

College voor Zorgverzekeringen
Mw. mr. M. van der Veen-Helder
Hoofd afdeling Zorg Advies
Postbus 320
1110 AH Diemen

Cc: Mw. mr. J.M. van Diggelen

Utrecht, 1 februari 2013

Kenmerk: JvG/lg/1624/13

Betreft: Reactie NVvP op concept rapport Geneeskundige ggz deel 2

Geachte mevrouw Van der Veen-Helder,

De Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie heeft kennis genomen van het concept rapport Geneeskundige ggz deel 2. De NVvP is het pertinent oneens met een aantal essentiële punten van het rapport. Zoals u weet heeft de NVvP in een eerder stadium een uitgebreide reactie gegeven op het eerste rapport Geneeskundige ggz. Tevens hebben wij schriftelijk antwoord gegeven op de door u gestelde vragen in de voorbereiding van het onderhavige rapport. Wij betreuren het dat wij onze inbreng in het huidige concept rapport niet herkennen. De NVvP was op 24 januari als toehoorder aanwezig bij de openbare vergadering van de Adviescommissie Pakket. De vragen die de leden van de commissie stelden wekten de indruk dat zij niet afdoende geïnformeerd waren over de koers die door het veld in gezamenlijkheid reeds is ingezet om de kostengroei in de geestelijke gezondheidszorg te beheersen.

Hierbij lichten wij toe waarom de door u voorgestelde veranderingen onethisch en medisch ontoelaatbaar zijn.

Afbakening geneeskundige geestelijke gezondheidszorg – klachten versus stoornissen

In het rapport stelt u dat de kosten in de geestelijke gezondheidszorg buitenproportioneel zijn gestegen en dat dit voor een deel ongewenste groei is. Deze ongewenste groei wijt u aan het verlenen van zware, intensieve en dure zorg bij lichte klachten of klachten die meer de aard van 'levensproblemen' hebben. Vervolgens stelt u als oplossing een stringent pakketbeheer voor, met uitgangspunt dat alleen zogenaamde 'geneeskundige ggz' (G-GGZ) ten laste dient te komen van het verzekerd pakket. Het domein 'geneeskundige ggz' bakent u ten eerste af door een scheiding aan te brengen tussen *klachten* enerzijds (niet G-GGZ) en *stoornissen* anderzijds (wel G-GGZ). Dit onderscheid brengt u aan tussen de verschillende DSM IV labels (bijlage 2 bij het rapport). Een tweede afbakening van de G-GGZ betreft het door u opgeworpen onderscheid tussen psychiatrische stoornissen met *primair een somatische oorzaak* en de overige psychiatrische stoornissen. Een laatste afbakening van G-GGZ betreft de *behandeling langer dan een jaar* van chronisch verlopende aandoeningen. U gaat ervan uit dat indien behandeling na die periode nog nodig is dit afdoende geboden kan worden door de huisarts in plaats van de medisch specialistische tweedelijns GGZ.

Reactie NVvP: Wetenschappelijk en klinisch onjuist.

Wij onderschrijven het belang van gepast gebruik van zorg, maar de wijze waarop u tracht te komen tot een afbakening van de geneeskundige ggz kan wetenschappelijk noch klinisch onderbouwd worden. Het is onze mening dat u bij dit beleid juist de medisch noodzakelijke zorg van grote groepen patiënten blokkeert. Het op de patiënt toegesneden indiceren van passende zorg begint bij een klinisch oordeel over de ernst van de klachten of de aandoening. Op basis van het principe van *matched care* wordt aan de hand van *beloop, reactie op behandeling en complicaties* opgeschaald of terugverwezen in de keten (geen zorg/zelfhulp, geïndiceerde preventie, eerste lijn, generalistische ggz, specialistische ggz, topzorg).

