

Bijlage 1

GGZ bijeenkomst d.d. 21 augustus 2012: Hoogleraren GGZ, VWS en CVZ

Inleiding

Met het oog op het uitbrengen van het vervolgrapport over de te verzekeren GGZ in december 2012 heeft het CVZ deze bijeenkomst georganiseerd. Met 2 hoogleraren (Beekman en Van Os) heeft het CVZ al gesproken voorafgaand aan dit overleg, in verband met hun afwezigheid op 21 augustus. De aanleiding voor deze bijeenkomst is het vervolgtraject van het GGZ rapport deel 1. Het CVZ heeft in dit rapport duidelijk aangegeven wat onder de te verzekeren GGZ valt en wat niet. Verder is vastgesteld dat de uitvoeringspraktijk niet spoort met de wettelijke aanspraken. Het CVZ zal dit in het GGZ rapport deel 2 verder uitwerken, omdat er behoefte is aan meer handvaten om de implementatie van de wettelijke grenzen van het pakket beter vorm te geven. Aandachtspunten voor het vervolgrapport zijn: het onderscheid tussen wel/niet verzekerde zorg (klachten of ziekte); afbakening huisartsenzorg, 1e lijn/basisGGZ, 2e lijn; Richtlijnontwikkeling (ook voor dagbehandeling, opname en behandelduur); averse prikkels in de uitvoering; contractering, goedkeuren declaraties, toezicht is lastig.

Het CVZ is voorsnog van plan in het GGZ-rapport deel 2:

- de grens te verhelderen wat wel/niet ten laste van de collectieve verzekering komt;
- uitstroomadvies te formuleren over geïndiceerde preventie bij depressie, alcoholgebruik en paniekstoornissen en daarbij de mogelijke randvoorwaarden en risico's goed in kaart te brengen.
- positieve of negatieve lijst tot stand te brengen over (niet) effectieve indicatie-interventie combinaties
- de consequenties van DSM 5 te bezien voor mede bepalen verzekeringsaanspraken.

VWS wijst erop dat er vanuit Financiën grote druk staat op het verzekerde GGZ-pakket. VWS is bij deze bijeenkomst aanwezig omdat het een belangrijk onderwerp. VWS en CVZ pakken dit onderwerp samen aan.

Het CVZ zal de gemaakte afspraken vastleggen.

Hoe?

Het CVZ wil van de hoogleraren input ontvangen om vragen als: wat goede zorg is, wie dit moet leveren en hoe de te verzekeren zorg is af te bakenen, zodanig te kunnen beantwoorden dat de terminologie en de onderbouwing goed aansluiten bij de wetenschappelijke kennis en de uitvoeringspraktijk.

Hierover voert het CVZ ook overleg met de betrokken beroepsgroepen en de betrokken belangenverenigingen (LHV, LVE, GGZ-NL, NVvP, NVVP, NIP, NVP, LPGGz).

Het CVZ onderzoekt de effectiviteit van een aantal therapievormen waar twijfels over de effectiviteit of het juiste toepassingsgebied bestaan. Het betreft onder andere mindfulness en het 12-stappenmodel (ook wel Minnesotamodel).

Bezuinigen, beperken of verbeteren?

Er is 140% groei binnen de GGZ in de afgelopen 10 jaar; daar is geen discussie over volgens de hoogleraren.

Er zijn vele oorzaken: waaronder Kabinetsbeleid om de marktwerking in de zorg toe te laten. In die context wordt al jaren gedaan aan input-financiering in de ggz en er is geen partij in de zorgmarkt met een financieel voordeel om die input klein te houden. Dat is wellicht een van de belangrijkste aanjagers van het toegenomen zorgvolume en corresponderende kosten in de ggz. Overigens is er daarnaast nog steeds sprake van onderdiagnostiek en onderbehandeling en in de DALY top tien van de WHO staan niet voor niets vier psychiatrische ziekten.

Verder is opgemerkt dat de extra eigen bijdrage die alleen voor de GGZ geldt een zeer ongewenst effect lijkt te hebben, nl. dat het voor mensen met ernstige psychische aandoeningen een te grote drempel opwerpt.

Op de vraag van het CVZ of de hoogleraren konden aangeven "welke ggz indicaties uit het verzekerde pakket geschrapt kunnen worden" hebben de hoogleraren geantwoord dat die insteek een heilloze weg is, want moeilijk controleerbaar is omdat in de klinische praktijkvoering de ene indicatiestelling dan gewoon vervangen wordt door een andere die wel in het verzekerde pakket zit. Het is aan de politiek/ de maatschappij om grenzen te stellen aan de omvang van het verzekerde pakket.

De hoogleraren zijn bereid hun expertise in te brengen op de volgende punten:

- Wat kan er beter in de GGZ?
- Waar is meer efficiëntie te behalen?

