

CONCEPT RAPPORT G-GGZ, DEEL 2

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 rapport 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. Met dit rapport ondersteunen we de uitvoering van de lijn die patiënten, zorgaanbieders en zorgverleners met VWS hebben afgesproken in het Bestuurlijk Akkoord voor de GGZ. We doen dat vanuit het specifieke perspectief van pakketbeheer, zoals overigens aangekondigd is in het Bestuurlijk Akkoord.

Wij beschrijven in dit rapport twee hoofdlijnen:

A. Begrenzing van de GGZ

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 ZVW verzekerde zorgsectoren waar huisartsen en medici met een somatische specialisatie primair de verantwoordelijkheid hebben. Dit laatste deel is toch onderdeel van B?

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, paniek- en angststoornissen 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 zorg

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. 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 realiserend 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 om de praktijk, waarin de huisarts, die immers bij uitstek de aangewezen en bekwaam is om te onderscheiden tussen ziekte en niet ziekte, Het onderscheid tussen klachten en stoornissen is al een aantal jaren maat- en richtinggevend bij de vergoeding van behandelingen binnen G-GGZ. 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 artificieel 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’ 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 op grond van ‘onzekerheid’ voorkomen.

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

Het CVZ duidt de psychologische interventies zoals opgenomen in bijlagen 2 en 3 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. Korthedshalve verwijzen we naar deze bijlagen

3. Beoordeling al dan niet uitsluiten van geïndiceerde preventie

Bij hoog risico op depressie, problematisch alcoholgebruik en paniek- en angststoornissen 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 praktijk ondersteuner 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 *pennywise- poundfoolish* 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.

Er is echter een ander probleem door de verwijdering van aanpassingsstoornissen 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 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 zorg

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 dat de verschillende professies en verzekeraars om in overlegde 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 zorg uitsluitend via de huisarts te laten lopen.

2. Het belang van kwaliteitstandaarden voor gepast gebruik van zorg

Een essentiële randvoorwaarden 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 Landelijke Stichting Kwaliteitsstandaarden GGZ opgericht (LSKS).

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 (die nu geen deel uitmaken van de LSKS) 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 dat betekent ook dat duidelijk is wie de zorg levert. Ook hierover zijn afspraken gemaakt in het Bestuurlijk Akkoord. Een veldnorm over het hoofdbehandelaarschap is inmiddels in ontwikkeling. Het is uiteindelijk aan de verzekeraar om dit te regelen in zijn polis en daarop toe te zien in de afhandeling van declaraties.

Ook ten aanzien hiervan adviseren wij de vrijblijvendheid in het tempo van de totstandkoming hiervan en de vastlegging in richtlijnen weg te nemen. Ook hier willen wij vanuit het Kwaliteitsinstituut graag behulpzaam zijn.

4. Nieuwe structuren: kansen en risico's

Veel wordt verwacht van de nieuwe structuur van de GGZ, zoals die is vastgelegd in het Bestuurlijk Akkoord. Er komt daarbij een basis GGZ, waarin 3 producten worden ontwikkeld voor de behandeling van patiënten met minder complexe psychische stoornissen en 1 product voor chronische patiënten, en een gespecialiseerde GGZ voor patiënten bij wie sprake is van een psychische stoornis op grond van meer gecompliceerde problematiek. Bij het ontwerp van deze nieuwe structuur is het van groot belang om financiële prikkels die ongewenste stimulansen geven, uit te bannen. Zo bestaat het risico dat de beoogde vervanging van een deel van de tweedelijns GGZ door een basis GGZ onvoldoende plaatsvindt, zodat de nieuwe systematiek tot netto groei leidt. Dat risico bestaat wanneer bij patiënten die meer zorg behoeven (zonder dat sprake is van specialistische problematiek), toch verwijzing naar de gespecialiseerde tweede lijn plaatsvindt.

Daarnaast signaleren wij het risico van "opwaartse druk" binnen de verschillende vormen van de basis GGZ, indien de criteria voor het onderscheid niet scherp zijn of niet worden nageleefd.

Wij adviseren om dit risico 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 verwijzfunctie 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.

