

Inleiding

U ontvangt hierbij van mij een uitgebreid schrijven in reactie op uw reactie op mijn mail van 30 november 2020 en uw vordering aan mij van 71.000 euro betreffende door mij geleverde BGGZ-trajecten aan zes mensen in de jaren 2018-2019.

Ik beseft dat de behandeling die ik mensen in nood bied uiteindelijk wordt betaald door de verzekeraar die hier ongetwijfeld meer geld aan kwijt is dan zij zelf van deze zes verzekerden ontvangen en dat ik daarom ook richting de verzekeraar verantwoording schuldig ben binnen de kaders van de privacy-regels.

Ik ben daarom van harte bereid om uitvoerig toe te lichten wat mijn afwegingen, aannames en overtuigingen zijn geweest bij het starten, voortzetten en in sommige gevallen afronden van de zes behandelingen waar nu een geschil over is ontstaan. Ik betreur het enorm dat dit geschil is ontstaan en zal daarom elk detail wat meegespeeld heeft bij mijn keuzes uitvoerig aan de orde laten komen in mijn verantwoording. In de hoop dat dit u voldoende inzicht biedt om te beoordelen of uw geld verantwoord en rechtmatig is ingezet.

Tegelijkertijd is mijn schrijven bedoeld als een 'wake-up-call'. Een oproep van een kleine zelfstandige zorgaanbieder met slechts 1 FTE in de GGZ om bij de inrichting van de GGZ ook rekening te houden met niet gecontracteerde aanbieders waar ik er één van ben, en altijd rekening te houden met mensen wiens behandeling door de wijze van financiering minder aantrekkelijk, onaantrekkelijk of zelfs onuitvoerbaar wordt voor de GGZ. Het is mijn overtuiging dat er altijd kleine, zelfstandige niet gecontracteerde zorgaanbieders nodig zullen zijn om mensen op te vangen die binnen de grote gecontracteerde zorg tussen wal en schip dreigen te vallen.

Introductie van mijzelf

Ik zal beginnen mezelf kort voor te stellen want u kent mij niet. Mijn naam is Matthijs Goedegebuure, 53 jaar, getrouwd met [REDACTED]. Wij hebben twee kinderen, een dochter van 27 en een zoon van 24, allebei ook actief betrokken bij ons werk. Daarnaast hebben we vijf pleegkinderen waarvan er drie nog permanent bij ons thuis wonen, [REDACTED]

Ik ben sinds mijn 19^e actief in de hulpverlening. Begonnen als vrijwilliger bij de toenmalige Telefonische Hulpdienst, mijn eerste kennismaking met mensen met een diepe en/of acute doodswens. Ik heb Klinische Psychologie gestudeerd aan de Universiteit Utrecht. Een jaar lang stage gelopen bij een RIAGG en afgestudeerd op de classificatie en nosologie van stemmingsstoornissen. Beide onderdelen mogen afronden met een 9.

Na mijn studie heb ik in een multidisciplinair team gewerkt bij de RIAGG Oost Gelderland, daarna vijf jaar in wat nu SGGZ heet en in de verslavingszorg. In 1999 ben ik al vrijgevestigd GZ-Psycholoog verder gegaan in een eigen praktijk in Papendrecht. Inmiddels werken hier 10 mensen waarvan bij elkaar 1 FTE in de BGGZ. Daarnaast zijn wij actief in counseling, coaching en talentassessments.

Ik heb in 2011 een boek gepubliceerd dat o.a. gaat over seksueel misbruik en de diepe gevolgen daarvan zoals dissociatie en aanhoudende suïcidaliteit. Er zijn inmiddels vijf drukken van

verschenen. Om die reden ben ik regelmatig benaderd als spreker, behandelaar of adviseur in dit soort situaties. De laatste jaren houd ik dat meer af omdat het emotioneel belastend werd daar te vaak, langdurig en intensief bij betrokken te zijn. En omdat ik de toestroom aan aanmeldingen van mensen met deze extreme problematiek organisatorisch niet aankon.

Mijn collega's kennen mij als iemand die niet bang is voor crises, crisisgevoelige en uitbehandelde cliënten en als iemand die een lange adem heeft. Therapeutische processen die jaren duren schrikken mij niet af en als een cliënt op een flat staat om te springen rij ik er zelf heen als ik weet dat dat de enige manier is om hem in het leven te houden en politie of ambulance juist een reden zal zijn om te springen.

Verder sta ik bekend als iemand die altijd minder tijd op de factuur schrijft dan er daadwerkelijk geleverd is vanuit een natuurlijke neiging tot een bezwaard gevoel om geld te verdienen aan de nood van mensen. Ook heb ik jarenlang veel gesprekken gratis gedaan als mensen het niet konden betalen of niet vergoed konden krijgen en er toch behandeling of begeleiding nodig was. Om die reden heb ik mijn commerciële assessment-afdeling in de afgelopen vijf jaar stap voor stap uitgebreid omdat ik me daarin wel vrij voel een normaal tarief te rekenen en omdat de inkomsten daarvan direct gedeclareerd kunnen worden in tegenstelling tot BGGZ-werk dat pas achteraf gedeclareerd mag worden. Bovendien kunnen we hiermee onze onbetaalde werkzaamheden in de BGGZ compenseren.

Sinds 1994 heb ik naar schatting 25.000 therapiegesprekken gedaan met duizenden mensen, duizenden diagnostische onderzoeken uitgevoerd en ook veel behandelaars en bestuurders uit de GGZ zelf in therapie of coaching gehad. Er is nog nooit een officiële klacht tegen mij ingediend en als er problemen waren met vergoedingen ben ik daar altijd in overleg met de verzekeraar goed uitgekomen. Ik heb nooit eerder in een juridisch geschil met een verzekeraar gehad en ben de juridische denkwijze en de daarbij horende toonzetting niet gewend. Ik ben een hardwerkende professionele hulpverlener die voor mensen gaat, geen jurist. Ik heb jarenlang op persoonlijk niveau goed contact gehad met de XXXX, later opgegaan in de XXXX. Hiermee wil ik niet zeggen dat ik alles kan of alles goed doe, maar dat eerlijke informatie en eerlijke gesprekken met elkaar altijd voldoende helpend zijn gebleken bij problemen of misverstanden.

Het grootste gedeelte van mijn werk als psycholoog wordt door cliënten zelf of door hun werkgever betaald. Als particuliere praktijk hebben wij veel mensen die de geleverde zorg om allerlei redenen liever zelf betalen of wiens werkgever de gesprekken vergoedt, meestal onder de noemer 'coaching'. Ik meen u daar financieel een dienst mee te bewijzen maar misschien is dat een naïeve gedachte.

Het is daarom bijzonder verdrietig dat wij nu in deze situatie zitten betreffende de facturen van zes cliënten waarover onduidelijkheid of een meningsverschil is ontstaan.

Vanzelfsprekend komen mijn afwegingen voort uit het analyseren van veel factoren. Deze analyse leidt tot conclusies en overtuigingen die ik zal verdedigen. Ik noem u hierbij alvast mijn eindconclusies en mijn oproepen en vragen aan u. Dit helpt u hopelijk om mijn verhaal scherp te kunnen doorzien, ook als ik volgens u wellicht verkeerde afwegingen heb gemaakt of conclusies trek waar u het niet mee eens bent. Ik ben gaarne bereid daar ook naar te luisteren en van te leren.

Mijn standpunten en vragen aan u betreffende de zes cliënten:

1. Eén van de hen begeleid ik al sinds 2008 nadat eerdere behandelingen in een neerwaartse spiraal kwamen en deze persoon niet meer kon functioneren in werk en gezin. Een doorverwijzing zou vrij direct tot suïcide leiden. Ik ga u vragen mij daarin te vertrouwen.
2. De volgende drie cliënten zijn kort voor de aanvang van de BGGZ naar mij doorverwezen en horen absoluut niet in de SGGZ, ook niet bij de POH-GGZ maar in de BGGZ van een vrijgevestigde praktijk met specifieke ervaring. Ik ga u vragen mij daarin te vertrouwen.
3. De vijfde cliënt is door de huisarts verwezen voor een normaal BGGZ-traject in 2016. Gaandeweg bleek dat er meer nodig was, maar zij kon om duidelijke redenen niet doorverwezen worden naar de SGGZ omdat juist daar te veel trauma's lagen. Dit is een intensief maatwerk-traject geworden op basis van meerdere diagnoses. Ik wil u vriendelijk vragen daar coulant mee om te gaan.
4. De zesde cliënt heb ik na een traject in de BGGZ doorverwezen naar de SGGZ. Daar werd de behandelaar ziek en er was geen vervanging binnen deze instelling waardoor zij maanden moest wachten op het vervolg wat tot ernstige terugval leidde waardoor ze op haar werk dreigde uit te vallen. Omdat ik zelf vanuit mijn ervaring in de SGGZ en de verslavingszorg deze cliënt goed kon helpen heb ik een volgend traject in de BGGZ geopend. Ik begrijp nu na de uitleg van mijn advocaat dat verzekeraars dit als onrechtmatig zien omdat verslavingsgerelateerde problematiek specifiek in de SGGZ thuis hoort en ben daarom bereid de kosten voor deze behandeling zelf te betalen. Ik zal hier in de toekomst rekening mee houden door in dit soort situaties eventuele extra gesprekken niet in rekening te brengen. Ik bied u bij deze mijn oprechte excuses aan voor mijn onrechtmatig handelen in deze.
5. De intensieve maatwerk-behandelingen van vier van deze vijf mensen en de werkwijze w.b. facturatie zijn al sinds 2014 steeds goedgekeurd door medewerkers van de XXXX en van de vijfde in dezelfde lijn sinds 2016. Ik zal u vragen daar verantwoordelijkheid voor te nemen.
6. Het geschil dat nu ineens is ontstaan schetst naar mijn mening ook de onduidelijkheid over indicatie- en declaratieregels waar ik als niet gecontracteerde vrijgevestigde zorgverlener in de BGGZ mee te maken heb. Ik ga uw begrip vragen voor het feit dat ik met beperkte en tegenstrijdige informatie steeds de beste afweging heb moeten maken in het belang van deze vijf cliënten.

Mijn betoog gaat dus over de eerste vijf mensen en zal ik meer in chronologische volgorde opbouwen. Het is een uitgebreid verhaal, maar ik hoop daarmee recht te doen aan u als degene die betaalt en een beslissing moet nemen in deze kwestie, aan mezelf als behandelverantwoordelijke GZ-Psycholoog en aan deze vijf cliënten die afhankelijk zijn van uw en mijn keuzes op therapeutisch en financieel gebied.

Er zit her en der ook wat venijn in mijn tekst. Dat is mijn emotionele reactie op het woord 'onrechtmatig' waarvan ik niet weet wat de zwaarte daarvan is in de juridische wereld, maar in mijn wereld is dat synoniem voor 'frauduleus', 'crimineel', 'strafbaar' en 'misdadig'. Het roept daarom veel verontwaardiging, maar ook angst op. Maar u hoort in mijn venijn ook een (pleeg)vader die verbaal vecht voor het voortbestaan van een plek voor zijn vijf pleegkinderen omdat deze vordering tot mijn faillissement zou leiden en daarmee ook het faillissement van ons gezinshuis. Ik hoop dat dit de scherpe kantjes wat relativeert.

Soms is mijn toon misschien ook wat belerend, bij voorbaat mijn excuses daarvoor. Het is de inzet van mijn kant om vanuit de praktijk en mijn ervaring zaken uit te leggen of te duiden. Het is niet mijn bedoeling om u 'de les te lezen', vergeef me als dat soms zo overkomt.

Daarnaast zit er ook iets idealistisch in mijn schrijven. Van mijn advocaat die in deze kwestie naast me staat heb ik geleerd om meer juridisch naar zaken te kijken. Dat is erg verhelderend geweest voor mij als psycholoog en de jurist heeft voor mij meer een gezicht gekregen. Ik hoop dat door mijn schrijven de vrijgevestigde psycholoog van wiens declaraties aan vijf van zijn cliënten u iets moet vinden ook meer een gezicht zal krijgen. Ik hoop oprecht dat iedereen daarmee geholpen zal zijn.

1. De start van de BGGZ

2014-2015: onzekerheid, onduidelijkheid, chaos en onbetaald werk

Ondernemen als niet gecontracteerde praktijk in de BGGZ in de periode 2014-2021 is een riskante, onzekere en moeizame onderneming gebleken. De algemene richtlijnen die de NZA eind 2013 publiceerde leken mij, voor zover ik ze kon begrijpen, als vrijgevestigd therapeut redelijk werkbaar. Er kwam in de nieuwe BGGZ ruimte om te werken met medebehandelaars, er kwam meer ruimte voor de behandeling van mensen met langdurige problematiek en er was meer ruimte voor mensen die intensieve behandeling nodig hadden. En bovendien: er konden indien nodig voor een cliënt meerdere trajecten per jaar geopend worden werd mij uitgelegd. De NZA was toegankelijk en dacht ook met ons mee bij het vertalen van de richtlijnen, die meer voor juristen van grote GGZ-instellingen geschreven waren, naar een kleine praktijk zoals wij zijn.

Een nieuwe praktijk in 10 dagen

De NZA publiceerde uiteindelijk in december 2013 een aantal richtlijnen hoe het vanaf 1 januari 2014 zou werken in de nieuwe BGGZ. Ik had als vrijgevestigd GZ-Psycholoog ongeveer 10 dagen de tijd, inclusief kerst en oudejaarsavond om mijn volledige praktijk te reorganiseren. Nieuwe intakeprocedures, nieuw EPD, nieuw facturatieprogramma dat nog ingeregeld moest worden, nieuwe beschrijvingen op de website, nieuwe huisartsbrieven, nieuwe tarieven, etc. etc. etc.