Meetinstrumenten

Het CVZ vraagt in verband met de implementatie in de praktijk van de uitleg van wat nu wel en niet verzekerd is, en welke zorgvraag in de eerste of tweedelijnd behandeld moet worden, er naast de DSM IV gevalideerde meetinstrumenten zijn die het CVZ kunnen helpen? bv GAF of Camberwell Assessment of Need, zoals de suggestie is van prof. Van Os? De reactie van de hoogleraren is dat meetinstrumenten er wel zijn, maar dat het gaat om schijnzekerheden want de resultaten zijn manipuleerbaar en moeilijk controleerbaar. Het is aan de professional om de diagnose te stellen; de zorgbehoefte is daarbij leidend.

Richtlijnen

De hoogleraren zijn van mening dat met goede richtlijnen het mogelijk is de GGZ te verbeteren. Richtlijnen geven nu alleen advies over zorg, maar niet over de doelmatigheid, maatschappelijke kosten en ziektelast. De economische component en een beslisboom ontbreken. Verder kan stepped care nog duidelijker in de richtlijnen en er zouden indicatie-interventiecombinaties in opgenomen moeten worden. Goedkope effectieve interventies handhaven en dure effectieve interventies eruit. Of later in de zorg of zelfs eruit.

Hoe het verbetertraject in de GGZ te operationaliseren? De hoogleraren stellen voor:

- Duidelijke richtlijnen met eenduidige definities
- Stagering en gradering bij indicatiestelling
- Mogelijkheid van eenmalig consult bij de psychiater vanuit 1e lijn
- Ketens; een deel zit in DBC, maar zou via 1e lijn moeten
- Instellen van een principe regel: alle GGZ behandelingen in 1e lijn, tenzij direct duidelijk is dat 2e lijnszorg geïndiceerd is zoals bijvoorbeeld bij psychosen.
- Interventies: bijvoorbeeld welke interventie is het meest effectief. Het Trimbos heeft een lijst van 28 interventies bij depressie, Het is mogelijk een korte lijst te maken met een kleiner aantal meest effectieve interventies (naar de mate van bewezen kosteneffectiviteit en acceptatie door patiënten.
- Het is ook mogelijk om ook bij angststoornissen een korte lijst te maken van de meest (kosten)effectieve interventies.
- In de richtlijnen ontbreken criteria wanneer opname of deeltijdbehandeling aangewezen/noodzakelijk is.
- In de richtlijnen moet aandacht zijn voor het te verwachten effect van een behandeling en voor het tijdig stoppen van behandeling en overstappen op een andere behandeling indien er geen effect opgetreden is, en voor continueren (met drempel).
- Het vooraf machtigen van een behandeling, of van de verlenging, is weliswaar een hobbel maar zal leiden tot kostenbewustwording in het veld. Richtlijnen zouden ook daarom meer aandacht moeten geven aan de setting, duur en intensiteit van ggz-behandelingen.

Het CVZ wijst erop dat diagnose-informatie belangrijk is voor een systeem met machtigingen. Op dit moment is geen diagnose-informatie beschikbaar. Mede daardoor hebben verzekeraars nauwelijks mogelijkheden tot controle.

Conclusies

1. De hoogleraren hebben nadrukkelijk gesteld dat het schrappen van ggz indicaties een heilloze weg is.
2. De hoogleraren zijn van mening dat de efficiëntie in de GGZ beduidend beter kan. Dit vergt aanpassing van de richtlijnen door de beroepsbeoefenaren. Ambtelijke ondersteuning is gewenst. Bij de herziening moet aandacht worden besteed aan:
 - Grens en overgang 1^e/ 2^e lijn; alles in 1^e lijn, tenzij direct 2^e lijn; ambulant zoveel als het kan
 - Opname, duur en indicaties;
 - Het eventueel invoeren van een machtigingssysteem;
 - Stoppen en continueren behandeling;
 - (Maatschappelijke) kosten en effectiviteit van interventies.
3. Het CVZ concludeert dat de hoogleraren bereid zijn hun kennis te delen met het CVZ.

Tot slot

VWS meldt dat er € 3,5 mln beschikbaar is (Bestuurlijk Akkoord GGZ) voor aanpassing van de richtlijnen. Op 31 augustus heeft VWS hierover overleg met partijen en zegt toe de punten uit conclusie 1 te zullen inbrengen.

Het CVZ bedankt de aanwezigen voor hun bijdrage aan de discussie.