Een passende indicatie volgt niet als vanzelf uit één of enkele objectieve waarden. Er is geen sprake van één waarde die geldt als afkappunt voor wel of niet verzekerde zorg. Het is een illusie te denken dat dit in de somatische zorg (bijvoorbeeld diabeteszorg) wel zo zou zijn. In de geestelijke gezondheidszorg worden mensen behandeld, geen DSM IV-codes. Psychiaters leren hoe ze ongelijksoortige informatie zoals klinische parameters, wensen/mogelijkheden van de patiënt en diens omgeving en contextuele factoren kunnen integreren om een passend zorgaanbod vast te stellen. In Nederland worden behandelingen in de GGZ naar de stand van de wetenschap en aan de hand van richtlijnen uitgevoerd. Richtlijnen bevatten aanbevelingen voor de behandeling en dienen primair de kwaliteit van zorg. Een aantal richtlijnen, bijvoorbeeld die voor angst en depressie geeft reeds aan wanneer iemand in deeltijd of klinisch behandeld moet worden. In de toekomst zullen naast de behandelrichtlijnen aanvullende producten en modules worden ontwikkeld zoals

patiëntenversies, criteria voor behandeling in basis ggz of specialistische ggz, criteria voor door- en terugverwijzing in de keten, en kosteneffectiviteitsanalyses.

Ordering van zorg .

Aanvullend op een inhoudelijke beperking van het verzekerd pakket wijdt u een groot gedeelte van het rapport aan de ordening van de zorg. U wekt op zijn minst de suggestie dat de plaats in de keten waar bepaald zorgaanbod wordt geleverd meebepaalt of het tot het verzekerd pakket behoort of niet.

*Reactie van de NVvP: **Ordering is geen onderdeel van pakketbeheer, wel van bestuurlijk akkoord toekomst ggz.***

Pakketbeheer gaat er in essentie over of bepaalde zorg ten laste moet komen van het verzekerd pakket en dus ten laste van het collectief. Het CVZ adviseert doorgaans *wat* er vergoed kan worden. In dit advies gaat het om zorg en behandeling die ten laste kan komen van de Zvw. *Welke zorgvraag* van de patiënt bij *welke zorgverlener waar in de keten* vervolgens behandeld gaat worden is een ordeningsvraag. Het CVZ adviseert doorgaans niet *hoe* zorg geleverd moet worden om tot het verzekerd pakket gerekend te kunnen worden. Om die reden bevreedt het de NVvP dat dit principe wel wordt toegepast in het onderhavige advies voor de geestelijke gezondheidszorg. Het verrast ons des te meer omdat overheid, verzekeraars, patiënten, aanbieders en professionals zich met het bij u welbekende “bestuurlijk akkoord toekomst ggz” reeds gecommitteerd hebben aan een ordening van zorg waarbij de patiënt met inachtneming van de specifieke zorgbehoefte op de juiste plek in de keten, door de best geëquipeerde professional behandeld en begeleid wordt.

Partijen werken op dit moment aan de uitwerking en implementatie van de afspraken in dit akkoord. Er wordt gestreefd naar een meer uitgewerkt onderscheid tussen het aanbod in de huisartsenzorg, in de generalistische basis ggz en in de specialistische ggz. De invulling van deze concepten ligt nog ter tafel van het bestuurlijk akkoord. In een eerder schrijven (dd. 12 oktober 2012, ons kenmerk: JvG/lg/1536/12) ter beantwoording van vragen van uw kant ter voorbereiding van het rapport Geneeskundige ggz deel 2, hebben wij u erop geattendeerd dat u met dit deel van het advies volledig voorbij gaat aan hetgeen de partijen in onderling overleg trachten te realiseren. Het gaat het CVZ wat ons betreft niet aan vooruitlopend op resultaten van deze gezamenlijke inspanning de reikwijdte van de diverse echelons in de keten te definiëren, af te bakenen en te koppelen aan pakketbeheer. Wij roepen u derhalve dringend op

deze delen van het advies achterwege te laten. De NVvP zal zich verhouden tot hetgeen hierover met partijen betrokken bij het bestuurlijk akkoord wordt overeen gekomen.

