



Mw. mr. M.E. Kroes  
College voor Zorgverzekeringen  
Afdeling Zorg Advies  
Postbus 320  
1110 AH DIEMEN

2013.527.U/JvO/jn  
043-3875443  
23 januari 2013

Geachte mevrouw Kroes,

Dank voor het toezenden van het advies dat uw college zal uitbrengen betreffende de Geneeskundige GGZ (G-GGZ), deel 2. In een eerder stadium heeft uw commissie ons als groep van betrokken hoogleraren geconsulteerd. Wij hebben ons beraden op uw uiteindelijke advies en geven onze reactie door middel van deze brief.

Allereerst dient gezegd dat wij oog hebben voor de noodzaak om de snelle groei van kosten in de zorg om te buigen. Het doel van uw rapport, namelijk 'werken naar een kwalitatief goede, patiëntgerichte en doelmatige GGZ die ook in de toekomst zowel toegankelijk als betaalbaar blijft', onderschrijven wij dan ook van harte. Echter, over de manier waarop dit doel bereikt moet worden blijken wij van mening te verschillen. De voorstellen die er nu liggen hebben veel weg van lukraak bezuinigen zonder goede analyse. De voorstellen zijn onzes inziens schadelijk voor de publieke gezondheid en de belangen van grote groepen patiënten. Het uitvoeren van deze voorstellen zal tot veel maatschappelijke schade leiden. Zij zullen bovendien bijdragen tot ongewenste en slecht gefundeerde verschillen in toegang tot zorg tussen verschillende groepen patiënten.

Wij zijn van mening dat genoemde doelstelling beter bereikt kan worden door het Bestuurlijk Akkoord op een verantwoorde wijze tot uitvoering te brengen. Daarnaast lijkt het ons zinvol een gedegen analyse te verrichten hoe het mogelijk is geweest dat deze kosten in zulke korte tijd überhaupt zo hoog op konden lopen. Op basis van een dergelijke analyse kunnen desgewenst aanvullende maatregelen worden genomen om de kostengroei onder controle te krijgen. Hierbij dient overigens te worden aangemerkt dat een deel van de groei heeft plaatsgevonden op expliciete uitnodiging van VWS. Zo is de Jeugd GGZ begin 2000 gevraagd te groeien ten einde de wachtlijsten weg te werken. Het is daarom ongepast om de groei van de GGZ uitsluitend het veld aan te rekenen.

Het rapport geeft in heldere bewoordingen aan op welke gronden u tot uw adviezen bent gekomen. Een aantal van deze overwegingen wordt breed gedeeld in het veld en sluit ook goed aan bij het Bestuurlijk Akkoord. Er zijn echter twee meer fundamentele zaken waar wij bezwaar tegen maken en die, als ze uitgevoerd worden, uiteindelijk voor patiënten en voor de ontwikkeling van de zorg slecht zullen uitpakken. Daarnaast is er een aantal minder fundamentele punten waar uw advies naar onze mening bijgesteld zou moeten worden.

- (i) Is snijden in het pakket de gewenste manier om de groei van volume van zorg om te buigen?

De G-GGZ is de afgelopen 10 jaar snel gegroeid, zowel in aantallen behandelde patiënten als in het beslag op middelen en mensen. Versnelling van deze groei valt samen met de veranderingen in het stelsel waarbij beoogd werd middels marktwerking en concurrentie kosten te reduceren en kwaliteit te verhogen. Bij dit beleid paste het faciliteren van toetreden van nieuwe aanbieders van zorg. Dit beleid is in zoverre succesvol geweest dat er inderdaad zeer veel nieuwe toetreders zijn gekomen. Net als in de somatiek is er van de marktwerking een sterke volumeprikkel uitgegaan. In de G-GGZ is deze prikkel wellicht sterker geweest, omdat er in de GGZ nog relatief veel onbehandelde problematiek was. Wij zien dit in de resultaten van de NEMESIS studie. In 1996 en in 2008 is op identieke manier onderzoek gedaan naar de prevalentie en de behandeling van psychiatrische stoornissen in de Nederlandse bevolking. Nemen we de depressie als voorbeeld, dan werd in 1996 ongeveer 60% van de patiënten behandeld. In 2008 was dit opgelopen tot meer dan 80%. Deze trend is niet uniek voor Nederland, we zien dit in alle geïndustrialiseerde landen. Het illustreert dat de tweedeling tussen somatische en psychische ziekte afneemt, waarschijnlijk mede door het afnemen van taboes op psychische ziekte.

De hoge prevalentie van psychische stoornissen (ongeveer 20% van de populatie in een jaar) is een wereldwijd verschijnsel (zoals blijkt uit WHO onderzoek) en al decennialang bekend. Het is de expressie van het feit dat mensen psychisch kwetsbaar zijn. In de Lancet van 15 december 2012 worden de nieuwe *Global Burden of Disease* onderzoeken beschreven, en is te zien dat *Mental Disorders* hoog – en steeds hoger – staan in de wereldwijde impact op *Burden of Disease*. Dat is dus niet iets wat verzonnen is of een politiek gekleurd verhaal.

