

Verslag van ACP 36: Vergadering Adviescommissie Pakket CVZ d.d. 22 februari 2013

Leden:

mw. prof. dr. I.D. de Beaufort
dr. A. Boer (voorzitter)
mw. prof. dr. H.M. Dupuis
drs. M.C. Dekker
prof. dr. J. Kievit
drs. ing. A.H.J. Moerkamp
dr. C. Smit

Ondersteuning:

H.J. Trouw MSc, stafmedewerker ACP (notulen)
mw. drs. J. Zwaap, secretaris (notulen)

Afwezig:

mw. H.B.M. Grobbink CCM
prof. dr. G.J. van der Wilt

Bij agendapunt 3, de consultatiebijeenkomst in het kader van het GGZ rapport deel 2, zijn op uitnodiging van de commissie de volgende personen aanwezig:

Naam	Organisatie
De heer Koets	Nederlandse vereniging van pedagogen en onderwijskundigen (NVO)
De heer Luijk	Zorgverzekeraars Nederland (ZN)
De heer Van Rooij	GGZ-Nederland
De heer Van Schendel	Nederlandse Vereniging voor Klinische Geriatrie (NVKG)
De heer Van Buuren	Nederlandse Vereniging van Vrijgevestigde Psychologen & Psychotherapeuten (NVVP)
De heer Romme	Artsenfederatie KNMG
De heer Maijer	DBC-Onderhoud
De heer Burgers	Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG)
Mevrouw Abbema	Nederlands Instituut voor Psychologen (NIP)
Mevrouw Hogendorp	Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV)
De heer Groenewegen	Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN)
Mevrouw De Rooij	Nederlandse Internisten Vereniging (NIV)
Mevrouw Draijer	Nederlandse Vereniging voor Psychotherapie (NVP)
De heer Verbraak	Landelijk Platform GGZ
De heer Pijnenburg	Nederlandse Vereniging voor Relatie- en Gezinstherapie (NVRG)
De heer Bakker	MEER GGZ
Mevrouw Sax	Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP)
De heer Van Dis	Nederlandse Vereniging voor Gezondheidszorgpsychologie en haar specialismen (NVGzP)

1. Opening en mededelingen

De voorzitter opent om 10.30 uur de vergadering. Hij heet alle aanwezigen welkom. Hij geeft aan dat vandaag een bijzondere vergadering is omdat de commissie partijen uit de zorg heeft uitgenodigd in het kader van het GGZ rapport deel 2. Daarom zal hij straks de vergadering kort schorsen en om 11.00 uur de consultatiebijeenkomst openen.

Mededelingen

- De heer Van der Wilt en mevrouw Grobbink zijn vandaag verhinderd.
- Er is een aantal stukken nagestuurd. Omdat die allen betrekking hebben op agendapunt 2, zal de secretaris ze daar noemen.

Conflicterende belangen

Er zijn geen conflicterende belangen. Een lid merkt op dat zijn schoondochter onderzoek doet naar de gevolgen van mishandeling in de vroege jeugd voor ontwikkeling van de hersenen. Zij is geen behandelaar, dus hij meent dat er geen sprake is van belangenverstrengeling. De andere leden zijn het hiermee eens.

2. Verslag vergadering 25 januari

Er zijn geen opmerkingen bij het verslag.

Hierna schorst de voorzitter de vergadering tot 11.00 uur.

3. Consultatiebijeenkomst in het kader van het GGZ rapport deel 2

De voorzitter heropent om 11.00 uur de vergadering en heet alle genodigden welkom. De secretaris noemt op welke personen namens de verschillende organisaties aanwezig zijn. De voorzitter schetst kort de context en invulling van de bijeenkomst. De commissie heeft tijdens de eerste bespreking van het rapport besloten alle partijen uit te nodigen voor een gesprek, omdat er veel onrust was over het conceptrapport. Vandaag wil de commissie graag horen wat de zorg is bij partijen. De commissie zal zich luisterend en vragend opstellen.

De voorzitter vat vervolgens kort samen hoe het rapport tot stand is gekomen. Dit is gebeurd op verzoek van de Minister. In de aanloopfase tot het rapport is er intensief overleg geweest met veel partijen. Veel van de aanwezigen zijn daarbij geweest of andere personen namens hun organisaties. Het CVZ heeft hen destijds een aantal vragen voorgelegd. Alle uitgebreide reacties op dit verzoek, het conceptrapport dat het CVZ vervolgens heeft opgesteld en alle reacties daarop, zijn bij de commissie bekend. De commissie heeft tijdens de eerste bespreking van het conceptrapport besloten partijen uit te nodigen voor een gesprek, mede omdat inmiddels was gebleken dat er veel onrust was ontstaan over het rapport. Vandaag vindt dit gesprek plaats. Veel partijen hebben gehoor gegeven aan de uitnodiging van de commissie, sommigen ook niet. De voorzitter zal straks alle partijen die dat willen uitnodigen kort in twee minuten de kern van hun standpunt uiteen te zetten. Dat gebeurt in een willekeurige volgorde. Na iedere toelichting kan de commissie spreker vragen stellen. Als alle sprekers zijn geweest, zal de commissie nog resterende algemene vragen stellen aan de deelnemers. De commissie zal nog bepalen hoe en wanneer zij wat vandaag aan de orde is, zal bespreken. De organisatie zal in de komende periode werken aan een nieuw ontwerp van het rapport. Op dit moment is de planning dat de commissie in de openbare vergadering van 5 april een advies over dit ontwerp rapport zal formuleren aan de Raad van Bestuur.

Een van de deelnemers stelt de vraag door wie en waarom de bijeenkomst wordt opgenomen. De journalist van de NOS geeft aan dat de NOS opnamen maakt van de bijeenkomst voor het NOS journaal, het radio nieuws of Nieuwsuur. Of er ook uitzending volgt, hangt af van wat de consultatiebijeenkomst aan nieuwswaardig nieuws gaat opleveren.

De voorzitter bedankt voor deze vraag en vraagt of alle leden van de commissie zich willen voorstellen.

