

College voor Zorgverzekeringen

> Retouradres Postbus 320, 1110 AH Diemen

De minister van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

Postbus 20350
2500 EJ Den Haag

0530.2013081532

Datum 11 juli 2013
Betreft Advies Geneeskundige Geestelijke Gezondheidszorg, deel 2

**College voor
zorgverzekeringen**
Pakket

Eekholt 4
1112 XH Diemen
Postbus 320
1110 AH Diemen
www.cvz.nl
info@cvz.nl

T +31 (0)20 797 89 59

Contactpersoon
mw. mr. M.E. Kroes
T +31 (0)20 797 86 31

Onze referentie
0530.2013081532

Geachte mevrouw Schippers,

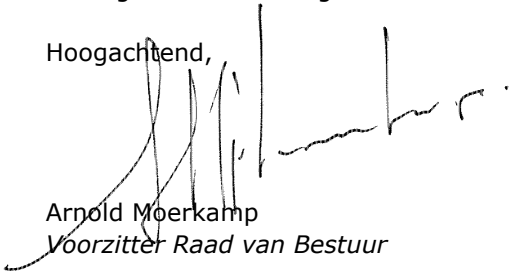
Het College voor zorgverzekeringen heeft op 10 juli 2013 het Advies Geneeskundige Geestelijke Gezondheidszorg, deel 2, vastgesteld. Dit advies is het vervolg op het Rapport G-GGZ, deel 1, (april 2012).

In het advies (zie bijlage) gaan wij in op uw vraag over toekomstbestendige GGZ via twee hoofdlijnen: de begrenzing van de GGZ en het gepast gebruik van GGZ.

Wij onderkennen dat de nieuwe structuur in de GGZ per 2014 kansen en risico's biedt. Omdat de concrete invulling van het bestuurlijk akkoord nog moet plaatsvinden en de bijdrage daarvan aan goede, zinnige en zuinige geneeskundige GGZ in de praktijk nog moet blijken, achten wij monitoring van het grootste belang. Over twee jaar zullen wij de resultaten onder de loep nemen.

Wij raden u nadrukkelijk aan op korte termijn met de huisartsen in gesprek te gaan zodat zij de rol die wij in dit advies aan hen toedichten, daadwerkelijk per 2014 gestalte kunnen geven.

Hoogachtend,


Arnold Moerkamp
Voorzitter Raad van Bestuur

Advies Geneeskundige Geestelijke
Gezondheidszorg, deel 2

Op weg naar een toekomstbestendige GGZ

Datum 10 juli 2013

Colofon

Volgnummer	2013077950
Contactpersonen	Hanneke van Diggelen +31 (0)20 797 85 49 Marlies Kroes +31 (0)20 797 86 31
Sector	Zorg
Uitgebracht aan	Minister van VWS

Inhoud

Colofon—1

Samenvatting, conclusies en aanbevelingen—5

1 Inleiding—13

- 1.1 Aanleiding—13
- 1.2 Leeswijzer—13

2 Context—15

- 2.1 Inleiding—15
- 2.2 Bestuurlijk akkoord—15
- 2.3 Kostenontwikkeling—16
- 2.4 Overgang van DSM-IV naar DSM-5—17

3 Wat is de aanspraak GGZ?—19

- 3.1 Inleiding—19
- 3.2 Begrenzing geestelijke gezondheidszorg in de Zvw—19
 - 3.2.1 Wettelijk kader—19
 - 3.2.2 Wat is wel en wat is niet verzekerde GGZ?—21
 - 3.2.3 G-GGZ: Generalistische Basis GGZ en Gespecialiseerde GGZ—24
- 3.3 De stand van de wetenschap en praktijk—25
- 3.4 Geïndiceerde preventie—26
 - 3.4.1 Achtergrondinformatie—26
 - 3.4.2 Pakketbeoordeling—28
 - 3.4.3 Overwegingen en advies—31
 - 3.4.4 Reacties partijen—31
- 3.5 Aanpassingsstoornissen—32
 - 3.5.1 Achtergrondinformatie—32
 - 3.5.2 Pakketbeoordeling—33
 - 3.5.3 Overwegingen en advies—33
 - 3.5.4 Reacties partijen—34

4 Gepast gebruik van het GGZ-pakket—37

- 4.1 Inleiding—37
- 4.2 De huisarts als sleutelfiguur—37
- 4.3 Kwaliteitsstandaarden—38
- 4.4 Wie levert de zorg?—39
- 4.5 Nieuwe structuren en bekostiging—41
- 4.6 Sturing door verzekeraars—43
- 4.7 GGZ interventies vergoeden vanuit het juiste kader—46

5 Adviescommissie Pakket—55

6 Conclusies en aanbevelingen—57

Bijlage 1 Dynamisch overzicht psychologische interventies die wel voldoen aan de stand van de wetenschap en praktijk—63

Bijlage 2 Dynamisch overzicht psychologische interventies die niet voldoen aan de stand van de wetenschap en praktijk—65

Bijlage 3 Ontvangen reacties—Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.

Samenvatting, conclusies en aanbevelingen

In vervolg op het rapport G-GGZ deel 1, dat het CVZ in april 2012 aanbood aan de minister van VWS, brengen we bij dezen het aangekondigde tweede deel uit. In dit advies bekijken wij op verzoek van de minister van VWS de verzekerde aanspraken voor de geneeskundige geestelijke gezondheidszorg (G-GGZ).

Met G-GGZ wordt bedoeld het gedeelte van de GGZ dat sinds 1 januari 2008 gefinancierd wordt uit de middelen van de Zorgverzekeringswet (Zvw).

Doel van dit advies is bij te dragen aan een toekomstbestendige GGZ. Een GGZ die een belangrijke bijdrage levert aan een gezonde, veerkrachtige en veilige samenleving, die toegankelijk is en blijft voor psychisch kwetsbare mensen die onbetwist zorg nodig hebben. Dit advies brengen we uit in de context van het Bestuurlijk Akkoord dat patiënten, zorgaanbieders en zorgverleners met VWS voor de GGZ hebben afgesloten. We doen dat vanuit het specifieke perspectief van pakketbeheer, zoals aangekondigd is in het Bestuurlijk Akkoord.

Wij beschrijven in dit advies twee hoofdlijnen:

A. Begrenzing van de GGZ

Dit deel betreft de begrenzing van de binnen de Zorgverzekeringswet (Zvw) verzekerde GGZ, en daarbinnen het deel dat we geneeskundige GGZ noemen (G-GGZ). Daarmee geven we tevens een afbakening ten opzichte van interventies die weliswaar op het gebied van geestelijke gezondheidszorg liggen, maar die deel uitmaken van andere (ook ZVW verzekerde) zorgsectoren waar huisartsen en medici met een somatische specialisatie primair de verantwoordelijkheid hebben.

Bij het bepalen van de begrenzing hebben we het verzoek van de minister meegenomen om te adviseren over mogelijke beperking van het te verzekeren pakket G-GGZ, volgens de gebruikelijke pakketcriteria: noodzakelijkheid, effectiviteit, kosteneffectiviteit en uitvoerbaarheid. Daarbij hebben wij concreet gekeken naar de noodzaak om geïndiceerde preventie van depressie, paniekstoornissen en problematisch alcoholgebruik te handhaven binnen het pakket van verzekerde aanspraken. Tevens geven wij een beoordeling van het eerdere besluit van de minister om de behandeling van aanpassingsstoornissen van de verzekerde zorg uit te sluiten.

We beoordelen voorts de vraag of een aantal in de praktijk voorkomende psychologische interventies voldoen aan het wettelijke criterium van "de stand van de wetenschap en de praktijk".

B. Gepast gebruik van GGZ

Welke voorwaarden moeten (binnen die begrenzing) worden gerealiseerd om gepast gebruik van die zorg te bevorderen?

Binnen de verzekerde aanspraken is het voor de houdbaarheid van ons zorgstelsel van essentieel belang om te komen tot een gepast gebruik daarvan. Dit geldt voor de hele zorg. We gaan bij onze beschouwingen uit van de huidige financieringsstructuur, maar we sorteren ook voor op de nieuwe structuur voor de versterking van de huisartsenzorg en de invoering van de Generalistische Basis-GGZ

en Gespecialiseerde GGZ, die nu in ontwikkeling is op grond van het Bestuurlijk Akkoord GGZ. Voorts wijzen we in dit deel van ons advies nadrukkelijk op het belang van de ontwikkeling en toepassing van kwaliteitstandaarden (richtlijnen, zorgstandaarden, kwaliteitsnormering en bijbehorende meetinstrumenten), het belang van de rol van de huisarts en het belang van de sturing door verzekeraars bij wie in het zorgstelsel een belangrijke verantwoordelijkheid toekomt om het gepast gebruik van zorg te stimuleren en controleren.

Conclusies en aanbevelingen

Het CVZ komt, mede op grond van een intensieve dialoog met betrokken partijen, tot de volgende conclusies en aanbevelingen:

A. Conclusies en aanbevelingen begrenzing G-GGZ

1. De rol van de huisarts bij klachten en stoornissen

De zorgverzekering is bedoeld voor zorg bij ziekte en niet voor hulp bij problemen die niet tot ziekte gerekend kunnen worden. Dat onderscheid is principieel, maar in de praktijk problematisch dan wel op zijn minst kunstmatig. Het CVZ kiest voor de al langer gebezigde termen "klacht" en "stoornis" om dit onderscheid te benaderen, zich ervan bewust dat: a) het hier geen contrast betreft: klachten kunnen wijzen op stoornissen of juist niet, stoornissen kunnen ook zonder klachten bestaan, b) het onderscheid tussen gestoorde en ongestoorde verwerking bijvoorbeeld van grote trauma's niet altijd scherp kan worden getrokken. Het CVZ kiest, met een open oog voor deze nadelen, toch voor de termen "klachten en stoornissen" voor het bedoelde onderscheiden van het doelgebied van de G-GGZ, omdat ze voor dit doel inmiddels flink ingeburgerd zijn geraakt. Het gaat er uiteindelijk niet om op papier een sluitend onderscheid te vinden, maar het gaat om de praktijk, waarin de huisarts immers bij uitstek de aangewezen is en bekwaam is om te onderscheiden tussen ziekte en niet-ziekte. De behandeling van psychische klachten, zonder dat sprake is van een psychische stoornis, valt niet onder de G-GGZ, maar kan wel vergoed worden binnen de huisartsenzorg. Wij herhalen dit standpunt, dat ook al vermeld staat in het Rapport G-GGZ, deel 1, en eerdere publicaties in de wetenschap dat een scherpe afgrenzing tussen psychische klachten en stoornissen niet altijd mogelijk is en voor de behandelaar soms gekunsteld kan overkomen. Het onderscheid is naar onze mening niettemin ook met zijn beperkingen voldoende bruikbaar om de zorgverlening zo te organiseren dat vergoeding van hulp bij 'klachten van psychische aard' zonder dat sprake is van een stoornis niet behoort tot het specifieke GGZ domein, maar tot het domein van de huisarts en zijn praktijkondersteuning, net zoals dat ook in de somatiek het geval is.

Omdat de juiste diagnostiek complex kan zijn onderschrijven wij van harte de afspraak van partijen in het Bestuurlijk Akkoord om voor de huisarts de mogelijkheid te creëren van een consultatie van een psychiater of andere GGZ-professionals, met daarbij een vergoedingsmogelijkheid. Daarmee wordt de diagnostische blik van de specialist binnen het huisartsendomein gehaald en onnodige doorverwijzing voorkomen.

2. Beoordeling stand van wetenschap en praktijk van een aantal interventies

Het CVZ duidt de psychologische interventies zoals opgenomen in bijlagen 1 en 2 bij het rapport als wel of niet voldoende aan de stand van de wetenschap en de praktijk en sluit deze laatste interventies derhalve uit van de verzekerde zorg.

3. *Beoordeling al dan niet uitsluiten van geïndiceerde preventie*

Bij hoog risico op depressie, problematisch alcoholgebruik en paniekstoornissen krijgen patiënten binnen de huisartspraktijk vroegtijdige preventieve interventies aangeboden.

Uit het beschikbare wetenschappelijk onderzoek lijken deze kortdurende interventies kosteneffectief. Hoewel onderzoek naar langetermijneffecten geboden is, adviseren wij de minister om geïndiceerde preventie van depressie, paniek- en angst en problematisch alcohol gebruik tot het verzekerde pakket huisartsenzorg te laten blijven behoren. Dit advies sluit aan bij het beleid om de positie van de huisarts en de praktijkondersteuner GGZ (POH-GGZ) te versterken en zorg te bieden die aansluit bij de ernst van de klachten (stepped care) volgens de standaarden van de huisartsengeneeskunde. Kosteneffectief betekent dat we voor relatief weinig geld relatief effectief veel gezondheidswinst boeken. Daarvan is hier bij uitstek sprake: uitsluiting van deze zorg zou *penny wise, pound foolish* zijn.

4. *Beoordeling uitsluiten van aanpassingsstoornissen*

Op dit moment ontbreken gegevens over beloop, indicatie voor behandeling en effectiviteit van de behandeling van aanpassingsstoornissen. Er zijn ook geen richtlijnen of standaarden. Wij roepen de beroepsgroep op de totstandkoming daarvan ter hand te nemen. Zolang er geen duidelijkheid is over beloop, indicatie voor behandeling en effectiviteit van de behandeling achten wij uitsluiting van het verzekerde pakket terecht. Zodra een adequate richtlijn of standaard beschikbaar is kunnen wij een pakketbeoordeling doen op grond waarvan wij de minister eventueel zouden kunnen adviseren om de pakketmaatregel ten aanzien van de vergoeding van hulp bij aanpassingsstoornissen te heroverwegen.

Door de verwijdering van aanpassingsstoornissen uit het verzekerde pakket is er echter een ander probleem aan het licht gekomen. Kinderen en jongeren die slachtoffer zijn van huiselijk geweld en/of seksueel misbruikt zijn hebben een groot risico op het ontwikkelen van een psychische stoornis. De hulpverlening vanuit de G-GGZ werd aanvankelijk gedeclareerd op de diagnose aanpassingsstoornis, en toen hulp bij deze stoornis werd uitgesloten van vergoeding, werd er gedeclareerd op de zogenaamde V-codes die hier niet voor bedoeld zijn. Gezien het belang van de toegankelijkheid van deze hulpverlening adviseren wij de minister om hiervoor een afzonderlijke prestatieomschrijving te laten opstellen die een titel kan zijn voor vergoeding. Ook hier geldt overigens dat het zeer wenselijk is als er op korte termijn duidelijke richtlijnen worden opgesteld.

B. Conclusies en aanbevelingen gepast gebruik van GGZ

Gepast gebruik van zorg houdt in dat iedereen die zorg nodig heeft, de juiste zorg krijgt (niet te weinig, maar ook niet meer dan nodig) van de juiste hulpverlener/zorgaanbieder (op de juiste plaats in de keten/echelons). Het begrip 'gepaste zorg' omvat dus zowel de kwaliteit van zorg als de doelmatigheid en het handhaven van gemaakte afspraken over taakverdelingen. De belangrijkste voorwaarde is dat alle partijen (aanbieders, patiënten en verzekeraars) hun verantwoordelijkheid nemen. De professionals hebben daarbij in samenspraak met de patiënten de belangrijkste taak. De verzekeraars moeten hier op sturen en toezien.

1. *De centrale rol voor de huisarts*

De huisarts kan op twee manieren bijdragen aan gepast gebruik van de GGZ: door patiënten zelf te behandelen volgens de bestaande standaarden (daarbij ondersteund door de POH-GGZ) en door bij eventuele verwijzing naar de basis-GGZ of de specialistische GGZ zorgvuldig te selecteren. Beide punten zijn voorbeelden van stepped care en matched care. Stepped care houdt in dat de patiënt telkens de minst ingrijpende behandeling krijgt die zinvol lijkt; alleen als deze niet effectief is, wordt de volgende stap gezet. Matched care houdt in dat daarbij wel rekening gehouden wordt met de ernst van de klachten, zodat iemand met ernstige problematiek van begin af aan passende zorg ontvangt.

Wij adviseren de verschillende professies en verzekeraars in gezamenlijk overleg de voorwaarden te realiseren op het vlak van informatievoorziening om deze rol voor huisartsen mogelijk te maken. Huisartsen moeten goed geïnformeerd zijn en blijven over de behandeling van hun patiënten, willen zij hun verwijzende rol goed kunnen spelen.

Ook adviseren wij om doorverwijzing naar de specialistische GGZ uitsluitend via de huisarts te laten lopen.

2. Het belang van kwaliteitstandaarden voor gepast gebruik van zorg

Een essentiële randvoorwaarde voor gepast gebruik van zorg is dat professionals consensus bereiken over de vraag wat passende zorg is binnen de gehele keten van zorg. Dat lijkt triviaal, maar de huidige richtlijnen en standaarden bieden vaak nog onvoldoende houvast. Er wordt gewerkt aan de ontwikkeling van nieuwe multidisciplinaire richtlijnen voor verscheidene psychische aandoeningen. In het Bestuurlijk Akkoord is afgesproken dat partijen een kwaliteitsprogramma opzetten voor de ontwikkeling van behandelrichtlijnen en bijbehorende meetinstrumenten. Hiertoe hebben LPGGz, NVvP en NIP de Stichting Landelijk Samenwerkingsverband Kwaliteitsstandaarden GGZ (LSKS) opgericht.

Wij adviseren hierbij wel de vrijblijvendheid in het tempo weg te nemen en goede afspraken in het verlengde van het Bestuurlijk Akkoord te maken. Vanuit onze nieuwe rol in het kader van het Kwaliteitsinstituut willen we daar graag behulpzaam bij zijn. Ook bevelen wij een nauwe samenwerking met cq aansluiting van de huisartsen aan om tot goede afstemming te komen op het gebied van de kwaliteitsstandaarden, immers het gaat hier om de gehele keten van zorg waar ook de huisarts deel vanuit maakt.

3. Verantwoordelijkheden goed vastleggen: hoofdbehandelaarschap

Goed gebruik van zorg betekent ook dat duidelijk is wie de zorg levert. Ook hierover zijn afspraken gemaakt in het Bestuurlijk Akkoord. Over het hoofdbehandelaarschap binnen de G-GGZ heeft de minister begin juli 2013 duidelijkheid gegeven, voorlopig voor de periode tot 2016. Wij tekenen hierbij aan dat de uitbreiding van het aantal hoofdbehandelaars, net als de complexe structuur van de G-GGZ, het risico voor ongepast gebruik verhoogt.

Het is uiteindelijk aan de verzekeraar om in de polis aan te geven wie welke zorg levert en daarop toe te zien in de afhandeling van declaraties.

Wij adviseren de vrijblijvendheid in het tempo van het vastleggen in de richtlijnen wie de zorg levert weg te nemen. Ook hier willen wij vanuit het Kwaliteitsinstituut graag behulpzaam zijn.

4. Nieuwe structuren: kansen en risico's

Partijen hebben in het Bestuurlijk Akkoord een nieuwe structuur voor de GGZ vastgelegd. Er komt dan een basis GGZ, waarin drie producten worden ontwikkeld voor de behandeling van patiënten met minder complexe psychische stoornissen en één product voor chronische patiënten, en een gespecialiseerde GGZ voor patiënten bij wie sprake is van een psychische stoornis op grond van meer gecompliceerde problematiek. Partijen onderkennen in het Bestuurlijk Akkoord het belang van goede monitoring van de invulling en uitwerking van de gemaakte afspraken.

Deze nieuwe indeling – basis GGZ en gespecialiseerde GGZ – biedt kansen voor het toegankelijk en betaalbaar houden van de GGZ. De nieuwe structuur geeft naar verwachting ook meer en betere mogelijkheden om stepped care aan te bieden, hetgeen een positief effect zal hebben op de kwaliteit van de zorg en gepast gebruik. Om deze kansen ook echt te verzilveren, is het nodig dat betrokken een helder onderscheid maken tussen basis GGZ (en de producten) en de gespecialiseerde GGZ. Het moet voor iedereen (huisarts, andere hulpverleners, patiënten en verzekeraars) zoveel als mogelijk duidelijk zijn welke patiënt waarheen verwezen dient te worden.

De nieuwe structuur is complex, mede door het grote aantal verschillende GGZ zorgverleners. Het onderscheid tussen basis GGZ en gespecialiseerde GGZ is nog onduidelijk. De nieuwe structuur vindt zijn regeling in bekostigingstitels, terwijl in de verzekering en in de aanspraken van verzekerden geen wijziging plaatsvindt. We constateren dat bekostiging en aanspraken en ook richtlijnen wat betreft terminologie niet op elkaar aansluiten. Verzekerden hebben aanspraak op GGZ op grond van de Zvw, niet op basis GGZ (of één van de vier producten) of gespecialiseerde GGZ.

Wij signaleren het risico van "opwaartse druk" tussen basis GGZ en gespecialiseerde GGZ als ook binnen de verschillende producten van de basis GGZ, indien de criteria voor het onderscheid niet scherp zijn of niet worden nageleefd. Bij het ontwerp van deze nieuwe structuur is het van groot belang om financiële prikkels die ongewenste stimulansen geven, uit te bannen. De inzet van een product moet plaatsvinden op inhoudelijke gronden, niet op financiële gronden. Redenen om te pleiten voor kwalitatief goed onderbouwde richtlijnen en een goede monitoring.

Monitoring is heel belangrijk en wij dringen er op aan dat over twee jaar de eerste resultaten beschikbaar zijn om zo nodig opnieuw over de begrenzing van de GGZ te adviseren.

Verder adviseren wij om het risico van "opwaartse druk" te beperken door te eisen dat de patiënt, wanneer behandeling in de basis GGZ onvoldoende effect heeft, eerst terug verwezen wordt naar de huisarts en –zoals we bij de rol van de huisarts adviseerden- de verwijfsfunctie naar de gespecialiseerde GGZ uitsluitend bij de huisarts te leggen tenzij uit de nadere uitwerking van de basis GGZ blijkt dat er scherp te duiden situaties zijn dat dit geen toegevoegde waarde heeft.

5. Sturing door verzekeraars op gepast gebruik van zorg

De verzekeraars hebben een verantwoordelijkheid bij het bevorderen van gepast gebruik van zorg. Bij het opstellen van polissen en het contracteren van zorg kunnen zij extra aandacht besteden aan kwaliteit, doelmatigheid en verantwoording.

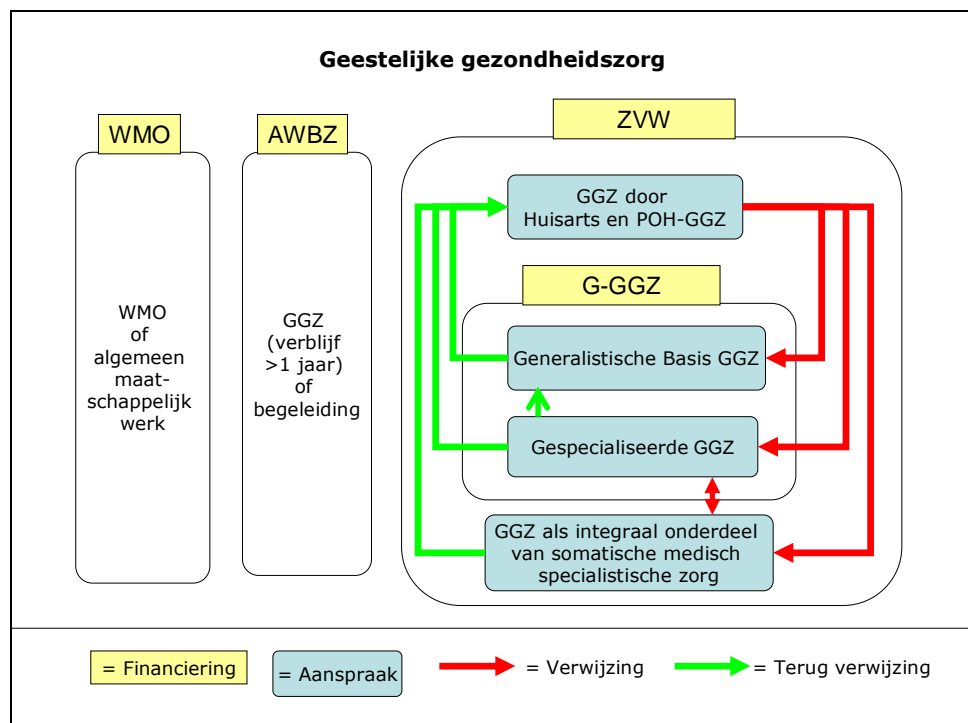
Aangezien zij verantwoordelijk zijn voor de juistheid van declaraties, zullen zij ook toetsen of de zorg ook daadwerkelijk geleverd is zoals gedeclareerd. Dit vereist wel dat de zorgaanbieders voldoende informatie geven op de doorverwijzing en op de declaratie over de zorg die zij leveren bij een bepaalde indicatie.

Wij achten transparantie van de aanbieders en goede materiële controles door verzekeraars van groot belang voor gepast gebruik van zorg. Dit is een absolute voorwaarde voor de bijdrage van zorgverzekeraars aan gepaste zorg.

Voor het handhaven is een duidelijke omschrijving van indicaties en interventies belangrijk. Ook het aangeven wie de zorg kan en mag verlenen bevordert de transparantie. Verdere aanscherping in richtlijnen kan hieraan bijdragen.

6. GGZ interventies vergoeden uit het juiste kader

Bekostiging van op de psyche gerichte geneeskundige interventies op voet van de Zvw vindt met de uitwerking van het Bestuurlijk Akkoord vanaf 2014 plaats in vier modaliteiten: a) de huisartsenzorg, inclusief de POH-GGZ; b) de Generalistische Basis GGZ; c) de Gespecialiseerde GGZ en d) de medisch psychologische zorg en de consultatieve psychiatrie als onderdeel van integrale behandeling van de somatisch medisch specialist. De onderdelen b en c vormen samen de G-GGZ zoals die in 2008 vanuit de AWBZ onder de ZVW is gebracht. Er is sprake van een complexe bekostigingsstructuur:



Wij volgen (voor zover beschikbaar en relevant) de door professionals opgestelde richtlijnen voor de toedeling van geneeskundige GGZ naar de verschillende bekostigingscategorieën. Leidraad daarbij is de noodzaak van integrale zorg. De bekostiging mag naar ons oordeel niet belemmerend zijn voor integrale zorg vanuit patiëntperspectief. Daarom bevelen wij aan vormen van integrale bekostiging te onderzoeken voor de zorg aan dementerenden. Het gaat hier om een aanzienlijk,

groeiend aantal patiënten. Zorg voor deze patiënten bevindt zich op het grensgebied van de competentie van AWBZ instellingen, huisartsen, geriaters, wijkverpleegkundigen, specialisten ouderengeneeskunde, GGZ en Wmo. Het risico bestaat dat daardoor de optimale zorg niet tot stand komt.

1 Inleiding

1.1 Aanleiding

Dit advies betreft de geneeskundige geestelijke gezondheidszorg (G-GGZ). Het is een vervolg op het Rapport Geneeskundige GGZ, deel 1¹, dat het CVZ in april 2012 aan de minister van VWS heeft aangeboden. Met Geneeskundige GGZ (G-GGZ) wordt bedoeld het gedeelte van de GGZ dat sinds de overheveling uit de AWBZ op 1 januari 2008 gefinancierd wordt uit de middelen van de Zorgverzekeringswet (Zvw).

Doel van dit advies is bij te dragen aan een toekomstbestendige GGZ. Een GGZ die een belangrijke bijdrage levert aan een gezonde, veerkrachtige en veilige samenleving, en die toegankelijk is en blijft voor psychisch kwetsbare mensen die onbetwist zorg nodig hebben. Het advies is tot stand gekomen in een intensieve dialoog met betrokken organisaties van patiënten, instellingen, professionals en verzekeraars.

1.2 Leeswijzer

Het CVZ beschrijft in dit advies een verkenning op twee hoofdlijnen:

- A. de begrenzing van de binnen de Zorgverzekeringswet (Zvw) verzekerde GGZ, en daarbinnen het deel dat we G-GGZ noemen.
- B. binnen die begrenzing: welke voorwaarden moeten worden gesteld aan het gepast gebruik van die zorg, uit een oogpunt van goede, zinnige en zuinige zorgverlening en hoe kan gepast gebruik worden bevorderd?

Deze vragen worden in hoofdstuk 2 allereerst geplaatst in hun maatschappelijke context. Ook een belangrijke nieuwe ontwikkeling binnen de diagnostiek van de psychische stoornissen, de publicatie van DSM-5, komt in dit hoofdstuk kort aan de orde.

De begrenzing van GGZ wordt nader uitgewerkt in hoofdstuk 3. Het gaat daarbij om vragen als:

- Wat is de rol van de huisarts, wat behoort tot G-GGZ en wat tot de somatisch medisch-specialistische zorg?
- Welke soorten zorg zijn verzekerd als G-GGZ, voor welke interventies is in wetenschap en praktijk voldoende basis voor vergoeding binnen het pakket?
- Is er aanleiding voor uitsluitingen van het verzekerde pakket, met name in het concrete geval van geïndiceerde preventie van depressie, problematisch alcoholgebruik en paniekstoornis?
- Is er aanleiding voor toelating tot het verzekerde pakket van een in de DSM-IV benoemde stoornis die nu buiten het pakket valt, in het concrete geval van aanpassingsstoornissen?

Hoofdstuk 4 is gewijd aan het thema 'gepast gebruik'.

Hoe kunnen we gepast gebruik van zorg bevorderen? De volgende "instrumenten" komen daarbij aanbod:

¹ CVZ, Rapport Geneeskundige GGZ (deel 1). Wat is nu verzekerde zorg en wat niet? Diemen, 2012. www.cvz.nl

- De huisarts als sleutelfiguur
- Kwaliteitsstandaarden (richtlijnen, zorgstandaarden en meetinstrumenten)
- Duidelijkheid over wie de zorg verleent (deskundigheidsniveau)
- Heldere organisatiestructuren en bekostiging van zorg
- Sturing door verzekeraars op gepast gebruik van zorg
- Interventies vergoeden vanuit het juiste kader

In hoofdstuk 5 is het advies van de Adviescommissie Pakket opgenomen en gaan we in op de consultaties.

2 Context

2.1 Inleiding

Voor de gehele gezondheidszorg is het een grote uitdaging om de zorg in de komende jaren toegankelijk en betaalbaar te houden. De minister heeft alle partijen in februari 2013 opgeroepen daartoe voorstellen te doen.² Er zijn immers grote zorgen over de betaalbaarheid van de zorg op langere termijn en daarmee over de houdbaarheid van ons op solidariteit gebaseerd zorgstelsel.³

Verschillende instrumenten worden ingezet om de houdbaarheid van onze gezondheidszorg te waarborgen. Het sluiten van bestuurlijke akkoorden is er daar één van. Gedurende de looptijd van die akkoorden kan worden gewerkt aan structurele maatregelen.

In dat kader past ook een kritische beschouwing van de verzekerde aanspraken. Het Regeerakkoord geeft opdracht tot een stringent pakketbeheer, niet alleen wat betreft de instroom van nieuwe middelen en behandelingen, maar ook door systematisch de bestaande aanspraken onder de loep te nemen. Dat geldt in de volle breedte van de gezondheidszorg.

De Minister van VWS heeft in dat perspectief het CVZ in vervolg op het rapport GGZ, deel 1 van april 2012 verzocht nader te duiden wat onder de aanspraak geneeskundige GGZ valt en wat niet. Ook heeft de minister ons gevraagd om te adviseren over nadere inperking van de indicatie of van zorgvormen die nu onder de basisverzekering vallen.⁴ In het Bestuurlijk Akkoord van vorig jaar is dit onderwerp eveneens opgenomen:

In aansluiting op het rapport 'Geneeskundige GGZ (deel 1): wat is nu verzekerde zorg en wat niet?' (6 april 2012) zal het CVZ voorstellen voor een scherpere afbakening van de curatieve GGZ in de Zvw uitwerken in het najaar 2012.

Bestuurlijk Akkoord Toekomst GGZ 2013-2014, 18 juni 2012

Het CVZ geeft zoals gezegd invulling aan deze opdracht door een verkenning op het gebied van begrenzing van de op voet van de Zvw verzekerde GGZ (wat valt wel en wat valt niet onder de Zvw-verzekerde zorg) en (binnen die begrenzing) de voorwaarden die ten behoeve van gepast gebruik van zorg moeten worden gerealiseerd, uit een oogpunt van goede, zinnige en zuinige zorgverlening.

2.2 Bestuurlijk akkoord

Dit advies verschijnt in een context waarin partijen hard werken aan de invulling van het Bestuurlijk Akkoord Toekomst GGZ 2013-2014⁵ dat de bij de GGZ betrokken partijen in juni 2012 hebben gesloten, in navolging van andere sectoren in de zorg.

² Buitenhof, Brief TK d.d. 27 februari 2013 Uitnodiging veldpartijen voor alternatieve pakketmaatregelen

³ Diverse rapporten o.a. CPB. Toekomst voor de zorg. Den Haag, 2013.

⁴ Brief TK d.d. 15 juni 2012

⁵ Bestuurlijk akkoord 18 juni 2012

En zoals daarin is aangekondigd bekijkt het CVZ de zorg vanuit het specifieke perspectief van het verzekerde pakket. Versterking van de rol van de huisarts bij het bieden van zorg aan mensen met psychische problemen, invoering van een ander bekostigingssysteem, waarbij onderscheid gemaakt wordt tussen Generalistische Basis-GGZ en Gespecialiseerde GGZ, beddenreductie met verdere opbouw van ambulante zorg en de verdere ontwikkeling van richtlijnen (kwaliteitsstandaarden) moeten dit bevorderen.

Vertegenwoordigers van zorgaanbieders en beroepsverenigingen (GGZ-Nederland, Meer GGZ, de Landelijke Vereniging van Eerstelijnspsychologen, het Nederlands Instituut van Psychologen, de Nederlandse Vereniging van Vrijgevestigde Psychologen & Psychotherapeuten, de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie en de Landelijke Vereniging Georganiseerde eerstelijnszorg), zorgverzekeraars (Zorgverzekeraars Nederland), cliënten- en familieorganisaties (Landelijk Platform GGZ) en de overheid (het ministerie van VWS) hebben een gezamenlijke verantwoordelijkheid om bij te dragen aan een gevarieerd aanbod van kwalitatief goede en doelmatige zorg voor patiënten met psychische aandoeningen. Door een gezamenlijke inhoudelijke agenda kan de zorg in de toekomst kwalitatief hoogwaardig én betaalbaar blijven. Deze agenda is onontkoombaar voor de toekomst. De forse groei van de afgelopen jaren en de daarmee gepaard gaande budgettaire overschrijdingen hebben het kabinet genoodzaakt voor 2012 moeilijke maatregelen te treffen, die fors hebben ingegrepen. Door deze inhoudelijke agenda willen partijen tot een beheerste kostenontwikkeling van de geestelijke gezondheidszorg komen. Daarmee beogen zij eenzijdige ingrepen vanuit de overheid te voorkomen.

Bestuurlijk Akkoord Toekomst GGZ 2013-2014, 18 juni 2012

Het CVZ onderschrijft deze doelstellingen van harte vanuit het perspectief van het pakketbeheer maar ook vanuit zijn nieuwe taak op het gebied van kwaliteit. Vooral de structurele versterking van de rol van de huisarts in de zorgverlening aan mensen met psychische problemen kan veel betekenen voor kwalitatief goede, integrale en doelmatige zorg.

2.3 Kostenontwikkeling

In het rapport Geneeskundige GGZ, deel 1 heeft het CVZ de voorlopige kosten van te verzekeren GGZ (exclusief huisartsenzorg) over 2010 geraamd op € 5,9 miljard. In deze raming was de opbrengstverrekening niet meegenomen. Daarmee rekening houdend zijn de kosten in 2010 uitgekomen op € 5,3 miljard. Bij brief van 23 april 2013 heeft de minister de Marktscan GGZ van de NZa en de notitie Kostenontwikkeling GGZ van het RIVM aan de Tweede Kamer aangeboden. Ook de NZa komt tot een bedrag van € 5,3 miljard voor 2010.⁶

Hoewel er nog geen definitieve cijfers zijn, lijken de kosten in 2012 ten opzichte van 2011 vooralsnog niet te zijn toegenomen. In dit verband vermelden we dat er voor het jaar 2012 maatregelen zijn genomen. Voor de tweedelijns GGZ gold in 2012 voor zowel extramurale als intramurale zorg in het kader van de Zvw een eigen bijdrage. Hoewel hierover nog geen harde cijfers bestaan, is aan te nemen dat deze

⁶ NZa, Marktscan en beleidsbrief GGZ, februari 2013

maatregelen ertoe hebben geleid dat minder verzekerden zich tot een hulpverlener hebben gewend.

2.4 Overgang van DSM-IV naar DSM-5

In dit advies gaan we uit van de indeling in psychische stoornissen zoals die omschreven staan in het vierde Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV). We sluiten daarmee aan bij de richtlijnen die binnen de GGZ worden gehanteerd, die zich ook op de DSM IV baseren.

DSM is een classificatiesysteem van psychische stoornissen dat vanaf de jaren 50 van de vorige eeuw steeds verder is ontwikkeld en opgesteld onder verantwoording van de American Psychiatric Association (APA). Het wordt wereldwijd gebruikt bij zorgverlening en wetenschappelijk onderzoek. De diagnostische criteria van de psychische stoornissen zijn richtlijnen voor het stellen van een uiteindelijke diagnose en hebben gezorgd voor een 'eenheid van taal' tussen klinici en onderzoekers in de wereld. Belangrijk is dat de DSM niet op een technisch mechanische wijze wordt gebruikt door onervaren klinici of zelfs door leken, maar gewogen wordt binnen de professionele ervaring van de hulpverleners.⁷

De DSM-IV sluit grotendeels aan bij de tiende editie van de International Classification of Diseases (ICD-10 van de WHO (1992)). In 2000 vond de zesde en laatste revisie plaats en is bekend als DSM-IV-TR. Vanaf 1999 heeft de APA in samenwerking met de WHO een onderzoeksagenda opgesteld om te komen tot een meer wetenschappelijk onderbouwde en in de praktijk getoetste DSM-5 classificatie. Van 2007 tot 2012 hebben verschillende werkgroepen literatuur-reviews en vervolgens field trials uitgevoerd en op 17 mei 2013 is de definitieve DSM-5 versie geïntroduceerd. De ICD-11 zal naar verwachting in 2015 verschijnen en wat betreft de psychische stoornissen aansluiten op de DSM-5. De keuze om tot een cijfer aanduiding te komen is gelegen in het feit dat de DSM-5 gezien wordt als een 'levend' document waarbij snellere revisie mogelijk is (DSM-5.1, DSM-5.2).

De minister heeft gevraagd de gevolgen van de invoering van de DSM-5 voor de verzekering in beeld te brengen. Omdat de definitieve versie pas in mei 2013 is verschenen, zijn wij nog niet in de gelegenheid geweest om een goede vergelijking te maken tussen DSM-IV en DSM-5 met het oog op eventuele gevolgen voor het verzekerde pakket. We geven hier dan ook slechts een globale eerste verkenning.

Een opmerkelijke verandering van DSM-5 ten opzichte van eerdere DSM classificaties is dat er meer gewerkt wordt vanuit dimensies. Het multiaxiale systeem wordt verlaten. Meer dan bij alle eerdere versies is de DSM-5 gebaseerd op onderzoek en field trials waardoor de validiteit steviger is. Ook inhoudelijk zijn er enkele grote verschillen. Zo komt er geen aparte categorie Kinder & Jeugd stoornissen meer voor in DSM-5 en worden persoonlijkheidstoornissen geïntegreerd beschreven met klinische syndromen.

Globaal blijft het aantal stoornissen gelijk. Tevoren hadden sommigen bezorgdheid geuit dat met de komst van de DSM-5 het aantal te diagnostiseren stoornissen zou toenemen. De GAF (Global Assessment of Functioning Scale)-score wordt vervangen door de WHO-DAS (Disability Assessment Schedule).

⁷ Beknopte handleiding bij de diagnostische criteria van de DSM-IV (p. VII), 1995

De nieuwe versie van DSM heeft al voor het verschijnen ervan geleid tot uiteenlopende reacties, zowel binnen de psychiatrie als daarbuiten. Sommige critici vrezen voor medicalisering van 'normale' klachten of symptomen.⁸ Een punt van kritiek dat ook bij eerdere versies van DSM te beluisteren viel. Anderen steunen juist de zorgvuldige onderzoeksagenda met field trials waardoor de DSM-5 een wetenschappelijker onderbouwing krijgt.^{9,10} Nog weer anderen zijn teleurgesteld omdat de beloofde fundering in de neurobiologie onvoldoende is doorgevoerd.

De invoering van de DSM-5 in de Nederlandse GGZ zal naar verwachting niet voor 2014 beginnen en dan nog geleidelijk plaatsvinden. Het zal nog langer duren voordat de nieuwe classificatie ook doorwerkt in richtlijnen.

Voor de te verzekeren G-GGZ is de DSM-IV en de bijbehorende richtlijnen de basis voor vergoeding. Het CVZ adviseert daarom aan de NZa, DBC-O en aan zorgverzekeraars en zorgverleners de indeling van de DSM-IV te blijven hanteren voor declaraties. De uitleg van de aanspraak verzekerde GGZ en de daaraan gerelateerde bekostiging (zie hoofdstuk 3 en hoofdstuk 4) is gekoppeld aan de DSM-IV. Wij zullen na het verschijnen van dit advies bezien in hoeverre de DSM-5 gebruikt kan worden voor de uitleg van de te verzekeren zorg. Daarbij zullen de richtlijnen het vertrekpunt blijven.

Het DBC GGZ systeem hanteert naast de DSM-IV indeling, ook de codes van de ICD. Ook een vergelijking met de ICD codes (en mogelijk ICD 11 in 2015), naast die tussen DSM-IV en DSM-5, is van belang. Partijen willen GGZ en somatiek wat betreft informatievoorziening beter bij elkaar laten aansluiten (Bestuurlijk Akkoord). Bij de hier aangekondigde advisering over de DSM-5 en de verzekering zal het CVZ ook de ICD codes betrekken.

⁸ Frances A, Medisch Contact 2011, nr 45; Britisch Psychological Society, juni 2011

⁹ Regier DA, Narrow WE, Kuhl EA, et al. The conceptual development of DSM-V. Am J Psychiatry 2009 166:645-50

¹⁰ Bernstein CA, Meta-Structure in DSM-5 Process. Psychiatric News 2011;46:7

3 Wat is de aanspraak GGZ?

3.1 Inleiding

Dit hoofdstuk beschrijft de begrenzing van de binnen de Zorgverzekeringswet (Zvw) verzekerde GGZ, en daarbinnen de G-GGZ. Met G-GGZ wordt bedoeld het gedeelte van de GGZ dat sinds 1 januari 2008 gefinancierd wordt uit de middelen van de Zorgverzekeringswet (Zvw).

We besteden allereerst aandacht aan het wettelijk kader van de Zorgverzekeringswet. Daarna gaan we in op de GGZ zoals die binnen de Zvw verzekerd is en meer specifiek de aanspraak geneeskundige GGZ (G-GGZ). Vervolgens staan we stil bij het criterium van de 'stand van de wetenschap en praktijk' uit het Besluit zorgverzekering, dat als leidraad dient voor zorgverzekeraars bij het al dan niet vergoeden van interventies.

Dit hoofdstuk sluit af met twee analyses waarin we in de ene analyse ingaan op het verzoek van de minister om het verzekerde pakket kritisch te bezien. Het betreft de geïndiceerde preventie van depressie, problematisch alcoholgebruik en paniekstoornis binnen de huisartspraktijk. In de andere analyse gaan we in op de behandeling van de zogeheten aanpassingsstoornissen.

Wat betreft de geïndiceerde preventie komen we tot de conclusie dat deze gehandhaafd kan blijven binnen het huidige verzekerde pakket, als onderdeel van de huisartsenzorg. Op het gebied van de aanpassingsstoornissen roepen wij de betrokken beroepsgroepen op om richtlijnen te ontwikkelen.

3.2 Begrenzing geestelijke gezondheidszorg in de Zvw

3.2.1 *Wettelijk kader*

Een essentiële voorwaarde voor het eenduidig uitvoeren van de Zorgverzekeringswet (Zvw) is dat duidelijk is wat wel en wat niet tot de te verzekeren zorg behoort. De basis voor het pakket berust op de Zvw en de uitleg hiervan. Het CVZ heeft hiertoe een beoordelingskader uitgewerkt, dat als zodanig door het parlement is aanvaard.¹¹

Artikel 10 onder a en c Zvw bepaalt **dat het te verzekeren risico de behoefte aan geneeskundige zorg is.**

Artikel 11, derde lid, Zvw, geeft aan dat bij algemene maatregel van bestuur **de inhoud en omvang van de te verzekeren prestaties nader kunnen worden geregeld.**

Deze algemene maatregel van bestuur vindt zijn uitwerking in het Besluit zorgverzekering (Bzv).

Wat de zorg inhoudt, wordt bepaald door het domein van de Zvw. Uit de considerans van de Zvw blijkt dat de wet specifiek bedoeld is voor compensatie van de gevolgen van de behoefte aan geneeskundige zorg. Geneeskundige zorg omvat zorg zoals huisartsen, klinisch-psychologen, medisch-specialisten en verloskundigen

¹¹ CVZ, Pakketbeheer in de praktijk, 2009. Rapport Beoordeling stand van de wetenschap en praktijk, 2007. Rapport Betekenis en beoordeling criterium 'plegen te bieden'. 2009. www.cvz.nl

die plegen te bieden. De verzekerde heeft slechts recht op een zorgvorm voor zover hij daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen. En verder geeft de wet aan dat de inhoud en omvang mede wordt bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk. Er moet dus sprake zijn van effectieve zorg. De omschrijving van geneeskundige zorg geeft aan dat het domein van de ZVW zich beperkt tot waar er sprake is van ziekte.¹²

Artikel 2.4 Bzv luidt:

Geneeskundige zorg omvat zorg zoals huisartsen, medisch-specialisten, klinisch-psychologen en verloskundigen die plegen te bieden

De te verzekeren Zvw prestatie (aanspraak) wordt bekostigd uit verschillende financiële kaders, zoals huisartsenzorg, (somatische) medisch-specialistische zorg en geneeskundige GGZ. Hoewel over het belang van doorlaatbaarheid van de kaders over en weer het een en ander te zeggen valt, is gegeven de huidige afspraken bekostiging uit de juiste kaders van groot belang. Over de verschillende financiële kaders zijn met partijen afspraken gemaakt en maatregelen naar aanleiding van eventuele overschrijdingen slaan neer bij partijen voor wie de betreffende kaders bedoeld zijn.

In de praktijk worden uiteenlopende begrippen gehanteerd van (onderdelen van) G-GGZ, bijvoorbeeld eerstelijnspsychologische zorg (EPZ), specialistische GGZ, eerstelijns-GGZ of tweedelijns-GGZ. Deze omschrijvingen komen niet voor in de Zvw of het Bzv. Ook de nieuwe voorgenomen indeling in Generalistische Basis GGZ en Gespecialiseerde GGZ wordt niet expliciet genoemd. De wet kent (wat de G-GGZ betreft) alleen 'zorg zoals medisch specialisten en klinisch psychologen die plegen te bieden'.

De huidige eerstelijnspsychologische zorg is dus geen aparte prestatie/aanspraak binnen de Zvw. Deze zorg valt onder de zorg 'zoals klinisch psychologen die plegen te bieden'. In de praktijk wordt deze zorg over het algemeen geleverd door een gezondheidszorgpsycholoog (of eerstelijnspsycholoog, dit is een gz-psycholoog ingeschreven in het register van het NIP). De eerstelijnspsychologische zorg is nu beperkt tot vijf zittingen per kalenderjaar en er geldt een eigen bijdrage van € 20 per zitting dan wel € 50 voor een internetbehandeltraject.

Voor alle zorgvormen geldt het gestelde in artikel 2.1, tweede lid, Bzv. Daarin is bepaald dat de inhoud en omvang van de zorgvormen mede bepaald worden door de stand van de wetenschap en praktijk en, bij het ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten.

Om te bepalen wat tot de stand van de wetenschap en praktijk gerekend moet worden, volgen we de principes van evidence-based medicine (EBM). Op basis hiervan nemen we een standpunt in over de vraag of een prestatie tot de te verzekeren zorg behoort en daarmee een te vergoeden of te verstrekken interventie is. In het rapport *Beoordeling stand van de wetenschap en praktijk*¹³ hebben we beschreven hoe het CVZ beoordeelt of een prestatie voldoet aan dit criterium. Voor concrete voorbeelden zie bijlagen 1 en 2.

¹² Een uitzondering hierop vormt de preventieve zorg bij depressie, problematisch alcoholgebruik, paniekstoornissen en stoppen met roken. Voorwaarde voor de preventieve interventies is dat de huisarts het hoge risico op een van deze aandoeningen heeft vastgesteld. Vandaar dat het CVZ deze zorg aanduidt met de term geïndiceerde preventie.

¹³ CVZ, *Beoordeling stand van de wetenschap en praktijk*. Diemen, 2007. www.cvz.nl

In de Zvw en het daarbij behorende Bzv zijn de meeste te verzekeren prestaties functiegericht omschreven. Dit betekent dat de wet zich beperkt tot 'wat' onder de te verzekeren prestaties valt en voor welk indicatiegebied deze prestatie geldt. Wat deze zorg precies inhoudt, ligt dus niet vast in de wet, maar wordt behalve door de stand van de wetenschap en praktijk ook bepaald door wat door de beroepsgroep als gebruikelijk wordt gezien (plegen te bieden).

In het Bzv is een algemeen indicatievereiste opgenomen. De verzekerde heeft op een vorm van zorg of dienst slechts recht voor zover hij daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen (art. 2.1).

De hiervoor beschreven benaderingswijze om zorg te beoordelen hanteren we voor alle zorg die vergoed wordt op basis van de Zvw.

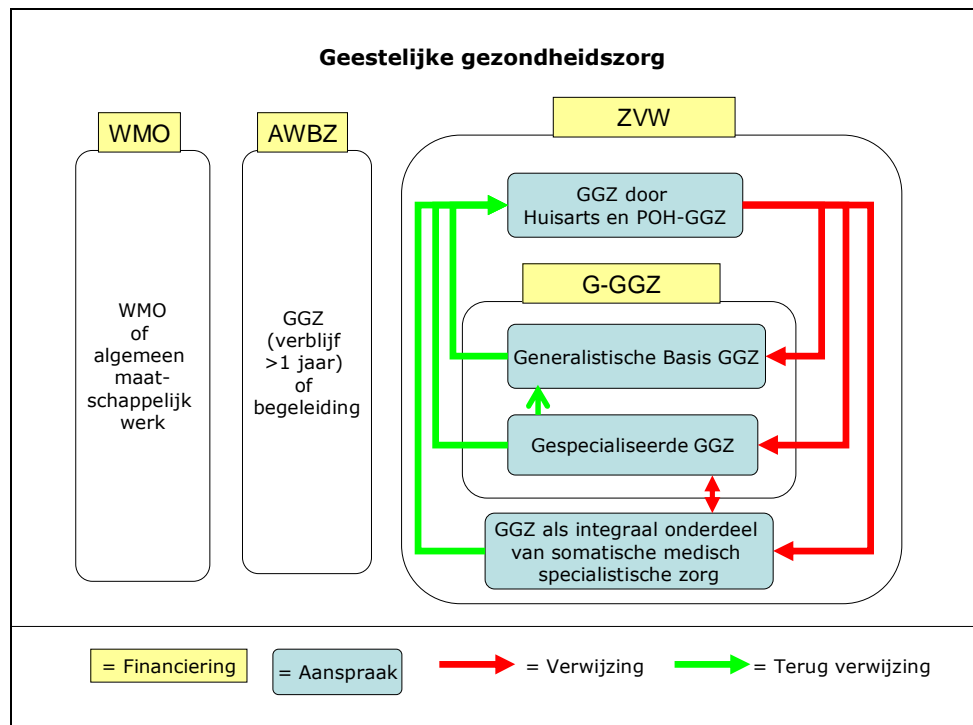
'Wie' de zorg verleent en 'waar' dat gebeurt, laat de wet over aan de zorgverzekeraar. De functiegerichte beschrijving van de zorg in de Zvw biedt de zorgverzekeraars de mogelijkheid om in de polis te beschrijven welke zorgverleners de prestaties kunnen aanbieden en welke prestaties concreet verzekerd zijn onder welke voorwaarden. Voorwaarde daarbij is wel dat de zorgverlener op grond van de wet Beroepen in de Individuele gezondheidszorg (BIG) bevoegd en bekwaam is om de specifieke zorg, zoals voorbehouden handelingen of inzake het voorschrijven van geneesmiddelen te leveren.

3.2.2 *Wat is wel en wat is niet verzekerde GGZ?*

Onder de Zvw wordt vanuit verschillende financiële kaders de verzekerde GGZ verleend. Het gaat om het huisartsenkader, het G-GGZ kader en het kader medisch-specialistische zorg.

De G-GGZ is de zorg die sinds 1 januari 2008 (overheveling vanuit de AWBZ) gefinancierd wordt uit de middelen van de Zvw. Nu is deze nog gedefinieerd als eerstelijnspsychologische zorg en tweedelijns GGZ (zelfstandig gevestigd psychiaters en psychotherapeuten en GGZ-instellingen). Het voornemen in het kader van het Bestuurlijk Akkoord is dit te wijzigen in Generalistische Basis GGZ en Gespecialiseerde GGZ.¹⁴ Wij sorteren in dit hoofdstuk zo veel mogelijk voor op de invoering van de basis GGZ en gespecialiseerde GGZ.

¹⁴ Voorhangbrief POH-GGZ en Generalistische Basis GGZ.



Rol van de huisarts

In dit advies gaan we onder meer in op de vraag bij welke indicatie een GGZ interventie vergoed mag worden (ten laste van de Zvw). De huisarts neemt op dat gebied een bijzondere plaats in. In de huisartspraktijk is immers vaak (nog) niet duidelijk of bepaalde klachten toe te schrijven zijn aan een specifieke stoornis. Vaak is zelfs nog niet helder of sprake is van een primair somatische of een psychische stoornis. Voor de huisartsenzorg en de vergoeding ervan is dat geen probleem. Net zoals bij somatische klachten die mogelijk maar niet zeker wijzen op een ziekte, gaat de huisarts bij psychische klachten te werk. De huisarts beoordeelt de aard en ernst van de symptomen en op basis daarvan bepaalt hij zijn eigen (vervolgdiagnostiek en) behandeling, en neemt hij een beslissing tot verwijzing. Problemen die niet tot de diagnose van een psychische stoornis leiden vragen van de huisarts interventies om problemen te verlichten en verergering te voorkomen. Psychologische interventies zoals Problem Solving Therapy zijn effectief gebleken en passen binnen de diverse NHG standaarden. Deze interventies kunnen verdere psychische ontregelingen en/of het ontwikkelen van psychische stoornissen zo veel mogelijk voorkomen. Hoewel het ook voor de huisarts zinvol en richtinggevend kan zijn om een duidelijke diagnose te stellen, is het vaststellen van een psychische stoornis niet noodzakelijk voor verdere hulp door de huisarts en de vergoeding daarvan.

Alle partijen onderschrijven de centrale rol van de huisarts. Echter veel partijen zijn van mening dat de huisarts niet, of onvoldoende in staat is om op dit moment zijn rol voor de GGZ in te vullen. De LHV en NHG zelf wijzen op de toenemende belasting van de huisarts en benadrukken dat er voldoende adequate, structurele voorzieningen moeten worden getroffen, ondermeer de POH-GGZ en de consultatiemogelijkheid.

Klacht of stoornis?

De zorgverzekering is bedoeld voor zorg bij ziekte en niet voor hulp bij problemen die niet tot ziekte gerekend kunnen worden. Dat onderscheid is principieel, maar in de praktijk problematisch dan wel op zijn minst kunstmatig. Het CVZ kiest voor de al langer gebezigde termen "klacht" en "stoornis" om dit onderscheid te benaderen en is zich ervan bewust dat: a) het hier geen contrast betreft: klachten kunnen wijzen op stoornissen of juist niet, stoornissen kunnen ook zonder klachten bestaan; b) het onderscheid tussen gestoorde en ongestoorde verwerking bijvoorbeeld van grote trauma's niet altijd scherp kan worden getrokken. Het CVZ kiest, met een open oog voor deze nadelen, toch voor de termen "klachten en stoornissen" voor het bedoelde onderscheiden van het doelgebied van de G-GGZ, omdat ze voor dit doel inmiddels flink ingeburgerd zijn geraakt. Het gaat er uiteindelijk niet om op papier een sluitend onderscheid te vinden, maar het gaat om de praktijk, waarin de huisarts immers bij uitstek de aangewezen en bekwaam is om te onderscheiden tussen ziekte en niet-ziekte. Voor het pakket dat onder de G-GGZ valt, is dit onderscheid essentieel. Behandeling van klachten, zonder dat sprake is van een psychische stoornis, valt niet onder de G-GGZ (al kan behandeling van klachten zoals gezegd wel vergoed worden binnen de huisartsenzorg). De huisarts vervult in deze visie de centrale rol, zonodig ondersteund met een consult van één van de GGZ-professionals.

Het verschil tussen klachten en stoornissen is dat bij mensen met alleen psychische klachten, deze klachten zich nog niet zodanig ontwikkeld hebben dat er sprake is van een stoornis, zoals omschreven in de DSM-IV.

Het onderscheid tussen klachten en stoornissen is dus niet nieuw, maar al een aantal jaren maat- en richtinggevend bij de vergoeding van behandelingen binnen G-GGZ. Het is vastgesteld in de tijd van de invoering van de eerstelijnspsychologische zorg (EPZ) in de basisverzekering en de overheveling van de GGZ naar de Zorgverzekeringswet. Met de invoering van EPZ onder de basisverzekering en de beperking van het aantal zittingen was het nodig een omschrijving van EPZ en tweedelijns GGZ te geven. In opdracht van het CVZ heeft het Trimbosinstituut in 2006 het rapport 'Afbakening eerste- en tweedelijnszorg voor psychische stoornissen' uitgebracht. Voor het maken van het onderscheid tussen klachten en stoornissen heeft het Trimbosinstituut aangesloten bij het classificatiesysteem van de DSM-IV stoornissen. Mede aan de hand van dit rapport heeft het CVZ de belangrijkste kenmerken en de aard van de problematiek in eerste- en tweedelijns geneeskundige GGZ indertijd omschreven. Met de invoering van de Generalistische Basis GGZ en Gespecialiseerde GGZ vervalt het onderscheid tussen eerstelijns en tweedelijns GGZ, maar blijft overeind dat het ook daar om de behandeling van stoornissen gaat.

Een aanzienlijk aantal partijen vindt het onderscheid niet relevant en is van mening dat ook in de basis-GGZ de behandeling van mensen met psychische problemen vergoed moet worden, ook als er geen sprake is van een stoornis. Zoals hiervoor aangegeven is een onderscheid wel van wezenlijk belang.

Geen aanspraak op G-GGZ

Op basis van de Zvw valt de hulp op het gebied van psychische klachten, zonder dat

sprake is van een psychische stoornis, in beginsel alleen onder huisartsenzorg. Zo zijn overspanning (surmenage) en burn-out - beide geen DSM-IV stoornissen - klachten die de huisarts kan behandelen. Personen komen ook vaak met psychosociale klachten bij de huisarts. Psychosociale hulp bestaat vooral uit praktische en sociaal maatschappelijke interventies. Deze liggen niet op het terrein van geneeskundige zorg, maar op dat van het algemeen maatschappelijk werk. De huisarts kan hiernaar verwijzen, voor zover beschikbaar. De huisarts kan de hulpvrager ook wijzen op diverse mogelijkheden om zelf oplossingen te zoeken, bijvoorbeeld zelfhulpprogramma's, al dan niet via internet, of het regionale aanbod van cursussen, bijvoorbeeld mindfulness. Dergelijke oplossingen vallen buiten het verzekerde pakket. Bij werkgerelateerde klachten kan de werkgever een verantwoordelijkheid hebben.

Somatisch Medisch-specialistische zorg

Geestelijke gezondheidszorg wordt ook in de algemene ziekenhuizen geboden als onderdeel van een behandeling voor een somatische aandoening. Hiervoor zijn consultatief psychiaters en medisch psychologen beschikbaar. Op deze wijze wordt daar waar nodig integrale zorg geleverd van soma en psyche. Zo kan bijvoorbeeld ook seksuologische zorg deel uitmaken van een medisch specialistische behandeling in het algemeen ziekenhuis.

3.2.3

G-GGZ: Generalistische Basis GGZ en Gespecialiseerde GGZ

De G-GGZ bestaat uit diagnostiek, behandeling en zo nodig begeleiding als onderdeel van een integrale behandeling. De (hoofd)behandelaar is voor deze zorg verantwoordelijk. Begeleiding valt onder de geneeskundige zorg voor zover deze is opgenomen in het behandelplan, en de hoofdbehandelaar de begeleiding aanstuurt en terugkoppeling hiervan krijgt. Zo niet, dan valt deze begeleiding op dit moment onder de AWBZ gefinancierde zorg. Bij sommige chronische patiënten is op een gegeven moment geen behandeling uit de G-GGZ meer nodig, maar de patiënt kan goed uit de voeten met huisartsenzorg en begeleiding. Deze begeleiding valt nu onder de AWBZ.

