



Zorginstituut Nederland
T.a.v. mw. mr. M.E. Kroes
per e-mail

Utrecht, 14 november 2014

Betreft: reactie op consultatiedocument DSM-5

Geacht mevrouw Kroes,

Graag maken wij gebruik van de gelegenheid te reageren op uw consultatiedocument 'Gevolgen van de DSM-5 voor de te verzekeren GGZ'. De ondertekenaars van deze brief vertegenwoordigen met elkaar de overgrote meerderheid van de circa tien duizend overwegend BIG-geregistreerde psychologen en pedagogen die als academisch opgeleid professional binnen de GGZ werkzaam zijn. Als beroepsverenigingen zetten wij de standaard voor doelmatige en effectieve zorg binnen de sector en behartigen wij de belangen van zowel vrijgevestigde zorgaanbieders als psychologen in loondienst.

Algemeen over de DSM-5 en de rol van het Zorginstituut

Als eerste willen we onze waardering uitspreken voor de wijze waarop het Zorginstituut Nederland de handschoen oppakt om de impact van de DSM-5 voor het verzekerde pakket te bepalen. Met de Nederlandse vertaling is de DSM-5 in Nederland een feit en zullen zorgaanbieders in de nabije toekomst hier mee gaan werken. Dit vraagt om een weloverwogen advies over de gevolgen hiervan voor het verzekerd pakket door een onafhankelijke partij.

Wij hebben in de aanloop van dit advies al onze reacties gegeven op het adviesrapport deel 2 in 2013 over de verzekerde G-GGZ opgesteld door uw rechtsvoorganger het CvZ. De standpunten van onze verenigingen verwoord in deze reacties gelden nog steeds. Ook waren wij betrokken in de mondelinge consultaties die u in de loop van 2014 met de veldpartijen heeft gevoerd over de gevolgen van DSM-5 voor de afbakening van het verzekerde pakket GGZ. In deze reactie sluiten we aan op de daarbij al ingebrachte zienswijze.

In deze brief gaan wij in op de zoor u gestelde consultatievragen en geven we, indien nodig, aanvullende opmerkingen op de tekst van het advies. Daarbij geven we graag constructieve suggesties voor gestelde dilemma's.

I. Hoofdstuk 2 / consultatievraag 1

In hoofdstuk 2 van uw consultatiedocument worden de te verzekeren aanspraken gedefinieerd. Naar aanleiding hiervan hebben wij de volgende opmerkingen.

1. Omschrijving Besluit zorgverzekering

Zoals ook reeds betoogd in onze reactie van vorig jaar, is de formulering van de aanspraak in het Besluit zorgverzekering inadequaats als het gaat om psychologische zorg. De formulering 'zorg zoals huisartsen, klinisch psychologen, medisch specialisten en verloskundigen (...) die plegen te bieden' dateert uit de tijd dat het begrip 'klinisch psycholoog' gebruikt werd ter aanduiding van alle psychologische professionals die werkzaam zijn in de zorg. Inmiddels is de titel 'klinisch psycholoog' echter een specifieke beroepstitel, voorbehouden aan gz-psychologen die zijn ingeschreven in het betreffende specialistenregister ex. art. 14 wet-BIG. Door deze betekeniswijziging sluit de formulering in het Besluit Zorgverzekering niet meer aan bij de praktijk van de GGZ, waarin het overgrote deel van het werk wordt verricht door gz-psychologen en psychotherapeuten; dit zijn zelfstandige professionals met een eigen taak- en deskundigheidsgebied, dat niet gesubsumeerd kan worden onder de zorg die klinisch psychologen bieden. Daarnaast kent de gezondheidszorgpsychologie naast de klinisch psychologie inmiddels al bijna tien jaar een tweede specialisme, de klinische neuropsychologie, eveneens met een eigen taak- en deskundigheidsgebied.

Mede door de invoering van de Generalistische Basis GGZ en de herstructurering van de gespecialiseerde GGZ ontstaat een toenemende taakdifferentiatie tussen het werk van gz-psychologen, psychotherapeuten en klinisch psychologen. Wij willen er dan ook nogmaals op aandringen de wetgever te adviseren de formulering van het Besluit Zorgverzekering te herzien in het licht van de ontwikkeling van de psychologische beroepenstructuur. Onze suggestie is hierbij aan te sluiten bij de terminologie van de wet BIG, zoals deze onder andere ook in de discussie over het hoofdbehandelaarschap wordt gehanteerd.