De secretaris voegt toe dat de heer Van der Wilt is verhinderd en dat het secretariaat enkele stukken heeft nagestuurd aan de commissie die niet op de website stonden. Het gaat hierbij om de volgende stukken:

- bijlage bij gezamenlijke reactie op conceptrapport door NVGzP, NVP en VGcT van 31 januari 2013. Bijlage was per ongeluk niet met de stukken meegestuurd.
- Tekst van het "Bestuurlijk Akkoord Toekomst GGZ" dat is gesloten op 18 juni 2012.
- Nagekomen reactie van MEER GGZ van 19 februari 2013

De voorzitter benadrukt dat deze informatie niet op de website stond, maar wel bekend is bij de commissie. Hij nodigt vervolgens de eerste spreker uit.

Weergave van de inspraak en daarop volgende vragen door de commissie

De heer Koets van de NVO

De NVO ziet en herkent de problematiek van de kostenbeheersing. Spreker vraagt de aandacht voor de zorg voor kinderen en jeugdigen. Hij betwijfelt of deze zorg door een lijst van stoornissen en vergoedingen wordt geborgd. Het suggereert dat klachten en stoornissen gemakkelijk te onderscheiden zijn. De NVO vreest voor de integraliteit van de zorg aan deze doelgroep. Men stelt voor om binnen budgetten voor regionale voorzieningen experts goede afwegingen te laten maken welke zorg nodig is op basis van de aard en ernst van de problematiek, en hier verantwoording over te laten afleggen.

Vragen commissie

- Speelt rubriek NAO (niet anders omschreven) vooral in deze groep een rol? In het rapport wordt voorgesteld voor deze code een machtiging te laten afgeven. Spreker antwoordt dat er niet altijd bij aanvang van het zorgtraject duidelijk is dat er sprake is van een diagnose. Dat kan vertragend werken. Hij bevestigt dat bij deze groep de “NAO-problematiek” meer dan bij andere groepen zou kunnen spelen.
- Wat kan de rol zijn van preventie in deze groep? Is daar onderzoek over? Spreker noemt het voorbeeld van de schoolfobie. Hij weet niet zeker of er cijfers zijn, maar vast staat wel dat je door preventie en vroege behandeling erger kunt voorkómen.

De voorzitter vraagt alle aanwezigen om, wanneer zij nadere informatie hebben waarmee zij hun standpunt kunnen onderbouwen, deze aan de commissie toe te sturen. Vervolgens geeft hij het woord aan de volgende spreker.

De heer Luijks van ZN

ZN waardeert de systematische wijze waarop het CVZ vorm heeft gegeven aan de afbakening van de geneeskundige GGZ. Deze afbakening is een randvoorwaarde om te kunnen sturen op doelmatigheid en te kunnen controleren op de rechtmatigheid van declaraties. Het rapport onderkent de rol die de verzekeraar heeft om te sturen op doelmatigheid en kostenbeheersing. Het rapport biedt een deel van de oplossing, maar ZN heeft wel gemerkt dat het rapport ook heeft geleid tot veel misverstanden en misinterpretatie in het veld. Spreker verzoekt dat ook om in het definitieve rapport goed aan te geven waar de zorg wel is verzekerd, want in het overgrote deel wordt er helemaal geen zorg uit het pakket gehaald, maar wordt verplaatst naar een ander domein. ZN vindt verder het afgeven van een machtiging bij overgang naar een chronische fase een behoorlijk zwaar middel. Spreker wil graag samen met CVZ en partijen uit het veld zoeken naar een alternatief, bv in de vorm van het ontwikkelen van een veldnorm voor het registreren van het behandelplan en de evaluatie daarvan. Bij voorkeur zou ZN daarin een link willen leggen met Routine Outcome Measures (ROM), waarin de voortgang wordt gevolgd en ook de aanleiding voor een verlenging van een traject en de doelstellingen daarvan.

Spreker vraagt om de geïndiceerde preventie onder de huisartsenzorg te behouden. Dit is een belangrijk instrument voor de huisarts. Niet alleen in het belang van de gezondheid van de patiënt, maar ook om vervolgkosten te voorkómen, Tot slot vraagt ZN aandacht voor de invoeringsdatum. Het rapport heeft nogal wat consequenties. Het is van belang dat voor partijen duidelijk is wanneer het ingaat, zodat de benodigde aanpassingen in het systeem kunnen plaatsvinden. Spreker vraagt daarom rekening te houden met de uitvoeringspraktijk.

Vragen commissie

- Uit de reacties wordt duidelijk dat er twee trajecten lopen: het Bestuurlijk Akkoord (BA) en het GGZ rapport. In het BA is een groei van 2.5% afgesproken. Inmiddels lijkt er sprake van een derde traject, nu in de NRC heeft gestaan dat enkele verzekeraars een 0% groei willen. Welke rol speelt ZN hierin? Spreker antwoordt dat verzekeraars het BA hebben ondertekend en steunen, dus ook de 2.5% groei afspraak. Het derde traject waar aan de orde wordt gesteld, gaat over de zorginkoop en loopt buiten ZN om.

De heer Van Rooij van GGZ-Nederland

GGZ-Nederland geeft aan dat het CVZ het conceptrapport over de afbakening van de geneeskundige GGZ heeft geschreven om druk op het GGZ kader te voorkomen. GGZ-Nederland heeft uitgebreid op het rapport gereageerd en dat gaat spreker niet herhalen. Wel vindt hij het belangrijk te verwijzen naar het BA waarin belangrijke afspraken zijn gemaakt en die ziet hij dan ook als basis voor de toekomst. Spreker vindt belangrijk dat het CVZ ook een gesprekspartner is in de uitvoering van het BA om te voorkómen dat trajecten uit elkaar gaan lopen. Hij nodigt het CVZ dan ook van harte uit, in welke vorm dan ook. Volgens het CBS zijn de kosten in de GGZ in de periode 2000-2010 gestegen van 2.5 tot 5.4 miljard. Dat is een ander getal dan het CVZ aangeeft in zijn rapport. De kosten in de GGZ zijn gestegen met 110%. De groeipercentages voor de totale zorg en de ziekenhuizen zijn respectievelijk 109% en 106%. Dat zijn hoge percentages waar iets aan moet worden gedaan, want het is belangrijk zo efficiënt mogelijk gebruik van te

maken van de euro's. Het vaker helpen van de patiënt in de eerstelijns en in zijn eigen omgeving in de zogenaamde basis GGZ, zal een belangrijke bijdrage leveren aan kostenbesparingen. In het BA is een volumegroei van maximaal 2.5% gegarandeerd. Dat percentage mag dus niet worden overschreden. Het verplaatsen van de zorg naar de eerstelijns, de ambulantisering, is de kurk waarop het BA drijft. De GGZ staat voor een zware opdracht. Daarvoor moet veel gebeuren. Ten eerste moet duidelijk worden waar de zorg het best geleverd kan worden, in de eerstelijns, in de gespecialiseerde zorg of in een zeer gespecialiseerde setting. Dit wordt nu uitgewerkt en de eerste metingen vinden plaats. Eind van het jaar zullen de eerste toepasbare resultaten beschikbaar moeten komen.

