

Zorginstituut Nederland
Pakket

Eekholt 4
1112 XH Diemen
Postbus 320
1110 AH Diemen
www.zorginstituutnederland.nl
info@zinl.nl

T +31 (0)20 797 89 59

Contactpersoon

H. Trouw
T +31 (0)20 797 85 35

Datum

5 januari 2015

Onze referentie

2015001750

verslag

ACP 50
Vergadering Adviescommissie Pakket

Vergaderdatum	12 december 2014
Vergaderplaats	Zorginstituut Nederland, Diemen
Aanwezig	Inez de Beaufort Bert Boer (voorzitter) Heleen Dupuis Job Kievit Arnold Moerkamp Cees Smit Gert Jan van der Wilt Marcel Canoy (adviseur) Romke van der Veen (adviseur)
Afwezig	Hugo Trouw (adviseur secretariaat ACP, verslag) Jacqueline Zwaap (secretaris, verslag) Maarten Dekker Marian Grobbink

5 **1 Opening en mededelingen**

De voorzitter opent de vergadering en heet alle aanwezigen welkom.

1.1 Mededelingen

10 De secretaris deelt mee dat Maarten Dekker en Marian Grobbink vandaag zijn verhinderd.

1.2 Conflicterende belangen

15 De voorzitter vraagt of de leden belangen willen melden die mogelijk conflicteren met een onafhankelijke advisering over de voorliggende agendapunten. Gert-Jan van der Wilt geeft aan dat het onderzoek naar methylaminolevulinaat (Metvix®, punt 7 van de agenda) heeft plaatsgevonden in het Radboud Ziekenhuis en dat zijn afdeling daarbij betrokken is geweest. Hij stelt voor zich bij de bespreking van dit agendapunt uiterst terughoudend op te stellen. De andere leden stemmen daarmee in.

20

2 Stukken ter kennisneming

Er zijn geen opmerkingen over de stukken ter kennisneming.

3 Verslag van de vergadering van 17 oktober 2014 (49)

Zorginstituut Nederland
Pakket

Datum
5 januari 2015

Onze referentie
2015001750

25 Een lid heeft een opmerking bij blz 5, regel 192. Hier staat dat behandelaars duidelijk moeten benoemen welke patiënten in aanmerking komen. Hij ziet in plaats van duidelijk liever "smart" staan, zodat dit ook verifieerbaar is. Met deze aanpassing wordt het verslag vastgesteld.

30 Een lid heeft naar aanleiding van het verslag nog een vraag. Tijdens de vorige vergadering is uitgebreid gesproken over het geneesmiddel afinitor. Naar zijn mening bleek uit de discussie dat de afbakening wat het WAR-domein is en wat het ACP-domein, nog onvoldoende is. Dit punt ziet hij ook terugkomen in de brief van de patiëntenvereniging "levenmetkanker" aan de ACP. Hij vraagt of deze brief nog beantwoord zal worden. Een ander lid weet te melden dat het bestuur van de vereniging niet hetzelfde standpunt heeft als de twee ondertekenaars van de brief en dat men dit daar intern gaat uitzoeken. De voorzitter stelt voor nog even terug te komen op dit punt in de rondvraag.

4 Beoordeling stand van de wetenschap en praktijk

40 Een auteur van het rapport geeft een korte inleiding. Het rapport is een actualisatie van het beoordelingskader Stand van de wetenschap en praktijk uit 2007. Het rapport is in de WAR besproken. Deze heeft aangegeven met het rapport uit de voeten te kunnen voor de uitvoering van haar adviesrol. De reacties van partijen zijn voor zover zij binnen waren aan de commissie gestuurd. Er zijn
45 daarna nog een aantal reacties van partijen binnen gekomen. Onder andere van ZN, van de Vereniging van psychologen en van de NPCF. De reactie van de NPCF wordt gesteund door de ouderenorganisaties (CSO), IederIn en Platform GGZ Nederland. De reacties van partijen zijn over het algemeen omvangrijk en adresseren veel verschillende onderwerpen. De organisatie moet deze intern nog
50 goed op een rijtje zetten. Het is lastig dat er na de sluitingstermijn nog reacties binnen komen. De voorzitter stelt voor dat de Raad van Bestuur bij de finale behandeling beoordeelt of aan alle reacties recht is gedaan. Wanneer er nog sterk afwijkende reacties komen, zal de commissie hiervan op de hoogte worden gesteld. De voorzitter stelt voor in de toekomst wel strak vast te houden aan de
55 reactietermijn, zodat de commissie in staat is alle reacties mee te nemen. De voorzitter stelt de vraag van de auteurs aan de commissie aan de orde, namelijk bij welke onderdelen van de beoordeling van de Stand van de wetenschap en praktijk ook een maatschappelijke afweging aan de orde is.