2. Handhaving eerdere inperkingen geneeskundige GGZ

In de discussie over uw rapport Geneeskundige GGZ deel II uit 2013 hebben wij uitvoerig beargumenteerd waarom wij bezwaar hebben tegen de inperkingen van de aanspraak op geneeskundige GGZ. Dit betreft onder andere de beperkingen tot 'stoornissen' en de uitsluiting van een aantal stoornissen, in het bijzonder de specifieke enkelvoudige fobieën, de seksuele stoornissen, aanpassingsstoornissen en werk- en relatieproblematiek.

Wij kunnen er begrip voor opbrengen dat de invoering van de DSM-5 voor u geen aanleiding is om deze eerdere vastgestelde inperkingen van de aanspraak op geneeskundige GGZ te heroverwegen. Wij willen er echter wel met kracht pleiten voor een onderzoek naar de effecten en neveneffecten van deze inperkingen. Uit de praktijk bereiken ons diverse signalen die erop wijzen dat de inperkingen ten koste gaan van de kwaliteit van de zorg, en niet per definitie leiden tot de beoogde vermindering van de kosten van de GGZ:

- huisartsen en POH's GGZ zijn niet geëquipeerd voor de behandeling van specifieke enkelvoudige fobieën;
- de beperking tot 'stoornissen' leidt er enerzijds toe dat klachten onnodig lang onbehandeld blijven, met als gevolg onnodig individueel lijden en hogere

maatschappelijke kosten, onder andere als gevolg van ziekteverzuim. Anderzijds leidt het tot een onnodige medicalisering en stigmatisering, omdat het professionals aanmoedigt waar mogelijk een stoornis te diagnosticeren.

- het beleggen van de zorg bij seksuele stoornissen bij de huisarts en de medisch specialistische zorg leidt tot een inadequaat zorgaanbod: huisartsen zijn hiervoor onvoldoende geschoold, en ook in veel ziekenhuizen ontbreekt de hiervoor benodigde expertise. De kosteneffectiviteit hiervan is bovendien zeer problematisch: medisch-specialistische zorg is in de regel vele malen duurder dan zorg in de G-GGZ. Hierbij laten we de maatschappelijke kosten van ontoereikende zorg nog buiten beschouwing. Om deze reden pleiten wij met kracht voor heropname van behandeling van deze stoornissen in de verzekerde G-GGZ.
- de uitsluiting van werk- en relatiegerelateerde problematiek en van V-codes is willekeurig en ongefundeerd. De resulterende onderbehandeling van deze aandoeningen leidt tot hoge maatschappelijke kosten.

Wij onderschrijven van harte de rol van de huisartsenzorg als poortwachter tot de GGZ en als de plaats waar lichte en/of beginnende psychische aandoeningen als eerste beoordeeld kunnen worden. In veel gevallen kan met een vroegtijdige interventie verergering worden voorkomen en staat de cliënt weer snel op eigen benen. Als de klachten echter persisteren en niet vanzelf over gaan is de huisartsenzorg ontoereikend en dient doorverwijzing naar de GGZ plaats te vinden, ongeacht de (vermoedelijke) classificatie. Hetzelfde geldt voor de behandeling van aan somatische aandoeningen gebonden stoornissen. Het gaat er om zorg op maat te bieden door de daartoe toegeruste professional.

In zijn algemeenheid willen wij erop wijzen dat de GGZ tot de meest kosteneffectieve vormen van zorg behoort: de kosten ervan zijn beperkt, en de maatschappelijke opbrengsten in termen van vermindering van arbeidsuitval etc. zijn groot. In gewoon Nederlands: geestelijke gezondheidszorg kost geld, maar de maatschappelijke kosten van onverstandig inperken van de aanspraak op GGZ zijn vele malen hoger.

(terzijde merken wij op dat ook de veronderstelling die ten grondslag ligt aan de inperking van het pakket in toenemende mate problematisch is. In 2013 wezen wij er reeds op dat van de vermeende exces-groei van de GGZ geen sprake is. Dit wordt bevestigd door het recente NZa-overzicht van de Stand van de zorgmarkten 2014, waaruit blijkt dat er sinds 2012 sprake is van een daling van de kosten van de GGZ met ca. 8 procent).¹

In dit licht willen wij erop aandringen dat het Zorginstituut in zijn rol als onafhankelijk adviseur van de Minister een onderzoek entameert naar de gevolgen van de bovengenoemde inperkingen van de aanspraak op G-GGZ, zowel voor de kwaliteit en effectiviteit van zorg als voor de maatschappelijke kosten van het niet, te laat of inadequaat behandelen van psychische aandoeningen.