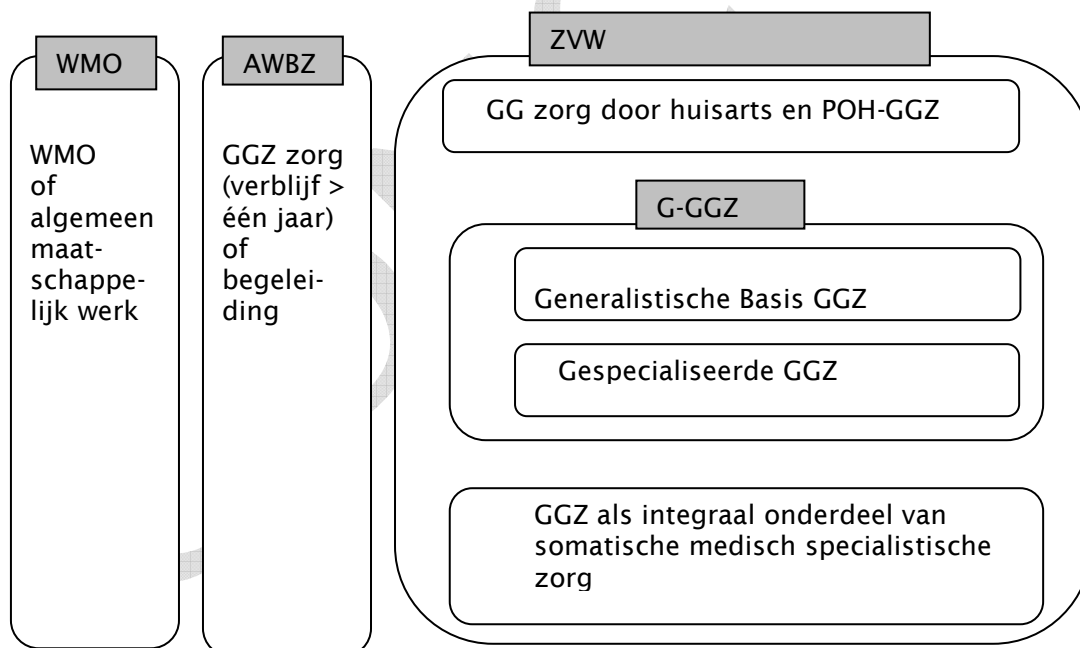
5. Sturing door verzekeraars op gepast gebruik van zorg

De verzekeraars hebben een verantwoordelijkheid bij het bevorderen van gepast gebruik van zorg. Bij het opstellen van polissen op en het contracteren 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.

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. 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 zorg 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 aanzienlijke, groeiende groep patiënten. Zorg voor deze groep bevindt zich op het grensgebied van de competentie van AWBZ instellingen, huisartsen, geriateren, wijkverpleegkundigen,

specialisten ouderengeneeskunde, GGZ, en Wmo. Het risico bestaat dat daardoor de optimale zorg niet tot stand komt.

CONCEPT

INHOUD

1. Inleiding	8
1.1 Aanleiding	8
1.2 Leeswijzer	8
2. Context	9
2.1 Inleiding	9
2.2 Bestuurlijk akkoord	10
2.3 Kostenontwikkeling	10
2.4 Overgang van DSM IV naar DSM-5	11
3. Wat is de aanspraak GGZ?	12
3.1 Inleiding	12
3.2 Begrenzing geestelijke gezondheidszorg in de Zvw	13
3.2.1 Wettelijk kader	13
3.2.2 Wat is wel en wat is niet verzekerde GGZ	14
3.3 De stand van de wetenschap en praktijk	17
3.4 Onderzoek naar mogelijke inperking pakket: geïndiceerde preventie	18
3.5 Aanpassingsstoornissen	23
4. Gepast gebruik van het pakket	26
4.1 Inleiding	26
4.2 De huisarts als sleutelfiguur	26
4.3 Kwaliteitsstandaarden	27
4.4 Wie levert de zorg?	28
4.5 Nieuwe structuren en bekostiging	29
4.6 Sturing door verzekeraars	31
4.7 GGZ interventies vergoeden vanuit het juiste kader	34
Bijlage 2	40
Bijlage 3	41

1. Inleiding

1.1 Aanleiding

Dit rapport betreft de geneeskundige geestelijke gezondheidszorg (G-GGZ). Het is een vervolg op het rapport geneeskundige geestelijke gezondheidszorg (G-GGZ) deel 1¹ dat het CVZ in april 2012 aan de minister van VWS heeft aangeboden. Met 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 rapport 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 rapport is tot stand gekomen in een intensieve dialoog met betrokken organisaties van patiënten, instellingen, professionals en verzekeraars.

In G-GGZ deel 1 hebben we geconstateerd dat niet altijd de juiste zorg geboden en ten laste van de daarvoor bestemde kaders gedeclareerd wordt. We bepleiten prikkels en maatregelen die ervoor zorgen dat de juiste patiënt de juiste zorg krijgt en deze zorg in het juiste financiële kader wordt afgerekend. Alle betrokken partijen zijn van het belang hiervan doordrongen. In juni 2012 heeft de minister van VWS met betrokken partijen het Bestuurlijk Akkoord² gesloten, waarin afspraken zijn gemaakt over kostengroei in relatie tot tal van andere afspraken, waaronder de invoering van de Generalistische Basis-GGZ, ambulantisering en richtlijnontwikkeling.

1.2 Leeswijzer

Het CVZ beschrijft in dit rapport 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?

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

² Bestuurlijk Akkoord Toekomst GGZ 2013-2014, 18 juni 2012.

