

Amsterdam, September 2013

T.a.v. de Directeur Curatieve Zorg,  
mw. drs. V.J.W.C. Esman-Peeters  
Postbus 20350  
2500 EJ Den Haag

Betreft: reactie Nederlands Kenniscentrum Angst en Depressie op de voorgenomen opzet van basis-GGZ (GBGGZ) en specialistische GGZ (GGGZ)

Geachte mevrouw Esman-Peeters,

Met deze brief reageren wij, het Nederlands Kenniscentrum Angst en Depressie (NEDKAD\*), op de voorgenomen opzet van basis-GGZ (GBGGZ) en specialistische GGZ (GGGZ) zoals beschreven in het HHM rapport en overgenomen door de minister, middels de bijlage bij de voorhangbrief 'generalistische basis GGZ, verwijfsmodel en productbeschrijvingen'.

Vanuit onze expertise willen we ons in deze brief richten op de consequenties die bovengenoemde voorstellen hebben voor de GGZ, met name gericht op de behandeling van angst- en stemmingsstoornissen.

Zoals vastgelegd in het Bestuurlijk akkoord, steunen wij het in verschillende notities omschreven streven om de curatieve GGZ zo in te richten dat de patiënt adequaat en op de juiste plek wordt behandeld. De stepped-care en matched care benadering zoals in de multidisciplinaire richtlijnen beschreven zijn, geven hier naar onze mening op de beste onderbouwde wijze uitvoering aan.

Graag willen wij u wijzen op onderstaande punten die wij verderop nader toelichten:

- I. De multidisciplinaire richtlijnen in de GGZ (zoals bijvoorbeeld voor Angst en Depressie) kunnen niet goed toegepast worden binnen de nieuwe GBGGZ.**
- II. De criteria voor de zorgzwaartepakketten zijn multi-interpretabel; gaan voorbij aan beloopkenmerken, zijn niet stoornisspecifiek en zijn onvoldoende gebaseerd op specifieke patiëntkenmerken. Er bestaan sterke twijfels over de voorspellende waarde van de criteria voor de benodigde hoeveelheid zorg.**
- III. Het niet meteen kunnen doorverwijzen van de GBGGZ naar de GGGZ zal leiden tot informatieverlies en inefficiëntie in de patiëntenzorg.**

#### **Ad I. Multidisciplinaire richtlijnen kunnen niet worden gevolgd in de basis GGZ.**

Naar onze mening is het in het huidige voorstel niet mogelijk binnen de genoemde productbeschrijvingen van de basis GGZ adequaat uitvoering te geven aan de in het veld vastgestelde behandelnormen zoals beschreven in

de multidisciplinaire richtlijnen (MDR). Volgens het NEDKAD bieden de richtlijnen een goed uitgangspunt voor het leveren van goede en doelmatige GGZ-zorg. De beschreven zorgproducten voor de GBGGZ bieden echter onvoldoende zorgminuten om de effectief bewezen behandeling voor deze aandoeningen toe te passen voor de in de zorgproducten benoemde doelgroepen.

In het voorstel van de minister staat dat matige tot ernstige GGZ aandoeningen zoals PTSS, dwangstoornis, depressie, etc. behandeld gaan worden in de basis GGZ (zorgproduct GBGGZ-BI) en daarmee (indien niet complex of risicovol) uitgesloten worden van specialistische behandeling. Momenteel worden diezelfde aandoeningen veelal behandeld in de tweedelijns GGZ, DBC 800 – 1800 minuten wat overeen komt met 12 – 30 zittingen. Dit wordt binnen de basis GGZ teruggebracht tot 8-11 zittingen. Hiermee is het niet mogelijk de effectief bewezen behandelingen zoals beschreven in de MDR toe te passen. Onze verwachting is dat veel patiënten ondoelmatig behandeld zullen worden doordat binnen de basis GGZ maar een halve behandeling geboden kan worden. Dit zal vermoedelijk leiden tot verlenging van ziekteduur, toename van complexiteit en ernst van de klachten waarna alsnog specialistische GGZ zorg ingezet dient te worden. Dit zorgt naar onze stellige overtuiging voor ondoelmatige zorg met een toename van de kosten en verlenging van ziekteduur en lijden bij de patiënten. Deze aanpak zou vergeleken kunnen worden met een situatie waarin een chirurg de gelegenheid heeft slechts de helft van een tumor te verwijderen omdat de operatietijd op is. Hierna zal de tumor opnieuw groeien en complexer worden waarna alsnog een volledig operatie uitgevoerd kan worden.