Oplossingsrichting

Wij onderschrijven de inhoud van de brief die u van de hoogleraren heeft mogen ontvangen dd. 23 januari 2013 waarin een wetenschappelijk onderbouwde analyse van de kostenstijging in de GGZ wordt gegeven. De NVvP erkent de rol en verantwoordelijkheid van de professional om te zoeken naar een oplossing om de kostengroei in de GGZ te beheersen. Graag zetten wij de eerder gezette stappen nog eens op een rij. De inhoud en kwaliteit van de zorg is hierbij leidend en afspraken zijn reeds opgenomen in het eerder genoemde bestuurlijk akkoord. De betrokken partijen hebben een plafond van 2,5% voor de groei van het macrobudget afgesproken. Er zijn afspraken gemaakt die de zorg efficiënter en doelmatiger maken. Onderdeel hiervan is de afspraak een deel van de zorg die op dit moment in de tweedelijns GGZ wordt geleverd, te verschuiven naar de generalistische basis ggz (zie hiervoor tevens ons schrijven dd 12 oktober 2012).

Conclusie

De NVvP heeft ernstige twijfels over de noodzaak van pakketmaatregelen op de wijze waarop u deze in dit advies heeft geformuleerd. Een wetenschappelijke, empirische en financiële onderbouwing van zowel de probleemanalyse als van de beoogde resultaten van de door u gekozen oplossing ontbreken.

Wij vinden het tevens zeer kwalijk dat u op grond van aannames een beeld schetst dat de geestelijke gezondheidszorg 'zomaar alle ongemakken des levens' als psychiatrisch probleem behandelt. Indien u een noodzaak ziet om het verzekerd pakket voor de geestelijke gezondheidszorg aan te passen dan dringen wij erop aan dit volgens vergelijkbare criteria te doen, als deze gelden voor de somatische gezondheidszorg. Dat betekent pakketbeheer op grond van meer specifieke indicatie-interventie beoordelingen.

De NVvP pleit er voor om weg te blijven van micromanagement en beheersing door de zorgverzekeraar in de behandelkamer van de psychiater. Dit is het gebied waar wij, als medisch specialisten en professionals met uitstekende kennis over kostenbeheersing, de vrijheid moeten hebben ons werk uit te voeren. Wij zullen ons, net als de andere medisch specialisten, committeren aan het verbeteren van de kwaliteit van behandeling en zorg met een duidelijke visie (en implementatie) op welke patiënten met minder voorhanden zijnde middelen moeten worden behandeld in de specialistische GGZ.

Wij verzoeken u dringend het rapport in de huidige vorm in te trekken. De onderliggende aannames zijn fundamenteel onjuist, de inhoud is niet wetenschappelijk noch volgens 'good practice' onderbouwd en wekt de indruk te zijn gebaseerd op vooroordelen, met een gebrek aan inzicht in de praktijk. Daarnaast doorkruist de voorgestelde oplossing de afspraken die de overheid in het kader van het bestuurlijk akkoord met de verschillende partijen uit de GGZ heeft gemaakt.

In het vervolg van dit schrijven geven wij een nadere toelichting op de volgende onderwerpen: soma versus psyche, dementie en delier, klacht versus stoornis, geïndiceerde preventie, verslavingsproblematiek, NAO diagnoses en behandeling bij chronisch verloop. Graag vernemen wij van u in hoeverre u onze argumenten meeneemt in het definitief maken van het rapport Geneeskundige ggz deel 2.