60 *Discussie in de commissie*

Een eerste lid heeft veel waardering voor het rapport. Hij is blij dat de GRADE systematiek wordt omarmd. Hij vindt het voor de leesbaarheid van het rapport van belang om aan te geven waar GRADE dan precies verschilt van wat hiervoor werd gebruikt. Naar zijn mening nodigt GRADE er vooral toe uit aan te geven
65 welke eindpunten we met zijn allen belangrijk vinden en welk relatief gewicht we geven aan deze eindpunten. Hij merkt daarbij op dat dit wel betekent dat de assessment en appraisal zo door elkaar heen gaan lopen. Een algemeen punt dat hij maakt is dat het Zorginstituut best wat strenger mag zijn in de eisen die het stelt aan de onderbouwing van de meerwaarde; hij stelt voor niet te veel toe te
70 geven aan deze eisen in dit rapport door allerlei uitzonderingen te schetsen. Hij haalt het voorbeeld aan op blz 51 (TAVI). Het Zorginstituut komt tot een positieve conclusie nadat het eerst heeft vastgesteld dat de bewijsvoering mager is. Zo een conclusie kun je altijd nog trekken. Hij zou dit niet zo opschrijven in het rapport. Je neemt dan een voorschot op de uiteindelijke conclusie.

75 Verder heeft het lid een opmerking over de relatieve effectiviteit (blz 21,

paragraaf 2.2.2). Hij vraagt zich af of wat daar staat recht doet aan het begrip. Het gaat er niet alleen om welke bijdrage een interventie levert aan het beoogde doel, maar er kunnen ook onbeoogde effecten zijn. Verder zet hij vraagtekens bij de zin op blz. 23 dat EBM bruikbaar is voor het nemen van pakketbesluiten. Hij meent dat de ervaring juist leert dat dit niet zo is. EBM richt zich vooral op ondersteuning van het handelen in de klinische praktijk, maar mist elementaire informatie voor pakketbesluiten, bv. over de kosteneffectiviteit. De voorzitter geeft aan dat hier bedoeld is de geschiktheid van EBM voor pakketbesluiten wat betreft het criterium effectiviteit. Dat is dus een kwestie van formulering. De laatste opmerking van het lid gaat over de keuze voor de comparator, een uiterst belangrijk element. Hij heeft vaak meegemaakt dat trials in methodologische zin in orde zijn, maar dat een verkeerde comparator is gekozen. De voorzitter leidt uit het betoog af dat het antwoord op de vraag of de keuze van de comparator maatschappelijke aspecten heeft, bevestigend is.

Een volgend lid reageert op de passage op blz. 45 (paragraaf 3.2.3) waarin de unieke positie van de RCT wordt gerelativeerd. Daarvoor worden een aantal argumenten opgesomd. Hij is hier blij mee, al waarschuwt hij hier voorzichtig mee om te gaan. De opsteller van deze argumenten zal niet bedoeld hebben te zeggen dat, wanneer er eenmaal een logisch pathofysiologische werkingsmechanisme is, een RCT in geen geval meer nodig zou zijn. Dat zal vaak een optelsom zijn van een aantal argumenten.

Daarnaast heeft hij een opmerking over de opsomming van de situaties waarin randomisatie niet mogelijk is. Hij kan zich vinden in een eerste argument: in geval van een zeldzame aandoening. Bij het tweede argument denkt hij dat er sprake is van een verschrijving, namelijk wanneer er geen alternatieve behandeling is, *omdat* de prognose slecht is (niet zodat). Met het derde argument (behandelaar en/of patiënt wil niet randomiseren) heeft hij moeite. Op dit argument wordt vaak oneigenlijk een beroep gedaan. Hij vindt dat hier streng naar moet worden gekeken. De voorzitter geeft aan dat in het "passend bewijs schema" inderdaad vaak wordt gezien dat dit argument wordt gebruikt, bv. dat men het niet ethisch vindt om te randomiseren. Dat betekent dat er goed moet worden getoetst op de reden waarom van randomisatie wordt afgezien. De WAR is daar bij uitstek geschikt voor. Het is belangrijk hiervoor niet alleen epidemiologische kennis in huis te hebben, maar ook specifieke klinische kennis of deze te raadplegen.