3. Consultatie door huisarts (2.2.1.1)

In de paragraaf over het huisartsenkader wordt gememoreerd dat de huisarts de mogelijkheid heeft om een psychiater, psychotherapeut of klinisch psycholoog te consulteren. We stellen voor hier de gz-psycholoog en de klinisch neuropsycholoog aan toe te voegen.

¹ NZa, Stand van de zorgmarkten 2014, zie p. 26 en p. 52. De kosten in 2013 waren 3% lager dan in 2012, voor 2014 worden een verdere kostendaling verwacht van 4.3 miljard naar 4.1 miljard euro (-5%).

- De gz-psycholoog in de Basis GGZ is bij uitstek de eerstaangewezen professional om op kosteneffectieve wijze de huisarts te adviseren bij de diagnostiek, indicatiestelling en behandeling van psychische klachten in de huisartsenpraktijk.
- de klinisch neuropsycholoog beschikt over een specifieke eigen expertise inzake neurocognitieve stoornissen.

II. Wijzigingen in aanspraken ten gevolge van DSM-5/ consultatievragen 2 en 3

Ten aanzien van de specifieke wijzigingen die u voorstelt in verband met de invoering van de DSM-5 de volgende opmerkingen.

1. Algemeen

1. Op verschillende plaatsen spreekt u van een (beperkte) uitbreiding van pakket geneeskundige zorg als gevolg van de toevoeging van nieuwe stoornissen. Dit berust op een misverstand. De ernstige verzamelstoornis, ernstige excooriatiestoornis en ernstige en zeer ernstige eetbuistoornis worden ook nu reeds behandeld, als onderdeel van de zorg bij (ernstige) obsessieve-compulsieve stoornissen, obsessieve-compulsieve persoonlijkheidsstoornis, impulscontrolestoornis en de eetstoornis NAO. Van een uitbreiding van het verzekerd pakket is dus geen sprake.
2. Thans wordt geprobeerd de aanspraak op verzekerde zorg af te bakenen aan de hand van afzonderlijke in de DSM-5 onderscheiden stoornissen. Wij willen adviseren dit te heroverwegen, en bij de afbakening de hoofdcategorieën uit de DSM-5 als uitgangspunt te nemen. De onderverdeling in specifieke stoornissen is vooral voor de behandeling van belang, en is voor de afbakening van verzekerde zorg minder relevant en bruikbaar.
3. Bij de bepaling van de aanspraak op verzekerde zorg zouden wij nadrukkelijk ook de lijdensdruk en het niveau van (dis)functioneren mee willen wegen. Dit is in lijn met hedendaagse inzichten over de behandeling van ernstige psychiatrische aandoeningen, zoals onder andere geformuleerd in het rapport 'Over de brug. Plan van aanpak voor de behandeling, begeleiding en ondersteuning bij ernstige psychische aandoeningen' dat onlangs door minister Schippers werd aangeboden aan de Tweede Kamer.² Hierbij zou bij voorbeeld de WHO-DAS-score een rol kunnen spelen.

2. Disruptieve stemmingsdisregulatie-stoornis (3.4.2)

De stelling dat deze classificatie niet voorkomt na het 18^{de} jaar is onjuist, zoals wij ook reeds op de consultatiebijeenkomst hebben aangegeven. Het initieel gebruik van deze classificatie is beperkt tot jeugdigen tussen de 6 en 18 jaar. Eenmaal vastgesteld, kan deze stoornis echter ook na het 18^{de} levensjaar voortduren. Ons inziens kan hierbij ook GGZ zorg geïndiceerd zijn.

² Over de brug. Plan van aanpak voor de behandeling, begeleiding en ondersteuning bij ernstige psychische aandoeningen. Kenniscentrum Phrenos, 2014.

3. Premenstruele stemmingsstoornis (3.4.3)

Wij vinden het onverantwoord om deze stoornis uit te sluiten van G-GGZ. Het betreft een wetenschappelijk erkende stemmingsstoornis met een complex beeld, die zeker niet in alle gevallen adequaat door de huisarts kan worden behandeld. Wij pleiten voor behandeling van ernstige en zeer ernstige premenstruele stoornissen in de GGZ.