De nieuwe echelons

Er was nog veel onduidelijk, maar de bedoeling was dat de tweede lijn (nu SGGZ) meer ontlast moest worden om zodoende meer specialistische behandelingen te kunnen uitvoeren, de eerste lijn (nu BGGZ) meer tweedelijnswork zou gaan doen en dat een deel van het eerstelijnswork terug naar de huisartsen zou gaan (POH-GGZ). Uit de landelijke GGZ-cijfers blijkt ook dat sinds de invoering van de BGGZ het aantal patiënten in de SGGZ sterk is gedaald. Voor intensieve en chronische behandelingen in de nieuwe BGGZ waren speciale trajecten en er was geen maximum aan het aantal trajecten dat per cliënt per diagnose per jaar geleverd kon worden.¹

Nieuw was bijvoorbeeld dat de relatief eenvoudige behandeling en begeleiding bij ADHD door de SGGZ gedaan moest worden en dat een deel van de chronische psychiatrische problematiek meer in de BGGZ moest plaatsvinden. Ik probeerde, zoals je dat van een getrainde psycholoog mag verwachten, niet de letter maar de essentie van het idee goed te begrijpen. En wat dit betekende voor behandelingen, doorverwijzingen en samenwerking. De essentie was m.i. dat de SGGZ gericht en specifiek moest worden dan de vroegere tweede lijn terwijl de BGGZ breder en laagdrempeliger moest zijn dan de SGGZ, maar wel een hogere zorgzwaarte zou krijgen dan de vroegere eerstelijnspsychologie.

De vroegere tweede lijn, nu SGGZ, leek me door deze omwenteling flink geraakt te worden; zij zouden hun werk met minder geld moeten gaan doen en ongetwijfeld zouden zij zich in de loop van de tijd daarom ook op de BGGZ-markt begeven. Dit betekende ook dat daar in de komende jaren meer onrust, ziekteverzuim onder personeel, wisselingen in teams, veranderende behandeltrajecten

¹ Ik noem dit om duidelijk te maken dat het niet afwijkend was om in 2014 en 2015 in de BGGZ behandelingen te starten met cliënten met ernstigere problematiek dan voorheen in de eerste lijn gebruikelijk was. Ik heb zelf jaren in de tweede lijn/SGGZ gewerkt en heb daardoor ervaring met deze doelgroep.

en onwennigheid daarmee bij hulpverleners, etc. te verwachten was. Voor crisisgevoelige en suïcidale mensen mogelijk een minder geschikte plek om naar verwezen te worden. Ik had inmiddels voldoende wijzigingen in de zorg meegemaakt om de vaak verborgen impact van de organisatorische onrust op de veiligheid voor cliënten in te kunnen schatten.²

Het is overigens ook gegaan zoals ik had ingeschat. In de periode 2014-2021 is het tekort aan regiebehandelaren in de SGGZ steeds groter geworden. Steeds meer GZ-Psychologen vertrokken uit de grotere (SGGZ) instellingen omdat zij geen verantwoordelijkheid meer wilden of konden dragen voor de afnemende kwaliteit van zorg of stopten vanwege de risico's op een suicide, klacht of tuchtmaatregel. Dit legde een steeds grotere werkdruk op de resterende regiebehandelaren waardoor de kwaliteit nog meer onder druk kwam te staan en de verwijsmogelijkheden voor crisisgevoelig en suïcidale mensen steeds minder werden.

Het was interessant om te lezen hoe mensen die zelf geen behandelervaring hebben het onderscheid tussen BGGZ en SGGZ proberen duidelijk te maken met woorden als 'complexiteit' en 'risico'. Begrippen waar een beleidsmaker, een jurist, een bestuurder in de GGZ, een psychiater en een psycholoog allemaal een ander beeld bij hebben, gebaseerd op hun eigen dagelijkse werk. Voor de beleidsmaker zal complexiteit ook iets te maken hebben met het declaratieprocedures van de behandeling, voor de jurist zal complexiteit misschien meer met de complexe verhouding psychische problemen-regelgeving te maken hebben, voor de bestuurder in de GGZ met complexe samenwerkingsvormen tussen afdelingen of instellingen; voor psychiater zal complexiteit met het aantal door elkaar lopende ziektebeelden te maken hebben en voor de psycholoog met de ontstaansgeschiedenis van diverse problemen in iemands leven, voorgaande behandelingen en de keuze voor en afstemming van interventies daarop.

Hetzelfde geldt voor het woord 'risico'. Voor mij als GZ-Psycholoog is risico relatief. Iemand met ernstige hechtings- en persoonlijkheidsproblemen en een extreem grote suicide-drang maar toch nog veilige relaties of een veilige behandelsetting waarin eerlijk gepraat kan worden loopt minder risico dan een introverte, intelligente man of vrouw met een 'eenvoudige' depressie die sinds enkele jaren alleen woont en weinig vrienden heeft en in behandeling is bij een organisatie waar veel reorganisaties plaatsvinden.

Meerdere aanbieders van triage-software gingen in de periode 2014-2015 aan de slag om praktijken metertijd te kunnen ondersteunen bij het stellen van de nieuwe indicaties. In de training die ik heb gevolgd werd uitgelegd dat een computer-systeem nooit feilloos een indicatie kan stellen op basis van symptomen; de klinische blik van een ervaren psycholoog alsmede kennis van de behandel mogelijkheden binnen SGGZ en BGGZ en de voorgeschiedenis w.b. voorgaande behandelingen zijn cruciaal om een goede afweging te maken.

Wat ik hiermee wil zeggen is dat de eerste beschrijvingen van de nieuwe echelons en de nieuwe zorgproducten nog veel vragen oproepen en dat van een professional in de zorg verwacht mag worden dat je bij een afweging of iemand in de BGGZ of de SGGZ thuishoort niet alleen kijkt naar de diagnose, maar ook naar de interactie tussen de problematiek van een client en de behandelsetting zoals die nu is.

² Hier wringt gelijk al de theorie met de praktijk. In theorie mag een reorganisatie in de SGGZ geen invloed hebben op de kwaliteit van het werk. In de praktijk is dat zeker zo en iedereen die er werkt weet dat. In theorie hoef ik als verwijzer naar de SGGZ geen rekening te houden met onrust in een organisatie. Als ervaren hulpverlener mag van mij verwacht worden dat ik daar wel rekening mee houd en kwetsbare suïcidale mensen die stabiliteit nodig hebben niet doorverwijs naar een organisatie waar veel personeelwisselingen plaatsvinden wat het risico op suicide kan vergroten.

Facturen en vergoedingen

Voor de declaratie en facturatie voor niet gecontracteerden in de BGGZ was nog niets bedacht of geregeld. Het verzoek was of wij in vertrouwen behandelingen wilden starten of voortzetten en na het afsluiten van een volledig behandeltraject een factuur naar onze client wilden sturen. Waar die factuur precies aan moest voldoen en onder welke voorwaarden die wel of niet vergoed zou worden was nog onduidelijk. Het verzoek van de NZA aan de verzekeraars was om eventuele fouten in de declaraties terug te koppelen, maar daar in het eerste jaar coulant mee om te gaan en systemen op te zetten waar mensen met een restitutie-polis ook hun facturen konden declareren.

Concreet betekende dit voor ons als niet gecontracteerde praktijk: een jaar werken zonder inkomsten en zonder garantie dat het geleverde werk ook betaald zou worden in een onrustige GGZ waar veel wisselingen in teams en onder behandelaren plaatsvonden. De verzekeraars boden voorschot-betalingen aan gecontracteerde praktijken en instellingen, maar niet aan niet gecontracteerde praktijken. Bovendien moesten wij flink investeren in nieuwe triage-software, trainingen, een nieuw EPD en als kleine praktijk met één FTE in de BGGZ alles investeren wat een grote instelling ook moest doen. Ik had de indruk dat grote GGZ instellingen op één of andere manier vooraf meer informatie hadden om zich voor te bereiden op deze totaal nieuwe situatie dan ik, maar dat kan ik niet hard maken.

Veranderingen voor vrijgevestigde praktijken lijken groter dan voor instellingen. In reactie hierop organiseren vrijgevestigde behandelaren zich in zorggroepen en zoeken samenwerking op met andere partijen. Zorgverzekeraars geven aan dat instellingen beter voorbereid lijken op de Basis GGZ dan vrijgevestigde behandelaren.

Bron: Rapportage monitor Basis GGZ Quickscan (2014)

We zaten nog midden in naweeën van de hypotheekcrisis van 2008 waardoor het niet mogelijk was om bij banken een financiering te krijgen, zeker niet voor een branche waar de regels nog niet duidelijk waren. Noch de NZA, noch de verzekeraars hadden hier iets voor bedacht. Voorschotten vragen aan cliënten was verboden. Ik had na alles doorgenomen te hebben nog vijf dagen de tijd om een noodplan te bedenken voor het 1 januari 2014 zou zijn. De enige optie voor mij was om bij ondernemers uit andere branches persoonlijke leningen af te sluiten in het vertrouwen dat verzekeraars in de loop van het jaar coulant zouden reageren op eventuele fouten in de facturen. Ik heb in de loop van de eerste twee jaar voor ongeveer 100.000 euro aan leningen moeten afsluiten die ik nu nog aan het aflossen ben.

We gingen een bijzonder onzeker jaar in waarin ik aan de zzp-ers die bij mij werkten iets moest uitleggen dat ik zelf ook nog niet goed begreep en waar nog regelmatig iets in gewijzigd werd. Ik moest vertrouwen in het systeem en de verzekeraars uitspreken naar medewerkers en cliënten voor wie het allemaal even onzeker en onduidelijk was. Dat vertrouwen was uitsluitend gebaseerd op mijn grote vertrouwen in de mensheid en niet op enige ervaring of enig inzicht in het systeem of enige financiële of juridische expertise van mijn kant.

Mijn vertrouwen kreeg harde klappen. Er ontstonden na enkele maanden dramatische situaties. Ik had vanaf 2013 twee GZ-Psychologen en een orthopedagoog als zzp-er in mijn praktijk die nu als hoofd- en medebehandelaar waren gaan werken in de nieuwe BGGZ. Omdat wij echter in het eerste jaar zo goed als geen inkomsten hadden, kon ik hen niet uitbetalen. Zij hebben een jaar lang bijna zonder uitbetaling moeten werken. Dit gaf spanningen. Een van hen raakte na een aantal maanden (begrijpelijk) in paniek en eiste per direct zijn geld op. Met privé geleend geld heb ik hem kunnen

uitbetalen en hebben we onze samenwerking per direct beëindigd. De lopende behandelingen heb ik toen zelf overgenomen. Dit gaf heel veel onrust bij cliënten. Omdat er nu meerdere behandelaars op de facturen kwamen te staan zijn deze behandelingen later nooit betaald. Ook dat gaf bij cliënten veel onrust, boosheid, kritiek op onze financiële administratie. Mijn administratie-medewerkers durfden in die periode bijna geen telefoon meer op te nemen omdat het klachten bleef regenen over 'foute facturen' die niet door verzekeraars werden geaccepteerd. Eén medewerker is sindsdien gestopt met telefonische gesprekken.³

Het bleek eind 2014 en begin 2015 dat verzekeraars de algemene NZA regels erg verschillend interpreteerden. Sommige gingen akkoord met het inzetten van medebehandelaars, andere pertinent niet of met een beperkt aandeel. Sommige vergoedden slechts één traject, andere, zoals de XXXX, vergoedden meerdere trajecten. De ene stelde als voorwaarde dat er voor elk traject een verwijzing moest zijn, de andere slechts één per jaar, ook bij meerdere trajecten. Sommige wilden bepaalde gegevens op de factuur die andere verzekeraars juist niet wilden. Sommige verzekeraars voerden na enkele jaren de eis in dat er tussen twee trajecten minimaal 2, 4 of 6 weken tijd moest zitten en bij andere verzekeraars was dit niet nodig. Sommige verzekeraars weigerden de factuur als er meer dan exact het maximaal aantal minuten voor bijvoorbeeld een 'Middel'-traject op stond. Andere verzekeraars maakten er geen probleem van als we meer hadden gedaan dan maximaal verwacht kon worden. Bovendien veranderden deze interpretaties of in ieder geval de werkwijze van de verzekeraar per kalenderjaar.

Wij hebben diverse pogingen gedaan om zelf van verzekeraars meer duidelijkheid te krijgen, maar omdat wij geen contract met hen hadden konden medewerkers van verzekeraars ons verder ook niets uitleggen. Wij hadden de indruk dat de call-center medewerkers van verzekeraars onze vragen vaak niet goed begrepen en in hun systeem niets konden vinden over ongecontracteerde BGGZ. Desalniettemin moesten wij en onze cliënten varen op hun geruststelling dat de behandelingen gewoon vergoed zouden worden.

Via de reacties die cliënten op de facturen kregen moesten wij steeds helder zien te krijgen wat er wel en niet vergoed werd en wat blijkbaar het onderliggende beleid was. Deze werkwijze ging volgens onze interpretatie soms in tegen de richtlijnen of aanwijzingen van de NZA, maar wij zijn geen juristen en hebben ook geen jurist in huis. Een medewerker van de NZA legde mij telefonisch uit dat de verzekeraars van de overheid ruimte hadden gekregen voor eigen aanvullende bepalingen en dat zij niet verplicht waren deze te melden aan niet gecontracteerde praktijken. Voor mijn beroepsvereniging (Nederlands Instituut van Psychologen) was het ook niet duidelijk; zij konden mij ook niet verder helpen.