Een volgend lid complimenteert de auteurs met het rapport. Hij heeft er veel van geleerd. Hij worstelt met de "uitkomstmatenkwestie" en verwijst naar het voorbeeld in de tekst dat men door een bepaalde interventie eerder aan het werk kan. Het lid zou het fijn vinden wanneer in het rapport meer woorden worden gewijd aan maatschappelijk relevante uitkomstmaten. Want dat kan dus veel verder gaan dan alleen de ziekte, bv. wanneer je eerder aan het werk kunt. Dit kan mensen onder druk zetten. Dit lijkt toch een klimaat waar we naar toe lijken te gaan.

Een volgend lid vindt het een heel interessant rapport en sluit zich aan bij het voorstel van een veldpartij om een makkelijk leesbare samenvatting te maken. Wellicht is het een idee patiëntenorganisaties op dit terrein te scholen. Tot slot informeert hij naar de status van het rapport. Is er een ambitie dat een bepaald percentage van het pakket evidence based is? Hij vraagt verder naar voorbeelden waar "het schuurt". Het gebrek aan onderzoek naar de effectiviteit van langdurige fysiotherapie en van blaasspoelingen zouden daar geschikte voorbeelden voor

zijn. Het zou goed zijn in dat soort gevallen samen te bespreken wat er nodig is om de gegevens hiervoor wel op tafel te krijgen.

- 130 Het eerste lid reageert in de tweede ronde op het punt van de eindpunten. Hij stelt voor te beoordelen welke relatieve waarde zo een eindpunt heeft in de totale afweging. Hij noemt dit een soort van morele sensitiviteitsanalyse die laat zien welke impact een eindpunt heeft. Verder reageert hij op het punt van de RCT; die kan volgens hem vaker wel dan niet. Er zijn veel varianten die hierbij behulpzaam
- 135 kunnen zijn. Verder komt hij nog terug op het algemene punt dat hij eerder noemde over hoe streng het Zorginstituut kan of wil zijn. Op blz. 50 wordt vertrouwen uitgesproken in richtlijnen. Daar moet het Zorginstituut kritisch in blijven. Dat geldt ook voor het vertrouwen in de gegevensverzameling door behandelaars middels registries e.d. Hiermee lijkt het Zorginstituut al bij voorbaat
- 140 veel weg te geven. De voorzitter vindt het belangrijk dit punt scherp te krijgen. Hij concludeert dat het soort argumenten uit elkaar moet worden gehaald; wanneer er twijfel is over de "evidence base", kan deze niet worden gecompenseerd met toezegging over de beheersing. Deze argumenten mogen niet door elkaar lopen.
- 145 Tot slot heeft het lid een vraag bij de paragraaf over het klinisch relevant verschil (3.1.4.2, blz 30). Er wordt een voorbeeld genoemd van een 6-minuten looptest, waarbij voor verschillende patiëntencategorieën verschillende waarden voor een MCID (minimum clinical important difference) zijn bepaald. Zijn vraag is hoe we aan dit soort inlichtingen komen en welk vertrouwen hierin kan worden gesteld.
- 150 De voorzitter veralgemeniseert de vraag tot: hoe kom je aan de effectsoorten en de effectgrootten?
- Een volgend lid merkt tot slot op dat hij het belangrijk vindt om al op de eerste pagina te lezen waar de onzekerheden zitten in de effectiviteitstudies. Dat kan zijn in de bewijslast, in de doelgroep of in andere factoren. Hij zou dat graag
- 155 duidelijk gepresenteerd willen krijgen.

De voorzitter vat de vragen en suggesties samen die tot nu toe zijn gemaakt onder drie noemers:

- Presentatie:
 - 160 o verschillen tussen vorige editie en deze benoemen (met name GRADE);
 - o samen met PGO werken aan patiëntenversie/ samenvatting;
- maatschappelijke toets op effectsoorten en effectgrootten
 - o strenger vasthouden aan randomisatie;
 - 165 o Voorkómen van verwarring tussen argumenten tav methodologie en beheersbaarheid en hier niet op voorsorteren;
- Status
 - o Pakketdoorlichting/agendering
 - o Onzekerheden aan voorkant advies in beeld brengen

- 170 De auteur van het rapport reageert dat eerste twee punten worden meegenomen in de formulering. Ten aanzien van het strenger zijn merkt zij op dat het rapport een methodiek beschrijft die al wordt toegepast. Het Zorginstituut vindt het belangrijk te laten zien dat er niet alleen
- 175 wetenschappelijk naar de bewijslast wordt gekeken. Het voorbeeld over de TAVI is ook op deze manier beoordeeld. De voorzitter geeft aan dat de discussie kan zijn of het Zorginstituut inderdaad minder streng wil zijn. Een andere auteur meent dat het er niet om gaat of het Zorginstituut streng is of niet streng, maar dat het de nuance zoekt en een goede argumentatie

180 heeft. Sommige argumenten dragen bij aan geloofwaardigheid en andere juist niet. De voorzitter geeft aan dat de essentie is dat er geen trade off mag zijn tussen evidence en beheersbaarheid. De auteurs hebben in het rapport de nuance willen laten zien en zeker niet de indruk willen wekken dat er makkelijk concessies worden gedaan aan de bewijsvoering.