Daarnaast werkt GGZ-Nederland samen met professionals en patiënten aan richtlijnontwikkeling. In deze richtlijnen moet duidelijk worden hoe de zorg het best kan worden geleverd. Doelmatigheid speelt daarin veel meer dan voorheen een belangrijke rol. Dat geldt ook voor het meten van effecten in de zogenaamde ROM's. Voor de richtlijnontwikkeling wordt een apart instituut opgericht.

Vragen commissie

- Er is sprake van een bestuurlijk mismatch nu er op meerdere borden tegelijk wordt geschaakt. Is er ook een inhoudelijke mismatch? Spreker meent dat in het BA en het GGZ rapport dezelfde vraag aan de orde is, namelijk welke zorgvraag hoort op welke plek thuis en welke zorg is dan verzekerd. Wanneer de vragen in de twee trajecten verschillend wordt beantwoord, gaat dit uit elkaar lopen. Een andere overeenkomst is die van de extramuralisering. Het BA dwingt daartoe, maar de weg daar naartoe is die van de richtlijnen.
- Een commissielid is verbaasd dat spreker kennelijk dezelfde doelen nastreeft als het CVZ. Hij was in de veronderstelling dat GGZ-Nederland niet te spreken was over de CVZ aanpak. Uit verhaal van spreker net blijkt daar niets van. In het BA staat ook duidelijk het CVZ traject genoemd, dus dat kan geen verrassing zijn. Spreker antwoordt dat dit in de bekende kleine lettertjes staat. Het rapport van het CVZ behandelt dezelfde thematiek als het BA. Als het CVZ een onderscheid maakt tussen psyche en soma is dat niet handig, want in het BA is juist afgesproken dat bij elkaar te houden. CVZ heeft een eigenstandige taak in het duiden van behandelingen. Daar heeft GGZ-Nederland ook niet over gesproken in zijn reactie. Maar het rapport van het CVZ moet niet met het BA gaan interveniëren en dat is nu wel het geval.
- het oprichten van een apart richtlijninstituut kan een volgende mismatch worden. GGZ is toch ook een onderdeel van het Kwaliteitsinstituut dat het CVZ wil oprichten? Spreker geeft aan dat het zeker de bedoeling is dat het eigen kwaliteitstraject volledig spoort met dat van het Kwaliteitsinstituut en daar is ook veel contact over geweest.
- Er is kritiek dat het CVZ geen analyse heeft gedaan op de kostenstijgingen. Zijn er pogingen gedaan vanuit de brancheorganisatie om grip te krijgen op de kosten? Spreker geeft dat daar veel onderzoek naar is gedaan. Deels komt dat door een logische trend omdat er meer mogelijk is. Ook is sprake van een afnemend stigma en meer roep vanuit de samenleving om veiligheid. Nederland loopt in de pas met andere landen, behalve wat betreft het relatief aantal bedden.
- Uit het artikel van Wim Groot en Henriëtte Maarsen v/d Brink blijkt toch duidelijk dat Nederland eruit springt. Dat is weliswaar positief, maar zegt wel iets over de omvang. Spreker antwoordt dat GGZ-Nederland nog op dit artikel gaat reageren en hij zal die reactie ook aan de commissie sturen. Spreker meent dat het artikel voorbij gaat aan een aantal zaken. Het prevalentiecijfer van Nederland is niet anders dan dat van andere Europese landen. Misschien zijn hier wel meer mensen in zorg, maar dat heeft ook positieve effecten voor de productie, veiligheid, het onderwijs ed. Misschien is er een aantal mensen in zorg dat daar niet thuishoort, maar daar staat tegenover dat er ook mensen zijn die dat niet zijn, maar er wel thuishoren. Over het algemeen is Nederland een heel gemiddeld land waar wat meer mensen in zorg zijn, maar waar het land dan ook de vruchten van plukt.
- Is er onderzoek gedaan naar de bijdrage van de verschillende factoren die spreker noemt? En wat zou de bijdrage kunnen zijn van de instroom van nieuwe aanbieders.

Spreker kent hiervan geen gegevens. De voorzitter roept de aanwezigen op om, als zij beschikken over dergelijke gegevens, deze aan het CVZ te sturen.

De heer Van Schendel van de NVKG

De NVKG richt zich vooral op kwetsbare ouderen in hun thuissituatie. De organisatie maakt zich zorgen wat het rapport voor consequenties kan hebben voor de ondersteuning door mantelzorgers. Het is toch algemeen bekend dat deze bepalend kan zijn voor de vraag of iemand opgenomen moet worden en zo kosten gaat maken. Ook is het belangrijk dat kwetsbare ouderen die zorg afweren toch op een plek komen waar zij adequaat behandeld kunnen worden.

Vragen commissie

- Een commissielid vraagt naar het onderscheid tussen psychogeriatricie en gerontopsychiatrie. Spreker vindt dat deze begrippen nooit meer gebruikt moeten worden. Het gaat om ouderen met een bepaalde stoornis. Het is belangrijk niet in hokjes te denken. Het verlenen van ketenzorg en samenhangende zorg is de oplossing.

De heer Van Buuren van de NVVP

De NVVP zou graag willen dat de terminologie in het rapport over basis GGZ en specialistische GGZ beter aansluit bij het BA.