Pas tegen het einde van 2014 begonnen verzekeraars richting hun verzekerden te reageren op onze facturen. Een groot deel bleek afgewezen te worden om uiteenlopende redenen. Van coulance was weinig sprake, met uitzondering van de XXXX. Gelukkig een verzekeraar die naar zijn verzekerden duidelijkheid verschafte en daarmee ook aan ons.

³ In de periode 2014-2015 speelde ook de transitie van de jeugdzorg. Omdat onze orthopedagoog en een GZ-Psycholoog ook kinderen behandelden, moest ik ook daar helder zien te krijgen hoe dit zou gaan werken voor een kleine vrijgevestigde praktijk. Ik heb in 2014 en 2015 veel overleg gehad met de Service-organisatie van de Regio Zuid Holland Zuid. Ik zat tijdens bijeenkomsten als enige vrijgevestigde hulpverlener tussen allemaal juristen van grote organisaties. De service-organisatie was daar blij mee en zag mij als vertegenwoordiger van de grote groep vrijgevestigden in de regio. Ik kon echter het juridisch jargon en de financiële onderhandelingen niet volgen en moest me avonden inlezen in ingewikkelde stukken over de transitie. Ik ben daar uiteindelijk bij afgehaakt. We hebben om die reden ons jeugdzorg-werk beëindigd in 2015 omdat de toenemende problemen met BGGZ-declaraties al mijn inzet en aandacht opeisten.

“Het is mogelijk om meerdere behandeltrajecten per jaar via de generalistische basis GGz vergoed te krijgen. De Nza heeft in haar richtlijnen geen beperkingen opgelegd. Ook geldt er geen maximum aantal behandelminuten.

Het aantal minuten per prestatie dat in de beleidsregel van de Nza staat genoemd, is slechts een indicatie van het aantal minuten directe en indirecte patiëntgebonden tijd die nodig is om de zorg te leveren. Zorgverzekeraars kunnen in hun polisvoorwaarden of in contracten met zorgaanbieders wel beperkingen stellen aan het aantal prestaties dat een zorgverlener bij één patiënt mag leveren. Informeer daarom vooraf of jouw zorgverzekeraar de kosten van meerdere trajecten vergoed.”

Bron: Kennisbank Patiëntenfederatie Nederland (2021)

Sinds 2014 zijn de eerste drie maanden van elk kalenderjaar altijd spannend geweest omdat facturen voor geleverde behandelingen ineens afgewezen konden worden. In de eerste jaren van de BGGZ hebben wij diverse behandelingen gedaan die uiteindelijk niet vergoed werden omdat de verzekeraar een aanvullende bepaling bleek te hebben waar wij niet van op de hoogte waren. Er werd niet alleen slecht voor niet gecontracteerde zorgaanbieders gezorgd, er werd zelfs geen rekening met hen gehouden, terwijl hier ook veel hulpverleners tussen zitten die vanuit hun missie de ‘extra mijl’ lopen met mensen, ook als dat niet betaald kan worden.

De regels van de NZA zelf bleken in de praktijk dus van weinig waarde voor ons; de regels van de verzekeraar zelf waren leidend. Ik heb die regels nooit te zien gekregen, maar ze waren er blijkbaar en ik moest ze afleiden uit de reacties op onze facturen. Als ondernemer in de GGZ heb ik toen de afweging gemaakt dat ik niet te veel naar de NZA moest luisteren omdat die erg ruim was in zijn richtlijnen, maar vooral het vergoedings-gedrag van de verzekeraars moest volgen.

Als ondernemer moest ik vaststellen dat de verzekeraar via afwijzing of goedkeuring van je facturen uiteindelijk bepaalt hoe het werkt. Wilde ik het financieel overleven als zorgaanbieder, dan moest ik zo goed mogelijk de praktijk van de verzekeraar volgen, dat bleek mijn enige houvast. Ik constateerde dat ik vooral niet eigenwijs moest zijn: als ik zelf zonder juristen in huis de regels van de NZA dacht te kunnen interpreteren trok ik aan het kortste eind. Kort door de bocht: volg vooral de reacties van de verzekeraar, niet de NZA.

Om deze reden hebben wij de XXXX in de afgelopen jaren zorgvuldig gevolgd in haar werkwijze en hebben onze cliënten regelmatig gecheckt of de intensieve maatwerk-trajecten in een nieuw kalenderjaar weer vergoed zouden worden. Wij hoorden van onze cliënten dat de XXXX hier geen probleem van maakte. Een enkele keer werd de derde of vierde factuur binnen een jaar afgewezen vanwege ‘serialiteit’, maar na extra controle werden de afgewezen facturen daarna toch betaald. Mensen kregen te horen dat het akkoord was en in enkele gevallen kregen cliënten zelfs een bos bloemen thuis bezorgd met excuses voor de fout van de XXXX als een factuur ten onrechte was afgewezen.

Vanuit onze kant hebben wij getracht zoveel mogelijk openheid en duidelijkheid te bieden over onze werkwijze. We merkten dat zorgverzekeraars onze website checkten en hebben daar uitvoerig uitgelegd dat er conform de regels van de NZA in uitzonderlijke gevallen op basis van meerdere diagnoses meerdere trajecten per jaar konden worden geopend.

Zes en een half jaar later

De voor ons totaal onverwachte wending in opstelling van de XXXX in 2021 met terugwerkende

kracht over meerdere jaren is daarom zeer teleurstellend, verwarrend en voelt heel erg onterecht, meedogenloos en zeer ontmoedigend en kwetsend, zowel voor ons als voor de eigen verzekerden van de XXXX. Kwetsend omdat zowel deze vijf mensen als ik zelf keihard en succesvol hebben gewerkt aan hun leven en het voorkomen van opnames, crises en daarmee ook extra kosten voor de XXXX. De snoeiharde brief gaat daar volledig aan voorbij en lijkt van een andere, tot nu toe onbekende, koude, kille planeet te komen.

Als ik het geld had zou ik er waarschijnlijk voor kiezen het maar te betalen om 'er vanaf' te zijn want ik voel me ook een beetje dom, onbetekenend, naïef, gebruikt en machteloos als ik een team juristen van een organisatie met een eigen vermogen van 2,5 miljard euro tegenover me heb die me in een paar zinnen zullen uitleggen dat ik al zes jaar lang de regels niet goed heb begrepen of overtreedt en nu 70.000 euro moet terugbetalen wat voor mij de nekslag betekent na jaren ploeteren in de GGZ.

Ik slaap nu slecht, het maakt me onzeker over de toekomst en ik moet ineens constateren dat ik blijkbaar op het verkeerde paard heb gewed. Ben ik naïef geweest? Heb ik iets over het hoofd gezien? Of ben ik misschien inderdaad een slechte hulpverlener die jarenlang onrechtmatig heeft gehandeld, zich weigerachtig opstelt zoals de XXXX mij nu verwijt? Heeft de XXXX misschien wel terecht een melding gedaan bij de NZA? Gaat het grote systeem waar ik blijkbaar niet alle kleine lettertjes van ken of snap mijn werk en mijn roeping nu toch vermorzelen? Of zit ik nu mezelf zielig en goed te praten terwijl ik eigenlijk gewoon een fraudeur ben? Of ben ik een sukkel die jarenlang aan het lijntje is gehouden door de XXXX met bloemen, geruststelling en excuses en nu niet meer nodig is omdat er toch een nieuw systeem komt? Hadden de doorgewinterde juristen van XXXX jaren geleden al door dat ze mij rustig nog een paar jaar m'n gang konden laten gaan omdat ze juridisch genoeg mogelijkheden kenden om mij later met terugwerkende kracht te 'pakken'? Allemaal vragen die mij nu uit mijn slaap houden, met excuses voor de wantrouwende toon als die straks helemaal onterecht blijkt te zijn en ik misschien wel betrokken, meedenkende en respectvolle mensen tegenkom. Ik heb geen idee want ik ken u niet, maar voel wel dat u nu de macht heeft om mij of uiteindelijk de nek om te draaien, of mijn werk, mijn gezin en onze pleegkinderen te redden van een faillissement. U mag van mij aannemen dat dat een heel naar gevoel is.

Gevoel van zekerheid of ik de regels van verzekeraars goed begreep en toepaste

Januari 2014	80%	
Juli 2014	70%	
Januari 2015	50%	Facturen werden afgewezen om onduidelijke redenen
Juli 2015	40%	Facturen werden afgewezen vanwege medebehandelaars
Januari 2016	50%	Gestopt met inzetten medebehandelaars
Juli 2016	70%	
Januari 2017	75%	Steeds minder afgewezen facturen
Juli 2017	80%	
Januari 2018	90%	Verschillen tussen verzekeraars worden steeds duidelijker
Juli 2018	90%	
Januari 2019	90%	
Juli 2019	90%	
Januari 2020	90%	
Juli 2020	90%	
Januari 2021	20%	Dreiging met terugvordering door VGZ
Juli 2021	10%	Aankondiging terugvordering door VGZ

Nu het na 22 jaar zelfstandig ondernemerschap in de GGZ mijn faillissement kan betekenen heb ik niets meer te verliezen en zal ik mezelf verdedigen met een eerlijk, open en kwetsbaar verhaal dat ook geschikt moet zijn voor Tweede Kamerfracties en de reguliere media zodat er hopelijk niet nog meer kleine zelfstandige hulpverleners failliet zullen gaan of in de toekomst weer nieuwe onduidelijkheden voor niet gecontracteerde praktijken ontstaan. Dan levert mijn ondergang als ondernemer in de BGGZ hopelijk nog iets goeds op. Maar ik beseft dat dit in de ogen van een grote organisatie als de XXXX misschien bijna zielig overkomt.

Maar voordat het zover komt hoop ik eerst op wederzijds begrip en vertrouwen in oprechte bedoelingen en gezamenlijke inzet voor deze vijf verzekerden van de XXXX waar ik verderop meer over zal toelichten.

Ik heb van mijn kant begrip voor het feit dat het voor de medewerkers van de XXXX die ons of onze cliënten te woord stonden ook niet duidelijk was in de afgelopen jaren. Ik heb zelfs begrip voor het feit dat de eindverantwoordelijken die hen aanstuurden misschien ook niet duidelijk hadden hoe het precies werkte met opeenvolgende trajecten en het daarom maar even lieten doorgaan. Maar ik vraag daarom ook begrip voor mijn kant van het verhaal en om mijn vragen te beantwoorden.

Vragen:

- 1. Heeft u begrip voor feit dat ik bij de start van deze vijf BGGZ-trajecten moest opereren in een nieuw, onduidelijk en onrustig werkveld?*
- 2. Bent u het met mij eens dat het terugkijkend voor niet gecontracteerde praktijken zowel financieel als therapeutisch eigenlijk onwerkbaar was?*
- 3. Bent u het met me eens dat de XXXX richting niet gecontracteerde BGGZ-praktijken uitsluitend via de goedkeuring van facturen duidelijkheid verschaftte over wat wel en niet 'akkoord' was in de periode 2014-2020?*
- 4. Heeft u er begrip voor dat wij uw reacties op onze facturen als leidraad voor onze keuzes hebben gebruikt?*
- 5. Bent u het met me eens dat eventuele foute aannames over de regels die door u gehanteerd werden betreffende meerdere trajecten per jaar per problematiek per client mij niet (of niet volledig) aan te rekenen zijn?*

Ik moet er eerlijk bij zeggen dat ik na uw snoeiharde brief met de eerste vordering van 70.000 euro over twee jaren al bijna niet kan geloven dat deze vragen eerlijk beantwoord zullen worden, maar vooral juridisch-strategisch. Misschien wordt mijn uitgebreide schrijven niet eens gelezen door iemand in het grote kantoor van de XXXX. Het roept het beeld op van juristen die in een prachtig kantoor met airco en een mooie werkplek niet eens de moeite nemen om mijn mail te lezen en via een mooie laptop met een kop koffie ernaast een voor mij persoonlijk alles vernietigende vordering versturen. Het contrast met de dagelijkse hel in het hoofd van deze vijf mensen en alle strijd, tranen, angsten, moed en gevechten die wij hebben geleverd is dan wel heel erg groot.

Maar ik beseft dat ik u ook onrecht aandoe met deze zure opmerking en misschien werkt u net als ik in een kamertje zonder airco met een automaatbekertje op uw bureau. Maar al heeft u wel een prachtig kantoor, dat gun ik u van harte want u doet belangrijk werk door toezicht te houden op de kwaliteit van de GGZ. En misschien heeft u wel met een bezwaard gevoel deze vordering verstuurd. Maar ik schets even hoe het overkomt en wat voor beelden het aan onze kant oproept.

Misschien is mijn zorg voor deze vijf mensen voor u makkelijk als 'onrechtmatig' te bestempelen door kleine lettertjes die ik niet ken, maar ik hoop als kleine zelfstandige in de GGZ toch op een eerlijke, menselijke reactie en geen algemene, juridisch gedreven tactische antwoorden.

Als gedragswetenschapper snap ik natuurlijk alle onderhandelingstactieken zoals: 'wij hebben veel respect voor uw werk en uw inzet, maar het enige waar wij over gaan zijn de regels en daar kan niets aan veranderd worden ...'. Vervolgens gaat u mij dan uitleggen dat uw voor mij onbekende regels er al jaren waren, of altijd ergens toegankelijk waren via internet of dat het niet uw verantwoordelijkheid is om mij de regels uit te leggen of dat u er 'helaas ook niets aan kunt doen.'

Ik hoop dat ik u duidelijk heb kunnen maken dat de totaal verschillende interpretaties van de regels van de NZA 'nogal er moeilijk werkbaar' waren voor een ongecontracteerde praktijk en dat het ruim zes jaar lang vergoeden van onze maatwerk-trajecten in de hierboven beschreven chaos toch als een duidelijk signaal van goedkeuring gezien mag worden.