Bij vermoeden van een psychische stoornis kan de huisarts de patiënt naar de G-GGZ verwijzen of zelf behandelen. Bij de invoering van de versterking van de huisartsenzorg en POH-GGZ krijgt de huisarts de financiële mogelijkheid om een psychiater, psychotherapeut, klinisch psycholoog en/of (eerstelijns) GZ-psycholoog te consulteren.¹⁵ Er is een verwijsmodel ontwikkeld ter ondersteuning van de verwijzing van de huisarts.

Wanneer er geen sprake blijkt te zijn van een psychische stoornis, dan dient de behandelaar in de G-GGZ de patiënt terug te verwijzen naar de huisarts.

De DSM-IV classificatie vormt dus het uitgangspunt voor de definitie van een psychische stoornis. Het internationale DSM-classificatiesysteem is echter niet één op één te vertalen naar de organisatie en financiering van de zorg in Nederland. Zo hebben wij in ons land al geruime tijd de intramurale zorg voor mensen met een verstandelijke beperking apart georganiseerd en bekostigd. Dat zelfde geldt voor leerstoornissen, deze worden grotendeels niet op grond van de ziektekostenverzekeringen behandeld, maar aangepakt in het kader van het onderwijs. In hoofdstuk 4.7 wordt aan de hand van de DSM-IV classificatie nader

¹⁵ Voorhangbrief POH-GGZ en Generalistische Basis GGZ 17 mei 2013

gekeken naar de aangewezen bekostiging.

3.3 De stand van de wetenschap en praktijk

Op grond van de Zorgverzekeringswet is in het Besluit zorgverzekering bepaald dat interventies moeten voldoen aan de stand van de wetenschap en praktijk. Dit geldt voor alle interventies van huisartsen, medisch specialisten en de professionals in de G-GGZ. In eerste instantie is het aan verzekeraars te beoordelen of een interventie aan dit criterium voldoet. Bij onduidelijkheid of twijfel kan gevraagd worden om een standpunt van het CVZ.

Zorgverzekeraars, geconfronteerd met vragen van hun verzekerden, zijn begonnen met het opstellen van lijsten van interventies die al dan niet in aanmerking komen voor vergoeding ten laste van de basisverzekering. Dit is een goede ontwikkeling. Voor verzekerden is dan duidelijk welke interventies wetenschappelijk zijn onderbouwd en (niet minder belangrijk) welke dat niet zijn. Verzekerden die zorg nodig hebben, moeten de juiste zorg geleverd krijgen door de juiste hulpverlener. Een juiste zorg is kwalitatief verantwoorde zorg, met andere woorden interventies waarvan de beroepsgroep vindt dat deze voldoende effectief zijn, zoals aangegeven in hun richtlijnen. Juiste zorg betekent ook dat de zorgverlener bevoegd en bekwaam is om deze interventie te leveren. De zorgverzekeraar ziet hierop toe door in de polisvoorwaarden aan te geven welke zorgverlener de betreffende zorg mag verlenen.

Het CVZ wil deze ontwikkeling die gestart is door de zorgverzekeraars steunen en heeft daarom een lijst opgesteld van psychologische interventies die voldoen aan de stand van de wetenschap en praktijk en een lijst van interventies die hieraan niet voldoen. Deze lijsten berusten op multidisciplinaire richtlijnen, literatuuronderzoek en eerdere uitspraken van het CVZ. Verder is ook rekening gehouden met interventies die aangeboden worden door de erkende opleidingen, zoals de RINO's (regionale instituten voor nascholing en opleiding GGZ). Deze 'positieve' en 'negatieve' lijsten (bijlagen 1 en 2) zijn niet limitatief. Voor zover behandelingen niet zijn benoemd in deze lijsten, zal de zorgverzekeraar zelf moeten bepalen of de interventie aan het criterium voldoet.

Uiteraard is het mogelijk dat er nieuw bewijs komt voor de effectiviteit van een interventie, zodat deze alsnog gaat voldoen aan de stand van wetenschap en praktijk. Ook omgekeerd is het denkbaar dat nieuw onderzoek aantoont dat een interventie toch niet effectief is. Zoals gezegd is het primair aan een zorgverzekeraar hierover uitspraken te doen en de verzekerden hierover te informeren. Tenslotte moeten zorgaanbieders transparant zijn over hun zorgaanbod.

Een aanzienlijk aantal partijen is van mening dat wat goede zorg is, een kwestie is van de beroepsgroep en dat de zorgverzekeraar niet op de stoel van de van de zorgaanbieder moet gaan zitten. Uit de opmerkingen blijkt dat men onvoldoende op de hoogte is van de rol die verzekeraars in dit stelsel hebben gekregen, namelijk dat zij verantwoordelijk zijn om zorg te contracteren die aan de wettelijke criteria moet voldoen en daarop te toetsen. Dat geldt ook voor de beoordelingsprocedure, zoals neergelegd in het beoordelingskader Stand van de wetenschap en praktijk dat we hebben ontwikkeld om de Zvw eenduidig te kunnen uitleggen en om te bepalen wat vergoed mag worden en dat is aanvaard door het parlement.

3.4 Geïndiceerde preventie

De minister van VWS heeft het CVZ de vraag gesteld of er bezuinigd kan worden op de collectieve lasten door het verzekerde GGZ-pakket te verkleinen. In dat verband onderzochten wij een mogelijke beperking van het pakket: de geïndiceerde preventie van depressie, van problematisch alcoholgebruik en van de paniekstoornis, zoals die nu wordt uitgevoerd door de huisarts. Het betreft immers preventieve zorg, bij patiënten die nog geen psychische stoornis hebben.

3.4.1 Achtergrondinformatie

Geïndiceerde preventie houdt in dat er in een vroeg stadium interventies worden ingezet om een aandoening te voorkomen (preventie), bij iemand met een hoog risico op deze stoornis (met andere woorden als er een indicatie is). Of er sprake is van een hoog risico op depressie, op paniekstoornis of op problematisch alcoholgebruik bepaalt de huisarts. De vroegtijdige interventies zullen veelal door de huisarts of praktijkondersteuner in de huisartspraktijk (POH-GGZ) worden uitgevoerd.

A. Prevalentie en incidentie

Depressie, angststoornissen en alcoholmisbruik zijn alle drie veel voorkomende aandoeningen, die ernstige gevolgen kunnen hebben voor de patiënt en zijn omgeving. Uit het grootschalig rapport van het Trimbosinstituut¹⁶ over het vóórkomen van psychische stoornissen (NEMESIS-2) komt naar voren dat jaarlijks 6,1 % van de volwassenen lijdt aan een depressieve stoornis (5,2 %) of dysthymie (0,9%). 10,2 % van de Nederlanders lijdt aan angststoornissen, waarvan 1,2 % aan een paniekstoornis en 5,3 % van de volwassenen lijdt aan alcoholmisbruik. Per jaar krijgen circa 288.600 volwassenen voor het eerst te maken met een depressieve stoornis en het aantal nieuwe gevallen met problematisch alcoholgebruik wordt geraamd op 219.000. Het aantal mensen dat voor het eerst te maken krijgt met een paniekstoornis ligt op zo'n 84.700 per jaar.¹⁷

B. Behandeling volgens richtlijnen

De huisarts zal geïndiceerde preventie inzetten als deze heeft vastgesteld dat er een hoog risico is op depressie, respectievelijk een paniekstoornis of problematisch alcoholgebruik. Volgens de herziene *NHG standaard Depressie* begint de huisarts bij depressieve klachten met het geven van voorlichting. Bij persisteren van de klachten en bij een depressie biedt de huisarts ook dagstructurering aan en begeleide zelfhulp (via internet of telefoon) of een groepscursus of Problem Solving Treatment (PST). Deze behandelingen biedt de huisarts zelf of de daartoe getrainde hulpverlener binnen de huisartsvoorziening.¹⁸ Steeds vaker is dit de POH-GGZ.^{19,20.}

¹⁶ Graaf R de, Have M ten, Gool C van, et al. Prevalentie van psychische aandoeningen, en trends van 1996 tot 2009. Resultaten van NEMESIS-2. Tijdschr Psychiatrie 2012; 54: 27-38

¹⁷ Bij de berekening van deze aantallen is gebruik gemaakt van de volgende bronnen: ZonMw Preventie van paniekstoornis: een randomised clinical trial annex kosteneffectiviteitsstudie bijlage 2 in CVZ rapport Preventie van depressie: verzekerde zorg? Diemen, 2008. www.cvz.nl bijlage 1 in CVZ rapport Preventie van problematisch alcoholgebruik. Diemen 2009. www.cvz.nl bijlage 2 in CVZ rapport Preventie van angst (paniekstoornis) Diemen 2011. www.cvz.nl

¹⁸ NHG-Standaarden bevatten richtlijnen voor huisartsen. Dit betekent niet dat de huisarts alle genoemde taken persoonlijk moet verrichten. Sommige taken kunnen worden gedelegeerd aan de praktijkassistente, praktijkondersteuner (POH-GGZ) of praktijkverpleegkundige, mits zij worden ondersteund door duidelijke werkafspraken waarin wordt vastgelegd in welke situaties de huisarts moet worden geraadpleegd en mits de huisarts toeziet op de kwaliteit. Omdat de feitelijke keuze van de te delegeren taken sterk afhankelijk is van de lokale situatie, bevatten de standaarden daarvoor geen concrete aanbevelingen.

¹⁹ De functie POH-GGZ bestaat een aantal jaar. 34 % van de huisartsen maakt gebruik van een POH-GGZ. Medio

Bij onvoldoende effect van deze vroegtijdige behandelingen, bij een depressie met ernstig sociaal disfunctioneren of grote lijdensdruk en bij ernstige psychische comorbiditeit is verwijzing voor psychotherapie aangewezen of wordt een antidepressivum aangeboden. Er is dan niet langer sprake van preventieve interventies, maar van behandeling van een depressieve stoornis.

Bij angst bestaat de behandeling van angstklachten volgens de herziene *NHG Standaard Angst* uit voorlichting, eventueel aangevuld met Problem Solving Therapy (PST) en bij een angststoornis met een geringe ziektelast volstaan voorlichting en zelfhulp. Bij onvoldoende effect daarvan of bij ernstige ziektelast zijn verwijzing naar cognitieve gedragstherapie of het aanbieden van een antidepressivum of beide aangewezen.

Volgens de *NHG Standaard Problematisch Alcoholgebruik* kan de huisarts als het problematisch alcoholgebruik nog maar enkele maanden bestaat of niet ernstig is, volstaan met anamnese en voorlichting. De patiënt heeft voldoende inzicht om een beslissing over meer verantwoord alcoholgebruik zelf te nemen en uit te voeren. Als problematisch alcoholgebruik langer bestaat is een intensiever motiveringsproces nodig, hoewel ook korte interventies effectief zijn bij de behandeling van patiënten met ernstiger vormen van problematisch alcoholgebruik. Bij de interventies kan ook de praktijkondersteuner worden betrokken. Het ter sprake brengen van problematisch alcoholgebruik bij tien patiënten levert ongeveer één patiënt op die het alcoholgebruik in de daarop volgende maanden vermindert.

De *ondersteuning door de POH-GGZ* bij psychische klachten bestaat onder meer uit gesprekken en e-health mogelijkheden die tot doel hebben de lijdensdruk van een patiënt als gevolg van psychische problematiek te verminderen, en de oplossingsgerichte vaardigheden van de patiënt te verbeteren. In samenspraak met de patiënt maakt de POH-GGZ een inschatting van de te verwachten behandelduur. In principe betreft het kortdurende begeleidingen (een beperkt aantal gesprekken en/of e-health programma's).

C. Eigen verantwoordelijkheid patiënt

De behandelaar zal aan de patiënt duidelijk moeten maken dat het succes van de preventieve behandeling in aanzienlijke mate afhangt van diens actieve medeverantwoordelijkheid (participerende benadering). Het is de taak van de huisarts om de patiënt te stimuleren zelf zijn/haar activiteiten te bedenken en om de haalbaarheid en de balans te helpen bewaken. De arts kan adviseren om dagelijks naar buiten te gaan, gezond te eten en sociale contacten te onderhouden. De huisarts of POH kan de patiënt ook aansporen tot gerichte activiteiten, zoals sport, running therapy of een cursus mindfulness. Dit soort activiteiten valt niet onder het basispakket van de Zorgverzekeringswet.

D. Natuurlijk beloop van aandoeningen

Over het natuurlijk beloop van depressie staat in de NHG-standaard depressie dat

2012 waren er bijna 700 POH's-GGZ

²⁰ Volgens het basis document POH-GGZ van het NHG dient de POH-GGZ tenminste over de volgende basisvaardigheden te beschikken: - cognitief-gedragstherapeutische technieken en reattributie (NHG-cursus), - problem solving treatment (PST) (NHG-cursus) en - motiverende gespreksvoering.

bij 60% van de mensen die worden behandeld voor een eerste depressie, de depressie na een half jaar is hersteld.²¹ Over de mate waarin de vroegtijdige behandeling van depressieve klachten een depressieve stoornis voorkomt of uitstelt, bestaat nog geen duidelijkheid. Wel wordt algemeen aangenomen dat universele en selectieve preventie het ontstaan van depressieve stoornissen kan beïnvloeden.²² Ook is uit onderzoek gebleken dat stepped care aangeboden interventies een nieuwe episode van ernstige depressie met 25 tot 50 % kunnen reduceren.²³ Verder staat vast dat het hebben van angst- en depressieve klachten een verhoogd risico (2,5 tot 3,5 keer hoger) geeft op angststoornissen.²⁴

Over het natuurlijk beloop van problematisch alcoholgebruik is het volgende bekend. Langdurig excessief alcoholgebruik leidt tot een sterk vergrote kans vroegtijdig te overlijden. Anderzijds ziet een substantieel deel van degenen die ooit in hun leven afhankelijk waren van alcohol kans abtinent te worden en te blijven. De stabiliteit van de diagnose alcoholafhankelijkheid is echter groot. Ook de kans op terugval na abstinentie is groot, vooral in de eerste vier jaar. Vrouwen lijken een iets gunstiger beloop te hebben dan mannen. Dit geldt voor verslaafden die in behandeling zijn (of geweest zijn) (Schippers & Broekman, 2006). Voor hen geldt dat zij gemiddeld tien jaar rondlopen met de diagnose voor zij met deze behandeling begonnen zijn. Van panieklachten is bekend dat zij vaak verergeren en dat de verergering snel kan optreden.²⁵

3.4.2 *Pakketbeoordeling*

Het CVZ heeft in 2008, 2009 en 2011 de preventieve interventies bij depressie, bij problematisch alcoholgebruik en bij angststoornissen (paniekstoornis) beoordeeld en vastgesteld welke interventies voldoen aan de stand van de wetenschap en praktijk. In het huidige advies toetsen we de interventies aan de pakketcriteria noodzakelijkheid, effectiviteit, kosteneffectiviteit en uitvoerbaarheid.

A. Noodzakelijkheid

Bij noodzakelijkheid kijken we naar de ernst van de aandoening en naar de kosten van de behandeling. Het is evident dat het hier om aandoeningen gaat waarvan de ziektelast sterk zal variëren met de ernst. De ernstiger varianten hebben een grote ziektelast.

Er is echter een kwantitatieve benadering van ziektelast. De ernst van een ziekte wordt ook weergegeven in het *ziektelastgetal* van de aandoening. Een ziektelastgetal kan helpen bij de inschatting of de aandoening zo ernstig is dat het noodzakelijk is de preventieve behandeling ervan collectief te financieren. Dit getal geeft het gemiddelde gezondheidsverlies bij een bepaalde aandoening weer in een getal tussen 0 en 1, waarbij 0 staat voor geen enkel gezondheidsverlies en 1 voor totaal gezondheidsverlies, dus zeer slechte gezondheid (tot aan de dood). Volgens de Global Burden of Disease 2010²⁶ is het ziektelastgetal 0,65 bij een ernstige depressie. Bij angststoornissen is het 0,52. Voor de paniekstoornis is dit onbekend en bij problematisch alcoholgebruik is het 0,54.

De ziektelastgetallen bij de drie aandoeningen zijn hoog. Van belang is dat deze drie

²¹ NHG standaard Depressie. 2012: noot 21. www.nhg.org

²² Cuijpers P, van Straten A, Smit F, et al. Preventing the onset of depressive disorders: a meta-analytic review of psychological interventions. *Am J Psychiatry* 2008;165:1272-80.

²³ Muñoz RF, Cuijpers P, Smit F, et al. Prevention of Major depression. *Annu Rev Clin Psychol* 2010; 6: 181-212.

²⁴ NHG standaard Angst. 2012: noot 1. www.nhg.org

²⁵ www.trimbos.nl

²⁶ The Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME). Global burden of disease 2010 disability weights. 2012. www.healthmetricsandevaluation.org

stoornissen de kwaliteit van leven negatief beïnvloeden. Als geïndiceerde preventie bijdraagt aan het beperken van de ziektelast, is dat winst voor de patiënt en uiteindelijk ook voor de samenleving (doordat de patiënt geen duurdere zorg behoeft en er minder bijkomende negatieve gevolgen zijn zoals uitval op het werk of gevolgen voor het gezin).

De preventieve interventies bij depressie, paniekstoornis en problematisch alcoholgebruik, worden, indien noodzakelijk, aangeboden door de huisarts die daarbij de betreffende NHG standaarden zal volgen. De kosten van de begeleiding/behandeling door de huisarts met POH-GGZ, die in het algemeen kortdurend is, zijn relatief laag²⁷ en komen niet voor rekening van de patiënt omdat dit onder de aanspraak valt en voor de huisartsenzorg geen eigen risico geldt en geen eigen bijdrage. Bij verwijzing naar een andere zorgaanbieder kan er wel sprake zijn van eigen betalingen of een eigen risico.

B. Effectiviteit van interventies

In 2008 heeft het CVZ beoordeeld welke preventieve interventies bij depressie voldoen aan de stand van de wetenschap en praktijk. Uit het rapport blijkt dat bij een hoog risico op depressie de (preventieve) interventies die gebaseerd zijn op therapeutische principes zoals cognitieve gedragstherapie, interpersoonlijke therapie, problem solving therapy en psycho-educatie voldoen aan de stand van de wetenschap en praktijk²⁸. Deze bewezen effectieve interventies kunnen individueel of in groepsverband worden toegepast. Ook zijn er zelfhulpprogramma's beschikbaar en bestaat er internethulp.

In 2009 heeft het CVZ beoordeeld welke preventieve interventies bij een hoog risico op problematisch alcoholgebruik voldoen aan de stand van de wetenschap en praktijk. Uit het rapport blijkt dat kortdurende preventieve interventies die zijn gebaseerd op motiverende gespreksvoering en/of bewezen vormen van cognitieve gedragstherapie binnen een medische setting bewezen effectief zijn, evenals de twee programma's *Minder drinken* en *De drinktest* die via internet worden aangeboden.²⁹

In 2009 en 2011 heeft het CVZ de preventieve interventies bij angststoornissen beoordeeld. Uit het rapport van 2011 blijkt dat alleen bij een hoog risico op een paniekstoornis de preventieve interventies die zijn gebaseerd op cognitieve gedragstherapeutische principes voldoen aan de stand van de wetenschap en praktijk.³⁰ Deze bewezen effectieve interventies kunnen individueel of in groepsverband worden toegepast en worden aangevuld met zelfhulpprogramma's en via internet.

In 2012 zijn zowel de NHG standaard voor depressie als de NHG standaard voor angst herzien. In de herziene standaarden zijn de preventieve interventies bij depressieve klachten en bij een paniekstoornis opgenomen.

²⁷ Zo staat in het rapport Preventie bij problematisch alcoholgebruik dat de kosten van de minimale (preventieve) begeleiding, 2 contacten enkel via de huisarts werd geschat op zo'n € 27,- (prijsspeil 2009). De gemiddelde kosten van de preventieve interventie met gedeeltelijke begeleiding (een contact met de huisarts en vijf individuele consulten bij een aanbieder uit de EPZ) € 428,- bedragen. Bij intensieve begeleiding vindt de preventieve interventie voornamelijk plaats bij een aanbieder uit de EPZ werden de kosten nog hoger, circa € 674,-. Het is aannemelijk dat de kosten van begeleiding bij geïndiceerde preventie van de andere aandoeningen vergelijkbaar zijn.

²⁸ CVZ, Preventie van depressie: verzekerde zorg? Diemen, 2008. www.cvz.nl

²⁹ CVZ, Preventie van problematisch alcoholgebruik. Diemen, 2009. www.cvz.nl

³⁰ CVZ, Preventie van angststoornissen (paniekstoornis). Diemen, 2011. www.cvz.nl

C. *Kosteneffectiviteit*

Er blijkt weinig bekend over de kosteneffectiviteit van geïndiceerde preventie; het aantal kosteneffectiviteitstudies over geïndiceerde preventie is beperkt. Gezien de resultaten van de gevonden studies lijkt geïndiceerde preventie van depressie, paniekstoornissen en overmatig alcoholgebruik kosteneffectief in de Nederlandse setting.

De resultaten zijn echter gebaseerd op korte termijn effecten. Voor economische evaluaties is het van belang om te extrapoleren door middel van modellering. De resultaten uit modelleringsstudies (die dus wel kijken naar lange termijn kosteneffectiviteit) zullen met veel onzekerheid zijn omgeven omdat er niet veel bekend is over de lange termijn effecten van de preventieve interventies.

Aan de andere kant zullen de preventieve interventies die in dit rapport onderzocht zijn over het algemeen niet duur zijn, terwijl ze de omvangrijke kosten die gepaard gaan met toekomstige ziekten (o.a. depressie) helpen te voorkomen.³¹ De zorgkosten voor depressie bedroegen in 2007 alleen al voor mensen boven de 75 jaar €150 miljoen.³² Preventie van depressie lijkt alleen daarom al kosteneffectief. In hun rapport "effecten van preventie" concludeert het RIVM dat kortdurende interventies in de eerste lijn een zeer gunstige verhouding hebben tussen zorgkosten en gezondheidseffecten.³³ Verder verwacht het RIVM dat preventie via internet zoals online zelfhulp cursussen kosteneffectief zullen zijn, mede omdat deze interventies relatief goedkoop zijn en in effectiviteit vergelijkbaar zijn met die van professionele groepscursussen.

Ondanks geringe en met onzekerheden omgeven informatie over de kosteneffectiviteit van geïndiceerde preventie, lijken kortdurende preventieve interventies zoals aangeboden door huisartsen kosteneffectief te zijn. Verder onderzoek naar lange termijn effecten is echter noodzakelijk om ook de lange termijn kosteneffectiviteit in kaart te kunnen brengen.

D. *Uitvoerbaarheid*

Hieronder gaan we in op gevolgen voor de zorgaanbieders en op gevolgen voor het Budget Kader Zorg.

a) *Zorgaanbieders*

De huisarts heeft een belangrijke rol bij de geïndiceerde preventie. Deze is met de POH-GGZ het eerst aan zet om patiënten met depressieve klachten, met panieklachten en problematisch alcoholgebruik te herkennen, te behandelen en waar nodig door te verwijzen.

De huisarts heeft de functie van poortwachter.

De huisartsen samen met ondersteuners worden met de afspraken in het Bestuurlijk Akkoord beter in staat gesteld om daar waar geïndiceerde preventie bij depressie, panieklachten en problematisch alcoholgebruik aangewezen is, deze zorg te bieden. Daar is winst te behalen door de juiste, lichte interventies. Als we deze vorm van zorg zouden uitsluiten van vergoeding, vormt dat een beperking voor de

³¹ RIVM. Depressie: Wat is het bereik en wat zijn de effecten van preventie? In: Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid. Bilthoven: RIVM, 2012. <http://www.nationaalkompas.nl/gezondheid-en-ziekte/ziekten-en-aandoeningen/psychische-stoornissen/depressie/bereik-effecten/>

³² RIVM. Kosteneffectiviteit van preventie. Bilthoven: RIVM. <http://kosteneffectiviteit-preventie.rivm.nl/interventies/psychische-stoornissen/depressie/factsheet-stepped-care-preventie-van-angst-en-depressie-op-oudere-leeftijd/>

³³ Berg M van den, Schoemaker CG. Effecten van preventie. Deelrapport van de VTV 2010 Van gezond naar beter. Bilthoven: RIVM, 2010.

huisarts/POH-GGZ om zorg te bieden waar deze nodig is. Het begintraject is zelfs helemaal niet uit te sluiten. Patiënten melden zich immers meestal niet voor geïndiceerde preventie van bijvoorbeeld depressie, maar met lichamelijke klachten en andere problemen (bijvoorbeeld hoofdpijn, buikpijn). Pas in tweede instantie, door een goede anamnese, kan duidelijk worden dat er een indicatie voor preventieve interventies bestaat.

b) Budgettaire Kader Zorg

Het is moeilijk schattingen te geven wat het uitsluiten van geïndiceerde preventie zou opleveren. Niet bekend is wat er tot nu toe in de eerste of tweedelijng GGZ hiervoor is gedeclareerd, of welk deel van de kosten van de huisartsenzorg (inclusief POH-GGZ) hieraan besteed wordt. In ieder geval zal deze zorg via de huisarts geleverd moeten worden en niet via de EPZ/basis-GGZ of gespecialiseerde GGZ. Overigens lijken kortdurende preventieve interventies zoals aangeboden door huisartsen kosteneffectief te zijn, ondanks geringe en met onzekerheden omgeven informatie over de kosteneffectiviteit ervan.

3.4.3 *Overwegingen en advies*

Gezien de hoge ziektelastgetallen van depressie, paniekstoornis en problematisch alcoholgebruik en de mate waarin deze stoornissen de kwaliteit van leven van de patiënt beïnvloeden, de effectieve en kosteneffectieve behandelmogelijkheden, en de risico's die ontstaan als de huisarts en POH-GGZ deze lichte interventies niet meer zouden kunnen aanbieden, achten wij het niet verstandig de huisartsenzorg voor de genoemde aandoeningen te beperken. Ook bij andere klachten is de huisartsenzorg niet ingeperkt.

Door het bieden van integrale en doelmatige, dus passende zorg zal de huisarts, ondersteund door de POH-GGZ de toekomstige ziektelast door psychische stoornissen kunnen verminderen. De aandacht voor de inzet van de huisarts en POH-GGZ sluit aan bij de afspraken in het Bestuurlijk Akkoord. Juist door een goede inzet van de huisarts is veel gezondheidswinst te behalen en zijn er besparingen in en buiten de zorg te realiseren.

Samenvattend adviseert het CVZ geïndiceerde preventie bij depressie, paniekstoornissen en problematisch alcoholgebruik niet uit de basisverzekering te schrappen, maar als onderdeel van de huisartsenzorg te blijven vergoeden. Hier kunnen we voor relatief weinig geld relatief effectief veel gezondheidswinst boeken. Uitsluiting van deze zorg zou *penny wise, pound foolish* zijn.

3.4.4 *Reacties partijen*

Alle partijen zijn verheugd dat het CVZ geen pakketbeperking voor geïndiceerde preventie bij deze drie stoornissen voorstelt, maar zien wel problemen bij de uitvoering door de huisarts.

Een aantal partijen gaat er ten onrechte van uit dat de huisarts ook aan zet is bij het bieden van selectieve preventie en dat de huisarts bij alle stoornissen geïndiceerde preventie moet kunnen bieden, ook als er geen aanwijzingen zijn voor de effectiviteit van deze interventies.

3.5 Aanpassingsstoornissen

3.5.1 Achtergrondinformatie

Voor de meeste stoornissen die beschreven staan in DSM-IV bestaat een vergoeding van de zorg. In uitzondering op deze vuistregel is vergoeding van de zorg voor behandeling van aanpassingsstoornissen sinds 2012 bij wet uitgesloten van verzekerde zorg. Zoals reeds aangekondigd in Rapport GGZ, deel 1 besteedt het CVZ bij deze aandacht aan de grondslagen van deze beslissing van de minister en toetst deze aan de pakketcriteria noodzakelijkheid, effectiviteit, kosteneffectiviteit en uitvoerbaarheid.

De DSM-IV geeft de volgende criteria voor een aanpassingsstoornis:

- De ontwikkeling van emotionele symptomen en gedragsvormen als reactie op een aanwijsbare stressfactor. De aandoening uit zich binnen drie maanden na het optreden van de stressfactor.
- De symptomen en het gedrag zijn klinisch duidelijk aantoonbaar, wat blijkt uit een van de twee volgende criteria of beide:
 1. aantoonbare spanning die erger is dan bij de stressfactor verwacht kan worden;
 2. duidelijke hinder in de sociale omgang of op het werk.
- De stress-gerelateerde stoornis voldoet niet aan de criteria voor een andere specifieke stoornis uit as I en is niet uitsluitend een symptoom van een bestaande stoornis uit as I of as II.
- De symptomen komen niet voort uit rouwverwerking.
- Als de stressfactor of de gevolgen zijn verdwenen, blijven de symptomen niet langer dan zes maanden aanwezig.

Mensen met een aanpassingsstoornis hebben zich niet goed kunnen aanpassen aan een situatie die spanning oplevert. Het is normaal dat mensen een tijdje niet goed functioneren in situaties met veel stress, dus de afgrenzing van deze stoornis ten opzichte van een normale reactie op stress is niet eenvoudig. Het betreft in elk geval reacties en klachten die ernstiger zijn dan men op grond van de stressfactor zou verwachten. Er kan sprake zijn van depressieve of angstklachten, zonder dat er sprake is van een depressie of angststoornis in engere zin zoals omschreven in de DSM-IV. Als de verschijnselen langer aanhouden, kan uiteindelijk soms de diagnose depressieve of angststoornis worden gesteld. Dan geldt de vergoeding voor zorg zoals omschreven in hoofdstuk 4. Symptomen voortkomend uit rouw leiden niet tot de diagnose aanpassingsstoornis. Het tijdelijk minder functioneren na verlies zien we niet als een (aanpassings)stoornis.

Ook mensen bij wie een andere psychische stoornis bestaat, bijvoorbeeld autisme, angst of depressie, kunnen zich vaak moeilijk aanpassen aan een stressvolle gebeurtenis. In die situatie declareren we de benodigde zorg niet op de diagnose aanpassingsstoornis volgens DSM-IV. Hun behoefte aan hulp kan vergoed worden op basis van hun primaire stoornis.

Indicatie en interventie

De omschrijving van aanpassingsstoornissen is heel globaal en er bestaat geen professionele richtlijn voor deze stoornissen die houvast biedt voor de nadere indicatie en behandeling. Ook handboeken bieden geen uitkomst omdat deze

stoornissen niet (meer) beschreven worden.^{34,35}

Duidelijke criteria voor een behandelindicatie zijn er niet.³⁶

De interventies lijken vooral te bestaan uit kortdurende gesprekstherapie (PST, cognitieve gedragstherapie) en mogelijk medicatie.

Uit een artikel van C. van der Heiden komt naar voren dat aanpassingsstoornissen veel voorkomen en een voorbode kunnen zijn van ernstiger psychiatrische problematiek³⁷ Adequate en tijdige behandeling zou wellicht kunnen bijdragen aan het voorkomen van ernstiger stoornissen. Meer dan een redelijke veronderstelling is dit echter niet; wetenschappelijke onderbouwing ontbreekt. Het artikel concludeert: "Helaas is er over de behandeling van aanpassingsstoornissen nog weinig bekend. Zo er al specifieke behandelprogramma's bestaan, zijn deze nauwelijks in goed wetenschappelijk onderzoek getest op hun werkzaamheid."

3.5.2 *Pakketbeoordeling*

De pakketcriteria zijn: noodzakelijkheid, effectiviteit, kosteneffectiviteit en uitvoerbaarheid.

Het criterium noodzakelijkheid bevat twee elementen: de ziektelast en de vraag of behandeling voor eigen rekening kan plaatsvinden. Er bestaan geen ziektelastgetallen voor aanpassingsstoornissen bij volwassenen en kinderen. Behandeling bestaat veelal uit kortdurende gesprekstherapie. De kosten van een dergelijke therapie zouden op basis van 5 gesprekken circa € 500 bedragen.

Over de effectiviteit van behandelingen zijn geen gegevens bekend. Kortdurende therapieën lijken te helpen, maar er is nog nooit gestructureerd onderzoek verricht naar behandelingen van aanpassingsstoornissen. Er zijn dus ook geen kosteneffectiviteitsstudies uitgevoerd.

Wat betreft de uitvoerbaarheid merken we het volgende op. Doordat er geen richtlijn is en geen bewezen effectieve behandelingen, kunnen zorgverzekeraars niet toetsen of sprake is van te verzekeren zorg. Het is immers niet duidelijk wat 'de stand van wetenschap en praktijk' is.

3.5.3 *Overwegingen en advies*

In de praktijk zal iemand met klachten als gevolg van stress in eerste instantie naar de huisarts gaan. Deze zal naar bevind van zaken handelen en bij een vermoeden van psychische problematiek proberen om met passende adviezen te voorkomen dat de klachten erger worden. Anders dan bij de geïndiceerde preventie van depressie, paniekstoornissen en alcoholverslaving bestaat er helaas nog geen *evidence* welke specifieke interventies effectief kunnen zijn bij een aanpassingsstoornis.

Indien een adequate richtlijn of standaard beschikbaar is kunnen wij een pakketbeoordeling doen op grond waarvan wij de minister eventueel zouden kunnen adviseren om de pakketmaatregel ten aanzien van de vergoeding van hulp bij aanpassingsstoornissen te heroverwegen.

³⁴ Hovens JE, et al. (red). Handboek psychologische psychiatrie. Utrecht: De Tijdstroom, 2006.

³⁵ Franken I, et al. (eds). Basisboek psychopathologie. Utrecht: De Tijdstroom, 2013

³⁶ Casey P, Bailey S, Adjustment disorders: the state of the art. World Psychiatry 2011;10: 11-8.

³⁷ Heiden C van der. Protocol cognitieve gedragstherapie bij aanpassingsstoornissen. Psychopraktijk 2011;3:28-30.

Zolang er geen specifiek inzicht bestaat zullen aanpassingsstoornissen benaderd kunnen worden zoals de huisarts met klachten van psychische aard omgaat.

Problemen door de uitsluiting van de behandeling van aanpassingsstoornissen uit het verzekerde pakket

Het uitsluiten van de zorg van aanpassingsstoornissen als verzekerde zorg heeft echter consequenties voor de zorgpraktijk gehad die niet gewenst zijn. Zo hebben partijen er in een eerder stadium op gewezen dat dit problemen geeft in de uitvoering

- a) in geval van een crisissituatie en
- b) in geval van zorg voor kinderen die slachtoffer zijn van huiselijk geweld of seksueel misbruik.

Ad a) Een overmaat aan stress bij onvoldoende draagkracht kan leiden tot een crisis waarbij wanhoop, onmacht en hopeloosheidsgevoelens de boventoon gaan voeren met mogelijke suïcidale ideaties of zelfs suïcidepogingen. Interventies zoals een crisisopname kunnen dan noodzakelijk zijn en vallen uiteraard onder de Zvw. Een crisisopname kan gedeclareerd worden zonder codering van een primaire diagnose gedurende maximaal 30 dagen. Veelal is er dan nog geen sprake van een eenduidige psychische stoornis. Achteraf is bij veel patiënten die suïcidaal zijn, wel een onderliggende stoornis (vaak een depressieve en/of angststoornis) vast te stellen. Kortom er is hier naar onze mening geen probleem in de uitvoering.

Ad b) In geval van kinderen die slachtoffer zijn van huiselijk geweld of seksueel misbruik is er vrijwel altijd reden voor zorg. Uit een onlangs gepubliceerde studie blijkt een duidelijk verband tussen traumatische gebeurtenissen in de kindertijd en angst, depressie en middelenmisbruik in de volwassenheid.³⁸ Vooral seksueel misbruik en familiegeweld laten diepe sporen na op de latere psychische toestand van slachtoffers. Alleen al om die reden is adequate hulp, zeker bij de eerste verschijnselen van stress, bij deze kinderen en hun omgeving gewenst. Welke vorm die hulp precies moet aannemen, welke hulpverleners primair verantwoordelijk zijn is in de huidige richtlijnen en afspraken niet duidelijk terug te vinden.

Om deze kinderen geen stigma te geven werd de zorg aanvankelijk gedeclareerd op de diagnosecode aanpassingsstoornis en toen deze uitgesloten werd van vergoeding op een V-code (een mogelijkheid binnen de DSM-IV classificatie om aanvullende informatie te geven, zoals een vermoeden van kindermishandeling), waar deze ook niet voor bedoeld is. Onder deze algemene en vrij neutrale coderingen werd de zorg gedeclareerd. Hier is dus wel een uitvoeringsprobleem.

Gezien het belang van de toegankelijkheid van deze hulpverlening adviseren wij de minister om een relevante prestatiebeschrijving te laten opstellen die een titel vormt voor vergoeden van deze zorg. Ook hier geldt dat het zeer wenselijk zou zijn als er op korte termijn duidelijke richtlijnen worden opgesteld.

3.5.4

Reacties partijen

Alle partijen zijn tevreden dat het CVZ de minister voorstelt om voor kinderen die slachtoffer zijn van huiselijk geweld of seksueel misbruik een aparte prestatie te

³⁸ Venter M de, Demyttenaere K, Bruffaerts R. Het verband tussen traumatische gebeurtenissen in de kindertijd en angst, depressie en middelenmisbruik in de volwassenheid; een systematisch literatuuroverzicht. Tijdschr Psychiatrie 2013; 55:259-68.

regelen om deze zorg te kunnen declareren en vergoeden.

Diverse partijen zijn het niet eens met onze stellingname dat wij onvoldoende houvast hebben in de huidige omschrijving van aanpassingsstoornis in de DSM-IV, en de beschikbare informatie over de behandelingen om aan de minister te adviseren om haar besluit om aanpassingsstoornissen uit te sluiten, te herzien. Men vindt dat hulp bij aanpassingsstoornissen vergoed moet worden.

Diverse partijen pleiten voor het vergoeden van psychosociale of psychologische zorg vanuit de G-GGZ aan mensen met klachten en aan mensen met een aanpassingsstoornis als gevolg van een ernstige somatische ziekte, zoals kanker, en aan hun naasten.

Men stelt voorts dat er geen declaratiecode is voor ambulante crisisbehandeling zonder codering van een primaire diagnose en dat daardoor een ambulante crisisinterventie in verband met een aanpassingsstoornis niet gedeclareerd zou kunnen worden. Dit klopt tot op zekere hoogte, per 1 januari 2013 is dit op verzoek van de NZa en VWS veranderd in de DBC-spelregels. Alleen instellingen met een 24 uren crisisdienst met een regionale functie kunnen een crisis-DBC openen.

4 Gepast gebruik van het GGZ-pakket

4.1 Inleiding

Gepaste zorg houdt in dat iedereen die zorg nodig heeft, de juiste zorg krijgt van de juiste hulpverlener/zorgaanbieder (op de juiste plaats in de keten/echelons) tegen een juiste prijs. Het begrip 'gepaste zorg' omvat dus zowel de kwaliteit van zorg als de doelmatigheid en het handhaven van gemaakte afspraken over taakverdelingen en bekostiging.

Gepast gebruik berust om te beginnen op de professionaliteit van zorgverleners en een goede organisatie bij de zorgverzekeraars. We hebben in Nederland uitstekend opgeleide professionals in de zorg, zeker ook in de huisartsenzorg en de GGZ. Er bestaat een ruime bereidheid tot nascholing en andere vormen van deskundigheidsbevordering

Voor de aanbieder gaat het om de juiste zorg voor de juiste patiënt door de juiste hulpverlener, voor de patiënt om passende zorg (stepped/matched care) en therapietrouw en voor de verzekeraar om inkoop, rechtmatigheid en toezicht.

De volgende "instrumenten" verdienen daarbij naar ons oordeel extra aandacht:

- De huisarts als sleutelfiguur
- Kwaliteitsstandaarden (richtlijnen, zorgstandaarden en meetinstrumenten)
- Duidelijkheid over wie de zorg verleent (deskundigheidsniveau)
- Heldere organisatiestructuren en bekostiging van zorg
- Sturing door verzekeraars op gepast gebruik van zorg
- Interventies vergoeden vanuit het juiste kader

4.2 De huisarts als sleutelfiguur

De zorgaanbieder heeft in het contact met de cliënt/patiënt de grootste verantwoordelijkheid voor het gepast gebruik van zorg. In de spreekkamer komt immers het zorgaanbod tot stand en worden de relevante beslissingen genomen. Hij is ook verantwoordelijk voor het geven van de juiste informatie ten behoeve van eventuele doorverwijzing en ten behoeve van de juiste declaratie.

De huisarts speelt een cruciale rol bij het inzetten van de juiste zorg op het juiste moment. De huisarts is een centrale figuur die de patiënt ondersteunt bij het zoeken naar en verkrijgen van passende zorg.

De huisarts is de belangrijkste pijler van de Nederlandse gezondheidszorg. Deze bewaakt niet alleen de toegang tot de duurdere specialistische zorg, maar staat ook borg voor een integrale benadering, waarin aandacht is voor biologische, psychische en sociale aspecten van ziekte en gezondheid. Voor de patiënt heeft het verscheidene voordelen als zijn of haar klachten binnen de huisartspraktijk behandeld kunnen worden. Deze zorg is laagdrempelig, dicht bij huis en onnodige stigmatisering of medicalisering wordt voorkomen. Dat geldt ook voor psychische problematiek. Mede dankzij de structurele verankering van de POG-GGZ zoals voorzien en de mogelijkheid van het invoeren van een consult van een psychiater, psychotherapeut, klinisch psycholoog en/of eerstelijns (GZ) psycholoog, zal de huisartspraktijk steeds beter toegerust zijn voor de behandeling van veel voorkomende psychische klachten en stoornissen. Het NHG heeft al diverse GGZ

standaarden ontwikkeld bijvoorbeeld voor angst³⁹ en depressie⁴⁰ en heeft deelgenomen aan verschillende multidisciplinaire richtlijnen binnen de GGZ zoals de multidisciplinaire richtlijn angststoornissen⁴¹ en de multidisciplinaire richtlijn depressie⁴².

Zeker niet alle patiënten met psychische problemen kunnen door de huisarts behandeld worden. De huisarts zal de patiënt dan doorverwijzen. Behandeling zal dan in de toekomst in de basis-GGZ of gespecialiseerde GGZ plaatsvinden. Twee principes zijn daarbij leidend: *stepped care* en *matched care*. *Stepped care* wil zeggen dat de behandelaar begint met de minst ingrijpende interventie waarvan effect verwacht mag worden, bijvoorbeeld een advies op het gebied van dagindeling en vrijetijdsbesteding bij iemand met beginnende depressieve klachten. Pas als deze interventie onvoldoende effect sorteert, kan overgegaan worden op een volgende stap, bijvoorbeeld medicatie of gesprekken met een eerstelijnspsycholoog. *Stepped care* wordt aanbevolen in de multidisciplinaire richtlijnen voor diverse aandoeningen, zoals angststoornissen. *Matched care* wil zeggen dat een persoon met een (duidelijke) stoornis direct naar de juiste zorgverlener c.q. zorgvorm wordt doorverwezen zodat er geen vertraging in behandeling plaatsvindt. Bij een patiënt met een ernstige depressie met psychotische kenmerken bijvoorbeeld zal de huisarts snel verwijzen en niet eerst zelf de behandeling ter hand nemen.

Alle partijen onderschrijven de centrale rol van de huisarts en de aanbeveling voor vergoeding voor consultatie van de psychiater of klinisch psycholoog, psychotherapeuten, gezondheidspsycholoog, etc. Echter veel partijen zijn van mening dat de huisarts niet, of onvoldoende in staat is om zijn rol voor de GGZ, en in het bijzonder voor de jeugd in te vullen.

4.3

Kwaliteitsstandaarden

Richtlijnen vormen een uitstekende manier om wetenschappelijke inzichten te vertalen naar verbeteringen van de praktijk en kunnen bijdragen aan het bevorderen van gepast gebruik. Ook de partijen binnen het Bestuurlijk Akkoord zijn doordrongen van het belang van dergelijke kwaliteitsstandaarden. In het Bestuurlijk Akkoord zijn daarom afspraken gemaakt over een kwaliteitsprogramma. Partijen zetten een kwaliteitsprogramma op voor de ontwikkeling van behandelrichtlijnen en bijbehorende meetinstrumenten. Hiertoe hebben LPGGz, NVvP en NIP de Stichting Landelijk Samenwerkingsverband Kwaliteitsstandaarden voor de Geestelijke Gezondheidszorg (LSKS) opgericht.

In het Bestuurlijk Akkoord is verder afgesproken dat een en ander in samenspraak gebeurt met het Nationaal Kwaliteitsinstituut voor Zorg (Zorginstituut Nederland). Inmiddels zijn partijen gestart en wordt ook het Kwaliteitsinstituut bij het proces betrokken.

Voor gepast gebruik is het van belang dat een richtlijn voor de gehele keten van zorg beschrijft wat goede zorg is. Binnen de GGZ is dat beginsel helaas nog niet overall even goed doorgedrongen. Zo bleek in de eerste helft 2012 bijvoorbeeld dat er in de diverse (multidisciplinaire) richtlijnen voor psychische stoornissen weinig tot geen onderbouwing is voor deeltijdbehandeling en opname, inclusief de duur ervan.

³⁹ NHG standaard Angst. 2012. www.nhg.org

⁴⁰ NHG standaard Depressie. 2012. www.nhg.org

⁴¹ Multidisciplinaire richtlijn Angststoornissen. Tweede revisie. 2012. www.ggzrichtlijnen.nl

⁴² Multidisciplinaire Richtlijn Depressie. Tweede revisie. 2012. www.ggzrichtlijnen.nl

Hier is dus nog een verdere verbeteringsslag te maken.

Er bestaan verscheidene NHG-standaarden voor psychische problemen en stoornissen, die richtinggevend zijn voor de zorg binnen de huisartsenpraktijk. De NHG-standaard depressie is onlangs nog herzien. Er zijn (multi)disciplinaire richtlijnen voor een deel van de psychische stoornissen. Voor aanpassingsstoornissen bestaan zoals eerder vermeld geen richtlijnen; dit is een punt van aandacht voor de betrokken professionals.

Eind mei 2012 is het definitieve concept van de zorgstandaard Dementie⁴³ opgeleverd. Het werk van 29 verschillende professionele verenigingen, brancheorganisaties, expertise- en onderzoekcentra, gemeenten en verzekeraars is in de standaard verwerkt. Deze zorgstandaard is echter nog niet geautoriseerd. De betrokken medisch specialisten en de specialist ouderengeneeskunde zijn in 2013 bezig hun richtlijnen Dementie te herzien en te bundelen in één richtlijn. De zorgstandaard zal bij nieuwe inzichten uit de herziene richtlijn hierop aangepast worden.

Alhoewel er veel initiatieven zijn, zal er nog veel werk verzet moeten worden. Voor gepast gebruik van zorg is het daarbij van belang dat goed wordt aangegeven wanneer gespecialiseerde GGZ nodig is en wat de duur van behandelingen moet zijn. Ook is van belang dat het onderscheid tussen de WMG-prestaties binnen de basis GGZ scherp is. Voor al die "grenzen" achten wij van belang dat er een relatie is tussen richtlijnen enerzijds en bekostigingstitels anderzijds. Bijzondere aandacht zal besteed moeten worden aan de implementatie van richtlijnen en deskundigheidsbevordering. Een richtlijn kan immers pas bijdragen aan gepast gebruik wanneer deze in de dagelijkse praktijk tot betere keuzes leidt. Ook is het wenselijk als een verbinding gelegd kan worden met de te declareren zorgproducten.

Alle partijen benadrukken het belang van de ontwikkeling van kwaliteitsstandaarden in de GGZ. Men geeft aan dat de huisartsen via het NHG zijn uitgenodigd voor de Agendaraad van het Landelijk Samenwerkingsverband Kwaliteitsstandaarden voor de GGZ.

4.4 Wie levert de zorg?

Een essentieel onderdeel van wat we gepast gebruik noemen, heeft te maken met de vraag wie de zorg levert. Het moet duidelijk zijn welk deskundigheidsniveau nodig is om zorg van de juiste kwaliteit te leveren. We zien in het veld van de behandeling van psychische problematiek een groot scala aan beroepsgroepen. Daarbij is bovendien integrale zorg (psyche en lichaam) van belang, waardoor er nog meer beroepsgroepen betrokken kunnen zijn. Overeenstemming over wat goede zorg is en welke deskundigheidsniveaus deze kunnen leveren is daarbij van groot belang, zowel voor de patiënt als vanuit het oogpunt van kosten.

Bij sommige aandoeningen, bijvoorbeeld dementie, is een groot aantal beroepsgroepen betrokken. In het gunstige geval betekent dit een multidisciplinaire, integrale aanpak waarbij de verschillende aspecten van de patiënt de juiste aandacht krijgen. Het kan echter ook leiden tot competentiestrijd en strijd om

⁴³ Alzheimer Nederland. Zorgstandaard dementie. In voorbereiding 2013. Beschikbaar via <http://www.alzheimer-nederland.nl/media/11405/Zorgstandaard%20Dementie%20PDF.pdf>

marktaandeel. Dit is niet het soort concurrentie dat leidt tot hogere kwaliteit, maar ondermijnt juist de basis voor goede integrale patiëntenzorg.

Binnen instellingen voor geneeskundige GGZ spelen soms specifieke vraagstukken over de vraag wie de zorg levert en wie verantwoordelijk is voor de zorg. Het betreft de discussie over het 'hoofdbehandelaarschap'. Vanwege het actuele belang van deze kwestie in de context van gepast gebruik, gaan we hier kort op in.

Hoofdbehandelaarschap

Er bestaat binnen de GGZ soms onvoldoende duidelijkheid wie verantwoordelijk is voor het beleid bij een individuele patiënt, welke hulpverleners de daadwerkelijke zorg leveren en aan welke eisen deze moeten voldoen. De bestaande wettelijke kaders bieden een grote mate van vrijheid, die soms tot onduidelijkheid en zelfs tot excessen kan leiden. Zo ontstaat door de functiegerichte omschrijving van de zorg in de Zvw en de open normering in de wet BIG⁴⁴ een grijs gebied waarin niet duidelijk is aan welke concrete eisen een zorgverlener binnen de GGZ moet voldoen. Afgezien van voorbehouden handelingen, zoals het voorschrijven van medicatie en bijvoorbeeld het toepassen van elektroconvulsietherapie kan iedereen zorg leveren, mits de behandeling formeel wordt uitgevoerd door (of in opdracht van) een hulpverlener die voor de wet BIG bevoegd en bekwaam is. In de uitvoeringspraktijk heeft dit tot situaties geleid waarin mensen met onvoldoende (specifieke) deskundigheid diagnostiek en behandeling uitvoeren, als het ware "namens" een wel bekwame/bevoegde behandelaar. Deze zorg wordt dan wel vergoed, omdat deze onbevoegde hulpverleners handelen in opdracht van bevoegde hulpverleners (de zogeheten verlengde arm constructie). In extreme gevallen bleken de formeel verantwoordelijke hulpverleners de patiënten zelfs niet te kennen. Dit was bijvoorbeeld het geval bij de inmiddels failliete Stichting Europsyche.⁴⁵

Naar aanleiding van de casus Europsyche heeft de minister van VWS de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) gevraagd haar te adviseren over mogelijke regeling van het hoofdbehandelaarschap binnen de GGZ. De IGZ publiceerde in reactie op dit verzoek van de minister eind november 2012 een document over het hoofdbehandelaarschap binnen de tweedelijnsGGZ.⁴⁶ De IGZ heeft aan diverse partijen vragen voorgelegd wie (welke soort professional) verantwoordelijk moet zijn en wat het hoofdbehandelaarschap qua werkzaamheden moet inhouden. De IGZ geeft de voorkeur aan een veldnorm boven een wettelijke regeling. Met een veldnorm bepaalt de beroepsgroep zelf hoe gehandeld moet worden en handelt hier ook naar. Na de consultatieperiode heeft de IGZ een conceptadvies opgesteld.⁴⁷ In de omschrijving van de taken van een hoofdbehandelaar heeft de IGZ onder meer opgenomen het daadwerkelijk zien van een patiënt, het stellen van een diagnose, het opstellen van een behandelplan en het aansturen van andere behandelaren

⁴⁴ De wet BIG heeft de voorheen geldende wettelijke regeling op het gebied van de uitoefening van de geneeskunst, inhoudende een het gehele gebied der geneeskunst bestrijkend verbod van beroepsuitoefening zonder hiertoe wettelijk verleende bevoegdheid, vervangen door een regeling welke een ruimer gebied van individuele gezondheidszorg bestrijkt en waarbij slechts het verrichten van bij de wet aangewezen categorieën van handelingen wordt voorbehouden aan categorieën van daartoe overeenkomstig de wet gekwalificeerden, terwijl het voeren van wettelijk beschermde beroepstitels uitsluitend toekomt aan degenen die in de voor de desbetreffende beroepen overeenkomstig de wet ingestelde registers ingeschreven staan en ten aanzien van andere beroepen op het gebied van de individuele gezondheidszorg voorzien wordt in de mogelijkheid tot het regelen van de opleiding tot die beroepen.

⁴⁵ TK stukken

⁴⁶ IGZ, Consultatiedocument 'Hoofdbehandelaarschap in de tweedelijns GGZ' d.d. 15 november 2012.

⁴⁷ IGZ. Conceptadvies Hoofdbehandelaarschap

betrokken bij de zorg.

In het kader van de uitwerking van het Bestuurlijk Akkoord is afgesproken dat partijen de kans hebben om gezamenlijk met een veldnorm te komen voor het hoofdbehandelaarschap in de GGZ. Begin juli 2013 heeft de minister duidelijkheid gegeven over de verantwoordelijkheden en de kwalificatie van de hoofdbehandelaar, voorlopig voor de periode tot 2016⁴⁸. Bij deze verduidelijking tekenen wij aan dat de uitbreiding van het aantal hoofdbehandelaars, net als de complexe structuur van de G-GGZ, het risico voor ongepast gebruik verhoogt.

Overigens merken we op dat de beroepen in de GGZ ook een onderwerp van de sectie Innovatie, Zorgberoepen en Opleidingen van het CVZ is, waarbij de beroepenstructuur aan de orde zal komen.

De NZa heeft al in een beleidsregel over de DBC's GGZ⁴⁹ opgenomen dat een hoofdbehandelaar een DBC kan openen en dat deze directe tijd moet schrijven, met andere woorden dat deze hoofdbehandelaar met de patiënt contact moet hebben gehad (face to face, telefonisch of elektronisch). Met deze maatregelen wordt duidelijk, ook voor patiënten, wie verantwoordelijk is voor de zorgverlening en kan geborgd worden dat een daartoe bevoegde en bekwame professional ook daadwerkelijk de zorg verleent.

4.5 Nieuwe structuren en bekostiging

In Rapport GGZ, deel 1 hebben we gewezen op verkeerde prikkels. Uit onderzoek naar de uitvoeringspraktijk bleek dat de GGZ niet optimaal functioneert⁵⁰. De prikkels stonden verkeerd, dat wil zeggen dat het financieel aantrekkelijker is voor zorgverleners om in te zetten op relatief zware gespecialiseerde zorg (door een DBC te openen) dan om de principes van *stepped care* te volgen en eerst een minder ingrijpend EPZ-traject aan te bieden.

Zoals in hoofdstuk 3.3 al is vermeld is in het Bestuurlijk Akkoord afgesproken om de bekostiging van de POH-GGZ bij de huisarts te versterken en te flexibiliseren en het zorgveld van de G-GGZ om te vormen tot een Generalistische Basis GGZ en een Gespecialiseerde GGZ.

Door een Generalistische Basis GGZ te ontwikkelen, kan een aanzienlijk deel - minimaal 20% - van de patiënten die nu in de tweede lijn worden geholpen, naar de Generalistische Basis GGZ verschuiven. Dat betekent dat er in de Generalistische Basis GGZ een zwaardere populatie behandeld kan worden dan nu het geval is.

“De Generalistische Basis GGZ is alleen via de huisarts of andere hulpverlener (jeugdarts, bedrijfsarts etc) toegankelijk. In de Generalistische Basis GGZ wordt alleen een behandeling gestart als er sprake is van een DSM benoemde stoornis in combinatie met een gemiddeld tot lage beperking van het functioneren. Het gaat hierbij veelal om lichte tot matige, niet complexe problematiek, waarbij sprake is van een goed sociaal netwerk en met een grote kans op herstel. Het kan ook gaan om ernstige patiënten met stabiele problematiek die geen gespecialiseerde behandeling, maar wel een langdurige monitoring behoeven.”

⁴⁸ Brief minister van VWS aan voorzitters Eerste en Tweede Kamer d.d. 2 juli 2013, kenmerk 129353-106301-CZ

⁴⁹ NZa, Nadere regel declaratiebepalingen 2013. www.nza.nl

⁵⁰ KPMG. Onderzoek januari 2012

“De Gespecialiseerde GGZ kenmerkt zich door een hoge mate van complexiteit van behandeling waarbij een zwaar beroep op specialistische kennis nodig is. Behandeling wordt gegeven aan een doelgroep waarbij de kwaliteit van leven (ernstig) onder druk kan staan. Er is sprake van een DSM benoemde stoornis. De gespecialiseerde GGZ kent een sterke diagnostische functie onder verantwoordelijkheid van een klinisch psycholoog, psychotherapeut of psychiater.”

Bestuurlijk Akkoord Toekomst GGZ 2013-2014, 18 juni 2012

De Minister heeft in het verlengde van deze afspraken inmiddels op 17 mei 2013 een voorhangbrief naar de Tweede Kamer gestuurd.⁵¹

Versterking module POH-GGZ

Om de huisarts beter in staat te stellen de toeloop van mensen met psychische klachten te organiseren, te begeleiden en te verwijzen, zal de ondersteuning van de huidige module POH-GGZ binnen de huisartsenzorg worden versterkt. De huidige module POH-GGZ wordt per 2014 geflexibiliseerd. Dit betekent dat de huisartsenzorg ook de mogelijkheid wordt geboden om bijvoorbeeld de psychiater, psychotherapeut, klinisch psycholoog en/ of (eerstelijns) GZ-psycholoog te consulteren, de screeningsfunctie binnen de huisartsenzorg te optimaliseren of de patiënt een e-mental health programma aan te bieden. Als binnen de huisartsenzorg de patiënt niet kan worden geholpen, dan wordt de patiënt doorverwezen naar de Generalistische Basis GGZ (voor patiënten met lichte en matige problematiek) of de specialistische GGZ (voor patiënten met een hoog risico en/of (zeer) complexe aandoeningen). Voor een adequate verwijzing kan de huisarts gebruik maken van een verwijzingsmodel huisartsenzorg.

Invoering van de Generalistische Basis GGZ

Voor de Basis Generalistische GGZ worden in 2014 vier producten onderscheiden; (1) kort, (2) middel, (3) intensief of (4) chronisch. Op basis van de eerder in deze brief genoemde vijf objectieve criteria (DSM-stoornis, ernst problematiek, risico, complexiteit, beloop klachten) kan worden bekeken welke categorie het beste past bij de zorgvraag van de patiënt. Het zorgzwaartevraagproduct is daarmee een combinatie van diverse zorgvraagzwaartecriteria. Dit betekent dat het zorgvraagzwaarteproduct niet alleen iets zegt over de ernst van de problematiek, maar over de mate van score op alle vijf de criteria.

Voorhangbrief POH-GGZ en Generalistische Basis GGZ, 17 mei 2013

Dit betekent dat er voor G-GGZ twee bekostigingssystemen komen: op basis van producten voor de Generalistische Basis GGZ en op basis van DBC's voor de gespecialiseerde GGZ. Het verrichtingensysteem dat nu geldt voor EPZ vervalt dan.

Het CVZ benadrukt dat de POH-GGZ, hoe dan ook georganiseerd, onderdeel is van de huisartsenzorg: naar zijn aard is het ondersteuning in de huisartspraktijk.

⁵¹ VWS, Voorhangbrief POH-GGZ en Generalistische Basis GGZ, kenmerk: 117090-103676-CZ

Heldere afbakening

De nieuwe indeling van de G-GGZ in een Generalistische Basis GGZ en Gespecialiseerde GGZ biedt kansen voor het toegankelijk en betaalbaar houden van de geestelijke gezondheidszorg. De nieuwe structuur geeft naar verwachting ook meer en betere mogelijkheden om stepped care aan te bieden, hetgeen een positief effect zal hebben op de kwaliteit van de zorg en gepast gebruik. Om deze kansen ook echt te verzilveren, is het nodig dat partijen de gevolgen voor de uitvoering zorgvuldig uitwerken.

Voorwaarde voor goed gebruik van de verschillende financieringsproducten zijn uniforme afspraken hoe deze in te zetten, en die afspraken dienen optimaal te zijn ingebed in richtlijnen.