De afspraken in dit akkoord, die al zijn gericht op kostenbeheersing, moeten een kans krijgen. Verder is onderscheid tussen klachten en stoornissen, vertaald naar het uitsluiten van DSM IV categorieën, niet inhoudelijk verdedigbaar en niet evidence based. De DSM IV is een multifactorieel classificatiesysteem dat gericht is op het individu en niet geschikt is om een willekeurige grens te trekken tussen betwistbare en onbetwistbare GGZ. Datzelfde geldt voor een lijst met behandelingen niet geoorloofd zouden zijn. Dat is aan de beroepsgroep zelf. De NVVP vindt dat de toegenomen kosten het directe gevolg zijn van de stelselwijziging. Er zijn nieuwe toetreders gekomen en de consumptie is gestegen. De trend van medicalisering die wordt geschetst, herkent spreker niet.

De NVVP stelt dat de declaratiesystematiek die na de stelselwijziging is gaan vigeren mazen bevat en de organisatie maakt zich daar al lang zorgen over. Er vindt bypass plaats van de eerste lijn door het opwerpen van hoge financiële drempels voor de eerstelijns. Een andere prikkel is het ontbreken van plafonds voor de tweede en derde waardoor mensen onnodig lang in zorg blijven en het feit dat een behandeling van 900 minuten hetzelfde oplevert als een behandelduur van 1700 minuten. Ook het ontbreken van een stop op nieuwe aanbieders en het onbeperkt inzetten van hulppersoneel met een verlengde arm constructie heeft bijgedragen aan een kostenstijging van de behandeling van 30%. De NVVP vindt daarom dat er geen sprake is van een "voor deurprobleem", maar van een "achterdeurprobleem". Het CVZ kijkt alleen naar de voordeur. Deze perverse elementen zouden moeten worden aangepakt. Het systeem zit in een spagaat tussen marktwerking en kostenbeheersing. De centrale vraag zou niet moeten zijn wat er behandeld mag worden, maar wie er mag behandelen.

Vragen commissie

- Spreker informeert naar de keuzevrijheid van patiënten. Zijn er cijfers over het verschijnsel dat cliënten een behandelaar zoeken waar het mee "klikt" en dat dit ook bepalend is voor het effect van de behandeling? Spreker antwoordt dat die interactie zeker belangrijk is en dat dit ook voor een deel het effect van de behandeling bepaalt. Daarom is het afschaffen van de restitutiepolis een slechte zaak. Een vervolgvraag is of de cliënt in staat is zelf te beoordelen wat goed is voor hem of haar en niet te lang onder behandeling blijft omdat de interactie met de zorgverlener goed is. Spreker antwoordt dat een professional dit soort processen moet doorzien.
- Is het wel verstandig dat de indicatiestelling en uitvoering in één hand is? Spreker antwoordt dat er wel wordt meegekeken, maar zou best terug willen naar het vroegere systeem van een verplichte indicatiestelling.
- Is er voldoende analyse over "wat er mis is gegaan", bv. ten aanzien van de declaratiesystematiek. Spreker antwoordt dat hij het jammer vindt dat de analyse

van perverse prikkels te weinig heeft plaatsgevonden. Er moesten zo nodig zorgproducten komen, terwijl de beroepsgroep liever per tijdseenheid wil declareren. Dit heeft geleid tot allerlei verkeerde situaties waar geen sprake is van fraude, maar van het verkeerd uitpakken van een systeem. De voorzitter vraagt hierop naar de transparantie van wat er binnen zo een zorgproduct gebeurt. De betaler weet vaak niet waar hij precies voor betaalt. De burger is in dit systeem het spoor bijster. Spreker antwoordt dat de beroepsgroep zeker bereid is informatie te geven over de inhoud van de behandeling, dus het ligt niet aan een gebrek aan bereidheid, maar aan het systeem zelf.

De heer Romme van de KNMG

De KNMG vindt het belangrijk dat de noodzakelijke zorg altijd toegankelijk blijft. De organisatie heeft zich zorgen gemaakt bij het lezen van het rapport en heeft een voor haar doen stevige reactie geschreven. Duiding van wat is verzekerd, is belangrijk, maar wat helpt deze kennis in dit geval? Het CVZ brengt het rapport uit vanwege de sterk stijgende kosten, maar volgens de NZa markscan is die kostenstijgingcurve al afgeplat. De KNMG vindt juist ook belangrijk in te gaan op de baten van de zorg zoals minder lijden, langer werken en minder stigmatisering. Wat is daarover bekend? De KNMG mist dit in het rapport. De KNMG snapt dat het CVZ het rapport uitbrengt in opdracht van de Minister, maar vindt dat daar een deugdelijke analyse onder moet liggen die onaanvechtbaar moet zijn. Dat is niet gebeurd en alleen al op grond daarvan adviseert de KNMG het rapport niet uit te brengen. Daarnaast vindt de KNMG het niet aan het CVZ om ordening in het zorgaanbod aan te brengen. Dat spoort niet met de taken van het NZa om markten te ordenen. De KNMG vindt dat primair patiënten, aanbieders en zorgverzekeraars samen moeten bepalen welke zorg geleverd wordt, hoe die wordt georganiseerd en hoe deze wordt vergoed. Als daar hulp bij nodig is van de NZa, kan dat. Maar daarna is het pas aan het CVZ om binnen de ordening aan te geven welke zorg is verzekerd.

Vragen commissie

- Het rapport gaat toch over een doelmatige inzet van het pakket, bv. door meer zorg in de eerstelijns te verlenen. De KNMG suggereert toch in haar brief om de eerstelijns te versterken, wat juist ook in het CVZ rapport wordt genoemd. Daarnaast is de kwaliteit van de zorg inderdaad de verantwoordelijkheid van partijen zelf. Waarom wordt deze niet genomen? Misschien heeft de Minister daarom deze vraag uitgezet bij het CVZ. Spreker antwoordt dat de strekking van het rapport, administratieve wijziging of schrappen, onduidelijk blijft. De heer Moerkamp van het CVZ heeft dat in een interview in het Medisch Contact ook aangegeven. Partijen in de GGZ zelf zijn zelf wel in staat om het veld te ordenen. De rapporten van een overheidsorgaan moeten onberispelijk zijn. Mevrouw Draijer van de NVP voegt toe dat partijen de afgelopen 10 jaar multidisciplinaire richtlijnen hebben opgesteld onder de vlag van het Trimbos, bv. voor angststoornissen, persoonlijkheidsstoornissen, depressie etc. Het verbaast haar dat het CVZ deze richtlijnen niet als uitgangspunt heeft genomen.