U bent natuurlijk niet verantwoordelijk voor de regelgeving van de overheid. Maar wel voor de toepassing ervan in deze situatie. In dit eerste hoofdstuk van mijn schrijven vraag ik u om begrip voor mijn situatie en dat mee te nemen in uw beslissingen.

Verder lijkt mij dat we als volwassen mensen omwille van mensenlevens toch altijd een uitzondering op onze eigen regels te maken als die er toch blijken te zijn en zelfs ook op de richtlijnen van de NZA, maar dat is volgens mij niet nodig in dit geval want daar heb ik me (volgens mijn interpretatie natuurlijk) juist strikt aan gehouden. Maar daarover verschillen de meningen.

2. De gevolgen van het systeem

2016-2021: angstcultuur, korte SGGZ-trajecten en oplopende wachttijden

De onduidelijkheden en onzekerheden van het systeem hebben vanaf 2014 in het verborgen een grotere impact gehad op de ontwikkeling en de kwaliteit van de SGGZ en de BGGZ dan van een afstand lijkt. In het bijzonder voor de groep cliënten wiens meervoudige problematiek minder goed in een ‘hokje’ past of waar je als zorgaanbieder financieel mee in de problemen kunt komen. Dat de wachtlijsten voor deze groep oplopen tot twee jaar en dat we daarna slechts een korte afgepaste module kunnen aanbieden is door sommige journalisten en documentaire-makers ontdekt. Gelukkig voor verzekeraars richtte de kritiek zich vooral op de GGZ zelf en niet op de financiering van de GGZ. Hierdoor ontstonden op internet felle discussies tussen hardwerkende mensen in de GGZ die zich door deze kritiek aangevallen voelden (volkomen begrijpelijk) en de critici die merkten dat hun kritiek eerder een averechts effect had.

Om te kunnen doorzien waar de schoen werkelijk wringt moet je diep in de GGZ zitten als behandelaar, verwijzer, client, patiënt of bestuurder. Maar niemand voelt vanuit die positie behoefte om kritiek te geven of signalen af te geven omdat je belangen als ondernemer of als client in de GGZ zwaarder wegen. Kritiek ondermijnt je positie als ondernemer, behandelaar of client. Want wie gaat er naar een zeurende, klagende hulpverlener? En wie wil een zeurende, klagende client in behandeling nemen? En hoe gaat een machtige zorgverzekeraar reageren als je kritisch gaat lopen doen? We moeten ons allemaal zo goed mogelijk en aantrekkelijk profileren.

Daarom is de impact van de enorme omwenteling in de GGZ sinds 2014 niet te zien op de websites van GGZ-instellingen. Ook niet op die van mij. We bieden nog steeds allemaal de beste ‘evidence-based’ behandelingen aan, we scoren allemaal hoog op Zorgkaart Nederland, we bulken van de registraties en keurmerken en iedereen is tevreden en blij met ons, dus bij ons moet je zijn voor écht goede zorg. Verwijzers en cliënten, wij zijn er nog steeds voor jullie hoor.

Maar achter onze websites, waar we onze financiële risico-inschattingen maken, speelt angst voor tijdrovende administratie, lastige brieven, controles, cliënten met lastig te indiceren problematiek waar makkelijk crises en langdurige trajecten zullen ontstaan die óf niet vergoed worden óf de wachtlijst ‘verstopt’ laten raken een grote rol.

Omdat ik zowel in de rollen van behandelaar, pleegvader van kinderen die in de GGZ zijn opgenomen, vriend van een psychiatrische patiënt, familielid van mensen die in de SGGZ opgenomen zijn, coach van GGZ-professionals, therapeut van GGZ-professionals, talentmanagement-adviseur van MT, DT en RvB in GGZ, in de GGZ rondloop, meen ik dit veld aardig goed te kennen. Ik heb mensen zien komen en gaan, maar ook theorieën, structuren, werkwijzen, culturen, financieringssystemen. Ik ken als vertrouwenspersoon voor werkers in de GGZ de onderstromen, de gevoelens, de irritaties en de angsten.

2.1 Angstcultuur in de GGZ

In de afgelopen jaren heb ik veel hulpverleners, bestuurders en managers uit de SGGZ en BGGZ in therapie of coaching gehad. Als er iets dat ik de laatste jaren heb zien toenemen in alle lagen van de GGZ is het wel angst. Angst om verkeerde keuzes te maken die of hen zelf of hun werkgever veel geld zouden kosten (fouten op gebied van indicatie, declaratie, administratie of facturatie), of hen voor het tuchtcollege zou brengen (tekortgeschoten als professional in de zorg waardoor een cliënt suïcide zou plegen). De angst om afgerekend te worden op iets wat je over het hoofd zag.

Recent hebben ervaren therapeuten trillend en huilend in mijn kamer gezeten nadat er iets mis was gegaan bij een cliënt. Ze trilden niet primair uit medeleven of zorg voor de cliënt (wat ze zeker ook hebben), maar uit angst. Angst dat er nu financiële of tuchtrechterlijke sancties zouden volgen omdat ze per ongeluk toch iets over het hoofd hadden gezien of het protocol niet helemaal stipt hadden gevolgd. Deze angst voor negatieve consequentie van ons werk beïnvloedt de kwaliteit en de toegankelijkheid van de GGZ in grote mate.

De nieuwe GGZ-regels vanaf 2014 leidden ertoe dat grotere GGZ organisaties die voorheen altijd werkzaam waren in de tweede lijn minder geld te besteden hadden. Door de DBC-structuur is het vrij eenvoudig om uit te rekenen waar je veilig geld mee kunt verdienen: makkelijk behandelbare 'complexe' stoornissen waarvoor je de behandeling online, modulair of groepsgewijs kunt aanbieden. Het is ook vrij makkelijk om uit te rekenen waar je meer risico loopt: mensen die langdurige individuele behandeling nodig hebben. De intelligente crisisgevoelige getraumatiseerde cliënten met vroegkinderlijke hechtingsproblemen.

Als je bang bent wil je datgene wat angst oproept zo veel mogelijk vermijden. En daarna gaat je geest bijna als vanzelf argumenten aandragen waarom het ook logisch, goed of verstandig is om datgene waar je bang voor bent op een afstand te houden. In de GGZ is dit precies wat er is gebeurd met deze kwetsbare groep.

'In de GGZ vinden ze dit soort gevallen meestal te zwaar. Er wordt in de regel niet aan de traumatische ervaringen gewerkt. Alles is gericht op stabilisatie. In de praktijk komt dat neer op medicijnen en coping-strategieën. Dan krijg je bijvoorbeeld een training emotieregulatie. Maar dat helpt niks. Mensen blijven zichzelf bijvoorbeeld snijden, want de traumatisering zelf wordt niet opgelost. Er zijn tegenwoordig zoveel technieken voor traumabehandeling, maar ze durven het niet aan. Bovendien moet alles kort en snel. Terwijl voor deze mensen het nemen van de tijd juist cruciaal is.'

Theresa Bravenboer in De Groene Amsterdammer (2016)

Zoals reeds eerder genoemd zagen we vanaf 2021 steeds meer regiebehandelaren uit de SGGZ zich terugtrekken naar een veiligere behandelsetting waar crisisgevoelige mensen doorverwezen werden: eigen praktijken, BGGZ of zelfs POH-GGZ. Dit is recent weer uitgebreid in het nieuws geweest. De mogelijkheden voor mensen die langdurige individuele behandeling nodig hadden verdwenen volledig. Hierdoor was het in deze jaren volstrekt onverantwoord om deze mensen vanuit de BGGZ naar de SGGZ te verwijzen. Deze mensen konden in de BGGZ veel beter geholpen worden.

Ik heb me in de chaos van de GGZ in de beginjaren moreel verplicht gevoeld om me over deze vijf mensen uit deze categorie te ontfermen. Vijf mensen die mede naar aanleiding van mijn boek een allerlaatste poging wilden doen om na soms vijftien jaar (crisis)opnames en tweede lijns-behandelingen hopelijk toch nog een begaanbare levensweg te vinden.

2.2. Effect 1: crisisgevoelige client zo snel mogelijk doorverwijzen

Elke ervaren therapeut kan zonder probleem contra-indicaties bedenken voor crisisgevoelige cliënten om te beargumenteren dat hij/zij deze behandeling niet kan doen ('het zit toch meer in de persoonlijkheidsdynamiek en daar kan ik minder mee', 'er speelt ook een verslavingscomponent, daar heb ik geen expertise voor', 'ik acht het suïciderisico te groot', 'we hebben een IQ-test gedaan en de uitslag is helaas een harde contra-indicatie', etc.).

De hiervoor beschreven angstcultuur heeft in de afgelopen jaren in de GGZ een sterke neiging gecreëerd om crisisgevoelige mensen met meerdere diagnoses of lastig te duiden of te behandelen

problemen zo snel mogelijk door te verwijzen. Want deze mensen zorgen ervoor dat je gemiddelde behandelduur omhoog gaat en dat je geconfronteerd wordt met allerlei zaken waar je makkelijk fouten maakt. Slecht voor je imago, slecht voor je nachtrust, slecht voor de omzet.

Mij overkomt nu waar iedereen heimelijk bang voor is: een melding bij de NZA, een onbetaalbare terugvordering, en daarmee een aanval op je goede naam terwijl je alles hebt gegeven wat in je vermogen ligt. Na zo'n ervaring vanwege deze behandelingen wordt de angst om nog meer mensen met deze problematiek in behandeling te moeten nemen steeds groter. En daarmee ook de neiging om deze mensen snel door te verwijzen.

'Bovendien wordt veel mensen met vroegkinderlijke chronische traumatisering de toegang tot de geestelijke gezondheidszorg geweigerd en voelen tal van therapeuten met een particuliere praktijk zich voor deze behandelingen onvoldoende toegerust. Toch blijven deze mensen altijd weer terugkomen. Als je ze niet helpt, zullen ze uiteindelijk telkens weer een beroep moeten doen op de crisisdiensten.'

Onno van der Hart, emeritus hoogleraar traumatologie Universiteit Utrecht (2016)

Mag ik u vragen bij uw afwegingen mee te nemen dat ik zowel vanuit professioneel oogpunt als vanuit medemenselijkheid ruimte heb gemaakt voor mensen die elders niet terecht konden, niet op hun plek waren of niet verantwoord doorverwezen konden worden?

2.3 Effect 2: behandelingen opdelen in kortdurende modules

Als je er toch niet omheen kunt om deze mensen in behandeling te nemen, is er in de afgelopen jaren bijna als vanzelf een andere 'oplossing' ontstaan: bied deze mensen een modulaire behandeling aan. Een standaard traject van zes weken voor de ASS-gerelateerde problematiek bij team A, een serie EMDR-sessies bij therapeut B, een training emotie-regulatie van zes weken bij afdeling C, medicatie-controle bij psychiater D. Zo kan iedereen veilig 'afvinken' dat hij zijn aandeel heeft geleverd en netjes heeft afgerond en blijft niemand 'vast' zitten aan deze crisisgevoelige cliënt met alle risico's die dat voor de behandelaar of de organisatie heeft.

Op deze slimme manier hoeft niemand de ingewikkelde therapeutische relatie aan te gaan met deze mensen. De relatie waarover nog steeds consensus is dat die juist cruciaal is voor groei en herstel voor deze doelgroep.

Het is ronduit slecht om dit vanuit angst te doen, maar niet onbegrijpelijk, want ik weet dat veel therapeuten 's avonds in hun vrije tijd rapporten zitten te schrijven waar ze overdag niet aan toekomen, maar zich schamen om dat toe te geven omdat het incompetent overkomt. Rapportage kost GGZ-Professionals veel tijd omdat je bij alles wat je schrijft moet bedenken of het wellicht tegen je gebruikt zou kunnen worden als er administratief, financieel of therapeutisch iets mis gaat. Daar zijn we met allerlei psychologische termen best goed in geworden.

'Wel drie of vier keer per week praat ik met mensen die al jaren op zoek zijn naar behandeling maar geen hulp krijgen. Mensen die verschillende behandelingen achter de rug hebben, ten einde raad zijn en vaak suïcidaal. Er is hun verteld dat ze "er maar mee moeten leren leven", maar dat kunnen ze niet. Dan bellen ze mij en zitten ze, vaak letterlijk, met een boek van traumadeskundige Onno van der Hart op schoot om zichzelf dan maar zo goed en zo kwaad als het gaat door de paniek heen te helpen. Het snijdt door merg en been. Die mensen zijn ernstig ziek en voor hen gaan de deuren van de GGZ gewoon dicht.'

Martijne Rensen, directeur CELEVT en initiatiefnemer van STRAKX Traumacentra (2016)

Hiermee benoem ik de olifant in de GGZ-kamer die niemand liever benoemt omdat we niet moeten laten merken dat we eigenlijk uit angst opereren en mensen die langdurige behandeling nodig hebben professioneel bij ons vandaan houden. Ik zeg beschaamd maar eerlijk dat ik dat nu ook doe sinds er gedreigd wordt met een terugvordering van 70.000 euro. Ik kan er niet nog meer risico of ellende bij hebben. Het valt me op hoe makkelijk je dit als psycholoog eigenlijk kunt doen. Vanuit je eigen vakgebied met je eigen vaktaal is het niet zo moeilijk om uit te leggen waarom je de verantwoordelijkheid voor een bepaalde behandeling niet kunt nemen. Beschamend.

Ik merk dat zelfs bij het schrijven van dit stuk, waarin ik voor kwetsbare eerlijkheid wil gaan en niet voor een 'juridisch strategisch' verhaal, ik heimelijk toch mijn woorden zit te wegen. Bijvoorbeeld het woord 'complex' durf ik amper te gebruiken voor de crisisgevoelige groep die in de knel is gekomen sinds 2014. Een jurist van de verzekeraar zou kunnen reageren met 'maar u zegt nu zelf dat deze mensen complexe problemen hebben en dat hoort niet in de BGGZ meneer Goedegebuure en dat is waar u de mist ingaat en onrechtmatig heeft gehandeld'.