- 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:

- 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

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.³ 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.⁴

Verschiedende 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 vallen⁵. 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

³ Buitenhof, Brief TK d.d. 27 februari 2013 Uitnodiging veldpartijen voor alternatieve pakketmaatregelen

⁴ Diverse rapporten o.a. CPB. Toekomst voor de zorg. Den Haag, 2013.

⁵ Brief TK d.d. 15 juni 2012

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 rapport verschijnt in een context waarin partijen hard werken aan de invulling aan het Bestuurlijk Akkoord Toekomst GGZ 2013-2014 dat de bij de GGZ betrokken partijen in juni 2012 hebben gesloten, in navolging van andere sectoren in de zorg. Dit CVZ-rapport sluit goed aan bij de uitgangspunten van het Bestuurlijk Akkoord⁶ 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

⁶ Bestuurlijk akkoord 18 juni 2012

RIVM aan de Tweede Kamer aangeboden. Ook de NZa komt tot een bedrag van € 5,3 miljard voor 2010⁷.

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

2.4 Overgang van DSM IV naar DSM-5

In dit rapport 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 hulpverleners⁸.

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 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.

⁷ NZa, Marktscan en beleidsbrief GGZ, februari 2013

⁸ Beknopte handleiding bij de diagnostische criteria van de DSM IV (p. VII), 1995

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).

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 symptomen⁹. 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^{10,11}. 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. x) is gekoppeld aan de DSM IV. Wij zullen na het verschijnen van dit rapport 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.

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 a. ingaan op het verzoek van de minister om het verzekerde pakket kritisch te bezien. Het betreft de geïndiceerde

⁹ Frances A, Medisch Contact 2011, nr 45; Britisch Psychological Society, juni 2011

¹⁰ Regier DA, Narrow WE, Kuhl EA, et al. The conceptual development of DSM-V. Am J Psychiatry 2009 166:645-50.,

¹¹ Bernstein CA, Meta-Structure in DSM-5 Process. Psychiatric News 2011;46:7.

preventie van depressie, problematisch alcoholgebruik en paniekstoornis binnen de huisartspraktijk, b. 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.¹²

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 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 ziekte¹³.

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) worden 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

¹² 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

¹³ 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.

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*¹⁴ hebben we beschreven hoe het CVZ beoordeelt of een prestatie voldoet aan dit criterium. Voor concrete voorbeelden zie bijlagen 1 en 2.

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.

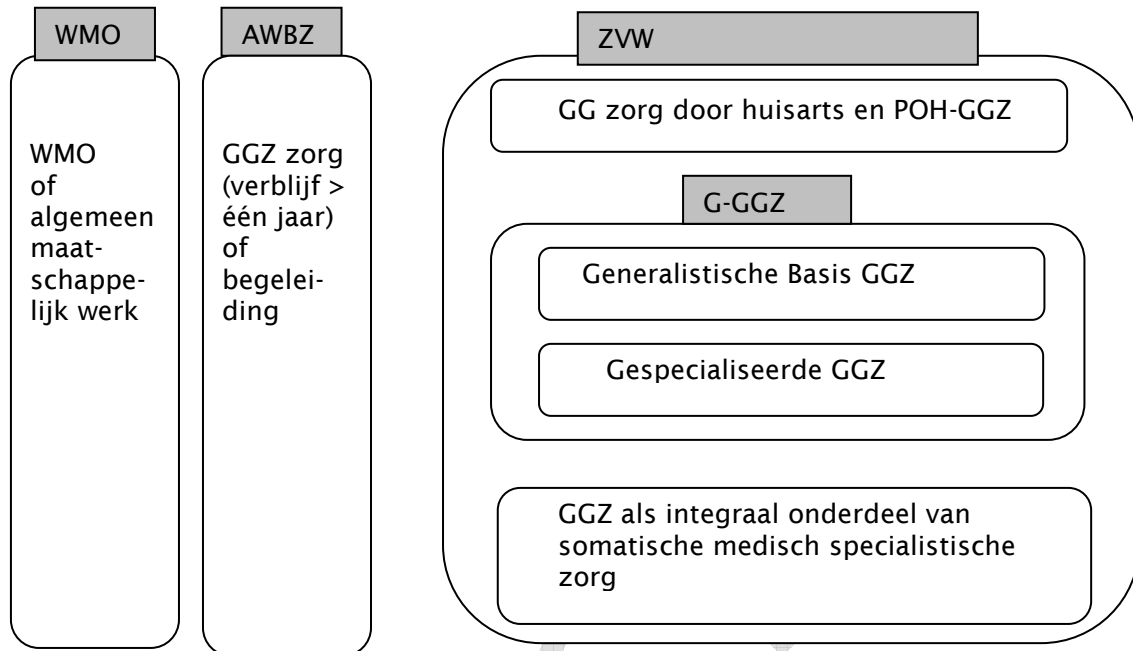
3.2.2 Wat is wel en wat is niet verzekerde GGZ

Onder de Zvw wordt vanuit verschillende financiële kaders de verzekerde GGZ verleent. 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

¹⁴ CVZ, Beoordeling stand van de wetenschap en praktijk. Diemen, 2007. www.cvz.nl

psychotherapeuten en GGZ-instellingen). Het voornemen in het kader van het Bestuurlijk Akkoord is dit te wijzigen in Generalistische Basis GGZ en Gespecialiseerde GGZ.¹⁵ Wij sorteren in dit hoofdstuk zo veel mogelijk voor op de invoering van de basis GGZ en gespecialiseerde GGZ.