De heer Burgers van de NHG

De NHG, en die spreekt ook een beetje namens de LHV, vindt het net als de commissie belangrijk dat de zorg zinnig en zuinig is. Ook het betaalbaar houden van de zorg rekent de NHG tot zijn verantwoordelijkheid. Daarom maakt de NHG ook al jaren richtlijnen. Waar het nu mis dreigt te gaan is waar de vraag wordt gesteld of de behandeling van psychische klachten in het pakket hoort. Het CVZ geeft daar voor- en nadelen van. Spreker houdt een warm pleidooi voor het houden binnen het pakket. Ten eerste omdat de NHG vindt dat het verschil tussen klachten en stoornis moeilijk te maken is. In de richtlijnen gebeurt dat wel. Maar de inschatting of er sprake is van een klacht of stoornis kan lastig zijn en hangt ook af van de "lijdensdruk" bij de patiënt. Een tweede reden is het onderscheid tussen psyche en soma. Wanneer psychische klachten worden uitgesloten, kan dat in de praktijk lastig uitpakken. Als voorbeeld noemt hij een vrouw van 41 jaar die zich meldt met hoofdpijn en slaapproblemen en die bij doorvragen blijkt relatieproblemen te hebben en een echtscheiding te overwegen. Mevrouw zou dan weggaan met een pijnstiller en misschien een slaaptablet en geen

hulp krijgen voor andere problemen. Om deze reden pleit spreker voor het handhaven van de behandeling van psychische klachten in het pakket.

Vragen commissie

- Levert een verschuiving van de tweede lijn naar de huisarts capaciteitsproblemen bij de huisarts op? Spreker meent dat de richtlijnen dit al grotendeels opvangen. Verder is een goede ondersteuning belangrijk. De POH-GGZ vervult hier een belangrijke rol. Natuurlijk kan er niet onbeperkt worden geschoven; de POH-GGZ moet het wel blijven aankunnen.
- De huisarts is bij uitstek geschikt als regievoerder, in Engeland zelfs ook voor de eerstelijns. Ziet spreker ook een rol als regievoerder binnen de ketenzorg waar we naar toe gaan? Spreker is het daar helemaal mee eens en betreft in toenemende mate ook andere beroepsgroepen bij zijn richtlijnen.
- Is er bewijs dat preventie van psychische klachten helpt? Spreker merkt op dat sommige dingen vanzelf over gaan, sommige dingen met een lichte behandeling verholpen zijn en dat als dat niet het geval is er wordt doorverwezen. Het echte bewijs ontbreekt, maar dit is logisch.

Op een vraag van de voorzitter bevestigt mevrouw Hogendorp van de LHV dat de NHG ook namens haar organisatie heeft gesproken en dat de LHV ook betrokken is bij het BA.

Mevrouw Abbema van het NIP

De NIP snapt de behoefte aan herschikking van het veld, maar vraagt aandacht voor de consequenties in de uitvoering. De psychologen die zijn aangesloten bij het NIP zijn over de volle breedte van het veld werkzaam, zowel zelfstandig als in instellingen.

Vanuit het gezichtspunt van de NIP zijn de volgende zes specifieke punten van belang:

- Richtlijnen en kwaliteit zijn zowel in het BA als in het GGZ rapport aan de orde. Dit is erg door elkaar heen gaan lopen. Strookt dit nog wel met elkaar, ook in de tijd?
- Er wordt weinig stil gestaan bij de zorg voor jeugdigen en ouderen. Hier spelen aparte aandachtspunten zoals comorbiditeit en de rol van het systeem, ouders en mantelzorgers. De scheiding psyche/somatiek verhindert dat de zorg voor deze groepen integraal wordt benaderd.
- Het is zoeken naar de juiste norm voor de toewijzing van zorg. DSM IV voldoet daarvoor niet; misschien kan het CVZ samen met andere partijen zoeken naar iets aanvullends zoals de ICF. Zolang de DSM wordt gevolgd, moet dat in zijn geheel en niet in stukken, zoals nu het geval is.
- Voor de bepaling van het pakket zouden de professionele richtlijnen leidend moeten zijn.
- De NIP mist een goede onderbouwing in het rapport op drie punten: de meerwaarde van herschikking, de kosten en de baten en de prognose voor de toekomstige zorg.
- De NIP mist de uitvoeringsconsequenties: wat gebeurt er wanneer zorg niet meer wordt vergoed? Een consequentie kan zijn dat meer dementerenden moeten worden opgenomen. Het NIP pleit voor het niet weggooien van oude schoenen voordat er nieuwe zijn.

Vragen commissie

- Er is al vaker vandaag gesproken over het spelen aan verschillende tafels. Wat er is mis met het gehanteerde tijdschema? Spreker vindt dat eerst moet worden afgewacht wat de afspraken in het BA opleveren. Daarna zijn pas eventueel pakketmaatregelen aan de orde. Die volgorde zou in de tijd gemaakt moeten worden. Een vervolgvraag is wie de regie voert; kan het NIP dat doen? De heer Bakker van MEER GGZ reageert daarop dat alle partijen iedere 6 weken aan tafel zitten. Op dit moment is er veel strijd op het punt inkoop van zorg. Dat heeft er toe geleid dat enkele partijen kanttekeningen hebben geplaatst bij een aantal uitgangspunten in het BA. Hij vindt dit een zorgelijk punt dat niet aan deze tafel kan worden opgelost. De voorzitter vraagt of dit ook in het zeswekelijks overleg aan de orde is. Dat is het geval, maar een probleem is dat ZN beperkt in de gelegenheid is om afspraken te maken aan tafel. Mevrouw Draijer voegt toe dat aan de tafel van het BA ook is opgemerkt hoe kies het is om al na te denken over verdergaande maatregelen.

- Is de ICF kansrijker dan DSM IV in de ordening van zorg? Er is al jaren kritiek op DSM. Wordt het nu mooier of verhinderen de aard van de aandoeningen dat? Spreker antwoordt dat de ICF zeker potentie heeft omdat DSM alleen ingaat op aandoeningen en de ICF ook ingaat op hoe dat het functioneren beïnvloedt. De voorzitter vraagt waarom de DSM IV zo dominant is. Dat is dezelfde vraag als waarom het medisch model dominant is. Spreekster geeft aan dat hier veel over wordt nagedacht.