Het is precies deze kille, juridische sfeer rondom mensen in nood die professionals in de zorg een machteloos, monddood gevoel geven waardoor je deze (kleine) doelgroep liever zo snel mogelijk doorverwijst of een kort afgebakend traject aanbiedt dat per definitie niet herhaald of vervolgd kan worden. Of pro deo in je vrije tijd gaat helpen.

Het brengt je als hulpverlener in een paradox: als je de behandeling start krijg jij wellicht ellende en als je iemand niet helpt blijft die in de ellende en zadel je waarschijnlijk weer een collega op met dezelfde gewetensnood. Een jonge onervaren hulpverlener kan het wellicht iets makkelijker afhouden omdat die zijn 'onbekwaamheid' voelt. Een meer ervaren therapeut die weet dat je met een lange adem en een goed netwerk juist in de BGGZ waarschijnlijk wel iets kunt betekenen voor deze cliënten, komt eerder in gewetensnood.

Mag ik u vragen bij de beoordeling rekening te houden met het feit dat er écht een groep mensen is voor wie de 'nieuwe SGGZ vanaf 2014' zeker in de eerste jaren niet geschikt was?

2.4 Toenemende polarisatie tussen een bureaucratische controle-cultuur en de werkelijkheid van hulpverlening en de gevolgen daarvan voor de BGGZ

Mijn beroep en dat van duizenden collega's om mij heen bestaat dagelijks uit empathie, medeleven, medelijden, emotionele intelligentie, vertrouwen, emotionele veiligheid, uitzonderingen maken op de regels, niet letterlijk luisteren maar empathisch luisteren, de juiste woorden en toon zoeken, iemand niet op zijn woorden pakken, maar zoeken naar wat iemand misschien bedoelde te zeggen.

Wij worden geacht veiligheid en vertrouwen door te geven aan mensen in wanhoop en nood. Hoe kunnen wij dat doen als wij ons zelf continu onveilig voelen en zelf geen vertrouwen krijgen? Of wanneer het gegeven vertrouwen na zeven jaar blijkbaar ineens met terugwerkende kracht met een terugvordering van 70.000 euro de bodem ingeslagen kan worden?

Ons beroep is continu verantwoorde risico's nemen. Iemand naar huis laten gaan terwijl je weet dat de suïcidale gedachten niet weg zijn. Iets moeilijks bespreekbaar maken wat iemand ook in een crisis kan brengen. Een behandeling starten terwijl je niet zeker weet of je het ooit betaald krijgt. Hoe durf ik ooit nog risico's te nemen als ik zo hard word afgerekend op de verantwoorde risico's die ik wel moest nemen in de afgelopen jaren?

Het voortbestaan van mijn praktijk en daarmee ook de woonplek voor mijn gezin, mijn kinderen en pleegkinderen is nu ineens in het geding doordat ik volslagen onverwacht geconfronteerd word met een keiharde maatregel door iemand wiens gezicht ik niet eens ken, en die mij, deze vijf cliënten en mijn werk persoonlijk niet kent, maar uit mijn verhaal dat ik per mail heb gestuurd blijkbaar kan

opmaken dat ik al jaren onrechtmatig facturen stuur naar mijn cliënten. Het wekt de indruk dat mijn uitgebreide mail niet eens is gelezen. Wat denkt u dat dit doet met mijn vertrouwen in verzekeringen, in controlerende instanties en bovendien met het vertrouwen in mijzelf en de toekomst? En wat doet dit met alle hulpverleners die dit meelesen en zich juist voor mensen als deze vijf willen inzetten?

Eén sanctie triggert een heleboel angsten. In mijn geval gaat het nu om 70.000 euro over de periode 2018-2019. Maar u weet net zo goed als ik dat u mij daarna ook over de andere jaren kunt laten 'hangen' omdat we dit sinds 2014 zo doen. Zeven maal 35.000 euro is 245.000 euro. Heeft u enig idee hoe ik nu slaap? Ik zit nu hele dagen op de camping van 06.00 uur 's morgens tot 02.00 uur 's avonds te typen in plaats van vakantie te vieren. Vechtend voor mijn gezin, mijn pleegkinderen, mijn cliënten, mijn collega's, mijn toekomst. Elk woord afwegend omdat de XXXX een bataljon juristen heeft die gehakt van mijn woorden kunnen maken en me op mijn zwakste plek zullen pakken zodat ik straks nog in de media neergezet wordt als iemand die de verzekeraar heeft benadeeld. Ik meende iets goeds te doen voor mensen in nood, maar krijg nu als een crimineel een vordering van 70.000 euro.

Als u deze zaak wint is het voor mij en al mijn hardwerkende collega's in de GGZ een overtuigend bewijs dat er geen enkel medelijden met je is als je in oprechtheid zeven jaar lang een declaratiepraktijk volgt die de verzekeraar volslagen onverwacht ineens aanmerkt als onrechtmatig. Het gegeven dat ik na een uitgebreide toelichting niet eens een inhoudelijk antwoord krijg, zelfs niet één zinnetje, maar een kille juridische brief dat er melding gedaan wordt bij de NZA en dat de vordering onderweg is, bevestigt dit overtuigend.

Het gevolg hiervan is dat de hiervoor beschreven angstcultuur verder versterkt wordt en dat de groep cliënten die niet goed 'in een hokje' past verder in de kou komt te staan, want wie durft hier nog zijn vingers aan te branden?

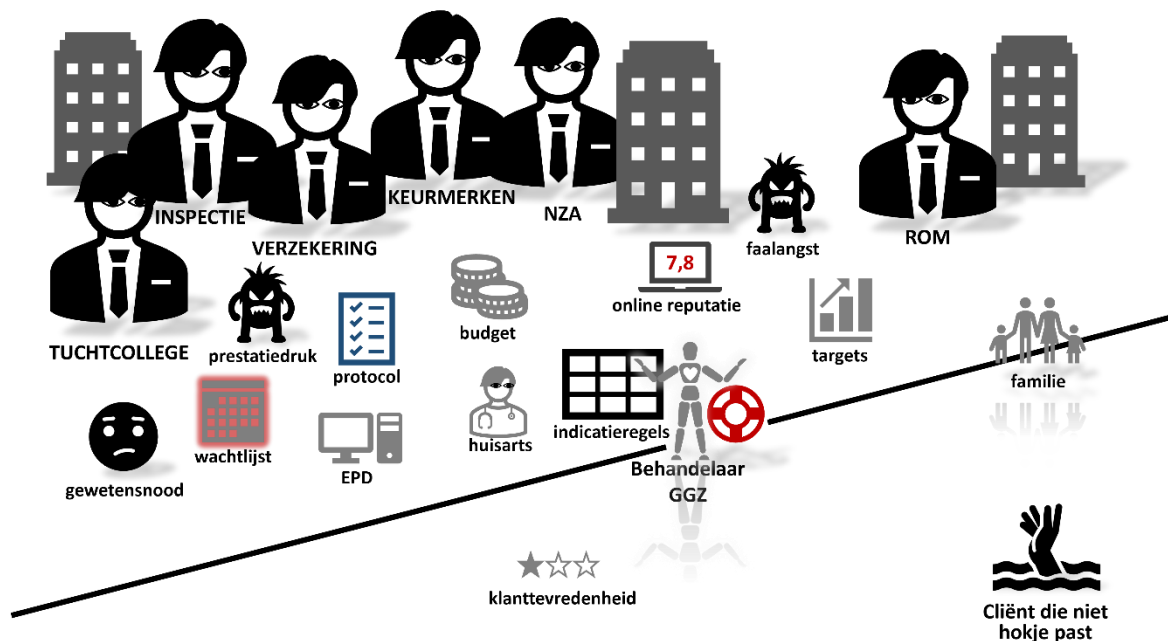
Ik kan het niet met cijfers onderbouwen, maar ik heb in de periode 2014-2016 meerdere kleine zelfstandige vrijevestigde praktijken om mij heen zien verdwijnen. De praktijken met minder of geen juridische expertise, waar vaak meer uren werden gedraaid dan er werden gedeclareerd (maar dat is in veel grote organisaties nu ook zo) en waar maatwerk-zorg geleverd kon worden. Laatst zei een psycholoog uit de SGGZ tegen mij: 'jij bent één van de weinigen die overeind is blijven staan in alle ontwikkelingen van de afgelopen jaren.' Wordt mijn praktijk toch de volgende die verdwijnt?

Het voelt voor mij als juridische leek schandalig, disrespectvol en bevestigt hoe ik als hardwerkende integere hulpverlener geen poot heb om op te staan als de verzekeraar ineens besluit dat je iets niet goed hebt gedaan. U bevestigt hiermee dat ik overal op 'gepakt' kan worden; ook op mijn eigen woorden, mijn website, mijn LinkedIn profiel, mijn dossiers. U brengt mij en daarmee ook mijn collega's in de GGZ rondom mij, die straks zullen horen dat een gerespecteerde praktijk door een verzekeraar gesloten is, in angst. Niet alleen de angst om per ongeluk een fout te maken, maar daarmee ook de angst voor situaties of cliënten waar het risico op fouten, klachten of controles groter is.

Deze vordering en de dreiging van meerdere vorderingen die nog zullen volgen, bevestigt dat u van ons als hulpverleners eist of verwacht dat wij alles in hokjes en vakjes kunnen plaatsen zoals u dat als jurist in uw werk ongetwijfeld wel moet doen. U verwacht van ons blijkbaar dat wij uw taal kennen of snappen. Alsof ons werk ook bestaat uit het toepassen van juridische regels of protocollen.

In onze werkelijkheid in de GGZ hebben wij elke dag te maken met ongrijpbare, onvoorspelbare en soms levensbedreigende fenomenen vanuit de psyche en het brein van mensen waar we

wetenschappelijk nog steeds zo weinig van snappen. Onze best ontwikkelde behandelmethoden hebben slechts in 50% van de gevallen een tijd lang een bepaald succes. Daar ligt dus niet onze kracht. Onze psychologische theorieën zijn niet eenduidig; ze spreken elkaar vaak tegen. Ook daar moeten wij het dus niet van hebben. Een deel van ons werk bestaat uit het begeleiden van mensen wiens problemen niet eens opgelost kunnen worden. Die soms hun hele leven of een groot deel van hun leven zorg nodig hebben.



De angst voor berisping, kritiek, negatieve beoordeling of sancties maakt hulpverleners terughoudend om crisisgevoelige of afhankelijke cliënten in behandeling te nemen.

Onze beste mogelijkheden liggen in individueel maatwerk voor elke cliënt, in meebewegen met elke patiënt, in onze afstemming op de ander. In ons inlevingsvermogen, onze mensenkennis, onze volharding. Dat is de werkelijkheid die wij in de GGZ de hele dag voor ons hebben. Maar als we ons omdraaien staat er een kille juridische werkelijkheid achter ons die ons midden in ons werk zonder gezicht, zonder stem, via een mail of brief met terugwerkende kracht definitief vernietigende sancties op kan leggen als men vindt dat we een procedure verkeerd hebben toegepast.

En zeker, de (juridische) regels zijn er juist om kwetsbare cliënten te beschermen tegen wanpraktijken, moneymakers en cowboys binnen de GGZ. Daar ben ik blij mee en dat is nodig en goed. Maar als de regels er toe leiden dat de menselijke maat verdwijnt, dat goed werk door mensen die juridisch misschien minder onderlegd zijn 'gestraft' wordt, dan zijn de regels misschien toch een doel op zich geworden. De regels dienen toch een hoger doel: kwalitatief goede zorg, zo goed mogelijk afgestemd op de individuele situatie van een mens in nood? De regels zijn er toch om juist dat te beschermen?

In plaats van een normale vakantie te vieren waar ik aan toe was zit ik nu op de camping hele dagen te typen om mezelf en mijn gezin en mijn cliënten te beschermen tegen een team ervaren juristen van een grote machtige organisatie die nu begonnen is om mijn werk te vernietigen nadat ik hen jarenlang zonder twijfel tienduizenden euro's heb bespaard door bij deze vijf mensen crises te voorkomen, door opnames te voorkomen, door wekelijks de extra mijl te lopen. 'Maar dat willen we niet ontkennen meneer Goedegebuure, maar het gaat ons nu om de regels, dat is onze taak, om

iedereen daarop te controleren en die heeft u helaas zeven jaar lang verkeerd toegepast. En wij konden dat helaas niet eerder controleren dan nu.'

Dit is de eenzame angstdroom van elke regiebehandelaar, van elke vrijgevestigde, van iedereen die verantwoordelijkheid draagt voor behandeltrajecten in de GGZ. Deze angst creëert een 'indekultuur' waar we ons als hulpverleners eigenlijk voor schamen, maar die ons wel steeds meer in de greep krijgt. Het faillissement van Psychologenpraktijk Goedegebuure na 22 jaar zal de indekultuur bij de collega's die mij kennen als een integere, goedbedoelende professional in de GGZ ongetwijfeld versterken.

2.4 Lange wachttijden voor mensen die langdurige intensieve zorg nodig hebben en de gevolgen daarvan voor de BGGZ

Het zijn vaak de meest kwetsbare mensen die de dupe worden van een angst- en vermijdingscultuur. Het effect hiervan was dat de wachtlijsten voor (uitbehandelde) mensen die langdurige intensieve behandeling nodig hebben opliepen tot twee jaar, zeker als er ook sprake is van dissociatie. In de periode 2016-2020 zijn hierover diverse berichten in de reguliere media geweest. Het is als ik het goed heb begrepen mede door deze toestanden en te veel onduidelijkheden dat hele declaratiesysteem nu op de schop gaat.