Met vriendelijke groet,

Namens de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie,



Prof. dr. A.T.F. Beekman

Voorzitter

Nadere toelichting

Somatisch versus psychiatrisch

Om meerdere redenen wijst de NVvP een afbakening van zogenaamde G-GGZ op grond van een vermeend onderscheid tussen somatische aandoeningen en psychiatrische aandoeningen af. Om te beginnen is het vasthouden aan een onderscheid tussen soma en psyche, tussen lichaam en geest contrair aan de opbrengst van de wetenschap de laatste honderd jaar. We zijn in de westerse geneeskunde inmiddels het dualisme voorbij. Psychiatrische stoornissen hebben een somatisch substraat. De wijze waarop u met het argument 'primair een somatische oorzaak' stoornissen als dementie en delier niet langer meer tot de G-GGZ rekent lijkt willekeurig. Waarom juist deze stoornissen en niet bijvoorbeeld schizofrenie? Hoe zit het met de behandeling van een maligne neurolepticum syndroom? Het argument is ook vreemd omdat dit zou betekenen dat hoe preciezer we een somatisch substraat van een stoornis kunnen aanwijzen, des te minder psychiatrie we zouden overhouden. Terwijl deze kennis a priori niets verandert aan de symptomatologie van de aandoening noch aan de relevantie van de interventies. Evenwel zal de somatische zorg evenredig groeien met de toename van kennis over de oorzaak van de psychiatrische aandoeningen.

Een herverkaveling van de behandeling van psychiatrische stoornissen tussen het somatische en GGZ domein in het verzekerd pakket is tegengesteld aan de afspraak in het bestuurlijk akkoord dat partijen zich inspannen om de tweedeling in de zorg tussen somatische gezondheidszorg en geestelijke gezondheidszorg op te heffen. Naar onze mening is de kwaliteit en betaalbaarheid van de gezondheidszorg juist gebaat bij een betere integratie van de somatische en geestelijke gezondheidszorg. Zo laat onderzoek zien dat patiënten met lichamelijk onvoldoende verklaarbare klachten gemiddeld 5 tot 9 jaar rondwalen in de gezondheidszorg alvorens ze de juiste behandeling krijgen¹.

Of de behandeling van stoornissen waarvan u vaststelt dat deze somatisch geworteld zijn of een duidelijke lichamelijk oorzaak hebben, vanuit het verzekerd pakket vergoed blijven blijkt niet uit het advies en roept begrijpelijkerwijs verwarring en onvrede op bij patiënten en aanbieders. Tijdens de vergadering van de ACP op 24 januari is deze onduidelijkheid ook ter sprake gekomen. U lichtte ter vergadering toe dat deze zorg niet uit het pakket wordt gehaald, maar ten laste zal gaan komen van het macrokader voor de somatische specialistische zorg. Daarmee geeft u in feite aan dat het hier gaat om een boekhoudkundige truc waar de kwaliteit van de zorg noch het gepast gebruik van zorg mee gediend is. De consequenties van deze maatregel laten zich goed uitleggen aan de hand van de voorbeelden dementie en delier.

Dementie en delier

Van oudsher is dementie één van de belangrijkste expertise gebieden van de GGZ. De GGZ diagnosticeert nu meer mensen met dementie dan neurologische of geriatrische geheugenpoli's². Juist de GGZ koppelt aan die diagnose direct adequate zorg en behandeling. U moet hierbij onder meer denken aan psychoeducatie,

¹ lopend onderzoek bij Altrecht psychosomatiek Eikenboom (TopGGZ) zie ook http://www.altrecht.nl/ggz/60765/Altrecht_Psychosomatiek_Eikenboom-Onderzoek

² Geheugenpoli Monitor, inventarisatie 2009. Neuropsych publishers, Maastricht. Verhey, FRJ., Ramakers, IHGB., Bouwens, SFM., Blom, M., Scheltens, P., Vernooij-Dassen, M., & Olde Rikkert, M. (2010).

ondersteuning van de mantelzorg en monitoring van ontstaan van bijkomende neuro-psychiatrische stoornissen. Scheiding tussen somatische domein en GGZ werkt ‘stand alone’ geheugenpoli’s in de hand. Het is aangetoond dat de dementiezorg geboden door de GGZ winst oplevert met betrekking tot de kwaliteit van leven van de patiënt en mantelzorger³ en kosteneffectief⁴ is. Daarvan bent u reeds door anderen op de hoogte gesteld. Het verschuiven van de dementiezorg naar een ander macrokader levert natuurlijk geen bezuiniging op. Het stelt evenwel aanbieders voor praktische problemen. De bekostigingssystematiek in het zorgstelsel regelt dat GGZ aanbieders via een ‘GGZ DBC’ systematiek declareren. Kortom, het voorstel om behoudens diagnostiek, het zorgaanbod bij dementie niet langer meer toe te wijzen aan de G-GGZ maar over te hevelen naar het somatisch kader van de gezondheidszorg lijkt ons kortzichtig, slechts boekhoudkundig ingegeven en bewijst de patiënt noch de GGZ noch de samenleving een dienst.