De Zvw aanspraak geneeskundige GGZ luidt 'zorg zoals klinisch psychologen en medisch specialisten die plegen te bieden'. Daarbij moet sprake zijn van ziekte (stoornis) en een verwijzing door de huisarts, zoals afgesproken in het Bestuurlijk Akkoord. Er zijn geen nader gedefinieerde aanspraken op Generalistische Basis GGZ en Gespecialiseerde GGZ in de Zvw. De afbakening tussen de verschillende financieringsproducten kan daardoor niet gebaseerd worden op een wettelijk onderscheid in de Zvw. Het is daarom van belang dat betrokken partijen een helder onderscheid maken tussen enerzijds de Generalistische Basis GGZ (en daarbinnen tussen de vier producten) en anderzijds de Gespecialiseerde GGZ en de NZa dit kan verankeren in de WMG-prestaties. Het moet voor iedereen (huisarts, andere hulpverleners, patiënten en verzekeraars) zoveel als mogelijk duidelijk zijn welke patiënt waarheen verwezen dient te worden. In het kader van de richtlijnontwikkeling zal de afbakening tussen de verschillende financieringsproducten dus ook meegenomen en uitgewerkt moeten worden, wil afbakening in de spreekkamer duidelijk zijn.

Voorkomen moet worden dat de verschillen tussen deze financieringssystemen de zorginhoudelijke keuze oneigenlijk beïnvloeden.

4.6 Sturing door verzekeraars

Verzekeraars spelen een centrale rol in de uitvoering van de Zvw. Zij stellen de polissen op, contracteren zorg en kunnen daarbij afspraken maken met zorgaanbieders over kwaliteit, doelmatigheid en verantwoording. Ten slotte zijn zij verantwoordelijk voor de juistheid van de declaraties ten laste van de Zvw.

Verwijzing

Om een juiste uitvoering van de Zvw te waarborgen, kunnen verzekeraars procedurele voorwaarden opnemen in hun polis. Verwijzing en toestemming zijn als procedurele voorwaarden binnen de Zvw uitdrukkelijk gelegd bij de zorgverzekeraars. Elke zorgverzekeraar kan dit per zorgvorm invullen. Dit geldt dus ook voor de GGZ.

De verwijzing naar de medisch-specialist is geregeld in artikel 14, lid 2 Zvw. Toegang tot zowel de Generalistische Basis GGZ als de Gespecialiseerde GGZ is daarmee echter wettelijk onvoldoende bepaald. Dat geldt ook voor de manier waarop verwijzing naar de Gespecialiseerde GGZ kan plaatsvinden vanuit de Generalistische Basis GGZ.

Verzekeraars zouden daarom in hun polisvoorwaarden kunnen regelen dat verwijzing naar de Generalistische Basis GGZ en de Gespecialiseerde GGZ vooral door de huisarts dient plaats te vinden. Dit om zo de essentiële rol van regiehouder

van de huisarts te benadrukken en mogelijke opeenvolgende behandelingen in beeld te krijgen. Binnen de huidige GGZ heeft de huisarts vaak geen zicht op de keten en is nog al eens onduidelijk door wie een patiënt wordt behandeld. Het CVZ acht directe doorverwijzing van medisch-specialisten naar de Gespecialiseerde GGZ, dus zonder tussenkomst van de huisarts, wel gewenst om eventuele vertraging in de noodzakelijke behandeling te voorkomen. Uiteraard dient de huisarts hierover wel geïnformeerd te worden.

Veel partijen hebben twijfels bij het advies van het CVZ om de huisarts een centrale rol te laten spelen bij de verwijzing vanuit de generalistische basis GGZ naar de gespecialiseerde GGZ. Zij vinden het onverantwoord de doorverwijzing te laten verlopen via de huisarts. Men is van mening dat CVZ met dit advies andere verwijzers (met name medisch specialisten, die overigens geen deel uitmaken van de basis GGZ) buiten spel zet en dat dit leidt tot bureaucratie en onnodige vertraging.

In het Bestuurlijk Akkoord hebben partijen afgesproken dat G-GGZ slechts toegankelijk is op verwijzing. Zorgverzekeraars nemen verwijzing uitdrukkelijk op in hun polissen. Daarbij hoort een adequate controle op de verwijzingseis. Ook is het van belang dat beroepsbeoefenaren goed worden geïnformeerd (deskundigheidsbevordering) en dat ook patiënten desgewenst adequaat geïnformeerd worden.

Aangezien het ook voor de verwijzing van groot belang is dat de criteria stoelen op breed gedragen richtlijnen zonder controverses tussen beroepsgroepen, is het te meer van belang dat de standaardontwikkeling van de huisartsen en die in de psychiatrie in LSKS verband, maximaal integreren.

Verlengde arm-constructie

De eerdergenoemde problematiek rond het hoofdbehandelaarschap (zie paragraaf 4 van dit hoofdstuk), zoals die ook naar voren kwam in de Europsyche-casus, is niet alleen een verantwoordelijkheid voor de beroepsgroepen. Ook de verzekeraars hebben hierin expliciet een rol, zoals ook in deze casus duidelijk naar voren kwam.

Bij de zogenaamde verlengde arm-constructie verlenen anderen, onder verantwoordelijkheid van een behandelaar de zorg. Een voorbeeld uit de somatische zorg betreft de toediening van een geneesmiddel door een daartoe bevoegde en bekwame verpleegkundige, in opdracht van de arts. De behandelaar delegeert dan een deel van zijn eigen werkzaamheden aan een ander. De verlengde armconstructie maakt deel uit van de dagelijkse zorg, ook in de GGZ, en kan in principe bijdragen aan het doelmatig functioneren van een GGZ organisatie. Wel dient telkens de vraag te worden gesteld, of de patiënt wel de juiste zorg krijgt en van de juiste hulpverlener. Het is immers ook goed denkbaar dat een verkeerd uitgevoerde verlengde armconstructie ertoe leidt dat uiteindelijk betaald wordt voor zorg die kwalitatief onvoldoende was.

In rapport GGZ, deel 1 hebben we al gewezen op het risico dat door de verlengde arm constructie de patiënt niet de juiste hulp zou krijgen. ZN heeft in een brief van 12 september 2011 aan de directies van de zorgverzekeraars over de inzet van hulppersoneel⁵² dit risico geadresseerd. We hebben de indruk, ook uit ontvangen

⁵² Blz. 7 en 8 Rapport Geneeskundige GGZ, deel 1 (Zo wijst ZN op de grote diversiteit in de manier waarop

vragen en reacties van hulpverleners, dat zorgverzekeraars via hun polis deze constructie willen beperken om te garanderen dat de patiënt de juiste zorg krijgt. Zoals ook blijkt uit uitspraken van de rechter in de Europsyche-casus, zijn dergelijke polisvoorwaarden een legitieme manier om dit te doen.

Contractering zorgverlener/zorgverzekeraar of polisbepalingen

Verzekeraars hebben, naast het regelen van wie de zorg mag bieden, nog andere instrumenten om gepast gebruik van zorg te bevorderen. Dit kunnen ze vormgeven via contracteringsafspraken met de zorgverlener of door het opnemen van specifiek polisbepalingen.

Gedacht kan worden aan de voorwaarde dat de patiënt of diens behandelaar toestemming vooraf moet hebben bij de start of het vervolg van een behandeling voor bepaalde psychische stoornissen. Te denken valt dan aan chronische stoornissen, zoals een autisme spectrum stoornis, ADHD, chronische depressie, stoornissen waarvan de behandeling lang duurt. Zeker als hiervoor in de richtlijnen geen basis is te vinden. Zorgverzekeraars zien dan vooral een goede registratie van de zorg als middel om gepast gebruik te bevorderen.

Ook het vereiste van een goede registratie van de zorg is een middel om gepast gebruik te bevorderen. Zo is het voor chronische stoornissen met een stabiel beeld van belang dat een behandelaar aangeeft dat verdere behandeling nog nodig en zinvol is. Als enkel begeleiding zonder aansturing van een behandelaar nog nodig is, met eventueel medicatievoorschriften, dan is gespecialiseerde GGZ niet meer nodig. Welke zorg nog nodig is na een bepaalde tijd, bv. een jaar, is opgenomen op basis van hetgeen daarover is opgenomen in de richtlijnen wordt verantwoord in het behandelplan. Verzekeraars willen met aanbieders een veldnorm voor het registreren van het behandelplan en de evaluatie van de behandeling ontwikkelen, bij voorkeur een norm die aansluit op ROM (routine outcome monitoring), een instrument waarover in 2010 partijen al afspraken hebben gemaakt.⁵³ Op grond van de registratie kunnen verzekeraars dan gericht controleren en zien welke zorg (behandeling en/of begeleiding) aanbieders bieden. Een minimumvereiste is wel dat op de declaratie de diagnose zichtbaar is. ZN wil de ontwikkeling van genoemde veldnorm graag met partijen ter hand nemen. Als dit in de praktijk inderdaad goed functioneert, is aanscherping met een regeling van een machtiging- of toestemmingssysteem niet nodig.

Een andere vorm van sturing op gepast gebruik is het maken van afspraken over spiegelinformatie. Hierdoor krijgen zorgverleners feedback op hun declaratiegedrag en kunnen zo nodig nadere afspraken gemaakt worden. Ook hiervoor is nodig dat verzekeraars diagnose informatie van de aanbieders ontvangen.

Het CVZ realiseert zich dat hier twee waarden mogelijk conflicteren: die van een

vrijgevestigde beroepsbeoefenaren hulppersoneel inzetten. In de polis geeft de zorgverzekeraar aan wie de zorg mag verlenen. Hier kan een verzekeraar ook aangeven of deze zorgverlener, bijvoorbeeld een vrijgevestigd psychiater, zich kan laten bijstaan door andere zorgverleners, zoals een psycholoog of sociaal-psychiatrisch verpleegkundige (SPV). Het is ook mogelijk dat niet nader is aangegeven wie onder verantwoordelijkheid van de behandelaar de zorg mag verlenen. Zorgverzekeraars kunnen ervoor kiezen beperkingen aan de inzet van hulppersoneel via de verlengde arm op te leggen. ZN geeft aan dat het bijvoorbeeld mogelijk is in de contracten met de hoofdbehandelaar af te spreken dat deze zelf 80% van de zorg verleent en zich voor maximaal 20% laat bijstaan door anderen, die dan onder verantwoordelijkheid van de behandelaar functioneren.)

⁵³ Bestuurlijk Akkoord van 2010

solide controle op de rechtmatigheid en doelmatigheid van zorg via declaraties, en het belang van de privacy van patiënten. Toch pleit het CVZ ervoor om binnen de grenzen van de privacy regelingen het maximale aan informatieverstrekking te doen om zorgverzekeraars in staat te stellen hun rol te spelen en te kunnen bepalen of zij terecht betalen.

Controle en Toezicht

De zorg valt onder de geneeskundige zorg (Zvw-aanspraak) en is dus voor de verzekerde onbegrensd/onbeperkt, zolang hij redelijkerwijs op deze zorg is aangewezen. De zorgproducten, die ontwikkeld zijn in het kader van de bekostiging, zijn echter wel begrensd. Dit kan tot ongewenste effecten leiden. Het is bijvoorbeeld mogelijk dat hulpverleners om die reden patiënten die langer durende Generalistische Basis GGZ nodig hebben, doorverwijzen naar de Gespecialiseerde GGZ, terwijl die patiënten daar eigenlijk niet thuishoren. Wanneer dit op grotere schaal zou gebeuren, ontstaat de situatie dat we naast een grote Generalistische Basis GGZ nog steeds een grote Gespecialiseerde GGZ houden. Patiënten zouden ten onrechte in zwaardere zorgtrajecten kunnen belanden en de kosten voor de G-GGZ zouden verder toenemen, zij het dat deze weer gecorrigeerd worden via het macrobeheersingsinstrument.

Om zicht te houden op terrechte en onterrechte doorverwijzingen zullen zorgverzekeraars controle en toezicht moeten en kunnen uitvoeren. Diagnose vermelding op de declaratie en inzage in dossiers is hiervoor een voorwaarde.

Controle en toezicht zijn gebaat bij een heldere afbakening. Daarom moet de G-GGZ zo scherp mogelijk omschreven worden. De systematiek van de Zvw bevat een open omschrijving van de aanspraken (flexibel/functioneel). Dit is niet verenigbaar met de wens tot een algemene scherpe afbakening van de Zvw-aanspraken en daarmee ook de handhaafbaarheid. Waar mogelijk benoemen we op specifieke onderdelen of interventies voldoen aan de stand van de wetenschap en praktijk, indien dat aan de orde is gespecificeerd naar indicaties.

Ook richtlijnen zijn een middel om een heldere afbakening vorm te geven. Het is belangrijk dat richtlijnen, waar we bij aansluiten, helder aangeven welke interventies door wie wanneer ingezet worden. Dit bevordert de kwaliteit van zorg. Op dit moment zijn de richtlijnen niet altijd eenduidig. De vernieuwing van richtlijnen door de stichting LSKS biedt in de toekomst kansen voor een scherpere afbakening.

4.7 GGZ interventies vergoeden vanuit het juiste kader

De minister en later ook de partijen van het Bestuurlijk Akkoord, hebben ons in aansluiting op het rapport G-GGZ, deel 1, gevraagd om een duidelijker afgrenzing van wat wel en niet verzekerd is, en ten laste van welk financieel kader GGZ interventies gebracht moeten worden. Hiertoe hebben wij alle clusters, opgenomen in de DSM-IV, nader bezien. Per cluster geven we hierna aan (As I: 1 t/m 16 en As II: 17 en 18) of deze zorg verzekerd is en ten laste van welk kader deze zorg gedeclareerd kan worden. Hierbij sluiten we aan op bestaande richtlijnen van de beroepsgroep.

DSM-IV hoofdgroep		Type stoornis	Verzekerd	Bekostigingskader
1	Stoornissen in de zuigelingentijd tot adolescentie	a. pervasieve ontwikkelingsstoornissen	ja	ZVW (huisartsenzorg/ G-GGZ); AWBZ (begeleiding in stationaire fase)
		b. aandachtstekort- en gedragsstoornissen ⁵⁴	ja	
		c. tic stoornissen	ja	
		d. overig stoornissen zuigeling/kind/adolescent	ja	
		a. stoornissen in de motorische vaardigheden	ja	ZVW (huisartsenzorg/ paramedische zorg/ medisch specialistische zorg); WMO; Jeugdzorg (opvoedingsondersteuning)
		b. communicatie stoornissen	ja	
		c. voedings- en eetstoornissen	ja	
		d. stoornissen in de zindelijkheid	ja	Onderwijs
		a. leerstoornissen	nee	
		b. ernstige enkelvoudige dyslexie	ja	ZVW (G-GGZ) (zie ook toelichting)
2	Delirium, dementie, amnestische en andere cognitieve stoornissen	a. dementie	ja	ZVW (huisartsenzorg/ G-GGZ/medisch specialistische zorg); AWBZ (behandeling, verpleging en verzorging); WMO (huishoudelijke zorg)
		b. delirium	ja	
		c. amnestische stoornissen en andere cognitieve stoornissen	ja	
3	Psychische stoornissen door een somatische aandoening	diverse stoornissen (bv. effecten werking schildklierfunctie)	ja	ZVW (huisartsenzorg/ G-GGZ/medisch specialistische zorg)

⁵⁴ Enkel psychische gedragsstoornissen vallen onder de G-GGZ; overige gedragsstoornissen vallen onder de WMO/Jeugdzorg (opvoedingsondersteuning)

4	Aan een middel gebonden stoornissen	a. psychotische-, stemmings-, angststoornis door een middel	ja	ZVW (huisartsenzorg/ G-GGZ)
		b. afhankelijkheid van middelen	ja	ZVW (huisartsenzorg/ G-GGZ)
		c. intoxicaties	ja	ZVW (huisartsenzorg/ medisch specialistische zorg/G-GGZ)
		d. overige stoornissen (bv. misbruik van een middel)	ja	ZVW (huisartsenzorg)
5	Schizofrenie en andere psychotische stoornissen		ja	ZVW (huisartsenzorg/ G-GGZ)
6	Stemmingsstoornissen		ja	ZVW (huisartsenzorg/ G-GGZ)
7	Angststoornissen	a. angststoornissen	ja	ZVW (huisartsenzorg/ G-GGZ)
		b. specifieke fobieën	ja	ZVW (huisartsenzorg; zie toelichting voor G-GGZ)
		c. acute stress-stoornis	ja	ZVW (huisartsenzorg/ G-GGZ)
8	Somatoforme stoornissen		ja	ZVW (huisartsenzorg/ G-GGZ)
9	Nagebootste stoornissen		ja	ZVW (huisartsenzorg/ G-GGZ)
10	Dissociatieve stoornissen		ja	ZVW (huisartsenzorg/ G-GGZ)
11	Seksuele stoornissen en genderidentiteitsstoornissen	a. exhibitionisme, fetisjisme, frotteurisme, pedofilie, seksueel masochisme, seksueel sadisme, fetisjistisch transvestitisme, voyeurisme, parafilie, hyperseksualiteit (classificatie seksuele stoornis nao)	ja	ZVW (huisartsenzorg/ G-GGZ)
		b. overige seksuele stoornissen	ja	ZVW (huisartsenzorg/ medisch)

		c. genderidentiteitsstoornissen	ja	specialistische zorg, G-GGZ alleen bij seksueel misbruik) ZVW (huisartsenzorg/ medisch specialistische zorg/G-GGZ ⁵⁵)
12	Eetstoornissen	anorexia nervosa en boulimia nervosa (n.b. obesitas is geen psychische stoornis)	ja	ZVW (huisartsenzorg/ G-GGZ)
13	Slaapstoornissen		ja	ZVW (huisartsenzorg/ medisch specialistische zorg)
14	Stoornissen in de impulsbeheersing, niet elders geassocieerd		ja	ZVW (huisartsenzorg/ G-GGZ)
15	Aanpassingsstoornissen		nee	Behandeling wettelijk uitgesloten
16	Andere aandoeningen en problemen die een reden voor zorg kunnen zijn (o.a. V codes)		nee	deze problemen kunnen bij een DSM classificatie gecodeerd worden, maar niet als hoofddiagnose
17	Persoonlijkheidsstoornissen		ja	ZVW (huisartsenzorg/ G-GGZ)
18	Zwakzinnigheid		ja	AWBZ

Enkele onderdelen lichten wij hieronder toe:

Ad 1. Stoornissen in de zuigelingentijd tot adolescentie

In Rapport GGZ, deel 1 als ook in dit deel 2 gaan we niet specifiek in op de kinder- en jeugdGGZ. Naast de DSM IV wordt in de kinder- en jeugdGGZ een ander classificatiesysteem gehanteerd.⁵⁶ Binnen de DBC GGZ-systematiek is het mogelijk voor zeer jonge kinderen, 0 – 3 jaar een diagnose volgens deze classificatie (DC.0-3) aan te geven. Zorg voor deze stoornissen van de DC: 0-3 is verzekerde zorg en heeft als bekostigingskader ZVW: G-GGZ.

⁵⁵ Zie CVZ, Standpunt Zorg aan transseksuelen (onderdeel psychische zorg en psychosociale hulp), Diemen, 22 maart 2010, www.cvz.nl

⁵⁶ ZERO TO THREE. Diagnostic Classification of Mental Health and Developmental Disorders of Infancy and Early Childhood (DC:0-3R). revised ed. 2005.

Bij patiënten met een aantal van deze stoornissen doet de vraag zich voor wanneer en hoe lang behandeling (gericht op verbetering) ingezet moet worden en wanneer behandeling overgaat in begeleiding (gericht op stabilisering). Zorg is bij veel patiënten levenslang nodig, maar de functie behandeling niet altijd. Als er een stabiele stationaire fase in het ziekteproces is opgetreden, is G-GGZ niet meer noodzakelijk. De huisarts kan dan de behandeling overnemen. Ook is het mogelijk dat de psychiater alleen nog de medicatiecontacten verzorgt en dat de huisarts de overige zorg overneemt. Dit kan bijvoorbeeld het geval zijn bij patiënten met ADHD. Als daarnaast ook nog begeleiding nodig is, is deze geen onderdeel meer van de Zvw-zorg, maar kan deze mogelijk vergoed worden vanuit de AWBZ of Wmo.

De leerstoornissen zijn in de DSM-IV opgenomen om beroepsbeoefenaren in de GGZ aan te moedigen bij hun evaluaties zo volledig mogelijk te zijn. Bij veel kinderen die in het circuit van de GGZ komen (vooral die met ADHD of gedragsstoornissen), is de kans groot dat zij ook een leerprobleem hebben dat hun psychiatrische status kan beïnvloeden. Eventuele hulp bij deze leerstoornissen vindt in Nederland echter plaats vanuit het onderwijs en niet vanuit de G-GGZ.

Voor ernstige enkelvoudige dyslexiezorg is een afzonderlijke aanspraak onder de Zvw opgenomen, waarvan bekostiging ten laste van het financiële kader van de G-GGZ plaatsvindt.

Ad 2. Delirium, dementie, amnestische en andere cognitieve stoornissen

Dementie

De wenselijke zorg bij dementie is beschreven in de concept Zorgstandaard dementie⁵⁷. Hierin staat vermeld: *'De zorgstandaard geeft een beschrijving van het complete zorgcontinuüm: van vroegsignalering en preventie tot diagnostiek, casemanagement, behandeling, begeleiding en steun en levering van zorg en diensten. Het is een functionele beschrijving, dat wil zeggen dat het gaat om welke zorg geboden moet worden, wanneer en op welke wijze. De zorgstandaard beschrijft niet wie de zorg levert. Het is aan de regionale aanbieders, de gemeenten en de zorgverzekeraars om optimale uitvoering te geven aan de zorgonderdelen. Zorgstandaarden geven de komende jaren aanknopingspunten voor het garanderen van de kwaliteit van de zorg vanuit het perspectief van cliënten.*

Niet alle zorg die beschreven is in de zorgstandaard valt onder de vergoeding van de Zvw, of meer specifiek onder de G-GGZ. Dementie is geen ziekte die uniek in de G-GGZ thuishoort, echter een goed georganiseerde dementie-keten kan ook niet zonder. De G-GGZ, zowel ambulante als klinische, heeft een rol bij de diagnostiek en behandeling, (dit laatste vooral als er sprake is van psychiatrische comorbiditeit, probleemgedrag, systeemproblematiek en zorgweigeren, waar deze de mogelijkheden van de 1^e lijn overschrijden) en bij een zo nodig gedwongen opname. De zorgstandaard is gebaseerd op bestaande richtlijnen voor diagnostiek en behandeling. Op dit moment werken de wetenschappelijke verenigingen van de klinische geriaters, psychiaters en internisten aan een herziening van de behandelrichtlijn voor dementie.

De afgrenzing van de vergoeding van de zorg tussen G-GGZ, de huisarts, het

⁵⁷ Alzheimer Nederland. Zorgstandaard dementie. In voorbereiding 2013. Beschikbaar via <http://www.alzheimer-nederland.nl/media/11405/Zorgstandaard%20Dementie%20PDF.pdf>

algemeen ziekenhuis, de verpleging, verzorging extramuraal vanuit de AWBZ (straks Zvw inclusief de wijkverpleegkundigen en een nieuwe aanspraak 'thuisverpleging') en het verblijf in de AWBZ zijn niet altijd scherp te trekken. Casemanagement maakt een substantieel onderdeel van de zorg uit, maar kan zorginhoudelijk gezien vanuit verschillende kaders geleverd worden. Hoe beter de zorg extramuraal integraal georganiseerd en geleverd wordt des te minder (of later) opnames in verpleeghuizen of algemene ziekenhuizen plaatsvinden en hoe meer er bespaard lijkt te kunnen worden. Wij adviseren de minister om de bekostiging van de zorg aan mensen met dementie opnieuw te bezien en na te gaan of hier verbeteringen zijn aan te brengen zodat integrale zorg bevorderd wordt en investeren in de extramurale zorg gefaciliteerd wordt.

Delier

In de Richtlijn Delirium (2004)⁵⁸ van de NVvP staat in de algemene inleiding op pagina 9: *'Het delier is per definitie een organisch psychiatrische stoornis en altijd het gevolg van cerebrale ontregeling door een lichamelijke aandoening of gebruik van middelen'*.

Op pagina 18 (diagnostiek) staat: *'artsen beseffen meestal onvoldoende dat het optreden van een delier een belangrijk medisch probleem is en wijst op de aanwezigheid van (levensbedreigende) lichamelijke ziekte(n)'*. Verder vermeldt de richtlijn: *'Het niet herkennen van een delirium kan voor de patiënt ernstige consequenties hebben, met toegenomen kans op sterfte door de per definitie bestaande onderliggende somatische aandoening. Een belangrijke valkuil is dat de bijkomende gedragsstoornis niet beschouwd wordt als een symptoom van een delirium, waarna lichamelijk onderzoek achterwege blijft en de patiënt wordt verwezen naar een psychiatrische instelling. Veel algemene psychiatrische ziekenhuizen zijn onvoldoende toegerust voor goede somatische diagnostiek en behandeling.'*

Onderzoek over het delirium heeft grotendeels plaatsgevonden in algemene ziekenhuizen waardoor de conclusies in deze richtlijn in de eerste plaats gelden voor patiënten met een delirium die zijn opgenomen in een algemeen ziekenhuis'.

In de multidisciplinaire richtlijn 'Stoornissen in het gebruik van alcohol' (2009)⁵⁹ wordt op pagina 9 vermeld: *'Bij een delirant beeld zal een overplaatsing naar een afdeling Interne Geneeskunde of Psychiatrie van een algemeen ziekenhuis moeten plaatsvinden'*.

De NHG standaard Delier bij ouderen⁶⁰ (2003) vermeldt: *'Indien verwijzing of opname geïndiceerd is, verwijst de huisarts naar een (niet-psychiatrisch) ziekenhuis'*.

De primaire opname en behandeling van het delier zal vanuit het perspectief van de kwaliteit van de diagnostiek en behandeling plaats moeten vinden in het algemeen ziekenhuis en wordt dan bekostigd vanuit de aanspraken voor somatische medisch-specialistische zorg, waar de consultatieve psychiatrie onderdeel van uit maakt. Mocht de beroepsgroep vinden dat substantiële uitzonderingen aangewezen zijn, dan verwacht het CVZ dat de landelijke richtlijnen hierover duidelijkheid geven. Dat

⁵⁸ NVvP, Richtlijn delirium. Amsterdam: Boom, 2004. www.diliguide.nl

⁵⁹ Multidisciplinaire richtlijn 'Stoornissen in het gebruik van alcohol'. 2009. www.ggzrichtlijnen.nl/

⁶⁰ NHG standaard Delier bij ouderen. 2003. www.nhg.org

is op dit moment niet zo.

Een aantal partijen geven aan dat patiënten met een zogenaamde BOPZ (Wet Bijzondere Opname Psychiatrisch Ziekenhuis)-maatregel en een delier in de psychiatrie moeten worden opgenomen. Het CVZ acht dit onjuist omdat ook voor psychiatrische patiënten geldt dat de juiste (somatische) zorg wordt geboden. Het veld is het hierbij eens dat het primaat van diagnostiek en behandeling van het delier primair in het algemeen ziekenhuis ligt. Omdat bekostiging van de afdeling psychiatrie (paaz en puk) in het algemeen ziekenhuis voornamelijk via de G-GGZ plaatsvindt, valt de vergoeding van de behandeling van het delier op de afdeling psychiatrie binnen het algemeen ziekenhuis wel onder de G-GGZ.

Ad 7. Angststoornissen

Zorg voor angststoornissen is onderdeel van de aanspraak G-GGZ. Een uitzondering maken we voor de specifieke (enkelvoudige) fobie.

In de multidisciplinaire richtlijn angststoornissen (2011)⁶¹ is een beslisboom voor interventies opgenomen. Hierin staat dat bij dier, natuur of overige type fobie, in niet-frequent voorkomende situaties (bijv. vliegangst) alleen incidenteel benzodiazepine geïndiceerd is. De behandeling van deze fobieën is onderdeel van huisartsenzorg, maar de vergoeding van benzodiazepinen zelf zijn daarvan uitgesloten.

In frequent voorkomende situaties of bij bloed- letsel- of injectiefobie komt behandeling binnen een gespecialiseerde setting voor angststoornissen voor vergoeding in aanmerking, maar alleen als de eerdere interventies zijn doorlopen.

Acute stress-stoornis.

Deze stoornis duurt volgens de criteria van de DSM-IV maximaal vier weken en heeft op zich een natuurlijk beloop. In de multidisciplinaire richtlijn 'Vroegtijdige psychosociale interventies na rampen, terrorisme en andere schokkende gebeurtenissen (2007)⁶² wordt echter het volgende aangegeven: 'De werkgroep beveelt behandeling met traumagerichte cognitieve gedragstherapie (CGT) aan voor getroffen en met een acute stress-stoornis (ASS) of ernstige symptomen van acute posttraumatische stress-stoornis (PTSS) gedurende de eerste maand na een schokkende gebeurtenis'. Gelet op de specifieke aanbeveling van een specialistische interventie bij ASS en het feit dat PTSS uiteraard tot verzekerde GGZ behoort, valt ook de ASS onder de aanspraak voor G-GGZ.

Ad 11. Seksuele stoornissen en genderidentiteitsstoornissen

Zorg voor de groep van parafilieën (exhibitionisme, fetisjisme, frotteurisme, pedofilie, seksueel masochisme, seksueel sadisme, fetisjistisch transvestitisme, voyeurisme, parafilie NAO) is verzekerde G-GGZ. Hyperseksualiteit is niet een aparte classificatie in de DSM IV (wel in de ICD 10) en is als seksuele stoornis NAO wel verzekerde G-GGZ gezien de ernst van deze psychopathologie. (In de DSM-5 is hyperseksualiteit specifiek opgenomen).

Voor de overige binnen deze DSM categorie vermelde seksuele stoornissen is indien nodig somatisch medisch-specialistische zorg aangewezen. Seksuologische zorg valt

⁶¹ Multidisciplinaire richtlijn Angststoornissen. Tweede revisie. 2012: 181. www.ggzrichtlijnen.nl

⁶² Multidisciplinaire richtlijn Vroegtijdige psychosociale interventies na rampen, terrorisme en andere schokkende gebeurtenissen. 2007: 19. www.ggzrichtlijnen.nl

in beginsel niet onder de aanspraak G-GGZ. Bij de meeste seksuologische stoornissen spelen zowel biologisch-fysieke als psychologische en mogelijk ook sociale factoren een rol. Veel van deze stoornissen kunnen uitstekend behandeld worden binnen de huisartspraktijk. Er is bijvoorbeeld een NHG standaard erectiele dysfuncties (2008)⁶³. Zo nodig vindt doorverwijzing naar de tweede lijn plaats, bijvoorbeeld naar een polikliniek seksuologie in een algemeen ziekenhuis. De diagnostiek en behandeling zijn in elk geval onderdeel van de somatisch medisch-specialistische zorg, waarbij nauwe samenwerking met seksuologen en psychologen/psychotherapeuten borg staat voor een integrale benadering.

Uit reacties van het veld is gebleken dat met de invoering van de DOT's in de algemene ziekenhuizen, de mogelijkheden om binnen de algemene ziekenhuizen de hulpverlening bij seksuele stoornissen adequaat vorm te geven, enorm is beperkt. Het CVZ ziet dit als een ongewenst effect en dringt er bij partijen op aan om maatregelen te treffen voor bekostiging van integrale zorg bij de (overige) seksuele stoornissen in de algemene ziekenhuizen. Dit geldt overigens ook voor de psycho-oncologische zorg als onderdeel van de oncologische behandeling in het algemeen ziekenhuis.

De seksuele disfuncties die samenhangen met andere psychische stoornissen of door psychofarmaca dienen gezien te worden als onderdeel van de behandeling van de (primaire) psychische stoornis.

Ad 15. Aanpassingsstoornissen

De behandeling van aanpassingsstoornissen is door de minister met ingang van 1-1-2012 uitgesloten van de zorg in het kader van de Zvw.

⁶³ NHG standaard Erectiele dysfuncties. 2008. www.nhg.org

5 Adviescommissie Pakket

Begin januari 2013 is een eerste concept van een rapport over de G-GGZ, deel 2 aan belanghebbende partijen gezonden. Na een eerste bespreking in de vergadering van 25 januari 2013 heeft de Adviescommissie Pakket van het CVZ besloten partijen nader te raadplegen en hiervoor uit te nodigen op 22 februari 2013. Een herzien concept is voor consultatie eind mei verzonden. Diverse partijen hebben op dit concept gereageerd. De schriftelijk ontvangen reacties zijn opgenomen in bijlage 3. Bij de desbetreffende onderwerpen in dit advies is een samenvatting van deze reacties weergegeven.

Op 14 en 26 juni 2013 heeft de Adviescommissie zich gebogen over het begin mei ook aan belanghebbende partijen verzonden conceptrapport 'Geneeskundige GGZ, deel 2'. De commissie geeft hierover het navolgende advies aan de Raad van Bestuur van het CVZ.

De commissie signaleert:

Het CVZ adviseert binnen het gegeven van de context van het bestuurlijk akkoord dat de minister van VWS met veldpartijen in de zorg heeft gesloten. Binnen de commissie leven verschillende verwachtingen ten aanzien van de effecten van dit bestuurlijk akkoord op de beheersing van kosten en de eerlijke verdeling van middelen over passende en kwalitatief goede zorg. Specifiek heeft de commissie twee bedenkingen met betrekking tot het gesloten akkoord:

- De voorgestelde indeling in de G-GGZ is erg globaal. Er is nog veel onzekerheid hoe de verschillende partijen het door het bestuurlijk akkoord gestelde kader gaan invullen. Door de complexiteit van het systeem zijn er meer mogelijkheden voor oneigenlijk gebruik en misbruik van zorg(geld).
- De voorgestelde indeling is een structuur voor de bekostiging. Hier ontbreekt de verbinding met de indeling van de inhoud van de verzekerde zorg en met de inhoud zoals die in richtlijnen en standaarden staat. Dit, in combinatie met de complexiteit van beschreven concepten en procesgang, ziet de commissie als een risicofactor voor uitvoering in de praktijk van de zorg.

De commissie beschouwt het bestuurlijk akkoord als een gegeven, en adviseert de Raad van Bestuur van het CVZ als volgt:

Richt een goede monitoring in met vaste evaluatiemomenten waarbij ook duidelijk wordt aangegeven wat de consequenties zijn wanneer het voorgestelde systeem niet de beoogde resultaten geeft.

De monitoring moet zo worden ingericht dat het mogelijk is om de ontwikkelingen op drie niveaus te volgen:

- op macroniveau;
- op behandelaarsniveau;
- en op declaratieniveau.

Een probleem dat hierbij speelt is de privacygevoeligheid van de informatie. Om goed te controleren moet er een relatie gelegd kunnen worden tussen declaraties bij de verzekeraar en diagnoses van de behandelaar. Vanuit de privacywetgeving is dit voor de verzekeraar op patiëntniveau niet mogelijk. Door anonimiseren, combineren en/of aggregeren van gegevens valt uit de beschikbare gegevens toch

betekenisvolle monitorinformatie te halen.

In het advies moet duidelijker worden benoemd dat, wanneer uit de monitoring blijkt dat het voorgestelde systeem niet de beoogde resultaten geeft, andere maatregelen onvermijdelijk zijn. Eén van de mogelijke maatregelen is een zorgbrede procentuele eigen bijdrage. Over deze maatregel bestaat binnen de commissie geen overeenstemming. Volgens sommigen zou deze maatregel nu al de voorkeur hebben, mogelijk zelfs breder dan alleen voor de GGZ. Volgens anderen is dit hooguit een laatste poging om kostenbeheersing en gepast gebruik af te dwingen en moet zij slechts ingezet worden wanneer duidelijk is dat alle andere pogingen gefaald hebben.

De commissie adviseert om de grenzen aan de geneeskundige GGZ nog duidelijker te benoemen. Hierbij is het goed om te blijven benadrukken dat wanneer een probleem niet binnen het domein van de geneeskundige GGZ valt, het niet per definitie zo is dat er dan voor dit probleem in geen enkel domein verzekerde zorg beschikbaar is.

De commissie adviseert om een visuele uitwerking (een 'zorgboom') van de voorgestelde indeling in de geneeskundige GGZ te maken. Hierbij moet het eerste contact van de patiënt (de huisarts) als startpunt worden genomen en zo op hoofdlijnen in kaart worden gebracht in welke situatie de patiënt naar welke behandelaar wordt door- of terugverwezen. Voor de beheersing is het noodzakelijk dat de categorieën die hierbij onderscheiden worden onderling goed af te grenzen zijn.

De commissie adviseert om sterker te benadrukken dat er zorgen zijn of de huisarts de rol die hem is toebedeeld wel voldoende kan invullen. De commissie vindt het zeer verstandig om veel beslisbevoegdheid bij de huisarts neer te leggen. De huisarts moet hier uiteraard wel voor geëquipeerd zijn. Het is de commissie niet duidelijk of voor deze rol voldoende capaciteit en deskundigheid beschikbaar is.

Tot slot vraagt de commissie aandacht voor:

- De mate waarin de potentieel hoge ziektelast van psychiatrische stoornissen wordt onderkend.
- Het opnemen van een bijlage met veelgestelde vragen om een aantal misverstanden direct te kunnen adresseren.
- Het invoeren van non-discriminatiewetgeving als een mogelijke oplossing voor de problemen rond de privacy van de patiënt.
- De schijnnaauwkeurigheid die wordt opgeroepen door de wijze waarop getallen voor ziektelast en kosteneffectiviteit in het advies worden gebruikt.
- Het inzetten van het instrument van voorwaardelijke financiering als mogelijke oplossing voor beperkte informatie over de effectiviteit van een aantal behandelingen in de geneeskundige GGZ.

6 Conclusies en aanbevelingen

Het CVZ komt, mede op grond van een intensieve dialoog met betrokken partijen, tot de volgende conclusies en aanbevelingen:

A. Conclusies en aanbevelingen begrenzing G-GGZ

1. De rol van de huisarts bij klachten en stoornissen

De zorgverzekering is bedoeld voor zorg bij ziekte en niet voor hulp bij problemen die niet tot ziekte gerekend kunnen worden. Dat onderscheid is principieel, maar in de praktijk problematisch dan wel op zijn minst kunstmatig. Het CVZ kiest voor de al langer gebezigde termen "klacht" en "stoornis" om dit onderscheid te benaderen, zich ervan bewust dat: a) het hier geen contrast betreft: klachten kunnen wijzen op stoornissen of juist niet, stoornissen kunnen ook zonder klachten bestaan, b) het onderscheid tussen gestoorde en ongestoorde verwerking bijvoorbeeld van grote trauma's niet altijd scherp kan worden getrokken. Het CVZ kiest, met een open oog voor deze nadelen, toch voor de termen "klachten en stoornissen" voor het bedoelde onderscheiden van het doelgebied van de G-GGZ, omdat ze voor dit doel inmiddels flink ingeburgerd zijn geraakt. Het gaat er uiteindelijk niet om op papier een sluitend onderscheid te vinden, maar het gaat om de praktijk, waarin de huisarts immers bij uitstek de aangewezen is en bekwaam is om te onderscheiden tussen ziekte en niet-ziekte. De behandeling van psychische klachten, zonder dat sprake is van een psychische stoornis, valt niet onder de G-GGZ, maar kan wel vergoed worden binnen de huisartsenzorg. Wij herhalen dit standpunt, dat ook al vermeld staat in het Rapport G-GGZ, deel 1, en eerdere publicaties in de wetenschap dat een scherpe afgrenzing tussen psychische klachten en stoornissen niet altijd mogelijk is en voor de behandelaar soms gekunsteld kan overkomen. Het onderscheid is naar onze mening niettemin ook met zijn beperkingen voldoende bruikbaar om de zorgverlening zo te organiseren dat vergoeding van hulp bij 'klachten van psychische aard' zonder dat sprake is van een stoornis niet behoort tot het specifieke GGZ domein, maar tot het domein van de huisarts en zijn praktijkondersteuning, net zoals dat ook in de somatiek het geval is.

Omdat de juiste diagnostiek complex kan zijn onderschrijven wij van harte de afspraak van partijen in het Bestuurlijk Akkoord om voor de huisarts de mogelijkheid te creëren van een consultatie van een psychiater of andere GGZ-professionals, met daarbij een vergoedingsmogelijkheid. Daarmee wordt de diagnostische blik van de specialist binnen het huisartsendomein gehaald en onnodige doorverwijzing voorkomen.

2. Beoordeling stand van wetenschap en praktijk van een aantal interventies

Het CVZ duidt de psychologische interventies zoals opgenomen in bijlagen 1 en 2 bij het rapport als wel of niet voldoende aan de stand van de wetenschap en de praktijk en sluit deze laatste interventies derhalve uit van de verzekerde zorg.

3. Beoordeling al dan niet uitsluiten van geïndiceerde preventie

Bij hoog risico op depressie, problematisch alcoholgebruik en paniekstoornissen krijgen patiënten binnen de huisartspraktijk vroegtijdige preventieve interventies aangeboden.

Uit het beschikbare wetenschappelijk onderzoek lijken deze kortdurende interventies

kosteneffectief. Hoewel onderzoek naar langetermijneffecten geboden is, adviseren wij de minister om geïndiceerde preventie van depressie, paniek- en angst en problematisch alcohol gebruik tot het verzekerde pakket huisartsenzorg te laten blijven behoren. Dit advies sluit aan bij het beleid om de positie van de huisarts en de praktijkondersteuner GGZ (POH-GGZ) te versterken en zorg te bieden die aansluit bij de ernst van de klachten (stepped care) volgens de standaarden van de huisartsengeneeskunde. Kosteneffectief betekent dat we voor relatief weinig geld relatief effectief veel gezondheidswinst boeken. Daarvan is hier bij uitstek sprake: uitsluiting van deze zorg zou *penny wise, pound foolish* zijn.

4. *Beoordeling uitsluiten van aanpassingsstoornissen*

Op dit moment ontbreken gegevens over beloop, indicatie voor behandeling en effectiviteit van de behandeling van aanpassingsstoornissen. Er zijn ook geen richtlijnen of standaarden. Wij roepen de beroepsgroep op de totstandkoming daarvan ter hand te nemen. Zolang er geen duidelijkheid is over beloop, indicatie voor behandeling en effectiviteit van de behandeling achten wij uitsluiting van het verzekerde pakket terecht. Zodra een adequate richtlijn of standaard beschikbaar is kunnen wij een pakketbeoordeling doen op grond waarvan wij de minister eventueel zouden kunnen adviseren om de pakketmaatregel ten aanzien van de vergoeding van hulp bij aanpassingsstoornissen te heroverwegen.

Door de verwijdering van aanpassingsstoornissen uit het verzekerde pakket is er echter een ander probleem aan het licht gekomen. Kinderen en jongeren die slachtoffer zijn van huiselijk geweld en/of seksueel misbruikt zijn hebben een groot risico op het ontwikkelen van een psychische stoornis. De hulpverlening vanuit de G-GGZ werd aanvankelijk gedeclareerd op de diagnose aanpassingsstoornis, en toen hulp bij deze stoornis werd uitgesloten van vergoeding, werd er gedeclareerd op de zogenaamde V-codes die hier niet voor bedoeld zijn. Gezien het belang van de toegankelijkheid van deze hulpverlening adviseren wij de minister om hiervoor een afzonderlijke prestatieomschrijving te laten opstellen die een titel kan zijn voor vergoeding. Ook hier geldt overigens dat het zeer wenselijk is als er op korte termijn duidelijke richtlijnen worden opgesteld.

B. Conclusies en aanbevelingen gepast gebruik van GGZ

Gepast gebruik van zorg houdt in dat iedereen die zorg nodig heeft, de juiste zorg krijgt (niet te weinig, maar ook niet meer dan nodig) van de juiste hulpverlener/zorgaanbieder (op de juiste plaats in de keten/echelons). Het begrip 'gepaste zorg' omvat dus zowel de kwaliteit van zorg als de doelmatigheid en het handhaven van gemaakte afspraken over taakverdelingen. De belangrijkste voorwaarde is dat alle partijen (aanbieders, patiënten en verzekeraars) hun verantwoordelijkheid nemen. De professionals hebben daarbij in samenspraak met de patiënten de belangrijkste taak. De verzekeraars moeten hier op sturen en toezien.

1. *De centrale rol voor de huisarts*

De huisarts kan op twee manieren bijdragen aan gepast gebruik van de GGZ: door patiënten zelf te behandelen volgens de bestaande standaarden (daarbij ondersteund door de POH-GGZ) en door bij eventuele verwijzing naar de basis-GGZ of de specialistische GGZ zorgvuldig te selecteren. Beide punten zijn voorbeelden van stepped care en matched care. Stepped care houdt in dat de patiënt telkens de

minst ingrijpende behandeling krijgt die zinvol lijkt; alleen als deze niet effectief is, wordt de volgende stap gezet. Matched care houdt in dat daarbij wel rekening gehouden wordt met de ernst van de klachten, zodat iemand met ernstige problematiek van begin af aan passende zorg ontvangt.

Wij adviseren de verschillende professies en verzekeraars in gezamenlijk overleg de voorwaarden te realiseren op het vlak van informatievoorziening om deze rol voor huisartsen mogelijk te maken. Huisartsen moeten goed geïnformeerd zijn en blijven over de behandeling van hun patiënten, willen zij hun verwijzende rol goed kunnen spelen.

Ook adviseren wij om doorverwijzing naar de specialistische GGZ uitsluitend via de huisarts te laten lopen.

2. Het belang van kwaliteitstandaarden voor gepast gebruik van zorg

Een essentiële randvoorwaarde voor gepast gebruik van zorg is dat professionals consensus bereiken over de vraag wat passende zorg is binnen de gehele keten van zorg. Dat lijkt triviaal, maar de huidige richtlijnen en standaarden bieden vaak nog onvoldoende houvast. Er wordt gewerkt aan de ontwikkeling van nieuwe multidisciplinaire richtlijnen voor verscheidene psychische aandoeningen. In het Bestuurlijk Akkoord is afgesproken dat partijen een kwaliteitsprogramma opzetten voor de ontwikkeling van behandelrichtlijnen en bijbehorende meetinstrumenten. Hiertoe hebben LPGGz, NVvP en NIP de Stichting Landelijk Samenwerkingsverband Kwaliteitsstandaarden GGZ (LSKS) opgericht.

Wij adviseren hierbij wel de vrijblijvendheid in het tempo weg te nemen en goede afspraken in het verlengde van het Bestuurlijk Akkoord te maken. Vanuit onze nieuwe rol in het kader van het Kwaliteitsinstituut willen we daar graag behulpzaam bij zijn. Ook bevelen wij een nauwe samenwerking met cq aansluiting van de huisartsen aan om tot goede afstemming te komen op het gebied van de kwaliteitsstandaarden, immers het gaat hier om de gehele keten van zorg waar ook de huisarts deel vanuit maakt.

3. Verantwoordelijkheden goed vastleggen: hoofdbehandelaarschap

Goed gebruik van zorg betekent ook dat duidelijk is wie de zorg levert. Ook hierover zijn afspraken gemaakt in het Bestuurlijk Akkoord. Over het hoofdbehandelaarschap binnen de G-GGZ heeft de minister begin juli 2013 duidelijkheid gegeven, voorlopig voor de periode tot 2016. Wij tekenen hierbij aan dat de uitbreiding van het aantal hoofdbehandelaars, net als de complexe structuur van de G-GGZ, het risico voor ongepast gebruik verhoogt.

Het is uiteindelijk aan de verzekeraar om in de polis aan te geven wie welke zorg levert en daarop toe te zien in de afhandeling van declaraties.

Wij adviseren de vrijblijvendheid in het tempo van het vastleggen in de richtlijnen wie de zorg levert weg te nemen. Ook hier willen wij vanuit het Kwaliteitsinstituut graag behulpzaam zijn.

4. Nieuwe structuren: kansen en risico's

Partijen hebben in het Bestuurlijk Akkoord een nieuwe structuur voor de GGZ vastgelegd. Er komt dan een basis GGZ, waarin drie producten worden ontwikkeld voor de behandeling van patiënten met minder complexe psychische stoornissen en

één product voor chronische patiënten, en een gespecialiseerde GGZ voor patiënten bij wie sprake is van een psychische stoornis op grond van meer gecompliceerde problematiek. Partijen onderkennen in het Bestuurlijk Akkoord het belang van goede monitoring van de invulling en uitwerking van de gemaakte afspraken.

Deze nieuwe indeling – basis GGZ en gespecialiseerde GGZ – biedt kansen voor het toegankelijk en betaalbaar houden van de GGZ. De nieuwe structuur geeft naar verwachting ook meer en betere mogelijkheden om stepped care aan te bieden, hetgeen een positief effect zal hebben op de kwaliteit van de zorg en gepast gebruik. Om deze kansen ook echt te verzilveren, is het nodig dat betrokkenen een helder onderscheid maken tussen basis GGZ (en de producten) en de gespecialiseerde GGZ. Het moet voor iedereen (huisarts, andere hulpverleners, patiënten en verzekeraars) zoveel als mogelijk duidelijk zijn welke patiënt waarheen verwezen dient te worden.

De nieuwe structuur is complex, mede door het grote aantal verschillende GGZ zorgverleners. Het onderscheid tussen basis GGZ en gespecialiseerde GGZ is nog onduidelijk. De nieuwe structuur vindt zijn regeling in bekostigingstitels, terwijl in de verzekering en in de aanspraken van verzekerden geen wijziging plaatsvindt. We constateren dat bekostiging en aanspraken en ook richtlijnen wat betreft terminologie niet op elkaar aansluiten. Verzekerden hebben aanspraak op GGZ op grond van de Zvw, niet op basis GGZ (of één van de vier producten) of gespecialiseerde GGZ.

Wij signaleren het risico van “opwaartse druk” tussen basis GGZ en gespecialiseerde GGZ als ook binnen de verschillende producten van de basis GGZ, indien de criteria voor het onderscheid niet scherp zijn of niet worden nageleefd. Bij het ontwerp van deze nieuwe structuur is het van groot belang om financiële prikkels die ongewenste stimulansen geven, uit te bannen. De inzet van een product moet plaatsvinden op inhoudelijke gronden, niet op financiële gronden. Redenen om te pleiten voor kwalitatief goed onderbouwde richtlijnen en een goede monitoring. Monitoring is heel belangrijk en wij dringen er op aan dat over twee jaar de eerste resultaten beschikbaar zijn om zo nodig opnieuw over de begrenzing van de GGZ te adviseren.

Verder adviseren wij om het risico van “opwaartse druk” te beperken door te eisen dat de patiënt, wanneer behandeling in de basis GGZ onvoldoende effect heeft, eerst terug verwezen wordt naar de huisarts en –zoals we bij de rol van de huisarts adviseerden- de verwijfsfunctie naar de gespecialiseerde GGZ uitsluitend bij de huisarts te leggen tenzij uit de nadere uitwerking van de basis GGZ blijkt dat er scherp te duiden situaties zijn dat dit geen toegevoegde waarde heeft.

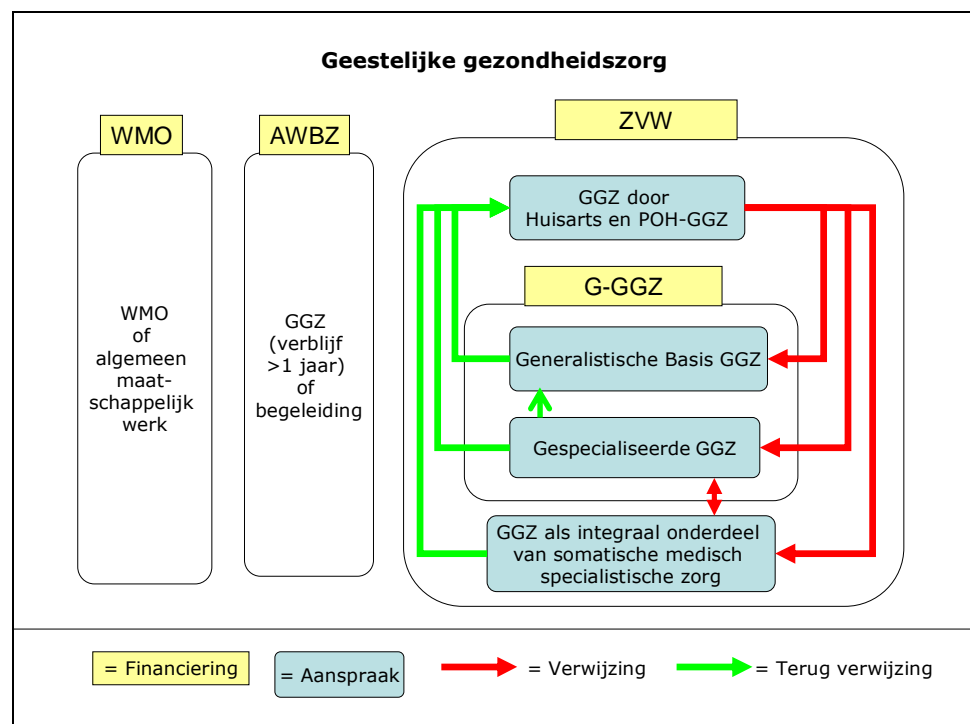
5. Sturing door verzekeraars op gepast gebruik van zorg

De verzekeraars hebben een verantwoordelijkheid bij het bevorderen van gepast gebruik van zorg. Bij het opstellen van polissen en het contracteren van zorg kunnen zij extra aandacht besteden aan kwaliteit, doelmatigheid en verantwoording. Aangezien zij verantwoordelijk zijn voor de juistheid van declaraties, zullen zij ook toetsen of de zorg ook daadwerkelijk geleverd is zoals gedeclareerd. Dit vereist wel dat de zorgaanbieders voldoende informatie geven op de doorverwijzing en op de declaratie over de zorg die zij leveren bij een bepaalde indicatie.

Wij achten transparantie van de aanbieders en goede materiële controles door verzekeraars van groot belang voor gepast gebruik van zorg. Dit is een absolute voorwaarde voor de bijdrage van zorgverzekeraars aan gepaste zorg. Voor het handhaven is een duidelijke omschrijving van indicaties en interventies belangrijk. Ook het aangeven wie de zorg kan en mag verlenen bevordert de transparantie. Verdere aanscherping in richtlijnen kan hieraan bijdragen.

6. *GGZ interventies vergoeden uit het juiste kader*

Bekostiging van op de psyche gerichte geneeskundige interventies op voet van de Zvw vindt met de uitwerking van het Bestuurlijk Akkoord vanaf 2014 plaats in vier modaliteiten: a) de huisartsenzorg, inclusief de POH-GGZ; b) de Generalistische Basis GGZ; c) de Gespecialiseerde GGZ en d) de medisch psychologische zorg en de consultatieve psychiatrie als onderdeel van integrale behandeling van de somatisch medisch specialist. De onderdelen b en c vormen samen de G-GGZ zoals die in 2008 vanuit de AWBZ onder de ZVW is gebracht. Er is sprake van een complexe bekostigingsstructuur:



Wij volgen (voor zover beschikbaar en relevant) de door professionals opgestelde richtlijnen voor de toedeling van geneeskundige GGZ naar de verschillende bekostigingscategorieën. Leidraad daarbij is de noodzaak van integrale zorg. De bekostiging mag naar ons oordeel niet belemmerend zijn voor integrale zorg vanuit patiëntperspectief. Daarom bevelen wij aan vormen van integrale bekostiging te onderzoeken voor de zorg aan dementerenden. Het gaat hier om een aanzienlijk, groeiend aantal patiënten. Zorg voor deze patiënten bevindt zich op het grensgebied van de competentie van AWBZ instellingen, huisartsen, geriaters, wijkverpleegkundigen, specialisten ouderengeneeskunde, GGZ en Wmo. Het risico bestaat dat daardoor de optimale zorg niet tot stand komt.



Arnold Moerkamp
Voorzitter Raad van Bestuur

Bijlage 1 Dynamisch overzicht psychologische interventies die wel voldoen aan de stand van de wetenschap en praktijk

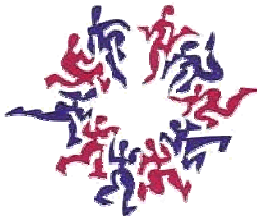
DYNAMISCH OVERZICHT VAN PSYCHOLOGISCHE INTERVENTIES BINNEN DE GGZ DIE WEL VOLDOEN AAN DE STAND DER WETENSCHAP EN PRAKTIJK (POSITIEVE LIJST)
Algemeen (mogelijk bij meer stoornissen):
Cognitieve gedragstherapie (CGT)
Problem solving therapie (PST)
Interpersoonlijke therapie (IPT)
Kortdurende psychodynamische psychotherapie
Motiverende gespreksvoering (MGV)
Cue-exposure behandeling
Gedragstherapeutische relatietherapie
Groepspsychotherapie
Exposure in vivo
Psychologische paniekmanagement
Cognitieve herstructurering
Systeemtherapie
Specifiek (bij een bepaalde stoornis)
Community reinforcement approach (CRA): verslaving
Hypnotherapie: conversiestoornis
Dialectische gedragstherapie: borderline persoonlijkheidsstoornis
Systems training for emotionally predictability and problem solving (STEPPS): persoonlijkheidsstoornissen
Mentalization based therapy (MBT): borderline persoonlijkheidsstoornis
Mindfulness based cognitieve gedragstherapie (MBCT): recidiverende depressie
Relaxatietherapie: gegeneraliseerde angststoornis
Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR): post traumatisch stressyndroom (PTSS)

Bijlage 2 Dynamisch overzicht psychologische interventies die niet voldoen aan de stand van de wetenschap en praktijk

DYNAMISCH OVERZICHT VAN PSYCHOLOGISCHE INTERVENTIES BINNEN DE GGZ DIE NIET VOLDOEN AAN DE STAND DER WETENSCHAP EN PRAKTIJK (NEGATIEVE LIJST)
Neurofeedback
Psychoanalyse
Op inzicht gerichte psychotherapeutische interventies: bij alcoholafhankelijkheid
Maudsley methode
KIDD workshop
Tomatis therapie
QEEG geïntegreerde therapie: kwantitative Elektro EncefaloGrafie
MET (mentaal-Emotieve Training)
Cogmed werkgeheugentraining
Gestalttherapie
Haptotherapie
i-TOF (Ingratieve therapie op formaat)
Speyertherapie
Mind-tuning
Mindfulnesscursus/-training
Psychosynthese
Rebirthing
Regressietherapie
Wat-Sji-Gong
Neuro linguïstisch programmeren (NLP)
Psycho-energetische psychotherapie
Emotional Freedom Technique
Existentiële therapie
Klankschaaltherapie
Reiki
.....

Bijlage 3 Ontvangen reacties

01	ZN
02	GGZ NL
03	LVE en NVVP
04	NVKG
05	VAGZ
06	NVVS
07	NVvP
08	NVRG
09	KWF en PSO
10	NVGzP en VGct
11	NIP en NVP
12	KNMG/LHV/OMS
13	NVO
14	LPGGz
15	NHG
16	ATZ
17	DAIMH
18	Verenso
19	V en VN
20	Convent van Psychologen
21	NZa
22	GGZ Oost Brabant



Aan CVZ
Van Dr. R. Luijk
Auteur Dr. R. Luijk

Doorkiesnummer

Ons kenmerk N-13-7045lui1

Datum 3 juni 2013

Onderwerp Reactie Rapport G-GGZ, deel 2

CC

Hartelijk dank voor de mogelijkheid om te kunnen reflecteren op het tweede concept van het rapport GGZ deel 2. Gezien de korte reactietijd beperken wij onze reactie tot enkele hoofdlijnen. Zorgverzekeraars zijn positief over het feit dat het CVZ de onderliggende principes in de afbakening van de geneeskundige GGZ uit het eerste concept heeft behouden. Tegelijkertijd constateren zorgverzekeraars dat het minder expliciet afbakenen van de verzekerde zorg en het minder expliciet toekennen aan bekostigingskaders tot uitvoeringsproblemen kan leiden en ongelijke behandeling.

Zorgverzekeraars zijn positief over de volgende punten:

1. Het behoud van geïndiceerde preventie in de basisverzekering en de positionering onder de huisartsen.
2. De erkenning van de sturende rol van zorgverzekeraars en de noodzakelijkheid van informatie over de geleverde zorg op de declaratie voor het kunnen sturen op gepast gebruik.
3. De centrale rol die wordt toebedacht aan de huisarts.

Het belangrijkste punt van kritiek van zorgverzekeraars op het tweede concept heeft betrekking op de minder expliciete duidingen ten opzichte van het eerste concept. De duidingen in dit tweede concept rapport GGZ deel 2 zijn op belangrijke onderdelen veel minder expliciet, waardoor er naar ons oordeel onnodig veel interpretatie ruimte voor het veld blijft bestaan. Hierdoor zullen individuele verzekeraars met het veld tot een nadere invulling moeten komen met een groot risico voor "ongelijke behandeling" en het minder juridisch bezwaar-proof zijn van de uitvoeringspraktijk. Een belangrijk voorbeeld hiervan betreft de minder expliciete uitsplitsing van DSM-IV as I en as II stoornissen naar verzekerde of onverzekerde zorg en het betreffende bekostigingskader. Op onderdelen wijkt het rapport hier ook af van het eerste concept zonder dat hiervoor een verklaring/onderbouwing wordt gegeven:

- Zo is bij hoofdgroep stoornissen in de zuigelingentijd en adolescentie onder de categorie d. overige stoornissen niet aangegeven of deze wel of niet onder de Zvw vallen terwijl dit in het eerste concept wel per

stoornis werd aangegeven (te weten bij de meeste niet en bij sommige wel.)