In het geval van deze vijf cliënten heeft bovenstaande niet meegespeeld in die zin dat ik de wachttijd moet overbruggen want zij hadden allemaal een duidelijke contra-indicatie voor een SGGZ-traject. Wel legt het een extra druk op huisartsen en de BGGZ om iets voor deze mensen te doen.

Het is erg makkelijk om vanuit de zijlijn of een chique kantoor te zeggen: 'Met alle respect, maar dat is niet uw probleem en ook niet ons probleem, het is geen reden om deze mensen op uw schouders te nemen. Niemand vraagt dat van u en als u dat wel doet moet u dat zelf weten, maar niet aan ons vragen om dat tegen onze regels in te betalen ...'

Ik vind dat het wel mijn probleem is, en als ik zo vrij mag zijn ook uw probleem nu u voor de keuze staat mijn praktijk en daarmee ook deze lopende behandelingen te beëindigen of te helpen. Omdat het onze medemensen betreft en wij mogelijkheden hebben iets voor hen te doen. U financieel en ik therapeutisch. Ik reken op u.

2.5 Er is meer dan geld

Maar: al waren alle regels de interpretaties van verzekeraars glashelder en eenduidig geweest en al zouden deze vijf (deels uitbehandelde) mensen volgens nieuwe of andere regels wél in de SGGZ thuis horen, dan nog had ik alles op alles gezet om hen (in overleg met de verzekeraar) binnen de BGGZ te houden vanwege het extreem hoge suicide-risico bij een doorverwijzing bij elk van hen.

En als ik had geweten of had kunnen weten dat u de kosten van deze behandeling na bijna zeven jaar zou terugvorderen dan had ik andere wegen gezocht om deze behandeling te bekostigen. Dan had ik crowdfunding kunnen opzetten of sponsors kunnen zoeken. Nu sta ik ineens met de rug tegen de muur.

3. Indicatiestelling SGGZ of BGGZ

De grenzen van indicatieregels

Op papier en vanachter een bureau in een prachtig kantoor is het onderscheid tussen indicaties voor SGGZ, BGGZ, POH-GGZ, kort, middel, intensief en chronisch al lastig. In de praktijk is het in uitzonderlijke gevallen echt onmogelijk om in deze categorieën te denken. Bepaalt de *hoeveelheid* symptomen of iets complex is? Of de *ernst* van de symptomen? Of het *aantal jaren* dat de symptomen bestaan? Of het acute suïcidegevaar? Of moeten we helemaal niet naar de symptomen kijken en naar de achterliggende problematiek? Of naar de zelfredzaamheid van iemand? Of voldoen alleen bepaalde DSM-V diagnoses aan het criterium ‘complex’? En als mensen al 10 jaar lang krijgende stemmen horen, noem je het dan complex? En hoe werkt het als bepaalde behandelsettings in de SGGZ juist een trigger voor trauma’s of suïcide vormen? En als je dan hebt gekozen of je het complex, stabiel, chronisch of anders noemt, moeten we dan de tekst toch letterlijk volgen of is het dan juist professioneel om hier vanaf te wijken als dat een betere kans en prognose heeft? En hoe of bij wie moet je dit vragen als je ongecontracteerd werkt?

Wat moest ik begin 2014 met een cliënt die al 15 jaar klinische en ambulante behandelingen en crisisopnames in diverse GGZ-instellingen achter de rug heeft en op advies van haar omgeving nog één laatste poging wil doen bij een vrijgevestigde praktijk? En waarvan ik zo goed als zeker weet dat een terugverwijzing naar de SGGZ suïcide zal betekenen? Wat zeggen de regels? En wat zegt mijn deskundigheid? Wat te doen als deze wringen en collega’s om mij heen ook geen idee hebben hoe dit werkt in deze nieuwe situatie?

Betekent het inzetten van een chronisch traject dat er helemaal niks meer geprobeerd mag worden in herstel? Als je chronisch inzet en je vindt na jaren toch een maatwerk-formule die past, wordt je als zorgverlener dan gestraft omdat je stiekem toch een behandeling gericht op verbetering uitvoerde in plaats van alleen maar ondersteuning bij stabilisatie? Of betekent 15 jaar therapie zonder blijvend resultaat per definitie dat iemand ‘opgegeven’ is? Of haalt het label ‘chronisch’ misschien de druk van iemand af om beter te moeten worden waardoor verbetering juist kan ontstaan? Was dat misschien eigenlijk de hoop of bedoeling van de deskundigen die het product ‘chronisch’ hebben bedacht? Als er therapeuten tussen die deskundigen zaten zou dat zomaar kunnen. Maar zaten er wel ervaren therapeuten tussen of is dit door juristen bedacht en moet je het dus misschien vooral heel letterlijk proberen te lezen zonder therapeutische blik? En hoeveel verbetering mag er zijn voordat je moet constateren dat ‘chronisch’ niet meer van toepassing is? Of mag je na vijftien jaar behandeling wel vijf jaar kleine stapsgewijze verbeteringen zien voordat het label ‘chronisch’ niet meer past? En wat is dan ‘klein’ en wat is ‘stapsgewijs’? Als iemand voor het eerst in haar leven een hobby oppakt en daar meer zelfvertrouwen en sociale contacten aan ontleent, mag je dan nog steeds dat ‘chronische’ product inzetten? Maar als dat niet mag, straf ik iemand dan niet voor deze goede stap? Dat kan, zal en mag toch niet de bedoeling van deze regels zijn? Als ik ooit voor een tuchtcollege kom te staan kan ik dan verantwoordelijk als hulpverlener dat ik vanwege de combinatie van deze kleine verbeteringen en onduidelijke regels deze behandeling ben gestopt omdat ik bang was voor de financiële risico’s? Of zou ik sterker staan als ik juist nu deze behandeling voortzet? Is het wijs om deze verbeteringen in een dossier te zetten of breng ik dan deze cliënt in gevaar als later zou blijken dat dit niet mag? Zal iemand mij ooit geloven? Maar mag dat er wel toe doen? Wat zegt mijn geweten? Zitten er in dat tuchtcollege ook allemaal juristen of zijn dat therapeuten die ook met deze uitzonderlijke doelgroep hebben gewerkt? Mag ik tijdens deze chronische activerende begeleiding een kortdurende behandeling voor een ernstige slaapstoornis

inzetten als daar ruimte voor lijkt te komen? Of betekent die ruimte na 15 jaar opnames dat het helemaal niet chronisch meer is?

Allemaal vragen waar tot op de huidige dag verwarring en discussie over is, zeker als het om chronische en intensieve BGGZ-trajecten gaat bij mensen wiens problemen niet in een hokje passen.

In 80-90% van de gevallen valt er voor ons met de definities van de diverse zorgproducten best te werken. In een klein aantal gevallen moet er maatwerk geleverd worden. Maatwerk betekent dat we niet de protocollen maar de client, de specifieke situatie en de inschatting van wat hier het best kan helpen als vertrekpunt nemen. Dat heb ik naar eer en geweten geprobeerd te doen. Ik heb niet altijd gelijk de beste interventies gekozen of gevonden. Ik heb steken laten vallen, ik heb ongetwijfeld fouten gemaakt. Maar ik sta achter mijn keuze om deze vijf mensen in de afgelopen jaren niet door te verwijzen.

“De producten van de BGGZ moeten worden ingevuld met verschillende interventies en het is onduidelijk welke interventies effectief en passend zijn. Afhankelijk van de professional en aanbieder worden stoornisspecifieke behandelmethoden of meer eclecticische methoden toegepast. Het is maar de vraag in hoeverre de indeling in vier ‘zorgvraagzwaarte’producten werkzaam is. De indeling in vier zorgzwaarteproducten is ‘achter het bureau’ bedacht en de vraag is welke profielen van patiënten bij de verschillende producten passen.’

‘Het is niet helder wat bruikbare criteria zijn om patiënten terug te verwijzen naar de huisartsenzorg en wat bruikbare criteria zijn om patiënten te verwijzen naar de gespecialiseerde GGZ.’

Peter van Splunteren, senior wetenschappelijk medewerker van het Trimbos-instituut (2014)

Vragen aan de XXXX:

Bent u het met mij eens dat de definitie van en de indicatiestelling voor de diverse zorgproducten in de BGGZ en het onderscheid tussen indicatie voor BGGZ en SGGZ voor een kleine groep (uitbehandelde) mensen niet altijd letterlijk toepasbaar is?

Bent u het met mij eens dat goed hulpverlenerschap en het inzetten van de best passende behandeling soms kan wringen met de letterlijke teksten van de NZA?

Bent u het mij eens dat goed hulpverlenerschap moet prevaleren boven financiële afwegingen als deze in uitzonderlijke situaties tegenstrijdig zijn?

4. Aanvullende vragen en informatie over de vijf betreffende cliënten en hun behandeling

4.1 Wie zijn zij?

Vanwege de privacy-regels kan ik niet heel expliciet zijn. Het liefst zou ik ze persoonlijk aan u voorstellen zodat u hun verhaal kunt horen en kunt snappen waarom zij deze maatwerk-behandeling nodig hebben. Toch zal ik (met hun goedkeuring) een paar kenmerken noemen.

Cl. 1 [redacted]
[redacted]
[redacted]
[redacted].

Cl. 2 [redacted]
[redacted]
[redacted]
[redacted].

Cl. 3 [redacted]
[redacted]
[redacted].

Cl. 4. kan ik om privacy-redenen niets over benoemen. Vergelijkbare redenen om niet naar de SGGZ te verwijzen.

Cl. 5 kan ik om privacy-redenen niets over benoemen. Andere specifieke reden om niet naar de SGGZ te verwijzen.

Verder hebben zij zonder uitzondering minimaal acht van de volgende kenmerken:

1. meerdere diagnoses
2. opgevoed door ouders met cluster B persoonlijkheidsproblematiek of in tehuizen
3. ernstige hechtingsproblemen
4. ernstige complexe trauma's in de vroege kindertijd
5. in de afgelopen jaren ernstige dissociatie
6. een aanhoudende doodswens met wekelijks ernstige suïcide-drang
7. de expliciete melding dat dit hun laatste poging is voor behandeling
8. een zeer hoog risico op suïcide bij doorverwijzing
9. zelfstandig wonen
10. betaalde baan, tot voor kort (gedeeltelijk) gewerkt of (opnieuw) bezig met re-integratie
11. werk is een stabiliserende factor (afleiding, focus, voldoening, sociale contacten, zingeving) en dient zoveel mogelijk intact te blijven

Voor alle vijf geldt dat er een langdurig maar constructief groeiproces zichtbaar is. Eén van hen zal dit jaar de behandeling afronden.

Risico op suïcide als ik deze client doorverwijs

	2014	2021
Client 1	90%	90%
Client 2	80%	75%
Client 3	70%	70%
Client 4	60%	70%
Client 5	90%	1%

Opmerking: gedurende een therapeutisch proces kan het risico op suïcide na doorverwijzing ook een periode hoger worden.

4.2 Hoe kan het dat er vijf uitzonderingsgevallen in één kleine praktijk zijn?

Dit komt direct voort uit mijn publicaties en toespraken over seksueel misbruik en suïcide-drang in de periode 2006-2014. Dit heeft deze vijf mensen waarvan sommigen jarenlang alles hebben geprobeerd in de GGZ, ook wat nu SGGZ heet, doen besluiten om nog één laatste poging te doen bij onze praktijk voordat ze uit het leven stappen.

Als therapeut een boek schrijven over misbruik en suïcide heeft consequenties: het trekt extreme situaties aan. Het brengt uitbehandelde en moegestreden mensen op mijn weg die overtuigend aangeven dat ik voor hen echt het laatste station ben na van alles geprobeerd te hebben. Ik zou het moreel verwerpelijk vinden deze mensen weg te sturen vanwege nieuwe, nog onduidelijke regels van verzekeraars.

4.3 Hadden deze mensen niet doorverwezen moeten worden naar de SGGZ voor ACT, FACT of IHT?

Nee. Om vier redenen:

1. De SGGZ kon in de periode 2014-2020 mensen in deze situaties of een korte opname of een kort ambulant traject aanbieden. Een opname bevat voor deze vijf mensen te veel triggers voor hun PTSS (bijv. opgegroeid in een tehuis waar misbruik plaatsvond; zelf werkzaam in de SGGZ; traumatische ervaringen in de SGGZ) waardoor het risico op suïcide te groot is. En een kort intensief ambulant traject is zeker niet geschikt voor mensen met deze problematiek en zou teleurstellend en demotiverend zijn en daarmee in hun situatie het suïcide-risico vergroten.
2. Er is juist een langdurige, individuele begeleiding nodig met een psychotherapeutisch karakter (dus geen 'klassieke' psychotherapie) vanuit de eigen veilige thuisbasis in samenwerking met hun netwerk en eventueel ambulante woonbegeleiding of ondersteuning van een ervaringsdeskundige. Er is regelmatig sprake van crises wat klassieke psychotherapie minder geschikt maakt. Het opbouwen van een vertrouwensband waarbinnen de behandeling kan plaatsvinden duurt vaak al 1-2 jaar. Daarna kan een dergelijk traject wel 5-8 jaar duren waarbij de frequentie stap voor stap wordt afgebouwd. Recent heeft Yulius (de primaire SGGZ aanbieder in onze regio) met wie wij intensief samenwerken, contact met ons opgenomen omdat zij een vrijgevestigde praktijk zochten die dit soort trajecten aanbiedt in de BGGZ. Zij kunnen die zelf niet bieden vanuit de SGGZ. Ik heb hen uitgelegd dat wij in afwachting zijn van overleg met de XXXX en tot die tijd geen nieuwe cliënten aannemen voor maatwerktrajecten.