6 september 2012

Bijlage 2

DSM IV as I	ICD-9-CM code	WEL/NIET verzekerde G-GGZ
ZUIGELING-KIND-JEUGD		
Leerstoornissen		
- Leesstoornis	315.00	NIET
- Rekenstoornis	315.1	NIET
- Schrijfstoornis	315.2	NIET
- Leerstoornis NAO	315.9	NIET
Stoornissen in de motorische vaardigheden		
- Coördinatieontwikkelingsstoornis	315.4	NIET
Communicatie stoornissen		
- Expressieve taalstoornis	315.31	NIET
- Gemengd receptieve - expressieve taalstoornis	315.32	NIET
- Fonologische stoornis	315.39	NIET
- Stotteren	307.0	NIET
- Communicatiestoornis NAO	307.9	NIET
Pervasieve ontwikkelingsstoornissen		
- Autistische stoornis	299.0	WEL, max. 1 jaar
- Stoornis van Rett	299.80	WEL, max. 1 jaar
- Destintegratestoornis kinderleeftijd	299.10	WEL, max. 1 jaar
- Stoornis van Asperger	299.80	WEL, max. 1 jaar
- Pervasieve ontwikkelingsstoornis NAO	299.80	WEL, max. 1 jaar
Aandacht tekortstoornissen en gedragsstoornissen		
- Aandachtstekortstoornis met hyperactiviteit	314.xx	WEL
- Aandachtstekortstoornis met hyperact. NAO	314.9	WEL
- Gedragsstoornis	312.xx	WEL
- Oppositioneel - opstandig gedragsstoornis	313.81	WEL
- Gedragsstoornis NAO	312.9	WEL*
Voedings- en eetstoornissen		
- pica	307.52	NIET
- ruminatiestoornis	307.53	NIET
- voedingsstoornis zuigeling & kind vroeg	307.59	NIET
Tic stoornissen		
- Stoornis G dl Tourette	307.23	WEL, max. 1 jaar
- Chronische motorische of focale tic-stoornis	307.22	WEL, max. 1 jaar
- Passagiere tic-stoornis	307.21	WEL
- Tic-stoornis NAO	307.20	WEL*
Stoornissen in de zindelijkheid		
- Encopresis met obstipatie en overloop incontinentie	787.6	NIET
- Encopresis zonder obstipatie en overloop incontin.	307.7	NIET
- Enuresis niet door somatische aandoening	307.6	NIET
Overige stoornissen zuigeling/kind/adolescentie		
- Separatieangsstoornis	309.21	WEL
- Selectief mutisme	313.23	WEL
- Reactieve hechtingsstoornis	313.89	WEL
- Stereotiepe-bewegingsstoornis	307.3	WEL
- Stoornis Zuigeling/Kind/Adolescentie NAO	313.9	WEL*

DSM IV as I	ICD-9-CM code	WEL/NIET verzekerde G-GGZ
DELIRIUM, DEMENTIE EN ANDERE COGNITIEVE STOORNISSEN		
Delirium		
- Delirium door Somatische aandoening	293.0	NIET
- Delirium door Middel teweeggebracht	292.xx	NIET
- Delirium door multiple oorzaken	29x.xx	NIET
- Delirium NAO	780.09	NIET
Dementie		
- Dementie van het Alzheimer type	290.4x	NIET
- Dementie door een andere somatische aandoening	294.1x	NIET
- Persisterende dementie door een middel	29x.xx	NIET
- Dementie door multiple oorzaken	29x.xx	NIET
- Dementie NAO	294.8	NIET
Amnestische stoornissen		
- Amnestische stoornis door Somatische aandoening	294.0	NIET
- Persisterende amnestische stoornis door een middel	292.x	NIET
- Amnestische stoornis NAO	294.8	NIET
Andere cognitieve stoornissen		
- Cognitieve stoornis NAO	294.9	NIET
PSYCHISCHE STOORNISSEN DOOR EEN SOMATISCHE AANDOENING		
- Delirium door somatische aandoening	293.0	NIET
- Dementie door somatische aandoening	294.1x	NIET
- Psychotische stoornis door somatische aandoening	293.8x	WEL
- Stemmingsstoornis door een Somatische aandoening	293.83	WEL
- Angststoornis door somatische aandoening	293.84	WEL
- Seksuele dysfunctie door somat. aandoen	29x.xx	NIET
- Slaapstoornis door somatische aandoening	780.xx	NIET
- Katatone stoornis door somatische aandoening	293.89	NIET
- Persoonlijkheidsveranderingen door somat. aandoening	310.1	NIET
- Psychische stoornis door somatische aandoening NAO	293.9	WEL*
AAN ALCOHOL GEBONDEN STOORNISSEN		
Stoornissen in alcohol gebruik		
- Alcoholafhankelijkheid	303.9	WEL
- Misbruik van alcohol	305.00	NIET
Stoornissen door alcohol		
- Alcohol intoxicatie	303.00	NIET
- Alcoholonthouding	291.81	NIET
- Delirium door alcohol intoxicatie	291.0	NIET
- Delirium door alcohol onthouding	291.0	NIET
- Persisterende dementie stoornis door alcohol	291.2	NIET
- Persisterende amnestische stoornis door alcohol	291.1	NIET
- Psychotische stoornissen door alcohol	291.x	WEL
- Stemmingsstoornissen door alcohol	291.89	WEL
- Angststoornissen door alcohol	291.89	WEL
- Seksuele dysfunctie door alcohol	291.89	NIET
- Slaapstoornis door alcohol	291.89	NIET
- Aan alcohol gebonden stoornis NAO	291.9	WEL*