185 Het lid dat dit punt heeft ingebracht snapt dat en heeft hier ook waardering voor. Het punt dat hij wil maken is dat het beter is het streng op te schrijven; dan kan dat je later altijd minder streng zijn in de uitvoering. Wanneer je dit nu al gaat weggeven, gaat het veld daarmee op de loop.

190 Een ander lid spreekt liever van aannemelijkheid van bewijs dan van geloofwaardigheid. Het is iets anders dat je iets gelooft of dat er bewijs voor is.

195 De auteur merkt tot slot dat het rapport ertoe dient om verantwoording af te leggen, om uit te leggen hoe we de beoordeling doen en om consistentie aan te brengen. Het is niet de bedoeling om hiermee in volle vaart het pakket te beoordelen.

200 De voorzitter concludeert dat hij eerder de zes punten van het advies aan de Raad van bestuur heeft samengevat en sluit hiermee de discussie af.

5 Consequenties overgang DSM IV/DSM5 voor verzekerd pakket

205 De auteur introduceert het onderwerp. De minister heeft gevraagd wat de consequenties kunnen zijn van de overgang naar de DSM 5 voor de verzekerde zorg. Het gaat dan om de geneeskundige GGZ. Het Zorginstituut heeft de zorg geïdentificeerd en komt tot de conclusie dat de consequenties beperkt zijn. De geconsulteerde partijen vinden dat de lijdensdruk leidend zou moeten zijn voor de bepaling wat wel en niet in het pakket hoort.

210 De voorzitter nodigt mevrouw Abbema uit om namens het NIP en zeven andere organisaties in te spreken.¹ Er zijn geen vragen van de commissie naar aanleiding van de inspraak. Vervolgens nodigt de voorzitter de heer Schrieke uit om namens GGZ-Nederland in te spreken².

215 Naar aanleiding van het eerste punt dat de heer Schrieke noemt in zijn inspraak, vraagt een lid hoeveel cliënten er tussen de wal en het schip dreigen te vallen. De heer Schrieke zegt dat dit een beperkte groep is.

220 De voorzitter verwijst naar de vragen die aan de commissie voorliggen en opent de discussie. Een eerste lid meent dat het vertrekpunt in het rapport helder is. Hij kan zich hierin vinden en vindt het een goed rapport. Een volgend lid vindt de passage over de lijdensdruk cruciaal in het rapport. Er kan immers ook een lijdensdruk zijn zonder dat er sprake van classificatie van een stoornis. Verder vindt dit lid de passage belangrijk waarin het onderscheid wordt gemaakt tussen diagnostiek, indicatie, classificatie en behandeling. Dit zijn verschillende dingen en ze moeten dus niet als één geheel worden gezien.

225 Een volgend lid vraagt naar de nieuwe stoornissen op blz 4. Wordt hier ineens wel een onderscheid gemaakt op basis van lijdensdruk, bv bij

¹ De inspraak van mevrouw Abbema is als bijlage 1 bij dit verslag gevoegd

² De inspraak van de heer Schrieke is als bijlage 2 bij dit verslag gevoegd

230 eetstoornis? Het antwoord is nee, het gaat om de stoornis zelf. Deze moet
objectiveerbaar zijn. Het ligt wel voor de hand dat naarmate de stoornis
ernstiger is, de lijdensdruk ook groter zal zijn. Een volgend lid informeert wat
is gedaan met de opmerking van de Nza om de aanspraak verder te
verduidelijken. De auteur antwoordt dat hier niets mee is gedaan omdat dit
niet mogelijk is. Verder vraagt het lid aandacht voor de reactie van het
235 LPGGZ waarin staat dat de DSM onrecht kan doen aan de klachten van
mensen. Wellicht rechtvaardigt dit toch een oproep aan het veld om met een
alternatief te komen. Een ander lid vindt dit juist geen goed idee. Dit is een
internationale classificatie die heel wat voeten in aarde heeft gehad. Hij zou
niet willen pleiten voor weer een andere classificatie. De auteur geeft aan dat
240 dit voor de aanspraak wel zou kunnen. Wanneer er een voorstel komt voor
een goed afgrensbare aanspraak, zou het Zorginstituut daar naar kunnen
kijken.