3. Een doorverwijzing zou betekenen dat deze laatste poging die zij willen doen om toch verder te leven blijkbaar niet slaagt of dat ze hier 'ook niet welkom' zijn. Het suicide-risico zou daarmee veel groter worden.

4. In de afgelopen jaren zijn er bij de SGGZ instellingen in onze regio veel ervaren behandelaars opgestapt omdat zij geen verantwoordelijkheid meer wilden dragen voor sterk verschaalde onderzoeks- en behandel mogelijkheden door de bezuinigingen vanaf 2014. Dit betekent dat er veel jonge onervaren hulpverleners werken (waarvan ik er zelf meerdere begeleid heb). Voor deze vijf mensen die zelf al veel behandelervaring hebben (sommigen zelf als behandelaar, anderen als patiënt in de SGGZ) zou dit een slechte match zijn. En een slechte match zou in deze gevallen fataal kunnen zijn.

Omdat wij in 2020 via een andere verzekeraar hoorden dat de regels voor BGGZ aangescherpt werden via nieuwe veldnormen, hebben wij onder deze druk één client met vergelijkbare problematiek in nauw overleg met huisarts en netwerk van de client zorgvuldig doorverwezen naar de SGGZ. Ik heb daarbij onder de druk van deze nieuwe veldnorm mijn intuïtie overruled. Deze mevrouw is tijdens deze doorverwijzing [REDACTED] en [REDACTED] overleden. Met dat gegeven moet ik verder leven.

U begrijpt dat ik bij mensen met deze extreme problematiek mijn intuïtie nooit meer zal overrulen, al kost het me tienduizenden euro's.

In januari 2021 heb ik met een psycholoog (voormalig behandelaar) en een jurist van een andere verzekeraar overleg gehad over exact dezelfde kwestie betreffende enkele cliënten. In een eerlijk en erg prettig gesprek heb ik al hun vragen beantwoord en hebben zij mijn vragen beantwoord. Zij begrepen mijn afwegingen, hebben uitgelegd dat seriële behandelingen in strijd zijn met hun nieuwe veldnormen, en hebben meegedacht hoe ik de resterende behandelingen zo goed mogelijk binnen de BGGZ kon afronden en hoe ik met nieuwe uitzonderlijke situaties zou kunnen omgaan. Zij hebben geen geld teruggevorderd over de voorgaande jaren en toegezegd dat ze de lopende trajecten nog zullen vergoeden met de dringende vraag het met maximaal twee producten per jaar te doen. Mag ik hieruit afleiden dat ik ook vanuit het gezichtspunt van een geldverstrekker niet iets heel gek of onverantwoords heb gedaan?

Mijn vraag aan u: bent u bereid om in uitzonderlijke situaties uitzonderingen te maken op uw regels of indien dat nodig zou zijn op de regels van de NZA?

4.4 Een dreiging van suicide is toch juist een contra-indicatie voor BGGZ?

Niet perse. Als de trigger voor suicidaliteit juist zit in verlatingsangst, verlorenheid, hechting is een stabiele individuele langdurige begeleiding in de BGGZ beter dan de een aaneenschakeling van trajecten in de SGGZ waar over het algemeen meer wisselingen van behandelaars zijn, zeker in de afgelopen jaren.

Het feit dat deze vijf mensen geen suicidepogingen hebben gedaan in de afgelopen jaren mag misschien gezien worden als een aanwijzing dat het inderdaad zo werkt. De genoemde doorverwijzing die fataal is afgelopen onderstreept dit voor mij op een pijnlijke manier.

4.5 Maar laat dat dan niet zien dat de ernst van de problematiek toch wel meevalt met deze vijf mensen?

Nee. Ik wilde dat ik u de dossiers mocht laten zien. Voor sommige dossiers hebben we een volledige

ladenkast nodig voor één persoon. Natuurlijk zegt ook dat niet alles, ik kan u alleen maar vragen mij daarin te vertrouwen.

4.6 Had ik niet beter mijn handen er vanaf kunnen trekken zodat deze mensen misschien vanzelf bij de crisisdienst in hun regio terecht waren gekomen?

Ik vind het afschuwelijk om deze vraag te moeten bedenken, maar ik voel hem vanuit de kille juridische sfeer op me afkomen. Van deze vijf mensen zijn er drie die zeker niet meer bij de crisisdienst waren terechtgekomen maar op de begraafplaats of als het niet gelukt was met ernstig letsel in het ziekenhuis. Eén van hen zou voor de zoveelste keer bij de crisisdienst zitten en de andere zou zo traumatisch getriggerd worden, dissociëren en bevriezen dat er een volgend trauma bij is gekomen.

4.7 Verantwoord omgaan met maatschappelijk geld

Ik vind het belangrijk om in dit soort uitzonderlijke situaties ook de vraag mee te nemen of ik door het aanbieden van deze langdurige en daarmee ook dure behandeling verantwoord met maatschappelijk geld omga. Ik meen oprecht van wel. Eén van deze vijf cliënten zat voor aanvang van de behandeling al [REDACTED] en is nu, tegen alle prognoses van voorgaande behandelingen in, aan het re-integreren in een betaalde baan. Ook andere vormen van zorg en begeleiding zijn afgebouwd. Dat lijkt mij niet opwegen tegen de kosten van een intensieve maatwerk-behandeling in de BGGZ. Ook voor de andere cliënten geldt dat crises en opnames zijn voorkomen en dat mensen die anders van crisisopname naar crisisopname zouden moeten leven nu grotendeels maatschappelijk actief zijn en ondank de heftige problemen nog (gedeeltelijk) kunnen werken.

Als een opname in de SGGZ gemiddeld 300 euro per dag kost, kan ik voor één maand opname 90 behandelgesprekken doen. En omdat ik maximaal 2 uur per week heb gedeclareerd terwijl het in werkelijkheid gemiddeld 3 uur was kom ik op ruim 120 gesprekken voor het bedrag van één maand opname.

Natuurlijk begrijp ik ook dat dit volledig los staat van de vraag of deze gesprekken juridisch rechtmatig zijn, maar ik wil graag gezegd hebben dat ik hier ook bewust over nagedacht heb.

4.8 Had ik, juist als ik iets voor deze kwetsbare groep wil betekenen, niet beter op contractbasis kunnen werken om dit soort financiële risico's te voorkomen? Breng ik mensen niet juist in gevaar door dit op restitutiebasis aan te bieden?

Nee. Allereerst was het (voor zover ik de contractering-praktijk goed snap) in de afgelopen jaren onmogelijk geweest om dan iets voor deze mensen te betekenen vanwege de omzetplafonds. De geluiden die ik van zelfstandig gevestigden om me heen hoorde over terugvorderingen maakten voor mij duidelijk dat dit überhaupt geen optie was.

Ten tweede heb ik in 1999 bewust gekozen om als vrijgevestigd therapeut te willen werken juist voor de mensen die in de reguliere (gecontracteerde) zorg tussen wal en schip vallen. Ik ben niet tegen reguliere en gecontracteerde zorg want die kan in 80% van de gevallen adequate zorg leveren waar ongeveer 50% baat bij heeft. Er is geen reden om daar tégen te zijn, los van het feit dat de organisatie en het behandelaanbod van die zorg, zowel SGGZ als BGGZ, in de afgelopen jaren erg zwak was door financiële beperkingen. Dat is niet mijn mening, daar is brede consensus over onder behandelaars. Voor de groep die tussen wal en schip valt moeten er naar mijn mening ook vrijgevestigden blijven die vanuit zelfstandig ondernemerschap maatwerk kunnen leveren.

Ten derde staat wetenschappelijk vast dat de beste behandelmethoden slechts in 50% van de gevallen een blijvend en breed positief effect hebben en dat na een aantal jaren hier in het meest gunstige scenario nog 25% van over is. Dit betekent dat er een grote groep mensen is die steeds

weer in de GGZ terug keert. Er moet naast de gecontracteerde GGZ altijd ruimte blijven voor het ontdekken en ontwikkelen van nieuwe, betere behandelmethoden of tools die beter de matching tussen problematiek en behandelmethodiek in kaart kunnen brengen. Niet gecontracteerde praktijken zijn wat eigenzinniger en creatiever in hun aanpak van chronische problematiek en voegen ontwikkelen daarmee weer nieuwe expertise. Ik heb dan niet over wazige alternatieve behandelmethoden maar doorontwikkeling van algemeen aanvaarde behandelmethodieken.

4.9 Toont het feit dat ik deze cliënten heb geadviseerd om elk jaar opnieuw bij de verzekering na te vragen of hun maatwerk-traject binnen de regels van hun verzekering past niet aan dat ik bewust (te) grote risico's heb genomen en deze cliënten daarmee bewust in gevaar heb gebracht?

Nee. Ondernemen in de BGGZ is per definitie heel riskant. Wij hebben daarom vanaf 2015 ook alle cliënten van eenmalige kortdurende behandeltrajecten steeds geadviseerd bij hun verzekeraar na te vragen of deze behandeling wel vergoed kon worden en duidelijk aangegeven dat wij dat niet kunnen garanderen omdat verzekeraars zelfs met terugwerkende kracht aanvullende voorwaarden kunnen stellen waar wij niet van op de hoogte (kunnen) zijn. Wij zijn er redelijkerwijs wel steeds vanuit gegaan dat als een factuur eenmaal vergoed was het risico voorbij was.

4.10 Alles op één dossier?

Sinds vorig jaar interpreteren sommige verzekeraars de NZA-richtlijnen zo dat langdurige maatwerkbehandelingen wel mogen, maar dat er maar één dossier geopend mag worden per jaar. Andere verzekeraars staan nog steeds meer dossiers toe, bijvoorbeeld de combinatie van een chronisch en intensief traject of in overleg zelfs bij uitzondering meer dan twee dossiers. Voor een maatwerktraject van twee gesprekken per week op één dossier betekent dit 100 gesprekken per jaar voor ca. 1200 euro. Dat is 12 euro per gesprek. Het hoeft geen uitleg dat dit financieel niet kostendekkend is en ook niet iets wat in redelijkheid van mij verwacht kan worden. In ieder geval niet zolang ik mijn financiering voor mijn geleden verliezen van de eerst twee jaren BGGZ nog aan het terugverdienen ben.

Als het zo was dat wij op andere trajecten geld overhielden en dit daarmee konden compenseren dan zou het nog billijk kunnen zijn. Maar als niet gecontracteerde praktijk kunnen wij onze cliënten alleen een factuur sturen voor gesprekken die daadwerkelijk geleverd zijn omdat cliënten aan ons moeten betalen en zij het zelf kunnen declareren bij de verzekeraar. Voor een traject dat halverwege wordt afgesloten rekenen wij maar de helft van het maximale tarief terwijl wij weten dat er op grote schaal in de GGZ volledige trajecten worden gedeclareerd die maar voor een deel ingezet zijn. Daarmee zou een gecontracteerde instelling mogelijk af en toe wel meer kunnen doen op één dossier. Gezien de financieringen die wij nog aan het aflossen zijn van de start van de BGGZ is dat voor ons niet mogelijk. Het lijkt mij niet redelijk om van ons te verwachten dat wij als BGGZ-praktijk die rechtstreeks aan de client factureert, wij het 'verlies' op dergelijke manier zouden moeten kunnen compenseren.

Ik vraag ook daar uw begrip voor en verzoek u dit mee te nemen bij uw beoordeling van deze situatie.

4.11 Hadden deze mensen dan niet beter bij een vrijgevestigde praktijk behandeld kunnen worden die SGGZ-behandeling kon aanbieden?

Los van het feit dat we deze mensen niet kunnen verwijzen vanwege het suïcide-risico en dat deze mensen om meerdere redenen niet naar de SGGZ (terug) willen, kunnen of durven, zou dat inderdaad een alternatief kunnen zijn omdat er ongetwijfeld ook argumenten te bedenken zijn dat deze mensen wel in de SGGZ zouden passen.

Ook al was dat zo geweest, dan nog moet ik vaststellen dat de mogelijkheden daarvoor in de afgelopen jaren niet voorhanden waren. Wij krijgen van grote GGZ organisaties in onze regio zelfs

vragen of wij cliënten met vergelijkbare problematiek als deze vijf mensen niet in de BGGZ zouden willen behandelen omdat noch zij zelf noch hun netwerk plaatsen heeft waar mensen langdurige individuele behandeling kunnen krijgen.

Ik erken dat ik dat niet uitgebreid zelf heb uitgezocht, maar ik vraag uw begrip er voor dat ik daar in alle hectiek van de afgelopen jaren niet aan toe kwam. Bovendien zijn deze mensen en hun eventuele partners en netwerk zelf erg positief over de hulp waardoor er ook geen reden was om daar heel actief mee bezig te zijn.

4.12 Had ik me niet meer moeten inspannen om ook SGGZ-behandelaar te worden?

Misschien gooi ik mijn eigen juridische glazen in door hier eerlijk op te antwoorden. Terugkijkend was dat wellicht een goede optie geweest en had dit een hoop problemen kunnen voorkomen omdat het juridisch dan mogelijk beter zou kloppen.

De reden dat ik dat (als voormalig behandelaar in de SGGZ) niet heb uitgezocht is eenvoudigweg dat het me door alle financiële perikelen aan tijd ontbrak om dat uit te zoeken en ik ervan uitging dat ik dan een instelling moest worden met alle eisen die daar weer aan zitten.

Volgens uw collega's van de andere verzekeraar met wie ik recent heb gesproken was dat vrij eenvoudig te regelen door samenwerking met een psychiater aan te gaan. We hebben er al meerdere met wie we samenwerken. Ik herinner me echter alle drama's rondom EuroPsyche die ook dit soort constructies hadden en ik was bang om door juridische onkunde ongewild ook in dit soort scenario's terecht te komen.