Een delier is een psychotische stoornis, met andere kenmerken en een (soms) aanwijsbare oorzaak. De lijst van mogelijke oorzaken is daarnaast lang. Een delier is een ernstige, soms levensbedreigende aandoening, die gepaard gaat met gedragsstoornissen waarbij de expertise van de psychiatrie onontbeerlijk is. Regelmatig is de in een ziekenhuis door psychiaters opgestarte behandeling bij de huidige korte opnameduur niet afdoende en is overdracht van behandeling van het delier naar de ambulante (ouderen-)psychiatrie noodzakelijk. In de acute psychiatrie, de ouderenpsychiatrie en in de verslavingszorg heeft de psychiater meestal een leidende rol in de behandeling.

Klachten versus Stoornissen

De NVvP deelt de opvatting dat lichte psychische klachten niet in de medisch specialistische GGZ behandeld moeten worden. Psychiatrische stoornissen, maar ook andere ziektebeelden zoals bijvoorbeeld infectieziekten, manifesteren zich niet volgens het dichotome onderscheid ziek versus gezond maar bevinden zich op een continuüm. Patiënten zijn meer of minder ziek en meer of minder gezond. Of klachten op zichzelf staan of verwijzen naar een ziekte of stoornis vraagt diagnostiek. Goede diagnostiek is multidimensionaal en contextueel en houdt rekening met complicerende maar ook met beschermende factoren. Het feit dat CVZ vasthoudt aan de wens een onderscheid aan te brengen tussen klachten en stoornissen ter afbakening van het domein G-GGZ terwijl onderbouwing van dit onderscheid ontbreekt, leidt tot willekeur. Ten onrechte wordt in het rapport gesteld dat niet alle psychiatrische stoornissen geassocieerd volgens DSM IV voor vergoeding in aanmerking komen omdat het hier gaat om klachten. In DSM IV is opgenomen dat iets pas een stoornis is indien de symptomen significant lijden veroorzaken of dat de patiënt hierdoor beperkt is in het sociaal of beroepsmatig functioneren of het functioneren op andere belangrijke levenssterreinen. Kortom, niet een DSM IV label maar een klinische diagnose leidt tot een indicatie van passende zorg.

³ Integrated multidisciplinary diagnostic approach for dementia care: randomised controlled trial. Wolfs CA, Kessels A, Dirksen CD, Severens JL, Verhey FR. Br J Psychiatry. 2008 Apr;192(4)

⁴ Economic evaluation of an integrated diagnostic approach for psychogeriatric patients: results of a randomized controlled trial. Wolfs CA, Dirksen CD, Kessels A, Severens JL, Verhey FR. Arch Gen Psychiatry. 2009 Mar;66(3):313-23.

De NVvP hecht eraan het belang van goede diagnostiek te benadrukken. Diagnostiek van psychiatrische stoornissen moet bij uitstek in de tweedelijns medisch specialistische ggz plaats vinden. Zoals ook een patiënt met langdurige buikklasten kan rekenen op passend onderzoek en diagnostiek door de internist. Dit vraagt om een passende 'betaaltitel' en bijbehorend tarief. Na diagnostiek kan de patiënt naar passend aanbod in de keten worden verwezen. Meer aandacht voor en betere borging van specialistische diagnostiek, vroeg in het traject, is onderdeel van de afspraken in het bestuurlijke akkoord. Wij verwachten dat dit meer effect heeft op gepast gebruik in de GGZ dan het aanbrenge van een rigide onderscheid tussen klachten en stoornissen op grond van DSM IV labels.