245 Een volgend lid vraagt zich af hoe het nu zit met collectieve en selectieve
preventie. Daar staat iets over op blz. 37. Het lid begrijpt dat collectieve
preventie buiten de aanspraak valt, maar hoe zit dat met selectieve
preventie? De auteur antwoordt dat selectieve preventie wel onder de
aanspraak valt, mits daar behandelingen voor zijn. Die zijn ook wel
opgenomen in de richtlijnen, bv. die van de huisartsen.

250 Een volgend lid heeft een vraag bij paragraaf 2.1 op blz. 8. Hier staat dat
wordt beoordeeld of zorg onder de Zvw valt. Hij verwacht hier iets te lezen
over toetsing aan de pakketcriteria, maar dat is niet het geval.

255 De auteur antwoordt dat hier is geuid, dus getoetst aan de wettelijke
criteria (Stand van de wetenschap en praktijk, redelijkerwijs aangewezen. Er
is gekeken wie op welke zorg is aangewezen en hoe die is afgebakend ten
opzichte van andere Zvw zorg (GGZ, huisartsenzorg etc)).

260 De voorzitter meent dat wel duidelijk moet worden gemaakt hoe dit zich
verhoudt tot de pakketvraag. Hier lijkt alleen het eerste criterium
(noodzakelijk te verzekeren) aan de orde te zijn. Een ander lid vindt wel dat
het criterium bewezen effectief wel erg is ondergesneeuwd.

265 De auteur merkt op dat er natuurlijk wel een samenhang is tussen de
effectiviteit van de zorg en de deskundigheid van wie de zorg levert.

De voorzitter vat de opmerkingen als volgt samen:

- Er zijn complimenten voor het stuk;
- In het stuk moet duidelijk worden gemaakt hoe deze duiding (in
zorgfuncties) zich verhoudt tot de pakketvraag;
- De bezwaren ten opzichte van het gebruik van het begrip lijdensdruk
worden onderschreven;
- Er moet aandacht zijn voor de "doorevaluatie";
- Het is belangrijk om te laten zien dat diagnose, indicatie, classificatie en
behandeling verschillende dingen zijn.

275 Op de vraag van de auteur of de commissie meent of de ICD een alternatief
zou kunnen zijn voor de DSM, antwoordt de voorzitter dat impliciet is gezegd
dat dit niet het geval is. De commissie meent dat, ondanks alle bezwaren, de
DSM op dit moment het beste is wat er is.

6 Standpunt second opinion

280 De auteur geeft een korte toelichting op het rapport. Het rapport is een
antwoord op de vraag van de minister of het mogelijk is scherpere

voorwaarden te stellen aan de second opinion. Dit was een voorstel van partijen naar aanleiding van een open vraag die de Minister heeft gesteld aan veldpartijen, de zogenaamde "Buitenhofoproep".

285 De voorzitter vraagt de leden te reageren op de voorliggende vraag. Een eerste lid vindt dit lastig omdat er gegevens ontbreken. Het is niet duidelijk of er uitwassen zijn en zo ja, of die te pareren zijn. Op de vraag van de voorzitter of hij wel geneigd zou zijn iets te doen, antwoordt hij ontkennend. Dan zouden eerst de gegevens er moeten zijn. Een volgend lid meent dat, ondanks het gemis aan gegevens, het voorstel om een second opinion via de huisarts te laten verlopen niet onredelijk is. Hij vindt de second opinion een belangrijk goed en zou het jammer vinden dat, wat in principe goed is, wordt misbruikt. Een volgend lid vindt het belangrijk dat er informatie komt; dat zou nadrukkelijker genoemd kunnen worden. Hij vindt de second opinion wel een essentieel onderdeel, zeker wanneer er sprake is van variatie in de behandeling. Een volgend lid vindt de second opinion wel belangrijk, maar zou het niet als een absoluut recht willen zien. Hij leest dat ook niet in de WGBO. Het lid vindt het te ver gaan om het als een tool voor gepast gebruik te zien en zou er graag meer voorwaarden aan stellen. Hij vindt het rapport wel erg mild en vindt dat zaken gemakkelijk worden weggegeven.