De heer Groenewegen van de V&VN

De V&VN geeft aan dat er in dit veld heel veel verpleegkundigen werken. Het vertrekpunt van zijn organisatie is de cliënt. De professional moet samen met de patiënt bepalen welke zorg nodig is. Er zijn 22000 verpleegkundigen werkzaam. Het is van belang dat de POH verder wordt vormgegeven. Richtlijnen zouden in de vorm van een pilot moeten worden uitgetest. De vakinhoud moet bij het veld blijven en daar zijn ook veel initiatieven in. De V&VN ziet kansen voor het doorbreken van het paradigma ziek en zorg en kansen voor het paradigma gezond. Zo voorkom je dat de cliënt zichzelf in een slachtofferrol plaatst.

Vragen commissie

- Het beeld dat spreker schetst sluit aan bij de positieve definitie van de WHO over gezondheid waarbij optimaal functioneren het streven is. Het gaat hier wel om de vraag in hoeverre er aanspraak op de solidariteit kan worden gedaan. We moeten vanuit het positieve denken maar we kunnen niet een ongebreidelde vraag financieren. Spreker antwoordt dat een reumapatiënt allerlei rollen kan vervullen ondanks dat deze een aandoening heeft.

Mevrouw De Rooij van de NIV

De NIV zou nog wel even willen ingaan op de discussie over de ICF. Als vertegenwoordigster van het medisch model hecht de NIV aan patiëntrelevante uitkomsten die bijvoorbeeld in de ICF goed vertegenwoordigd worden. Hier houdt de DSM IV geen rekening mee. Door rekening te houden met patiëntrelevante uitkomsten kan het rapport nog een verbeteringslag maken.

Mevrouw Draijer van de NVP

De NVP stelt dat evidence based in het rapport de norm is, maar dat het rapport zelf niet evidence based is. Waarom is in het rapport niet uitgegaan van de richtlijnen die goed onderbouwd zijn. Nu ziet een behandelaar in een lijstje of iets wordt vergoed of niet. Zo moet hier niet over worden gesproken: het is geen kookboek. Elke interventie is op indicatie. Het CVZ is in zijn rapport op de stoel van de inhoudelijke deskundige gaan zitten. Psychotherapie is een academisch beroep en waarom niet aan deze groep zelf overlaten wat werkzaam is en wat niet. Haar eigen werkterrein is de zeer complexe problematiek. Een probleem is hier dat er weinig onderzoeksgegevens zijn en dat het ook steeds moeilijker is onderzoek gefinancierd te krijgen. Als er geen onderzoek is wil dat niet zeggen dat interventies niet werkzaam zijn. De NVP gaat in overleg met alle specialistische psychotherapieverenigingen over effectieve kostenbeheersing. Op 14 maart komen die, samen met nog een aantal andere organisaties, bij elkaar.

Vragen commissie

- In één van de reacties van de beroepsgroep wordt toegegeven dat er sprake is van indicatievervlakking. Hoe wordt duidelijk of men zich aan de richtlijnen houdt? Spreker antwoordt dat dit een lastig punt is omdat evidence based werken vanuit instelling niet kan worden gefinancierd vanuit de druk van bezuinigingen. Zo kan er druk zijn om een patiënt bv. één keer te zien in plaats van twee keer terwijl het laatste evidence based is. De beroepsgroep maakt zich daar zorgen om.
- Hoe denkt de beroepsgroep het bewijs voor wat wel en niet werkt te gaan plannen. Het is bijna onmogelijk om aan te tonen dat iets niet werkzaam is. Hier is een bijna onbeperkte groeps grootte voor nodig. Hoe gaan we het bewijs krijgen? Spreker antwoordt dat er altijd meer onderzoek nodig is. Zij betreurt dat NWO geen subsidies meer geeft voor onderzoek naar de behandeling van persoonlijkheidsstoornissen, naar de vraag bij welke ernst welke behandeling nodig

is. Hiervoor is langdurig onderzoek nodig. De voorzitter vraagt of dit laatste methodologische probleem oplosbaar is. Spreekster antwoordt dat de complexiteit van de aandoeningen en de methodologische problemen met elkaar samenhangen. Mevrouw Sax van de NVvP vult aan dat haar organisatie de trekker is binnen het BA voor de wetenschapsagenda. Samen met NWO kijkt men of het meerjarenprogramma geestkracht kan worden gebruikt voor het inrichten van een nieuw meerjarenprogramma. Er zijn ideeën om de onderwerpen comorbiditeit en persoonlijkheidsstoornissen in dit programma op te nemen. De plannen worden eind maart in het BA aan de orde gesteld. De heer Luijks van ZN voegt toe dat hij overleg heeft gehad met de hoogleraar psychiatrie Beekman om de resultaten van de ROM voor twee doeleinden te gebruiken, ten eerste voor het functioneren van de patiënten en daar sluit de discussie over de ICF goed bij aan. En ten tweede om te kijken of de gegevens een relatie hebben met de organisatie en inhoud van de behandeling. Op die manier kunnen nieuwe behandelingen goed gevolgd worden in de praktijk. Zijn vraag is om in het rapport hier ook de meerwaarde van de ROM op deze punten te benoemen. Vanuit de commissie wordt gewaarschuwd dat informatie voor de behandelaar over de finetuning van de behandeling iets anders is dan informatie om te bepalen of de zorg gefinancierd moet worden. Gebruik op een ander niveau dan waar het voor bedoeld is, kan gevaarlijk zijn. De heer Luijks onderkent dat gevaar en geeft aan dat het interpreteren van outcome gegevens niet eenvoudig is. Zorgverzekeraars zullen er geen financiële consequenties aan verbinden.