Rol van de huisarts

In dit rapport 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 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 en de vergoeding daarvan.

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, zich realiserend dat: a) het hier geen contrast betreft: klachten kunnen wijzen op stoornissen of juist niet, stoornissen kunnen ook zonder klachten bestaan; b) het onderscheid

¹⁵ Voorhangbrief POH-GGZ en Generalistische Basis GGZ.

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 om de praktijk, waarin de huisarts, die 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.

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. Ook seksuologische zorg kan 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.¹⁶ Er is een verwijzingsmodel 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 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. 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. En 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

¹⁶ Voorhangbrief POH-GGZ en Generalistische Basis GGZ 17 mei 2013.

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.

3.4 Onderzoek naar mogelijke inperking pakket: 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 angst- en paniekstoornis, zoals die nu wordt uitgevoerd door de huisarts. Het betreft immers preventieve zorg, bij patiënten die nog geen psychische stoornis hebben.

Wat is geïndiceerde preventie?

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 (indicatie). 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 Trimbosinstituut¹⁷ 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.¹⁸.

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

¹⁷ 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.

¹⁸ 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

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 huisartsvoorziening¹⁹. Steeds vaker is dit de POH-GGZ^{20,21}.

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.

¹⁹ 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.

²⁰ De functie POH-GGZ bestaat een aantal jaar. 34 % van de huisartsen maakt gebruik van een POH-GGZ. Medio 2012 waren er bijna 700 POH's-GGZ.

²¹ 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.

D. *Natuurlijk beloop van aandoeningen*

Over het natuurlijk beloop van depressie staat in de NHG-standaard depressie dat bij 60% van de mensen die worden behandeld voor een eerste depressie, de depressie na een half jaar is hersteld²². 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 beïnvloeden²³. Ook is uit onderzoek gebleken dat stepped care aangeboden interventies een nieuwe episode van ernstige depressie met 25 tot 50 % kunnen reduceren²⁴. Verder staat vast dat het hebben van angst- en depressieve klachten een verhoogd risico (2,5 tot 3,5 keer hoger) geeft op angststoornissen²⁵.

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 abtinentie 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.²⁶

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 2010²⁷ is het ziektelastgetal bij een lichte depressie 0,159. Dit loopt op tot 0,655 bij een ernstige depressie.

Bij angststoornissen ligt het ziektelastgetal tussen 0,03 en 0,523. Voor de paniekstoornis vermeldt de GBD geen afzonderlijk ziektelastgetal.

Bij problematisch alcoholgebruik ligt het ziektelastgetal tussen 0,259 en 0,549.

²² NHG standaard Depressie. 2012: noot 21. www.nhg.org

²³ 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.

²⁴ Muñoz RF, Cuijpers P, Smit F, et al. Prevention of Major depression. *Annu Rev Clin Psychol* 2010; 6: 181-212.

²⁵ NHG standaard Angst. 2012: noot 1. www.nhg.org

²⁶ www.trimbos.nl

²⁷ The Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME). Global burden of disease 2010 disability weights. 2012. www.healthmetricsandevaluation.org

Het blijkt dus dat de ziektelastgetallen bij de drie aandoeningen hoog kunnen zijn. Verder laten de getallen een aanmerkelijke spreiding zien tussen de lichte variant en de ernstigste vorm van de betreffende aandoeningen. 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 laag²⁸ 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 praktijk²⁹. 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 aangeboden³⁰.

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 praktijk³¹. 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.

C. Kosteneffectiviteit

Het aantal kosteneffectiviteitstudies over geïndiceerde preventie is beperkt. Zie bijlage 3 voor meer informatie. Gezien de resultaten van de gevonden studies lijkt geïndiceerde preventie van depressie, angststoornissen en overmatig alcoholgebruik kosteneffectief in de Nederlandse setting.

²⁸ 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,- (prijspeil 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.

²⁹ CVZ, Preventie van depressie: verzekerde zorg? Diemen, 2008. www.cvz.nl

³⁰ CVZ, Preventie van problematisch alcoholgebruik. Diemen, 2009. www.cvz.nl

³¹ CVZ, Preventie van angststoornissen (paniekstoornis). Diemen, 2011. www.cvz.nl

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.⁸ De zorgkosten voor depressie bedroegen in 2007 alleen al voor mensen boven de 75 jaar €150 miljoen.⁹ 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.¹⁰ 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 groeps cursussen. 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 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.

