwijl in DSM-V de bedoeling is dat het verschil tussen as I en II opgeheven gaat worden. De verzekeraars en de NZa willen schotten plaatsen in een wetenschap (de psychologie en diens toepassingen) die zich niet laat verschotenen. Een klacht bestaat zelden op zichzelf en het is aan de professional om juist de samenhang tussen de verschillende aspecten van iemands leven, iemand persoonlijkheid en iemands klacht te zien.

In de tweede lijn wordt het er niet beter op. Ik las binnen een GGZ-instelling over de onmogelijkheid om Mindfulness-Based Cognitive Therapy (MBCT) te laten vergoeden voor andere klachten dan recidiverende depressies. Dit zou onder andere zo zijn omdat MBCT niet voldoende wetenschappelijk bewezen is voor andere klachten. In 2009, 2010 en 2011 zijn er echter een reeks aan wetenschappelijke reviews en meta-analyses uitgekomen (o.a. Chiesa & Serretti 2009/2011; Bohlmeijer et al 2010; Hoffman et al 2010; Fjorback et al 2011; Piet & Hougaard 2011; Shennan et al 2010) die allen aangeven dat MBCT vermindering van distress, depressieve klachten en angstklachten geeft naast verbetering van slaap en kwaliteit van leven. MBCT blijkt dus niet alleen effectief voor recidiverende depressieve klachten. De effect-size blijkt volgens bovengenoemde studies gemiddeld tussen de 0.50 en 0.65 te liggen waarmee deze behandeling vrij krachtig en effectief lijkt te zijn. Er zijn nog meer randomized-controlled trials en vergelijkingen met actieve controlegroepen nodig maar MBCT toont veelbelovende resulta-

ten en dus niet alleen in de klinische praktijk. Ik vermoed dat de verzekeraars achterlopen bij de wetenschappelijke reviews en meta-analyses die ik hierboven noem en zich baseren op oudere artikelen. Er zijn veel behandelingen die baat hebben bij aanvullingen met MBCT. Zo blijkt cognitieve gedragstherapie bij mensen met langdurige angstklachten zoals bij gegeneraliseerde angst, hypochondrie en obsessief-compulsieve klachten lang niet altijd zo succesvol (zie o.a. Borkovek & Sharpless 2006). Wij zien op praktijken waar ik werk MBCT ook als onderdeel van een cognitieve gedragstherapie. MBCT behoort immers tot het domein van de zogenaamde derde-generatie cognitieve gedragstherapie waartoe ook Acceptance and Commitment Therapie wordt gerekend. Binnen het uitvoeren van een cognitieve gedragstherapie kan zowel EMDR als ook MBCT passen. MBCT is één van de behandelmethoden die een cognitief gedragstherapeut tot zijn beschikking heeft. Zoals de combinatie van medicatie en cognitieve gedragstherapie bij een fors depressief toestandsbeeld effectiever blijkt dan medicatie of cognitieve gedragstherapie alleen meen ik dat de combinatie van cognitieve gedragstherapie met MBCT ook effectiever is, bijvoorbeeld bij langdurige angstklachten.

Ik heb daarom een brief geschreven aan de GGZ-instelling waarvoor ik werk, met de uitgesproken hoop dat ze bij de langdurige angstklachten waarbij de verwachting en/of ervaring is dat cognitieve gedragstherapie alleen niet voldoende is, zullen toestaan dat MBCT als aanvulling ook vergoed kan worden. Ook sprak ik de verwachting uit dat de GGZ-instelling een ferm standpunt inneemt om tegenwicht tegen de verzekeraars te bieden en zich ervoor inzet dat MBCT als onderdeel van een cognitieve gedragstherapie verzekerd en vergoed dient te worden. Eerder schreef een manager van diezelfde GGZ al dat er '*legio inhoudelijke redenen zijn om MBCT toe te passen bij meer dan alleen recidiverende stemmingsklachten... maar dat de verzekeraar het 'nu eenmaal' niet vergoedt*'. Einde discussie?

Ik weet niet hoe het voor u is maar door mijn wellicht narcistische inslag kan ik niet uitstaan dat kostenbesparende bureaucraten zich met mijn behandelingen gaan bemoeien. Door kortzichtige conclusies te trekken en psychologische werkelijkheden te vereenvoudigen komt er een slappe argumentatie waarom er niet meer vergoed wordt. Dat de verzekeraars deze lijn kiezen is niet geheel vreemd. Dat gebeurt in andere landen ook, de Verenigde Staten voorop. Wat ik echter verbijsterend vind, is dat u en ik er bij staan te kijken en enkel onze wenkbrouwen optrekken en binnensmonds mopperen. Waar is het verzet? Als u bovenstaande verkapte kostenbesparingen tegenkomt wil ik u dan ook allen oproepen om uw directies, managers en leidinggevende aan te spreken en ze uit te leggen dat u niet van plan bent om op uw rug te gaan liggen terwijl de klachten van onze cliënten onbehandeld uit de hand lopen. Wacht dus niet op de droom van een nieuw kabinet maar laat van u horen. En help mee de invloed van de verzekeraars en marktwerking wat tegen te gaan. Want zoals Michael Sandel al schreef zou een samenleving meer waarden moeten nastreven dan die van de economische efficiency. Op 24 mei kunt u hem dat in Amsterdam nog horen zeggen ook. ■