De heer Verbraak van het Landelijk Platform GGZ

In het rapport is veel aandacht voor de kosten en het platform snapt dat ook. Wat hier is geschreven staat ver van de beleving van cliënten en patiënten. Ze voelen zich niet herkend en zijn ongerust over de solidariteit in de GGZ. Vragen die zich voordoen zijn: Is er voldoende capaciteit en expertise beschikbaar in de basis GGZ? Hoe is het met solidariteit? Hoe gaan we om met een plotselinge verergering van klachten? Deze komen in het rapport niet aan de orde. Dat is de zorgkant. Aan de andere kant wil het Platform wil inzetten op andere initiatieven zoals vandaag zijn genoemd. Bijvoorbeeld de oprichting van een landelijke Stichting Kwaliteitsrichtlijnen samen met de NVVP en het NIP. Partijen, GGZ Nederland en ZN dragen hier ook aan bij, voelen een gezamenlijke urgentie. Het Platform vindt het van belang dat de positie van de patiënt wordt verstevigd. Een derde initiatief is de stichting Benchmark GGZ waar de instellingen de uitkomsten van ROM aanleveren. Dit is een gezamenlijk initiatief van ZN, GGZ-Nederland en het Platform. Op dit moment wordt 50% van de DBC's door grote instellingen gestandaardiseerd aangeleverd. Afgeronde DBC's zijn er helaas nog niet veel zodat een analyse nog maar beperkt mogelijk is. Maar voor een aantal doelgroepen krijgen we zicht op de effectiviteit van zorg. Spreker vraagt het CVZ om meer aan te sluiten bij deze initiatieven bij zijn taak om het pakket te begrenzen en het zorgaanbod te ordenen.

Vragen commissie

- ZONMW subsidieert een onderzoek naar inkoopmacht. Wat zijn de ontwikkelingen daarin? Spreker moet dit navragen bij zijn organisatie en zal het antwoord nog laten weten.
- Worden de ervaringen van cliënten voldoende meegenomen in richtlijnen? Zijn er obstakels voor E-health vanuit de cliënten gezien? Spreker antwoordt op de eerste vraag dat de CQ index gestandaardiseerd wordt afgenomen en dat de intentie is om deze samen met de ROM gegevens aan te leveren bij de Stichting Benchmark GGZ. Zijn antwoordt op de tweede vraag is dat er een aparte studiegroep voor E-health is waarover hij op dit moment niet veel kan melden.
- Een commissielid zou graag iets horen over zelfmanagement, zelfregie en therapietrouw. Dat patiënten en cliënten daarin geloven is duidelijk. Maar zijn professionals daar ook optimistisch over? Mevrouw Sax antwoordt dat in het bestuur van de richtlijnen naast psychiaters ook patiënten zitten. Mevrouw Abbema geeft aan dat de participatie van cliënten van groot belang is, omdat juist in de GGZ het gaat om de co-creatie cliënt en behandelaar. De heer Burgers antwoordt dat sinds een jaar patiënten altijd zijn betrokken bij de herziening van richtlijnen.

- Is het zo dat aan verschillende tafels kwaliteitslijnen worden gemaakt zonder dat er een match is?. Spreker legt uit dat dit niet het geval is. Er is veel overleg tussen alle partijen. De Landelijke Stichting kwaliteitsrichtlijnen is een opvolger van het programma dat onder de vlag van het Trimbos heeft plaatsgevonden.

De heer Pijnenburg van de NVRG

De NVRG vindt het belangrijk dat in bijlage 3 van het rapport over interventies die wel worden vergoed zowel gedragsgerichte als systeemgerichte interventies worden genoemd. Dat bevestigt dat het systeem belangrijk is om bij de behandeling van de patiënt te betrekken. Dat maakt des te schrijnender dat in het rapport bij de definiëring van klachten en stoornissen wordt geïndividualiseerd en dat de patiënt van zijn context wordt gescheiden. De andere componenten lijken geen rol te spelen. Ziekten, klachten en stoornissen staan niet op zichzelf. De onderlinge relaties kunnen invloed hebben op deze klachten en andersom de klachten en stoornissen op de onderlinge relaties bij partners en families. Het is voor systeemtherapeuten daarom onverteerbaar hoe deze klachten worden losgekoppeld van hun context en de basis vormen voor de vraag of de therapie wordt vergoed. Het serieus uitgaan bij de behandeling van de context waarin klachten zich voordoen, betaalt zichzelf uit.

De heer Bakker van MEER GGZ

Het BA is met veel moeite tot stand gekomen en bevat twee majeure doelen; het verbeteren van kwaliteit en kostenbeheersing. Het is moeilijk te zien hoe dit rapport zich tot deze beweging verhoudt. Het CVZ zou ook bij deze afspraken betrokken moeten zijn

Daarnaast heeft het spreker verbaasd dat in het rapport wordt gesteld dat specialistische GGZ alleen mag plaatsvinden in instellingen met bedden. Dat staat haaks op de afspraken in het BA. Dat kan betekenen dat patiënten te lang intramuraal worden behandeld. En patiënten hebben dan ook weinig te kiezen, want de bedden staan in instellingen die monopolist zijn. Verder vindt MEER GGZ dat het CVZ een kans heeft gemist door zich buiten de discussie over het hoofdbehandelaarschap te houden. Er is momenteel een onwerkbare chaos van definities die belemmerend is voor de zorginkoop.

Tot slotte vindt MEER GGZ het onterecht dat nieuwe aanbieders de schuld van de kosten krijgen. Dat ligt iets genuanceerder. Nieuwe aanbieders zijn ontstaan in twee groepen: na 2003 na de modernisering van de AWBZ en vanaf 2008 na de invoering van de Zorgverzekeringswet. In die wet zat een restitutiemogelijkheid. De gedachte was dat volumes in beweging zouden komen en dat er ook bij andere aanbieders ingekocht kon worden. Die laatste stap is nooit gezet waardoor budgetten bleven waar ze waren en de restitutie ging werken als een ventiel.

Mevrouw Sax van de NVvP

De NVvP gaat niet alle punten die anderen hebben genoemd uitgebreid herhalen. De voor de NVvP belangrijkste punten die vandaag zijn genoemd zijn: het onderscheid dat het rapport maakt tussen soma en psyche en het verlenen van de juiste zorg door de juiste professional op de juiste plek in de keten. Ook gaat zij in op het kwaliteitsinstrumentarium. Belangrijke aandachtspunten hier zijn richtlijnontwikkeling en de plaats van kosteneffectiviteit en stepped care, criteria voor terug- en doorverwijzing, effectmeting en normontwikkeling. Er is al veel gebeurd, denk bv. aan de richtlijnen voor angst en depressie. Dat is een mooi voorbeeld. Dit is een continue ontwikkeling. Ook is het belangrijk vanuit deze richtlijnen de link te leggen naar het Convenant Gepast gebruik, bv. door een pilot te straten.