- Terwijl dementie eerder (na diagnosestelling) niet als primaire diagnose voor GGZ-zorg in aanmerking kon komen, zou dit nu af hangen van de regionale situatie. N.B. Ook zorgverzekeraars zijn voor een geïntegreerde bekostigingssystematiek voor dementie. Echter tot dat die er is heeft een (risicodragende) verzekeraar duidelijkheid nodig over de financieringswijze en kan zij in de uitvoeringspraktijk niet werken met regionale verschillen in hoe de zorg is georganiseerd en dienovereenkomstig gefinancierd zou moeten worden. Voor dit moment zijn wij van mening dat de duiding zoals in het eerste concept deel 2 rapport met betrekking tot dementie was uitgewerkt voorlopig leidend moet zijn.
- Bij de aan middelen gebonden stoornissen is voor psychotische, stemmings- en angststoornissen als gevolg van intoxicatie aangegeven dat deze tot de HA/G-GGZ zorg behoren. Betekent dit dat de overige aan middelen gebonden stoornissen niet tot de verzekerde G-GGZ zorg horen? Waarschijnlijk niet. Wij stellen voor dat het CVZ in het definitieve rapport de duidingen in deze overneemt zoals die reeds in het eerste conceptrapport stonden eventueel weergegeven in geclusterde vorm in plaats van per individuele DSV-IV stoornis.
- Bij pervasieve stoornissen is de maximalisatie van de aanspraak in de Zvw van 1 jaar komen te vervallen. In onze reactie op het eerste concept hadden wij al aangegeven dat deze benadering onzes inziens ook kan worden toegepast op ADHD. Meer in zijn algemeen geldt dat zorgverzekeraars zich samen met andere partijen, zoals u ook stelt, zullen inzetten voor protocollering van het behandelplan en richtlijnen voor de periodieke evaluatie van behandeldoelen en behandelresultaat. Dit kan behulpzaam zijn bij het beoordelen van de overgang van curatieve naar de chronische fase. Echter, zonder heldere richtlijnen en vertaling naar zorgpaden zal het lastig worden hierin een uniforme uitwerking te realiseren.

Mogelijk andere verklaringen voor het minder expliciet zijn van de duidingen zijn:

- Het feit dat het CVZ de term “ziekte” wel centraal zet ter beoordeling van de begrenzing van de geneeskundige GGZ onder de Zvw maar dit begrip vervolgens naar onze overtuiging ten onrechte als synoniem neemt voor het begrip “stoornis” binnen de DSM IV; dit terwijl er onder de stoornissen binnen de DSM IV ook veel aandoeningen bestaan die niet als ziekte (-proces) kunnen worden gedeut maar als een persisterende mentaal toestandsbeeld waarvoor curatie niet en medische stabilisatie nauwelijks een rol spelen.
- In dit verband valt ook op dat het CVZ noch in het kader van de ‘begrenzing’ noch in het kader van ‘gepast gebruik’, met betrekking tot geneeskundige GGZ zorg c.q. curatieve GGZ (expliciet) spreekt in termen van “zorg primair gericht op genezing (curatie) dan wel medische stabilisatie”; dit in onderscheid van zorg primair gericht op zelfredzaamheid en /of participatie behorend tot het zorgdomein van de AWBZ respectievelijk de WMO en niet behorend tot het

zorgdomein van de Zvw. Doordat het CVZ dit onderscheid in haar rapport niet helder hanteert blijft hierover voor de uitvoeringspraktijk onduidelijkheid bestaan.

Als reden voor een minder expliciete duiding van de begrenzing van de GGZ en het gepast gebruikt verwijst het CVZ naar de duidelijkheid die zal moeten gaan komen vanuit de toekomstige richtlijnontwikkeling onder leiding van de LSKS. Wij willen het CVZ er op wijzen dat het mogelijk nog jaren kan duren voordat een werkbare nadere duiding kan worden afgeleid van een transparante relatie tussen richtlijnen van zorg en zorgprogrammering met een daarvan afgeleide productstructuur met bekostigingstitel. Tot die tijd zijn (risicodragende) verzekeraars afhankelijk van ondubbelzinnige c.q. sluitende duidingen van het CVZ. Daarom vragen wij het CVZ in haar finale rapport zo expliciet als mogelijk te zijn in haar uitspraken/duidingen en verwijzen hierbij onder andere naar de hierboven aangegeven aspecten die daarbij meegenomen zouden kunnen worden.

Onze slotopmerkingen betreffen het ontbreken van de standpunten inzake mindfulness en het Minnesota model, en de compleetheid van de lijst met interventies in bijlage 2. Waarom is de betreffende lijst met interventies niet gelijk aan de lijst die is opgenomen in de Inkoopgids GGZ 2013 van ZN? Dhr. Moerkamp heeft namelijk in een interview van NVVP nieuwsbrief aangegeven dat de lijst van ZN integraal is overgenomen? Kunt u een uitleg geven over de verschillen, en aangeven of de interventies die door het CVZ niet zijn opgenomen wel of niet voldoen aan de stand van de wetenschap en praktijk?

Met vriendelijke groet,
Zorgverzekeraars Nederland

Ronald Luijk



College voor Zorgverzekeringen
t.a.v. mevrouw P. Polman
Postbus 320
1110 AH DIEMEN

Datum

3 juni 2013

Contactpersoon

Djiewke Verseput

Ons kenmerk

Dir/devt/144958/2013

Onderwerp

Reactie op tweede concept

Rapport G-GGZ deel 2

Bijlage(n)

1

Doorkiesnummer

8961

Uw kenmerk

Geachte mevrouw Polman,

Allereerst dank voor toezending van het sterk gewijzigde tweede conceptrapport geneeskundige ggz deel 2 en de gelegenheid om hierop te reageren. Wij maken hier graag gebruik van.

We zien dat het tweede conceptrapport van het CVZ beter aansluit bij de afspraken die patiënten, zorgaanbieders en zorgverleners met het Ministerie van VWS hebben gemaakt in het bestuurlijk akkoord toekomst ggz. Wij lezen het rapport zo dat u de in het bestuurlijk akkoord afgesproken koers ter verbetering van kwaliteit, doelmatigheid, effectiviteit en de afgesproken beheerste kostenontwikkeling ondersteunt en wil faciliteren. Daarnaast is deze versie tot stand gekomen met meer dialoog met het veld. Dit samen leidt tot een belangrijke verbetering. Gelet op de afspraken in het bestuurlijk akkoord en de feitelijke kostenontwikkeling is er ook geen enkele reden om de uitvoering van dit bestuurlijk akkoord te belasten met omstreden pakketmaatregelen of nieuwe toegangsdrempels. Daarom verheugt het ons dat een aantal omstreden voorstellen in dit tweede concept ontbreekt.

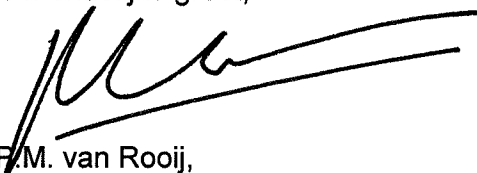
U verwacht veel van de versterking van de huisartsenzorg. Dit is ook de ontwikkelingsrichting die is beschreven in het bestuurlijk akkoord. Deze versterking is echter nog niet gerealiseerd en implementatie vraagt de benodigde tijd. Bij deze implementatieperiode ligt dan ook onze belangrijkste zorg. De huidige expertise en menskracht om tot een goede triage te komen, is nog volstrekt ontoereikend. En ons inziens moet het mogelijk blijven dat zorgverzekeraars geïndiceerde preventie 'zoals huisartsen plegen te bieden' moeten kunnen blijven inkopen bij de ggz-zorgaanbieders. Veel evidence bases e-health interventies zijn opgezet vanuit ggz-instellingen. Dat kan ons inziens zo blijven. Daarnaast vinden wij het van groot belang dat de consultatiefunctie niet in de praktijk gaat leiden tot een bureaucratische en logistieke rompslomp.



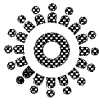
Onze belangrijkste andere zorg ligt bij de 'positieve lijst' in de bijlage. Het is terecht dat bewezen niet effectieve zorg niet wordt vergoed. Maar de redenering kan niet omgedraaid worden zodanig dat alleen bewezen effectieve zorg nog verzekerd is. Een deel van de zorg is effectief en werkt in de praktijk ook zonder dat dit door wetenschappelijk onderzoek volledig is aangetoond. Het is aan de professional hier keuzes in te maken. De stand van wetenschap en praktijk bepaalt de inhoud van pakket. Bij dit uitgangspunt vervalt de wenselijkheid of noodzaak tot een positieve lijst. Uw onvolledige positieve lijst leidt tot het risico dat ten onrechte interventies, die voldoen aan de stand van de wetenschap en de praktijk, niet worden vergoed. Dit komt de patiënt niet ten goede.

In de bijlage treft u hoofdstuksgewijs onze uitgebreide inhoudelijke reactie aan. Hierbij volgen we de lijn van het rapport. Als onze brief aanleiding geven tot vragen, zijn wij natuurlijk bereid deze nader toe te lichten.

Met vriendelijke groet,

A handwritten signature in black ink, appearing to be 'F.M. van Rooij', written over a horizontal line.

ir. F.M. van Rooij,
directeur.



Bijlage – hoofdstuksgewijze reactie

De lijn van het rapport volgend, reageren we op verschillende aspecten van het conceptrapport.

2.3 *Kostenontwikkeling ggz*

In uw rapport geeft u aan dat de kosten voor de ggz in 2012 ten opzichte van 2011 vooralsnog niet zijn toegenomen. U lijkt te suggereren dat dit veroorzaakt wordt door de inmiddels weer afgeschafte eigen bijdrage tweedelijns ggz, waardoor deze stabilisatie van kosten van tijdelijke aard kan blijken te zijn. Allereerst willen wij hierbij de kanttekening maken dat in 2012 meerdere maatregelen getroffen zijn die, in tegenstelling tot de afgeschafte eigen bijdrage, nog steeds hun doorslag vinden. Om de zorgkosten blijvend te beheersen, hebben overheid en veldpartijen met het bestuurlijk akkoord hun verantwoordelijkheid voor een doelmatige en doeltreffende ggz genomen met afspraken over een verantwoorde kostenbeheersing. Gelet op deze afspraken en de feitelijke kostenontwikkeling is er geen enkele reden om de uitvoering van dit bestuurlijk akkoord te belasten met omstreden pakketmaatregelen of nieuwe toegangsdrempels. Het afgesproken kader en de dreiging van de toepassing van het macrobeheersingsinstrument zijn een stok achter de deur om de gewenste ontwikkelingen zoals de verschuiving naar de huisartsenzorg, de basis-ggz en ambulantisering ook daadwerkelijk op gang te brengen. Het verheugt ons dat een aantal omstreden voorstellen in dit tweede concept ontbreekt. Het valt ons op dat u de cijfers die de NZA hanteert - 5,39 miljard voor 2010 – afrondt tot 5,3 miljard. Voor een goede analyse van de kostenontwikkeling in de ggz is het belangrijk uit te gaan van de juiste cijfers.

2.4 *DSM IV en DSM-5*

Voor de te verzekeren G-GGZ vormen de DSM IV en de bijbehorende richtlijnen de basis voor vergoeding. U adviseert partijen als zorgverleners en zorgverzekeraars de indeling van de DSM IV te blijven hanteren voor declaraties. Dit advies onderschrijven wij. U schetst dat u na afronding van dit rapport start met een advies over de DSM-5 en de verzekering. Het is aan de beroepsgroepen, in het bijzonder de NVvP, om te adviseren of en hoe de Nederlandse ggz moet overstappen van de DSM IV naar de DSM-5. Als dit het geval is, lijkt het ons gewenst dat veldpartijen vroegtijdig betrokken worden bij het CVZ advies over DSM-5 en de verzekering.

3.2.2 *Wat is wel of niet verzekerde G-GGZ?*

In uw rapport geeft u aan dat u vooral de structurele versterking van de rol van de huisarts als zorgverlener en poortwachter ziet als de sleutel voor de kwalitatief goede, integrale en doelmatige zorg. Dat de huisartsenzorg versterkt wordt met de POH-GGZ alsook met de consultatiefunctie van de psychiater, klinisch of gz-psycholoog en psychotherapeut, is een goede ontwikkelrichting en conform de uitwerking van het bestuurlijk akkoord. Deze versterkte huisartsenzorg is echter nog niet gerealiseerd. De huidige expertise en menskracht om tot een goede triage te komen, is nog volstrekt ontoereikend en vraagt ons inziens om een aanmerkelijke versterking. Daarbij is het van groot belang dat de consultatiefunctie niet in de praktijk leidt tot een bureaucratische en logistieke rompslomp.

Het is positief te merken dat het CVZ erkent dat met de termen klachten en stoornissen niet een eenduidig onderscheid te maken is. In onze reactie op het vorige conceptrapport gaven wij al aan dat een strikte scheiding naast onmogelijk ook onwenselijk is. Het betreft een

continuüm dat gerespecteerd dient te worden. U handhaaft deze terminologie met het, overigens niet zorginhoudelijke, argument dat deze termen inmiddels ingeburgerd zijn. Met deze terminologie definieert u vervolgens het onderscheid tussen niet ziek / wel ziek en voor het onderscheid verzekerde huisartsenzorg / verzekerde G-GGZ. Terecht merkt u op dat op papier geen duidelijke cesuur is aan te geven. Het is aan de huisarts, al dan niet ondersteund door de POH-GGZ of met een consult van een ggz-professional, om te beoordelen welke door huisarts of POH-GGZ te bieden behandeling of verwijzing geïndiceerd is. Deze professionals kunnen, ondersteund door richtlijnen, beoordelen in welke mate sprake is van een stoornis en of behandeling geïndiceerd is. Daarbij rekening houdend met andere factoren specifiek voor de betreffende patiënt.

3.3 *De stand van de wetenschap en de praktijk*

Het CVZ steunt het initiatief van de zorgverzekeraars, om een lijst op te stellen van interventies die wel of niet voldoen aan de stand van de wetenschap en de praktijk, door zelf een lijst op te stellen. Voor wat betreft het opstellen van een eenduidige negatieve lijst lijkt ons dit terecht. Het CVZ is hiervoor immers de aangewezen organisatie en dit voorkomt verschillend beleid door verschillende verzekeraars. Centrale uitvoering is daarnaast efficiënter.

Zoals we in onze reactie op het vorige conceptrapport aangaven, is in onze optiek een ggz-behandeling per definitie verzekerde zorg, tenzij bewezen niet-effectief en niet volgens de stand van wetenschap en praktijk. Bij dit uitgangspunt vervalt de wenselijkheid of noodzaak tot een positieve lijst.

De bij dit hoofdstuk behorende bijlage 1 bevat een te restrictieve lijst, omdat veel van de in de multidisciplinaire richtlijnen als bewezen effectief aangemerkte behandelingen ontbreken. Wij vragen ons dan ook af hoe de lijst tot stand is gekomen. Het risico van een te restrictieve positieve lijst is dat zorgverzekeraars ten onrechte enkel interventies van de positieve lijst gaan vergoeden. Hiermee onthoudt u de patiënt goede zorg. In het geval u blijft bij uw voornemen om een positieve lijst te publiceren, is het van essentieel belang deze lijst aan te vullen met alle nog ontbrekende bewezen effectieve interventies.

In onze vorige reactie gaven wij aan dat de interventies op de positieve lijst gericht lijken op volwassenen. De door ons vermelde interventies als PMTO, MST, FFT en Triple P ontbreken andermaal op de lijst. Nogmaals attenderen wij u op de site van het kenniscentrum kind- en jeugdpsychiatrie (<http://www.kenniscentrum-kjp.nl/>) en de site van het Nederlands Jeugdinstituut (<http://www.nji.nl/>) waar meer wetenschappelijk bewezen effectieve interventies uit de Jeugd GGZ zijn te vinden.

3.4 *Geïndiceerde preventie*

Partijen hechten in het bestuurlijk akkoord toekomst ggz aan het belang van preventie. Afgesproken is dat waar mogelijk (verergering van) ziekte wordt voorkomen. Preventie in de gehele ggz, zelfmanagement en het herstelvermogen van de patiënt zullen gestimuleerd worden.

Terecht adviseert u dat geïndiceerde preventie van depressie, paniek en angst en problematisch alcoholgebruik verzekerde zorg moet blijven. U geeft aan dat geïndiceerde preventie enkel verzekerde zorg is, bekostigd vanuit het huisartsenkader. Hierbij veronderstelt u dat deze zorg wordt geboden door de huisarts, al dan niet ondersteund door de POH-GGZ. In de voetnoot geeft u aan dat medio 2012 34% van de huisartspraktijken gebruik maken van een POH-GGZ. Twee derde van de huisartspraktijken maken hier nog geen gebruik van. GGZ Nederland betwijfelt daarom ten zeerste of het nu reëel en haalbaar is op geïndiceerde preventie uitsluitend bij de huisarts te beleggen en te vergoeden. De

versterking van de huisartsenfunctie met de inzet van de POH-GGZ is van belang, maar vraagt implementatietijd. Daarnaast zijn wij van mening dat de evidence based prestatie geïndiceerde preventie geboden moet worden door wie dat het beste kan. Veel e-health interventies zijn opgezet vanuit ggz-instellingen. Dat kan ons inziens zo blijven. Wij zijn van mening dat zorgverzekeraars deze geïndiceerde preventie 'zoals huisartsen plegen te bieden' moeten kunnen blijven inkopen bij deze ggz-zorgaanbieders.

3.5 *Aanpassingsstoornissen*

U adviseert de minister om een relevante prestatiebeschrijving te laten opstellen voor de zorg aan kinderen die slachtoffer zijn van huiselijk geweld of seksueel misbruik. Dit advies onderschrijven wij van harte. U bepleit dat er op korte termijn richtlijnen voor aanpassingsstoornissen moeten komen. Ook dit pleidooi onderschrijven wij. Overigens zijn wij van mening dat in de praktijk werkende interventies voor behandeling van aanpassingsstoornissen ook vergoed moeten worden als er nog geen vastgestelde richtlijn is.

4.3 *Gepast gebruik*

GGZ Nederland deelt de visie op de huisarts als poortwachter, die bij doorverwijzing handelt vanuit de principes van zowel stepped care als matched care. Goede richtlijnen zijn hierbij richtinggevend en ondersteunend. Ook GGZ Nederland hecht groot belang aan de spoedige start van LSKS en de richtlijnontwikkeling, waarmee gepast gebruik bevorderd wordt. Het is goed dat het Kwaliteitsinstituut i.o. deze ontwikkeling volgt en hierin behulpzaam wil zijn. De discussies over het hoofdbehandelaarschap en de verlengde arm-constructie zijn hierbij relevant, maar moeten niet met elkaar vermengd worden. Deze discussies worden in het kader van het bestuurlijk akkoord verder gevoerd. Dit geldt eveneens voor de uitwerking van heldere verwijscriteria en –afspraken. In uw conclusies en aanbevelingen loopt u hierop vooruit met het advies om alle doorverwijzingen naar de specialistische ggz uitsluitend via de huisarts te laten lopen. Hiermee zet u andere verwijzers, zoals medisch specialisten, buitenspel. Intercollegiale verwijzing tussen medisch specialisten binnen de gespecialiseerde ggz, alsook tussen basis- en specialistische ggz moeten mogelijk blijven. Naast bureaucratie levert uw advies ook een ongewenste drempel op voor verwijzing en onnodige vertraging in de behandeling. In de gespecialiseerde ggz zijn bovendien crisisdiensten operationeel. Met name in acute situaties waarbij de crisisdienst betrokken is, is het cruciaal om patiënten direct toe te kunnen leiden tot medisch noodzakelijke zorg. Ook de door ZN bepleite veldnorm voor de registratie en evaluatie van het behandelplan betreft een discussie welke in het kader van het bestuurlijk akkoord zal worden gevoerd.

Het CVZ stelt dat spiegelinformatie over declaraties mogelijkheden biedt voor sturing op gepast gebruik. GGZ Nederland wil het CVZ er op attenderen dat de ggz met de sectorbrede invoering van routine outcome monitoring en de ontwikkeling van zorgvraagzwaarte informatie al een flinke stap heeft gezet om – andersoortige- spiegelinformatie te genereren. Door te leren van vergelijken en de op handen zijnde pilots en doorbraakprojecten loopt de ggz internationaal voorop met uitkomstenmetingen. Het professionele discours hierover zal gepast gebruik stimuleren. Daarnaast hebben partijen in het bestuurlijk akkoord afspraken gemaakt over de doorontwikkelagenda voor de verbetering van de DBC-systematiek. Toegewerkt wordt naar een situatie waarin de zorgvraagzwaarte inzichtelijk wordt gemaakt.

4.4 *Wie levert de zorg*

U beschrijft in deze paragraaf dat bij meerdere ggz-aandoeningen, waaronder dementie, meerdere beroepsgroepen zijn betrokken. Multidisciplinaire zorg en ketensamenwerking kenmerkt de ggz. U geeft u aan dat deze multidisciplinaire zorg en samenwerking in het meest gunstige geval leidt tot integrale zorg maar ook kan leiden tot competentiestrijd en concurrentie. Wij herkennen ons niet in deze laatste suggestie. Naar onze mening heeft deze niet onderbouwde alinea geen toegevoegde waarde en kan deze uit het rapport verwijderd worden.

In deze paragraaf schrijft u ook over de casus Europsyche. Een veldnorm betreffende het hoofdbehandelaarschap zal het 'Europsyche-probleem' niet oplossen. Ook de toelatingseisen voor de Zvw zullen tegelijkertijd moeten worden aangescherpt.

4.6 *Sturing door verzekeraars*

Gelet op alle maatregelen die in gang zijn gezet om gepast gebruik bevorderen, achten wij het volstrekt onnodig en onwenselijk, om terug te keren naar de situatie van het machtingenbeleid en ouderwets 'ziekenfondsdenken'. Terugkeer naar die situatie leidt tot een reductie van de toegankelijkheid alsook een toename van cliëntonvriendelijke bureaucratie en verspilling van schaarse middelen. Per verzekeraar afwijkende procedureafspraken leiden tot afwijkende toegangsvereisten voor patiënten met een wettelijk recht en tot een aanzienlijke administratieve lastendruk.

4.7 *Vergoeding uit het juiste kader*

De tabel op bladzijde 34 en 35 biedt een overzicht, maar kan enkel goed gelezen worden in samenhang met de kennis van richtlijnen en de principes van stepped care en matched care. In dit overzicht noemt u de DSM IV hoofdgroepen, met een selectieve weergave van enkele typen stoornissen die onder de betreffende hoofdgroep vallen. Uit uw rapport komt niet duidelijk genoeg naar voren dat alle typen stoornissen die vallen onder een DSM IV hoofdcategorie ook vallen onder de verzekerde geneeskundige ggz. GGZ Nederland ziet graag in een volgende versie van het rapport een duidelijke uitspraak, waarin wordt aangegeven dat alle in de DSM IV genoemde stoornissen die vallen onder de in de tabel beschreven hoofdcategorieën (tenzij expliciet uitgesloten zoals aanpassingsstoornissen), onder de verzekerde zorg vallen

In de tabel geeft u bij de stoornissen in de kindertijd bij de categorie 'overige stoornissen' niet aan of deze categorie wel of niet verzekerde zorg betreft.

U beveelt aan vormen van integrale bekostiging te onderzoeken voor de zorg aan dementerenden. Dit advies ondersteunen wij van harte.

Bij het advies over delier volgt u de richtlijnen (de stand van de wetenschap). De praktijk is echter dat complexe cliënten door ziekenhuizen worden doorverwezen naar de ggz, als het ziekenhuis 'er niet meer uitkomt' of het delirante gedrag niet kan hanteren. U stelt dat ziekenhuizen hun verantwoordelijkheid ook voor deze patiënten moet nemen. Regionaal verschilt de situatie waarin ziekenhuizen zijn toegerust op diagnostiek en het verblijf bij deze kleine, maar kwetsbare en complexe groep ouderen. Ook hier geldt ons inziens dat de zorg daar geboden moet worden, waar dit het beste kan. Hierbij sluiten we aan bij de herziene richtlijn delier waarin wordt gepleit voor lokale afspraken, vastgelegd in een lokaal delierprotocol. Medisch specialisten als de klinisch geriater, neuroloog en psychiater hebben een complementaire maar gelijkwaardige expertise. Waar gedragsproblemen en/of psychiatrische problematiek op de voorgrond staat is de psychiater de voor de hand liggende expert. Daarbij komt dat de consultatief psychiaters regelmatig niet in dienst zijn van het

ziekenhuis maar in dienst van de lokale GGZ-organisatie. In verschillende ziekenhuizen maken PMU-bedden deel uit van het bed-erkenning van de ggz-instelling. Derhalve zal het mogelijk moeten blijven om behandeling van een delier door de ggz te laten verrichten met de bijbehorende financiering.

De verslavingszorginstellingen hebben, voor patiënten met een delirium in het kader van onthoudingsbeelden, klinische voorzieningen waarin verslavingsartsen een leiden rol hebben. De overheveling van de behandeling van een onthoudingsdelirium zal kostenverhogend werken.

Eenzelfde redenering als bij delier geldt voor patiëntengroepen met een somatische aandoening, die voor bijkomende problematiek een zodanig beroep moeten doen op de ggz dat dit de consultatiefunctie overstijgt. U kunt hier bijvoorbeeld denken aan patiënten met niet aangeboren hersenletsel. Ook hier geldt dat de zorg geboden moet worden, daar waar dat het beste kan. Het maken van goede regionale afspraken kan voorkomen dat de continuïteit van zorg voor deze kwetsbare groepen in het gedrang komt.

Tot slot veronderstellen wij dat het onthouden van huisartsenzorg aan personen met persoonlijkheidsstoornissen een vergissing is.

Amsterdam, 3 juni 2013

Betreft: Gezamenlijke reactie op (herziene) concept rapport G-GGZ, deel 2

Geachte mevrouw Polman, Adviescommissie Pakket,

De LVE en de NVVP maken graag gebruik van de gelegenheid gezamenlijk te reageren op het herziene concept rapport G-GGZ, deel 2, dat u onlangs aan ons heeft doen toekomen.

Wij steunen de inspanning van het College (CvZ) om te komen tot een beheersing van de kosten in de GGZ, met als doel de GGZ betaalbaar en toegankelijk te houden voor iedereen die voor deze zorg in aanmerking komt. Dat was ook de voornaamste reden voor ons ondertekenen van het Bestuurlijk Akkoord GGZ (BA) en wij dragen ons steentje bij aan de verdere uitwerking ervan voor zover dat in de pas is met de afspraken zoals gemaakt in dat akkoord.

Uw conceptrapport richt zich op twee zaken, die u verder uitwerkt in uw advies. Ten eerste de begrenzing van de GGZ en ten tweede gepast gebruik. Dat is geen eenvoudige opgave, te meer daar de sector in transitie is en uw advies vergaande gevolgen kan hebben voor profiel en de positie van zorgaanbieders ten opzichte van het (te vergoeden) verzekeringspakket. In dat licht waarderen uw inspanningen. Zij dagen ons in hoge mate uit om uitgebreid te reageren.

U stelt in uw aanbiedingsbrief dat het vorige concept ingrijpend is gewijzigd. Helaas moeten wij in algemene zin constateren dat er wijzigingen zijn, maar niet van dien aard dat deze ingrijpend genoemd kunnen worden. Voor een deel blijft ons afzonderlijk commentaar op het vorige concept voor een groot deel dus staan; wij zullen deze in dit bestek niet uitgebreid herhalen. Onder verwijzing naar deze reacties zullen wij ons positief kritisch bedoelde vervolggcommentaar richten op het voorliggende laatste concept.

Ons verdere commentaar:

- Onze kritiek op het eerste concept, dat het CVZ-advies haaks stond op het BA, wordt nu gepareerd door regelmatig naar het BA te verwijzen en er op te wijzen dat het voorliggende concept er zelfs een uitvloeisel van is. Het CVZ stelt in dit nieuwe concept dat het geschreven is met de afspraken van het BA als uitgangspunt. Het BA wordt nu zelfs een aantal keren geciteerd, maar in feite wordt hetzelfde verhaal eigenlijk nog een keer verteld. .
- Een probleem is nu dat voordat het BA überhaupt is uitgevoerd het CVZ komt met pakketmaatregelen, het BA door de NZa op een zeer strikte manier dreigt te worden uitgelegd en de Inspectie (IGZ) in haar conceptrapport van januari 2013 alsnog de psychotherapeut uit de Gespecialiseerde GGZ verbant en uitspraken doet over het hoofdbehandelaarschap in de Generalistische Basis GGZ (GBGGZ). Gelukkig is het CVZ in onze ogen standvastig t.a.v. het hoofdbehandelaarschap. Hiermee neemt het CVZ in het ontstane debat een positieve en consequente positie in. Het neemt zoals het hoort het BA als uitgangspunt en stelt dat de psychotherapeut ook als hoofdbehandelaar kan optreden in de Gespecialiseerde GGZ. Verzekeraars dienen vervolgens het hoofdbehandelaarschap in de polis op te nemen.
- Hoewel het CVZ zelf aangeeft dat de scheiding tussen klachten en stoornissen niet altijd gemakkelijk te maken is, doet het CVZ het vervolgens toch. Hetzelfde zien we bij de behoefte aan een prognostische zorgvraagzwaarte op cliëntniveau: "We weten wel dat het nog niet kan, maar we willen het toch, dus gaan we het doen." Teleurstellend vinden wij het dan ook dat het

CVZ vasthoudt aan dat onderscheid tussen psychische klachten en psychische stoornissen. Afhankelijk van de complexiteit worden psychische klachten behandeld door de huisarts; psychische stoornissen door een eerstelijns-/GZ-psycholoog, psychotherapeut, klinisch (neuro)psycholoog of psychiater. Wat ons betreft zou er geen onderscheid moeten zijn tussen klachten en stoornissen als uitgangspunt voor financiering van de interventie. Het is een perverse prikkel en bovendien een onjuist uitgangspunt: aan klachten kan wel degelijk een stoornis ten grondslag liggen.

- Het CVZ beveelt ook aan om de aanpassingsstoornissen uit te sluiten van het verzekerde pakket, tenzij er richtlijnen over deze diagnoseclassificatie verschijnen. Dan kan heroverweging plaatsvinden. Wij zijn van mening dat aanpassingsstoornissen tot het verzekerde pakket moeten behoren.
- Hoewel er minder rigoreus geschrapt wordt dan in het eerste concept, wordt nog steeds louter gebruik gemaakt van de DSM IV. Tevens besluit het CVZ dat we voorlopig nog met de DSM IV (moeten) blijven werken. Wij zijn pertinent tegen het 'winkelen' in de DSM.
- Het CVZ stelt voor om voor de V-code seksueel misbruik en huiselijk geweld een (aparte) prestatiebeschrijving te maken. Dat voorstel ondersteunen wij.
- Over de rol van verzekeraars doet het CVZ vele richtinggevende uitspraken. Dat is ook niet vreemd, aangezien een verzekeringspakket uitgevoerd wordt indachtig de wet- en regelgeving en rollen van betrokken partijen in het stelsel. Opvallend is dat het College expliciet aandacht besteedt aan de rol van verzekeraars waar het gaat om gepast gebruik. Het College beveelt aan dat verzekeraars meer materiële controles uitoefenen, bepalen wat verstaan wordt onder de 'stand der wetenschap', meer gebruik maken van inzage in cliëntdossiers en een hoofdbehandelaarscheck uitvoeren. Ook pleit het College voor vermelding van de diagnose op de factuur. Wij zijn van mening dat aan deze voorstellen, een nog verdere uitbreiding van de rol van zorgverzekeraars, forse privacyrisico's kleven. Heeft CVZ hier de consequenties van gewogen? In het kader van een levelplayingfield is het ongewenst dat de rol (macht) van verzekeraars te groot wordt. Bovendien dreigt het CVZ de zorgverzekeraars op de stoel van de professionele aanbieders te zetten door te stellen dat het primair aan zorgverzekeraars is om uitspraken te doen over wat de stand van de wetenschap is. Wat onder de stand van de wetenschap verstaan wordt zou onder leiding van een groep inhoudelijk deskundigen beoordeeld moeten worden; los van hun rol zijn zorgverzekeraars daar niet voor geëquipeerd.
- De aarzeling om klachten en dergelijke door huisartsen te laten behandelen (zoals in het eerste concept) is nu vervallen. Alles wat geen verzekerde geneeskundige GGZ is valt nu onder de huisarts (poh-GGZ). Hiermee wordt de huisarts het "afvoerputje" van de GGZ, te meer daar een ferme en naar onze mening quasi exacte knip wordt aangebracht tussen dat wat als klacht gezien moet worden en wat als stoornis. Het licht dat daarmee ontstoken wordt in een 'schemergebied' is o.i. te fel. Het CVZ beschrijft dat het onderscheid klacht en stoornis in de praktijk is ingeburgerd. Wij zijn hierover zeer verbaasd. Een stoornis bestaat immers uit een bepaald aantal specifieke klachten. Alleen die klachten die in de westerse samenleving vaak voorkomen, worden 'verheven' tot de status van stoornis. Het begrip ziekte last lijkt tevens binnen dit kader niet meer aan de orde en dat is vreemd. Om de ernst van klachten en de noodzaak tot behandelen aan te geven zijn er meer manieren denkbaar dan alleen het internationale onderscheid zoals beschreven in de DSM-IV. De LVE heeft hiervoor bijvoorbeeld een beoordelingstabel voor zorgvraagzwaarte ontwikkeld die aansluit bij de beleving van de patiënt en meer recht doet aan de dagelijkse praktijk van de zorgprofessional in de generalistische basis GGZ.
- Opvallend is dat in dit nieuwe concept vrijwel alles aan de huisartsenzorg wordt toegeschreven; zo tellen wij 18x huisartsenzorg en 15x G-GGZ (tabel op p. 34 en 35). Van die 15x G(geneeskundige)-GGZ tellen we 8x aandoeningen die vooral of uitsluitend in de gespecialiseerde GGZ thuishoren. Hierbij wordt ook opmerkelijk vaak genoemd dat de huisartsen voor veel aandoeningen goede NHG-standaarden hebben. Over hoe en of die in de praktijk worden toegepast wordt verder niet uitgewijd. Het probleem is dat hiermee aan de huisartsenzorg een volume en aard van GGZ-problematiek wordt toegeschreven zonder dat wordt bekeken of dit in de praktijk wel kan worden waargemaakt.

- Dat brengt ons op een volgend punt: de ambivalentie van de positie van de GBGGZ en de visie die hierover doorklinkt in het concept van het CVZ. Tussen de regels door is duidelijk dat de kern van de GGZ de GBGGZ dient te zijn/te worden. Dat zou evenwel een eigen identiteit en functie binnen het zorgstelsel betekenen. Maar in de stukken lezen we daar verder niets over, maar wel dat de GBGGZ soms het voorportaal van de Gespecialiseerde GGZ dient te zijn en soms de achterdeur voor de huisarts. Veel discussies over de zorg die binnen de GBGGZ geleverd dient te worden hebben hier als gevolg van deze perspectiefwisselingen mee te maken. Als de GBGGZ een zelfstandig echelon/sector is met een eigen generalistisch karakter die het midden houdt en staat tussen de huisartsenzorg (includerend, klachten en contextgericht) en de Gespecialiseerde GGZ (stoornisgericht, zeer complexe zorg), dan moet het niet een beetje van het een en een beetje van het ander zijn, want dan verval je in een voortdurende discussie van wie welk beetje doet en wanneer. Dus er dient ruimte gegeven te worden om de eigen identiteit van de GBGGZ in te vullen.
- Het voorliggende (herziene) concept is nog meer naar het medisch model toegeschreven dan het vorige concept. Het begrip zorgvraagzwaarte wordt alleen genoemd, maar niet als invalshoek gebruikt. En niet wat een psychologische behandeling zou kunnen betekenen wordt bekeken, maar uitsluitend wat een ziekte aan economische schade oplevert als die onbehandeld wordt gelaten. Het lijkt er nu op alsof de GGZ het kind van de rekening is, terwijl in de medisch specialistische zorg nog volop klachten worden gediagnosticeerd en behandeld.
- Binnen het BA is o.a. afgesproken dat de GGZ gelijk behandeld dient te worden als de Algemene Gezondheid Zorg (AGZ). Dit zou ook moeten gelden voor de verwijzingen. Wij vragen ons af of CVZ vergelijkbare adviezen over verwijzing doet of heeft gedaan binnen de AGZ. Mag er binnen de AGZ alleen die zorg worden geleverd waar richtlijnen voor bestaan, zoals er in dit rapport mee wordt omgegaan? Moet de huisarts de diagnose(indicatie) stellen en de ziektelast bepalen eer hij naar de internist doorverwijst? In het BA zijn nu net criteria afgesproken voor triage door de huisarts die gebruikt gaan worden voor al of niet verwijzing naar de GBGGZ; de huisarts gaat dus niet diagnosticeren.
- Kostentechnisch is het de vraag of de standpunten van het CVZ gaan werken. Zo staat op pagina 21 van het rapport 'Preventie bij problematisch alcoholgebruik' geciteerd. Het is onduidelijk welk rapport wordt bedoeld, maar wij maken op dat huisartsenzorg goedkoper is dan de huidige eerstelijnspsychologische zorg. Hierbij wordt de effectiviteit van twee consulten bij de huisarts vergeleken met de effectiviteit van één consult bij de huisarts plus vijf gesprekken eerstelijnspsychologische hulp. Met andere woorden: als het om preventie gaat is de huisarts in één consult van 20 minuten dan net zo effectief als de eerstelijnspsycholoog in vijf consulten van 45 minuten? Wij weten inmiddels dat 1 fte poh-GGZ per saldo duurder is dan 1 fte ELP i.c. de huidige EPZ (de totale kosten van een renderende poh-GGZ is nu al gelijk aan ca. 1,3 fte totale kosten eerstelijnspsycholoog). Ook zonder eigen bijdrage in de eerstelijns GGZ en/of generalistische basis GGZ zal dit nog steeds het geval zijn.
- De discussie over preventie is er één van grijsachtig blauw en blauwachtig grijs en de zucht naar 'meetbare resultaten'. Preventieve zorg is toe aan vernieuwing waarbij de fasering een stap in de goede richting zou zijn, conform de opvatting van de heer Beekman, voorzitter van de NVvP.
- Het rapport bevat een overzicht aan interventies die wel of niet tot het verzekerde pakket behoren. Deze lijst is o.i. (te) eenzijdig door medisch adviseurs van zorgverzekeraars opgesteld. Natuurlijk kunnen wij ons vinden in het uitsluiten van interventies die niet 'GGZ-proof' zijn, denk aan Reiki. Wij vinden echter dat andere interventies, zoals psychoanalyse, onterecht op de lijst van negatieve interventies zijn gezet. Maar vooral het feit dat het CVZ te nadrukkelijk op de stoel van de behandelaar gaat zitten stoort ons. Op pag. 38 stelt het CVZ bijvoorbeeld dat bij acute stressstoornis cognitieve therapie is aanbevolen. Het is niet aan het CVZ te bepalen welke interventies gepleegd moeten worden, dat is aan de behandelaar. Wij wijzen in dit verband ook nadrukkelijk op het belang van practise- naast evidence-based interventies. Daarnaast storen wij ons aan het feit dat veldpartijen en inhoudelijk deskundigen (zoals hoogleraren) niet zijn betrokken bij de totstandkoming van de lijst. Een aantal hoogleraren heeft al eerder aangegeven dat een aantal interventies dat als niet verzekerde

zorg bestempeld is, discutabel is en wel degelijk tot de verzekerde zorg zou moeten behoren, omdat hierover voldoende literatuur en richtlijnen aanwezig zijn.

De lijst schijnt dynamisch te zijn, echter op grond van welke methode kan een interventie opnieuw heroverwogen worden? In het kader van het uitgangspunt van het BA, namelijk 'partijen zijn gezamenlijk verantwoordelijk voor de GGZ', zijn wij van mening dat de dynamische lijst van interventies in gezamenlijkheid tot stand had moeten komen.

In het voorliggende concept staan ook nog een aantal specifiekere knelpunten en/of onjuistheden, die we tot slot nog willen benoemen:

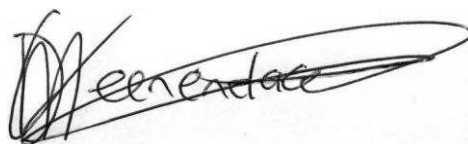
- Er wordt nadruk gelegd op de 'stand van de wetenschap' m.a.w. op de richtlijnen. Hierbij dient echter uitdrukkelijk opgemerkt te worden dat de GBGGZ een flinke achterstand heeft omdat tot op heden al het onderzoeksgeld naar de tweedelijns i.c. de Gespecialiseerde GGZ (stoornisgerichte richtlijnen) is gegaan. Het CVZ-advies zien wij dan ook als bevestiging dat er met spoed geld en aandacht geschonken moet worden aan generalistische richtlijnen, dus niet zijnde louter op geïsoleerde stoornissen gerichte richtlijnen. De LVE is hiermee op eigen kosten, met beperkte middelen al begonnen.
- Op verschillende plekken worden voor- en nadelen benoemd die gepaard gaan met het functioneel omschrijven van de zorg in relatie tot de wettelijke eisen volgens de Wet BIG. Wij dringen er op aan om de discrepantie tussen functionele omschrijving van zorg en kwaliteitseisen en bevoegdheden die gekoppeld zijn aan opleidingen te bespreken om problemen à la Europsyche te voorkomen en de kwaliteit van zorg te bewaken.
- Onterecht stelt het CVZ dat er geen data beschikbaar zijn van adequate behandelingen van aanpassingsstoornissen. De LVE kan samen met het Nivel bijvoorbeeld data leveren over de positieve resultaten van de behandeling van de patiënten met een aanpassingsstoornis gekoppeld aan behandelresultaten (GAF, aantal sessies, patiëntkenmerken en therapietrouw) over een periode van de afgelopen 5 jaar. Als dit zo is, zou dat op basis van de aannames van CVZ dan vervolgens betekenen dat geregistreerde LVE-leden voortaan wel aanpassingsstoornissen kunnen gaan behandelen?
- In de tweedelijns./specialistische GGZ hebben vrijgevestigden tot 2008, toen de diagnose-behandel-combinaties (DBC's) werden ingevoerd, gewerkt met de verplichte intercollegiale toetsing voor vervolgbehandelingen. Dit systeem werkte naar tevredenheid. De NVVP pleit voor herinstructie van intercollegiale toetsing en adviseert het CVZ om bij langdurige DBC's (> 1800 minuten) een verplicht intercollegiale toetsing te hanteren. Peer-to-peer reviews zijn bewezen effectief. Voor een vervolg-DBC zou minimaal toestemming moeten zijn van twee collega's. Zij beoordelen al dan niet voortzetting van de behandeling o.b.v. het behandelplan. Een behandeling kan alleen voortgezet worden als minimaal twee collega's toestemming hebben gegeven, inclusief handtekening, dat de behandeling nog niet afgerond kan worden en er een vervolg-DBC geopend kan worden. Op deze manier wordt een drempel ingebouwd die de 'achterkant' van het financieringssysteem als het ware beschermt tegen onnodig lang doorbehandelen.

Wij vertrouwen erop dat wij u met dit uitgebreide commentaar van dienst hebben kunnen zijn met de uitvoering van uw belangrijke taak en u hebben kunnen overtuigen van onze welwillendheid om met u mee te denken en alternatieven aan te reiken.

Met vriendelijke groet,
namens de LVE en de NVVP,



Drs. D. (Dick) Nieuwpoort, directeur LVE



Drs. J. (Judith) Veenendaal, directeur NVVP



CVZ

T.a.v. Mw. P. Polman

Email: postbusza@cvz.nl

Utrecht, 3 juni 2013

Ons kenmerk: U-1306112

Betreft: reactie concept rapport G-GGZ, deel 2

Geachte mevrouw Polman,

De Nederlandse Vereniging voor Klinische Geriatrie (NVKG) heeft uw email d.d. 24 mei jl. met verzoek om reactie op bovengenoemd onderwerp in goede orde ontvangen. Wij ontvingen reeds een eerdere versie van dit rapport in januari van dit jaar, waarop wij commentaar hebben gegeven.

In dit concept rapport wordt een beeld geschetst van een toekomstbestendige GGZ. Over het algemeen willen wij u complimenteren met een veel evenwichtiger inhoud van het rapport.

De NVKG onderschrijft de stellingname van het CVZ van harte waar het gaat over de rol van de GGZ in de ketenzorg van dementie en is bereid daarin ook haar verantwoordelijkheid te nemen om die rol verder uit te werken.

Ten aanzien van de stellingname over delier zien we de beperking van richtlijnen als uitgangspunt voor macropolitieke keuzes. De NVKG is het volledig met u eens dat het primaat van diagnostiek en behandeling van het delier primair in het algemeen ziekenhuis ligt. Dat laat onverlet dat vervolg of zelfs electieve delier-diagnostiek en -behandeling ook bewust plaatsvindt in de GGZ.

Hier kan bijvoorbeeld aan gedacht worden bij patiënten die in het algemeen ziekenhuis vanwege gedrag, chroniciteit of complexe psychiatrische problemen niet hanteerbaar zijn of zoals bijvoorbeeld bij delier dat optreedt bij detoxificatie van alcohol patiënten.

Een bijzondere groep vormen de patiënten met een delier die op grond van gevaarcriteria met een IBS of RM in de psychiatrie moeten worden opgenomen.



Wij bestrijden de negatieve beeldvorming ten aanzien van de verantwoordelijkheid van zowel algemeen ziekenhuizen als GGZ-instellingen. Van belang is juist te voorkómen dat goede regionale afspraken over patiëntenzorg in en tussen eerste en tweede lijn worden gebruuskeerd ten koste van de individuele patiënt. De consequentie van verschuiving van GGZ richting algemeen ziekenhuis bij delier zal leiden tot langere ligduur in het veel duurdere algemeen ziekenhuis. De NVKG vraagt zich af is of dat werkelijk de richting is die wenselijk is.

Verder hebben wij de volgende vraag: uit de tabel op blz. 34 lijkt op te maken dat uw voorstel is om psychische stoornissen door een somatische aandoening niet langer in de G-GGZ te laten behandelen. In de tekst wordt hieraan niet gerefereerd. Is hier een vergissing in uw tabel geslopen, of is dit een bewust keuze? Wanneer dat laatste het geval is, dan lijkt dit de NVKG geen juiste keuze, waarbij wij wijzen op de argumenten die wij hebben verwoord over de ketenzorg dementie in reactie op uw eerdere concept.

In het huidige rapport mist de NVKG tenslotte de rol van de klinisch geriater in de diagnostiek en behandeling van dementie en delier in de GGZ. Wij delen de opvatting dat hoofdbehandelaarschap in de specialistische GGZ uitgebreid dient te worden, naast de door Inspectie genoemde psychiater en klinisch psycholoog, en hebben dit reeds kenbaar gemaakt aan IGZ. Wij verwijzen hiervoor naar de brief van de NVKG d.d. 31mei 2013 aan de Inspectie, zie bijlage.

Dank voor de gelegenheid te mogen reageren en nogmaals in grote lijn complimenten voor dit tweede concept advies.

Met vriendelijke groet,

Dhr. P. Jue
Voorzitter

Cc: GGZ Nederland
NVvP

p/o

Mw. M. Hartgerink
Bestuurslid, portefeuillehouder GGZ

Bijlage: brief NVKG d.d. 31-5-2013 aan IGZ m.b.t. hoofdbehandelaarschap



IGZ
T.a.v.
Postbus 2680
3500 GR Utrecht

Utrecht, 30 mei 2013

Ons kenmerk: U-1305109

Betreft: conceptadvies IGZ hoofdbehandelaarschap in de gespecialiseerde GGZ

Geachte heer/mevrouw,

De Nederlandse Vereniging voor Klinische Geriatrie (NVKG) reageert middels dit schrijven op bovengenoemd conceptadvies. In dit advies wordt voorgesteld dat slechts een psychiater en een klinisch psycholoog hoofdbehandelaar binnen de gespecialiseerde GGZ zouden kunnen zijn. Wij willen u er graag op wijzen dat een klinisch geriater voldoet aan de door u geformuleerde eigenschappen om hoofdbehandelaar binnen de gespecialiseerde GGZ te zijn.

De klinisch geriater is een BIG-geregistreerd medisch specialist, die is opgeleid om specialistische zorg te bieden aan een hoogcomplexe doelgroep met meervoudige zorgvragen. Binnen de GGZ betreft dit met name ouderen met de diagnose dementie en delier. Juist bij deze doelgroep is brede diepgaande biopsychosociale kennis en inzicht nodig voor een kwalitatief hoogstaande en verantwoorde behandeling.

De opleiding klinische geriatrie vindt plaats binnen de gespecialiseerde GGZ (geriatrie in de GGZ/Ouderenpsychiatrie) gedurende één van de vijf opleidingsjaren.

Dit jaar in de GGZ is onder andere bedoeld om de competenties te verwerven om in de GGZ te kunnen werken als hoofdbehandelaar voor eerder genoemde doelgroep.

De kwalificaties van de klinisch geriater zijn zodanig, dat zonder twijfel voldaan kan worden aan de negen criteria zoals die door u geformuleerd zijn en die voor een adequate invulling van het hoofdbehandelaarschap essentieel zijn.



De huidige praktijk is dat op verschillende plaatsen in de 2^e-lijns psychiatrie een klinisch geriater hoofdbehandelaar is voor ouderen met organisch psychiatrische stoornissen. Ons inziens is er geen reden om deze praktijk te veranderen.

Wij verzoeken u dan ook om uw advies aan te passen en naast de genoemde specialisten ook de klinisch geriater als hoofdbehandelaar in de gespecialiseerde GGZ aan te wijzen.

Wij zien uw reactie graag tegemoet.

Met vriendelijke groet,

Dhr. P. Jue
Voorzitter NVKG

p/o

Mw. M. Hartgerink
Bestuurslid, portefeuille GGZ

Cc : VWS
NVvP
GGZ Nederland

Reactie VAGZ op het 2^{de} concept rapport deel 2 van het CVZ dd mei 2013

Er zijn op tal van onderdelen uit het rapport, ook op detailniveau, de nodige relevante op- en aanmerkingen te maken. Daar deze over het algemeen genoegzaam bekend zijn door de eerdere input van VAGZ-AG's op dit dossier via het KCGGZ van ZN, beperken we ons in deze fase op een reactie op hoofdlijnen, hier en daar aangevuld met enkele belangrijke detail-opmerkingen.

De belangrijkste opmerking betreft de observatie dat de duidingen in dit 2^{de} concept rapport deel 2 op belangrijke onderdelen veel minder expliciet zijn dan in het eerste conceptrapport, waardoor er naar ons oordeel onnodig (te) veel interpretatie ruimte voor het veld blijft bestaan en individuele verzekeraars zelf met het veld tot een nadere invulling zullen moeten komen met een niet onaanzienlijk risico voor "ongelijke behandeling" en het minder (juridisch) bezwaar-proof zijn van de uitvoeringspraktijk.

Oorzaken c.q. verklaringen voor het minder expliciet zijn van de duidingen zijn:

- Het feit dat het CVZ in haar rapport de term "Ziekte" wel centraal zet ter beoordeling van de begrenzing van de geneeskundige GGZ onder de ZVW maar dit begrip vervolgens naar onze overtuiging ten onrechte als synoniem neemt voor het begrip "stoornis" binnen de DSM IV. Onder de stoornissen binnen de DSM IV bevinden zich immers ook veel aandoeningen die niet als Ziekte (-proces) kunnen worden geduid maar als een persisterende mentaal toestandsbeeld waarvoor curatie niet en medische stabilisatie nauwelijks een rol spelen.
- In dit verband valt ook op dat het CVZ in haar rapport noch in het kader van de 'begrenzing' noch in het kader van 'gepast gebruik', met betrekking tot Geneeskundige GGZ zorg c.q. curatieve GGZ (expliciet) spreekt in termen van "zorg primair gericht op genezing (curatie) dan wel medische stabilisatie"; dit in onderscheid van zorg primair gericht op zelfredzaamheid en/of participatie behorend tot het zorgdomein van de AWMB respectievelijk de WMO en niet behorend tot het zorgdomein van de ZVW. Doordat CVZ dit onderscheid in haar rapport niet helder hanteert blijft hierover voor de uitvoeringspraktijk onduidelijkheid bestaan.
- Ook is het CVZ in haar rapport minder expliciet in haar duidingen in de lijst met DSM IV as I en as II stoornissen en het CVZ wijkt hierbij op onderdelen ook af van duidingen in het 1^{ste} concept rapport zonder hiervoor een verklaring/onderbouwing te geven.
 - Zo is onder 'd. overige stoornissen' onder hoofdgroep 'stoornissen in de zuigelingentijd en adolescentie', niet aangegeven of deze wel dan niet onder de ZVW vallen terwijl in het eerder rapport dit wel per stoornis werd aangegeven (te weten, de meeste niet en sommige wel.)
 - Terwijl dementie eerder (na diagnosestelling) niet als primaire diagnose voor GGZ-zorg in aanmerking kon komen, zou dit nu af hangen van de regionale situatie.
(Nb. Ook wij zijn voor een geïntegreerde bekostigingssystematiek voor Dementie. Doch tot dat die er is, heeft een (risicodragende) verzekeraars duidelijkheid nodig over de financieringswijze en kan zij in de uitvoeringspraktijk niet werken met regionale verschillen m.b.t hoe de zorg georganiseerd is en dienovereenkomstig gefinancierd zou moeten worden.)
Ergo, voor het moment zijn wij van mening dat de duiding zoals in het 1^{ste} concept deel 2 rapport m.b.t. dementie was uitgewerkt voorlopig leidend zou moeten zijn.
 - T.a.v. de aan middelen gebonden stoornissen wordt m.b.t. psychotische, stemmings- en angststoornissen als gevolg van intoxicatie aangegeven dat deze tot de HA/G-GGZ zorg behoren. Betekent dit dat de overige aan middelen gebonden stoornissen niet tot de verzekerde G-GGZ zorg horen?? Waarschijnlijk niet?! Wij stellen voor dat het CVZ in het definitieve rapport de duidingen in deze overneemt zoals die reeds in het 1^{ste} conceptrapport stonden eventueel weergegeven in geclusterde vorm i.p.v. per individuele DSV-IV stoornis.

Als reden voor een minder expliciet duiding van de begrenzing van de G-GGZ en het gepast gebruikt verwijst het CVZ naar de duidelijkheid die zal komen vanuit de toekomstige richtlijnontwikkeling onder leiding van de LSKS. Wij willen het CVZ er op wijzen dat het nog jaren kan duren (dan wel zal duren) vooraleer dit tot werkbare nadere duidingen zal leiden waarbij (zoals CVZ dat terecht als vereiste aangeeft) er ook een transparante relatie gelegd kan worden tussen enerzijds de richtlijnen anderzijds de bekostigingstitels. Tot die tijd zijn

(risicodragende) verzekeraars afhankelijk van ondubbelzinnige c.q. sluitende duidingen van het CVZ. Ergo, wij vragen het CVZ in haar finale rapport toch wat explicieter te zijn in haar uitspraken/duidingen en verwijzen hierbij onder andere naar de hierboven aangegeven aspecten die daarbij meegenomen zouden kunnen worden.

NB. Niet-geneeskundige Activerende begeleiding c.q. begeleiding in de AWBZ/WHO

Tijdens een eerder gelegenheid hebben ZV's/AG's bij CVZ het probleem van de (oude functie) niet-geneeskundige activerende begeleiding (AB) vs. de (nieuwe functie) begeleiding aan de orde gesteld. Per 1/1/09 werd AB opgesplitst in een deel dat naar AWBZ functie behandeling ging een deel dat samen met de oude functie ondersteunende begeleiding naar de nieuwe functie begeleiding ging. Het deel van de niet-geneeskundige AB dat niet onder de nieuwe definitie begeleiding viel maar in 2008 (dus ook na de overheveling) nog wel een gewone legitieme aanspraak in het kader van de AWBZ was, kon voor de GGZ echter niet naar de AWBZ functie behandeling gaan omdat psychiatrie als grondslag voor behandeling in de AWBZ verdwenen was¹. Een in principe legitieme AWBZ-aanspraak (ook na de overheveling) was hiermee dus onbedoeld verdampt. Dit is des te wranger voor chronische c.q. medisch stabiele GGZ-cliënten daar juist zij vooral behoeften hebben aan een goede ondersteuning m.b.t. het effect van hun blijvende tekortkomingen op de zelfredzaamheid en participatie. Het oude begrip AB bood namelijk veel meer mogelijkheden (aan niet-geneeskundige interventies als cursussen ed.) dan het huidige begrip begeleiding dat vrijwel enkel in een relatief passieve (*i.e.* niet-activerende) begeleiding voorziet. AG's pleiten er dan ook voor dat de ongelukkige, onbedoelde effect van de maatregel uit 2009 alsnog wordt rechtgezet. Wij begrijpen dat dit niet overnacht realiseerbaar is, maar schatten in voor 2014 e.v. realiseerbaar moet kunnen zijn door in de regelgeving voor 2014 een aanpassing van het begrip begeleiding door te voeren waarbij er in de aanspraak begeleiding meer ruimte komt voor de ouderwetse niet-geneeskundige AB, zodat bijvoorbeeld cursussen in het kader van de bevordering van zelfredzaamheid en participatie mogelijk maakt voor GGZ-cliënten met blijvende tekortkomingen die effect hebben op de (ontwikkeling van) die zelfredzaamheid en participatiemogelijkheden.

Wij danken het CVZ dat zij ons als VAGZ in de gelegenheid heeft gesteld om een bijdrage te leveren in de totstandkoming van het definitieve rapport.

¹ Dit omdat men er van uit ging dat iedere 'behandeling' i.v.m. psychiatrische cliënten een geneeskundige behandeling zou zijn; wat overigens geen correcte aanname was.

College voor zorgverzekeringen
t.a.v. mevrouw mr. J.M. van Diggelen
Postbus 320
1110 AH DIEMEN

Wormerveer, 3 juni 2013

Betreft: Concept Rapport G-GGZ, Deel 2

Geachte mevrouw Van Diggelen,

Ruim een week geleden heeft het College voor Zorgverzekeringen (CVZ) het 'Concept Rapport G-GGZ, Deel 2' openbaar gemaakt. De Nederlandse wetenschappelijke Vereniging voor Seksuologie (NVVS) is een van de partijen die van het CVZ de gelegenheid krijgt om hierop vóór 4 juni a.s. te reageren. Daarvoor zijn wij u zeer erkentelijk. In dit concept-rapport worden voorstellen gedaan die voor de behandeling van patiënten met seksuele stoornissen en genderidentiteitsstoornissen desastreuze gevolgen zullen hebben en waar de NVVS dan ook grote moeite mee heeft. Vandaar dat wij van deze mogelijkheid graag gebruik maken.

Tekst concept-rapport

In paragraaf 4.7 van het concept-rapport - GGZ interventies vergoeden vanuit het juiste kader – stelt het CVZ: “De minister en later ook de partijen van het Bestuurlijk Akkoord, hebben ons in aansluiting op het rapport G-GGZ deel 1 gevraagd om een duidelijker afgrenzing van wat wel en niet verzekerd is, en ten laste van welk financieel kader GGZ interventies gebracht moeten worden. Hiertoe hebben wij alle clusters, opgenomen in de DSM IV, nader bezien. Per cluster geven we hierna aan of deze zorg verzekerd is en ten laste van welk kader deze zorg gedeclareerd kan worden. Hierbij sluiten we aan op bestaande richtlijnen van de beroepsgroep.” In de tabel die in deze paragraaf is opgenomen wordt met betrekking tot cluster 11 – Seksuele stoornissen en genderidentiteitsstoornissen – vermeld dat die verzekerd is: de parafilieën vanuit de ‘ZVW G-GGZ’, de overige seksuele stoornissen en genderidentiteitsstoornissen vanuit de ‘Huisartsenzorg / medisch specialistische zorg’.

Ter toelichting wordt het volgende opgemerkt: “Zorg voor een deel van de stoornissen (exhibitionisme, fetisjisme, frotteurisme, pedofilie, seksueel masochisme, seksueel sadisme, fetisjistisch transvestitisme, voyeurisme, parafilie NAO) is verzekerde G-GGZ.” “Voor de overige binnen deze DSM categorie vermelde seksuele stoornissen en genderidentiteitsstoornissen is indien nodig zorg van somatisch medisch-specialistische zorg aangewezen. Seksuologische zorg valt in beginsel niet onder de aanspraak G-GGZ. Bij de meeste seksuologische stoornissen spelen zowel biologisch-fysieke als psychologische en mogelijk ook sociale factoren een rol. Veel van de stoornissen kunnen uitstekend behandeld worden binnen de huisartsenpraktijk. Er is bijvoorbeeld een NHG-standaard erectiele dysfuncties (2008). Zo nodig vindt doorverwijzing naar de tweede lijn plaats, bijvoorbeeld naar een polikliniek seksuologie in een algemeen ziekenhuis. De diagnostiek en behandeling zijn in elk geval onderdeel van de somatisch-specialistische zorg, waarbij nauwe samenwerking met seksuologen en psychologen/psychotherapeuten borg staat voor een integrale benadering.”