290

295

300 Een volgend lid benadert het vraagstuk iets meer pragmatisch. Kennelijk is in de Buitenhofexercitie het schrappen of beperken van de second opinion boven komen drijven als besparingsoptie. Dit is nu onderzocht en de conclusie is dat het qua volume wel meevalt en dat de second opinion een doel dient. Hij gaat mee in deze redenering en is iets minder principieel. Hij twijfelt of er meer uitvoerig onderzoek moet komen. Hij heeft de indruk dat het aantal second opinions minder is geworden omdat er inmiddels veel is veranderd in de zorg. Het eerste lid antwoordt dat zelfs dat niet duidelijk is omdat de basisdata ontbreken. Er is vervolgens discussie of het zinvol zou zijn meer onderzoek te doen. Een aantal leden meent dat het wel een lastig onderzoek zal zijn omdat dit niet duidelijk naar voren komt in de DOT systematiek en dat er sprake is van onderrapportage.

305

310 Een volgend lid meent dat er twee redenen kunnen zijn voor een second opinion. Ten eerste omdat de expertise bij de behandelaar ontbreekt, ten tweede om van iemand die daar geen financieel belang bij heeft te horen of een behandeling zinvol is. In het tweede geval juicht hij dit toe. In het eerste geval zou het vreemd zijn als voorwaarde te stellen dat de patiënt weer terug moet naar deze behandelaar, zoals in het rapport staat. De auteur geeft aan dat dit niet de bedoeling is; dan gaat het niet om een second opinion, maar om overname van de behandeling. Het lid ziet de second opinion dan vooral als een instrument voor gepast gebruik.

315

320 Een volgend lid vindt het een verstandig rapport. Hij voorziet dat patiëntenstromen sowieso gaan verschuiven wanneer er meer kwaliteitsinformatie beschikbaar komt. Ook de overheveling van geneesmiddelen naar de ziekenhuizen kan aanleiding geven tot het vragen om een second opinion. Hetzelfde geldt voor het ontstaan van expertisecentra. De voorzitter geeft aan dat het hier dan weer zal gaan om overname van de behandeling. Het vorige lid reageert dat het overhevelen van geneesmiddelen naar het ziekenhuis een slechte maatregel is die de postcodegeneeskunde weer terugbrengt.

325

330

De voorzitter heeft bijval gehoord voor de lijn in het rapport. Wel is het verzoek enkele leden om de second opinion iets meer te tunnelen. Het zou

wel iets strenger mogen. Tot slot wordt er verschillende gedacht over het nut en de mogelijkheden voor onderzoek naar de aard en omvang van de second opinion. De voorzitter sluit hiermee de discussie af.

335

7 Beoordeling methylaminolevulinaat (Metvix®) bij actinische keratose (t=4)

340

De auteur geeft een korte toelichting. Het gaat om een herbeoordeling na vier jaar. De WAR heeft een gelijke waarde geconcludeerd, maar de kosten zijn hoger. Het middel heeft het voordeel dat het eenmalig kan worden gebruikt en dat dit thuis kan. De beroepsgroep heeft aangegeven dat het middel voor enkele categorieën patiënten de voorkeur heeft en heeft laten zien dat zij hier terughoudend mee omgaan. Een eerste lid is bang voor indicatieverschuiving. Hij zou daarom alleen in uitzonderingssituaties het middel willen inzetten, onder de voorwaarden dat:

345

- A de criteria helder en handhaafbaar zijn en
- B getoetst wordt of de fractie patiënten niet toeneemt.

350

Een volgend lid vraagt naar een nadere omschrijving van de groep die therapieontrouw is. Uit de discussie wordt duidelijk dat dit geen mensen zijn die niet therapietrouw willen zijn, maar die dat gewoon niet kunnen.

355

Een lid blijft van mening dat de basis voor de effectiviteit zwak is. Hij vindt dit niet zo een sterk verhaal. Hoe duidelijk is het dat dit voor uitzonderingsgevallen helpt. Een volgend lid zegt dat de vraag is of de meerkosten gerechtvaardigd worden door het "gemak". Hij zou de beroepsgroep niet op hun blauwe ogen willen vertrouwen. De auteur meent dat de beroepsgroep heeft laten zien hier zorgvuldig mee om te gaan.

360

Een ander lid vindt dat er onvoldoende argumenten zijn om te zeggen dat dit in het pakket hoort. Het lid pleit voor hele strenge beperkingen die handhaafbaar zijn.

365

De voorzitter concludeert dat de commissie geen twijfel heeft over de effectiviteit, maar wel over de noodzaak. Zij wil meer comfort door de groep te beperken tot die mensen die praktisch de andere behandeling niet kunnen uitvoeren. Vervolgens is er discussie of hier sprake is van een uitstroomadvies.