DSM IV as I	ICD-9-CM code	WEL/NIET verzekerde G-GGZ
AAN OVERIGE MIDDELEN GEBONDEN STOORNISSEN		
<u>Amfetamine</u>		
Stoornissen in Amfetamine gebruik		
- Amfetamineafhankelijkheid	304.40	WEL
- Misbruik van Amfetamine	305.70	NIET
Stoornissen door Amfetamine		
- Amfetamine intoxicatie	292.89	NIET
- Amfetamine onthouding	292.81	NIET
- Delirium door Amfetamine intoxicatie	292.0	NIET
- Delirium door Amfetamine onthouding	292.0	NIET
- Persisterende dementie stoornis door Amfetamine	292.2	NIET
- Persisterende amnestische stoornis door Amfetamine	291.1	NIET
- Psychotische stoornissen door Amfetamine	291.x	WEL
- Stemmingsstoornissen door Amfetamine	292.84	WEL
- Angststoornissen door Amfetamine	292.89	WEL
- Seksuele dysfunctie door Amfetamine	292.89	NIET
- Slaapstoornis door Amfetamine	292.89	NIET
- Aan Amfetamine gebonden stoornis NAO	292.9	WEL*
<u>Cafeïne</u>		
Cafeïne intoxicatie	305.90	NIET
Angststoornis door cafeïne	292.89	WEL
Slaapstoornis door cafeïne	292.89	NIET
Aan cafeïne gebonden stoornis NAO	292.9	WEL*
<u>Cannabis</u>		
Stoornissen in cannabisgebruik		
- Cannabisafhankelijkheid	304.30	WEL
- Misbruik van cannabis	305.20	NIET
Stoornissen door cannabis		
- Cannabisintoxicatie	292.89	NIET
- Delirium door cannabisintoxicatie	292.81	NIET
- Psychotische stoornis door cannabis met wanen	292.11	WEL
- Psychotische stoornis door cannabis met hallucinaties	292.12	WEL
- Angststoornis door cannabis	292.89	WEL
- Aan cannabis gebonden stoornis NAO	292.9	WEL*
<u>Cocaïne</u>		
Stoornissen in cocaïne gebruik		
- Cocaïne afhankelijkheid	304.20	WEL
- Misbruik van cocaïne	305.60	NIET
Stoornissen door cocaïne		
- Cocaïne intoxicatie	292.89	NIET
- Cocaïne onthouding	292.00	NIET
- Delirium door Cocaïne intoxicatie	292.81	NIET
- Psychotische stoornis door cocaïne met wanen	291.11	WEL
- Psychotische stoornis door cocaïne met hallucinaties	291.12	WEL
- Stemmingsstoornissen door cocaïne	292.84	WEL
- Angststoornissen door cocaïne	292.89	WEL
- Seksuele dysfunctie door cocaïne	292.89	NIET
- Slaapstoornis door cocaïne	292.89	NIET
- Aan cocaïne gebonden stoornis NAO	292.9	WEL*

DSM IV as I	ICD-9-CM code	WEL/NIET verzekerde G-GGZ
<u>Hallucinogenen</u>		
Stoornissen in Hallucinogenen gebruik		
Hallucinogenen afhankelijkheid	304.50	WEL
Misbruik van Hallucinogenen	305.30	NIET
Stoornissen door Hallucinogenen		
Hallucinogenen intoxicatie	292.89	NIET
Persisterende waarneming stoornis door Hallucinogenen	292.00	WEL
Delirium door Hallucinogenen intoxicatie	292.81	NIET
Psychotische stoornis door Hallucinogenen met wanen	292.11	WEL
Psychotische stoornis door Hallucinogenen met hallucinaties	291.12	WEL
Stemmingsstoornissen door Hallucinogenen	292.84	WEL
Angststoornissen door Hallucinogenen	292.89	WEL
Aan Hallucinogenen gebonden stoornis NAO	292.9	WEL*
<u>Vluchtige stoffen</u>		
Stoornissen in vluchtige stoffen gebruik		
Afhankelijkheid van vluchtige stoffen	304.60	WEL
Misbruik van vluchtige stoffen	305.90	NIET
Stoornissen door vluchtige stoffen		
Intoxicatie door vluchtige stoffen	292.89	NIET
Delirium door vluchtige stoffen intoxicatie	292.81	NIET
Persisterende dementie door vluchtige stoffen	292.82	NIET
Psychotische stoornis door vluchtige stoffen met wanen	292.11	WEL
Psychotische stoornis door vluchtige stoffen met halluc's	291.12	WEL
Stemmingsstoornissen door vluchtige stoffen	292.84	WEL
Angststoornissen door vluchtige stoffen	292.89	WEL
Aan vluchtige stoffen gebonden stoornis NAO	292.9	WEL*
<u>Nicotine</u>		
Stoornissen in vluchtige stoffen gebruik		
Nicotine afhankelijkheid	304.60	NIET
Stoornissen door nicotine		
Nicotine onthouding	292.9	NIET
<u>Opioiden</u>		
Stoornissen in Opioiden gebruik		
Opioiden afhankelijkheid	304.00	WEL
Misbruik van Opioiden	305.50	NIET
Stoornissen door Opioiden		
Opioiden intoxicatie	292.89	NIET
Opioiden onthouding	292.00	NIET
Delirium door Opioiden intoxicatie	292.81	NIET
Psychotische stoornis door Opioiden met wanen	291.11	WEL
Psychotische stoornis door Opioiden met hallucinaties	291.12	WEL
Stemmingsstoornissen door Opioiden	292.84	WEL
Seksuele dysfunctie door Opioiden	292.89	NIET
Slaapstoornis door Opioiden	292.89	NIET
Aan Opioiden gebonden stoornis NAO	292.9	WEL*