In dit kader is het ook van belang te wijzen op de maatschappelijke opbrengsten van de GGZ. Verschillende wetenschappelijke studies hebben laten zien dat tegenover iedere uitgegeven euro aan GGZ meerdere euro's aan baten staan. Mede om die reden concludeerde het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) in 2006 dat goede geestelijke gezondheidszorg de kwaliteit van leven en de welvaart verhoogt. GGZ-behandeling vermijdt kosten en levert de maatschappij dus baten op. En dan spreken we nog niet over de vermeden uitgaven doordat niet behandelde psychiatrische patiënten in sommige ernstige gevallen schade aan anderen veroorzaken.

Niettegenstaande de gunstige kosten-baten balans van de GGZ speelt er wel ten minste een probleem in de Nederlandse GGZ dat op gespannen voet staat met haar doelmatigheid. Dat probleem betreft het feit dat de nieuwe tweedelijns aanbieders in de GGZ, die dankzij de toegenomen marktwerking in de zorg zijn toegetreden, zich primair richten op de minder ernstige gevallen van psychische stoornissen die voorheen niet werden behandeld. In het Bestuurlijk Akkoord is getracht dit op te lossen door een 'Generalistische Basis GGZ' te ontwikkelen, waar meer patiënten tegen lagere tarieven kunnen worden behandeld. Het is de bedoeling dat veel gebruik gemaakt zal worden van zelfhulp en e-mental health om zodoende ongebreidelde groei van beroep op gespecialiseerde G-GGZ af te remmen. Dit onderdeel van het Bestuurlijk Akkoord wordt, evenals andere belangrijke doelmatigheidsverbeterende maatregelen in dat akkoord (zoals het updaten van de richtlijnen en de ambulantisering), breed gedragen en is nog in ontwikkeling. Wij zijn van mening dat innovatie op gebied van e-health en zelfhulp, samen met de genoemde structurele hervorming van ons zorgstelsel, veel betere manieren zijn om groei van kosten om te buigen dan het domweg uitsluiten van stoornissen.

(ii) Psychische stoornissen.

U hebt in uw advies onderscheid gemaakt tussen ‘psychische stoornissen’ en stoornissen met ‘een meer somatische achtergrond’. Als somatische oorzaken op de voorgrond staan hebt u geconcludeerd dat geen sprake is van een psychische stoornis en geadviseerd om deze stoornissen buiten te sluiten uit de G-GGZ. Uit bijlage 2 blijkt dat u zodoende (i) dementie, delirium en andere cognitieve stoornissen, (ii) een deel van de aan alcohol of andere middelen gebonden stoornissen, en (iii) de bewegingsstoornissen door geneesmiddelen wil uitsluiten van verzekerde G-GGZ zorg.

Een dichotoom onderscheid tussen psyche en soma of tussen lichaam en geest is volledig achterhaald. De term ‘psychische stoornis’ suggereert wellicht dat er bij psychiatrische patiënten geen lichamelijke veranderingen plaatsvinden, maar ook die gedachte past in het geheel niet bij de werkelijkheid. Bij bijvoorbeeld schizofrenie, bipolaire stoornis en depressie is in detail bekend welke hersencircuits afwijkingen vertonen en ook is bekend welke receptorsystemen zijn aangedaan. Daarnaast hangen deze stoornissen samen met een scala aan ontregelingen van lichamelijke functies die allerlei directe somatische consequenties hebben. Uit tweelingstudies blijkt verder dat de kwetsbaarheid voor alle grote psychiatrische ziektebeelden voor circa 40% genetisch bepaald zijn. Dit loopt voor schizofrenie, bipolaire stoornis en autisme op tot meer dan 80%. Psychische fenomenen kunnen worden verklaard op basis van neurobiologische en dus somatische mechanismen en somatische fenomenen hebben veelal een belangrijke psychische component. Het kan niet de bedoeling zijn om stoornissen uit te sluiten van verzekerde zorg op het moment dat we meer te weten komen van de neurobiologische etiologie en pathogenese. Het kan bovendien niet de bedoeling zijn om af te wijken van de internationale standaarden van de classificatie van somatische en psychische ziektebeelden. Het zou van een gevaarlijke hoogmoed getuigen als wij in Nederland het beter weten dan de rest van de wereld. Hieronder gaan wij graag in meer detail in op de door u genoemde kandidaten om uit de G-GGZ te verwijderen:

Het **delier** is een zeer ernstige, acute en vaak levensbedreigende psychiatrische stoornis. De lijst van oorzaken is zeer lang (een mix van neurobiologische- en omgevingsfactoren) en adequate diagnostiek vereist vaak inzet van meerdere disciplines. Psychiaters zien delirante patiënten veelal in (i) de acute psychiatrie, (ii) het algemeen ziekenhuis, (iii) de ouderenpsychiatrie en (iv) de verslavingspsychiatrie. Psychiaters hebben vanuit hun opleiding en expertise, en de door de beroepsvereniging opgestelde richtlijnen voor behandeling van delier, hierin een leidende rol, zowel waar het gaat om diagnostiek als behandeling. In het algemeen ziekenhuis zal de betreffende somatisch medisch specialist weliswaar de hoofdbehandelaar zijn van het onderliggende somatische syndroom, maar de psychiater is de medebehandelaar van het delier; in de acute psychiatrie, ouderenpsychiatrie en in de verslavingszorg is de psychiater hoofdbehandelaar. Uitsluiten van het delier als ernstig psychiatrisch ziektebeeld omdat hier meestal lichamelijke oorzaken op de voorgrond staan, is naar onze mening fundamenteel onjuist en zal voor patiënten en zorginstellingen gevaarlijke situaties opleveren.