Geïndiceerde preventie

Graag willen we er nog op wijzen dat een rigide uitsluiting van klachten voor behandeling ongewenst een drempel op kan werpen voor geïndiceerde preventie, en vroege interventie. Beide gericht op het voorkomen van erger en tevens kosteneffectief. Ook kunnen psychische klachten bij patiënten die anderszins kwetsbaar zijn, bijvoorbeeld vanwege comorbiditeit met somatische aandoening, verstandelijke beperking, verslaving of andere psychiatrische stoornis, wel degelijk een goede aanleiding zijn voor het inzetten van een behandeling. Ook hier geldt het credo dat goede diagnostiek leidt tot een indicatie welke is afgestemd op de patiënt in zijn/haar context.

Verslavingsproblematiek

Een voorbeeld van de ongewenst effecten van een uitsluiting van de behandeling van vermeend lichte problematiek is de *verslavingsproblematiek*. Volgens het advies zou slechts bij middelenafhankelijkheid sprake zijn van G-GGZ en dus van verzekerde zorg. Het zou betekenen dat de GGZ pas in beeld kan komen wanneer iemand eenmaal (hopeloos) verslaafd is, wanneer zich een onomkeerbaar proces in het brein heeft voltrokken. En dat behandeling vanuit de GGZ nog niet als verzekerde zorg kan worden aangeboden als het middelenmisbruik, middelenintoxicaties of onthoudingsverschijnselen betreft. Dergelijke beelden gaan als regel gepaard met ernstige gedragsontregelingen (agitatie, agressie, psychosen) De somatische gezondheidszorg ontbeert niet alleen de specifieke behandelomgeving en de expertise om met deze beelden om te gaan, maar zal ook minder goed in staat blijken de patiënt naar de gespecialiseerde vervolgbehandeling toe te leiden. Het motiveren voor een dergelijke behandeling is juist bij middelenmisbruik een integraal onderdeel van de behandeling en noodzakelijke zorg ter voorkoming van een vergevorderde verslaving met alle gevolgen van dien (ook buiten het domein van de gezondheidszorg).

NAO diagnoses en behandeling bij chronisch verloop

In het rapport wordt geadviseerd dat bij zogenaamde NAO classificaties de verzekeraar eerst toestemming moet geven om een behandeling te starten totdat een definitieve (lees niet NAO) classificatie kan worden aangewezen. NAO betekent echter meestal niet, in tegenstelling tot hetgeen in het rapport wordt gesuggereerd, dat er eerst meer diagnostiek moet plaatsvinden om van de toevoeging NAO weer af te komen. Vele patiënten hebben een klinisch beeld dat atypisch is en niet exact voldoet aan de criteria van een meer specifieke classificatie. Dat wil geenszins zeggen dat de problematiek niet dusdanig ernstig is dat

medische behandeling noodzakelijk is. Bij kinderen komen NAO classificaties vaker voor omdat het ziektebeeld nog niet volledig is uitgekristalliseerd. Zo ook kan LVG problematiek van invloed zijn op de wijze waarop een stoornis zich klinisch presenteert en dus reden zijn voor een NAO classificatie. Deze maatregel leidt tot een administratieve lastenverzwaring, is moeilijk inhoudelijk te controleren door de zorgverzekeraar en er zijn grote vraagtekens te stellen bij de opbrengst.