Richtlijnen beroepsgroep

In het concept-rapport van het CVZ wordt voorgesteld om in de nabije toekomst alleen de hulpverlening bij parafilieën vanuit de ‘ZVW G-GGZ’ te vergoeden. Bij de overige seksuele stoornissen en genderidentiteitsstoornissen uit de DSM-IV zou, anders dan nu het geval is, vergoeding vanuit de ‘Huisartsenzorg / medisch specialistische zorg’ volstaan.

De beslissing om de hulpverlening bij de overige seksuele stoornissen en genderidentiteitsstoornissen uit de DSM-IV niet te vergoeden vanuit de 'ZVW G-GGZ' zou gebaseerd zijn "op bestaande richtlijnen van de beroepsgroep", zo wordt in het concept-rapport vermeld. Ons zijn echter geen richtlijnen bekend - noch van de NVVS, noch van andere beroepsverenigingen - waaruit af te leiden zou zijn dat:

1. alleen bij de parafilieën hulp binnen de GGZ op zijn plaats is, en
2. bij de overige seksuele stoornissen en genderidentiteitsstoornissen uit DSM-IV door de huisarts zou moeten worden verwezen naar de tweedelijns somatische gezondheidszorg (bijvoorbeeld een polikliniek seksuologie) en niet naar de tweedelijns GGZ (bijvoorbeeld een multidisciplinair seksuologisch team).

In de toelichting in het concept-rapport wordt door het CVZ expliciet verwezen naar de NHG-standaard erectiele disfunctie (Leusink e.a., 2008) – uiteraard slechts één van de seksuele disfuncties. In tabel 3 van deze standaard – Indicaties voor consultatie of verwijzing – wordt aangegeven wanneer het voor een huisarts zinvol is om een patiënt met een erectiele disfunctie te verwijzen naar een seksuoloog-NVVS (arts/psycholoog) en wanneer naar een uroloog. Deze seksuoloog kan, behalve in de somatische gezondheidszorg, echter ook werkzaam zijn in de GGZ! Indien de erectiestoornis van de patiënt samenhangt met (andere) psychopathologie – volgens de tabel een van de redenen om naar een seksuoloog-NVVS te verwijzen - ligt een verwijzing naar een seksuoloog in de GGZ ook zeer voor de hand.

Huisartsenzorg / medisch specialistische zorg

In het concept-rapport stelt het CVZ dat veel van de overige seksuele stoornissen en genderidentiteitsstoornissen "uitstekend behandeld" kunnen worden binnen de huisartsenpraktijk. Deze stelling is onjuist. Huisartsen kunnen seksuele en genderidentiteitsstoornissen signaleren, daarbij eenvoudige diagnostiek toepassen (op somatisch én psychosociaal gebied) en bij de seksuele disfuncties: informatie & advies geven en op medicamenteuze wijze behandelen. Daarna zullen zij patiënten met dit soort problemen toch echt verwijzen (Vroege, Nicolaï & Van de Wiel, 2001; Kedde, Donker & Leusink, 2013).

Wat de verwijzing door de huisarts naar de tweedelijns somatische gezondheidszorg (bijv. een gynaecoloog, uroloog of polikliniek seksuologie) betreft: zo'n verwijzing is bij veel seksuele stoornissen en genderidentiteitsstoornissen helemaal niet adequaat. De poliklinieken seksuologie in de ziekenhuizen zijn gericht op seksuele disfuncties die samenhangen met (andere) lichamelijke aandoeningen, niet op seksuele disfuncties die samenhangen met (andere) psychische aandoeningen (Ramakers e.a., 2005). Ook seksuele-identiteitsstoornissen (parafilieën, genderidentiteitsstoornissen en problemen met de seksuele oriëntatie) en hyperseksualiteit (volgens sommigen een seksuele disfunctie NAO, volgens anderen een seksuele stoornis NAO) zijn in principe niet de stoornissen waar de polikliniek seksuologie (en de gynaecoloog of uroloog) zich op richt. Binnen een aantal Academische Ziekenhuizen bestaan Genderteams die zich richten op patiënten met genderidentiteitsstoornissen. Deze teams zijn er echter vooral om te beoordelen of patiënten voor geslachtsaanpassing in aanmerking komen en om zo'n geslachtsaanpassing eventueel ook te realiseren. Voor de verdere behandeling en/of begeleiding zijn deze patiënten aangewezen op hulpverleners binnen de GGZ, bij voorkeur bij een instelling in de eigen regio.

Wat de financiering van de poliklinieken seksuologie in de ziekenhuizen betreft: daarover worden in het concept-rapport van het CVZ geen uitspraken gedaan. Met de invoering van de DOT's zijn de mogelijkheden om binnen de ziekenhuizen de hulpverlening bij seksuele stoornissen op adequate wijze vorm te geven enorm beperkt. Dat heeft geleid tot het sluiten van poliklinieken seksuologie en tot het ontslaan van personeel. Die ontslagen zijn met name gevallen bij de "seksuologen en psychologen/psychotherapeuten" die volgens het concept-rapport van het CVZ borg zouden staan voor een integrale benadering.

Seksualiteitshulpverlening in Nederland

Ruim tien jaar geleden werd op verzoek van de Minister van VWS door het Nederlands Instituut voor Sociaal Sexuologisch Onderzoek (NISSO; thans onderdeel van Rutgers WPF) het rapport 'Seksualiteitshulpverlening in Nederland' uitgebracht (Vroege, Nicolaï & Van de Wiel, 2001). In dat rapport werd de bestaande kennis over vraag en aanbod op het gebied van de seksualiteitshulpverlening in kaart gebracht en werden voorstellen gedaan voor een herziening van de hulpverleningsstructuur op dit gebied. Uit dat rapport werd duidelijk dat seksualiteitshulpverlening moet plaatsvinden:

1. in de eerste lijn, de tweedelijns somatische gezondheidszorg én de tweedelijns GGZ, en
2. bij voorkeur binnen multidisciplinaire seksuologische teams die voor een belangrijk deel bestaan uit seksuologen-NVVS.

In de eerste lijn zou men zich daarbij moeten richten op seksuele disfuncties zonder psychische of somatische comorbiditeit, in de tweedelijns somatische gezondheidszorg op seksuele disfuncties samenhangend met (andere) lichamelijke aandoeningen en in de tweedelijns GGZ op seksuele disfuncties samenhangend met (andere) psychische aandoeningen. Patiënten met seksuele-identiteitsstoornissen (parafilieën, genderidentiteitsstoornissen en problemen met de seksuele oriëntatie) zouden ook vooral in de tweedelijns GGZ behandeld moeten worden. En voor zover daar geen lichamelijke aandoening aan ten grondslag ligt, zou dat ook gelden voor patiënten met een hyperseksuele stoornis (in 'Seksualiteitshulpverlening in Nederland' aangeduid als 'overmatig seksueel verlangen' en beschouwd als een seksuele disfunctie).

Ontwikkelingen in de GGZ

Op verzoek van de Minister van VWS is naar aanleiding 'Seksualiteitshulpverlening in Nederland' een aantal pilot-studies uitgevoerd. Twee van deze studies waren gericht op de totstandkoming van multidisciplinaire seksuologische teams in de tweedelijns GGZ. Deze pilot-studies waren heel succesvol: een flink aantal GGZ-instellingen heeft inmiddels een aanbod voor patiënten met seksuele stoornissen en genderidentiteitsstoornissen. Daarmee is voldaan aan de wens van de Minister van VWS om de seksualiteitshulpverlening te integreren in de reguliere gezondheidszorg.

Een deel van de multidisciplinaire seksuologische teams in GGZ-instellingen is vanaf 2004 verenigd in het 'Platform van Seksuologische Teams in GGZ-instellingen' (PSTG). Vanaf 2005 bestaat er daarnaast een 'GGZ-Genderoverleg' – een samenwerkingsverband tussen de multidisciplinaire seksuologische teams binnen het PSTG en het Genderteam van het VUmc (Vroege, 2006). Door het Genderteam van het VUmc en de multidisciplinaire seksuologische teams binnen het PSTG zijn samenwerkingsafspraken gemaakt (Cohen-Kettenis e.a., 2010). Daarin is vastgelegd wat bij de hulpverlening aan patiënten met genderidentiteitsstoornissen het Genderteam en de multidisciplinaire seksuologische teams in de GGZ van elkaar kunnen verwachten.

Registratiegegevens

Net als de poliklieken seksuologie in de ziekenhuizen die zijn verenigd in het 'Landelijk Overleg van Poliklinieken Seksuologie' (LOPS), worden ook door de multidisciplinaire seksuologische teams verenigd in het PSTG gegevens verzameld over de patiënten die zij in behandeling hebben en de behandeling die zij krijgen aangeboden (Vroege, 2006; Vroege e.a, 2007; Kedde, 2009; Kruijer, Kedde & Vroege, 2011). Daaruit blijkt dat er, zowel met betrekking tot de teamsamenstelling als met betrekking tot de patiëntenpopulatie, belangrijke verschillen bestaan tussen de multidisciplinaire seksuologische teams in de GGZ-instellingen en de poliklinieken seksuologie in de ziekenhuizen. Zo wordt bij de poliklinieken seksuologie in de ziekenhuizen een veel groter deel van de zorg geleverd door artsen – hetgeen gezien de gerichtheid op seksuele disfuncties samenhangend met (andere) lichamelijke aandoeningen niet vreemd is.

En bij de multidisciplinaire teams in de GGZ-instellingen is bij een veel groter deel van de patiënten sprake van problemen met het seksueel verlangen (verminderd of overmatig) en bij een veel kleiner deel van andere seksuele disfuncties. Seksuele-identiteitsstoornissen (genderidentiteitsstoornissen, parafilieën en problemen met de seksuele oriëntatie) worden bij de poliklinieken seksuologie in de ziekenhuizen verder nauwelijks gerapporteerd, terwijl bij de multidisciplinaire seksuologische teams in de GGZ bij een substantieel deel van de patiëntenpopulatie daarvan sprake is (Kruijer, Kedde & Vroege, 2011).

Van de patiënten die worden behandeld bij een multidisciplinair seksuologisch team in de tweedelijns GGZ blijkt het (hoofd)probleem slechts zelden alleen samen te hangen met biologische factoren (Vroege e.a., 2007; Kruijer, Kedde & Vroege, 2011). In de meeste gevallen zal het bij die biologische factoren gaan om het gebruik van psychofarmaca. Dat bij de multidisciplinaire seksuologisch teams in de tweedelijns GGZ patiënten worden gezien die beter bij de polikliniek seksuologie in een ziekenhuis behandeld hadden kunnen worden, is dus niet juist. In de poliklinieken seksuologie in de ziekenhuizen worden echter wel behoorlijk wat patiënten gezien waarbij het (hoofd)probleem alleen samenhangt met psychosociale factoren. Die hadden wellicht beter kunnen worden gezien bij een multidisciplinair seksuologisch team in de tweedelijns GGZ (Vroege e.a., 2007). Een deel van deze patiënten zal daar overigens alsnog naar zijn doorverwezen: na de huisarts en een andere afdeling binnen de eigen GGZ-instelling is de polikliniek seksuologie bij de multidisciplinaire seksuologische teams binnen het PSTG de belangrijkste verwijzer (Kruijer, Kedde & Vroege, 2011).

Zowel bij poliklinieken seksuologie in de ziekenhuizen als bij de multidisciplinaire seksuologische teams in de GGZ-instellingen worden ook patiënten behandeld waarbij het (hoofd)probleem noch samenhangt met biologische factoren (lichamelijke aandoeningen, medicatiegebruik etc.) noch met psychosociale factoren (psychische aandoeningen etc.) (Vroege e.a., 2007; Kruijer, Kedde & Vroege, 2011). Dat zijn patiënten die, indien daar een adequaat aanbod op seksuologisch gebied aanwezig zou zijn, in principe in de eerste lijn behandeld hadden kunnen worden. Er zijn seksuologen NVVS (artsen/psychologen) werkzaam in die eerste lijn, waarvan de financiering tot op heden door vrijwel alle ziektekostenverzekeraars onder de “eerstelijns psychologische zorg” en als zodanig ook onder de GGZ vallen. Vanaf 2014 zou behandeling van minder complexe seksuologische problematiek plaats kunnen vinden in de Basis GGZ. Dat zou kunnen leiden tot kostenbesparingen. Voorwaarde is wel dat binnen de Basis GGZ voldoende seksuologische deskundigheid aanwezig is (hetgeen wil zeggen dat die wordt uitgevoerd door seksuologen-NVVS, bij voorkeur binnen een multidisciplinair seksuologisch team) én dat de behandeling van seksuele stoornissen en genderidentiteitsstoornissen in de Basis GGZ en de Gespecialiseerde GGZ vanuit de ‘ZVW G-GGZ’ wordt vergoed.

Conclusies

1. In het ‘Concept Rapport G-GGZ, Deel 2’ stelt het CVZ voor om in de nabije toekomst alleen de parafilieën, en niet de overige seksuele stoornissen en genderidentiteitsstoornissen uit de DSM-IV te verzekeren uit de ‘ZVW G-GGZ’. Dit voorstel zou zijn gebaseerd “op bestaande richtlijnen van de beroepsgroep”.
2. Bij de beroepsvereniging van seksuologen – de NVVS - zijn echter geen richtlijnen bekend waaruit af te leiden zou zijn dat alleen bij de parafilieën hulp binnen de GGZ op zijn plaats is, en de huisarts bij de overige seksuele stoornissen en genderidentiteitsstoornissen uit DSM-IV zou moeten verwijzen naar de tweedelijns somatische gezondheidszorg en niet naar de tweedelijns GGZ.
3. De stelling uit het concept-rapport dat veel van de overige seksuele stoornissen en genderidentiteitsstoornissen uit de DSM-IV “uitstekend behandeld” kunnen worden binnen de huisartsenpraktijk is onjuist.



nederlandse wetenschappelijke vereniging
voor seksuologie

4. Verwijzing door de huisarts naar een polikliniek seksuologie of Genderteam in de tweedelijns somatische gezondheidszorg is alleen geïndiceerd bij patiënten met seksuele disfuncties (en incidenteel: andere seksuele stoornissen) die samenhangen met lichamelijk aandoeningen en bij patiënten met genderidentiteitsstoornissen die in aanmerking willen komen voor geslachtsaanpassing.

5. Bij patiënten met seksuele disfuncties die samenhangen met psychische aandoeningen, bij patiënten met seksuele-identiteitsstoornissen (parafilieën, genderidentiteitsstoornissen en problemen met de seksuele oriëntatie) en bij patiënten waarbij sprake is van hyperseksualiteit is hulpverlening binnen een multidisciplinair seksuologische team in de tweedelijns GGZ noodzakelijk.

6. Handhaving van de voorstellen met betrekking tot de seksuele stoornissen en genderidentiteitsstoornissen uit het 'Concept Rapport G-GGZ, Deel 2' zullen voor de behandeling van patiënten met dit soort aandoeningen desastreuze gevolgen hebben.

7. Wij hopen dan ook van harte dat u in de uiteindelijke versie van uw rapport zult aangeven dat alle seksuele stoornissen en genderidentiteitsstoornissen uit de DSM-IV verzekerd zijn vanuit de 'ZVW G-GGZ'.

Uiteraard zijn wij graag bereid om onze visie in uw vergadering van 14 juni nader toe te lichten.

Hoogachtend, namens de NVVS,

A handwritten signature in black ink, appearing to be 'A. Beekman', written over a horizontal line.

Drs. A. Beekman, voorzitter

Bijlagen:

- Cohen-Kettenis, P., Gijs, L., Rhee, K. van der, & Vroege, J. (2010). *Samenwerkingsafspraken tussen het Genderteam van het VUmc en de Multidisciplinaire Seksuologische Teams binnen het PSTG*. Afdeling Medische Psychologie (sectie Gender en Seksuologie) en Zorgcentrum Genderdysforie VUmc/Platform van Seksuologische Teams in GGZ-instellingen.
- Vroege, J.A., Lotgerink, H.B.F., Rhee, C. van der, Tanis-Nauta, M., & Weijmar Schultz, W.C.M. (2007). Behandeling van seksuele problemen in de eerstelijns, de tweedelijns somatische gezondheidszorg of de tweedelijns GGZ? *Tijdschrift voor Seksuologie*, 31, 80-84.



nederlandse wetenschappelijke vereniging
voor seksuologie

Literatuur

- Cohen-Kettenis, P., Gijs, L., Rhee, K. van der, & Vroege, J. (2010). *Samenwerkingsafspraken tussen het Genderteam van het VUmc en de Multidisciplinaire Seksuologische Teams binnen het PSTG*. Afdeling Medische Psychologie (sectie Gender en Seksuologie) en Zorgcentrum Genderdysforie VUmc/Platform van Seksuologische Teams in GGZ-instellingen.
- Kedde, H. (2009). *PSTG-registratie 2007*. Utrecht: Platform van Seksuologische Teams in GGZ-instellingen/Rutgers Nisso Groep.
- Kedde, H., Donker, G., & Leusink, P. (2013). Incidentie van seksuele functieproblemen. *Huisarts en Wetenschap*, 56(2), 62-65.
- Kruijer, H., Kedde, H., & Vroege, J. (2011). *PSTG-registratie 2008-2009*. Utrecht: Platform van Seksuologische Teams in GGZ-instellingen/Rutgers WPF.
- Leusink, P., Boer, L.J. de, Vliet Vlietland, C.W., Rambharose, V.R., Sprengers, A.M., Mogendorff, S.W., & Rijn-Van Korten Hof, N.M.M. van (2008). NHG-standaard erectiele disfunctie, *Huisarts en Wetenschap*, 51(8), 381-394.
- Ramakers, M.J., Tuin-Batstra, L. van der, Balkema, M., Driel, M.F. van, Weijmar Schultz, W.C.M., Tanis-Nauta, M., Wilbers, D., & Vroege, J.A. (2005). *Polikliniek Seksuologie Nieuwe Stijl. Zorgprogramma*. Groningen / Leeuwarden / Utrecht: Universitair Medisch Centrum Groningen / Medisch Centrum Leeuwarden / Rutgers Nisso Groep.
- Vroege, J.A. (2006). *Seksualiteitshulpverlening in de tweedelijns GGZ. Een ontwikkelproject*. Utrecht: Rutgers Nisso Groep.
- Vroege, J.A., Lotgerink, H.B.F., Rhee, C. van der, Tanis-Nauta, M., & Weijmar Schultz, W.C.M. (2007). Behandeling van seksuele problemen in de eerstelijns, de tweedelijns somatische gezondheidszorg of de tweedelijns GGZ? *Tijdschrift voor Seksuologie*, 31, 80-84.
- Vroege, J., Nicolai, L., & Wiel, H. van de (2001). *Seksualiteitshulpverlening in Nederland* (NISSO-studies, nieuwe reeks, nr 25). Delft: Eburon.

Samenwerkingsafspraken tussen het Genderteam van het VUmc en de Multidisciplinaire Seksuologische Teams binnen het PSTG

Positie Genderteam van het VUmc:

Uitgebreid onderzoek m.b.t. de volgende vragen:

1. Is bij betrokkene sprake van genderdysforie? Zo ja, wat is daar de aard van?
2. Is bij betrokkene sprake van een duurzame wens tot (volledige of gedeeltelijke) geslachtsaanpassing?
3. Heeft betrokkene voldoende draagkracht om een (volledige of gedeeltelijke) geslachtsaanpassende behandeling te kunnen ondergaan?
4. Is bij betrokkene sprake van co-morbiditeit die een belemmering vormt voor het starten van een (volledige of gedeeltelijke) geslachtsaanpassende behandeling?

Indien bij vraag 1, 2 en 3 het antwoord 'Ja' is en bij vraag 4 het antwoord 'Nee':

- Geslachtsaanpassende behandeling (volledig of gedeeltelijk) en nazorg conform de bestaande protocollen.

Indien bij vraag 1 en 2 het antwoord 'Ja' is, maar bij vraag 3 het antwoord 'Nee' en/of bij vraag 4 het antwoord 'Ja':

- Overleg met betrokkene over een eventuele verwijzing naar (een MST binnen) de tweedelijns GGZ en, indien die zich daarin kan vinden, verwijzing.

Indien bij vraag 1 of 2 het antwoord 'Nee' is:

- Overleg met betrokkene over een eventuele verwijzing naar (een MST binnen) de tweedelijns GGZ en, indien die zich daarin kan vinden, verwijzing.

Positie Multidisciplinaire Seksuologische Teams binnen het Platform van Seksuologische Teams in GGZ-instellingen (PSTG)

Onderzoek m.b.t. de volgende vragen:

1. Is er sprake van psychopathologie die in aanmerking komt voor behandeling/begeleiding in de tweedelijns GGZ?
2. Is er een indicatie voor behandeling/begeleiding bij het MST (eventueel ook als 'case manager' in samenwerking met een behandelaar van een andere afdeling) ?

Indien bij vraag 1 en 2 het antwoord 'Ja' is:

- Behandeling/begeleiding zoals vastgelegd in de richtlijnen voor de behandeling van genderidentiteitsstoornissen (travestie, transgenderisme, transseksualiteit) van het MST.
- Evaluatie van het verloop van de behandeling/begeleiding op de momenten en met de instrumenten die in het kwaliteitssysteem van het MST/de instelling zijn vastgelegd.
- Rapportage van de bevindingen/resultaten aan de verwijzer na het adviesgesprek en na afsluiting van de behandeling/begeleiding. (Alleen indien betrokkene daarvoor toestemming heeft gegeven.)
- Indien door het Genderteam daarom wordt gevraagd en door betrokkene daarvoor toestemming wordt gegeven: eventueel ook tussentijdse rapportages.
- Uitspraken over de geschiktheid om een (volledige of gedeeltelijke) geslachtsaanpassende behandeling te ondergaan worden door medewerkers van het MST daarbij echter niet gedaan. Dat is aan het Genderteam.

Indien bij vraag 1 of 2 het antwoord 'Nee' is:

- Beantwoording van de vraag waar betrokkene wel op zijn plaats zou zijn en, indien die zich daarin kan vinden, verwijzing.
- Rapportage van de bevindingen en de uitkomsten van het adviesgesprek aan de verwijzer. (Alleen indien betrokkene daarvoor toestemming heeft gegeven.)

November 2010

Prof. Dr. Peggy Cohen-Kettenis en Prof. Dr. Luk Gijs, sectie Gender en Seksuologie (afdeling Medische Psychologie) en Zorgcentrum Genderdysforie VUmc

Drs. Kees van der Rhee en Drs. Jos Vroege, voorzitter en secretaris PSTG

Behandeling van seksuele problemen in de eerstelijns, de tweedelijns somatische gezondheidszorg of de tweedelijns GGZ?

Jos Vroege, Hermen Lotgerink, Kees van der Rhee, Mintsje Tanis-Nauta, Willibrord Weijmar Schultz

PsyQ, Voorburg; Altrecht, Utrecht; Medisch Centrum Leeuwarden; Universitair Medisch Centrum Groningen

Samenvatting

In 'Seksualiteitshulpverlening in Nederland' werd gepleit voor de vorming van op reguliere wijze gefinancierde 'seksuologische centra in de eerstelijns', 'poliklinieken seksuologie nieuwe stijl' in Academische en niet-Academische Ziekenhuizen en 'multidisciplinaire seksuologische teams' in regionale GGZ-instellingen. Uit cijfers verzameld tijdens twee door ZonMw gefinancierde ontwikkelprojecten blijkt dat bij de poliklinieken seksuologie nieuwe stijl in het UMCG en het MCL, en bij de multidisciplinaire seksuologische teams van Parnassia en Altrecht, ook cliënten worden gezien die bij seksuologische centra in de eerstelijns behandeld hadden kunnen worden. Het percentage cliënten dat in principe in aanmerking komt voor behandeling bij een multidisciplinair seksuologisch team in een regionale GGZ-instelling, blijkt bij de poliklinieken seksuologie nieuwe stijl in het UMCG en het MCL echter groter dan het percentage dat in principe in aanmerking komt voor behandeling in een seksuologisch centrum in de eerstelijns.

Begin 2001 werd door het Nederlands Instituut voor Sociaal Sexuologisch Onderzoek 'Seksualiteitshulpverlening in Nederland' uitgebracht. In dat rapport werd, in opdracht van ZorgOnderzoek Nederland (thans: ZonMw), de bestaande kennis over vraag en aanbod op het gebied van de seksualiteitshulpverlening in kaart gebracht. Naar aanleiding van de gesignaleerde knelpunten wer-

den daarnaast voorstellen gedaan voor een herziening van de hulpverleningsstructuur. Daarbij werd gepleit voor de vorming van op reguliere wijze gefinancierde 'seksuologische centra in de eerstelijns', 'poliklinieken seksuologie nieuwe stijl' in Academische en niet-Academische Ziekenhuizen en 'multidisciplinaire seksuologische teams' in regionale GGZ-instellingen (Vroege, Nicolai & van de Wiel, 2001).

In 'Seksualiteitshulpverlening in Nederland' werd voorgesteld om kortdurende behandelingen van cliënten met seksuele disfuncties zonder psychische of somatische comorbiditeit te laten plaatsvinden bij seksuologische centra in de eerstelijns. Cliënten met seksuele disfuncties samenhangend met (andere) lichamelijke aandoeningen zouden moeten worden verwezen naar poliklinieken seksuologie nieuwe stijl in de tweedelijns somatische gezondheidszorg. Cliënten met seksuele disfuncties samenhangend met (andere) psychische aandoeningen - en cliënten die meer nodig hebben dan de kortdurende psychotherapeutische behandeling die in de eerstelijns kan worden geboden - zouden moeten worden verwezen naar multidisciplinaire seksuologische teams in de tweedelijns GGZ. Ook cliënten met 'seksuele-identiteitsproblemen' (gender-

Drs. J.A. Vroege, psycholoog, PsyQ Seksuologie, Prins Bernhardlaan 177, 2273 DP Voorburg. T: 070-3918735.

E: j.vroege@psyq.nl.

Mw. H.B.F. Lotgerink, maatschappelijk werker-VO/seksuoloog NVVS, Altrecht, Centrum Seksuologie, Tolsteegsingel 2a, 3582 AC Utrecht. T: 030-2587887. E: h.lotgerink@altrecht.nl.

Drs. C. van der Rhee, psycholoog/psychotherapeut/seksuoloog NVVS, PsyQ Seksuologie, Prins Bernhardlaan 177, 2273 DP Voorburg. T: 070-3918735. E: k.van.der.rhee@psyq.nl.

Mw. drs. M. Tanis-Nauta, arts/seksuoloog NVVS, Medisch Centrum Leeuwarden, Polikliniek Seksuologie, Postbus 888, 8901 BR Leeuwarden. T: 058-2863229. E: m.tanis@znb.nl.

Prof.dr. W.C.M. Weijmar Schultz, gynaecoloog/seksuoloog NVVS, Universitair Medisch Centrum Groningen, Obstetrie en Gynaecologie, Postbus 30.001, 9700 RB Groningen. T: 050-3613008. E: w.c.m.weijmar.schultz@og.umcg.nl.

Ontvangen: 15 maart 2007; Geaccepteerd: 15 april 2007.

identiteitsproblemen, problemen met de seksuele oriëntatie en parafilieën) zouden eventueel kortdurend in de eerstelijnscentra kunnen worden gezien. Voor een langduriger behandeling - en bij aanwezigheid van andere psychische aandoeningen - zouden cliënten met dit soort problemen echter moeten worden verwezen naar de multidisciplinaire seksuologische teams in de tweedelijns GGZ. Om na te gaan of cliënten in aanmerking komen voor een geslachtsaanpassende behandeling kan ten slotte worden verwezen naar een 'genderteam' in de tweedelijns somatische gezondheidszorg.

Uit de registratie van de voormalige Rutgershuizen - die volgens de voorstellen uit 'Seksualiteitshulpverlening in Nederland' samen met andere eerstelijnsvoorzieningen op het gebied van de seksuele gezondheid zouden moeten opgaan in 'seksuologische centra in de eerstelijns' - blijkt dat in 2000 bij de 'seksuologische hulpverlening' 66% van de cliënten als (hoofd)klacht een seksuele disfunctie en 5% een seksuele identiteitsprobleem had (Vroege, 2001). Of de problemen van deze cliënten samenhangen met andere lichamelijke of psychische aandoeningen valt uit deze registratiecijfers niet af te leiden. Wel valt uit de cijfers op te maken dat bij 8% van de cliënten sprake was van een behandeling die uit meer dan 10 gesprekken bestond. Van een kortdurende behandeling was daarbij geen sprake. Uit de registratie van de poliklinieken seksuologie aangesloten bij het Landelijk Overleg van Poliklinieken Seksuologie (LOPS) - die zich volgens de voorstellen uit 'Seksualiteitshulpverlening in Nederland' tot 'poliklinieken seksuologie nieuwe stijl' zouden moeten ontwikkelen - blijkt dat in datzelfde jaar 81% van de cliënten als (hoofd)klacht een seksuele disfunctie en 1% een seksuele-identiteitsprobleem had (Vroege, 2002). Of de problemen van deze cliënten samenhangen met andere lichamelijke of psychische aandoeningen valt ook uit deze registratiecijfers niet af te leiden.

Vanaf 1 januari 2003 werden, met subsidie van ZonMw, twee ontwikkelprojecten uitgevoerd gericht op de totstandkoming van 'poliklinieken seksuologie nieuwe stijl' in het Universitair Medisch Centrum Groningen (UMCG) en het Medisch Centrum Leeuwarden (MCL), en van 'multidisciplinaire seksuologische teams' bij Parnassia en Altrecht. Voor de evaluatie van deze projecten werd gebruik gemaakt van een registratiesysteem geënt op dat van het LOPS. Om na te gaan of de cliënten die binnen deze instellingen werden gezien, pasten bij de doelgroep van de 'polikliniek seksuologie nieuwe stijl' en van het 'multidisciplinair seksuologisch team' in de tweedelijns GGZ, werd aan dit registratiesysteem een aantal vragen toegevoegd.

De antwoorden op deze vragen zijn te vinden in de evaluatierapporten van deze projecten (Vroege, 2005; 2006). Ook werden zij gepresenteerd op het symposium 'Seksualiteitshulpverlening in Nederland. De stand van zaken' dat ZonMw op 21 april 2006 in Utrecht organiseerde (Tanis-Nauta & Weijmar Schultz, 2006; Van der Rhee & Lotgerink, 2006).

Door beleidsmakers betrokken bij de ontwikkelingen van de seksuologie in de eerstelijns worden deze gegevens gretig gebruikt. (Zie bijvoorbeeld: Nederlandse Vereniging voor Seksuologie e.a., 2006). Helaas worden daarbij vaak de verkeerde cijfers geciteerd en daarmee dus ook verkeerde conclusies getrokken. Zo werd in januari 2007 tijdens de door ZonMw georganiseerde 'ventwegbijeenkomst' over de ontwikkeling van eerstelijnscentra voor seksuele gezondheid gesuggereerd dat meer dan de helft van de cliënten die bij de poliklinieken seksuologie en de multidisciplinaire seksuologische teams in de tweedelijns GGZ worden gezien, eigenlijk bij een seksuologisch centrum in de eerstelijns behandeld zou moeten worden. Deze bijdrage is bedoeld om in dezen helderheid te verschaffen.

Opzet

Bij de poliklinieken seksuologie in het UMCG en het MCL, en de multidisciplinaire seksuologische teams van Parnassia en Altrecht, werd in 2003 en 2004 geregistreerd met behulp van een registratiesysteem geënt op dat van het LOPS. Aan dat registratiesysteem werd een aantal vragen toegevoegd. Zo werd aan de hulpverleners ondermeer gevraagd of het (hoofd)probleem van de cliënt samenhangt met: 1. medicijn- of middelengebruik, 2. ondergane operaties, 3. (andere) psychische problemen, 4. (andere) relationele problemen, en 5. (andere) lichamelijke problemen of handicaps. De formulering 'samenhang met' werd hierbij heel bewust gekozen: die veronderstelt meer beïnvloeding dan comorbiditeit ('komt tegelijkertijd voor met'), maar minder dan causaliteit ('wordt veroorzaakt door'). Bij alle vragen was sprake van drie antwoordmogelijkheden: 'ja', 'nee' en 'weet niet'.

Op grond van de antwoorden gegeven op de bovengenoemde vijf vragen werd achteraf vastgesteld of het (hoofd)probleem van de cliënt in de ogen van de betrokken hulpverlener samenhang met 'biologische factoren' of 'psychosociale factoren'. Van een samenhang met biologische factoren was sprake indien de hulpverlener bij de vragen over samenhang met medicijn- of middelengebruik, ondergane operaties, of (andere) lichamelijke problemen of handicaps, ten minste eenmaal het antwoord 'ja' gaf. Van een samenhang met psychosociale factoren was sprake indien de hulp-

verlener bij de vragen over samenhang met (andere) psychische problemen of (andere) relationele problemen ten minste eenmaal het antwoord 'ja' gaf. Over de validiteit van de door de hulpverleners gegeven antwoorden op de bovengenoemde vragen zijn vooralsnog geen gegevens beschikbaar. Dat geldt echter ook voor de antwoorden op de andere vragen uit dit registratiesysteem.

Resultaten

Uit de tabel blijkt dat in 2003 en 2004 het (hoofd)probleem van de nieuwe cliënten bij de poliklinieken seksuologie in het UMCG en het MCL in 85-90% van de gevallen een seksuele disfunctie en in minder dan 5% van de gevallen een seksuele-identiteitsprobleem was. Volgens de hulpverleners hing bij ten minste 25% van de nieuwe cliënten in het UMCG en 35-45% van de nieuwe cliënten in het MCL het (hoofd)probleem alleen samen met psychosociale factoren. Dat zijn cliënten die in principe in aanmerking komen voor behandeling bij een multidisciplinair seksuologisch team in de tweedelijns GGZ. Bij ten minste 15-25% van de nieuwe cliënten in het UMCG en minder dan 5% van de nieuwe cliënten in het MCL hing het (hoofd)probleem noch samen met biologische, noch met psychosociale factoren. Dat zijn cliënten die in principe in aanmerking komen voor behandeling bij een seksuologisch centrum in de eerstelijns.

bij ten minste 5% van de nieuwe cliënten van Parnassia en 5-10% van de nieuwe cliënten van Altrecht het (hoofd)probleem alleen samen met biologische factoren. Dat zijn cliënten die in principe in aanmerking komen voor behandeling bij een polikliniek seksuologie in de tweedelijns somatische gezondheidszorg. Bij ten minste 25-30% van de nieuwe cliënten van Parnassia en 15-20% van de nieuwe cliënten van Altrecht hing het (hoofd)probleem noch samen met biologische, noch met psychosociale factoren. Dat zijn cliënten die in principe in aanmerking komen voor behandeling bij een seksuologisch centrum in de eerstelijns.

Discussie

Uit bovengenoemde cijfers blijkt dat de stelling dat meer dan de helft van de cliënten die bij de poliklinieken seksuologie en de multidisciplinaire seksuologische teams in de tweedelijns GGZ worden gezien eigenlijk bij een seksuologisch centrum in de eerstelijns behandeld zou moeten worden, niet juist is. Het percentage nieuwe cliënten dat in principe in aanmerking zou komen voor behandeling bij een seksuologisch centrum in de eerstelijns, blijkt bij de onderzochte instellingen behoorlijk uiteen te lopen: minder dan 5% bij het MCL, 15-20% bij Altrecht, ten minste 15-25% bij het UMCG en ten minste 25-30% bij Parnassia. Zelfs als alle nieuwe cliënten van het UMCG en Parnassia waarbij over de samenhang van het (hoofd)probleem met bio-

Tabel. Het percentage nieuwe cliënten van de poliklinieken seksuologie in het UMCG en het MCL, en de seksuologische teams van Parnassia en Altrecht, waarbij in 2003 en 2004 een seksuele disfunctie of een seksuele-identiteitsprobleem het (hoofd)probleem is en waarbij het (hoofd)probleem samenhangt met biologische en/of psychosociale factoren. (Aantallen worden cursief weergegeven.)

	UMCG		MCL		Parnassia		Altrecht	
	2003	2004	2003	2004	2003	2004	2003	2004
(Hoofd)probleem:								
Seksuele disfunctie	87	89	90	85	67	64	55	76
Seksuele-identiteitsprobleem	3	4	0	1	16	15	15	4
Anders	10	6	10	14	15	17	31	19
Onbekend	0	2	0	0	4	4	0	0
<i>Totaal aantal (n)</i>	<i>317</i>	<i>250</i>	<i>165</i>	<i>182</i>	<i>126</i>	<i>142</i>	<i>40</i>	<i>43</i>
(Hoofd)probleem hangt samen met:								
alleen biologische factoren	21	23	17	19	4	5	10	7
alleen psychosociale factoren	26	26	45	35	52	53	58	35
biologische én psychosociale factoren	13	11	37	43	13	9	20	37
biologische noch psychosociale factoren	25	16	1	2	25	28	13	21
Onbekend	15	24	0	1	6	7	0	0
<i>Totaal aantal (n)</i>	<i>317</i>	<i>250</i>	<i>165</i>	<i>182</i>	<i>126</i>	<i>142</i>	<i>40</i>	<i>43</i>

Het (hoofd)probleem van de nieuwe cliënten bij de seksuologische teams van Parnassia en Altrecht was in 2003 en 2004 in 55-75% van de gevallen een seksuele disfunctie en in 5-15% van de gevallen een seksuele-identiteitsprobleem. Volgens de hulpverleners hing

logische en psychosociale factoren niets bekend is, ook in aanmerking zouden komen voor behandeling bij een seksuologisch centrum in de eerstelijns, zou een percentage van 50% nog niet worden gehaald. (Bij Parnassia zou dan 30-35% van de nieuwe cliënten in

principe in aanmerking komen voor behandeling bij een seksuologisch centrum in de eerstelijns en bij het UMCG 40%.)

Het percentage nieuwe cliënten van de poliklinieken seksuologie dat in principe in aanmerking zou komen voor behandeling bij een multidisciplinair seksuologisch team in de tweedelijns GGZ blijkt zelfs groter dan het percentage dat in principe in aanmerking zou komen voor behandeling bij een seksuologisch centrum de eerstelijns: ten minste 25% bij het UMCG en 35-45% bij het MCL. Als ook alle nieuwe cliënten van het UMCG waarbij over de samenhang van het (hoofd)probleem met biologische en psychosociale factoren niets bekend is, in aanmerking zouden komen voor behandeling bij een multidisciplinair seksuologisch team in de tweedelijns GGZ, zou dat percentage oplopen tot 40-50%.

Het percentage nieuwe cliënten van multidisciplinaire seksuologische teams in de tweedelijns GGZ dat in principe in aanmerking zou komen voor behandeling bij een polikliniek seksuologie blijkt in vergelijking daarmee opvallend klein: ten minste 5% bij Parnassia en 5-10% bij Altrecht. Als ook alle nieuwe cliënten van Parnassia waarbij over de samenhang van het (hoofd)probleem met biologische en psychosociale factoren niets bekend is, in aanmerking zouden komen voor behandeling bij een polikliniek seksuologie, zou dat percentage de 10% nog maar nauwelijks overschrijden.

Dat een belangrijk deel van de cliënten van de poliklinieken seksuologie in het UMCG en het MCL in principe in aanmerking komt voor behandeling in de tweedelijns GGZ valt op zich te begrijpen. In de drie noordelijke provincies waren in 2003 en 2004 immers geen GGZ-instellingen met een multidisciplinair seksuologisch team. In de loop van 2007 zal daar echter verandering in komen: in navolging van de Parnassia Groep zal GGZ Groningen dan - onder de naam PsyQ - een samenhangend pakket van negen specialistische programma's, waaronder Seksuologie, introduceren.

Een seksuologisch centrum in de eerstelijns was er in 2003 en 2004 in de drie noordelijke provincies wel: het Centrum voor Seksuele Gezondheid Noord-Nederland in Groningen. Anders dan bij de poliklinieken seksuologie in het UMCG en het MCL moesten de cliënten de behandeling daar echter voor een belangrijk deel zelf betalen. Dat een deel van hen daarom uitweek naar de polikliniek seksuologie in het UMCG, is dan ook niet verbazingwekkend. Ook in de regio Den Haag en de regio Utrecht - de thuisbases van Parnassia en Altrecht - beschikte men in 2003 en 2004 over seksuologische centra in de eerstelijns: Preterm/

Rutgershuis Den Haag en CASA Utrecht. Ook bij deze eerstelijnscentra moesten de cliënten de behandeling voor een belangrijk deel zelf betalen. Een deel van hen zal daardoor zijn uitgeweken naar de multidisciplinaire seksuologische teams van Parnassia en Altrecht, waar alleen bij behandeling door een psychotherapeut een eigen bijdrage in rekening wordt gebracht.

Behalve over eerstelijnscentra beschikte men in 2003 en 2004 in de regio Den Haag en de regio Utrecht ook over poliklinieken seksuologie: in Den Haag in het HagaZiekenhuis en in Utrecht in onder andere het Universitair Medisch Centrum Utrecht. Bij deze poliklinieken werd de behandeling gewoon door de ziektekostenverzekeraar vergoed. Vandaar dat om financiële redenen uitwijken naar de multidisciplinaire seksuologische teams bij Parnassia en Altrecht niet noodzakelijk was.

Het zou goed zijn als cliënten met seksuele disfuncties en seksuele-identiteitsproblemen op termijn overal in Nederland terecht kunnen bij seksuologische centra in de eerstelijns, poliklinieken seksuologie nieuwe stijl in de tweedelijns somatische gezondheidszorg en multidisciplinaire seksuologische teams in de tweedelijns GGZ. Heel belangrijk daarbij is dat ook de seksuologische hulpverlening in de eerstelijnscentra gewoon door de ziektekostenverzekeraars wordt vergoed. Bij al deze instellingen kan men zich vervolgens optimaal richten op de eigen doelgroep. De integratie van de seksualiteitshulpverlening in de reguliere zorg - het doel dat door de overheid met het seksualiteitsprogramma van ZonMw werd nagestreefd - is wat ons betreft dan pas werkelijk voltooid.

Literatuur

- Nederlandse Vereniging voor Seksuologie, Stichting Samenwerkende Abortusklinieken Nederland, Centra voor Anticonceptie Seksualiteit en Abortus Nederland, Sense Midden-Holland/Sense Zuidelijk Zuid-Holland, Rutgers Nisso Groep, Stichting Anticonceptie Nederland. (2006). *Seksuuele gezondheid in Nederland. Een raamwerk voor vernieuwing van de eerstelijns gezondheidszorg rondom seksualiteit en reproductie per januari 2008*. Utrecht: Auteurs.
- Tanis-Nauta, M., & Weijmar Schultz, W.C.M. (2006, 21 april). Poliklinieken seksuologie nieuwe stijl in het UMCG en het MCL: Vallen en opstaan. In P. van Lieshout, *Seksualiteitshulpverlening in Nederland: De stand van zaken*. ZonMw-symposium, Utrecht.
- van der Rhee, C., & Lotgerink, H.B.F. (2006, 21 april). Multidisciplinaire seksuologische teams bij GGZ-instellingen Parnassia en Altrecht. In P. van Lieshout, *Seksualiteitshulpverlening in Nederland: De stand van zaken*. ZonMw-symposium, Utrecht.

- Vroege, J.A. (2001). *Registratie seksuologische hulpverlening Rutgers Stichting 2000*. Utrecht: Nederlands Instituut voor Sociaal Sexuologisch Onderzoek.
- Vroege, J.A. (2002). *LOPS-registratie 2000*. Utrecht: Landelijk Overleg van Poliklinieken Seksuologie/Rutgers Nisso Groep.
- Vroege, J.A. (2005). *Seksualiteits hulpverlening in de tweedelijns somatische gezondheidszorg. Een ontwikkelproject (67-317)*. Utrecht: Rutgers Nisso Groep.
- Vroege, J.A. (2006). *Seksualiteits hulpverlening in de tweedelijns GGZ. Een ontwikkelproject (67-316)*. Utrecht: Rutgers Nisso Groep.
- Vroege, J., Nicolai, L., & van de Wiel, H. (2001). *Seksualiteits hulpverlening in Nederland* (NISSO-studies, nieuwe reeks, nr 25). Delft: Eburon.

Summary

Sexological treatment in the Netherlands in different health care settings

In 'Sexological treatment in the Netherlands' an argument was made for the creation of easily accessible sexological centres financed by health insurance, new-style sexological outpatient clinics in academic and non-academic hospitals, and multidisciplinary sexological teams in regional mental health institutions. Data collected during two development projects financed by ZonMw show that the new-style sexological outpatient clinics in the UMCG and the MCL, and the multidisciplinary sexological teams of Parnassia and Altrecht, also see patients who could be treated in easily-accessible sexological centres. However, the percentage of patients at the new-style sexological outpatient clinics in the UMCG and the MCL for whom treatment by a multidisciplinary sexological team in a regional mental health institution seems more appropriate, is higher than the percentage for whom treatment in an easily accessible sexological centre seems more appropriate.

College voor Zorgverzekeringen
T.a.v. Mevrouw P. Polman
Postbus 320
1110 AH DIEMEN

Utrecht, 4 juni 2013

Kenmerk: JvG/lh/1730/13
Betreft: Reactie NVvP op concept rapport geneeskundige ggz deel 2

Geachte mevrouw Polman,

Met interesse heeft de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP) kennis genomen van het gewijzigde concept rapport geneeskundige ggz deel 2. Om te beginnen spreken wij onze waardering uit voor het feit dat een groot deel van de kritische opmerkingen uit het veld hebben geleid tot aanpassing van het eerder voorgelegde rapport. Het stemt ons positief te constateren dat de inhoud van het rapport nu aansluit op de afspraken die veldpartijen in het kader van het bestuurlijk akkoord hebben gemaakt. De wijze waarop uw adviezen leesbaar en helder zijn geformuleerd en beargumenteerd geeft ruimte voor begrip, ook daar waar onze zienswijzen mogelijk blijven verschillen. Met inachtneming van de opmerkingen in het vervolg van deze brief, kan de NVvP de inhoud van dit rapport op hoofdlijnen derhalve onderschrijven.

Gepast gebruik van zorg

In onze reactie op de vorige versie van dit rapport hebben wij gesteld dat het onderscheid tussen o.a. klachten en stoornissen wetenschappelijk en klinisch onjuist is. Kern van onze zorg is dat door een rigide toepassing van dit onderscheid als criterium voor verzekerde zorg kan leiden tot het belemmeren van de toegang tot medisch noodzakelijke zorg. In het onderhavige rapport maakt u duidelijk dat u zich bewust bent van het kunstmatige karakter van dit onderscheid, alsmede de nadelen die hangen aan het hanteren van dit onderscheid in het toewijzen van zorg aan het juiste echelon en bekostigingskader. Daarnaast wijst u erop dat dit onderscheid al jaren richtinggevend is voor de vaststelling van wat onder huisartsenzorg valt (behandeling van klachten) en wat tot de geneeskundige ggz gerekend kan worden. Dit stelt tot op zekere hoogte gerust.

De NVvP onderschrijft het belang van gepast gebruik van zorg. Professionals (huisarts en de psychiater aan de poort van de gespecialiseerde ggz) hebben hierin een essentiële verantwoordelijkheid. Een beoordeling van de ernst van de klachten en/of symptomen, de mate waarin deze in significante mate lijden en/of disfunctioneren veroorzaken, het beloop, de reactie op behandeling en de complicaties zijn in gezamenlijkheid van invloed op de verwijzing van de patiënt naar het juiste behandel aanbod. Behandelrichtlijnen, verwijscriteria en zorgstandaarden bieden naast de klinische expertise handvatten om triage, diagnostiek en zorgtoewijzing wetenschappelijk onderbouwd en transparant te kunnen doen. Het is van belang dat de huisarts organisatorisch en financieel voldoende is toegerust om patiënten zelf te behandelen en waar nodig conform het principe van matched care door te verwijzen voor aanvullende diagnostiek en behandeling naar de generalistische basis ggz of de gespecialiseerde ggz. Naar onze tevredenheid dringt ook u dan ook aan op een goede betaaltitel voor de consultatie van de psychiater door de huisarts en de mogelijkheid van aanvullende diagnostiek in de gespecialiseerde ggz. Wij zijn u tevens erkentelijk voor de steun voor de Landelijke

Stichting Kwaliteitsstandaarden in de GGZ (LSKS). Wij wijzen u erop dat huisartsen -in tegenstelling tot hetgeen gesuggereerd wordt in het rapport- wel vertegenwoordigd zijn in de agendaraad van LSKS. Wij achten hun bijdrage essentieel voor het slagen van de zorgketen. Op dit moment bestaan er voor diverse psychiatrische stoornissen, bijvoorbeeld depressie, aparte richtlijnen voor de huisarts en de behandeling in de ggz. Partijen onderzoeken de mogelijkheid om in de toekomst de richtlijnen te integreren.

Generalistische basis ggz en gespecialiseerde ggz

Partijen betrokken bij het bestuurlijk akkoord hebben zich gecommitteerd aan een heldere ordening van de geestelijke gezondheidszorg in verschillende echelons. De uitwerking daarvan is in volle gang. Enige zorg hebben wij bij uw advies over de terugverwijzing van de patiënt naar de huisarts in het geval de behandeling in de generalistische basis ggz niet toereikend blijkt te zijn. Dit hangt samen met de beperking in behandelduur in de producten van de GBGGZ. Wij vragen ons af of hier omwille van beheersing een extra stap wordt ingezet die inhoudelijk niet veel toevoegt aan de behandeling van de patiënt. Immers, de huisarts heeft de patiënt al doorverwezen naar de generalistische basis ggz en van zowel de professionals in de GBGGZ als aan de poort van de gespecialiseerde ggz mag verwacht worden dat zij op legitieme gronden sturen op gepast gebruik. De producten in de generalistische basis ggz zijn nieuw en de toepasbaarheid ervan moet zich in de praktijk nog gaan bewijzen. Het lijkt ons van belang dat de inhoudelijke partijen, de zorgverzekeraar en de NZa hierover met elkaar in gesprek blijven zodat daar waar nodig aanvullende afspraken voor verwijzing kunnen worden gemaakt, danwel aanvullende producten kunnen worden geformuleerd. Met uw advies lijkt u vooruit te lopen op hetgeen nog in ontwikkeling is.

GGZ Interventies vergoeden uit het juiste kader

Het simpele feit dat er verschillende budgetten en bekostigingssystemen worden gehanteerd voor medisch specialistische behandeling en geestelijke gezondheidszorg, brengt problemen met zich mee rondom de afbakening van de budgetten en het plaatsen van de schotten. Wij hebben begrip voor hetgeen u met de toewijzing van bepaalde GGZ interventies aan het medisch specialistisch kader wil bereiken, namelijk een meer 'zuivere' inzet van de budgetten voor de geestelijke gezondheidszorg. Echter, in de praktijk zien wij hier nog altijd grote problemen voor de kwaliteit van de zorg opdoemen. In onze reacties op de vorige versie van het rapport hebben wij ons bezwaar tegen deze louter administratieve bezuiniging kenbaar gemaakt. Betekent dit bijvoorbeeld dat zich in de praktijk de situatie kan voordoen dat op het moment dat vast komt te staan dat er een behandelbare somatische grondslag bestaat voor psychiatrische problematiek (bijvoorbeeld schildklierlijden bij depressie) de psychiater de behandeling niet meer kan afronden lopende de medisch specialistische behandeling van de onderliggende oorzaak?

Ook komt met een rigide toewijzing aan specifieke bekostigingskaders, zoals wij ook eerder hebben aangegeven, de ggz-zorg bij delier en dementie ernstig in het gedrang. Voor delier verwijst u naar de richtlijn uit 2004. Graag attenderen wij u erop dat een nieuwe richtlijn in de maak is. Deze bevindt zich momenteel in de autorisatiefase. In deze richtlijn wordt gepleit voor het maken van lokale afspraken, vastgelegd in een lokaal delierprotocol. De rol van de psychiater en andere medisch specialisten zijn qua inzet gelijkwaardig en qua inhoudelijke expertise complementair. Ieder specialisme voegt de eigen expertise toe waar nodig en passend voor de individuele patiënt. Daar waar gedragsproblemen of andere psychiatrische problematiek op de voorgrond staat is de psychiater de aangewezen expert. Dan kan ook sprake zijn van een noodzaak tot opname op een thans via het GGZ kader gefinancierde afdeling (PAAZ/PUK). De huidige producten consultatieve psychiatrie, welke in de DOT zijn opgenomen, zijn absoluut niet toereikend om deze zorg te bieden. Wij voorzien daarnaast problemen in de acute psychiatrie en de verslavingspsychiatrie voor de bekostiging van de behandeling van patiënten met een delirant beeld.

Eerder hebben wij erop gewezen dat van oudsher dementie een van de expertisegebieden van de GGZ is en dat deze zorg bewezen effectief is. De zorgstandaard dementie wordt door u aangehaald als basis voor pakketbeheer en een impliciet pleidooi voor integrale bekostiging. Wij attenderen u erop dat deze zorgstandaard niet door alle veldpartijen wordt

onderschreven. De NVKG (geriaters), NVN (neurologen) en de NVvP werken momenteel aan een behandelrichtlijn dementie. Volgens planning zal de commentaarfase later dit jaar starten en wordt de autorisatie begin 2014 verwacht. Naar ons inzicht zou de behandelrichtlijn richtinggevend moeten zijn voor zowel de zorgstandaard als pakketbeheer.

De door u voorgestelde herverdeling over de budgetten leidt ons inziens niet tot gepast gebruik van zorg, noch tot een beheersing van de kosten en heeft geen inhoudelijke relatie met kwaliteit van zorg. Op onderdelen vrezen wij zelfs de (wellicht door u niet geheel voorziene) negatieve effecten van deze maatregel. Op dit punt dringen wij er bij u nogmaals op aan dit advies te herzien.

Aanpassingsstoornissen

Behandeling van aanpassingsstoornissen wordt met ingang van 2012 al niet meer tot het verzekerd pakket gerekend. U stelt dat deze behandeling niet voldoet aan de eisen van verzekerde zorg. Onder meer wordt opgemerkt dat er geen gegevens bekend zijn over de effectiviteit van de behandeling en dat het aan een adequate richtlijn ontbreekt. U erkent twee uitvoeringsproblemen hierbij. Te weten de mogelijkheid tot interveniëren bij crisissituaties en de zorg voor slachtoffers van huiselijk geweld of seksueel misbruik. Wij juichen het toe dat u met betrekking tot de laatste pleit voor een adequate prestatiebeschrijving zodat de benodigde hulp in ieder geval tot de verzekerde zorg gerekend kan worden en dientengevolge laagdrempelig toegankelijk is. In geval van de crisissituatie stelt u dat de mogelijkheid voor een crisisopname voor maximaal 30 dagen zonder codering van een primaire diagnose afdoende is om niet te hoeven spreken van een uitvoeringsprobleem. Deze analyse delen wij niet. Het gaat voorbij aan het streven (tevens vastgelegd in het bestuurlijk akkoord) om in de GGZ stevig in te zetten op ambulantisering van de zorg.

Indien er een richtlijn beschikbaar komt kan het CVZ opnieuw een pakketbeoordeling doen op grond waarvan de minister kan besluiten de betreffende pakketmaatregel te heroverwegen. Wij zien dit als een uitnodiging aan het veld. Op dit moment onthouden wij ons van het doen van uitspraken over de noodzaak of wenselijkheid van zo'n richtlijn. Wij laten het aan de daartoe ingestelde agendaraad van het LSKS om hierover een besluit te nemen.

DSM IV en DSM5

In het rapport wordt door u kort ingegaan op het verschijnen van de DSM5. De NVvP heeft haar leden geadviseerd om de komende tijd de DSM-IV voor classificatie te blijven gebruiken en voor implementatie van de vijfde editie in ieder geval de Nederlandse vertaling en de ontwikkelingen in Amerika af te wachten. Uiteraard zijn wij bereid om u, na bestudering van de DSM5, te adviseren over het gebruik ervan voor bijvoorbeeld de uitleg van het pakket en de daaraan gerelateerde bekostiging.

Tot slot willen wij benadrukken dat gepast gebruik van zorg een voortdurende inspanning vereist van de verschillende partijen in het veld, ieder vanuit hun eigen specifieke verantwoordelijkheid. In dat kader blijven wij dan ook graag betrokken bij verdere ontwikkelingen op dit dossier.

Mocht u behoefte hebben aan een nadere toelichting dan kan u contact opnemen met Janneke van Gog, senior beleidsmedewerker, op tel. 030 2823897 of per mail j.vangog@nvvp.net.

Met vriendelijke groet,


Prof. dr. A.T.F. Beekman
Voorzitter



NVRG

CVZ College voor zorgverzekeringen
T.a.v. mw. mr. J.M. van Diggelen / mw. mr. M. Kroes
Postbus 320
1110 AH DIEMEN

Amsterdam, 3 juni 2013

Betreft: Reactie op concept rapport Geneeskundige GGZ deel 2
Kenmerk: 3.5-179/Is/aw/2013

Geachte mevrouw Van Diggelen, geachte mevrouw Kroes,

Het bestuur van de Nederlandse Vereniging voor Relatie en Gezinstherapie, de NVRG, heeft met veel aandacht uw concept rapport G-GGZ, deel 2 gelezen. Wij spreken onze waardering uit voor het feit dat u naar aanleiding van een eerdere openbare vergadering de daar gemaakte opmerkingen heeft meegenomen in dit herziene concept rapport.

In reactie op het herziene rapport wil het bestuur van de NVRG nogmaals benadrukken dat zij van mening is dat de expertise van gezins- en relatietherapeuten (systeemtherapeuten) van grote waarde is, en zonder twijfel onderdeel moet uitmaken van het te verzekeren pakket G-GGZ. Een gezinsgerichte behandeling komt ten goede aan alle gezinsleden, niet alleen aan degenen die in de behandeling centraal staan. Hoewel het aantal onderzoeken nog beperkt is, laten de eerste resultaten zien dat relatie- en gezinstherapie voor alle deelnemende gezinsleden het gebruik van gezondheidszorg beperkt. Nader onderzoek is zeker gewenst maar alles wijst erop dat het aanbieden van relatie- en gezinstherapie kan leiden tot enorme besparingen aan medische kosten.

Het bestuur van de NVRG is verheugd dat u naar aanleiding van het uitsluiten van aanpassingsstoornissen als te vergoeden zorg (pag. 3), toch de zorg aan kinderen die slachtoffer zijn van mishandeling, huiselijk geweld en seksueel misbruik op een andere wijze zou willen vergoeden, aangezien u, net als wij, een uitvoeringsprobleem constateert (pag. 25). U adviseert de minister in deze om een prestatieomschrijving te laten opstellen die een titel kan zijn voor vergoeding. Het bestuur van de NVRG laat hierbij de commissie weten hier graag aan mee te werken. Binnen onze vereniging is namelijk in ruime mate expertise voor handen, als het gaat om het behandelen van gezinnen waar sprake is van huiselijk geweld en seksueel misbruik. Systeemtherapie is ook hierbij een effectieve behandelingsvorm.

Nederlandse
Vereniging voor
Relatie- en
Gezinstherapie

W.G. Plein 209

1054 SE Amsterdam

020.6123078

nvrg@nvrg.nl

www.nvrg.nl

NL77ABNA0588643092



NVRG

U stelt in uw rapport dat *'De huisarts is een centrale figuur die de patiënt ondersteunt bij het zoeken naar en verkrijgen van passende zorg'* (pag. 26.) Tevens stelt u dat de huisarts daar waar nodig een consult in moet kunnen roepen in geval van psychische problematiek (pag. 26).

Wij ondersteunen deze gedachtelijn. Dit geldt niet alleen voor individuele psychische ontregelingen. Tevens moet een huisarts een consult in kunnen roepen bij familiegeweld, seksueel misbruik i/d kindertijd of vechtscheidingen (zie recente media-aandacht voor gezinsdrama's). Systeemtherapeuten zijn specifiek opgeleid voor diagnostiek en behandeling van bovengenoemde systeemproblematiek. Het is bewezen dat herstel sneller optreedt als in de behandeling aandacht is voor het sociale systeem waar de hulpzoekende deel van uit maakt. Wij pleiten er om die reden voor de huisarts ook de mogelijkheid te bieden systeemtherapeuten in consult in te roepen, naast psychiater, klinisch psycholoog en/of eerstelijns (GZ) psycholoog. Sterker nog, wij pleiten er voor dat de huisarts ook voor behandeling een beroep kan doen op de expertise van systeemtherapeuten.

Tot slot: De inzet van aanwezige kennis op het gebied van systeemdiagnostiek en –behandeling bevordert effectieve en efficiënte bestrijding van schadelijke (= tot ziekte leidende of geleid hebbende) intermenselijke relaties. Wij bieden onze kennis en ervaring aan, zowel bij het proces van verheldering van indicaties en procedures als bij het proces van diagnostiek, consultatie en behandeling. Op deze manier willen wij een constructieve bijdrage leveren aan een kwalitatief hoogwaardige en betaalbare geestelijke gezondheidszorg.