**Ad II. De toewijzingscriteria aan zorgzwaartepakketten zijn multi-interpretabel; onvoldoende gebaseerd op patiënt en ziektekenmerken en hebben onvoldoende voorspellende waarde voor benodigde hoeveelheid zorg.**

Een meer fundamenteel probleem in de beschrijvingen van de zorgzwaartepakketten door HHM is dat de zorgzwaartepakketten niet stoornisspecifiek en multi-interpretabel zijn. NEDKAD meent dat de gehanteerde criteria onvoldoende gebaseerd zijn op specifieke patiënt- en ziektekenmerken en dat kan zoveel beter. Hoewel het beloop als een apart criterium wordt genoemd, wordt dit niet opgenomen in de verwijzing op hoofdlijnen. Dit staat haaks op de evidentie die er bestaat dat afhankelijk van het stadium van de ziekte waarin een patiënt verkeert (en dat geldt voor de gehele geneeskunde) juist meer of minder intensieve behandeling noodzakelijk of gerechtvaardigd is. Te verwachten valt bijvoorbeeld, dat langdurige of recidiverende problematiek die niet direct crisisgevoelig is (zoals veel recidiverende of chronische depressies) ten onrechte eerst naar de GBGGZ wordt verwezen waar de intensiteit van behandeling tekort zal schieten. Bij kanker in een verder gevorderd stadium zal ook niet eerst met laag intensieve behandeling worden gestart. NEDKAD pleit sterk voor een valide wetenschappelijke onderbouwing van de predictieve mogelijkheden van het verwijzingsmodel dat voor de GGZ wordt gehanteerd en is graag bereid over de mogelijkheden hiervoor in discussie treden.

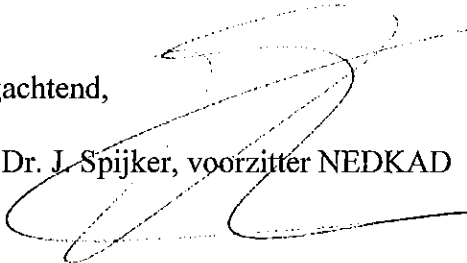
**Ad III. Het niet kunnen doorverwijzen van de GBGGZ naar de GGGZ zal leiden tot informatieverlies en inefficiëntie in de patiëntenzorg.**

Het niet direct door kunnen verwijzen van de GBGGZ naar de GGGZ zal een patiëntonvriendelijk administratief monstrum opleveren waarbij geen rekening is gehouden met de eerste voorwaarde voor efficiënte patiëntenzorg: zorgvuldige overdracht van inhoudelijke gegevens van reeds toegepaste interventies. Dit zal tot informatieverlies en daarmee inefficiënte (terug- en door-) verwijzingen leiden waar uiteindelijk patiënten onder zullen lijden en de kosten van zorg doen toenemen.

Op grond van bovenstaande punten pleit NEDKAD voor hernieuwd overleg met het veld om de verwijscriteria en de omvang van de zorgzwaartepakketten beter te ontwikkelen en op grond van wetenschappelijk bewijs op elkaar af te stemmen. Alleen dan kunnen effectief bewezen behandelingen doelmatig uitgevoerd worden.

Hoogachtend,

Prof. Dr. J. Spijker, voorzitter NEDKAD



\* NEDKAD staat voor Nederlands Kenniscentrum Angst en Depressie. Wij vertegenwoordigen vrijwel alle specialistische GGZ instellingen en de meeste academische centra waar behandelingen voor unipolaire depressies en angststoornissen worden geboden. NEDKAD behoort tot de voortrekkers van de ontwikkeling en implementatie van de multidisciplinaire richtlijnen Angst en Depressie. NEDKAD heeft eerder o.a. bijgedragen aan de Zorgstandaard Depressie.

Cc

1 ministerie van VWS

2 leden van de vaste kamercommissie volksgezondheid

3 GGZ Nederland

4 CVZ

5 NVRG, NVvP, NVGzP