DSM IV as I	ICD-9-CM code	WEL/NIET verzekerde G-GGZ
<u>Fenicyclidinen</u>		
Stoornissen in Fenicyclidinen gebruik	304.90	WEL
Afhankelijkheid van Fenicyclidinen		
Misbruik van Fenicyclidinen	305.90	NIET
Stoornissen door Fenicyclidinen		
Fenicyclidinen intoxicatie	292.89	NIET
Delirium door intoxicatie met Fenicyclidinen	292.81	NIET
Psychotische stoornis door Fenicyclidinen met wanen	291.11	WEL
Psychotische stoornis door Fenicyclidinen met halluc's	291.12	WEL
Stemmingsstoornissen door Fenicyclidinen	292.84	WEL
Angststoornissen door Fenicyclidinen	292.89	WEL
Aan Fenicyclidinen gebonden stoornis NAO	292.9	WEL*
SEDATIVA/HYPNOTICA/ANXIOLYTICA (S/H/A)		
Stoornissen in Sedativa/Hypnotica/Anxiolytica gebruik		
Afhankelijkheid van Sedativa/Hypnotica/Anxiolytica	304.40	WEL
Misbruik van Sedativa/Hypnotica/Anxiolytica	305.70	NIET
Stoornissen door Sedativa/Hypnotica/Anxiolytica (S/H/A)		
Intoxicatie door Sedativa/Hypnotica/Anxiolytica	292.89	NIET
Onthouding van Sedativa/Hypnotica/Anxiolytica	292.0	NIET
Delirium door intoxicatie met S/H/A	292.81	NIET
Delirium door onthouding van S/H/A	292.81	NIET
Persisterende dementie stoornis door S/H/A	292.82	NIET
Persisterende amnestische stoornis door S/H/A	291.83	NIET
Psychotische stoornissen door S/H/A met wanen	292.11	WEL
Psychotische stoornissen door S/H/A met wanen	292.12	WEL
Stemmingsstoornissen door S/H/A met halluc's	292.84	WEL
Angststoornissen door S/H/A	292.89	WEL
Seksuele dysfunctie door S/H/A	292.89	NIET
Slaapstoornis door S/H/A	292.89	NIET
Aan S/H/A gebonden stoornis NAO	292.9	WEL*
Stoornissen aan verschillende middelen gebonden		
Afhankelijkheid van verschillende middelen	305.80	WEL
St. aan andere of onbekende middelen gebonden (AofO)		
Stoornissen in AofO middel gebruik		
Afhankelijkheid van AofO middel	305.90	WEL
Misbruik van AofO middel	305.90	NIET
Stoornissen door AofO middel		
Intoxicatie door AofO middel	292.89	NIET
Intoxicatie door AofO middel met waarneming stoornis'n	292.89	NIET
Onthouding van AofO middel	292.0	NIET
Delirium door intoxicatie met AofO middel	292.81	NIET
Delirium door onthouding van AofO middel	292.81	NIET
Persisterende dementie stoornis door AofO middel	292.82	NIET
Persisterende amnestische stoornis door AofO middel	291.83	NIET
Psychotische stoornissen door AofO middel met wanen	292.11	WEL
Psychotische stoornissen door AofO middel met wanen	292.12	WEL
Stemmingsstoornissen door AofO middel met halluc's	292.84	WEL
Angststoornissen door AofO middel	292.89	WEL
Seksuele dysfunctie door AofO middel	292.89	NIET