De heer Van Dis van de NVGzP

Spreker vertegenwoordigt een jong samenwerkingsverband vanuit de professionele beroepsgroep en bestaat uit ongeveer 5000 BIG geregistreerde psychologen. De presentatie die in de januari vergadering is gehouden was vanuit een collega van de cognitieve gedragstherapie. Spreker zag tot zijn schrik dat de bijlage bij de reactie op het rapport ontbrak. Hij roept de commissie op deze alsnog te lezen en serieus te nemen. Ten aanzien van de inhoud ondersteunt spreker enkele punten die al aan de orde waren, met name de scheiding psyche/soma en de discussie over wie mag

behandelen. Spreker verwijst naar de oproep die de Minister heeft gedaan in het programma Buitenhof om met alternatieven te komen voor pakketmaatregelen. De NVGzP omarmt dit voorstel en heeft zich vergewist van epidemiologische en economische ondersteuning. De leden zijn opgeroepen vóór 1 maart met voorstellen te komen. Spreker wil ook nog even terugkomen op de DSM IV. Dit is een apart product dat Nederland gebruikt. Heel Europa gebruikt verder de ICD. DSM schakelt binnenkort over van IV naar V en ICD van 10 naar 11 in 2015. In mei is een feestelijke lancering in Amerika van de DSM V.

Vragen commissie

- Komt de ICD in de buurt van de ICF? Spreker antwoordt dat dit niet het geval is. De ICD is afkomstig van de WHO en is geschikt voor de hele geneeskunde. In GGZ land is weinig besef over de ICD. In Amerika is men verdeeld tussen de DSM en de ICD. Een commissielid stelt een vervolgvraag of de DSM wel een geschikte systematiek is. Het is een instituut op zich geworden waarbij ook financiële motieven een rol spelen. Spreker vindt dat een zekere terughoudendheid en goed volgen op zijn plaats is.

Nu alle sprekers hun zegje hebben kunnen doen, stelt de voorzitter de commissieleden in de gelegenheid om algemene vragen te stellen aan de deelnemers.

Algemene vragen

- Welke verantwoordelijkheid krijgt de gebruiker/consument bij de zorg? De volgende deelnemers reageren op deze vraag.

De heer Verbraak (Landelijk Platform GGZ) antwoordt dat er een toenemende betrokkenheid is van patiënten. Traditionele zorgverleners zijn hier nog aarzelend in, maar zorgverzekeraars stimuleren dit en hebben daar ook belangstelling voor bij de zorginkoop. Het levert een belangrijke bijdrage aan het verminderen van afstand tussen behandelaar en cliënt. Er zijn opleidingen voor ervaringsdeskundigen. Daarnaast blijft de vraag of de behandelaar uitgaat van gelijkwaardigheid bij het formuleren van doelstelling en het bepalen van effecten. Daarom is het ROM traject zo belangrijk. Mevrouw Draijer (NVP) voegt toe dat grote instellingen werken met cliëntenraden die betrokken worden bij beslissingen. Mevrouw Sax (NVvP) geeft aan dat in het BA de zorgvraag centraal staat en niet meer het zorgaanbod. Dat is een belangrijk signaal voor het toenemend belang dat aan de zorgvrager wordt toegekend. Dat is meer dan politieke correctheid.

De heer Van Rooij (GGZ Nederland) is het met de vorige sprekers eens, maar stelt de vraag wat de patiënt daar daadwerkelijk van merkt. Naar zijn mening is hier nog een wereld te winnen. Volgens een commissielid werkt dit ook de andere kant op. Hij staat aan het hoofd van een onderzoeksgroep die zich veel bezig houdt met *shared decisionmaking*. Patiënten blijken vaak een ongebreideld optimisme te hebben over hun behandeling. Voor patiënten is er ook nog een wereld te winnen. Het kost een behandelaar meer tijd om iemand uit te leggen dat hij niet behandeld hoeft te worden dan wel. Een ander lid reageert daarop dat het jammer is dat een groot deel van de financiering van patiëntenverenigingen is weggevallen. Dat belemmert het proces waarbij patiënten een gelijkwaardige positie hebben bij het meedenken over de zorg die zij krijgen. Ook heeft hij nog een vraag of het enerzijds juist zo is dat de vraag is toegenomen door het wegvallen van het stigma in de GGZ of dat er juist onderconsumptie is omdat dit stigma er nog is. Hij vraagt de deelnemers dan ook waar andere bezuinigingen te vinden zijn bv in de administratieve of bureaucratische hoek. Mevrouw Draijer (NVP) wil graag even terugkomen op wat is gezegd over de achterdeur. Zij ondersteunt dit standpunt van harte en concludeert dat de marktwerking die door Minister Hoogervorst is ingezet, niet heeft gewerkt.

Tot slot reageert de heer Majer (DBC-Onderhoud) nog op enkele openstaande vragen. De capaciteit die DBC-Onderhoud heeft is aangeboden aan het BA. Binnen een werkgroep (zorgvraagwaarte) wordt uitgewerkt in welke richting de systematiek zich gaat ontwikkelen. De voor- en achterdeurproblematiek zullen daar zeker aan de orde zijn. Wat betreft de E-Health declaratie, er is een verschil tussen somatiek en GGZ. In

de GGZ kan tijd worden geschreven voor face to face, ear to ear en bit to bit contacten. Via een achterdeur komt die terecht in de DBC-systematiek.

De voorzitter sluit vervolgens de consultatiebijeenkomst af. Hij bedankt alle aanwezigen voor hun komst, deelname en uithoudingsvermogen. De commissie zal mede op basis van wat hij vandaag heeft gehoord, op 5 april een advies over het rapport formuleren. De voorzitter vraagt de deelnemers of zij bereid zijn eventuele voorstellen die zij naar aanleiding van de "Buitenhof oproep" van de Minister aan haar zullen toesturen, ook in afschrift te sturen aan het CVZ.

4. Rondvraag en sluiting

Er wordt geen gebruik gemaakt van de rondvraag. De voorzitter sluit de vergadering.