We zijn benieuwd naar uw reactie.

Met vriendelijke groet,

Bestuur NVRG,

Ingeborg Siteur, voorzitter NVRG



Infohuizen en Psycho-oncologische centra
Samenwerking en Ondersteuning



Aan de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
Hare excellentie mevrouw E.I. Schippers
Postbus 20350
2500 EJ Den Haag

c.c.
College voor Zorgverzekeringen
T.a.v. mevr. mr. J.M. van Diggelen
Postbus 320
1110 AH Diemen

Amsterdam, 31-05-2013

Hooggeachte mevrouw Schippers,

Naar aanleiding van het concept rapport G-GGZ deel 2 (mei 2013), waarin is beschreven welke zorg verzekerd is voor de geneeskundige geestelijke gezondheidszorg (G-GGZ), sturen wij u onze reactie. In ons eerdere schrijven d.d. 20 februari 2013 hebben wij u met grote verontrusting aangegeven wat de pijnpunten voor mensen met kanker en hun naasten in relatie tot het rapport zijn. Helaas is de verontrusting niet weggenomen met het huidige concept advies. Hieronder zetten wij de belangrijkste punten opnieuw voor u uiteen.

Wij herhalen dat het niet behandelen van terechte hulpvragen leidt tot een stijging van zorg- en maatschappelijke kosten als gevolg van vermijdbare ziekenhuisconsumptie en langere duur van reïntegratie.

Geen vergoeding voor psychologische behandeling van stoornis t.g.v. een somatische aandoening na het ziekenhuistraject.

Psycho-oncologische zorg omvat professionele psychologische zorg in het ziekenhuis ten tijde van de diagnose en de medische behandeling (d.w.z. somatische zorg), maar ook (na)zorg na afronding van de medische behandeling (met een goede of slechte prognose) als er sprake is van psychologische problematiek (GGZ zorg). In het huidige CVZ advies wordt deze zorg alleen als verzekerde zorg gezien als deze zorg gegeven wordt door de medisch specialist of de huisartsenzorg.

De psycho-oncologische zorg dient onderdeel te zijn van de medische zorg en in het ziekenhuis in de DOT-zorgproducten te worden opgenomen. Met deze classificatie zou het mogelijk moeten zijn om de psychologische behandeling die in het ziekenhuis geboden wordt te financieren. De psychologische gevolgen van kanker houden echter niet op bij het einde van het medische traject. Sterker, meestal komen die pas hierna tot uiting. Het merendeel van de mensen dat psychologische hulp vraagt, doet dit na het medische traject.¹ Pas na het medische traject ontstaat er ruimte om te ervaren en te verwerken wat er gebeurd is.

De ruimte die in het huidige concept advies geboden wordt om financiën beschikbaar te stellen voor de zorg door de huisarts, is een begin. Hiermee wordt de huisarts/POH-GGZ in staat gesteld tijd te besteden om goed te signaleren in het nazorgtraject. Een goede signalering bij de huisarts is immers essentieel om passende zorg te bieden volgens het stepped-care model. De afgelopen jaren is de richtlijn "Detecteren behoefte psychosociale zorg" in goed overleg binnen de sector tot stand gekomen. Deze wordt momenteel geïmplementeerd in de klinische praktijk. Deze richtlijn is van grote waarde bij het goed kunnen signaleren van een zorgbehoefte in de huisartsenpraktijk. De sector zal een rol spelen in het adequaat scholen en trainen van huisartsen en de POH-GGZ aangaande signaleren en en als nodig verwijzen.

¹ Rapport Psycho-oncologie helpt. Evaluatie van gespecialiseerde psycho-oncologische zorg in Nederland. Eindrapport 2011.

Een deel van de mensen met kanker en hun naasten zal vanuit deze signalering doorverwezen worden naar een gespecialiseerde professional in de psycho-oncologie in de generalistische of in de specialistische GGZ. Vergoeding van die gespecialiseerde (na)zorg ontbreekt echter in het huidige voorstel en zodoende dreigt de nazorg niet langer verzekerde zorg te zijn. De zorg voor kankerpatiënten binnen de GGZ zal als gevolg van dit advies alleen mogelijk zijn als er sprake is van één van de 'erkende' DSM-classificaties, zoals depressieve stoornissen, angststoornissen, somatoforme stoornissen en persoonlijkheidsproblematiek.

Het vergoeden van de classificatie "psychische stoornissen door een somatische aandoening" blijft in het CVZ-advies voorbehouden aan de medisch-psychologische zorg in het ziekenhuis. Ook een aantal seksuele stoornissen en slaapstoornissen die zich regelmatig bij oncologiepatiënten voordoen, dienen volgens het advies alleen nog in het medische circuit psychologisch behandeld te worden. Patiënten met deze classificaties behoren echter ook door een gespecialiseerde GGZ-professional in de psycho-oncologie behandeld te kunnen worden en niet uitsluitend tijdens het medische traject in het ziekenhuis. De psycho-oncologie is een vak apart.

Aanpassingsstoornis niet meer vergoed

De vergoeding van de classificatie aanpassingsstoornis wordt in het huidige advies geschrapt o.b.v. het criterium dat er sprake zou zijn van een 'lage ziektelast' en dat geen gegevens bekend zijn over de effectiviteit van de behandeling voor een aanpassingsstoornis en het ontbreken van een richtlijn.

In de psycho-oncologie is deze classificatie echter voor een aanzienlijk deel van de patiënten en hun naasten passend bij de aard van hun problematiek. Daarbij is evenwel geen sprake van een 'lage ziektelast'. De ziektelast bij kanker is vaak zeer zwaar, complex, langdurig en bovendien is de stressor bij kanker (namelijk de ziekte) niet eenvoudig weg te nemen. Naar onze mening doet deze classificatie (net als de hierboven beschreven classificatie psychische stoornis o.b.v. een somatische aandoening) recht aan de hulpvragen die wij in de praktijk tegenkomen. Immers, er wordt bevestigd dat de sombere of angstige gevoelens passen bij het zich moeten aanpassen aan het leven met of na het hebben (gehad) van een levensbedreigende ziekte.

Het is daarom passend, en wij pleiten daar sterk voor, de aanpassingsstoornis voor mensen met een ernstige (chronische) somatische ziekte en hun naasten, zoals kanker, wederom voor vergoeding in aanmerking te laten komen. Dit zou kunnen onder een aparte categorie, zoals u dat ook doet bij kinderen die huiselijk geweld of misbruik hebben meegemaakt. Wij maken ons als sector sterk voor het ontwikkelen van evidence-based richtlijnen en gaan dan ook graag de uitdaging aan om voor patiënten met deze classificatie op basis van de huidige praktijk en wetenschappelijke stand van zaken een richtlijn te schrijven en te implementeren. Op dit moment heeft KWF Kankerbestrijding geld beschikbaar gesteld voor wetenschappelijk onderzoek naar de effectiviteit van bestaande psycho-oncologische interventies. Het stepped-care model binnen de psycho-oncologie wordt in meerdere ziekenhuizen wetenschappelijk onderzocht en wij staan als sector achter de ontwikkeling van het stepped-care model in de gehele keten van (na)zorg bij de diagnose kanker en willen ons hier graag voor inzetten. Wij vinden het echter van groot belang dat binnen het stepped-care model ook de juiste stappen worden gezet.

Wij zijn overtuigd van de noodzaak om voor deze sector verdere richtlijnen te ontwikkelen en wetenschappelijk aan te tonen dat de huidige psychologische interventies effectief zijn. Er wordt op verschillende plaatsen onderzoek gedaan, nationaal en internationaal. Ook beseffen wij het nut en de noodzaak van zelfmanagement bij mensen met kanker. Ook hiernaar wordt al langer onderzoek gedaan en worden modellen ontwikkeld die wij graag in de praktijk zullen implementeren.

Daarnaast willen wij ons inzetten voor het implementeren van het stepped-care model in de keten, zodat mensen met kanker en hun naasten die daar behoefte aan hebben passende en gespecialiseerde zorg kunnen krijgen. Deze zorg zal met de best passende zorgswaarte moeten worden ingezet waarmee we over- en onderbehandeling voorkomen. Andere ontwikkelingen in dit veld zijn onder meer het ontwikkelen van de zorgstandaard en het individuele zorgplan. In de zorgstandaard wordt het raamwerk van de oncologische zorg en daarmee ook de verankering van goede (na)zorg bij kanker verwoord en deze standaard zal leidend worden in de zorg voor mensen met kanker.

Wij vragen u er voor zorg te dragen dat de gekwalificeerde, gespecialiseerde psychologische zorg voor mensen met kanker en hun naasten beschikbaar blijft, door de toegankelijkheid en financiering ervan te waarborgen.

HOOGGACHTEND, NAMENS:

**De Nederlandse Federatie
van Kankerpatiëntenverenigingen (NFK)**



Drs. A. Bögels, directeur

**De Nederlandse Vereniging voor
Psychosociale Oncologie (NVPO)**



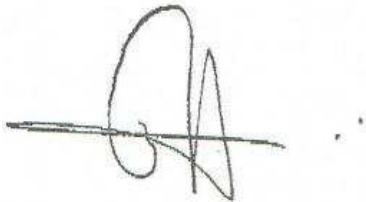
Dr. J.E.H.M. Hoekstra-Weebers, voorzitter

Integraal Kankercentrum Nederland (IKNL)




N.M.H. Hoefsmit MBA, directeur

Ziekenhuispsychologen



*Drs. M. Moss-Lub, klinisch psycholoog
MC Haaglanden, lid LVMP en PAZ*

KWF Kankerbestrijding



Drs. M.T. Rudolphie MBA, directeur/bestuurder

**Inloophuizen, Psycho-oncologische centra,
Samenwerking en Ondersteuning (IPSO)**



Drs. M. van Balen, directeur

Stichting Roparun Centra



Dr. N de Ruiter, directeur

College voor Zorgverzekeringen
T.a.v. mw.mr J.M. van Diggelen
per e-mail

Utrecht, 4 juni 2013

Betreft: Concept-rapport geneeskundige GGZ, deel 2

Geachte mevrouw Van Diggelen,

Dank voor het feit dat u ons in de gelegenheid stelt om te reageren op de herziene versie van het concept-rapport Geneeskundige GGZ, deel 2.

Wij constateren dat het CVZ op een aantal punten tegemoet is gekomen aan de bezwaren die door ons en andere partijen zijn geformuleerd tegen de eerste versie van het concept-rapport. Daaruit spreekt de intentie om in overleg met het veld tot een breed gedragen voorstel te komen. Daarvoor willen wij onze waardering uitspreken. Tegelijkertijd constateren wij dat het concept-rapport op een aantal andere punten nog steeds tekortschiet. Een uitwerking hiervan vindt u in bijgevoegde uitvoerige notitie. Deze notitie is tot stand gekomen onder verantwoordelijkheid van de NVGzP en VGCT, in samenspraak met een aantal andere partijen in het veld, te weten: de Nederlandse Vereniging voor Seksuologie (NVVS), de Nederlandse Vereniging voor relatie- en Gezinstherapie (NVRG), de Vereniging EMDR Nederland (VEN) en het Landelijk Netwerk Onbegrepen Lichamelijke Klachten. Tezamen vertegenwoordigen deze verenigingen meer dan vijfduizend professionals in de gezondheidszorg.

Wij willen u met klem verzoeken de in de notitie genoemde punten te heroverwegen, in het belang van een kwalitatief goede en doelmatige zorg voor mensen met psychische aandoeningen. Graag worden wij in de gelegenheid gesteld onze visie in uw vergadering van 14 juni mondeling toe te lichten.

Met hoogachting,

Namens de NVGzP,

A handwritten signature in black ink, appearing to be 'HD'.

drs. Huib van Dis,
voorzitter

Namens de VGCT,

A handwritten signature in black ink, appearing to be 'Kees Hoogduin'.

prof.dr. Kees Hoogduin,
voorzitter

Bijlage: één.

Reactie op CVZ: herzien Concept-rapport Geneeskundige GGZ dl.2¹

Inleiding

Wij constateren dat het concept-rapport ten opzichte van de eerste versie ingrijpend is herzien. Daaruit spreekt de intentie om in overleg met het veld tot een breed gedragen voorstel te komen. Daarvoor willen wij onze waardering uitspreken.

Inhoudelijk gezien constateren wij dat het rapport op een aantal punten is bijgesteld daarmee geheel of tegemoetkomt aan de eerder door ons en andere partijen geuite bezwaren. Dit betreft met name:

- de keuze om preventie niet categorisch uit te sluiten van geneeskundige zorg;
- het voorstel voor vergoeding van zorg voor kinderen die slachtoffer zijn van huiselijk geweld of seksueel misbruik, en personen die lijden aan een acute stress-stoornis;
- de open opstelling ten aanzien van de toekomstige inclusie van andere aanpassingsstoornissen;
- het laten vervallen van het voorstel om de behandelmogelijkheden bij pervasieve ontwikkelingsstoornissen, aandachtstekort- en gedragsstoornissen en tic-stoornissen te beperken tot één jaar;
- het laten vervallen van het voorstel om de behandeling van cognitieve stoornissen te schrappen uit het G-GGZ-pakket;
- het laten vervallen van het voorstel om bij de omschrijving NAO een systeem van machtiging in te voeren.

Naast deze verbeteringen zien wij een aantal punten waarop het rapport niet of onvoldoende is aangepast. Graag maken wij gebruik van de mogelijkheid om hierop nogmaals onze visie te geven. Waar mogelijk verwijzen wij hierbij naar onze eerdere reactie van 31 januari 2013.

I. Algemene opmerkingen

Kostenbeheersing

Als een belangrijke aanleiding voor uw Rapport noemt u de noodzaak van beheersing van de kosten van de GGZ. Zoals eerder aangegeven onderschrijven wij het belang hiervan. Wij zijn verheugd dat u de opmerking heeft geschrappt dat de kosten van de GGZ sneller zouden stijgen dan de gemiddelde kosten voor de gezondheidszorg heeft geschrappt. Uw verontrusting in het rapport Geneeskundige GGZ deel 1 over de bovenmatige stijging van de GGZ-kosten in het

¹ Met dank voor hun bijdrage aan de totstandkoming van dit rapport aan prof.dr. A. Arntz, prof.dr. C. Bockting, drs. E. Graafsma, drs. H. Hagen, drs. J. Spaans, drs. P. Dingemanse, dr. J. Vroege, drs. K. van der Avoort en drs. P. Rijnders

vooraangaande decennium was immers gebaseerd op onjuiste of achterhaalde cijfers. Feitelijk blijkt de kostenstijging in de GGZ tussen 2000 - 2010 (a) goed vergelijkbaar met die van andere sectoren van de gezondheidszorg zoals de ziekenhuizen en specialisten en de gehandicaptenzorg, (b) grotendeels veroorzaakt door beleidsmaatregelen en (c) vooral aan de orde tussen 2002 en 2005. Nadien is de groei van de GGZ-kosten afgezwakt; in 2012 is naar verwachting zelfs sprake van een reële daling van de uitgaven.²

Zoals u eerder vermeldde vormde de bovenmatige kostenstijging in de GGZ de grond voor de uitwerking van deel 2 van het rapport. Op pagina 9 van de herziene versie wordt op dit punt verwezen naar de opdrachtverlening van de minister. Ten onrechte gaat het CVZ er hierbij aan voorbij dat deze opdracht deels is gebaseerd op de verkeerde cijfers en de te hoge raming van de kostenstijging in deel 1 van het rapport. Wij dringen erop aan dat u in het definitieve rapport hier een opmerking over maakt, waarbij u ingaat op de betekenis hiervan voor de oorspronkelijke opdracht.

Behalve een analyse van de oorzaken van de kostenstijging missen wij een beschouwing over de aangetoonde maatschappelijke opbrengsten van de GGZ, en een analyse van de maatschappelijke kosten die verdere inperkingen van het G-GGZ-pakket oplevert. Daardoor blijft het gevaar bestaan van kortzichtige maatregelen, die weliswaar op korte termijn een besparing opleveren in de GGZ, maar op andere gebieden leiden tot hogere kosten (denk aan medisch zorggebruik, ziekte en arbeidsongeschiktheid, gebruik sociale voorzieningen) en op middellange termijn eveneens een toename van GGZ-kosten als gevolg van uitgestelde gespecialiseerde zorg voor mensen met psychische problematiek en hogere recidive kans.

Verwaarlozing jeugd-GGZ

De Jeugd-GGZ blijft ook in dit herziene concept-rapport een onderbelicht gebied. Wij constateren dat u geen van onze suggesties heeft overgenomen voor includering in Bijlage III van diverse, door ons met name genoemde, effectief gebleken behandelingen voor kinderen en jeugdigen in de GGZ.

Mogelijk houdt het gebrek aan aandacht voor de Jeugd-GGZ verband met de voorgenomen overheveling van de Jeugd-GGZ naar de gemeenten. Deze overheveling krijgt echter pas per 1 januari 2015 zijn beslag, terwijl uw rapport betrekking heeft op wijzigingen in het pakket per 1 januari 2014. Wij achten het dan ook onverantwoord dat u in uw rapport niet expliciet aandacht besteedt aan de GGZ voor kinderen en jeugdigen. Ten minste dient bijlage III aangevuld te worden met effectief gebleken interventies voor kinderen en jeugdigen.

Psychologische beroepen

Wij blijven het betreuren dat u zonder meer blijft uitgaan van de omschrijving van geneeskundige GGZ als “zorg zoals klinisch psychologen en medisch specialisten die plegen te bieden” (p.31). Zoals aangegeven in onze eerdere reactie is deze omschrijving achterhaald en niet meer in overeenstemming met de gewijzigde status van de klinisch psycholoog als gezondheidszorg-psycholoog-specialist en de prominente plaats van de gezondheidszorgpsycholoog en de psychotherapeut in de GGZ.

Uiteraard dient het CVZ zich in zijn adviezen te conformeren aan de wet, in dit geval de Zw. Tegelijkertijd achten wij het de taak van uw College om waar nodig te wijzen op onvolkomenheden in de wet en op de wenselijkheid van aanpassing ervan. Wij vinden dat het concept-rapport op dit punt in gebreke blijft.

² Zie H. Heijnen (2013), Kostengroei GGZ geen reden tot pakketverkleining.

Organisatie van de zorg en plaats van de huisarts

In uw beschouwing over gepast gebruik van het pakket en organisatie van de zorg kent u een grote rol toe aan de huisarts, niet alleen als verwijzer maar ook als behandelaar van klachten en sommige stoornissen. Daarbij wordt de huisarts ondersteund door de POH-GGZ. Hierbij wordt voorbij gegaan aan het feit dat de kennis van en de capaciteit van huisartsen op dit punt zeer beperkt is. Ten onrechte wordt gesuggereerd dat de POH-GGZ wel competent is op dit gebied. POH'ers hebben geen opleiding hebben genoten om deze psychische problematiek te diagnosticeren, te begeleiden en/of behandelen. Wij achten het dan ook onverantwoord hen zo'n grote rol te geven, zolang er geen op deze competenties gerichte opleidingseisen zijn voor de POH-GGZ en niet onderzocht is of zij de hen toebedeelde taak goed kunnen vervullen.

Voorts achten wij het niet doelmatig en patiëntonvriendelijk om de huisarts een rol te geven in de doorverwijzing tussen de Basis GGZ en de specialistische GGZ. Het is in de medische wereld zeer gebruikelijk voor specialisten om naar elkaar te kunnen doorverwijzen zonder tussenkomst van de huisarts. Deze kan immers de noodzaak van behandeling niet altijd goed inschatten.

Tot slot achten wij het van belang dat de huisarts gebruik kan maken van diverse disciplines voor consultatie. Te denken valt aan systeemtherapeuten, die geconsulteerd moeten kunnen worden bij relatie- en gezinsproblematiek zoals vechtscheidingen, huiselijk geweld en seksueel misbruik.

II. Inperkingen pakket

Klachten en stoornissen

Evenals in het eerdere rapport speelt het onderscheid tussen klachten en stoornissen in deze herziene versie een belangrijke rol. U geeft terecht aan dat dit onderscheid ook door andere partijen gehanteerd is in de afbakening van de aanspraak op GGZ. Dit maakt het onderscheid echter niet minder problematisch. Dit blijkt ook uit uw eigen rapport: u geeft terecht aan dat het niet gaat om een theoretisch gefundeerd onderscheid, maar om een besliscriterium dat voor de huisarts praktische bruikbaar zou moeten zijn. (p.16). Tegelijkertijd constateert u zelf dat het onderscheid juist in de praktijk "problematisch dan wel op zijn minst kunstmatig is" (p.15).

Wat wij op dit punt missen is een afweging van de gevolgen van hantering van het voorgestelde onderscheid als basis voor vergoeding. Zoals in onze eerdere notitie aangegeven zal van het voorstel van het CVZ de prikkel uitgaan om klachten zo mogelijk te labelen als stoornissen, opdat er sprake kan zijn van behandeling die aangemerkt kan worden als (vergoede) G-GGZ. Anders dan uw directeur in een interview suggereerde is dit niet per definitie een vorm van frauduleus handelen. Juist gegeven het problematisch onderscheid tussen klachten en stoornissen bestaat er een grijs gebied, waarbinnen labeling als stoornis alleszins verantwoordbaar is. Noch de patiënt noch de (kosten van de) gezondheidszorg is gebaat bij een dergelijke mede door financiële overwegingen geleide 'upcoding'.

Uitsluiting van stoornissen

Het verheugt ons te constateren dat in het herziene rapport geen sprake meer is van generieke uitsluiting van ziektebeelden met een (vermeende) primair somatische achtergrond. Wel constateren wij dat u een aantal stoornissen die kunnen samenhangen met somatische factoren

nog steeds uitsluit. Dit geldt met name voor zindelijkheid, seksuele identiteitsstoornissen en delier.

Seksuele stoornissen

In het rapport wordt de verzekerde G-GGZ beperkt tot de zorg bij een aantal met name genoemde seksuologische stoornissen (exhibitionisme, fetisjisme, frotteurisme, pedofilie, seksueel masochisme, seksueel sadisme, fetisjistisch transvestitisme, voyeurisme, parafilie NAO). Met betrekking tot de overige seksuologische zorg wordt gesteld dat deze in beginsel niet onder de aanspraak G-GGz valt. Deze zorg zou moeten worden verleend binnen de huisartsenzorg en de tweedelijns somatische medisch-specialistische zorg. Als overweging hierbij wordt gegeven dat bij deze stoornissen zowel biologisch-fysieke als psychologische en mogelijk ook sociale factoren een rol spelen.

In onze reactie op de eerste versie van het concept-rapport hebben wij reeds bezwaar aangetekend tegen de uitsluiting van een deel van de seksuologische zorg. Wij willen dat hier met kracht herhalen. Naast de somatisch-specialistische zorg vindt hulp bij seksuologische problematiek voor een belangrijk deel plaats binnen de GGZ. Hiertoe kent een flink aantal GGZ-instellingen multidisciplinaire seksuologische teams. Behandeling in de tweedelijns GGZ is met name geïndiceerd als het gaat om seksuele disfuncties die (primair) samenhangen met andere psychische aandoeningen, en/of het gevolg zijn van het gebruik van psychofarmaca. Uitsluiting van vergoeding voor deze zorg zou betekenen dat een mede op verzoek van VWS tot stand gebrachte infrastructuur aan zorgvoorzieningen op gebied van de seksuologie niet meer voor financiering in aanmerking komt, en dat patiënten terechtgekomen in een medisch-specialistische context, die juist voor patiënten waarbij primair sprake is van een samenhang van seksuologische en psychische problematiek minder goed is toegerust.

Voor een uitgebreidere argumentatie van dit punt verwijzen wij naar de afzonderlijke reactie van de NVVS.

Enkelvoudige fobie

Naast bovenstaande stoornissen persisteert het rapport in de uitsluiting van de specifieke (enkelvoudige) fobie. U baseert deze uitsluiting op de multidisciplinaire richtlijn angststoornissen, die voor zou schrijven dat de behandeling deze fobieën onderdeel is van de huisartsenzorg, en dat de geïndiceerde behandeling zou bestaan uit benzodiazepine. Dit is een volledig onjuiste weergave van de multidisciplinaire richtlijnen³. In deze richtlijnen wordt juist specifiek aanbevolen om als eerste keus behandeling geen psychofarmaca, maar gedragstherapie aan te bieden. Wanneer een patiënt met een specifieke fobie geen baat heeft bij een gedragtherapeutische behandeling en dagelijks lijdt onder de angsten, kunnen volgens de richtlijn antidepressiva worden overwogen. Daarbij worden niet benzodiazepine's, maar de SSRI's en de TCA's genoemd als middelen van eerste voorkeur. Benzodiazepinen moeten volgens de richtlijn gereserveerd worden voor patiënten die zeer onregelmatig met de fobische stimulus worden geconfronteerd, die niet gemotiveerd zijn voor gedragstherapie en de betreffende situatie niet kunnen ontwijken. In deze gevallen kan gedurende de periode van blootstelling aan de angstwekkende situatie een benzodiazepine worden voorgeschreven in een lage dosering. Men moet de patiënt deze medicatie tenminste eenmaal voor proef laten gebruiken, zodat deze de eventuele bijwerkingen kent. Daarnaast past een advies om gelijktijdig geen alcohol te gebruiken, zoals bijvoorbeeld gedurende de vlucht bij een vliegphobie. Alleen in het geval van niet frequent voorkomende situaties, wordt incidenteel een benzodiazepine aanbevolen.

³ (2005-heden; http://www.ggzrichtlijnen.nl/index.php?pagina=/richtlijn/item/pagina.php&richtlijn_id=35)

Gegeven het feit dat gedragstherapie de behandeling van eerste voorkeur is achten wij het niet verantwoord de behandeling van de enkelvoudige fobie te situeren in de huisartsenpraktijk en pleiten wij voor opname hiervan in het G-GGZ-pakket.

Het CVZ pleit bij voortduring, en ons inziens terecht, voor wetenschappelijke onderbouwing van interventies in de zorg. In dat licht vinden wij dat ook van het CVZ en andere beleidsmakers of – adviseurs verwacht mag worden dat adviezen en voorgestelde maatregelen zijn gebaseerd op wetenschappelijke inzichten over effectieve zorg. Gaarne stellen wij hiervoor de expertise ter beschikbaar die onder onze leden aanwezig is.

Aanpassingsstoornis

Bij de uitsluiting van aanpassingsstoornissen maakt het rapport twee uitzonderingen: voor crisisopname en voor kinderen die slachtoffer zijn van huiselijk geweld of seksueel misbruik.

- Wat betreft crisisopnames pleiten wij ervoor het criterium te verruimen tot ‘ernstige (dreigende) decompensatie’, in welk geval de huisarts moet kunnen verwijzen naar de GGZ. Dit ook vanuit het oogpunt van doelmatigheid: crisisopname is kostbaar en vaak niet nodig, mits andersoortige specialistische hulp op tijd kan worden geboden. Het criterium van ‘ernstige (dreigende) decompensatie’ is voldoende selectief om het volume van aanspraken te beperken en voorkomt onnodige crisisopnames.
- Wat betreft kinderen die slachtoffer zijn van huiselijk geweld of seksueel misbruik signaleert u een uitvoeringsprobleem. U stelt de Minister voor een relevante prestatiebeschrijving te laten opstellen die een titel vormt voor vergoeden van deze zorg. Wij signaleren hierbij dat deze zorg niet uitsluitend de betrokken kinderen moet betreffen, maar het ook mogelijk moet maken adequate behandeling te bieden aan de omgeving, i.c. de ouders van de betreffende kinderen.

Interventies

Evenals in de eerste versie van het concept-rapport is in deze herziene versie sprake van bijlagen met interventies die wel en niet voldoen aan criteria van effectiviteit. Onze bezwaren tegen deze lijsten zijn onverminderd geldig.

- In de eerste plaats hebben wij ten principale bezwaar tegen het opstellen van lijsten als deze. Wij ondersteunen het algemene streven om vergoeding van interventies in de GGZ te beperken tot wetenschappelijk onderbouwde procedures en interventies. Hiervoor bestaat echter reeds een criterium, namelijk de multidisciplinaire richtlijnen die voor een groot aantal stoornissen zijn ontwikkeld. Deze bevatten gedetailleerde, onderbouwde en door de professionele gemeenschap gedragen richtlijnen over welke interventies bij welke stoornissen in welke situatie als evidence based en adequaat moeten worden beschouwd. Het opstellen van onsystematische en slecht onderbouwde lijsten van interventies voegt hier niets aan toe. Integendeel: het doet afbreuk aan de status van multidisciplinaire richtlijnen, en staat daarmee op gespannen voet met het in het Bestuurlijk Akkoord vastgelegde streven om de ontwikkeling van deze richtlijnen een nieuw impuls te geven door de ontwikkeling van een Kwaliteitsinstituut. Het draagt bovendien het risico in zich dat de zorgverzekeraar op de stoel van de behandelaar gaat zitten, en vergoeding van de zorg afhankelijk wordt van lijstjes van verzekeraars, in plaats van gebaseerd is op professionele richtlijnen en standaarden.
- In de tweede plaats wordt niet verantwoord op welke manier is bepaald of een interventie ‘voldoet aan de stand van wetenschap en praktijk’. Er is geen helderheid over de manier waarop de bijlages tot stand zijn gekomen, of over de criteria die gehanteerd zijn.
- In de derde plaats moet worden vastgesteld dat beide lijsten een onlogische indruk maken. Veel van de genoemde interventies in Bijlage I (bijv. exposure in vivo, cognitieve

herstructurering) zijn deelttechnieken van cognitieve gedragstherapie en sluiten elkaar dus niet uit. Het onderscheid tussen 'algemene' en 'specifieke' interventies is kunstmatig en niet gefundeerd in de stand van de wetenschap: geen enkele interventie is 'algemeen', en de onder 'specifiek' genoemde interventies zijn in een aantal gevallen ook effectief voor andere dan de genoemde aandoeningen.

Onze aanbeveling is om deze lijst te vervangen door een procedure, die kan leiden tot een daadwerkelijk 'door veldpartijen gedragen expertoordeel' en waarbij aansluiting wordt gezocht bij de multidisciplinaire richtlijnen.

Indien u er ondanks deze bezwaren voor kiest om deze lijsten van interventies te handhaven mag ons inziens op zijn minst verwacht worden dat u aansluit bij de wetenschappelijke *state of the art* en de multidisciplinaire richtlijnen over de behandeling van verschillende stoornissen. Vanuit dat gezichtspunt verdient vooral de lijst van positieve interventies op een groot aantal punten aanvulling.

- toevoeging van interventies bewezen effectiviteit bij persoonlijkheidsstoornissen, in het bijzonder schematherapie, STEPPS-training en Transference Focused Psychotherapy.⁴
- toevoeging van evidence based interventies bij kinderen en jeugdigen, zoals PMTO, MST, FFT en Incredible Years. Voor een meer compleet overzicht van interventies met bewezen effectiviteit verwezen wij in onze reactie op uw eerdere rapport reeds naar twee gezaghebbende bronnen, te weten de overzichten van het Nederlands Jeugd Instituut en het Landelijk Kenniscentrum Kinder- en jeugdpsychiatrie.
- toevoeging van Acceptance and Commitment Therapie (ACT) bij pijnstoornissen;
- hypnotherapie: toevoeging van prikkelbare darmsyndroom
- EMDR: ook bij onverwerkte traumatische ervaringen die een stoornis in stand houden;
- Preventieve cognitieve therapie ter preventie van terugval bij mensen die hersteld zijn van recidiverende depressie (in het rapport wordt enkel MBCT genoemd en geopperd dat er een aparte code moeten komen voor deze groep, echter er is nog meer evidentie voor de effectiviteit van preventie van terugval bij recidiverende depressie met Preventieve Cognitieve therapie (bestaat eveneens uit 8 sessies; voor meta analyses zie Vittengl et al., 2007, Guidi et al., 2011)⁵

III. Sturing door verzekeraars

Het herziene concept van deel 2 leunt in veel sterkere mate dan de eerste versie op de sturende rol van de zorgverzekeraars. Zo laat het CVZ het op pagina 18 primair aan de zorgverzekeraars om uitspraken te doen over de aard en de omvang van de verzekerde prestaties.

Wij achten dit in de eerste plaats in strijd met artikel 11 lid 3 van de Zorgverzekeringswet, die stelt dat de aanspraak op zorg dient te worden geregeld bij algemene maatregel van bestuur. Artikel 66 bepaalt dat het CVZ adviseert over de inhoud en omvang van de in artikel 11 omschreven

4 Zie voor schematherapie bijvoorbeeld M. Nadort (2012), Wild at heart and weird on top. The implementation of outpatient schema therapy for borderline personality disorder in regular mental health care. Amsterdam: proefschrift Vrije Universiteit. Voor STEPPS (NI: VERS-training): Bos EH, van Wel EB, Appelo MT, Verbraak MJ. Psychother Psychosom. 2011;80(3):173-81. doi: 10.1159/000321793. Epub 2011 Mar 9. Effectiveness of Systems Training for Emotional Predictability and Problem Solving (STEPPS) for borderline personality problems in a 'real-world' sample: moderation by diagnosis or severity? Voor TFP: Doering, S., Hörz, S., Rentrop, M., Fischer-Kern, M., Schuster, P., Benecke, C., Buchheim, A., Martius, P., Buchheim, P. (2010), Transference-focused psychotherapy v. treatment by community psychotherapists for borderline personality disorder: randomised controlled trial. Br J Psychiatry. 196(5):389-95.

⁵ Vittengl JR, Clark LA, Dunn TW, Jarrett RB. Reducing relapse and recurrence in unipolar depression: a comparative meta-analysis of cognitive-behavioral therapy's effects. J Consult Clin Psychol. 2007 Jun;75(3):475-88. Guidi J, Fava GA, Fava M, Papakostas GI. Efficacy of the sequential integration of psychotherapy and pharmacotherapy in major depressive disorder: a preliminary meta-analysis. Psychol Med. 2011 Feb;41(2):321-31.

basispakket. Een zorgverzekeraar kan volgens lid 5 van artikel 11 (slechts) om ethische of levensbeschouwelijke redenen in geringe mate besluiten controversiële prestaties uit de modelovereenkomst weg te laten. Het CVZ dient op dit punt volgens ons haar eigen verantwoordelijkheid te nemen, en deze niet neer te leggen bij de verzekeraars.

In de tweede plaats menen wij dat de grote rol die wordt toebedeeld aan verzekeraars niet in overeenstemming is met de primaire verantwoordelijkheid van zorgverleners voor de bewaking van de noodzakelijkheid en de kwaliteit van zorgverlening, conform professionele standaarden. Daarnaast missen zorgverzekeraars in het algemeen de deskundigheid om adequaat te kunnen oordelen over deze aspecten.

Tot slot gaat uw advies voorbij aan problemen van privacy en bescherming van persoonsgegevens. Dit geldt met name waar op p.33 als minimumvereiste voor een goede controle door de zorgverzekeraar ervoor wordt gepleit dat de diagnose zichtbaar is op de declaratie. Dit staat op gespannen voet met de Wet op de Bescherming van Persoonsgegevens, zoals recentelijk opnieuw bevestigd door het College van Beroep voor het bedrijfsleven (CBb) inzake het door de Stichting KDVP ingestelde beroep tegen de opt-outregeling van de NZa.⁶

Utrecht, 4 juni 2013.

⁶ <http://zoeken.rechtspraak.nl/detailpage.aspx?ljn=BZ6194>

Reactie NIP en NVP op Adviesrapport CVZ deel 2, herziene versie 24 mei 2013

Graag maken het Nederlands Instituut van Psychologen NIP en de Nederlandse Vereniging voor Psychotherapie NVP gebruik van de gelegenheid te reageren op het conceptrapport G-GGZ-deel 2, versie 24 mei van het CVZ. Deze reactie baseren we op onze eerdere inbreng in februari en in relatie met de afspraken die zijn gemaakt binnen het kader van het Bestuurlijk Akkoord G-GGZ. In deze reactie maken we allereerst enkele algemene opmerkingen over de teneur van het herziene advies en enkele opmerkingen over de gehanteerde begrippen. Vervolgens beschouwen we het rapport op grond van de onze reactie op het voorgaande concept. Tot slot gaan we in op de inhoud van het rapport per pagina.

Algemene indruk

Het rapport is een duidelijke verbetering ten opzichte van voorgaande versie. Er wordt nadrukkelijker rekening gehouden met de bewegingen in het veld in het kader van het bestuurlijk akkoord. Hierbij moet wel rekening gehouden worden met dat deze beweging op een aantal punten nog niet zeker is. Het is dan een risico voorschotten te nemen op discussies die nog lopen zoals over het hoofdbehandelaarschap. We zitten, zoals ook bij herhaling in het overleg over het bestuurlijk akkoord wordt opgemerkt in een lerende omgeving die vraagt om flexibiliteit en aanpassing van de regelgeving als de praktijksituatie dit vraagt. Ook vragen we aandacht voor de continuïteit van zorg tussen de verschillende echelons zodat er geen patiënten tussen wal en schip vallen. We constateren dat sommige begrippen niet consequent worden gebruikt. Zo hanteert het CvZ door het rapport heen verschillende definities van professionals. We zien graag door het rapport heen een eenduidige aanduiding van de professionals binnen de GGZ waarvoor we verwijzen naar de veldnormen zoals die in het kader van het hoofdbehandelaarschap worden ontwikkeld en gedefinieerd. Waar de term ‘stepped care’ wordt gebruikt willen we graag ook vermelding van matched care aangezien deze onlosmakelijk met elkaar verbonden zijn.

In het vervolg van deze reactie worden deze hoofdlijnen verder toegelicht.

Herzelingen in het licht van eerdere reactie van het NIP

Het NIP heeft schriftelijk gereageerd op de voorgaande versie van het rapport en sprak in bij de hoorzitting hierover. Ook is er een gesprek met het NIP geweest. Hieronder gaan we per punt in op het herziene adviesrapport. De NVP met wie overleg is geweest sluit zich aan bij de standpunten van het NIP.

Kernpunten van de eerdere reactie van het NIP en NVP zijn:

- 1) Een gezamenlijke inzet voor goede, efficiënte GGZ;
- 2) Specifiek aandacht voor jeugd- en ouderen GGZ;
- 3) De juiste norm voor toewijzing van zorg;
- 4) Pakket volgt en sluit aan bij professionele/kwaliteitsstandaard;
- 5) Degelijke onderbouwing van het CVZ advies;
- 6) Inzicht in uitvoeringsconsequenties.

Ad 1: Gezamenlijke verantwoordelijkheid voor een goede en efficiënte GGZ

Alle veldpartijen werken momenteel hard in het kader van het bestuurlijk akkoord om de GGZ efficiënt in te richten: kwalitatief goede en passende zorg tegen beheersbare kosten. De pakketmaatregelen van het CVZ kunnen hier niet los van worden gezien. Het NIP en de NVP zijn verheugd dat in de nieuwe rapportage veelvuldig naar de maatregelen uit het akkoord wordt verwezen. Wel benadrukken we dat de maatregelen binnen het akkoord, zoals het herziene stelsel met drie echelons in ontwikkeling is, waarbij sprake is van een groeimodel. Ervaringen in de praktijk moeten aantonen of dit model in alle opzichten werkt en welke verdere aanpassingen nodig zijn. Een goed continuüm van zorg van Huisarts-POH, Generalistische Basis-GGZ en gespecialiseerde GGZ is essentieel om voor iedere zorgvraag passende hulp te bieden. Als hier maten ontbreken gaat dat knellen of loopt men op te grote voet. We zien ondanks verbeteringen in het rapport het risico van hiaten in dit continuüm ontstaan door een al te scherpe afbakening van wat tot welke zorg behoort. Bijvoorbeeld door psychische klachten uitsluitend bij de huisarts-POH te leggen kan een barrière ontstaan om mensen met persisterende klachten door te verwijzen naar de lichtere producten binnen de basis-GGZ. Hetzelfde geldt voor de preventieve zorg door de huisarts POH. We onderschrijven het idee dat de huisartsenzorg de eerste portal is voor deze vorm van zorg. Wij vragen ons echter af of de huisartsen en huisartsen POH altijd toegerust zijn op de taakverzwaring en uitbreiding van hun werkzaamheden in de richting van GGZ-zorg. Mocht deze ontoereikend blijken, dan moet doorverwijzing naar de Generalistische Basis GGZ mogelijk zijn voor tijdige en afdoende zorg (matched care). Hetzelfde geldt als Generalistische Basis GGZ-zorg ontoereikend blijkt voor ernstige maar niet complexe stoornissen. De praktijk van de GGZ leert dat patiënten zich vaak aanmelden voor hulpverlening voor een mildere klacht. Pas na het opbouwen van een vertrouwde werk- en therapeutische relatie onthult zich de werkelijke, vaak ernstige problematiek. Deze moeten dan alsnog binnen de generalistische of gespecialiseerde GGZ terecht kunnen. Doorverwijzing van de generalistische Basis-GGZ naar de gespecialiseerde GGZ zou wat ons betreft niet per definitie via de huisarts hoeven te verlopen mits er maar een goede communicatie tussen huisarts en behandelaren is. Ook daarmee worden tijd en kosten bespaard.

Als patiënten zorg ontzegd wordt die ze eigenlijk nodig hebben, kan de klacht of stoornis zich verder ontwikkelen en verergeren waardoor langdurige zorg nodig is. Het gaat er in de visie van het NIP en de NVP dus veel meer om de vraag of er op een passende manier in zorgbehoefte wordt voorzien, dan dat er oneigenlijk upcoding plaatsvindt.

Ad 2 Aandacht voor de jeugd en ouderen GGZ

We vinden het een aanzienlijke verbetering dat voor jeugdigen met aanpassingsstoornissen als gevolg van huiselijk geweld en seksueel misbruik aparte richtlijnen worden opgesteld. Een goede definitie wat daar onder valt is dan wel wenselijk, bijvoorbeeld of verbaal geweld bij vechtscheidingen onder huiselijk geweld valt. De jeugd GGZ omvat ook meer dan in het rapport wordt omschreven. Het is ook niet zo dat leerstoornissen momenteel alleen vanuit het onderwijs kan worden aangepakt. In het overzicht van de kaders van waaruit vergoedingen plaatsvinden (pagina 5 en 15) missen we nadrukkelijk de komende Jeugdwet of Wet op de Jeugdzorg en de positie van de Jeugd GGZ. Bij de transitie van de jeugdzorg naar de gemeenten moet de vergoedingen structuur glashelder zijn en mogen er geen gaten mee komen.

We ondersteunen het CVZ in haar oproep aan de minister de bekostiging van de zorg aan mensen met dementie te herbezien om een meer integrale zorg te faciliteren. De psycholoog

kan hierbinnen een verbindende rol spelen. Ook hierover is nog nadere uitwerking nodig over hoofdbehandelaarschap, diagnostiek, indicatiestelling, zorgcoördinatie en financieringsstroom.

Ad3 Juiste normering voor toewijzing naar zorg

Het NIP en de NVP benadrukken nogmaals dat in ieder geval het gehele spectrum van DSM-IV stoornissen tot de verzekerde zorg zou moeten behoren. Met de invoering van DSM-V kan de gelegenheid benut worden voor een aanvullende classificatie bijvoorbeeld vanuit de ICF. Gezien de ernst van aanpassingsstoornissen, het effect hiervan op het dagelijks functioneren en het risico van de ontwikkeling tot een ernstige en/of chronische stoornis adviseren wij vooruitlopend op goed onderbouwde richtlijnen, deze toch op te nemen in het basispakket.

Ad 4 Volgen van professionele kwaliteitsnormering

Het CVZ rapport gaat uitgebreid in op de kwaliteitsstandaarden voor gepast gebruik van zorg. Hierop komen we graag terug in het kader van het kwaliteitsprogramma dat door de partijen binnen het bestuurlijk akkoord, wordt opgesteld. Ook op dit punt verwijzen we weer naar de richtlijnontwikkeling via de LSKS. Graag zouden we de handschoen willen oppakken om met de samenwerkingspartners verdere richtlijnen te ontwikkelen via de LSKS.

Ad 5: Onderbouwing van de keuzes van het CvZ en

Ad 6 : Inzicht in de uitvoeringsconsequenties

Het NIP en NVP hebben waardering voor de wijze waarop het CVZ de keuzes in haar rapport nu onderbouwt. Hiermee is het fundament onder het rapport versterkt. Desondanks blijft het lastig in te schatten of deze keuzes ook daadwerkelijk leiden tot de beoogde reductie van kosten en een effectieve en toegankelijke (verzekerde) zorg. Inhoud en omvang van de geneeskundige zorg worden volgens de wet bepaald door de stand van wetenschap en praktijk. Waar het CvZ het meeste gewicht lijkt toe te kennen aan een wetenschappelijke onderbouwing, vinden NIP en NVP dat, gegeven de huidige transitie, de aansluiting met de huidige praktijk meer aandacht verdient. Het huidige stelsel van GGZ-voorzieningen is een bouwwerk van hoge kwaliteit. Een goede monitoring van de uitvoeringseffecten met praktijkcijfers en bijstelling van het model komende jaren blijft dus nodig. De volgende risico's zouden daarbij moeten worden gemeten.

- Is de Huisarts –POH voldoende in staat om aan psyche gerelateerde klachten afdoende te behandelen of komen deze casussen uiteindelijk alsnog binnen de GGZ terecht?
- In hoeverre leiden deze maatregelen niet tot uitsluiting van zorg voor mensen die dit wel nodig hebben waardoor zij uiteindelijk met zwaardere klachten in een gevorderd stadium in een hoger segment terecht komen.

Het is goed door middel van preventie en lichtere zorgproducten in een vroeg stadium de zorg te verbeteren. Mocht deze echter ontoereikend zijn dan is doorverwijzing noodzakelijk.

Reacties per pagina

Naast onze reactie op hoofdlijnen willen we graag nog de volgende reacties per pagina weergeven:

- Pag. 4, punt 3: Niet de zorgverzekeraar bepaalt de competentie, reikwijdte van het hoofdbehandelaarschap. Hierover wordt een veldnorm ontwikkeld door de partijen van het bestuurlijk akkoord.

- Pag. 4, paragraaf 2 tweede alinea: LSKS: in de agendaraad van LSKS zijn huisartsen inmiddels vertegenwoordigd om precies de reden die genoemd wordt, namelijk een goede afstemming.
- Pag. 4, paragraaf 4, eerste alinea: In het verwijfsmodel dat op basis van het HHM rapport dat door de partijen van het bestuurlijk akkoord is geaccordeerd, worden 5 criteria gewogen, niet alleen complexiteit. Triage uitsluitend op basis van complexiteit is een te simpele voorstelling van zaken.
- Pag. 4, paragraaf 4, eerste alinea: Het NIP en de NVP kunnen zich niet vinden in de redenering over netto groei. Hiervoor verwijzen we naar de eerdere opmerking over de continuïteit van zorg.
- Pag. 5: schema: Bij dit heldere schema kan ook de jeugdwet worden toegevoegd. Tegelijkertijd is belangrijk op te merken dat al deze vier structuren op dit moment in beweging zijn, waarbij monitoring en bijstelling nodig zijn voor een goed afgestemde zorg.
- Pag. 5 en 6: hier wordt een mix van ogenschijnlijk willekeurige organisaties en beroepen door elkaar genoemd. Wij zien hier graag in ieder geval de psycholoog genoemd omdat deze in de praktijk ook op deze grensgebieden functioneren.
- Pag. 8: NIP en de NVP ondersteunen de gedachtegang in tweede alinea;
- Pag. 9: NIP en de NVP ondersteunen de benoemde indeling van instrumenten.
- Pag. 9: 2.1 NIP en de NVP vragen aandacht voor onderzoek van Heijnen over kosten in de GGZ. (zorgvisie, 1 maart 2013)
- Pag. 13: de verwijzing naar artikel 2.4 van Bzv.: we gaan er daarbij vanuit dat dit conform de echelonnering/hoofdbehandelaarschap wordt toegepast, waarbij de BIG de Klinisch Neuro Psycholoog erkent als specialist in de gezondheidszorg. NIP en NVP pleiten voor toevoeging van KNP-er aan dit artikel.
- Pag. 14, tweede regel van boven: Het NIP en de vinden dat G-GGZ zorg wordt aangeboden door een breed spectrum van gespecialiseerde zorgaanbieders met de juiste tools. We prijzen het CVZ dat naast medisch specialisten en klinisch psychologen op pag. 13 dit brede veld wordt erkend zoals dat in de afgelopen decennia is gegroeid, waarbij stand van wetenschap en praktijk beide hun rol spelen. In het vervolg van P14 wordt het aspect van EBM uitgewerkt. Het NIP en de NVP vinden dat een passage ontbreekt waarin voor de huidige eerstelijns psychologische praktijk, de tweedelijns GGZ-zorg door vrijgevestigd psychologen en psychotherapeuten en de huidige medisch-psychologische zorg een ordentelijke afweging wordt gemaakt. Het NIP en de NVP bepleiten om voor deze vorm van verzekerde zorg door professionals een ruimte te definiëren.
- Pag. 14, eerste alinea: in aanvulling: De eerstelijnspsycholoog is een GZ psycholoog met aanvullend profiel, zoals vastgelegd in register bij het NIP. Daarnaast moet aandacht zijn voor specifieke deskundigheidsgebieden zoals jeugd of ouderen of chronische patiënten. Graag benadrukken we dat de huidige eerstelijnszorg zelf niet is beperkt tot 5 zittingen maar slechts de bekostiging van de eerstelijns psychologische zorg in de huidige regelgeving. Dit achten wij een zeer relevant verschil.
- P14, 5^e alinea. De passage over de functiegerichte beschrijving in de zorg legt teveel accent op een veronderstelde sturing door de zorgverzekeraars. Naast de zorgverzekeraar (in diens dienende functie voor de patiënt) spelen ook de zorgaanbieder en de wetgever hun rol.

- P16: het blijft zeer de vraag in hoeverre de beperkte Huisartsenzorg-POH ernstige en langdurige klachten zoals een burn-out adequaat kan behandelen. Onderbehandeling kan hier tot ontwikkeling van ernstigere stoornissen zoals depressie leiden. Dit illustreert ons pleidooi om ook persisterende en ernstige psychische klachten door te kunnen verwijzen naar een hoger echelon.
- Pag. 16: onderaan, bij Somatisch Medisch-specialistische zorg: de benaming ‘medisch psychologen’ is onhandig, omdat dit geen BIG erkende titel is; beter is GZ-psychologen en Klinisch (neuro-)psychologen, werkzaam in de medisch-specialistische setting.
- Pag. 17: Tweede alinea, vierde regel: toevoegen: Klinisch Neuropsycholoog. (KNP).
- Pag.17/18 In deze hele passage over de stand van de wetenschap en de praktijk is er een onevenwichtig accent in de richting van wat er wetenschappelijk bewezen is. Het NIP en de NVP pleiten voor aandacht voor de praktijksituatie van de GGZ in Nederland die zich ontwikkeld heeft in de afgelopen decennia.
- Pag. 18: alinea 4: welke consequenties heeft dit voor programma's zoals KOPP of kinderen van verslaafde ouders?
- Pag.19 en 20: De eigen verantwoordelijkheid van de patiënt bij preventie is zeker van belang. Wij betwijfelen echter of gestelde maatregelen zoals sport en mindfulness afdoende en zelfhulp via e-health afdoende zijn bij de preventie van ernstige psychische klachten.
- Pag. 20 tot 23 Gelet op het geschetste verloop van angsten, depressies, paniekstoornissen en problematisch alcoholgebruik is er aanzienlijk risico dat preventie door de huisartsen alleen ontoereikend is. Het is dan effectiever de patiënt door te verwijzen.
- Pag.22: Bij uitvoerbaarheid a), zorgaanbieders: hier wordt de huisarts in een dubbelrol gezet: zowel poortwachter als uitvoerder bij geïndiceerde preventie. Het is ten eerste de vraag of de huisartsen op deze taakuitbreiding zitten te wachten – ten tweede is het de vraag of zij het meest zijn toegerust om deze interventie uit te voeren. Het NIP en de NVP pleiten ervoor om geïndiceerde preventie te lokaliseren bij de basis GGZ.
- Pag. 24 eerste alinea: een aanpassingsstoornis door verlies kan zich echter wel ontwikkelen tot een aandoening zoals depressie. Het is beter dit te voorkomen.
- Pag. 25: 4^e alinea. Graag ook aandacht voor aanpassingsstoornis van kinderen door andere stresssituaties, zoals vechtscheidingen, veelvuldig pesten, ongeval of trauma.
- Pag. 28: Het NIP en de NVP signaleren dat in de afgelopen periode weinig aandacht is geweest voor de implementatie van richtlijnen of kwaliteitsinstrumenten in het algemeen. Het publiceren van een nieuwe richtlijn, het afkondigen van een ROM-verplichting of het definiëren van prestatie-indicatoren zijn eerste kwaliteitsstappen die een vervolg behoeven. Wij vinden dat de professionals de mogelijkheid moeten hebben zich om nieuwe ontwikkelingen in hun vak gedegen eigen te maken. Hier dient tijd en geld voor beschikbaar te zijn. Het NIP zet zich overigens hiervoor in via haar rol bij LSKS en via de uitvoering van het bestuurlijk akkoord.
- Pag. 30: alinea 3: Naast Klinisch psychologen ook Klinisch Neuropsychologen noemen
- Pag. 31: 4.6 Sturing door verzekeraars; De overheid heeft de verzekeraars bewust in het veld van de gezondheidszorg gepositioneerd in de uitvoering van de Zvw.

Het NIP en de NVP bepleiten een evenwichtiger rolverdeling met een gelijk speelveld tussen zorgverlener, verzekeraar, patiënt en overheid om een andere dynamiek te verkrijgen in de voormalige vertrouwelijke maar ook afhankelijke behandelrelatie tussen zorgverlener en patiënt.

- Pag. 32: 2^e alinea laatste zin: term psychiatrie graag vervangen door GGZ
- Pag. 33: De opsomming van chronische stoornissen die in de derde regel begint is willekeurig, heeft geen onderbouwing, en kan achterwege gelaten worden.
- Pag. 33: In de derde alinea en in het stuk over controle en toezicht wordt genoemd: “een minimumvereiste is wel dat op de declaratie de diagnose zichtbaar is”. Over de houdbaarheid van dit vereiste vindt, nadat de rechter eerder heeft aangegeven dat er geen deugdelijke grond is voor deze bepaling gelet op de privacy, nog overleg plaats met het CPB. Afhankelijk van een uitspraak hiervan zal moeten blijken of dit haalbaar is. Het NIP en NVP zullen uiteraard uitvoering geven aan wat wordt overeengekomen, maar volgen de nu vigerende regelgeving dat diagnose informatie niet aan de verzekeraar ter beschikking wordt gesteld als de patiënt dat niet wil.
- Pag. 33: Naar ons idee wordt hier eenzijdig de nadruk op volumebeheersing van de gespecialiseerde GGZ gelegd terwijl het gaat om passende zorg in het juiste echelon. Naar ons idee moet monitoring hierop gericht zijn om het model verder te valideren en te verfijnen. Hieruit zou automatisch de omvang van de GGZ beheersbaar moeten blijven..
- Pag. 34-35, 4.7: Het NIP en de NVP zijner voor om somatiek en psyche dichter bij elkaar te brengen. En de nu al bestaande scheiding niet te versterken. Als er strak wordt gehouden aan de DSM scheiding worden vormfouten gemaakt. Op een afdeling medisch psychologie worden vele problemen gediagnostiseerd en behandeld op het gebied van de comorbiditeit van de psychische en somatische problematiek. Daar valt dan ook onder de zorg die even zo goed in DSM-IV termen te classificeren is. Zoals: zindelijkheidsproblematiek, angststoornissen, depressie, eetstoornissen, somatoforme stoornissen en bij kinderen en jeugd de 0-3 problematiek: eet-/huil-, slaap- en regulatieproblematiek die zich uit in somatische problematiek. Hier dient uiterst kritisch en zorgvuldig mee om te worden gegaan.
- Pag. 35: Specifieke fobieën kunnen dermate invaliderend zijn dat verwijzing naar G-GGZ noodzakelijk is.
- Pag. 35: Slaapstoornissen worden ook veelvuldig behandeld in de G-GGZ
- Pag. 35: In weerwil van de argumentatie in het CVZ rapport blijft het NIP en de NVP zijn van mening dat behandeling van aanpassingsstoornissen, een volwaardige stoornissen categorie in de DSM-IV, vergoeding behoeft in het G-GGZ bekostigingskader. Zie hiervoor de opmerking onder ad 3.
- Bijlage 2: Het NIP en de NVP zijn van mening dat de stand van de praktijk van de geestelijke gezondheidszorg in Nederland zich baseert op een ontwikkeling van vele tientallen jaren en daarom meer moet meewegen. Behandelvormen zijn opgekomen en weer verdwenen. Dat zou in de toekomst moeten blijven. Daarom vinden het NIP en de NVP dat de interventies hun plaats in het pakket dienen te behouden of te verkrijgen op basis van onderzoek op effectiviteit in de praktijk en dat hiervoor goede richtlijnen zijn zoals opgesteld door de LSKS.

Het NIP en de NVP vertrouwen er op u hiermee een duidelijke en constructieve reactie te hebben gegeven voor een evenwichtig pakket van verzekerde geestelijke gezondheidszorg.

Met vriendelijke groet,



Hans van Eck
Directeur NIP



Heidi Nijboer
Directeur NVP

Datum van ondertekening 4 juni 2013

College voor zorgverzekeringen
T.a.v. mevrouw P. Polman
Postbus 320
1110 AH DIEMEN

ONDERWERP

Reactie conceptrapport G-GGZ deel 2 (versie 24 mei 2013)

UTRECHT

4 juni 2013

Geachte mevrouw Polman,

REFERENTIE

MRo / 13-13999

De Landelijke Huisartsenvereniging (LHV), de Orde van Medisch Specialisten (OMS) en de Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (KNMG) grijpen hiermee gezamenlijk de door het College voor zorgverzekeringen (CVZ) geboden mogelijkheid aan om te reageren op het conceptrapport 'Geneeskundige GGZ deel 2'.

Wij stellen vast dat het voorliggende rapport aanzienlijk is gewijzigd ten opzichte van de eerdere versie. Wij voelen ons gehoord in ons commentaar op die versie, en waarderen de leesbaarheid van deze versie van het rapport.

- Deze versie sluit beter aan bij de afspraken van de GGZ-veldpartijen in het Bestuurlijk Akkoord Toekomst GGZ 2013-2014. De eerste lijn dient adequaat geoutilleerd te worden om de centrale positie waar te maken. Daartoe moeten ook de mogelijkheden voor het invoeren van diagnostiek en advies uit de tweede lijn geborgd zijn.
- Verder is in deze versie duidelijker verwoord dat zorg die niet tot de geneeskundige GGZ behoort, niet automatisch onverzekerd is maar verzekerd kan zijn op grond van andere afspraken. Een voorbeeld is geïndiceerde preventie van depressie, paniekstoornis en problematisch alcoholgebruik.
- Wij onderschrijven van harte het voorgenomen advies aan de minister van VWS om een betaaltitel te laten ontwikkelen voor de zorg voor kinderen die slachtoffer zijn van huiselijk geweld of seksueel misbruik. Aandachtspunt is wel de onwenselijkheid van stigmatisering, die de oorspronkelijke aanleiding vormde voor declaratie op diagnosecode aanpassingsstoornis dan wel V-code.

KNMG
Mercatorlaan 1200
Postbus 20051
3502 LB Utrecht

TELEFOON
030 282 3151

FAX
030 282 3326

EMAIL
m.romme@fed.knmg.nl

WEBSITE
www.knmg.nl

REKENINGNUMMER
Bank 45.64.48.969

KVK-NUMMER
40476133

Voor een meer zorginhoudelijk commentaar verwijzen wij naar de reacties die het Nederlands Huisartsengenootschap (NHG) en de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP) geven.

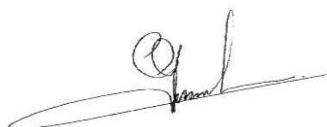
Met vriendelijke groet,

Namens KNMG,



prof. dr. R.J. van der Gaag, psychiater
Voorzitter KNMG

Namens LHV,



G.J. van Loenen, huisarts
Bestuurslid LHV

UTRECHT
4 juni 2013

REFERENTIE
MRo / 13-13999

Namens OMS,



J. de Jonge, neuroloog
Bestuurslid OMS

CVZ
t.a.v. mevrouw P. Polman
Postbus 320
1110 AH DIEMEN

St. Jacobsstraat 331
3511 BP Utrecht

t (030) 232 24 07
f (030) 236 97 49

secretariaat@nvo.nl
www.nvo.nl

Datum : 4 juni 2013
Ref : MP/mm/1306009
Betreft : tweede consultatie conceptrapport Geneeskundige GGZ deel 2

Geachte mevrouw Polman,

De Nederlandse vereniging van pedagogen en onderwijskundigen (NVO) is u erkentelijk voor de uitnodiging om te reageren op het herziene 'conceptrapport Geneeskundige GGZ deel 2'. In deze brief brengt de NVO haar aandachtspunten naar voren. Volledigheidshalve is de reactie van de NVO uit de consultatieronde op de voorgaande versie van het conceptrapport bijgevoegd.