Verder moest ik als kleine ondernemer een gigantisch bedrag zien terug te verdienen. Dat lukt alleen door extra veel te werken en mijn commerciële activiteiten die financieel minder riskant waren uit te bouwen waardoor ik er niet aan ben toegekomen dit goed uit te zoeken.

Bovendien is er de vraag hoe realistisch en zinvol het is om voor vijf cliënten een praktijk om te bouwen tot 'instelling' terwijl de verzekering de facturen al jaren goedkeurt, ook na extra controles.

5. Verzoek

Ik doe hierbij een dringend beroep op de medemenselijkheid, redelijkheid en billijkheid van de XXXX. Ik kan zelf niet juridisch beoordelen of ik onwetend en onbedoeld toch iets onrechtmatigs heb gedaan. Ik hoop oprecht van niet en als mij juridisch wel iets te verwijten valt dan ben ik bereid daar de gevolgen van te aanvaarden en zal ik me inzetten om mijn fouten recht te zetten waarbij ik dan of failliet zal moeten gaan of financiële steun van anderen zal moeten vragen. Moreel en als therapeut met 30 jaar ervaring sta ik in ieder geval volkomen achter mijn keuze om deze vijf mensen deze behandeling aan te bieden vanuit mijn praktijk en dat zal ik ook voortzetten, ongeacht of de XXXX deze behandeling verder vergoedt.

Als mij niets te verwijten valt dan verwacht ik geen excuses van u; dan was deze situatie voor u wellicht even ingewikkeld als voor mij en stonden we aan de andere kant van hetzelfde probleem. Maar in dat geval zou ik u wel dringend willen verzoeken deze vijf mensen excuses aan te bieden voor de (in hun beleving) dreigende brieven. Het heeft op hen alle vijf een grote impact gehad en twee van hen zijn hierdoor in crisis geraakt waardoor we met een flinke terugval in het proces te maken hebben.

Een begripvolle of respectvolle brief zou hun vertrouwen in mensen wellicht wat kunnen helpen of in ieder geval het gevoel van dreiging kunnen verminderen en hun vertrouwen in therapie en verzekering kunnen helpen. Bij sommigen vertaalt een dergelijke brief zich in wekenlang continu krijsende oordelende stemmen in het hoofd die schreeuwen dat er op deze wereld nergens plek voor hen is en dat ze dood moeten. Met deze stemmen moeten zij elke ochtend opstaan, sommigen gaan ermee naar hun werk, anderen maken met deze stemmen hun kinderen wakker om met hen te gaan ontbijten.

Tenslotte wil ik duidelijk maken dat ik zeker geen bijzondere 'held' of zo ben binnen de GGZ en ook niets tegen de SGGZ heb. Samen met mijn vrouw en onze eigen kinderen kunnen we een gezinshuis waarin we vijf zwaar getraumatiseerde kinderen een plek mogen bieden. Gelukkig hebben wij voogden, psychotherapeuten, GZ-Psychologen, pleegzorgmedewerkers, behandelaars uit de SGGZ en de Jeugdzorg om ons heen die net als ik bereid zijn de extra mijl te lopen. Ook als er geen geld of salaris tegenover staat. Mensen die 's nachts via hun eigen mobiel bereikbaar zijn.

Zoals alleen een jurist in staat is om in lastige situaties een richtlijn over declaraties juridisch juist te interpreteren en te duiden, is alleen een psycholoog in staat om een indicatie voor SGGZ of BGGZ vast te stellen. Met boerenlogica interpreteer je de kleine lettertjes van een wet of regel soms te simpel of vanuit je eigen aannames, en met boerenlogica interpreteer je ook de ernst, complexiteit en behandelbaarheid van een lastig ziektebeeld soms te simpel en vanuit je eigen aannames. Suïcidaliteit betekent niet altijd dat SGGZ beter is. En goede zelfredzaamheid betekent niet altijd dat BGGZ beter is.

Net zoals dat een lage score op een IQ-test niet altijd betekent dat iemand dom is, terwijl een hoge score vrijwel zeker betekent dat iemand intelligent is.

Ook de interpretatie van testuitslagen, symptomen, hulpvragen in de GGZ vraagt meer dan het afvinken van een lijstje. Weinig symptomen betekent meestal BGGZ of POH GGZ, maar veel of ernstige symptomen betekent niet per definitie SGGZ. Er zijn uitzonderingen, vooral wanneer de opzet van de SGGZ voor iemand triggers bevat (denk bijvoorbeeld aan meerdere behandelaars, een groot gebouw, onpersoonlijke benadering of nare ervaringen met bepaalde instanties).

Een jurist kijkt op een andere manier naar de regels van de NZA dan een psycholoog. Bij de jurist wordt zijn rekenkundig-logische circuit in zijn brein actief en hij denkt vanuit de verdeling van geld. Bij een psycholoog worden de verbaal-empathische circuits van zijn brein actief en denkt vanuit het belang van de cliënt.

Bij de cliënt die suïcide pleegde: ik besef nu dat ik geprobeerd heb om als een jurist de richtlijnen te hanteren en gefaald heb om als psycholoog de richtlijnen te hanteren. In dit geval heb ik me ook door angst laten leiden en niet door mijn intuïtie.

Tenslotte

Dit was een heel verhaal, maar het is nog maar een tipje van de sluier die over een wereld ligt die u hopelijk niet kent. Een wereld van krijgende stemmen in je hoofd, kinderen die jarenlang misbruikt worden in de kajuit van een boot in een jachthaven, een levenlang pijn in je buik waar iemand je toen je negen jaar oud was tientallen keren urenlang misbruikte met een veel te grote vibrator onder dreiging dat je moeder vermoord zou worden als je het ooit zou vertellen. Een wereld van gedwongen opnames waarin je wanhopig probeerde jezelf te vermoorden maar het lukte steeds niet, van helse angsten en wanhoop als beelden zich aan je opdringen die verder niemand om je heen ziet.

Aan het eind van mijn leven zal ik me niet afvragen of ik alle regels van de dan alweer lang vergeten BGGZ in de periode 2014-2021 wel goed heb begrepen en heb gehanteerd. Ik zal me hopelijk afvragen of ik vanuit liefde en zorg voor mijn medemensen heb geleefd en de extra mijl heb gelopen waar iemand dat nodig had. Of ik heb gedaan waar ik achter sta zodat ik met een rustig geweten kan sterven.

Daarmee wil ik niet zeggen dat ik u een onrustig geweten toedicht want ik begrijp ook dat uw taak is om zo goed mogelijk te controleren op het navolgen van de regels. Ergens lijkt uw integriteit te botsen met mijne. Ik kan niet meer dan open en eerlijk uitleggen hoe mijn werk en mijn situatie er uit ziet.

Over mijn keuzes in de chaos en de angstcultuur van de GGZ in 2014-2021 zal ik vrede hebben, m.u.v. van de client die ik uit angst voor de nieuwe veldnorm van 2020 heb doorverwezen naar de SGGZ. Haar zal ik altijd voor me zien. Een intelligente vrouw. Ze had mijn boek gelezen en wist dat ze hier begrepen zou worden. Midden in haar wanhoop was ze blij dat ze deze plek had gevonden. Maar ik heb me laten leiden door een nieuwe juridische veldnorm en haar zorgvuldig doorverwezen. Professioneel, kan geen jurist iets op aanmerken. Haar dood hoeft niet gewroken te worden. Maar deze vijf mensen weiger ik door deze levensles door te verwijzen. Ik vind dat hen groot onrecht wordt aangedaan als hun behandelaar de behandeling uit eigen zak moet gaan terugbetalen. En ik vind ook dat mij groot onrecht wordt aangedaan als u daar aan vasthoudt.

Eén van deze vijf zit in de afrondende fase heeft in zes jaar tijd weer een bijzonder mooi en inspirerend leven mogen opbouwen na 15 jaar opnames in de SGGZ. Zij leeft en is na ruim 20 jaar winter eindelijk in de lente van haar leven aangekomen. Haar verhaal staat anoniem op mijn website voor verzekeraars. Dat had u wellicht nog niet gelezen.

Allerlaatste

Ik besef na mijn extreem lange verhaal hoe ingewikkeld het voor u moet zijn om dit te beoordelen. Als ik me in u probeer te verplaatsen voel ik ook een soort medelijden want wat moet u met dit hele verhaal? U bent ook een mens van vlees en bloed en u voelt ongetwijfeld ook de druk die op mij ligt en die ik nu ook een beetje op u en uw geweten leg met mijn persoonlijke verhaal en de suïcide-

dreiging van de vijf mensen om wie het gaat. U voelt mijn verontwaardiging en u ziet mij vechten voor mijn cliënten, mijn kinderen en mijn toekomst.

Misschien ongepast en onverwacht, maar ik stel mezelf beschikbaar om in lastige situaties zoals deze als GGZ-Professional met u mee te denken als u probeert het kaf van het koren te onderscheiden in allerlei situaties waarbij u recht moet doen aan de regels en ongetwijfeld ook recht wil doen aan mensen. U kent de regels, ik ken de mensen, de patiënten, de cliënten, de behandelaars, de instellingen vanuit mijn rol als pleegvader, familielid, vriend en GZ-Psycholoog, maar ook de managers, de RvB's, DT's, en de MT's vanuit mijn rol als (team)coach en adviseur. U kent de juridische kant van de GGZ; ik ken de emotionele kant, de onderstromen, de kracht en de grenzen.

Of ik nu straks failliet ben of niet, ik ben los daarvan van harte bereid mee te zoeken naar wat realistisch, redelijk, professioneel of juist irreëel, onredelijk of onprofessioneel is in de zorg voor mensen, maar ook in de zorg voor hulpverleners. Want ondanks mijn venijn dat ook in dit schrijven zit omdat ik een keer van me af moet bijten, besef ik ook goed dat zonder de bereidwilligheid van de XXXX deze vijf behandelingen überhaupt niet mogelijk waren geweest.

Veel hulpverleners zien de verzekeraar eerder als vijand dan als vriend. Dat geldt voor mij nu ook moet ik eerlijk bekennen. Hoe dat omgekeerd is weet ik niet; ik kan me voorstellen dat uw vertrouwen in hulpverleners of praktijkeigenaren ook niet heel groot (meer) is als u geconfronteerd bent geweest met fraude, wanpraktijken of andere nare zaken die ik helaas ook heb gezien en al enkele keren de ongekende schade daarvan van heb moeten zien te repareren.

Excuses voor de belerende toon, maar misschien heeft u hier iets aan: een deel van deze beleving wordt veroorzaakt door het feit dat hulpverleners intellectueel gezien vooral 'verbaal' bedraad zijn. Zij zien de wereld als een planeet vol verhalen. Verhalen van mensen, organisaties, teams, landen, volken. De diepste essentie van dingen zit voor hen in de diepere lijn van die verhalen. Hun kracht is empathie, hun grootste beloning is 'verbinding' en hun sterkste gevoel van onrecht ontstaat wanneer er aan een verhaal geen recht wordt gedaan.

Mensen die kiezen voor meer administratieve of juridische beroepen zijn over het algemeen meer 'performaal' bedraad. Zijn zien samenwerking en een organisatie veel meer als een 'motor' waarvan de diverse onderdelen goed op elkaar afgestemd moeten zijn zodat de motor goed draait. Voor hen zijn regels, scores, methodieken en afspraken belangrijk. Hun kracht is orde, hun grootste beloning is een gevoel van 'voldoening' wanneer iets gelukt is doordat iedereen precies deed wat hij of zij moest doen en hun sterkste gevoel van onrecht ontstaat wanneer regels worden overtreden of er überhaupt geen respect is voor de regels.

Beide krachten zijn belangrijk om een land of een veld goed te besturen. Maar de verschillen tussen deze twee bedradingen en het onderlinge onbegrip kunnen tot onverkwikkelijke impasses leiden waar soms het verbale systeem overwint en soms het performale systeem.

Het zal u niet ontgaan zijn dat ik meer verbaal 'bedraad' ben. Mijn geweten, intuïtie en impulsen worden getriggerd door iemands verhaal. Daar moet recht aan gedaan worden, en daar zet ik ook weer een verhaal voor in. Ik ben getraind om naar de geest of de essentie van woorden te luisteren en niet naar de letter. Zo zal dat bij veel hulpverleners zijn. Hulpverleners zullen er niet zoveel moeite mee hebben als ze iets terug moeten betalen, maar wel als er niet naar hun verhaal wordt geluisterd of er geen recht wordt gedaan aan de essentie van hun verhaal. Dat is mijn voorzichtige advies aan u: neem in ieder geval het verhaal ook serieus.

Ik vermoed dat op de controle-afdeling van een verzekeraar veel perfoormaal bedrade mensen werken die zich inwendig misschien wel irriteren aan al die uitgebreide verhalen vanaf de verbale planeet. Zij worden negatief getriggerd wanneer organisaties of hulpverleners zich niet aan de afspraken houden die er met elkaar zijn gemaakt om het veld goed te controleren of wanneer daar geen respect voor is. Mijn advies aan mezelf en mijn collega's: heb en toon respect voor de regels en voor de mensen die aangesteld zijn om de regels te bewaken. Want de regels bewaken ook ons. Dus zij bewaken ook ons.

Daar wil ik u voor bedanken. En voor de moeite die u heeft genomen om naar mijn verhaal te luisteren. En mijn verhaal is het verhaal van veel duizenden collega's om mij heen. Mensen om zuinig op te zijn. Mensen om te beschermen. Ook met regels.



Matthijs Goedegebuure
Registerpsycholoog BIG/NIP