Budgettair 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 tweedelij 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. Overigens lijken kortdurende preventieve interventies zoals aangeboden door huisartsen kosteneffectief te zijn, ondanks geringe en met onzekerheden omgeven informatie over de kosteneffectiviteit ervan.

Weging

Gezien de hoge ziektelastgetallen van depressie, paniekstoornis en problematisch alcoholgebruik voor de patiënt zelf, 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.

Advies

Samenvattend adviseert het CVZ geïndiceerde preventie bij depressie, angst en paniekstoornis 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 *pennywise- poundfoolish* zijn.

3.5 Aanpassingsstoornissen

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^{32,33}.

Duidelijke criteria voor een behandelindicatie zijn er niet³⁴.

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 problematiek³⁵. 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."

Pakketcriteria: 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.

Overwegingen

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,

³² Hovens JE, et al. (red). Handboek psychologische psychiatrie. Utrecht: De Tijdstroom, 2006.

³³ Franken I, et al. (eds). Basisboek psychopathologie. Utrecht: De Tijdstroom, 2013

³⁴ Casey P, Bailey S, Adjustment disorders: the state of the art. World Psychiatry 2011;10: 11-8.

³⁵ Heiden C van der. Protocol cognitieve gedragstherapie bij aanpassingsstoornissen. Psychopraktijk 2011;3:28-30.

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.

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 zijn voor zorg. Uit een onlangs gepubliceerde studie blijkt een duidelijk verband tussen traumatische gebeurtenissen in de kindertijd en angst, depressie en middelenmisbruik in de volwassenheid³⁶. 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.

Advies

Gezien het belang van de toegankelijkheid van deze hulpverlening adviseren wij de minister om een relevante prestatiebeschrijving te laten opstellen die een titel vormt

³⁶ 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.

voor vergoeden van deze zorg. Ook hier geldt dat het zeer wenselijk zou zijn als er op korte termijn duidelijke richtlijnen worden opgesteld.

4. Gepast gebruik van het 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 een 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 POH-GGZ zoals voorzien en de mogelijkheid van het inroepen 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 angst³⁷ en depressie³⁸ en heeft deelgenomen aan verschillende multidisciplinaire richtlijnen binnen de GGZ zoals de multidisciplinaire richtlijn angststoornissen³⁹ en de multidisciplinaire richtlijn depressie⁴⁰.

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.

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 het Landelijk Samenwerkingsverband Kwaliteitsstandaarden voor de Geestelijke Gezondheidszorg (LSKS GGZ) 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 overal 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 in de richtlijnen is voor deeltijdbehandeling en opname, inclusief de duur ervan. Hier is dus nog een verdere verbeteringslag 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.

³⁷ NHG standaard Angst. 2012. www.nhg.org

³⁸ NHG standaard Depressie. 2012. www.nhg.org

³⁹ Multidisciplinaire richtlijn Angststoornissen. Tweede revisie. 2012. www.ggzrichtlijnen.nl

⁴⁰ Multidisciplinaire Richtlijn Depressie. Tweede revisie. 2012. www.ggzrichtlijnen.nl

Eind mei 2012 is het definitieve concept van de zorgstandaard Dementie 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.

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 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 BIG⁴¹ een grijs gebied waarin niet duidelijk is aan welke

⁴¹ 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

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 Europsyche⁴².

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 tweedelijnsGGZ⁴³. 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 opgesteld⁴⁴. 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 betrokken bij de zorg.

In het kader van de uitwerking van het Bestuurlijk Akkoord is afgesproken dat partijen tot eind mei de kans hebben om gezamenlijk met een veldnorm te komen voor het hoofdbehandelaarschap in de GGZ. (pm: laatste stand van zaken opnemen in juni)

De NZa heeft al in een beleidsregel over de DBC's GGZ⁴⁵ 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 functioneert⁴⁶. 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

andere beroepen op het gebied van de individuele gezondheidszorg voorzien wordt in de mogelijkheid tot het regelen van de opleiding tot die beroepen.

⁴² TK stukken

⁴³ IGZ, Consultatiedocument 'Hoofdbehandelaarschap in de tweedelijns GGZ' d.d. 15 november 2012.

⁴⁴ IGZ, Conceptadvies Hoofdbehandelaarschap

⁴⁵ NZa, Nadere regel declaratiebepalingen 2013. www.nza.nl

⁴⁶ KPMG. Onderzoek januari 2012

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.

“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.”

“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 gestuurd⁴⁷.

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.

⁴⁷ VWS, Voorhangbrief POH-GGZ en Generalistische Basis GGZ, kenmerk: 117090-103676-CZ

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.

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 beïnvloedt.

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 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 alleen door de huisarts kan plaatsvinden om zo de rol van de huisarts te benadrukken en mogelijke opeenvolgende behandelingen in beeld te krijgen.

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 hulppersoneel⁴⁸ dit risico geadresseerd. We hebben de indruk, ook uit ontvangen 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.