Algemeen

De NVO onderschrijft en ondersteunt uw doelstelling om een toekomstbestendige GGZ te organiseren waarin zorg voor kwetsbare groepen in de samenleving toegankelijk blijft opdat deze zo optimaal mogelijk kunnen (blijven) participeren in die samenleving. Over de wijze waarop dit in het CVZ-rapport geformuleerd is, is de NVO echter minder enthousiast. De in de eerste consultatieronde geuite zorgen met betrekking tot de doelgroep kinderen en jongeren zijn eerder groter geworden dan weggenomen. De NVO vraagt u om die reden dringend om op basis van onze bevindingen het conceptrapport voor deze doelgroep te heroverwegen.

Weeffout voor kinderen en jeugdigen

Een belangrijke motivatie om aanspraak op G-GGZ te koppelen aan het hebben van een stoornis, is dat dit reeds staande praktijk is bij vergoeding via de ZVW. In onze eerste reactie (bijlage) is reeds uitvoerig uiteengezet waarom het onderscheid tussen psychische stoornis en psychische klacht onwenselijk en onnatuurlijk is voor het terrein van geestelijke gezondheid voor kinderen en jongeren. We voegen daaraan toe dat naast de medisch/psychiatrische behandeling ook 'systeembehandeling' noodzakelijk is omdat zorg bij deze doelgroep altijd ingebed is in een opvoedingscontext. Daarbij speelt het criterium 'Ernst problematiek: wat is de impact op het dagelijks functioneren' zoals opgenomen in de 'Voorhangbrief POG-GGZ en Generalistische Basis GGZ' d.d. 17 mei jl. een cruciale rol en is het alleen behandelen van een stoornis niet doeltreffend (genoeg). Het conceptrapport van CVZ is voor de NVO juist een goede aanleiding om aandacht te vragen voor de volgende aspecten:

1. de ZVW biedt onvoldoende handvatten om vanuit een visie op het optimaliseren van het dagelijks functioneren, psychische klachten en stoornissen van respectievelijk bij kinderen en jongeren te behandelen;
2. ouders en andere relevante volwassenen in het cliëntsysteem daar direct en integraal bij te betrekken bij de zorg voor en aan kinderen en jeugdigen, zonder dat voor de betreffende volwassenen aan aparte zorgtraject gestart moet worden op basis van een stoornis of andere grondslag voor zorg. Nu is dat niet mogelijk en dit is in het licht van het noodzakelijk

- behandelen binnen een opvoedingscontext een weeffout in het wettelijk kader naar het oordeel van de NVO;
3. voor het mogelijk maken, organiseren en faciliteren van zorg zou niet de DSM leidend moeten zijn, maar zou - in ieder geval voor kinderen en jongeren - de ICF-CY als grondslag voor keuzes gehanteerd moeten worden.

Bestuurlijk Akkoord en jeugdwet

Binnen de kaders van het Bestuurlijk Akkoord is het terrein van kinderen en jongeren binnen de zorg onderbelicht gebleven en worden voorgaande punten tot teleurstelling van de NVO niet belicht. De NVO vraagt het CVZ dan ook om voor het domein van kinderen en jeugdigen beargumenteerd af te wijken van de lijn van het betreffende akkoord. Dit is ons inziens in het belang van uw eigen doelstelling zoals geformuleerd in het conceptrapport.

Daarnaast is de invoering van de, nu nog concept, Jeugdwet een belangrijke reden om uw rapport met betrekking tot het domein van zorg aan kinderen en jeugdigen aan te passen. Net als in het CVZ-rapport wordt met de Jeugdwet beoogd integrale jeugdhulp, inclusief de jeugd-ggz, zo kort mogelijk, zo nabij mogelijk en zo licht mogelijk aan te bieden. Licht waar mogelijk, zwaar waar nodig. Echter, het conceptrapport is op geen enkele wijze verbonden aan de majeure wijziging van het jeugdstelsel. De NVO ziet dat graag veranderd in uw eindrapport wegens de negatieve effecten van het huidige concept. De focus op stoornissen werkt mogelijk juist in tegen een belangrijk uitgangspunt van de Jeugdwet: ontmedicaliseren. Stoornisgerichte en medisch georiënteerde behandeling zoals in uw rapport wordt voorgestaan bevordert een integraal aanbod en dito organisatie van (de) zorg aan kinderen en jongeren niet, en zal het inkopen van jeugdhulp door gemeenten vanaf 1 januari 2015 bemoeilijken.

Ten tweede, wordt in het conceptrapport opgemerkt dat doorverwijzing naar de gespecialiseerde GGZ straks nog uitsluitend kan en mag plaatsvinden via de huisarts. Voor kinderen en jongeren zal dit tot forse 'wrijving' leiden met de Jeugdwet. In het kader van die wet zijn er drie poorten die kunnen leiden tot (o.a.) jeugd-GGZ, te weten: 1) een gemeentelijk loket, 2) de huisarts, 3) het onderwijs. Met de beperking van doorverwijzing door uitsluitend de huisarts wordt de transitie Jeugd en de reeds ingezette transformatie in het veld doorkruist. Dit baart de NVO ernstige zorgen. Te meer omdat deze insteek vooral uitgaat van een geïsoleerde visie op curatieve behandeling in plaats van een streven naar integrale zorg.

Overschatting pedagogische slagkracht huisartsenzorg

Als de NVO het goed heeft begrepen is onderdeel van het 'naar voren halen' van cliënten in de zorgketen niet beperkt tot de (Generalistische Basis) GGZ, maar wordt ook voorzien dat een substantiële groep cliënten bediend kan worden binnen de huisartsenzorg. Al dan niet ondersteund vanuit de POH-functie. Op zich zelf is ook de NVO doordrongen van het belang van het principe 'licht waar mogelijk en zwaar waar nodig' maar vraagt zich wel af 1) wat de consequenties hiervan zijn voor de uitvoering van de Jeugdwet en 2) of de noodzakelijke pedagogische expertise voor (huisartsen)-zorg aan kinderen en jeugdigen adequaat is geborgd. Beide punten worden toegelicht.

Ten eerste, door het verschuiven van GGZ-cliënten naar de huisartsenzorg verdwijnt een deel van de doelgroep waarop de toekomstige Jeugdwet van toepassing is uit beeld. De Jeugdwet voorziet niet in een kwaliteitskader en financiering voor huisartsenzorg, noch de integratie van huisartsenzorg en jeugdhulp. Wie gaat per 1 januari 2015 toezien op de kwaliteit en welke partij gaat dit type zorg betalen? Blijft deze zorg vallen binnen de kaders van de ZVW en wordt dat straks bekostigd door zorgverzekeraars? Of wordt de huisartsenzorg voor kinderen en jongeren ook onder de Jeugdwet ondergebracht? En hoe moeten preventieve activiteiten binnen de huisartsenzorg worden beschouwd in het licht van de nieuwe Jeugdwet? Op basis van de huidige ontwikkelingen is een onderbreking van de zorgketen en het aanbrengen van financieringsschotten daarin niet ondenkbeeldig. De NVO is daar

vanuit de kwaliteit- en doelmatigheidsslag die met de Jeugdwet wordt beoogd en nodig is, geen voorstander van en adviseert u dringend uw rapport op dit punt met de Jeugdwet in lijn te brengen.

Ten tweede, voorziet de NVO door het uitsluiten van 'psychiatrische klachten' voor behandeling in de GGZ een enorme druk op de huisartsenzorg. In onze eerdere reactie hebben we daar ook al op gewezen. Uit uw huidige conceptrapport spreekt echter een heel optimistisch beeld qua mogelijkheden binnen de huisartsenzorg om de 'nieuwe' cliënten populaties te kunnen bedienen. De NVO ziet daarvoor juist een aantal contra-indicaties:

- Het is zeer de vraag de of de huisartsenzorg voldoende geëquipeerd is voor de volumegroei van cliënten met zwaardere problematiek dan tot nu toe gewoon is.
- De extra financiële middelen om huisartsen daarbij te ondersteunen via de POH-functie zijn relatief klein. Er is ons inziens eerder sprake van een druppel op een gloeiende plaat. Dat zal onder meer betekenen dat het betrekken van de benodigde expertise voor met name diagnostiek zeer beperkt is. Met als risico dat het adequaat in kaart brengen van zorgbehoeften om de keuze voor preventie, een lichte vorm van behandeling of zwaardere behandeling gefrustreerd kan raken.
- Binnen de huisartsenzorg is veelal geen of in onvoldoende mate pedagogische expertise aanwezig om werkelijk integrale huisartsenzorg te bieden zoals in het conceptrapport wordt voorgesteld. De NVO heeft daar voor de doelgroep kinderen en jongeren dan ook grote zorgen over. De voorhanden zijnde standaarden huisartsengeneeskunde nemen die zorg niet weg omdat die (begrijpelijkerwijze) alleen een medische oriëntatie kennen. Het verbreden van dergelijke richtlijnen met een pedagogisch perspectief zonder de directe inbreng van pedagogische professionals, zou, gelet op de genoten opleiding, betekenen dat de huisarts zich buiten zijn bekwaamheidsgebied zou gaan begeven.

Stand van wetenschap en praktijk

De NVO maakt nogmaals ernstig bezwaar tegen de rol van zorgverzekeraars nu, en voor kinderen en jongeren de gemeenten straks, ten aanzien van het beoordelen of (vergoede) interventies voldoen aan de stand van de wetenschap en praktijk. Zoals CVZ zelf aangeeft "juiste zorg is kwalitatief verantwoorde zorg, met andere woorden interventies waarvan de beroepsgroep vindt dat deze voldoende effectief zijn, zoals aangegeven in hun richtlijnen" ligt het primaat daartoe volledig bij de beroepsgroepen zelf. Zorgverzekeraars noch gemeenten gaan over de beroeps- en kwaliteitsstandaarden van beroepsgroepen. Vanuit de optiek van 'good governance' is dat ook volstrekt onwenselijk en onacceptabel. De NVO zal een dergelijke inmenging in de beroepsvorming en -ontwikkeling van haar leden dan ook niet toestaan.

Daarnaast is de gerichtheid op interventies die 'evidence based' zijn te eenzijdig. Met u is de NVO van oordeel dat richtlijnontwikkeling snel en adequaat ter hand moet worden genomen in de GGZ, maar dan wel in brede zin. Zo zijn in de huidige jeugdzorg de beroepsgroepen gezamenlijk bezig met het ontwikkelen van tal van richtlijnen. Daarbij speelt naast 'evidence based' kennis eveneens 'expert' en 'practice based' kennis een wezenlijke rol. De NVO ziet dat analoog aan de huidige ontwikkeling in de jeugdzorg, dit bredere palet van kennisontwikkeling ook van toepassing is voor de (Jeugd)GGZ. Dat is niet alleen vanuit beroepsinhoudelijk oogpunt wenselijk, maar ook voor de integratie van zorg aan kinderen en jongeren noodzakelijk. Hulp en zorg voor deze doelgroep kan alleen geïntegreerd worden als 'richtlijn tradities' uit diverse jeugdsectoren kunnen en mogen worden samengevoegd. Hierbij is het goed om er rekening mee te houden dat richtlijnontwikkeling in deze sectoren nog lang niet voltooid is. Het ontbreken van richtlijnen mag geenszins leiden tot het niet vergoeden van noodzakelijke zorg. In het conceptrapport lijkt dat wel te worden gesuggereerd.

Verder herhaald de NVO haar kritiek op lijsten met zogenaamde goede en slechte interventies. De NVO ziet wel heil in databanken voor interventies zoals het Nederlands Jeugdinstituut (NJI) die houdt en ontwikkelt. Hierbij zijn procedures ontwikkeld waarbij interventies door onafhankelijke experts worden beoordeeld. De NVO adviseert u met klem dit voorbeeld te volgen en af te zien van de voorgenomen lijsten. Zie <http://www.nji.nl/jeugdinterventies>.

Kwaliteit van professionals

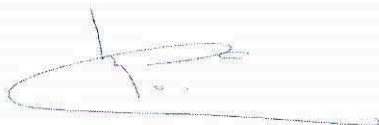
In het rapport wordt verwezen naar het dossier 'Hoofdbehandelaarschap' in het Bestuurlijk Akkoord voor het bepalen wie verantwoorde GGZ kunnen leveren. De NVO ziet daarin een groot punt van zorg wat betreft de borging van pedagogische en psychologische expertise voor de doelgroep kinderen en jongeren. Omwille van het beperken van de lengte van deze reactie wordt voor de uiteenzetting van onze zorg verwezen naar bijlage 2.

De NVO adviseert u met klem voor behandeling van kinderen en jongeren in de GGZ expliciet ook te verwijzen naar de orthopedagoog-generalist (OG) en de kinder- en jeugdpsycholoog (KJ). Daarmee doet u niet alleen recht aan de expertise van beide beroepsgroepen, maar borgt u tevens het behoud van de noodzakelijke beschikbaarheid van die kennis voor verantwoorde GGZ en anticipeert u op de kwaliteitseisen aan pedagogen en psychologen onder de nieuwe Jeugdwet. Onder die wet gaan per 2014 kwalificatie-eisen gelden voor beide beroepsgroepen die zich verhouden tot het bekwaamheids- en deskundigheidsniveau van de orthopedagoog-generalist en de kinder- en jeugdpsycholoog. Het ligt niet voor de hand om onder de Jeugdwet voor verschillende sectoren verschillende kwaliteitsregimes in te voeren. Door het volgen van de ontwikkelingen binnen het Bestuurlijk Akkoord neemt het CVZ dat risico echter wel. De NVO adviseert u dat in ieder geval voor wat betreft de doelgroep kinderen en jongeren te voorkomen.

Advies

Gelet op de nauwe verwevenheid van de materie in uw conceptrapport waar het de doelgroep kinderen en jongeren betreft en de nieuwe Jeugdwet, raadt de NVO het CVZ aan de verdere invulling van de noemer jeugd-GGZ onder te brengen in het Transitieplan Jeugd en de uitwerking daarvan onderdeel te laten uitmaken van de bijbehorende Werkagenda. Dan kunnen VNG, VWS, brancheorganisaties en beroepsverenigingen de benodigde jeugd-GGZ alsmede de vergoeding daarvan als integraal onderdeel van jeugdhulp vormgeven en borgen op een wijze die past binnen de Jeugdwet en de geest daarvan.

Hoogachtend,
namens het bestuur NVO,



Dr. X.H.M. Moonen
Voorzitter NVO

Bijlagen: -reactie NVO (januari 2013) 'conceptrapport Geneeskundige GGZ deel 2'
-reactie NVO 'Hoofdbehandelaarschap in de tweedelijns GGZ'

CVZ
t.a.v. mevrouw J.M. van Diggelen
Postbus 320
1110 AH DIEMEN

St. Jacobsstraat 331
3511 BP Utrecht

t (030) 232 24 07
f (030) 236 97 49

secretariaat@nvo.nl
www.nvo.nl

Datum : 31 januari 2013
Ref : DK/mm /1301139
Betreft : consultatie conceptrapport Geneeskundige GGZ deel 2

Geachte mevrouw Van Diggelen,

De Nederlandse vereniging van pedagogen en onderwijskundigen (NVO) maakt graag gebruik van uw uitnodiging een reactie te geven op het conceptrapport Geneeskundige GGZ deel 2. In deze brief wordt u geïnformeerd over onze bevindingen en zorgen.

Algemeen

Met u is de NVO van mening dat de stijgende kosten voor de zorg een maatschappelijk probleem vormen. De vraag wat verzekerde zorg is moet worden beantwoord tegen het licht van het budget dat we daarvoor als samenleving uittrekken en uitgangspunten en keuzes die we daarin maken. Voor de NVO is een uitgangspunt dat bij die te maken keuzes de kwaliteit van zorg gewaarborgd moet blijven en dat iedereen die zorg nodig heeft, die moet krijgen. Tegen het licht van dat uitgangspunt spreekt de NVO haar bezorgdheid uit over de keuze die het rapport GGZ deel 2 lijkt te maken: *zorg wordt alleen vergoed wanneer er sprake is van een 'vastgestelde' en 'als zodanig erkende' stoornis*. De NVO ziet daarin het creëren van een zorgdrempel, die tot uitstel van tijdige en adequate behandeling kan leiden en daarmee een risico vormt voor het ontwikkelen van (ernstiger) stoornissen. Dat kan vervolgens weer leiden tot onnodige en langduriger onzelfredzaamheid bij cliënten. Nog daargelaten het feit dat langere trajecten per definitie duurder zijn, zeker als het gaat om verergerde klachten of stoornissen.

De NVO maakt zich in dit opzicht eerst en vooral zorgen over de groep kinderen en jeugdigen. De maatschappelijke consequenties, ook in financiële zin, van het niet tijdig bieden van zorg zijn voor deze groep relatief groot en hebben een grote impact. Voorkomen is evident beter en zeker goedkoper dan genezen.

Kinderen en jeugdigen

De NVO mist in het rapport kinderen en jeugdigen als specifieke doelgroep binnen de GGZ. Dit terwijl het werken met kinderen en jeugdigen én hun directe opvoeders specifieke bekwaamheid en expertise van speciaal daartoe gekwalificeerde professionals vergt.

Curatieve zorg binnen de Jeugd-GGZ is immers altijd ingebed in een opvoedingscontext. Enerzijds kunnen stoornissen en psychische problematiek van ouders van invloed zijn op de ontwikkeling en het opgroeien van kinderen en jongeren. Anderzijds is het voor het slagen van de behandeling nodig om de ouders en de gezinscontext daarbij te betrekken. Dat vraagt tenminste een combinatie van psychiatrische en pedagogische expertise.

In de concept Jeugdwet staat het voornemen om de totale jeugdhulp integraal rondom cliënten te organiseren. Onduidelijk is nog hoe dat in de hele GGZ-keten voor kinderen en jeugdigen vormgegeven zal gaan worden. Zoals al aangegeven zal ook de GGZ zich moeten (gaan) beraden op opvoedingsproblematiek ten gevolge van stoornissen en psychische problematiek bij kinderen en jeugdigen en/of bij hun ouders. Dat geldt ook voor de relatie tussen verstandelijke beperkingen en (bij die doelgroep meer frequent voorkomende psychische) stoornissen en de effecten daarvan op curatieve behandelingen. Het één kan niet los van het ander worden gezien c.q. behandeld en vereist een meer systemische aanpak. De NVO raadt u aan het ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health en het daarvan afgeleide, ICF-CY, de kinder- en jeugdversie hiervan) te gebruiken als referentiekader.

Onderscheid stoornis en klacht, en discriminerende stoornissen

Met het voorgaande heeft de NVO reeds impliciet de (mogelijke) interferentie tussen psychische klachten en psychische stoornissen geadresseerd. De NVO ziet een risico in het aangebrachte onderscheid tussen stoornissen en klachten; het een kan een uitingsvorm zijn van het ander of in het verlengde liggen van het ander. Behandeling van het één kan daarom effectief zijn op het ander. De GGZ zou de organisatie moeten zijn en blijven waar cliënten terecht kunnen met psychische stoornissen, ongeacht de aard en oorzaak daarvan. En waarvan behandeling, onder nader te bepalen voorwaarden, in aanmerking komt voor vergoeding.

Ernstige ziektebeelden vragen zorgvuldige en verantwoorde behandeling conform de norm(en) van de betrokken beroepsgroep(en). Psychische stoornissen kunnen in de verschillende levens- en/of ontwikkelingsfasen (bv. ASS-stoornissen) terugkomen. Het ontstaan van stoornissen staat vaak in relatie tot de eisen die in het dagelijkse leven gesteld worden, tot negatieve omstandigheden of bijkomende aandoeningen. Een rigide focus op psychische stoornissen belemmert het realiseren van integrale, zo dichtbij mogelijk en zo kort mogelijke zorg uitgaande van de mogelijkheden en de kracht van het eigen netwerk van de cliënt. De ambitie van tijdige, passende en nabije zorg, die aan meerdere stelselherzieningen ten grondslag ligt, ziet de NVO graag vertaald in het rapport.

Bestuurlijk akkoord en de rol van de huisarts

Zoals gezegd is de NVO van mening dat het behandelen van bij psychische klachten effectief kan zijn voor het voorkomen of verminderen van daaraan ten grondslag liggende (potentiële) stoornissen. Daarmee is het schrappen van vergoeding van secundaire en tertiaire geïndiceerde preventie in de GGZ een risico. De NVO ziet zich in dit standpunt gesteund door het Bestuurlijk Akkoord en acht preventie en laagdrempelige (nu nog eerstelijns) voorzieningen in de GGZ essentieel. Het terugbrengen van vergoede zorg tot een beperkt aantal psychische stoornissen werkt medicalisering en specialisering van de GGZ verder in de hand, terwijl het Bestuurlijk Akkoord juist het omgekeerde wil stimuleren. Ook wijst de NVO op het risico dat een onevenredige belasting van de huisartsenzorg plaats zal gaan vinden, omdat alle niet-vergoede GGZ-problematiek daar terecht zal komen.

Huisartsen en de POH-ers zijn in aantal, in expertise en financiële middelen onvoldoende geëquipeerd om de psychische en pedagogische zorgvragen die op hen af zullen komen te beantwoorden en te behandelen. Dat laat onverlet dat de NVO de huisarts ziet als een belangrijke 'vindplaats' voor psychische klachten en (potentiële) stoornissen en van een eerst 'schifting' van de ernst van de klachten en van de oorzaak daarvan.

De positie van de professionals in relatie tot kwaliteit van zorg en innovatie

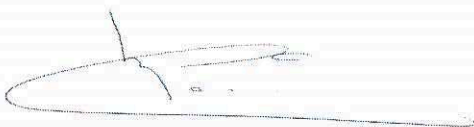
Inmenging in overwegingen van professionals, zoals het op voorhand limiteren van de omvang en duur van een behandeling via wet- en regelgeving is in het belang van de kwaliteit van zorg aan en voor cliënten die daarop zijn aangewezen ongewenst. In het verlengde daarvan én van het Bestuurlijk Akkoord is de NVO voorstander van het leggen van de (eind)verantwoordelijkheid voor de kwaliteit van zorg bij psychische stoornissen/problematiek bij de daartoe opgeleide beroepsgroepen c.q. beroepsbeoefenaren zelf. De NVO is, met het CVZ, van mening dat de complexiteit van stoornissen die in de GGZ aan de orde (kan) zijn, vergt dat diagnostisch onderzoek en interventies uitgevoerd worden door gekwalificeerde professionals. Het is naar het oordeel van de NVO onverantwoord om dergelijke keuzes louter door zorgverzekeraars te laten maken. De NVO is dan ook geen voorstander van het laten verstrekken van machtigingen door zorgverzekeraars. Deze kunnen noch vanuit beroepsinhoudelijk perspectief noch vanuit eigen klinische ervaring met de cliënt c.q. het cliëntsysteem beoordelen welke behandelingen/interventies nodig zijn. In het kader van de consultatie over het 'Hoofdbehandelaarschap tweedelijngz' is niet voor niets de bekwaamheid van de beroepsgroepen als uitgangspunt genomen voor het professioneel handelen.

Dat laat onverlet dat de NVO, zoals in de inleiding al gesteld, begrip heeft voor het feit dat er keuzes moeten worden gemaakt. Zij heeft ook begrip voor het kiezen voor 'bewezen' interventies. Maar beperking daartoe van vergoede zorg zou 'het kind met het badwater weggooien zijn'. Immers, de aard van de problematiek, de inschatting van de professional, regionale inkleuring van voorzieningen en beschikbare expertise moet het mogelijk maken dat vergoede zorg ook anders wordt vormgegeven. Aangetoonde effectiviteit (verantwoording) en benchmarking van andere interventies in verhouding tot de kosten kunnen een ijkpunt voor vergoeding zijn. Belangrijk neveneffect van zo'n benadering boven een 'statische lijst' is dat we ook met vergoede zorg innovatie mogelijk maken.

Tot slot

De NVO wenst u succes bij het verwerken van de ontvangen reacties tot een definitief rapport. Bij een nadere uitwerking daarvan voor de praktijk worden wij graag betrokken. Voor vragen en toelichting kunt u contact opnemen met Denis Koets, senior beleidsmedewerker, via d.koets@nvo.nl of 06 83 23 20 64.

Met vriendelijke groet,
namens het bestuur NVO,



dr. X.H.M. Moonen
voorzitter NVO

Inspectie voor de Gezondheid
Ministerie van VWS
t.a.v. de heer J.K. van Wijngaarden
Hoofdinspecteur publieke en Geestelijke Gezondheidszorg
Postbus 2680
3500 GR UTRECHT

Datum : 4 januari 2013
Ref : MP/aj/1301007
Betreft : consultatie 'Hoofdbehandelaarschap in de tweedelijns GGZ'

Geachte heer Van Wijngaarden,

Als vertegenwoordigende partij van een substantiële groep gedragswetenschappers in (o.a.) reageert de Nederlandse vereniging van pedagogen en onderwijskundigen (NVO) graag op het consultatiedocument dat u ons medio december stuurde.

De NVO is het met uw minister en u eens dat het uiterst wenselijk is dat er een eenduidig kader komt voor het hoofdbehandelaarschap in de tweedelijns GGZ. Ook onze waarneming is dat daarover op dit moment veel onduidelijkheid bestaat in het veld.

Haar reactie baseert de NVO op de volgende criteria:

- Zorg moet kwalitatief gewaarborgd zijn;
- Voor de cliënt, maar ook voor andere betrokkenen moet volstrekt helder en eenduidig zijn wie aanspreekbaar en verantwoordelijk is;
- Zorg moet doelmatig zijn;
- Zorg moet efficiënt zijn;

Algemene reactie

Individuele zorg als criterium

In het consultatiedocument haalt u o.a. jurisprudentie aan over de rol van de geneesheer-directeur, in combinatie met kwalificatie-eisen en tuchtrecht. Ook het openen en sluiten van een DBC wordt, zij het niet in uw consultatiedocument, in relatie gebracht met het hoofdbehandelaarschap. Voordat we als NVO uw vraag naar bekwaamheidseisen en invulling van het hoofdbehandelaarschap beantwoorden, willen we graag ingaan op verbanden die soms als vanzelfsprekend worden gelegd, maar naar mening van de NVO helder onderscheid vergen.

Een organisatorisch eindverantwoordelijke, die over de vereiste kwalificaties beschikt en onder het tuchtrecht valt, kan in principe hoofdbehandelaar zijn. Hij/zij draagt echter ook verantwoordelijkheid voor zaken die wel randvoorwaarde zijn een goede invulling van het hoofdbehandelaarschap, zoals het algemene zorg- en kwaliteitsbeleid van een zorginstelling, maar daarmee niet identiek zijn aan het hoofdbehandelaarschap zelf.

Of hij ook als hoofdbehandelaar kán fungeren, hangt o.a. af van zijn 'span of control' en van criteria die nu nog niet zijn benoemd, zoals het aantal cliënten waarover redelijkerwijs een hoofdbehandelaarschap kan worden gevoerd.

De NVO pleit ervoor het hoofdbehandelaarschap op te vatten als *de eindverantwoordelijkheid voor de individuele diagnose én voor de individuele behandeling én voor verantwoording over voortgang en resultaten van die behandeling*. Dit vraagt een actieve betrokkenheid bij diagnostisch onderzoek bij en behandeling van cliënten op basis van daarvoor noodzakelijke kennis en vaardigheden.

Het openen en sluiten van een DBC gebeurt onder verantwoordelijkheid van deze hoofdbehandelaar, maar beschouwt de NVO als een administratieve handeling die niet per se door de hoofdbehandelaar zelf hoeft te gebeuren.

Mono- en multidisciplinair overleg en doorzettingsmacht

In het consultatiedocument neemt het werken in en omgaan met netwerkorganisaties logischerwijs een belangrijke plaats in. Mét het NIP constateert de NVO echter dat daarmee zelfstandig hoofdbehandelaarschap enerzijds en verantwoordelijkheidsverdeling tussen behandelaren onvoldoende worden onderscheiden.

Het bieden van gespecialiseerde zorg behoeft niet in alle gevallen een complexe(re) multidisciplinaire aanpak. Zeker daar waar standaardisatie van behandelingen gerealiseerd en verantwoord is, kan deze door één discipline en eventueel door de hoofdbehandelaar zelf en alleen, uitgevoerd worden. De in het consultatiedocument geformuleerde criteria bieden daarvoor echter nog geen handzaam kader.

Met u is de NVO van mening dat de hoofdbehandelaar verantwoordelijk is voor de zorg van de patiënt/cliënt, diens naasten én voor de regie op de behandeling. Onder dat laatste verstaat de NVO uitwisseling en afstemming met andere behandelaars, binnen én buiten de instelling en eventueel op andere domeinen en in andere settings. De NVO is voorstander van integrale zorg die zo dicht mogelijk bij de cliënt wordt verzorgd. De vraag is echter hoe ver die verantwoordelijkheid reikt. Doorzettingsmacht van de hoofdbehandelaar kan wenselijk zijn, maar kan zich tegelijkertijd slecht verhouden tot de beroepsverantwoordelijkheid van andere behandelaren en/of met het beleid van een andere organisatie. Een eventueel concept van doorzettingsmacht vergt nadere doordenking op deze punten. Ook het NIP wijst daarop.

Relatie toekomstige generalistische basis-ggz

Het consultatiedocument richt zich op de tweedelijns GGZ. Met het vooruitzicht van een herindeling van de GGZ rijst och de vraag hoe de te ontwikkelen veldnorm zich gaat verhouden tot rollen en bevoegdheden in de generalistische basis-GGZ. In het 'Bestuurlijk Akkoord Toekomst GGZ 2013 – 2014' wordt daarop namelijk expliciet gezinspeeld: "... is het

van belang dat de prestaties in de generalistische Basis GGZ goed vergelijkbaar zijn met prestaties van de gespecialiseerde GGZ. En dat data- en registratiesystemen gebruikt worden (...) waarbij qua informatie-uitwisseling dezelfde taal wordt gebruikt als in de gespecialiseerde GGZ.”

Om een optimaal continuüm te waarborgen bepleit de NVO dat bij de te ontwikkelen veldnorm 'met een schuin oog wordt gekeken' naar bruikbaarheid en toepasbaarheid in de generalistische basis-GGZ.

Consultatievragen

Consultatievraag 1:

Wat is uw mening over de kwalificatie-eisen van hoofdbehandelaar in de tweedelijns GGZ?

Met de Inspectie is de NVO van mening dat bekwaamheid randvoorwaarde is om juiste en passende zorg te garanderen. Met de inspectie vindt ook de NVO dat een opleiding, inclusief voldoende praktijkervaring, daarvoor de juiste basis biedt.

De inspectie verengt dat vervolgens echter tot BIG-geregistreerde zorgverleners en in haar opsomming tot specialismen. Dat acht de NVO uit hoofde van doelmatigheid en efficiëntie, evenals de LVE en NVVP, een gemiste kans.

Uitgangspunt voor de NVO zijn de aard en ernst van de zorgvraag van de cliënt/het cliëntstelsel en de complexiteit daarvan.¹ Kwalificatie-eisen die aan de hoofdbehandelaar gesteld worden, moeten in het verlengde hiervan, proportioneel en realistisch zijn.

Daarom acht de NVO als minimale vereiste kwalificatie voor een hoofdbehandelaar het postmasterniveau van de artikel 3 beroepen in de Wet BIG en van equivalenten daarvan, zoals de kinder- en jeugdpsycholoog en de Orthopedagoog-Generalist. Juist wanneer het om kinderen en jeugdigen gaat en daarmee ook om de opvoedkundige context waarin de behandeling vorm zal krijgen, kunnen beide laatst genoemde beroepsgroepen van belangrijke toegevoegde waarde zijn, ook en juist als hoofdbehandelaar. Een voorwaarde is dan overigens wel dat kennis en vaardigheden aantoonbaar (via herregistratie) worden bijgehouden.

In geval van zeer complexe cliënten/cliëntsystemen kan inzet van medische en gedragswetenschappelijke specialismen vereist zijn. Minder zware zorg als het kan, zeer specialistische zorg als het moet.

De afbakening tussen minder en meer complexe zorg is mede afhankelijk van beschikbare expertise en organisatiewijze op regionaal niveau. Het zal ondoenlijk zijn zo'n afbakening in landelijke criteria te vatten. De NVO zou echter graag zien dat een instelling de inzet van meer gespecialiseerde en dus duurdere vormen van zorg aan de inspectie verantwoordt.

Consultatievraag 2:

Kunt u zich vinden in de opsomming van GGZ-zorgverleners (psychiater, psychotherapeut, klinisch psycholoog) die als hoofdbehandelaar in de tweedelijns GGZ aangemerkt worden?

¹ Zie ook 'Bekwaam is bevoegd', Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (april 2011).

Indien nee: welke professie(s) zouden naar uw mening achterwege moeten worden gelaten en/of worden toegevoegd (graag vragen wij uw antwoord te motiveren)?

Uiteraard is de NVO van mening dat de genoemde beroepsgroepen als hoofdbehandelaar kunnen fungeren. Zoals gezegd zou zij het echter een gemiste kans vinden het hoofdbehandelaarschap tot deze drie genoemde groepen te beperken.

De redenen daarvoor zijn al kort aangestipt bij consultatievraag 1.

De NVO acht naast kwaliteitsborging doelmatigheid en efficiëntie cruciaal. Zij is echter niet goed in staat die doelmatigheid en efficiëntie te bepalen zonder dat zij gegevens heeft over het aantal cliënten waarvoor nu en in de toekomst een hoofdbehandelaar beschikbaar moet zijn, over een richtlijn voor het aantal cliënten per hoofdbehandelaar, over het aantal (beoogd) hoofdbehandelaren in de tweedelijns GGZ, en over de functie van instellingen die een combinatie van tweedelijns en (straks) generalistische basiszorg bieden. Een eerste vraag van de NVO is dan om op basis van dergelijke gegevens te bepalen welke (kwantitatieve) consequenties een inperking tot de categorieën die de inspectie voorstelt, heeft.

De NVO kan wel op basis van haar huidige inzichten onderbouwen dat het doelmatig en efficiënt is om ook andere beroepsgroepen in aanmerking te laten komen voor als hoofdbehandelaar.

1. Specifieke expertise voor kinderen, jeugdigen en hun opvoedingscontext

Zeker bij kinderen en jeugdigen is naast een meer medisch gerichte behandeling een 'systeembehandeling' wenselijk en vaak zelfs noodzakelijk. Curatieve zorg bij deze doelgroep is immers altijd ingebed in een opvoedingscontext. Juist bij kinderen en jongeren is het belangrijk de rol die de naaste en andere opvoeders spelen te ondersteunen en waar nodig te beïnvloeden en te optimaliseren. Kinder- en jeugdpsychologen en orthopedagoog-generalisten zijn vaak meer toekomst- en oplossingsgericht dan medisch en 'stoornis-georiënteerd'. Deze insteek is in lijn met de beoogde transitie van de Jeugdzorg. Tegen dat licht is het wenselijk dat expliciet mogelijk wordt gemaakt deze specifieke expertise op postmasterniveau te kunnen inzetten, juist ook als hoofdbehandelaar en regievoerder. Inperking tot de categorieën die de inspectie voorstelt kan, onbedoeld, onnodige medicalisering versterken.

2. Nabij, toegankelijk en zo licht mogelijk

Zoals gezegd is ook binnen de gespecialiseerde GGZ sprake van relatief eenvoudige vormen van diagnostiek en behandeling. Mede doordat richtlijnen, protocollen en andere beroepsstandaarden beschikbaar zijn, is het voor het bieden van gespecialiseerde zorg niet

altijd een specialist nodig.² Het inzetten van ook andere bekwame professionals waar dit kan, biedt de mogelijkheid zorg dichterbij huis, toegankelijker, sneller en minder duur aan te bieden.

3. Kosten en consequenties

Een eventuele inperking tot de categorieën die de inspectie voorstelt, betekent enerzijds relatief dure zorg en anderzijds een beperking tot het aantal professionals dat als hoofdbehandelaar kan fungeren.

Bij een gelijkblijvend budget en kwaliteitsafspraken met zorgverzekeraars zullen zorginstellingen prioriteiten moeten stellen.

- Eén mogelijke consequentie is dat zorgaanbieders zich gaan beperken tot complexe zorg
- Een andere consequentie is dat zij het aantal cliënten gaan beperken, wat consequenties heeft voor wachtlijsten;
- Een derde consequentie tenslotte is die we met deze veldnorm juist willen voorkomen: de directe betrokkenheid reduceren tot op of zelfs onder het minimaal aanvaardbare.

Consultatievraag 3:

Deelt u de taak en verantwoordelijkheid van de hoofdbehandelaar in de tweedelijns GGZ zoals door de inspectie geformuleerd?

Zoals gezegd onderschrijft de NVO de formulering “de hoofdbehandelaar is als zorgverlener belast met de zorg ten opzichte van de patiënt en diens naasten én met de regie van de behandeling van de patiënt”. Daarbij geeft de NVO wel als aandachtspunt mee dat de tuchtrechtzaken waarnaar in het consultatiedocument wordt verwezen aanleiding geven om aan de verantwoordelijkheid toe te voegen ‘systematische beoordeling/monitoring van het verloop van de behandeling’. Daarmee wordt nadrukkelijker invulling geven aan de verantwoordelijkheid voor het zorgproces en impliciet ook de taak toebedeeld om de behandeling bij te stellen indien daar aanleiding toe is volgens de hoofdbehandelaar.

Consultatievraag 4:

Bent u het er mee eens dat bovenstaande criteria essentieel zijn voor adequate regievoering door de hoofdbehandelaar?

² De circulaire ‘Hoofdbehandelaarschap GGZ’ van Zorgverzekeraars Nederland (2008) biedt een bruikbaar kader om deze groep geregistreerde professionals als zodanig te laten werken. Voorwaarden zijn dat:

- 1) De professional beschikt over voldoende kennis en vaardigheden om het hoofdbehandelaarschap op verantwoorde wijze in te vullen;
- 2) er sprake is van gestructureerd multidisciplinair overleg.

In het ‘Bestuurlijk Akkoord Toekomst GGZ 2013 – 2014’ wordt deze lijn voortgezet. Zo is te lezen: “Vanuit kwaliteitsoverwegingen spreken zorgverzekeraars en zorgaanbieders landelijk in 2012 criteria af waaronder taakherschikking en taakdelegatie plaatsvindt en wat de rol van de hoofdbehandelaar is (...) Het streven moet zijn dat de zorg steeds wordt geboden door de hulpverlener die daartoe het best geëquipeerd is en die de zorg het meest doelmatig kan bieden.”

De NVO ziet de criteria als noodzakelijk voor een goede diagnose en behandeling van de cliënt en voor een goede uitwisseling en afstemming tussen hoofdbehandelaar en medebehandelaars. In voorkomende situaties zullen deze criteria (ook) deel uitmaken van het algemene kwaliteits- en zorgbeleid van een instelling. Dat kan tot gevolg hebben dat in grotere organisaties niet de hoofdbehandelaar, maar anderen navolging geven aan deze criteria.

Consultatievraag 5:

Welke criteria ontbreken naar uw mening maar zijn wel een essentieel deel van het hoofdbehandelaarschap?

De NVO ziet, in het verlengde van hetgeen zij in het voorgaande heeft gesteld, ook graag benoemd dat:

- profiel, kwaliteit en expertise van de hoofdbehandelaar passend en proportioneel zijn bij de zorgvraag van de cliënt;
- criteria toepasbaar zijn op het hoofdbehandelaarschap in geval van zware, maar desondanks minder complexe en/of monodisciplinaire zorg;
- de hoofdbehandelaar, zeker in geval van kinderen en jeugdigen, de (opvoedings)context meeweegt, waar mogelijk benut en waar nodig ondersteunt, beïnvloedt en optimaliseert;
- doorzettingsmacht nader wordt doordacht;
- de hoofdbehandelaar en/of diens organisatie helder verantwoordt waarom in voorkomende situaties zwaardere en duurdere zorg nodig is in geval van inzet van specialismen;
- de hoofdbehandelaar daar waar deze niet onder de Wet BIG valt, gehouden is aan herregistratie en een vorm van tuchtrecht;

Een belangrijke bepaling is dat cliënten te allen tijden moeten weten wie hun hoofdbehandelaar is.

Tenslotte realiseert de NVO zich dat het consultatiedocument zich beperkt tot de tweedelijns GGZ, maar vraagt zij toch aandacht voor een werkbaar toekomstig continuüm tussen de generalistische basis-GGZ en de tweedelijns-GGZ.

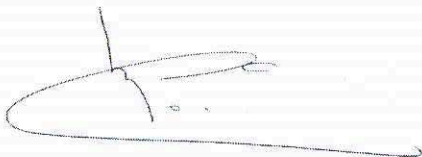
Meer op detailniveau:

- De punten 1 en 2 kunnen worden samengevoegd in: *actief betrokken en initiërend zijn op het diagnostisch en behandelingsproces*. De taken zijn primair gericht op het coördineren van diagnostische onderzoeken en systematische behandelingsplanning; actief ontwerpen, volgen en bijstellen van een plan.
- Bij punt drie 3 is de formulering 'adequate communicatie' erg ruim. Het gaat om het borgen (organisatorisch, procedureel en procesmatig) van het verantwoord kunnen werken door andere behandelaren.
- punt 3 verdient uitsplitsing: het toezien op de bekwaamheid van medebehandelaren is een apart punt.
- Punt 5 is, , zeker gezien het vraagstuk van doorzettingsmacht, essentieel en verdient nadere uitwerking;

- Punt 9 is tweedelig: de hoofdbehandelaar moet
 - a) op de hoogte zijn van het *verloop* van de behandeling (en een besluit kunnen nemen tot interventie, wijziging, etc.);
 - b) hij/zij moet op *accorderen* wat kan als aan a) is voldaan.

De NVO wenst u succes bij het verwerken van de ontvangen reacties tot een advies aan de minister van VWS. Graag wordt de NVO betrokken bij een nadere uitwerking van de beoogde veldnorm. Voor vragen of toelichting kunt u contact opnemen met Denis Koets, senior beleidsmedewerker, via d.koets@nvo.nl of 06 83 23 20 64.

Met vriendelijke groet,
namens het bestuur,



dr. X.M.H. Moonen
voorzitter NVO



LPGGz

Landelijk Platform GGz

Aan het College voor Zorgverzekeringen
t.a.v. Mevrouw. drs. P.I. Polman MPH
Postbus 320
1110 AH DIEMEN

Datum: 4 juni 2013
Kenmerk: 13-062/MD/DK
Onderwerp: reactie tweede versie van het conceptrapport Geneeskundige ggz deel 2

Dé koepel voor
cliënten- en
familieorganisaties
in de geestelijke
gezondheidszorg

Postadres:

Postbus 13223
3507 LE Utrecht

Bezoekadres:

Maliebaan 87
3581 CG Utrecht

T (030) 236 37 65

F (030) 231 30 54

E info@platformggz.nl

I www.platformggz.nl

Postbank 1948735

KvK Utrecht 30213449

Geachte mevrouw Polman,

Graag maken wij van de gelegenheid gebruik om te reageren op de tweede versie van het conceptrapport Geneeskundige ggz deel 2 (uw mail van Postbus ZA d.d. 16 mei 2013). U geeft aan dat het advies grondig is herzien, naar aanleiding van de reacties op het eerste conceptadvies.

Uitgangspunten

Het Landelijk Platform GGz onderschrijft de door u gehanteerde uitgangspunten:

- dat iedereen die zorg nodig heeft, de juiste zorg krijgt (niet te weinig en niet meer dan nodig) van de juiste hulpverlener/zorgaanbieder (op de juiste plaats in de keten/echelons);
- het streven naar 'gepaste zorg' gericht op de kwaliteit van zorg, de doelmatigheid en het handhaven van gemaakte afspraken over taakverdelingen.

Alle partijen (aanbieders, zorginstellingen, patiënten en verzekeraars) moeten hun verantwoordelijkheid nemen. De waarborg van de kwaliteit en effectiviteit van behandelingen ligt primair bij professionals in samenspraak met de cliënten en familie. De verzekeraars moeten hier op sturen en toezien.

Kwaliteit van (keten)zorg moet beter

Het Landelijk Platform GGz wil dat de zorg binnen de keten georganiseerd wordt conform de afspraken in het Bestuurlijk Akkoord in de GGZ: goede samenhangende zorg is waarin mensen met psychische klachten en aandoeningen door de huisartsenzorg, de bedrijfsartsenzorg, de generalistische Basis GGZ, gespecialiseerde GGZ (en topzorg) snel en effectief worden behandeld. Uitgangspunt is passende zorg. Dit betekent dat zorgaanbieders in de GGZ continu passende en doelmatige zorg bieden, continu weer de vraag stellen wat de persoon nodig heeft, niet alleen op het moment dat de zorgvraag zich voor het eerst voordoet. Patiënten, hun familie en het netwerk rondom hen spelen daarin een belangrijke rol. Waar mogelijk wordt (verergering van) ziekte voorkomen. Daarom is preventie in de gehele GGZ-zorg in termen van 'vroegtijdig potentiële problemen herkennen' of 'hernieuwde problemen herkennen' essentieel.

De rol van de huisarts is cruciaal bij het tijdig (h)erkennen van klachten en aandoeningen en het op tijd doorverwijzen. Uit een recent rapport van het Landelijk Platform GGZ "Voorkom Besparingen in de zorg" dat op 28 mei jl. verscheen, blijkt helaas dat de expertise van de huisarts met ggz-problematiek op dit moment nog te kort schiet.



Wat behoort wel/niet tot het verzekerde pakket nog onvoldoende duidelijk

Op dit moment is het Landelijk Platform GGz van mening dat er nog onvoldoende duidelijk is welke behandelingen/interventies er wel en niet tot het verzekerde (basis)pakket behoren. Dit geldt vooral voor mensen met lichte maar ook zwaardere psychische klachten en problemen. We verzoeken daarom aan het CVZ om op korte termijn volledige inzage te geven, zodat het Landelijk Platform GGz haar uiteindelijke oordeel over het CVZ rapport kan geven.

Het Landelijk Platform GGz juicht voorlopig wel de volgende wijzigingen ten opzichte van het eerste concept advies toe:

- a. U adviseert om de geïndiceerde preventie onder te brengen in de huisartsenzorg. Bij deze afwegingen betreft u niet alleen kosteneffectiviteit, maar ook het natuurlijk beloop van depressie, angst- en paniekstoornissen en problematisch alcoholgebruik. De huisarts kan daarbij verwijzen. Het is positief dat u hierbij zelfhulpprogramma's en het volgen van NHG-standaarden benadrukt. In de NHG-standaarden moeten echter wel de ggz-richtlijnen die door de Landelijke Stichting ter bevordering van Kwaliteitsstandaarden (LSKS) zijn ontwikkeld geïntegreerd zijn en worden. Het Landelijk Platform GGz is er voorstander van dat richtlijnen onderbouwing geven van de duur van de behandeling en criteria/ afwegingen geven voor de keuze voor deeltijdbehandeling en opname
- b. Het accent ligt op kwaliteitsstandaarden en de rol van het Kwaliteitsinstituut daarbij. De aandacht voor richtlijnen, zorgstandaarden, kwaliteitsnormering en bijbehorende meetinstrumenten is positief, omdat de praktijk daardoor kan verbeteren en gepast gebruik bevordert wordt. We zijn verheugd dat u aangeeft dat aanpassingsstoornissen in het verzekerde pakket thuis horen. Wij onderschrijven hierbij de noodzaak tot het ontwikkelen van richtlijnen bij zorg die aangemerkt dreigt te worden als onverzekerde zorg. Dit geldt in het bijzonder voor kinderen en jongeren die te maken hebben met huiselijk geweld en seksueel misbruik. Het Landelijk Platform GGz zal de te ontwikkelen richtlijnen inbrengen in het bestuur en de agenda van de Landelijke Stichting ter bevordering van Kwaliteitsstandaarden (LSKS).
- c. U stelt dat zowel 'stepped care' als 'matched care' adequaat vormgegeven moet worden om onnodige verwijzing resp. te late behandeling te voorkomen. Het staat buiten kijf dat de expertise van de huisartsen(praktijk) daarvoor geoptimaliseerd moet worden. Landelijk Platform GGz onderstreept de noodzaak dat huisartsen andere specialisten consulteren en inroepen, zodat zij adequaat kunnen beoordelen of klachten wijzen op stoornissen. Of dat er mogelijk sprake is van een verstoorde verwerking van een levensgebeurtenis.
- d. De begrenzing in de aanspraak van de zorg in het autisme spectrum tot 1 jaar komt te vervallen. Er is de wens om tot veldnormen te komen in situaties waarbij chronische aandoeningen om langdurige behandeling vragen. Het is positief dat Zorgverzekeraars Nederland bereid is om mee te werken aan de ontwikkeling daarvan. Het Landelijk Platform GGz en/of de NVA is daartoe ook van harte bereid, zeker wanneer daarmee afzonderlijke machtigingen en het risico van willekeur in de beoordeling voorkomen kunnen worden. Hierbij vindt Landelijk Platform GGz het vooral van belang dat doelstellingen van de zorg worden vastgelegd in het behandelplan in het patiëntendossier en dat dit met de cliënt en naastbetrokkene geëvalueerd wordt.

Noodzakelijke zorg vergoeden

Voor cliënten en familie is het van belang dat u in dit advies waarborgen scheidt om noodzakelijke zorg te vergoeden. Dit geldt vooral in de volgende situaties:

- a. Wanneer er bij vermoeden van een psychische stoornis, uit diagnose blijkt dat er geen sprake is van een DSM IV stoornis, dan verwijst de G-GGZ de patiënt terug naar de huisarts en wordt de behandeling tot dan toe vergoed. Vervolgens beslist de huisarts welke adviezen hij geeft en welke behandeling hij geeft.
- b. Het vaststellen van een psychische stoornis is niet noodzakelijk voor verdere hulp en de vergoeding daarvan. Ook bij (psychische) klachten beoordeelt de huisarts de aard en de ernst van de problemen. De behandeling van klachten kan wel vergoed worden binnen de huisartsenzorg. Zo



- kunnen bijv. problemen die niet tot de diagnose van een psychische stoornis leiden, wel worden verlicht en verergering voorkómen. U noemt het voorbeeld van Problem Solving Therapy als effectief gebleken interventie passend binnen de diverse NHG-standaarden. Ook behandeling van overspanning en burn-out (beiden geen DSM IV stoornissen) zijn dan mogelijk. Het Landelijk Platform GGz vraagt op dit punt meer duidelijkheid over wat wel en niet tot het basispakket verzekerde zorg behoort en aandacht voor richtlijnen in de generalistische basis ggz.
- c. De bekostiging mag niet belemmerend zijn in situaties waar integrale zorg vanuit patiëntperspectief noodzakelijk is. Wanneer de zorg zich bevindt op het grensgebied van de competentie van AWBZ instellingen, AWBZ begeleiding, huisartsen, somatisch specialisten, wijkverpleegkundigen, zorgverzekeringswet, ggz of Wmo, dan zou niets een integrale aanpak in de weg mogen staan. Als dit geldt voor dementie, dan kan dit o.i. ook gelden voor andere chronische aandoeningen.
 - d. U adviseert om behandeling van ernstige enkelvoudige dyslexie te blijven vergoeden onder de zorgverzekeringswet. Dit heeft de sterke voorkeur voor het LPGGz en Balans. Voorwaarde is wel dat de behandeling van minder ernstige dyslexiestoornissen adequaat vanuit een ander regime wordt bekostigd. Naleving van het protocol en toezicht op declaraties kan onnodige zorg en kostengroei indammen.

Transparantie

Landelijk Platform GGz deelt uw mening dat het gepast gebruik van zorg goed wordt geregeld. Echter wij vinden dat dit moet gebeuren in samenspraak met cliënt of vertegenwoordiger. Hierop moet de zorgverzekeraar toezien. Het Landelijk Platform GGz wil graag enkele kanttekeningen maken bij de adviezen over transparantie:

- a. Landelijk Platform GGz deelt uw mening dat transparante informatie van aanbieders naar zorgverzekeraars nodig is, zodat deze kunnen toetsen of de zorg daadwerkelijk doelmatig, kwalitatief en verantwoord is geleverd. Of dit de vermelding van de diagnose op de declaratie noodzakelijk maakt betwijfelen wij. Waarschijnlijk kan de zorgaanbieder ook op andere wijze informatie overdragen ten behoeve van de zorginkoop binnen de grenzen van privacy van de patiënt. Het Landelijk Platform GGz wacht het oordeel van het CBP af voor wat betreft het vermelden van de diagnose op de factuur. Het Landelijk Platform GGz is van mening dat het vanuit het oogpunt van kostenbeheersing een goede oplossing is als het aantal behandelminuten op de factuur vermeld staat en dat de patiënt hiervan een afschrift krijgt zodat hij/zij ook kan meekijken of de gedeclareerde zorg geleverd is.
- b. Ook Landelijk Platform GGz onderstreept dat de juiste zorg door de juiste hulpverlener gegeven moet worden en dat er snel adequate afspraken moeten komen over het hoofdbehandelaarschap. Hierbij vinden wij het van belang dat de afspraken uit het Bestuurlijk akkoord gevolgd worden, dat er voldoende keuzevrijheid voor cliënten behouden blijft en dat verzekerden duidelijke en tijdige informatie krijgen. Ook indien de zorgverzekeraars op dit punt aanvullende eisen zouden stellen.

Nieuwe structuren en bekostiging

U schetst het verwijfsmodel in het systeem van generalistische basis ggz (GBGGZ), praktijkondersteuner ggz (POH ggz) en gespecialiseerde GGZ (GGGZ).

Daarbij vragen wij aandacht voor de volgende aanvullingen.

- a. Lang niet alle huisartsen hebben affiniteit met de ggz of verwijzen naar een POH-ggz. Sommigen doen psychische aandoeningen zelfs af als onzin. Wanneer huisartsen niet adequaat doorverwijzen, hebben cliënten/familie geen escape. Hier zou een second opinion mogelijk moeten zijn, bijvoorbeeld door een meer gespecialiseerde generalist uit de GBGGZ.
- b. U maakt voor de verwijzing naar de GGGZ een uitzondering wanneer blijkt dat er scherp te duiden situaties zijn dat 'stepped care' geen toegevoegde waarde heeft. Landelijk Platform GGz vraagt zich af wie worden betrokken bij deze duiding. O.i. kunnen deze uitzonderingen vooraf geformuleerd worden bij cliënten met ernstige psychiatrische aandoeningen die terugval vertonen, zoals bij (crisis) situaties, acute psychose, manische periode, suïcidaliteit, ernstige depressie, zelfbeschadigend gedrag, etc. Bij hen is snelle doorverwijzing van belang.



- c. Sommige stabiele aandoeningen kunnen door life-events plotseling ontregeld worden. Bijv. bij autistische aandoeningen of ernstige ADHD, in de overgang middelbare school, puberteit, een sterfgeval in de familie etc. Ook dan moet snel weer specialistische hulp ingeschakeld kunnen worden.
- d. Wanneer de zorgverzekeraars ertoe overgaan om naast de huisarts ook andere beroepsgroepen toe te staan om naar de GGGZ te verwijzen, dan dient dit vooraf duidelijk te worden gemaakt aan verzekerden en helder omschreven te staan in de polisvoorwaarden.

Aanvullende vragen

Tot slot enkele vragen over bekostigingsregimes naar aanleiding van par. 4.7. 'GGZ interventies vergoeden vanuit het juiste kader'.

- a. U geeft aan dat "daar waar de hoofdbehandelaar verantwoordelijk is voor diagnostiek, behandeling en begeleiding en de hoofdbehandelaar de begeleiding aanstuurt en terugkoppeling krijgt, de zorg valt onder de geneeskundige zorg". Dit is cf. de beleidsregels indicatiestelling AWBZ. Wij vragen ons af welke consequenties deze constatering heeft voor de decentralisatie AWBZ begeleiding naar de Wmo voor de cliënten die naast begeleiding en zorg ook behandeling krijgen? In deze situaties kan de huisarts immers geen eindverantwoordelijkheid dragen voor de zorg in het model GBGGZ.
- b. Bij aandoeningen waarbij ook behandeling nodig is ter verbetering van motorische vaardigheden. Bij ernstige motorische problemen blijkt begeleiding vanuit een DCD-team van revalidatiecentra nodig en zinvol. Wij vragen ons af welke behandelingen vallen onder paramedische zorg.
- c. Met betrekking tot de lijst van de interventies is de vraag of de zorgverzekeraars deze in aanvullende verzekeringspakketten aan mogen bieden (dus buiten het basispakket). Wij vinden dit wenselijk, omdat sommige doelgroepen hier baat bij hebben.

Op dit moment is het Landelijk Platform GGz van mening dat er nog onvoldoende duidelijk is welke behandelingen, interventies er wel en niet tot het verzekerde (basis)pakket behoren. Dit geldt vooral voor mensen met lichte maar ook zwaardere psychische klachten. We verzoeken daarom het CVZ op korte termijn volledige inzage te geven, zodat het Landelijk Platform GGz haar uiteindelijke oordeel over het CVZ rapport kan geven.

Het is van groot belang voor onze achterban dat hierover volstrekte duidelijkheid bestaat. Wij hechten aan het maatschappelijk belang van een sterke ggz en pleiten er daarom voor dat de behandeling van psychische klachten ook tot de verzekerde zorg behoort. Als dit niet gebeurt bestaat een grote kans op verergering van klachten, duurdere vormen van zorg op de langere termijn hoge maatschappelijke kosten.

Met vriendelijke groet,

Marjan ter Avest
Directeur

cc.
Lidorganisaties Landelijk Platform GGz
CG-Raad
NPCF
Platform VG
CSO

College voor Zorgverzekeringen
Mevrouw P. Polman, Manager Zorg Dichtbij
Pakketbeheer en Kwaliteitsinstituut CVZ

Per elektronische post
postbusza@cvz.nl

Utrecht, 5 juni 2013

Ons kenmerk : DIR/13-082/RD/AtB/RenW/ty

Onderwerp : reactie concept rapport Geneeskundige GGZ, deel 2

Geachte mevrouw Polman,

Het NHG heeft kennis genomen van het tweede concept rapport Geneeskundige GGZ, deel 2. Wij zijn verheugd te zien dat dit concept ingrijpend gewijzigd is ten op zicht van het eerste. Deze wijzigingen maken dat de adviezen in dit concept rapport voor ons in grote lijnen acceptabel zijn.

Op een aantal punten willen wij nog nader ingaan:

Onderscheid klachten-stoornissen

Dit kunstmatige onderscheid, dat, zeker in de huisartsenpraktijk, vaak niet te maken, is in het rapport aanwezig gebleven. Wel hebt u voor de keuze van het gebruik hiervan een uitgebreide onderbouwing gegeven, waardoor wij hiervoor meer begrip hebben gekregen. In de praktijk zullen de huisartsen echter vaak tegen het probleem van ongedifferentieerde klachten aanlopen. Het gesprek met de patiënt in de spreekkamer zou dan niet meer kunnen gaan over de beste therapie maar over vergoeding of niet. Bovendien kunnen specifieke klachten zoals prikkelbaarheid, slecht slapen, zich terugtrekken, symptomen zijn van een nog niet manifeste maar ernstige psychiatrische ziekte. En we weten inmiddels dat vroegtijdige herkenning en behandeling van de mensen met verhoogd risico op een ernstige psychische ziekte de prognose gunstig beïnvloedt.

Huisarts sleutelpositie

U geeft in het kader van gepaste zorg de huisarts de centrale rol. Huisartsen zijn bekwaam om deze rol uit te voeren. In de geestelijke gezondheidszorg moeten daarvoor echter nog een aantal voorwaarden geschapen of versterkt worden om deze taak goed te kunnen uitvoeren. Zo is een consultatieve mogelijkheid bij een psychiater of klinisch psycholoog, die nu min of meer afwezig is, noodzakelijk. Wij zijn blij te zien dat u deze consultatiefunctie aanbeveelt. Daarnaast is in de huisartsenpraktijk de structurele aanwezigheid van een POH-GGZ onontbeerlijk, zeker wanneer de behandeling van psychische klachten, aanpassingsstoornissen en geïndiceerde preventie niet meer vergoed wordt via de Geneeskundige GGZ. Hierdoor zal de belasting voor de huisarts aanzienlijk verzwaard worden, naast de andere beleidsontwikkelingen zoals ambulantisering van de GGZ en overhevelen van de zorg voor stabiele chronische patiënten naar de huisartsenpraktijk.

Standaarden en richtlijnen

U beveelt de Landelijke Stichting Kwaliteitsstandaarden GGZ om samenwerking met en/of aansluiting van de huisartsen bij het opzetten van een kwaliteitsprogramma. Wij beamen dat een goede afstemming tussen de verschillende zorgverleners, waaronder huisartsen, uitermate zinvol is voor de behandeling van patiënten met psychische problemen. Het ontwikkelen van een richtlijn/standaard voor aanpassingstoornissen zal hiermee wellicht ook aangepakt worden.