370

De voorzitter van de Raad van Bestuur memoreert dat de Raad van Bestuur hier straks een besluit over moet gaan nemen. Het is maar net aan welke kant je wilt gaan zitten. Het ontbreekt kennelijk aan instrumentarium. Er is bv. geen wettelijke bijlage 2 voor intramurale geneesmiddelen. De auteur geeft aan dat de beroepsgroep een richtlijn heeft en gevraagd zou kunnen worden deze aan te scherpen. Een lid vindt het de elegante weg om dit via de beroepsgroep te doen. De voorzitter stelt voor wel een stok achter te deuren te zetten. Met deze conclusie sluit de voorzitter de discussie af.

375

8 Rondvraag

380

In de rondvraag wordt teruggekomen op twee vragen van een lid die eerder aan de orde waren. De eerste vraag ging over de reactie op de brief van de patiëntenvereniging "levenmetkanker". Een lid geeft aan dat hij de voorzitter van de vereniging heeft gesproken en dat zij niet op de hoogte was over de brief. In de brief staat bv. dat er geen overbehandeling is in Nederland. Dat verbaasde het lid, want daar zijn toch hele andere gegevens over. Er zal nader overleg zijn binnen de patiëntenvereniging. Dat betekent dat er op dit moment gewacht zal worden met het beantwoorden van de brief. De andere

385 vraag ging over het profylactisch toedienen van HIV remmers. De vraag is of
het Zorginstituut hier een standpunt over gaat uitbrengen. Een lid geeft aan
dat dit in Amerika wordt vergoed. Een medewerker van het Zorginstituut
antwoordt dat er nog intern wordt overlegd of het Zorginstituut hier actie op
gaat ondernemen. De voorzitter zegt toe dat, mocht dit niet zo zijn, het lid
390 zal worden geïnformeerd over de redenen daarvan. Verder zijn er geen
punten voor de rondvraag. De voorzitter sluit de vergadering.

Zorginstituut Nederland
Pakket

Datum
5 januari 2015

Onze referentie
2015001750

Bijlage 1: Inspraaktekst mevrouw Ellis Abbema namens NIP en 7 andere organisaties

Zorginstituut Nederland
Pakket

Datum
5 januari 2015

Onze referentie
2015001750

395 Hartelijk dank voor de gelegenheid om te kunnen inspreken en een korte
aanvulling op onze schriftelijke reactie te mogen geven. Die reactie is niet alleen
niet alleen door het NIP, maar met 7 andere beroepsverenigingen geschreven. De
aanvulling die ik hier geef, is ook namens hen.

400 De publicatie van de DSM5 houdt onder psychologen de gemoederen bezig. Zowel
in aanloop naar de publicatie alsook daarna is er een heftig debat gaande onder
beroepsbeoefenaren en wetenschappers over de reikwijdte van de toepassing van
de DSM5. Het gaat daarbij om twee discussies:
De eerste betreft de wetenschappelijke discussie over de inhoud van de DSM5: is
de DSM 5 volledig, klopt de indeling, etc

405 De tweede gaat over de eventuele impact van DSM5 op het verzekerde pakket,
wij hebben die in onze schriftelijk reactie nader toegelicht.
Deze twee discussies kunnen overigens niet los van elkaar gezien worden. Wij
zien ook terug in de reacties van anderen op het consultatiedocument, zoals bij
die van de NVvP. Voor ons een reden om die nog even uit te lichten. De kwaliteit
410 van zorg is grotendeels afhankelijk van de ontwikkelingen in empirie en
wetenschap. Namens onze gezamenlijke leden roepen wij u dan ook op om bij uw
bepalingen over de DSM5 regelmatig evaluatiemomenten in te voeren opdat de
ervaringen uit de praktijk met nieuwe behandelmethoden en inzichten
meegenomen kunnen worden. Wij bieden daarvoor bij deze onze medewerking
415 aan.
Wat ons betreft gaat dat niet alleen over de huidige aanspraak op de GGZ, maar
wordt in die evaluatie ook de eerder ingevoerde inperking meegenomen. Het
zorgstelsel is op het moment in verandering, en staat onder grote
maatschappelijke belangstelling. Deze beide factoren zullen ook meegenomen
420 moeten worden in het debat over het verzekerd pakket en de rol van DSM-5
hierin. Wij vragen u oog te hebben voor deze bewegingen bij uw besluit over de
afbakening van het pakket.