⁴⁸ Blz. 7 en 8 Rapport Geneeskundige GGZ, deel 1 (Zo wijst ZN op de grote diversiteit in de manier waarop 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.)

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 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 gemaakt⁴⁹.

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 toestemingsstelsel 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 zonodig 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 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 terecht en onterechte doorverwijzingen zullen zorgverzekeraars controle en toezicht moeten en kunnen uitvoeren. Diagnose vermelding op de declaratie en inzage in dossiers is hiervoor een voorwaarde.

⁴⁹ Bestuurlijk Akkoord van 2010

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 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	
As I	1	Stoornissen in de zuigelingentijd tot adolescentie	a.Pervasieve ontwikkelingsstoornis	Ja	ZVW huisartsenzorg en/of G-GGZ; AWBZ begeleiding in stationaire fase
			b.Aandachtstekort- en gedragsstoornis	Ja	
			c.Tic stoornis d.Overig	Ja	
		a.Zindelijkheid b.Opvoedingsondersteuning c.leerstoornis	Nee Nee Nee	WMO Onderwijs	
		a. Ernstige enkelvoudige dyslexie b.Motorische vaardigheden	Ja ja	ZVW G-GGZ ZVW huisarts/paramedische zorg	
	2	Delirium, dementie, amnestische en andere cognitieve stoornissen	a.Dementie	Ja	ZVW huisartsenzorg/G-GGZ/medisch specialistisch. Behandeling, verpleging en verzorging uit AWBZ; huishoudelijke zorg, WMO
b. Delirium			Ja	ZVW medisch specialistisch	
	3	Psychische stoornissen door een somatische aandoening	Diverse stoornissen bijvoorbeeld effecten werking schildklierfunctie	Ja	ZVW huisartsenzorg/medisch specialistisch
	4	Aan een middel gebonden stoornissen	Psychotische-, stemmings-, angststoornis als gevolg van intoxicatie	Ja	ZVW huisartsenzorg/ G-GGZ
	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

	DSM IV hoofdgroep	Type stoornis	Verzekerd	Bekostigingskader
			b. Specifieke fobien c. Acute stress	ZVW huisartsenzorg ZVW huisartsenzorg/ G-GGZ
	8	Somatoforme stoornissen		ZVW huisartsenzorg/ G-GGZ
	9	Nagebootste stoornissen		ZVW huisartsenzorg/ G-GGZ
	10	Dissociatieve stoornissen		ZVW huisartsenzorg/ G-GGZ
	11	Seksuele stoornissen en genderidentiteitsstoornissen	Exhibitionisme, fetisjisme, frotteurisme, pedofilie, seksueel masochisme, seksueel sadisme, fetisjistisch transvestisme, voyeurisme, parafilie. Overige seksuele stoornissen en genderidentiteitsstoornissen	ZVW G-GGZ Huisartsenzorg/ medisch specialistisch
	12	Eetstoornissen	o.a. anorexia nervosa en boulimia nervosa	ZVW huisartsenzorg/ G-GGZ
	13	Slaapstoornissen		ZVW huisartsenzorg/ medisch specialistische zorg
	14	Stoornissen in de impulsbeheersing, niet elders geassocieerd		ZVW huisartsenzorg/ G-GGZ
	15	Aanpassingsstoornissen	a. algemeen	Nee
	16	Andere aandoeningen en problemen die een reden voor zorg kunnen zijn (V codes)	Deze problemen kunnen bij een DSM classificatie gecodeerd worden, maar niet als hoofddiagnose.	Als nevendiagnose in de G-GGZ of als onderdeel van somatisch specialistische zorg of huisartsenzorg of als WMO
As II	17	Persoonlijkheidsstoornissen		ZVW G-GGZ
	18	Zwakzinnigheid		AWBZ

Enkele onderdelen lichten wij hieronder toe:

Ad 1. Stoornissen in de zuigelingentijd tot adolescentie

Bij patiënten met een aantal van deze stoornissen doet de vraag zich voor wanneer en hoelang 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 dementie[1][1]. Hierin staat vermeldt: *'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. Naast de psychiater treedt veelal de specialist ouderengeneeskunde op als hoofdbehandelaar. De G-GGZ, zowel ambulante als klinische, heeft een rol bij de diagnostiek en behandeling, (dit laatste met name 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 herzien van de behandelrichtlijn voor dementie.

De afgrenzing van de vergoeding van de zorg tussen G-GGZ, de huisarts, het 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 hoe 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)⁵⁰ van de NVvP staat: *'Het delier is per definitie een organisch psychiatrische stoornis en altijd het gevolg van cerebrale ontregeling door een lichamelijke aandoening of gebruik van middelen'* (bij algemene inleiding op pagina 9) en bij diagnostiek *'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)'* (pag. 18). 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)⁵¹ wordt vermeld *'Bij een delirant beeld zal een overplaatsing naar een afdeling Interne Geneeskunde of Psychiatrie van een algemeen ziekenhuis moeten plaatsvinden'* (pag. 9).