4. Excoriatiestoornis (3.4.5)

U stelt voor de aanspraak op deze zorg te beperken tot situaties waarin sprake is van ernstige lichamelijke complicaties. Wij menen dat deze inperking niet onderbouwd en niet zinvol is. Het criterium 'ernstige lichamelijke complicaties' staat niet in de DSM-5.³ Toevoeging van dit criterium maakt tijdige behandeling van deze stoornis vóórdat deze leidt tot ernstige lichamelijke complicaties (en de daarbij behorende kosten) onmogelijk. Wij wijzen er hierbij op dat excoriatiestoornissen en verzamelstoornissen in de DSM-IV ook al vielen onder de obsessief-compulsieve stoornissen en daarmee onder het verzekerde pakket.

5. Eetbuistoornissen (3.4.8)

De beperking om deze zorg alleen te vergoeden bij (zeer) ernstige stoornissen is vermoedelijk bedoeld om obesitas uit te sluiten. We vinden de ondergrens van minimaal 8 eetbuien per week echter willekeurig en te beperkt. Minstens zo belangrijk als het aantal eetbuien zijn factoren zoals controleverlies, emotieregulatie en de keuze van wat men eet.

6. Beperkte en uitgebreide neurocognitieve stoornissen (3.4.14 en 3.4.15)

Wij onderschrijven de stelling dat hier bij voorkeur sprake moet zijn van zorg die is ingebed in een zorgketen. Tegelijkertijd moet geconstateerd worden dat deze zorgketens nog niet overal adequaat tot ontwikkeling zijn gekomen. In die situatie blijkt gespecialiseerde klinisch-neuropsychologische hulpverlening in de G-GGZ vaak een belangrijke aanvulling op somatische zorg. Dit geldt bij voorbeeld bij cognitieve stoornissen anders dan dementie in combinatie met psychische klachten (na CVA, na trauma etc.). In ziekenhuizen wordt deze zorgvraag vaak pas laat onderkend, vaak nadat eerst een (duur en ineffectief) traject bij de neuroloog is doorlopen. Ook binnen de revalidatiezorg is hiervoor vaak geen plaats, omdat het 'uitbehandelde' patiënten betreft. G-GGZ door gespecialiseerde klinisch-neuropsychologische zorgverleners kan in deze situatie een kosteneffectieve aanvulling bieden. Wij stellen dan ook voor de formulering '(indien onderdeel van zorgketen)' te vervangen door '(bij voorkeur als onderdeel van zorgketen)'.

7. Andere gespecificeerde stoornis (3.5.1)

1. U stelt dat deze classificatie alleen gebruikt mag worden in uitzonderingsgevallen. Wij kunnen dit niet onderschrijven. Uiteraard zal waar mogelijk gebruik moeten worden gemaakt van een van de in DSM-5 genoemde specifieke classificaties. Maar met name bij persoonlijkheidsstoornissen is relatief vaak sprake van zeer duidelijk lijden met symptomen op meerdere gebieden, zonder dat aan alle criteria van een specifieke stoornis voldaan wordt.

³ In de DSM 5.0 geeft criterium C aan dat er sprake moet zijn van klinisch significante lijdensdruk of beperkingen in het functioneren. Dit sluit aan bij wat wij hierboven opmerkten over het belang van het niveau van (dis)functioneren en lijdensdruk.

2. U stelt: 'Mocht er gebruik gemaakt worden [van deze classificatie], dan dient dit gepaard te gaan met nadere uitleg in het dossier, zodat de zorgverzekeraar op een efficiënte wijze controle kan uitoefenen.' Deze formulering geeft ruimte voor misverstanden. Uiteraard dient het gebruik van deze classificatie beargumenteerd te worden in het dossier. Het kan echter niet zo zijn dat het gebruik van deze classificatie de zorgverzekeraar automatisch het recht geeft op inzage in het dossier. Dit zou een inbreuk zijn op de privacy, die zich niet verdraagt met de uitgangspunten en regels voor materiële controle.