DSM IV as I	ICD-9-CM code	WEL/NIET verzekerde G-GGZ
Slaapstoornis door S/H/A Aan AofO middel gebonden stoornis NAO	292.89 292.9	NIET WEL*
SCHIZOFRENIE E.A. PSYCHOTISCHE STOORNISSEN		
-Schizofrenie		
-Paranoïde type	295.30	WEL
-Gedesorganiseerd type	295.10	WEL
-Katatone type	295.20	WEL
-Ongedifferentieerde type	295.90	WEL
-Rest type	295.60	WEL
-Schizofreniforme stoornis	295.40	WEL
-Schizo affectieve stoornis	295.70	WEL
-Waanstoornis	297.1	WEL
-Kortdurende psychotische stoornis	298.8	WEL
-Gedeelde psychotische stoornis	297.3	WEL
-Psychotische stoornis door somatische aandoening	293.8x	WEL
-Psychotische stoornis door middel	292.xx	WEL
-Psychotische stoornis NAO	298.9	WEL*
STEMMINGSTOORNISSEN		
- Depressieve stoornis, eenmalige episode	296.2x	WEL
- Depressieve stoornis, recidiverend	296.3x	WEL
- Dysthyme stoornis	300.4	WEL
- Depressieve stoornis NAO	311	WEL*
- Bipolaire I stoornis, eenmalige manische episode	296.0x	WEL
- Bipolaire I stoornis, laatste episode hypomaan	296.40	WEL
- Bipolaire I stoornis, laatste episode manisch	296.4x	WEL
- Bipolaire I stoornis, laatste episode gemengd	296.6x	WEL
- Bipolaire I stoornis, laatste periode depressief	296.5x	WEL
- Bipolaire I stoornis, laatste episode niet-gespecif.	296.7x	WEL
- Bipolaire II stoornis,	296.89	WEL
- Cyclothyme stoornis	301.13	WEL
- Bipolaire stoornis NAO	296.80	WEL*
- Stemmingsstoornis door een somat. aandoening	293.83	WEL
- Stemmingsstoornis door een middel	292.8x	WEL
- Stemmingsstoornis NAO	296.90	WEL*
ANGSTSTOORNISSEN		
- Paniekstoornis zonder agorafobie	300.1	WEL
- Paniekstoornis met agorafobie	300.21	WEL
- Agorafobie zonder paniekstoornis in de voorgesch.	300.22	WEL
- Specifieke (enkelvoudige) fobie	300.29	NIET
- Sociale fobie	300.23	WEL
- Obsessief-compulsieve stoornis	300.3	WEL
- Posttraumatische stressstoornis	309.81	WEL
- Acute stress-stoornis	308.3	NIET
- Gegeneraliseerde angststoornis	300.02	WEL
- Angststoornis door een somatische aandoening	293.84	WEL
- Angststoornis door een middel	292.89	WEL
- Angststoornis NAO	300.00	WEL*

DSM IV as I	ICD-9-CM code	WEL/NIET verzekerde G-GGZ
SOMATOFORME STOORNISSEN		
- Somatisatiestoornis	300.81	WEL
- Ongedifferentieerde somatoforme stoornis	300.82	WEL
- Conversiestoornis	300.11	WEL
- Pijnstoornis	307.xx	WEL
- Hypochondrie	300.7	WEL
- Stoornis in de lichaamsbeleving	300.7	WEL
- Somatoforme stoornis NAO	300.82	WEL*
NAGEBOOTSTE STOORNISSEN		
- Nagebootste st. met hoofdz.psych. verschijnselen	300.16	WEL
- Nagebootste st. met hoofdz. lichamelijke versch.	300.19	WEL
- Nagebootste st. met gecomb. psych. en lich. versch.	300.19	WEL
- Nagebootste stoornis NAO	300.19	WEL*
DISSOCIATIEVE STOORNISSEN		
- Dissociatieve amnesie	300.12	WEL
- Dissociatieve fugue	300.13	WEL
- Dissociatieve identiteitsstoornis	300.14	WEL
- Depersonalisatiestoornis	300.6	WEL
- Dissociatieve stoornis NAO	300.15	WEL*
SEKSUELE STOORNIS EN GENDER-IDENTITEITSSTOORNIS		
- Seksuele stoornis met verminderd verlangen	302.71	NIET
- Seksuele aversiestoornis	302.79	NIET
- Seksuele-opwindingsstoornis bij de vrouw	302.72	NIET
- Erectiestoornis bij de man	302.72	NIET
- Orgasmestoornis bij de vrouw	302.73	NIET
- Orgasmestoornis bij de man	302.74	NIET
- Vroegtijdige ejaculatie	302.75	NIET
- Dyspareunie	302.76	NIET
- Vaginisme	306.51	NIET
- Seksuele disfunctie door een somatische aandoening	6xx.xx	NIET
- Seksuele disfunctie door een middel	29x.xx	NIET
- Seksuele disfunctie NAO	302.70	NIET
- Exhibitionisme	302.4	WEL
- Fetisjisme	302.81	WEL
- Frotteurisme	302.89	WEL
- Pedofilie	302.2	WEL
- Seksueel masochisme	302.83	WEL
- Seksueel sadisme	302.84	WEL
- Fetisjistisch transvestitisme	302.3	WEL
- Voyeurisme	302.82	WEL
- Parafilie NAO	302.9	WEL*
- Genderidentiteitsstoornis (bij kinderen)	302.6	NIET
- Genderidentiteitsstoornis (bij adolescenten/volwassenen)	302.85	NIET
- Genderidentiteitsstoornis NAO	302.6	NIET
- Seksuele stoornis NAO	302.9	WEL*