Voor een aantal chronisch verlopende stoornissen stelt u dat behandeling langer dan een jaar niet langer tot de G-GGZ conform de Zorgverzekeringswet gerekend kan worden. Na deze periode zou dan alleen nog sprake kunnen zijn van begeleiding bekostigd vanuit de AWBZ of WMO. Indien behandeling na een jaar nodig is zou dat alleen nog mogelijk zijn met een machtiging van de zorgverzekeraar. Ook hier geldt de vraag hoe de zorgverzekeraar de noodzaak van de behandeling gaat toetsen, zonder daarbij expliciet op de stoel van de behandelaar plaats te nemen. Ook hier geldt dat deze maatregel leidt tot een administratieve lastenverzwaring. De criteria op grond waarvan juist voor deze stoornissen is gekozen en niet voor andere, ook vaak chronisch verlopende stoornissen zijn volslagen duister. Ook hier lijkt willekeur in het spel, welke in dit geval wel erg ongelukkig uitpakt. Vaak gaat het bij chronisch verlopende stoornissen om ernstige stoornissen met een grote impact op meerdere levenssterreinen. Behandeling kan langer dan een jaar nodig zijn om functieherstel mogelijk te maken (wonen, werken, relaties etc.) Ook als een toestandsbeeld gestabiliseerd is, kan er een kwetsbaarheid voor terugval of nieuwe stoornissen blijven bestaan. De NVvP onderschrijft dat in zo'n situatie een behandeling of begeleiding elders in de keten gepast kan zijn of dat de betrokkenheid van een medisch specialist wordt aangepast in intensiteit en frequentie. Echter, juist in de langdurige behandeling en begeleiding van patiënten met een chronisch verlopend beeld zijn samenwerkings-constructies een model van collaborative care, waarbij snel en kort kan worden opgeschaald naar tweedelijnszorg, van belang om de zorg duurzaam toegankelijk en kosteneffectief te maken. Een machtigingsprocedure verhoudt zich hier bijzonder slecht mee.

Kinder- en jeugdpsychiatrie

Opvallend is dat in het rapport met geen woord gerept wordt over de kinder- en jeugdpsychiatrie. Het is daardoor onduidelijk of de afbakening van de G-GGZ ook dit domein betreft. Wel wordt een aantal stoornissen die met name ook bij kinderen en jeugdigen aan de orde kunnen zijn, niet of slechts beperkt tot de G-GGZ worden gerekend volgens de wel/niet G-GGZ lijst met DSM IV codes in de bijlage van het rapport. De zogenaamde DC:0-3 codes worden volledig gemist in het rapport. Dit zijn de classificaties voor stoornissen bij het zeer jonge kind waar de DBC's op gebaseerd zijn. Wij vragen ons af wat de reden hiervan is. Is het vergeten? Of is dit een bewuste keuze waarbij vooruitlopend op de Jeugdwet het verzekerd pakket alvast wordt verkleind?

Veel kinder- en jeugdpsychiatrische stoornissen zijn helaas chronisch van aard. Volgens uw advies zouden deze stoornissen na een jaar niet meer in de specialistische GGZ behandeld kunnen worden. In vergelijking met de somatische zorg is dit een vreemde keuze. Immers, ook kinderen met diabetes worden lange tijd gevolgd door de kinderarts, ook kinderen met een scoliose worden gedurende de groeileeftijd gevolgd door de orthopedisch chirurg. Veel van de psychiatrische stoornissen zijn bij kinderen en jeugdigen ook te ingewikkeld om aan andere deelspecialisten of de huisarts over te laten. Zo vraagt het stellen van de juiste

differentiaal diagnose bij kinderen specialistische kennis en ervaring. Dit geldt ook voor de toepassing van psychofarmaca. Deze stoornissen, waaronder de pervasieve ontwikkelingsstoornis, verlopen wisselend door de verschillende levensfasen heen. Dit houdt in dat bijvoorbeeld bij het intreden van de puberteit en de overgang naar de middelbare school opnieuw diagnostiek en behandeling moet plaatsvinden. Dit gaat verder dan slechts begeleiding bij de reeds bestaande en blijvende beperkingen.

Hiermee zijn wij zeer uitgebreid ingegaan op een veelheid aan onderwerpen die in het rapport de revue passeren. Mocht u desondanks behoefte hebben aan een nadere toelichting dan kan u uiteraard contact opnemen met Janneke van Gog, senior beleidsmedewerker, op tel. 030 2823897 of per mail j.vangog@nvvp.net