8. Ongespecificeerde stoornis (3.5.2)

Wij kunnen ons vinden in de opvatting dat deze classificatie alleen als voorlopige classificatie aanspraak geeft op verzekerde zorg. De formulering 'deze classificatie kan geen eindclassificatie zijn' vinden wij echter problematisch. Immers: dit zou betekenen dat in situaties waarin de patiënt uit zorg gaat (bij voorbeeld als gevolg van no show) voordat de eindclassificatie kan worden gesteld, geen vergoeding mogelijk is. Er zou een uitzondering moeten zijn als er nog sprake is van een diagnostische fase.

9. Psychische factoren die somatische aandoeningen beïnvloeden (3.5.3)

Hier is sprake van een onjuiste interpretatie van de DSM-5. Er is hier nadrukkelijk sprake van meer dan 'niet goed lukken van omgaan met de aandoening'. Van deze classificatie is sprake als (a) er sprake is van een somatische aandoening en (b) psychische factoren het somatisch probleem verergeren, het herstel vertragen, interfereren met de behandeling, leiden tot aantoonbare gezondheidsrisico's, of de onderliggende pathofysiologie beïnvloeden).

III. DSM-5 of ICD-10/11 (consultatievragen 4-6)

- Zoals eerder uitvoerig uiteengezet vinden wij het gebruik van een classificatie-instrument als de DSM IV, DSM-5 of ICD 10/11 te beperkt en gevaarlijk als basis voor de definitie van verzekerde zorg. Uw standpunt is dat er binnen de G-GGZ geen betere systematiek is. In dit opzicht verschilt de G-GGZ echter niet van de somatische/medisch-specialistische zorg. Wij zien dan ook niet in waarom dit zou moeten leiden tot de keuze voor een inadequaot instrument, dat ertoe leidt dat vormen van psychisch lijden en daaruit volgend maatschappelijk disfunctioneren op grote schaal worden uitgesloten van behandeling.
- Indien desalniettemin gekozen wordt voor een classificatie-instrument als basis voor de afbakening van verzekerde zorg, onderschrijven wij de opvatting dat de DSM-5 de voorkeur verdient boven de DSM IV en de ICD-10, om de redenen die u in uw consultatiedocument noemt.
- Wij onderschrijven uw oproep aan de beroepsgroep om voorstellen te doen voor een betere grondslag voor de bepaling van te verzekeren zorg. Momenteel wordt reeds hard gewerkt aan een zorgzwaartemodel, in een gezamenlijk project van beroepsgroepen, brancheorganisaties en zorgverzekeraars. Uitgangspunt zijn daarbij naast DSM-classificaties ook lijdensdruk en niveau van maatschappelijk functioneren. Wij hopen in de nabije toekomst het initiatief nemen om langs dezelfde lijnen een alternatief te ontwikkelen voor de afbakening van verzekerde zorg.

IV. Overige punten

- Het consultatiedocument handelt terecht alleen over G-GGZ voor volwassenen. Het ligt echter voor de hand dat het standpunt van ZINL hieromtrent ook gevolgen zal hebben voor het beleid van gemeenten ten aanzien van de jeugdzorg. Naar verwachting zullen gemeenten ZINL volgen in hun afbakening van jeugd-GGZ die voor vergoeding in aanmerking komt. In dat verband achten wij het van belang dat ZINL duidelijk aangeeft in welk opzicht de hier voorgestelde afbakening van verzekerde zorg wel en niet bruikbaar is als richtsnoer voor gemeenten. Daarbij moet nadrukkelijk ook rekening gehouden worden met de verschillen tussen jeugdigen en volwassenen.
- Een punt van aandacht is de implementatiedatum van de nieuwe afbakening van verzekerde zorg. Enerzijds is het van belang dat deze zoveel mogelijk synchroon loopt met de implementatie van de DSM-5 in de zorgpraktijk. Anders ontstaat de ongewenste situatie dat zorgprofessionals twee classificatiesystemen naast elkaar moeten gebruiken. Anderzijds dient gewaakt te worden voor administratieve en informatietechnologische chaos als gevolg van overhaaste invoering van de DSM-5 als basis voor de afbakening van verzekerde zorg.

Wij vertrouwen erop dat u onze overwegingen betreft bij de definitieve vaststelling van uw advies.

Hoogachtend,

mede namens de NVO, de VGCT, de Vereniging EMDR Nederland en de NVVS,



Drs. J.C.M. van Eck,
Directeur NIP



Prof.dr. M.J.P.M. Verbraak, klinisch psycholoog
Voorzitter NVGzP