DSM IV as I	ICD-9-CM code	WEL/NIET verzekerde G-GGZ
EETSTOORNISSEN <ul style="list-style-type: none"> - Anorexia nervosa - Bulimia nervosa - Eetstoornis NAO 	307.1 307.51 307.50	WEL WEL WEL*
SLAAPSTOORNISSEN Dyssomnia 's <ul style="list-style-type: none"> - Primaire insomnia - Primaire hypersomnia - Narcolepsie - Slaapgebonden ademhalingsstoornis - Slaapstoornis gebonden aan de circadiane ritmiek - Dyssomnia NAO Parasomnia 's <ul style="list-style-type: none"> - Nachtmerries - Pavor nocturnus - Slaapwandelen - Parasomnia NAO - Insomnia in samenhang met een As I of As II stoornis - Hypersomnia i.s.m. een As I of As II stoornis - Slaapstoornis door een somatische aandoening - Slaapstoornis door een middel 	307.42 307.44 347 780.59 307.45 307.47 307.47 307.46 307.46 307.47 --.-- --.-- 780.xx --.--	NIET NIET NIET NIET NIET NIET NIET NIET NIET NIET NIET NIET
STOORNISSEN IN DE IMPULSBEHEERSING <ul style="list-style-type: none"> - Periodiek explosieve stoornis - Kleptomanie - Pyromanie - Pathologisch gokken - Trichotillomanie - Stoornis in de impulsbeheersing NAO 	312.34 312.32 312.33 312.31 312.39 312.30	WEL WEL WEL WEL WEL WEL*
AANPASSINGSSTOORNISSEN <ul style="list-style-type: none"> - Aanpassingsstoornis met depressieve stemming - Aanpassingsstoornis met angst - Aanp. St. met gemengd angst. en depr. kenmerken - Aanpassingsstoornis met een stoornis in het gedrag - Aanp. St. met een gemengde st. van em. en gedrag - Aanpassingsstoornis niet gespecificeerd 	309.0 309.24 309.28 309.3 309.4 309.9	NIET NIET NIET NIET NIET NIET
ANDERE AANDOENINGEN EN PROBLEMEN DIE REDEN VOOR ZORG KUNNEN ZIJN Psychische factoren die een somatische aandoening beïnvloeden Bewegingsstoornissen door geneesmiddelen <ul style="list-style-type: none"> - Neuroleptisch Parkinsonisme - Maligne Neuroleptisch syndroom - Acute Neuroleptisch dystonie - Acute Neuroleptisch akathisme - Neuroleptisch tardieve dyskinesie 	316 322.1 333.92 333.7 333.99 333.82 333.1	NIET NIET NIET NIET NIET NIET

DSM IV as I	ICD-9-CM code	WEL/NIET verzekerde G-GGZ
- Houdingstremor door geneesmiddelen - Bewegingsstoornis door geneesmiddel NAO	333.90	NIET
Andere stoornissen door geneesmiddelen teweeggebracht - Bijwerkingen van geneesmiddelen NAO	995.2	NIET
Relatieproblemen	V61.9	NIET
- Relatieprobl. gebonden aan Psych. St. of Som. Aand.	V61.20	NIET
- Ouder-Kind relatieprobleem	V61.10	NIET
- Partner relatieprobleem	V61.8	NIET
- Relatieprobleem tussen de kinderen	V62.81	NIET
- Relatieproblemen NAO		
Problemen in relatie tot misbruik of verwaarlozing	V61.21	NIET
- Lichamelijke mishandeling van een kind	V61.21	NIET
- Seksueel misbruik van een kind	V61.21	NIET
- Verwaarlozing van een kind	V61.1	NIET
- Lichamelijke mishandeling van een volwassene	V61.1	NIET
- Seksueel misbruik van een volwassene		
Bijkomende problemen die een reden voor zorg kunnen zijn	V15.81	NIET
- Niet meewerken aan de behandeling	V65.2	NIET
- Simulatie	V71.01	NIET
- Antisociaalgedrag bij volwassenen	V71.2	NIET
- Antisociaal gedrag bij kinderen	V62.89	NIET
- Zwakbegaafdheid	V780.9	NIET
- Met de leeftijd samenhangende cognitieve achteruitgang	V62.82	NIET
- Rouwreactie	V62.3	NIET
- Studieprobleem	V62.2	NIET
- Beroepsprobleem	301.82	NIET
- Identiteitsprobleem	V62.89	NIET
- Religieus of geestelijk probleem	V62.4	NIET
- Acculturatieprobleem	V62.89	NIET
- Levensfaseprobleem		
Bijkomende codes	300.9	NIET
- Niet gespecificeerde psychische stoornis	V71.09	NIET
- Geen diagnose of aandoening op as I of II	799.9	NIET
- Diagnose aandoening op as I of II uitgesteld		