De NHG standaard Delier bij ouderen⁵² (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 richtlijnen hierover duidelijkheid geven. Dat is op dit moment niet zo.

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)⁵³ is een beslisboom voor interventies opgenomen. Hierin staat dat bij dier, natuur of overige type fobie, in niet-frequent voorkomende situaties (bijv. vlieg angst) alleen incidenteel benzodiazepine geïndiceerd is. De behandeling van deze fobieën is onderdeel van huisartsenzorg, maar de vergoeding van benzodiazepinen zelf zijn daarvan uitgesloten.

⁵⁰ NVvP, Richtlijn delirium. Amsterdam: Boom, 2004. www.diliguide.nl

⁵¹ Multidisciplinaire richtlijn 'Stoornissen in het gebruik van alcohol'. 2009. www.ggzrichtlijnen.nl/

⁵² NHG standaard Delier bij ouderen. 2003. www.nhg.org

⁵³ Multidisciplinaire richtlijn Angststoornissen. Tweede revisie. 2012: 181. www.ggzrichtlijnen.nl

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)⁵⁴ 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 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 deze stoornissen kunnen uitstekend behandeld worden binnen de huisartspraktijk. Er is bijvoorbeeld een NHG standaard erectiele dysfuncties (2008)⁵⁵. 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.

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.

⁵⁴ Multidisciplinaire richtlijn Vroegtijdige psychosociale interventies na rampen, terrorisme en andere schokkende gebeurtenissen. 2007: 19. www.ggzrichtlijnen.nl

⁵⁵ NHG standaard Erectiele dysfuncties. 2008. www.nhg.org

Bijlage 1

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 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
Mindfulness
Psychosynthese
Rebirthing
Regressietherapie
Wat-Sji-Gong
Neuro linguïstisch programmeren (NLP)
Psycho-energetische psychotherapie
Emotional Freedom Technique
Existentiële therapie
Klankschaaltherapie
Reiki
.....

Bijlage 3

Kosteneffectiviteit geïndiceerde preventie

Er blijkt nog weinig bekend over de kosteneffectiviteit van geïndiceerde preventie. In dit hoofdstuk worden de gevonden studies beschreven. Er is een zestal Nederlandse kosteneffectiviteitsstudies gevonden die zich richten op een vorm van korte interventies gegeven door de huisarts ter preventie van depressie, angststoornissen of en/of overmatig alcoholgebruik:

- 1) Minimale contact psychotherapie in een opportunistisch gescreende Nederlandse populatie met subklinische depressie wordt vergeleken met gebruikelijke huisartsenzorg in een kostenutiliteitsstudie van den Berg et al (2011).¹ Er is daarbij gebruik gemaakt van een Markovmodel, met een tijdshorizon van 5 jaar, en voornamelijk input uit Nederlandse studies. Vanuit een gezondheidszorgperspectief blijkt de kosteneffectiviteitsratio van de interventie € 1.400 per DALY te zijn en vanuit een maatschappelijk perspectief blijkt de interventie te domineren boven de gebruikelijke zorg (dus meer effecten en minder kosten). Bij een willingness to pay van €20.000 per DALY is de kans dat de interventie kosteneffectief is 80%.
- 2) Internetgebaseerde cognitieve gedragstherapie en internetgebaseerde problem solving therapie bij volwassenen met depressieve klachten worden in de kosteneffectiviteitsstudie van Warmerdam et al. (2010)² vergeleken met de situatie dat patiënten op een wachtlijst werden gezet voor deze behandelingen. De analyses zijn gedaan voor de Nederlandse setting vanuit een maatschappelijke perspectief voor de tijdsduur van 12 weken. Uit de analyse bleek dat bij een willingness to pay van €30.000 per QALY de kans dat de cognitieve gedragstherapie en de problem solving therapie kosteneffectief zijn ten opzichte van afwachtend beleid respectievelijk 52% en 61% is. Daarnaast bleek dat bij een willingness to pay van €10.000 voor een klinisch significante verandering van depressie de kans dat de cognitieve gedragstherapie en de problem solving therapie kosteneffectief zijn ten opzichte van afwachtend beleid respectievelijk 91% en 89% is.
- 3) Een stepped care programma ter preventie van depressie en angst bij oudere mensen met subklinische klachten zoals geïdentificeerd in de Nederlandse eerstelijns setting werd in de kosteneffectiviteitsstudie van Van 't Veer-Tazelaar et al. (2010)³ vergeleken met gebruikelijke eerstelijns zorg. De kosten per depressievrij jaar van het stepped care programma bleken € 4.367. Bij een willingness to pay van €5.000 per depressievrij jaar bleek de kans dat de interventie kosteneffectief was 57%.
- 4) Een minimale contact psychotherapie voor preventie van subklinische depressie ten opzichte van gebruikelijke Nederlandse eerstelijns zorg werd onderzocht in de kosteneffectiviteitsstudie van Smit et al (2006).⁴ Het was een trial based economische evaluatie vanuit een maatschappelijk perspectief met een tijdshorizon van 1 jaar. Bij een willingness to pay van €0 per depressievrije periode bleek er nog steeds 70% kans dat de interventie kosteneffectiever is dan gebruikelijke zorg.
- 5) De Nederlandse groepscursus voor volwassenen "Geen Paniek" werd in de studie van Smit et al. (2009)⁵ vergeleken met gebruikelijke zorg bij preventie van paniekstoornissen. Ze berekenden dat de cursus €6.198 kost per gewonnen periode van 3 maanden zonder paniekstoornis. Bij een willingness to pay van €10.000 voor drie ziektevrije maanden bleek de kans dat deze interventie kosteneffectief was 75%.
- 6) Kortdurende interventies in de eerste lijn voor de preventie van overmatig alcoholgebruik zijn door het RIVM onderzocht met het Chronisch Ziektenmodel (een statisch rekenmodel). In het scenario waarbij alle volwassen huisartspatiënten gescreeend worden op overmatig alcoholgebruik en waarin alle opgespoorde overmatige drinkers een kortdurende interventie aangeboden krijgen ligt de kosteneffectiviteitsratio rond de €5.000 per gewonnen levensjaar (Tariq et al., 2009)⁶.