Conclusie:

Het NHG kan zich in grote lijnen vinden in de herziene adviezen in dit concept rapport. Het NHG onderschrijft de centrale positie van de huisarts in de geestelijke gezondheidszorg. Het onderscheid tussen klachten en stoornissen is in de praktijk niet scherp te trekken. En de vroegtijdige opsporing en behandeling van zich ontwikkelende ernstige psychische ziekten mag hierdoor niet belemmerd worden. Doordat de diagnostiek en behandeling van psychische klachten, aanpassingsstoornissen en geïndiceerde preventie niet meer vergoed worden via de GGZ, zal de huisarts toenemend belast worden. Hiervoor zullen adequate en structurele voorzieningen moeten worden getroffen.

Met vriendelijke groet,

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'R.F. Dijkstra', written over a horizontal line.

Dr. R.F. Dijkstra, huisarts
Bestuursvoorzitter NHG

College voor Zorgverzekeringen
T.a.v. mevrouw mr. J.M. van Diggelen
Postbus 320
1110 AH DIEMEN

(Tevens per e-mail naar hdiggelen@cvz.nl
en i.a.a. mevr. dr. G. Ligtenberg, mevr. mr. P. Staal en mevr. Mr. F. Roepnarain)

Betreft : reactie op concept rapport Geneeskundige GGZ deel 2

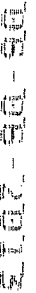
Amsterdam, 3 juni 2013

Geachte mevrouw Van Diggelen,

Eind mei heeft het CVZ het herziene concept-rapport Geneeskundige GGZ deel 2 op de website van het CVZ gezet. Hoewel de Alliantie transgenderzorg niet is opgenomen in de lijst met te consulteren partijen, willen de bij de Alliantie aangesloten partijen (zie bijlage 1) toch graag reageren. De Alliantie spreekt de hoop uit dat u deze inbreng kunt meenemen bij de beoordeling van het rapport.

De bij de Alliantie aangesloten partijen hebben grote zorg over de voorgestelde indeling van de GGZ zorg aan transgenders binnen de bekostigingskaders. Het advies lijkt op dit punt haaks te staan op internationale ontwikkelingen waarbij genderdysforie als zelfstandige psychische aandoening in de classificatiesystemen juist ook ingang zou moeten geven voor psychische zorg die voor vergoeding in aanmerking komt.

Het heeft lange tijd geduurd voordat genderdysforie als zelfstandige aandoening als zodanig erkend is. Recent is de classificatie 'genderidentiteitsstoornis' in de DSM 5 hernoemd als 'genderdysforie'. Genderdysforie is daarbij als aandoening in een nieuwe eigen diagnostische categorie opgenomen. Concreet gaat het om twee sub-classificaties, te weten: genderdysforie bij kinderen en genderdysforie bij volwassenen en adolescenten. Genderdysforie wordt daardoor niet langer in verband gebracht met seksuele stoornissen en parafilie. Bij genderdysforie is de incongruentie tussen het ervaren geslacht en het bij de geboorte toegewezen geslacht bepalend.



Het benoemen van genderdysforie als zelfstandige categorie in DSM 5 is er met name ook op gericht om mensen die voldoen aan de gestelde criteria en op zoek zijn naar psychische hulp, daarvoor in aanmerking te laten komen. In het CVZ advies wordt nog aangesloten bij DSM IV. Hoewel dit vanuit praktisch oogpunt begrijpelijk is, lijkt het gevolg dat genderdysforie niet als zelfstandige psychische aandoening is meegenomen, en beoordeeld binnen de bekostigingsstructuur. Integendeel zelfs, het lijkt erop dat bepaalde psychische zorg waarvan CVZ in maart 2010 juist had vastgesteld dat deze expliciet voor bekostiging op basis van de Zvw in aanmerking komt, in het huidige advies niet is overgenomen. Zowel de tabel in het advies als de toelichting bij de tabel lijken hiervan uit te gaan.

Naast het voorgaande is van belang dat er binnen de GGZ, en de internationale *Standards of Care for Transgender Health*, in toenemende mate op gewezen wordt dat genderdysforie niet in alle gevallen verholpen hoeft te worden door somatisch medische-specialistische zorg aan te bieden (geslachtsaanpassing). In veel gevallen is wel psychotherapeutische hulp nodig om vast te stellen of genderdysforie het best verlicht kan worden met of zonder somatisch medische specialistische zorg. In geval er sprake is van een somatisch medisch-specialistische behandeling kan het zowel voor als na, maar ook tijdens de medische behandeling noodzakelijk zijn om psychische ondersteuning te bieden. Deze zorg lijkt volgens de voorgestelde regeling niet in aanmerking te komen voor vergoeding. En de categorie patiënten die geholpen kan worden zonder somatisch medische specialistische zorg lijkt zelfs geheel buiten beeld gebleven, en zou op basis van het huidige advies dan ook geen aanspraak kunnen maken op vergoeding van de noodzakelijke zorg.

De Alliantie wil in geval van genderdysforie graag de noodzaak van een integrale psychische, en zo nodig medisch somatische zorg benadrukken. Het aanbieden van psychische hulp aan deze groep is om diverse redenen noodzakelijk. Een recent onderzoek van het Sociaal Cultureel Planbureau uit 2012 onderschrijft eerdere onderzoeken waaruit blijkt dat de suïcidecijfers binnen de transgender populatie 10 keer zo hoog zijn als onder de Nederlandse bevolking in het algemeen. Ook in andere opzichten blijkt de groep transgenders erg gevoelig voor psychische (50%) en sociale problemen. Het betreft een evident kwetsbare groep. Opvallend is dat deze cijfers ook hoger blijven voor transgenders die een medische behandeling hebben ondergaan. Het SCP onderzoek geeft ook aan dat bij de respondenten een duidelijke wens naar voren komt voor psychische zorg.

Vanuit de somatisch medisch specialistische zorg wordt nadrukkelijk aangevoerd dat de effectiviteit van een behandeling sterk wordt bepaald door de flankerende psychische zorg die daarnaast wordt geboden. In de woorden van het CVZ rapport is het *pennywise-poundfoolish* om de effectiviteit van deze dure somatische zorg door het uitsluiten van de vergoeding van flankerende integrale specialistische GGZ zorg in gevaar te brengen. En alhoewel goede prevalentie cijfers niet bekend zijn, gaat het hier bovendien om relatief zeer kleine aantallen waarbij de vraag naar voren komt wat er werkelijk bezuinigd wordt als psychische zorg voor de diagnose Genderdysforie niet meer in aanmerking komt voor vergoeding.

Vanzelfsprekend kan er in geval van genderdysforie ook sprake zijn van comorbiditeit. Bij het uitblijven van geschikte zorg bij genderdysforie valt dit zelfs te verwachten. De Alliantie benadrukt evenwel dat het enkel vergoeden van gelijktijdige stoornissen in geval van genderdysforie geen oplossing kan vormen voor de behandeling van deze aandoening.

De Alliantie beseft dat er wat betreft de bekostiging van de zorg keuzen moeten worden gemaakt. Het is daarbij evident dat dit vele reacties zal oproepen. Toch verzoekt de Alliantie het advies op het punt van betaalde zorg bij genderdysforie te heroverwegen. Door het gewicht dat aan het advies zal worden toegekend, zullen de afzonderlijke onderdelen doorwerken in de uiteindelijke concrete bekostigingsstructuren. De Alliantie transgenderzorg is, met nadrukkelijke steun en financiering van het ministerie van OCW en cofinanciering door het Fonds Nuts-Ohra, gestart met de uitwerking van een richtlijn voor transgenderzorg. Ook indien het CVZ op dit moment niet kan overgaan tot bijstellen van het advies, is het nadrukkelijke verzoek om ten aanzien van deze aandoening de beslissing vooralsnog open te laten in afwachting van de resultaten van de activiteiten van de Alliantie.

Vanzelfsprekend zijn wij graag bereid een nadere toelichting geven indien daaraan behoefte is.

Met vriendelijke groet,



Mr H. Gardeniers

Voorzitter Alliantie Transgenderzorg

Bijlage : Alliantie transgenderzorg

De Alliantie Transgenderzorg

De huidige transgenderzorg is fragiel, gefragmenteerd en nog niet goed ingebed in de gezondheidszorg. Het ontbreken van integrale vraaggerichte zorg aan transgenders leidt tot maatschappelijke uitval van transgenders en onnodig hoge kosten voor psychische hulp ten gevolge daarvan. De behandeling van transgenders kenmerkt zich als een multidisciplinaire problematiek, waarvan naast de somatische zorg met name ook de psychische behandeling een belangrijke component vormt. Transgenders hebben vaak meerdere vormen van zorg nodig. Het is daarom essentieel dat de zorg rond transgenders op elkaar wordt afgestemd.

De toegankelijkheid en kwaliteit van transgenderzorg zijn nu nog onvoldoende gewaarborgd. Wat nodig is, is een meer optimale, toekomstbestendige transgenderzorg. Verbeteringen op met name deze terreinen moeten uiteindelijk leiden tot een kwalitatief goed zorgtraject voor transgenders mede gericht op het terugdringen van wachtlijsten. De verbeterde transgenderzorg zal daarnaast ook gevolgen hebben voor een betere besteding van de daarvoor beschikbaar gestelde financiële middelen.

Op een in 2010 bij het ministerie van VWS georganiseerde rondetafelconferentie over een optimale, toekomstbestendige transgenderzorg, is overeenstemming bereikt over de noodzaak de zorg voor transgenders en hun naasten op een hoger plan te brengen. Door bij de conferentie betrokken partijen is onder meer vastgesteld dat er een gestructureerde samenwerking tot stand moet komen tussen de belangrijkste stakeholders: transgenders en behandelaars. Hiervoor is de vorm van een alliantie gekozen.

De *Alliantie Transgenderzorg* behartigt de belangen van haar deelnemers tegenover derden zoals de zorgverzekeraars, maar ook de ministeries en lagere overheden. De Alliantie heeft tot doel:

- (A) Inhoud en organisatie van goede en integrale transgenderzorg nader vorm te geven en vast te leggen;
- (B) Zoeken naar oplossingen voor een blijvende vorm van financiering voor het zorgaanbod;
- (C) Het bijdragen aan het vinden van oplossingen bij acute problemen die zich voordoen in de zorg aan transgenders, en waar nodig voorlichting te verzorgen;
- (D) Het creëren van draagvlak voor het ondernemen van deze activiteiten waardoor realisatie van de doelstellingen vorm kan krijgen.

De kerngroep van de Alliantie Transgenderzorg wordt gevormd door diverse partijen bestaande uit (of namens) zorgaanbieders en patiëntenorganisaties. Deze groep bestaat in eerste aanleg uit: het Kennis- en Zorgcentrum Genderdysforie VUmc, de Stichting Transvisie Zorg, het Genderteam van het UMCG, genderteam LUMC Curium, Patiëntenorganisatie Stichting Transvisie, Transgender Netwerk Nederland en PsyQ. De alliantie zal verder worden uitgebreid met andere partijen en samenwerkingspartners.

De activiteiten vanuit de Alliantie moeten uiteindelijk leiden tot een duidelijke regie van de zorg van organisaties als VUmc, UMCG en LUMC, en instellingen die GGZ-zorg of psychosociale hulpverlening aanbieden. Het uitgangspunt van deze optimale integrale transgenderzorg is het verlenen van de juiste zorg op het juiste moment, op de juiste plaats, door een zorgverlener met de vereiste deskundigheid. Behalve een nieuwe organisatie zal er ook een zorgverkenning plaatsvinden, die uiteindelijk zal moeten leiden tot een gestroomlijnde integrale keten, inclusief een bijbehorende zorgrichtlijn. Essentieel aandachtspunt daarbij is de financiering van de aangeboden zorg. Het initiatief van de Alliantie Transgenderzorg wordt nadrukkelijk ondersteund en gefinancierd door het Ministerie van OCW, met cofinanciering door het Fonds Nuts-Ohra.

2013081752

Beste mevrouw Polman, van Diggelen en Kroes

Hierbij willen wij reageren op het tweede conceptrapport G-GGZ deel 2, verwijzend naar onze eerdere brieven (dd 18-01 en 21-03-2013), ondertekend door A. Cabus, voorzitter van de Dutch Association for Infant Mental Health (DAIMH); M.J. Rexwinkel, hoofdopleider Infant Mental Health en H.J.A van Bakel, hoogleraar Infant Mental Health.

Hierin hebben wij het (wetenschappelijk gefundeerde) belang van diagnostiek en behandeling op zeer jonge leeftijd van ggz-problemen toegelicht en benadrukt.

Voor de IMH specialisten in de tweedelijns GGZ is het van groot belang dat zij kunnen blijven werken met het classificatiesysteem voor jonge kinderen, de internationaal gebruikte DC: 0-3R. Dit classificatiesysteem geeft een compleet beeld van de verschillende factoren die meebepalend zijn voor de geclassificeerde stoornis en vormt het uitgangspunt van de behandeling. Dit classificatiesysteem is de standaard voor dataverzameling van het internationaal wetenschappelijk onderzoek.

In het telefoongesprek met mevrouw van Diggelen begrepen wij dat er vooruitlopend op de transitie jeugd geen uitspraak over jeugd gedaan wordt. De transitie is pas op zijn vroegst in 2015 van kracht. Een risico is dat zorgverzekeraars verwijzen naar het CVZ rapport als rationale om geen tweedelijns zorg voor zeer jonge kinderen in te kopen, wat naar wij begrepen uitdrukkelijk niet uw bedoeling is.

Ook zeer jonge kinderen kunnen ernstige GGZ klachten en stoornissen hebben, echter in het tweede conceptrapport G-GGZ deel 2 van mei 2013 zijn deze niet opgenomen.

Wij willen u nogmaals onze brieven en telefoongesprekken onder de aandacht brengen en verzoeken om alsnog de stoornissen bij kinderen van 0 tot en met 3 jaar (volgens de DC:0-3R) in de DBC-systematiek van de verzekerde GGZ te houden en in uw tweede rapport G-GGZ deel 2 op te nemen.

Met vriendelijke groet,

Prof. Dr. H.J.A. van Bakel, hoogleraar IMH, GZ-psycholoog, IMH-specialist

Drs. A.M.M.B. Cabus, voorzitter DAIMH, infantpsychiater, psychotherapeut, IMH-specialist

Drs. M.J. Rexwinkel, hoofdopleider IMH, klinisch psycholoog, psychotherapeut, IMH-specialist

M.J.Rexwinkel

klinisch psycholoog, psychotherapeut en IMH specialist

Klipperweg 81
1113GT Diemen
T: 020-4683656
M: 06-53576124

CVZ
Mevrouw P. Polman
Manager Zorg Dichtbij
Pakketbeheer en Kwaliteitsinstituut CVZ
Postbus 320
1110 AH DIEMEN

Utrecht, 10 juni 2013
Kenmerk: 13.042 FR/IS/JH
Betreft: reactie Verenso op conceptrapport G-GGZ

Geachte mevrouw Polman,

In reactie op het conceptrapport G-GGZ berichten wij u het volgende.

Op dit moment werkt de specialist ouderengeneeskunde hoofdzakelijk vanuit drie rollen:

1. als hoofdbehandelaar in en vanuit verpleeghuizen (langdurige AWBZ zorg);
2. in de eerste lijn (en toekomstige generalistische basis GGZ) op verwijzing van de huisarts: als behandelaar c.q. medebehandelaar en als consulent;
3. in de gespecialiseerde GGZ als hoofdbehandelaar en behandelaar, naast de psychiater.

De specialist ouderengeneeskunde is daarbij doorgaans hoofdbehandelaar voor de patiënten met dementie en/of cognitieve stoornissen die verblijven in (gespecialiseerde) GGZ instellingen. Voor de eerste lijn is hiervoor structurele financiering uiterst wenselijk (bij voorkeur door het verlenen van toegang van de specialist ouderengeneeskunde tot de Zorgverzekeringswet). Dit zal de regionale initiatieven van samenwerking met de huisarts rond patiënten met dementie in de eerste lijn versterken. Op deze manier kan gezorgd worden dat minder patiënten onnodig naar de specialistische GGZ worden verwezen.

Binnen de specialistische GGZ heeft de specialist ouderengeneeskunde meerwaarde vanwege de verbinding met de somatische aspecten die ook bij mensen met dementie kunnen optreden (multimorbiditeit). Dit naast de ouderenpsychiater die beter het veld van de floride psychiatrie kan overzien, bijvoorbeeld bij mensen met dementie en persoonlijkheidsproblemen, schizofrenie et cetera.

Het toelaten van de specialist ouderengeneeskunde als tweede specialisme (naast de ouderenpsychiater) in de specialistische GGZ doet recht aan de realiteit in het werkveld (zoals bijvoorbeeld Geriant). Een verlengde arm constructie (psychiater hoofdbehandelaar en specialist ouderengeneeskunde uitvoerend behandelaar) is niet wenselijk en ook met de eis van de 80%-20% regel (maximaal 20% van de taken mogen worden uitbesteed) niet werkbaar. Zie voetnoot 48 op pagina 32.

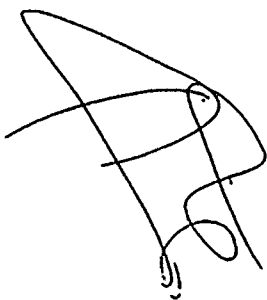
Op pagina 30 wordt gepleit voor een versterking van de module POH-GGZ. Waarbij de huisarts in de eerste lijn ook de psychiater, psychotherapeut, klinisch psycholoog, GZ psycholoog kan consulteren. Bij ouderen met regelmatig voorkomende cognitieve of stemmingsproblemen kan de specialist ouderengeneeskunde een consulterende rol hebben. Juist omdat deze kennis heeft van multimorbiditeit, zorgprognostiek en kennis heeft van de sociale kaart. In de praktijk blijkt ook dat de specialist ouderengeneeskunde juist voor die groepen (dementie, depressie, delier) door de huisarts wordt geconsulteerd. Deze rol van de specialist ouderengeneeskunde met betrekking tot een delier missen we overigens in het rapport.

Er wordt vooral verwezen naar de medisch specialistische ziekenhuiszorg terwijl daar, zeker in situaties waarin sprake is van multimorbiditeit, niet altijd de beste behandeling geboden kan worden.

De tabel op pagina 34 geeft een nader overzicht van de financieringsgrondslag per DSM-IV hoofdgroep. Deze DSM-IV indeling biedt bij ouderen soms onvoldoende handvatten. Sommige ouderen met dementie zijn namelijk na de diagnose relatief simpel te begeleiden, terwijl anderen juist ernstige gedragsproblemen hebben, systeemproblematiek, co-morbide aandoeningen en mantelzorgbelasting waarbij juist specialistische begeleiding noodzakelijk is. Dit komt onvoldoende in het schema naar voren. Voorts missen we de expliciete benoeming van de specialist ouderengeneeskunde in het schema. Zoals blijkt uit het vorenstaande, is de specialist ouderengeneeskunde immers niet alleen vanuit de langdurige AWBZ-gefinancierde zorginstellingen werkzaam, maar ook in de eerste lijn en de GGZ.

In de beschrijving op pagina 36 (dat een verdere toelichting is op de tabel) staat dat 'naast de psychiater ook de specialist ouderengeneeskunde veelal optreedt als hoofdbehandelaar'. Dit is op zichzelf een prima formulering maar in relatie tot voorgaande zin is niet goed op te maken of dit nu uitsluitend de specialistische GGZ betreft of ook de gespecialiseerde GGZ. Het mag duidelijk zijn dat wij pleiten voor beide GGZ domeinen. Daarbovenop stellen we dat ketenzorginitiatieven (vaak vanuit de eerste lijn, met hulp van de specialistische GGZ waarbij de zorg dan weer geregeld wordt via de AWBZ) last heeft van de schotten in financiering. Voor dit soort lokale ketenzorg initiatieven zou integrale financiering (ook die van de casemanager) ook een oplossing zijn.

Met vriendelijke groet,



Drs. F.J. Roos
directeur Verenso

Bijlage:

Verenso standpunt Hoofdbehandelaarschap gespecialiseerde GGZ

Ministerie van VWS
t.a.v. de minister mw. E.I. Schippers
Postbus 20350
2500 EJ Den Haag

Utrecht, 28 mei 2013
Kenmerk: 13.040 RK/FR/JdW
Betreft: Hoofdbehandelaarschap gespecialiseerde GGZ

Geachte mevrouw Schippers,

In aansluiting op uw voorhangbrief POH-GGZ en Generalistische Basis GGZ van 17 mei jongstleden, brengen wij u graag op de hoogte van enkele recente ontwikkelingen en doen daarbij de aanbeveling de specialist ouderengeneeskunde expliciet toe te voegen als een van de mogelijke hoofdbehandelaars in de gespecialiseerde GGZ. Dit om zowel de kwaliteit van de medische zorg in de GGZ te bestendigen en waar mogelijk te verhogen als ook om kosten in de gespecialiseerde GGZ te besparen. Daarbij sluiten wij naadloos aan bij het door u ingezette beleid voor de GGZ. Al eerder stuurden wij hierover een brief aan de IGZ, die hier is bijgevoegd.

De medische zorg rond cliënten met dementie en cognitieve stoornissen, zowel in de GGZ als in de langdurige zorg, behoort tot de core business van de specialist ouderengeneeskunde. De specialist ouderengeneeskunde en sociaal geriater is de arts die voor de psychogeriatrische patiëntdoelgroep, ook in de gespecialiseerde GGZ bij uitstek medisch deskundig is en als specialist bevoegd is deze mensen in de hoedanigheid van hoofdbehandelaar te behandelen. Ook de praktijk wijst dit al uit, waarbij de specialist ouderengeneeskunde, sociaal geriater en psychiater afwisselend soms als hoofd- en soms als medebehandelaars betrokken zijn bij de medische zorg aan patiënten in de tweedelijns GGZ.

Ook het door de minister van VWS vastgestelde Besluit specialisme ouderengeneeskunde maakt duidelijk dat een vast onderdeel van de opleiding tot specialist ouderengeneeskunde 'psychogeriatrische zorg in instellingen' betreft.¹ Het Besluit vult daarbij in wat verstaan dient te worden onder 'instelling' en aan welke eisen de opleidingsinrichting voor haar erkenning dient te voldoen: C5 sub d: "*de inrichting is een (ambulante ouderenafdeling van een) GGZ-instelling of van een verpleeghuis.*"

Specialist ouderengeneeskunde is cliëntvolgend en zorgt voor kostenbesparing

De inzet van de specialist ouderengeneeskunde als hoofdbehandelaar en als consulent biedt een geweldige kans om, samen met casemanagement, de kwaliteit van de dementiezorg in Nederland evidence based, effectief en tegen lagere kosten te waarborgen en uit te voeren. Ook het College voor zorgverzekeringen heeft al gewezen op het Geriant model, dat in Nederland gezien wordt als best-practice bij dementiezorg. Uitgangspunt hiervan is dat de patiënt en zijn omgeving zo zelfredzaam mogelijk blijft (empowerment).

¹ Besluit specialisme ouderengeneeskunde, gepubliceerd in de Staatscourant 27 november 2008, nr. 1012 en in werking getreden op 1 januari 2009, laatstelijk gewijzigd houdende wijziging diverse collegebesluiten waarvan op 12 december 2012 mededeling is gedaan in de Staatscourant: dit besluit is in werking getreden op 1 januari 2013.

In het DOC team van Geriant zitten een psychiater, gz-psycholoog en specialist ouderengeneeskunde. Deze drie disciplines fungeren als hoofdbehandelaar.² In 2012 onderzocht en becijferde zorgverzekeraar VGZ dat de inzet van het Geriant model een enorme besparing kan opleveren op de GGZ-kosten. Uit dit onderzoek blijkt dat de GGZ-kosten van dementie op jaarbasis landelijk gemiddeld 41.000 euro per persoon kosten. Dankzij de Geriant aanpak komen deze kosten daar uit op 29.000 euro per persoon, een besparing van maar liefst 12.000 euro per persoon. Bij landelijke uitrol zou dit volgens de berekeningen van VGZ kunnen leiden tot besparingen van 200 miljoen euro op dementiezorg.

Veel cliënten, ook met beginnende dementie, blijven vaker en langer thuis wonen. Een ontwikkeling die Verenso van harte ondersteunt: met de inzet van mantelzorgers, maar ook met de inzet van de juiste professionals, kunnen mensen in staat gesteld worden langer thuis te blijven wonen en kan duurdere opname in verpleeghuizen en in ziekenhuizen worden uitgesteld en soms zelfs voorkomen worden. De specialist ouderengeneeskunde sluit bij deze ontwikkeling aan doordat hij cliëntvolgend werkt.

Op dit moment werkt de specialist ouderengeneeskunde hoofdzakelijk vanuit drie rollen:

1. Als hoofdbehandelaar in en vanuit verpleeghuizen (langdurige AWBZ zorg);
2. In de eerste lijn (en toekomstige generalistische basis ggz) op verwijzing van de huisarts: als behandelaar c.q. medebehandelaar en als consultant;
3. In de gespecialiseerde ggz als hoofdbehandelaar en behandelaar, naast de psychiater. De specialist ouderengeneeskunde is daarbij doorgaans hoofdbehandelaar voor de cliënten met dementie en/of cognitieve stoornissen die verblijven in (gespecialiseerde) GGZ instellingen. Dit is inmiddels een aanzienlijke groep cliënten.

Specialist ouderengeneeskunde als hoofdbehandelaar in de -gespecialiseerde- GGZ versterkt beleid VWS

In het consultatiedocument van de IGZ wordt het hoofdbehandelaarschap echter toegewezen aan slechts drie beroepsgroepen: psychiater, psychotherapeut en klinisch psycholoog. Verenso maakt zich ernstige zorgen over de consequenties hiervan. Niet alleen zal dit leiden tot een aanzienlijke kostenstijging doordat een deskundige, bevoegde en tevens goedkopere beroepsgroep niet als hoofdbehandelaar kan worden ingezet, maar bovenal zal dit leiden tot een verlies aan kwaliteit.

Alleen al de sterk toenemende groep cliënten met bijvoorbeeld dementie en Korsakov zal de noodzakelijke zorg worden onthouden van de specialist ouderengeneeskunde als hoofdbehandelaar. De professie van specialist ouderengeneeskunde zou derhalve zeker moeten worden toegevoegd aan de opsomming van GGZ zorgverleners die als hoofdbehandelaar in de gespecialiseerde GGZ worden aangemerkt.

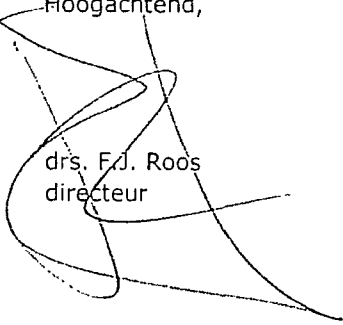
Tot slot willen wij u graag wijzen op het conceptrapport G-GGZ deel 2 van het College voor zorgverzekeringen, waarin onder de paragraaf *Dementie en andere cognitieve stoornissen* expliciet vermeld staat: *'Naast de psychiater treedt veelal de specialist ouderengeneeskunde op als hoofdbehandelaar.'*³

² CVZ, Standpunt Casemanagement 25 maart 2011, 2010049984 (2011038092).

³ Concept Rapport G-GGZ DEEL 2, CVZ 2013, 20130594.

Het toevoegen van de specialist ouderengeneeskunde aan de lijst van hoofdbehandelaars in de gespecialiseerde GGZ, versterkt het door u ingezette beleid zoals verwoord in het Bestuurlijk Akkoord Toekomst GGZ 2013-2014 en de uitwerking daarvan in de genoemde voorhangbrief. Wij gaan er daarom vanuit dat u onze aanbeveling overneemt en zijn vanzelfsprekend van harte bereid om hierover met u in overleg te treden.

Hoogachtend,


drs. F.J. Roos
directeur

Bijlage: 1: Brief aan IGZ 'Reactie Verenso op IGZ consultatiedocument, 14 maart 2013.

CC:

- Staatssecretaris VWS
- Directeur-Generaal Curatieve Zorg VWS
- Directeur-Generaal Langdurige Zorg VWS
- Tweede Kamer Vaste Kamercommissie VWS

Inspectie voor de Gezondheidszorg
t.a.v. Dhr. J.K. van Wijngaarden,
hoofdinspecteur Publieke en Geestelijke Gezondheidszorg
Postbus 2680
3500 GR UTRECHT

Utrecht, 14 maart 2013
Kenmerk: 13.015 RK/JdW
Betreft: reactie Verenso op IGZ consultatiedocument 'Hoofdbehandelaarschap tweedelijns GGZ'

Geachte heer Van Wijngaarden,

Hierbij vragen wij uw aandacht voor het volgende.
Met verbazing hebben wij kennisgenomen van de inhoud van het consultatiedocument, waarin de specialist ouderengeneeskunde en sociaal geriater niet vermeld worden als mogelijk hoofdbehandelaar in de tweedelijns GGZ. Wij verzoeken u met klem om het document op dit punt aan te passen. Graag lichten wij dit toe.

De specialist ouderengeneeskunde en sociaal geriater is de arts die voor de psychogeriatrische patiëntendoelgroep, ook in de tweedelijns GGZ, bij uitstek medisch deskundig is en als specialist bevoegd is deze mensen in de hoedanigheid van hoofdbehandelaar te behandelen. De specialist ouderengeneeskunde is bekwaam in de behandeling van cliënten met multiple problematiek, zowel somatisch als psychisch. Cliënten met dementie, zowel in de GGZ als in de langdurige zorg, behoren tot de core business en verantwoordelijkheid van de specialist ouderengeneeskunde en sociaal geriater. Specialisten ouderengeneeskunde en sociaal geriater zijn deskundig in dementiediagnostiek en -behandeling en ook in het afwegen van de toepassing en bewaking van middelen en maatregelen voor deze doelgroep. Ook de praktijk wijst dit al uit, waarbij de specialist ouderengeneeskunde, sociaal geriater en psychiater afwisselend soms als hoofd- en soms als medebehandelaars betrokken zijn bij de medische zorg aan patiënten in de tweedelijns GGZ.

Ook het door de minister van VWS vastgestelde Besluit specialisme ouderengeneeskunde maakt duidelijk dat een vast onderdeel van de opleiding tot specialist ouderengeneeskunde 'psychogeriatrische zorg in instellingen' betreft.¹ Het Besluit vult daarbij in wat verstaan dient te worden onder 'instelling' en aan welke eisen de opleidingsinrichting voor haar erkenning dient te voldoen: C5 sub d: "de inrichting is een (ambulante ouderenafdeling van een) GGZ-instelling of van een verpleeghuis."

In het consultatiedocument wordt het hoofdbehandelaarschap echter toegewezen aan slechts drie beroepsgroepen: psychiater, psychotherapeut en klinisch psycholoog. Verenso maakt zich ernstige zorgen over de consequenties hiervan. Niet alleen zal dit leiden tot een aanzienlijke kostenstijging doordat een deskundige, bevoegde en tevens goedkopere beroepsgroep niet als hoofdbehandelaar kan worden ingezet, maar bovenal zal dit leiden tot een verlies aan kwaliteit.

¹ Besluit specialisme ouderengeneeskunde, gepubliceerd in de Staatscourant 27 november 2008, nr. 1012 en in werking getreden op 1 januari 2009, laatstelijk gewijzigd houdende wijziging diverse collegebesluiten waarvan op 12 december 2012 mededeling is gedaan in de Staatscourant: dit besluit is in werking getreden op 1 januari 2013.

Alleen al de sterk toenemende groep cliënten met bijvoorbeeld dementie en Korsakov zal de noodzakelijke zorg worden onthouden van de specialist ouderengeneeskunde als hoofdbehandelaar.

Verenso was actief betrokken bij de ontwikkeling en totstandkoming van de KNMG handreiking 'Verantwoordelijkheidsverdeling bij samenwerking in de zorg' (2010), waaraan het consultatiedocument refereert. De in het consultatiedocument onder 2.2 vermelde passage '*Ook de geneesheer-directeur moet onder omstandigheden (Hoge Raad 27 januari 2012, Jvggz 2012/1) psychiater zijn*', is echter niet langer actueel. Het ministerie van VWS heeft inmiddels het Verenso standpunt ten aanzien van de interpretatie van dit arrest overgenomen en de specialist ouderengeneeskunde expliciet aangemerkt als medisch expert als het gaat om mensen met psychogeriatrische aandoeningen. Bovendien heeft VWS in het kader van het wetsvoorstel Zorg en dwang dit arrest al gerepareerd, door de specialist ouderengeneeskunde expliciet te noemen als de medisch expert en verantwoordelijk arts. Tenslotte is ook de wet Bopz op dit punt gerepareerd, waarbij de specialist ouderengeneeskunde expliciet gelijkgesteld wordt aan de psychiater in het kader van de wet Bopz. Deze wijziging zal over enkele weken bekrachtigd worden en treft u ter kennisneming aan in bijlage 1 bij deze brief.

Tot slot nog een korte toelichting bij de opleiding. De opleiding tot specialist ouderengeneeskunde is een erkende vervolgopleiding na de basisopleiding geneeskunde. Doordat de opleiding verbreed is met sociale geriatrie en mede om die reden uitgebreid en verdiept is met praktijkervaring en modules in de GGZ, is de opleiding een aantal jaren geleden verlengd van twee naar drie jaar. Daarnaast kent het specialisme ouderengeneeskunde kaderopleidingen, waaronder de kaderopleiding psychogeriatric. Deze zijn te beschouwen als subspecialisatie. Een groeiend aantal specialisten ouderengeneeskunde is werkzaam als mede- en als hoofdbehandelaar in de tweedelijns GGZ. Naast psychiaters, zijn specialisten ouderengeneeskunde niet alleen bevoegd, maar door hun praktijkervaring en relevante opleiding ook bekwaam om als hoofdbehandelaar in de GGZ te worden gekwalificeerd. Bovendien bevindt de patiëntendoelgroep van de specialist ouderengeneeskunde zich in toenemende mate in zowel de ambulante als de tweedelijns GGZ.

De professie van specialist ouderengeneeskunde en sociaal geriater zou derhalve zeker moeten worden toegevoegd aan de opsomming van GGZ zorgverleners die als hoofdbehandelaar in de tweedelijns GGZ worden aangemerkt.

Deze brief ontvangt u een aantal weken na de door u aan diverse partijen gestelde reactietermijn. Reden daarvoor is dat Verenso niet betrokken is in de consultatie. Het consultatiedocument is helaas niet aan ons voorgelegd. Wij vertrouwen erop u hiermee onze zorgen duidelijk te hebben gemaakt en verzoeken u vriendelijk doch met klem om de beroepsgroep van specialisten ouderengeneeskunde en sociaal geriater toe te voegen aan de opsomming van hoofdbehandelaars in het vermelde consultatiedocument.

Hoogachtend,

F.J.


drs. F.J. Roos
 directeur

BIJLAGE 1

33 507 Wijziging van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten, de Zorgverzekeringswet en de Invoerings- en aanpassingswet Zorgverzekeringswet teneinde daarin enkele verbeteringen aan te brengen, alsmede technische reparaties in diverse wetten (Veegwet VWS 2012)

Wij Beatrix, bij de gratie Gods, Koningin der Nederlanden, Prinses van Oranje-Nassau, enz. enz. enz.

Allen, die deze zullen zien of horen lezen, saluut! doen te weten:

Alzo Wij in overweging genomen hebben, dat het wenselijk is in de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten, de Zorgverzekeringswet en de Invoerings- en aanpassingswet beperkte wijzigingen met betrekking tot de verantwoording en de financiering van zorgverzekeraars aan te brengen, alsmede dat het wenselijk is in diverse wetten wetstechnische reparaties aan te brengen en een tweetal uitgewerkte wetten in te trekken;

Zo is het, dat Wij, de Afdeling advisering van de Raad van State gehoord, en met gemeen overleg der Staten-Generaal, hebben goedgevonden en verstaan, gelijk Wij goedvinden en verstaan bij deze:

ARTIKEL XV

De Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen wordt als volgt gewijzigd:

A

Aan artikel 1 wordt een lid toegevoegd, luidende:

- 6. Voor de toepassing van het bij of krachtens deze wet bepaalde, wordt met een psychiater gelijk gesteld, een arts voor verstandelijk gehandicapten voor zover het de opname of het verblijf van een verstandelijk gehandicapte betreft, of een specialist ouderengeneeskunde, voor zover het de opname of het verblijf van een patiënt met een psychogeriatrische aandoening betreft.

B

In artikel 70a, eerste lid, wordt na «- artikel 38, zesde lid;» ingevoegd: – artikel 38c, vijfde lid;.

College voor Zorgverzekeringen
t.a.v. mevrouw mr. H. van Diggelen
Postbus 320
1110 AH DIEMEN

Onderwerp	Kenmerk	Datum
reactie op concept-rapport Geneeskundige ggz deel 2	V&VN/20540553/PG/RvdV	11 juni 2013

Geachte mevrouw Van Diggelen,

Allereerst hartelijk dank dat V&VN (Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland) de gelegenheid krijgt om inhoudelijk te reageren op het concept rapport Geneeskundige ggz deel 2¹. Wij maken hiervan graag gebruik.

V&VN ziet in deze nieuwe versie van het rapport Geneeskundige GGZ deel 2 een meer constructieve opstelling en is de werkgroep daar zeer erkentelijk voor. V&VN is dan ook van oordeel dat dit nieuwe advies meer aansluit bij de visie van V&VN.

V&VN heeft wel een aantal vragen en opmerkingen die zij graag aan de werkgroep wil voorleggen.

De verpleegkundigen binnen de G-GGZ.

De verpleegkundige houdt zich bezig met de gevolgen van het ziek-zijn. Zij behandelt de cliënt door handvatten te bieden voor zelfredzaamheid en zelfmanagement van de cliënt. Hiertoe zet zij interventies in die zich richten op de cliënt, diens sociale systeem en omgeving. Deze interventies vinden plaats in alle segmenten van de GGZ (in de huidige en toekomstige indeling) en biedt niet alleen meerwaarde aan de cliënt en diens systeem, maar ook maximale participatie van de cliënt in de samenleving.

Door de interventies en zorg te richten op zelfmanagement van de cliënt en te leren omgaan met de gevolgen van de ziekte kan de cliënt zichzelf in staat stellen om zo optimaal mogelijk in de samenleving te participeren en daarmee te renderen in zijn of haar dagelijks functioneren.

¹ <http://www.cvz.nl/zorgpakket/pakketagenda/consultaties/geneeskundige-ggz-deel-2.html>

In dat kader zou dan ook, in de optiek van V&VN de verpleegkundige in het algemeen en de verpleegkundige specialist in het bijzonder *expliciet* benoemd moeten worden in dit rapport, naast andere BIG geregistreerde beroepen.

V&VN doet de suggestie om de verpleegkundig specialist te benoemen als professional die doorverwijst en waar de huisarts naar kan doorverwijzen, zowel in de Generalistische Basis GGZ (GBGGZ) als in de Gespecialiseerde GGZ (GGGZ).

Zie in dit kader ook opmerkingen van Minister Schippers in AO POH GGZ van 5 juni 2013.

De ontwikkelingen van richtlijnen middels de Landelijk Samenwerkingsverband Kwaliteitsstandaarden (LSKS).

V&VN begrijpt dat het CVZ de veldpartijen oproept om richtlijnen te ontwikkelen die aan wetenschappelijke normen voldoen. Dat standpunt omarmt V&VN. De inhoudelijke expertise ligt bij de zorgprofessionals en middels richtlijnen maken zij hun expertise transparant.

De somatisch-medisch specialistische zorg.

V&VN constateert dat in de ziekenhuizen binnen de ziekenhuispsychiatrie en geriatrie, naast psychiaters en ouderengeneeskundigen, ook verpleegkundigen en verpleegkundig specialisten werkzaam zijn. Vaak staat dit bekend als de consultatieve geriatrie/psychiatrie. V&VN ziet deze toevoeging graag opgenomen onder dit thema.

De zorg rondom mensen met dementie.

De groep casemanagers dementie (zoals vertegenwoordigd binnen V&VN, en zich richten op de zorg voor deze doelgroep) kunnen zich vinden in de formulering van het huidige concept advies.

De doorverwijzing van de GBGGZ naar de GGGZ via de huisarts.

Hoe stelt het CVZ zich de doorverwijzing voor van de GBGGZ en de GGGZ (en vice versa) via de huisarts, zonder extra bureaucratie op te zetten? V&VN zou graag een toelichting willen hebben op dit onderdeel van het rapport.

Relatie Zorgverzekeringswet (ZVW) en de wens van Minister Schippers om de zorg anders te organiseren.

Wat de zorg inhoudt wordt bepaald door het domein van de ZVW. Uit de considerans van de ZVW blijkt dat de wet specifiek bedoeld is voor compensatie van de gevolgen van de behoefte aan geneeskundige zorg. Geneeskundige zorg omvat zorg zoals huisartsen, klinisch-psychologen, medisch-specialisten en verloskundigen die plegen te bieden. De verzekerde heeft slechts recht op een zorgvorm voor zover hij daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen. En verder geeft de wet aan dat de inhoud en omvang mede wordt bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk. Er moet dus sprake zijn van effectieve zorg. De

omschrijving van geneeskundige zorg geeft aan dat het domein van de ZVW zich beperkt tot waar er sprake is van ziekte.

Artikel 2.4 Besluitzorgverzekering (BZV) luidt:

Geneeskundige zorg omvat zorg zoals huisartsen, medisch-specialisten, klinisch psychologen en verloskundigen die plegen te bieden. 'Wie' de zorg verleent en 'waar' dat gebeurt, laat de wet over aan de zorgverzekeraar. De functiegerichte beschrijving van de zorg in de ZVW biedt de zorgverzekeraars de mogelijkheid om in de polis te beschrijven welke zorgverleners de prestaties kunnen aanbieden en welke prestaties concreet verzekerd zijn onder welke voorwaarden.

Voorwaarde daarbij is wel dat de zorgverlener op grond van de Wet BIG (Beroepen in de Individuele gezondheidszorg) bevoegd en bekwaam is om de specifieke zorg, zoals voorbehouden handelingen of inzake het voorschrijven van geneesmiddelen te leveren.

Interessant is dus hoe dit zich verhoudt tot de wens van de Tweede Kamer en de Minister om de juiste professional op de juiste plek in de keten te plaatsen. Dit heeft gevolgen voor de diverse zorgprofessionals, al dan niet functionerend binnen de strikte definitie van de geneeskundige zorg. Hoe wil het CvZ deze zorgvernieuwing een plek geven in de verzekerde zorg?

Contractering zorgverlener/zorgverzekeraar of polis bepalingen.

Verzekeraars hebben, naast het regelen van wie de zorg mag bieden, nog andere instrumenten om gepast gebruik van zorg te bevorderen. Dit kunnen ze vormgeven via contracteringsafspraken met de zorgverlener of door het opnemen van specifieke polisbepalingen. In de polis geeft de zorgverzekeraar aan wie de zorg mag verlenen. Hier kan een verzekeraar ook aangeven of deze zorgverlener, bijvoorbeeld een vrijgevestigd psychiater, zich kan laten bijstaan door andere zorgverleners, zoals een psycholoog of sociaalpsychiatrisch verpleegkundige (SPV). ZN geeft aan dat het bijvoorbeeld mogelijk is in de contracten met de hoofdbehandelaar af te spreken dat deze zelf 80% van de zorg verleent en zich voor maximaal 20% laat bijstaan door anderen, die dan onder verantwoordelijkheid van de behandelaar functioneren.

Wat gaat nu de rol van vrijgevestigde psychiaters, klinisch psychologen en eventueel psychotherapeuten worden? Er zou sprake zijn dat naast de hoofdbehandelaar er voor maximaal 20% van de behandeling mag worden uitbesteed aan andere behandelaren. Is dit aan de orde?

Wanneer 20% de maximale inzet is, op welke wijze kunnen deze behandelaren in staat worden gesteld om een volledige werkweek te organiseren?

Kunnen de vrijgevestigde zorgprofessionals wel of niet in het nieuwe systeem gespecialiseerde GGZ leveren? Kunnen zij ook in de generalistische basis GGZ werken?

Bovenstaand onze vragen en opmerkingen aangaande het rapport Geneeskundige GGZ deel 2. Mocht u nog vragen hebben dan kunt u altijd contact opnemen met ons.

Met vriendelijke groet,



mw. drs. W.C.M. Zijlstra
directeur

College voor Zorgverzekeringen
T.a.v. mw.mr J.M. van Diggelen en mevr. J. Zwaap,
JZwaap@cvz.nl

Betreft reactie van convent van hoogleraren Klinische Psychologie op herziene versie Concept-rapport Geneeskundige GGZ dl.2

Utrecht, 12 juni 2013

Geacht college,

Bij dezen nemen wij de vrijheid te reageren op de herziene versie van het Concept-rapport Geneeskundige GGZ dl.2, dat tot ons kwam via andere kanalen. Wij doen dit omdat het convent de vertegenwoordiging vormt van de hoogleraren Klinische Psychologie in Nederland, die daarmee de opleiding in en het onderzoek binnen een van de belangrijkste professies in de Nederlandse GGZ vertegenwoordigt. Wij hebben begrepen dat het CVZ wel hoogleraren Psychiatrie heeft gehoord, doch slechts enkele individuen van onze beroepsgroep uitnodigde – een onvoldoende representatie van ons vakgebied. Omdat de psychologische behandelingen tot de belangrijkste en de meest effectieve van de GGZ behandelingen behoren, menen wij dat het van belang is dat wij u van onze visie deelgenoot maken.

Wij hebben kennis genomen van het oorspronkelijke conceptrapport en van de herziene versie. Daarbij constateerden wij een aanmerkelijke verbetering van de herziene versie t.o.v. de eerste versie.

Wij willen het college de volgende zaken ter overweging geven.

1. Er mist een analyse van de oorzaken van de kostengroei, en daarmee de basis van de voorgestelde maatregelen. Er mist ook een overzicht van de mogelijke baten die de grotere GGZ omzet heeft geleverd. Dit maakt het moeilijk om te beoordelen of de voorgestelde

veranderingen een adequate en kosteneffectieve aanpak voor het probleem betekenen. Zo kan de kostengroei onder andere zijn oorzaak vinden in de groei van de overhead ten gevolge van marktwerking, een groter patiëntenvolume, achtergebleven transitie van klinische naar ambulante zorg, ondoelmatigheid van grote fusie-organisaties, of het opheffen van de wachtlijsten. Kortom, er is geen aanwijzing dat de nu voorgestelde maatregelen de beoogde kostenbeteugeling gaan bieden.

2. Een belangrijke oplossing wordt gezocht in het maken van lijstjes van behandelingen die wel en die niet vergoed worden. We suggereren dat niet het CVZ of de verzekeraar dit zelf doet, maar gebruik te maken van landelijke multidisciplinaire richtlijnen. Deze geven immers een overzicht van de 'state-of-the-art' en beschrijven eveneens wat dient te gebeuren bij dusdanig complexe gevallen dat standaardprotocollen tekortschieten. Richtlijnen zouden richtinggevend kunnen zijn voor wat vergoed wordt, in welke fase voor welke patiënt, d.w.z. alleen de door richtlijnen omschreven behandelingen uit te voeren door professionals die daartoe capabel en opgeleid zijn zouden vergoed moeten worden. Waar nog geen richtlijnen voor zijn zouden deze z.s.m. gevormd moeten worden en het daartoe benodigde onderzoek zou gedaan moeten worden. Mogelijk kan het CVZ een rol spelen om dit te faciliteren en daarnaast een rol spelen door het mogelijk te maken dat de richtlijnen zeer regelmatige updates krijgen.
3. In aansluiting op de gezamenlijke reactie van de Landelijke Huisartsenvereniging (LHV), de Orde van Medisch Specialisten (OMS) en de Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (KNMG) (brief 4 juni 2013; referentie MRo / 13-13999) waarin gesteld wordt "De eerste lijn dient adequaat geoutilleerd te worden om de centrale positie waar te maken. Daartoe moeten ook de mogelijkheden voor het invoeren van diagnostiek en advies uit de tweede lijn geborgd zijn." en de reactie van de Landelijke Huisartsenvereniging d.d. 5 juni 2013 (kenmerk DIR/13-082/RD/AtB/RenW/ty) dat de huisarts met de komende wijzigingen toenemend belast wordt en om een adequate beslissing te nemen over wel of niet verwijzen een psychiater of klinisch psycholoog moet kunnen consulteren, geven wij u in overweging om dit punt verder uit te werken. Immers, de functie van poortwachter kan de huisarts beter vervullen indien deze een beroep kan doen op consultatie van diagnostische deskundigen die kunnen helpen de noodzakelijke zeef-functie te vervullen en alleen die gevallen naar de G-GGZ door te verwijzen waarvoor dat geïndiceerd is.
4. Indien primaire preventie (dat wil zeggen de preventie van het ontstaan van de eerste stoornis) behoort tot de geneeskundige GGZ zoals staat beschreven in dit herziene rapport, zou eveneens de zorg voor psychische stoornissen waarbij de ernst licht is behoren tot de geneeskundige GGZ. Het is niet te verkopen dat iemand met een lichte psychische stoornis en klachten geen zorg vergoed krijgt uit de geneeskundige GGZ, terwijl groepen met aanmerkelijk minder kans op het ontstaan van een psychische stoornis (zogenoemde "preventieve" groep die nog geen stoornis heeft ontwikkeld) wel zorg vergoed krijgen uit een budget dat bedoeld is voor zodanige ernstige geestelijke gezondheidsproblemen dat we deze een stoornis noemen.

5. Wij hebben sterk de indruk dat onvoldoende reductie van klinische behandeling heeft plaatsgevonden. De doelmatigheid en noodzakelijkheid van veel van deze zorg is twijfelachtig; veel intensievere behandeling kan dagklinisch gegeven worden – zonder hotelfunctie en de bijbehorende 24-uurs zorg. In weer andere gevallen volstaat (specialistische) ambulante zorg.

Wij zouden het op prijs stellen als we in de toekomst uitgenodigd worden om commentaar te geven op voorstellen van CVZ.

In afwachting van uw reactie,

Hoogachtend,

Convent Hoogleraren Klinische Psychologie:

Prof. Hans Hovens, Erasmus Universiteit Rotterdam
Prof. Ingmar Franken, Erasmus Universiteit Rotterdam
Prof. Eni Becker, Radboud Universiteit Nijmegen
Prof. Giel Hutschemaeckers, Radboud Universiteit Nijmegen
Prof. Jan Henk Kamphuis, Universiteit van Amsterdam
Prof. Marcel van den Hout, Universiteit Utrecht
Prof. Willem van der Does, Universiteit Leiden
Prof. Marcus Huibers, Vrije Universiteit
Prof. Marrie Bekker, Universiteit Tilburg
Prof. Claudi Bockting, Rijksuniversiteit Groningen
Prof. Annemieke van Straten, Vrije Universiteit
Prof. Arnoud Arntz, Universiteit Maastricht
Prof. Peter de Jong, Rijksuniversiteit Groningen
Prof. Bernet Elzinga, Universiteit Leiden
Prof. Peter Muris, Universiteit Maastricht
Prof. Merel Kindt, Universiteit van Amsterdam
Prof. Philip Spinhoven, Universiteit Leiden



N
Z
A
N
Z
O
R
G
A
U
D
I
O
R
I
T
E
I
T

**Nederlandse
Zorgautoriteit**

CVZ
T.a.v. drs. A.H.J. Moerkamp
Postbus 320
1110 AH DIEMEN

Newtonlaan 1-41
3584 BX Utrecht

Postbus 3017
3502 GA Utrecht

T 030 296 81 11
F 030 296 82 96
E info@nza.nl
I www.nza.nl

Behandeld door S. Tomson MSc mr. M.N. van Zijl	Telefoonnummer 030 29 68 329 030 29 68 958	E-mailadres stomson@nza.nl mzijl@nza.nl	Kenmerk 46231-58863
Onderwerp Reactie NZa op consultatie concept rapport GGZ deel 2			Datum 21 juni 2013

Geachte heer Moerkamp,

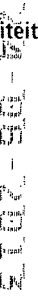
Met deze brief reageert de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) op de van het College voor Zorgverzekeringen (CvZ) ontvangen mail van vrijdag 24 mei 2013; waarin het CvZ de NZa verzoekt om een reactie te geven op het Concept Rapport GGZ deel 2.

In vervolg op de ambtelijke reactie van de NZa per e-mail d.d. 3 juni 2013, op het concept rapport GGZ deel 2 van 24 mei 2013, vraagt de NZa uw aandacht voor het volgende.

Naar aanleiding van de casus 'Europsyche' heeft de NZa in een tweetal rapporten over de geneeskundige GGZ (cGGZ) aangedrongen op een heldere afbakening van het basispakket voor de cGGZ.¹ De NZa constateert dat de afbakening op dit moment vaak niet scherp is. Het risico hiervan is dat niet-basispakketzorg wel als basispakketzorg wordt gedeclareerd en uitbetaald. De NZa ziet onder meer toe op de rechtmatigheid van declaraties en de rechtmatigheid van de vergoeding door de ziektekostenverzekeraars daarvan. Handhaving daarvan is moeilijk zo niet onmogelijk als de afbakening niet scherp is.

Op 25 januari 2013 heeft het CvZ de eerste versie van het rapport Geneeskundige GGZ (deel 2) ter consultatie aangeboden aan partijen. In de tekst en de bijlage wordt hierin een aanzet gegeven voor een aangescherpte afbakening tussen basispakketzorg en niet-basispakketzorg.

¹ Brief 'Onderzoek Europsyche/GGZ', kenmerk 12D002170, d.d. 20 juni 2012 <http://www.rijksoverheid.nl/documenten-en-publicaties/brieven/2012/06/25/brief-aan-de-minister-van-vws.html> en brief 'Vervolg "Europsyche", tussenrapportage', kenmerk 300885/38515, d.d. 14 februari 2013 <http://www.rijksoverheid.nl/documenten-en-publicaties/brieven/2013/03/20/vervolg-europsyche-tussenrapportage.html>.



Op 24 mei 2013 is door het CvZ de tweede versie van het concept-rapport GGZ (deel 2) ter consultatie rondgestuurd aan partijen. In dit rapport is de aanscherping van de afbakening van het concept-rapport van 25 januari 2013 afgezwakt. Zo is bijvoorbeeld de bijlage waarin een aanzet wordt gegeven voor een aangescherpte afbakening, komen te vervallen.

Kenmerk
46231-58863

Pagina
2 van 2

Vanuit het oogpunt van helderheid over het basispakket voor de consument, de zorgaanbieders en voor de ziektekostenverzekeraars is dit ongewenst. Vaststelling dat zorg buiten de basispakketzorg valt, is hiermee voor de betrokken partijen minder eenvoudig. De controleerbaarheid en ook de handhaafbaarheid door ziektekostenverzekeraars en de NZa van het nu voorliggende concept van 24 mei 2013 is beperkt.

Indien het onverhoopt niet mogelijk is tot een beter controleerbare en handhaafbare pakketafbakening te komen, dan verzoekt de NZa u hierover in het uiteindelijke rapport expliciet te zijn, zodat hierover geen misverstanden kunnen bestaan.

Ik vertrouw erop u hiermee voldoende te hebben geïnformeerd.

Hoogachtend,
De Nederlandse Zorgautoriteit,

dr. M.E. Homan
lid Raad van Bestuur/ plv. voorzitter

College voor Zorgverzekeringen
Mevrouw P. Polman
Afdeling Sector Zorg
Postbus 320
1110 AH DIEMEN

Organisatieonderdeel	Zorgcircuit Niet Aangeboren Hersenletsel
Afdeling	Raad van Bestuur
Correspondentieadres	Postbus 3, 5427 ZG Boekel
Bezoekadres	Kluisstraat 2, 5427 EM Boekel
Telefoon	073-84 47889
E-mail	rvb@ggzoostbrabant.nl
Datum	25 juni 2013
Uw referentie	
Onze referentie	07.300/238/NP
Onderwerp	Onbedoeld neveneffect overheveling specialistische NAH-zorg GGZ

Geachte mevrouw Polman,

Graag vragen wij uw aandacht voor een onbedoeld neveneffect van de maatregelen die u heeft opgenomen in uw concept rapport G-GGZ deel 2 voor de specialistische GGZ-zorg voor patiënten met Niet Aangeboren Hersenletsel (NAH).

Door het overhevelen van de DSM-4 hoofdgroep "psychische stoornissen met een somatische aandoening" naar medisch specialistische zorg wordt een belangrijk deel van de huidige financiering voor specialistische derdelijns GGZ voor mensen met NAH geraakt. Het gevolg hiervan zal zijn dat deze zorg niet meer door de GGZ kan worden geboden, ondanks het feit dat in Nederland brede overeenstemming is tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders (zowel GGZ-organisaties, maar ook de ziekenhuissector!) dat deze kwalitatief hoge specialistische zorg moet blijven bestaan en het beste kan worden geboden door de GGZ-sector.

Het gaat hier juist om behandeling van patiënten met NAH bij wie de reguliere gezondheidszorg niet in staat is gebleken om te komen tot verdere revalidatie en behandeling, terwijl de specialistische NAH-centra binnen de GGZ hier nog enorme vooruitgang boeken voor deze groep patiënten.

Er zijn slechts een paar GGZ-organisaties in Nederland met dergelijke specialistische behandelcentra, waarvan GGZ Oost Brabant er een is. Het specialistische circuit NAH van GGZ Oost Brabant biedt integrale diagnostiek en behandeling van somatiek, (neuro)psychiatrie, neurologie en (paramedische) revalidatiezorg.

Pagina 2

Aan College voor Zorgverzekeringen, mevrouw P. Polman
Onze referentie 07.300/238/NP
Onderwerp Onbedoeld neveneffect overheveling specialistische NAH-zorg GGZ

Wij vragen u om mogelijk te maken dat deze zorg binnen Nederland geboden kan blijven worden en de bekostiging binnen de GGZ overeind te houden.

Onlangs is een artikel in het Tijdschrift voor Psychiatrie geaccepteerd voor publicatie (Prof.dr. C. van Heugten et al, 2013) over 'patiënten met hersenletsel: Een vreemde eend in de GGZ?' In dit artikel wordt een inventarisatie van zorgbehoeftes en zorgverlening aan klinische patiënten met niet aangeboren hersenletsel in de GGZ gepresenteerd. Geconcludeerd wordt dat de inventarisatie aantoont dat een hersenletselpatiënt in de GGZ specifieke zorg heeft waarvoor in andere sectoren geen mogelijkheden zijn!

GGZ Oost Brabant, het circuit niet aangeboren hersenletsel Huize Padua biedt ruim dertig jaar derdelijns, specialistische revalidatie en behandeling aan patiënten (18- 75 jaar) met niet aangeboren hersenletsel met ernstige gedragsproblemen en/of emotionele stoornissen, in combinatie met psychiatrische en/of somatische problemen. Het circuit heeft een landelijke opnamefunctie. Het indicatiegebied is uniek: het betreft een trias van somatische, neuropsychologische en psychiatrische/gedragsproblemen als gevolg van hersenletsel. De doelgroep is patiënten met NAH die niet revalideerbaar c.q. behandelbaar zijn in bestaande (tweedelijns)sectoren van de gezondheidszorg.

Integrale zorg en ketenzorg zijn bij de behandeling en begeleiding voor patiënten (en hun naasten) met NAH van groot belang. Vanuit de GGZ wordt door het specialistische NAH-circuit van GGZ Oost Brabant, integrale behandeling en diagnostiek geboden op het gebied van somatiek, (neuro)psychiatrie, neurologie, (paramedische) revalidatiezorg, neuropsychologie. Dit in nauwe samenwerking met ziekenhuizen en revalidatiecentra. Het NAH-circuit werkt zowel regionaal als landelijk intensief samen in een goed ontwikkelde keten van NAH-zorg. Kernpartners zijn ziekenhuizen, revalidatiecentra, MEE, gehandicaptenzorg, V&V en GGZ-instellingen. De samenwerking krijgt o.a. vorm in de participatie in de Hersenletselteams van de regio's Noordoost Brabant en Zuidoost Brabant; CCE en structurele deelname in regionale zorgnetwerken. Ook participeert de GGZ Oost Brabant in een landelijk samenwerkingsverband met GGZ-instellingen op het gebied van NAH (SINAH), ondersteund vanuit de universiteit Maastricht.

Het circuit bevordert waar mogelijk dat de zorg voor NAH-patiënten door de eerste en tweede lijn behandeld wordt. Dit vindt plaats door het verrichten van intensieve consultatieve taken ten behoeve van de verwijzers; het realiseren van deskundigheidsbevordering aan eerste en tweede lijns-ketenpartners, op zowel patiëntniveau, als op niveau van de teams


Pagina 3

Aan College voor Zorgverzekeringen, mevrouw P. Polman
Onze referentie 07.300/238/NP
Onderwerp Onbedoeld neveneffect overheveling specialistische NAH-zorg GGZ

(verpleegkundigen en behandelaren). Verder biedt het NAH-circuit intensieve nazorg aan de ketenpartners.

Graag vragen wij uw aandacht voor deze specialistische GGZ. Het is van belang dat deze zorg voor patiënten met NAH uit het GGZ-kader bekostigd wordt, vanuit de reeds ontwikkelde regionale ketenzorg, in samenwerking met de (regionale) ketenpartners.

Met vriendelijke groet,



O.O.J. Dekker MHA
voorzitter Raad van Bestuur