Bijlage 3

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
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 4

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
Hypnotherapie
i-TOF (Ingratieve therapie op formaat)
Speyertherapie
Mind-tuning
Mindfulness
Psychosynthese
Rebirthing
Regressietherapie
Wat-Sji-Gong
Neuro linguïstisch programmeren (NLP)
Imaginatietherapie
Psycho-energetische psychotherapie
Emotional Freedom Technique
Existentiële therapie
Klankschaaltherapie
Reiki
.....

Bijlage 5

Uitwerking criteria verwijsdiagnostiek

Vermoeden DSM-benoemde stoornis

- _ Er is een vermoeden van een DSM-benoemde stoornis.
- _ Er is geen vermoeden van een DSM-benoemde stoornis, er is enkel sprake van klachten.

Ernst problematiek

- _ Subklinisch: er is wel sprake van klachten maar dit is onvoldoende om een diagnose te stellen. Ondanks het ontbreken van een diagnose kunnen de impact van de klachten op het dagelijks functioneren en de duur van de klachten reden zijn om gepaste hulp te bieden.
- _ Licht: er is sprake van relatief weinig kernsymptomen maar dit is wel voldoende om een diagnose te stellen. De impact van de klachten op het dagelijks functioneren is beperkt. De cliënt ervaart een zekere belemmering in het dagelijks functioneren.
- _ Matig: de kernsymptomen behorend bij het ziektebeeld zijn aanwezig en daarnaast is er sprake van een aantal aanvullende symptomen. Er is sprake van waarneembare beperkingen in het dagelijks functioneren.
- _ Ernstig: de meeste symptomen behorend bij het ziektebeeld zijn aanwezig. Er is sprake van uitval en/of substantiële beperkingen in het dagelijks functioneren (bijvoorbeeld niet kunnen werken).

Risico

In dit criterium zijn ook de contextuele factoren en het vermogen tot zelfmanagement opgenomen.

- _ Laag: er zijn ondanks de aanwezigheid van klachten/symptomen geen aanwijzingen die duiden op gevaar voor ernstige zelfverwaarlozing of verwaarlozing van naasten, decompensatie, suïcide, (huiselijk) geweld, kindermishandeling of automutilatie.
- _ Matig: er zijn duidelijke klachten/symptomen of er is sprake van een latent gevaarsrisico, maar er staan beschermende factoren tegenover zoals: adequate coping, werk of structurele daginvulling en een steunsysteem waarop men dagelijks kan terugvallen voor toezicht, zorg, praktische en emotionele steun.
- _ Hoog: er zijn duidelijke aanwijzingen (ook intuïtief) die kunnen duiden op gevaar voor ernstige zelfverwaarlozing of verwaarlozing van naasten, decompensatie, suïcide, (huiselijk) geweld, kindermishandeling of automutilatie.

Complexiteit

- _ Afwezig: er is sprake van een enkelvoudig beeld.
- _ Laag: er is weliswaar sprake van comorbiditeit of problematiek op As 2 (persoonlijkheid, zwakzinnigheid), As 3 (somatische factoren) of As 4 (psychosociale en omgevingsproblemen), maar deze interfereert niet met de behandeling van de hoofddiagnose.
- _ Hoog: er is sprake van ingewikkelde comorbiditeit of problematiek op As 2, 3 of 4 die om multidisciplinaire behandeling in een gespecialiseerde setting vraagt.

Beloop klachten

- _ De duur van de symptomen beantwoordt (nog) niet aan de criteria uit de DSM richtlijn voor het betreffende ziektebeeld.
- _ Er is sprake van aanhoudende/persisterende klachten. Eerdere interventies hebben onvoldoende effect bewerkstelligd.
- _ De duur van de symptomen beantwoordt aan de criteria uit de DSM richtlijn voor het betreffende ziektebeeld.
- _ Er is sprake van recidive.
- _ Er is sprake van stabiele chronische problematiek, niet crisisgevoelig.
- _ Er is sprake van stabiele chronische problematiek, crisisgevoelig.
- _ Er is sprake van instabiele chronische problematiek.