In een Australische kosteneffectiviteitsstudie (Mihalopoulos et al., 2011)⁷ worden een kort individueel zelfhulpprogramma met minimale support en een groepsinterventie gebaseerd op cognitieve gedragstherapie ter preventie van depressie vergeleken met gebruikelijke zorg (geen interventie). De analyse is gebaseerd op een Markovmodel met een tijdshorizon van 5 jaar en vanuit een gezondheidszorgperspectief. De incrementele

kosten per DALY waren AUD 8.600 voor de korte interventie versus geen interventie en AUD 20.000 voor de groepsinterventie versus geen interventie. Bij een willingness to pay van AUD 50.000 per DALY was de kans dat de korte interventie kosteneffectief was 82% en 96% voor de groepstherapie.

Het aantal kosteneffectiviteitsstudies over geïndiceerde preventie is beperkt. Gezien de resultaten van de gevonden studies lijkt geïndiceerde preventie van depressie, angststoornissen en overmatig alcoholgebruik kosteneffectief in de Nederlandse setting. De resultaten zijn echter gebaseerd op korte termijn effecten en voor economische evaluaties is het van belang om te extrapoleren naar de lange termijn. Als dit in bovenstaande studies gedaan is door middel van modellering bestaat er veel onzekerheid over de lange termijn effecten van de preventieve interventies omdat deze nog niet goed onderzocht zijn. 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.⁸ De zorgkosten voor depressie bedroegen in 2007 alleen al voor mensen boven de 75 jaar €150 miljoen.⁹ Bij jongere patiënten zijn de maatschappelijke kosten, bijvoorbeeld door ziekteverzuim, nog aanzienlijk groter. 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.¹⁰ 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 kosteneffectiviteit en naar lange termijn effecten is echter noodzakelijk om ook de lange termijn kosteneffectiviteit in kaart te kunnen brengen.

1. Berg M van den, Smit F, Vos T, et al. Cost-effectiveness of opportunistic screening and minimal contact psychotherapy to prevent depression in primary care patients. PLoS ONE 2011; 6(8):e22884.
2. Warmerdam L, Smit F, van Straten A, et al. Cost-utility and cost-effectiveness of internet-based treatment for adults with depressive symptoms: randomized trial. J Med Internet Res 2010; 12(5):e53.
3. van't Veer-Tazelaar P, Smit F, van Hout H, et al. Cost-effectiveness of a stepped care intervention to prevent depression and anxiety in late life: randomised trial. Br J Psychiatry 2010; 196: 319-25.
4. Smit F, Willemse G, Koopmanschap M, et al. Cost-effectiveness of preventing depression in primary care patients: randomised trial. Br J Psychiatry 2006; 188: 330-6.
5. Smit F, Willemse G, Meulenbeek P, et al. Preventing panic disorder: cost-effectiveness analysis alongside a pragmatic randomised trial. Cost Eff Resour Alloc 2009; 7: 8.
6. Tariq L, van den Berg M, Hoogenveen R T, et al. Cost-effectiveness of an opportunistic screening programme and brief intervention for excessive alcohol use in primary care. PLoS ONE 2009; 4(5): e5696.
7. Mihalopoulos C, Vos T, Pirkis J, et al. Do indicated preventive interventions for depression represent good value for money? Aust N Z J Psychiatry 2011; 45: 36-44.
8. 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/>
9. 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/>
10. Berg M van den, Schoemaker CG. Effecten van preventie. Deelrapport van de VTV 2010 Van gezond naar beter. Bilthoven: RIVM, 2010.