Bijlage 2: Inspraaktekst de heer Jaap Schrieke namens GGZ Nederland

Zorginstituut Nederland
Pakket

425 Geachte aanwezigen
Mijn naam is Jaap Schrieke, ik ben senior beleidsadviseur bij GGZ Nederland.
Namens GGZ Nederland dank ik u voor deze mogelijkheid het woord te voeren. In
deze bijeenkomst ligt de vraag voor of het onderhavig advies zorginhoudelijk en
uitvoeringstechnisch voldoende onderbouwd is. Aan beantwoording van die vraag
430 dragen wij graag bij, in aanvulling op onze schriftelijke reactie.
Punt 1
Het consultatiedocument staat ook stil bij de zogenaamde "andere ...
gespecificeerde stoornis". Voorgesteld wordt alleen de "andere ...specificeerde
stoornis" bij de schizofrenie-spectrum- en andere psychotische stoornissen toe te
435 laten tot de aanspraak geneeskundige ggz. En alle andere – inclusief
persoonlijkheidsstoornissen – niet. Dat roept verwondering op. Immers, anno nu
behoren die nadrukkelijk wel tot de aanspraak. Er is hier dus geen sprake van een
nieuw ziektebeeld. Onder DSM-5 gaan behandelaren dit alleen anders opschrijven.
Patiënten die dit betreft hebben dus een stoornis, de kenmerken daarvan vallen
440 alleen niet of niet precies in de overige classificaties. Maar dat er een stoornis is,
is evident. Deze patiënten zijn ziek.
Het voorstel om deze patiëntengroepen voortaan onder te brengen in de
huisartsenzorg heeft zorgwekkende kanten voor de uitvoering. Er zijn immers
geen huisartsen-richtlijnen wat met patiënten te doen bij wie het bijvoorbeeld
445 gaat om een persoonlijkheidsstoornis. behandeling van
persoonlijkheidsstoornissen is complex. goede diagnostiek en behandeling van
persoonlijkheidsstoornissen is een vak apart, vereist specifieke kennis en
vaardigheden en is vaak belegd bij gespecialiseerde professionals. Overigens, de
vraag is ook of de huisartsenzorg de toestroom sowieso aankan. De huisartsen
450 zijn ook aangewezen op de Praktijk Ondersteuner Huisarts ggz, in augustus van
dit jaar was volgens de verpleegkundigenvereniging V&VN 18% van de POH-GGZ
plaatsen niet vervuld. Wanneer er geen geneeskundige ggz meer geboden is, dan
kan dat dus betekenen dat er helemaal geen zorg meer geboden is.
In de consultatieronde was een voorstel gedaan waar wij ons wel in konden
455 vinden. Gebruik deze specificatie bij uitzondering Verantwoord achteraf aan de
hand van het dossier waarom behandeling toch zou moeten. Verzekeraars zeggen
dat ze daarbij geen ijkpunt hebben en uiteraard is het dossier privacygevoelig. Er
zijn echter ook andere oplossingen denkbaar dan het schrappen van de
aanspraak. Bijvoorbeeld, maak via de productstructuur inzichtelijk waarom deze
460 patiënten wel aan de specificaties voldoen, maak inzichtelijk wat de mate van
disfunctioneren is. De WHO-DAS 2 kan daarbij een aanknopingspunt zijn, zoals
een zorgverzekeraar terecht opmerkt.
Punt 2
Een nieuw feit dient zich namelijk aan in het vergaderstuk aan (Blz. 5).: het gaat
465 om de uitgesproken voorkeur voor de behandeling van bepaalde stoornissen via
psychiatrische afdelingen van algemene (en academische) ziekenhuizen, en het
advies deze voorkeur te handhaven. ik citeer: "In de uitvoeringspraktijk zien wij
zowel binnen de algemene ziekenhuizen als de binnen de ggz de integrale zorg
tekortschiet." Ter onderbouwing van deze stelling wordt verwezen naar het
470 rapport van de Inspectie uit oktober 2013. Hier is het.
Wij onderschrijven het belang van samenwerking tussen somatiek en psychiatrie.
Het verheugd ons daarom ook dat in dit rapport juist bevestigd dat hier de
afgelopen jaren flinke progressie in geboekt is. IGZ constateert immers dat alle
gesignaleerde knelpunten door de betrokken ziekenhuizen en ggz-instellingen

Datum
5 januari 2015

Onze referentie
2015001750

475 gezamenlijk zijn besproken en opgelost. Bij geen enkele instelling of ziekenhuis heeft de inspectie handhavingsmaatregelen hoeven treffen. Niet in de voorbereiding op dit rapport, en ook na verschijnen in februari 2013 niet. Het advies om hele groepen bij voorkeur in de PAAZ-en en PUK-en te behandelen is daarom onnodig en doet ook de huidige praktijk en mogelijkheden te kort.

480

Zorginstituut Nederland
Pakket

Datum
5 januari 2015

Onze referentie
2015001750