**Dementie** is een van de grote uitdagingen voor de gezondheidszorg van de komende decennia. De GGZ speelt hierin een belangrijke rol. Op grond van het feit dat dementie een “hersenziekte” is stelt u echter voor de dementie uit te sluiten van verzekerde GGZ zorg. In uw rapport noemt u de diagnostiek van dementie en de behandeling van patiënten met dementie en bijkomende gedragsstoornissen of andere psychische klachten als terreinen waar de GGZ wel binnen de verzekerde G-GGZ zou moeten blijven.

Ook hier vinden wij het fundamenteel onjuist om op grond van de etiologie de dementie uit te sluiten uit de verzekerde G-GGZ. Daarnaast bevindt de symptomatologie van dementie, met bijvoorbeeld stemmingsontregeling, pathologische achterdocht en gedragsstoornissen zich voor

een belangrijk deel op het terrein van de psychiater. Het veld staat voor een enorme uitdaging om de verwachte groei aan patiënten op te vangen en adequate zorg te blijven bieden en de G-GGZ speelt daarin een grote rol. Er zijn in Nederland regionale verschillen in hoe de dementie zorg geregeld is. Gezien vanuit het perspectief van de bekostiging is de G-GGZ die geboden wordt relatief goedkoop in vergelijking met de kosten van de zorg die vanuit de somatiek geleverd wordt. Het is naar onze mening zeker belangrijk om de organisatie en bekostiging van dementiezorg in Nederland te herzien, maar het gaat niet aan om alvast de door de GGZ geleverde zorg uit het verzekerde pakket te halen. Indien CVZ voornemens is de dementiezorg volledig in de somatiek onder te brengen, dan vrezen wij een aanmerkelijke kostenverhoging. De psychiater is immers degene die bij uitstek in staat is om omgevingsfactoren te integreren en concepten zoals zelfmanagement in te zetten. Door deze stoornissen geheel in de somatiek te plaatsen zorgen we ervoor dat een op het individu gerichte oplossing zal worden gekozen die niet afdoende is en in grote meerkosten zal resulteren.

Voor de **stoornissen die veroorzaakt worden door middelen of medicijnen** geldt een analoge redenering. Het is niet verstandig of doenlijk om de oorzaak van de stoornis leidend te laten zijn voor de bekostiging. Wat te doen met een adolescent die ernstig psychotisch wordt na het gebruik van cannabis? Het gaat om stoornissen die grote impact hebben op patiënten waar behandeling vanuit de GGZ zinvol en noodzakelijk is. Idem bij ernstige psycho-organische beelden als gevolg van intoxicatie of onttrekking van middelen. Kunt u zich somatische afdelingen voorstellen waar deze vaak zeer heftige en onregelende problematiek adequaat behandeld en bejegend zou kunnen worden? Dit is van oudsher, en met reden een psychiatrisch domein, uiteraard in collegiale samenwerking met andere medisch specialisten.

(iii) Preventie.

Het goed positioneren van preventie binnen het zorgstelsel is niet gemakkelijk. Investeren in preventie wordt heel vaak genoemd als prioriteit en juist in Nederland is er veel gedaan aan innovatie op gebied van preventie van psychische stoornissen. U hebt terecht veel aandacht besteed in uw advies aan de vraag of geïndiceerde preventie onderdeel moet blijven van de verzekerde G-GGZ. Daarbij hebt u terecht gesteld dat het bij geïndiceerde preventie gaat om patiënten die wel klachten hebben, maar nog niet een volledig psychiatrisch ziektebeeld hebben ontwikkeld. In uw eerdere advies hebt u geadviseerd om behandeling van psychische klachten bij de huisarts te laten en buiten de verzekerde zorg te laten. Op basis van dezelfde redenering adviseert u nu om de geïndiceerde preventie buiten te sluiten.

De redenering die u volgt is helder, maar gaat mank daar waar u verzuimt te vermelden dat het doel van preventie niet is om klachten te verminderen, maar om ziekte te voorkomen. De klachten van mensen die in aanmerking komen voor geïndiceerde preventie zijn per definitie mild en behandeling van milde klachten zou inderdaad een lagere prioriteit hebben. Echter, preventie is iets anders dan behandeling. Zoals u in het advies vermeld is er sterke evidentie voor de effectiviteit van geïndiceerde preventie. Als we de effectiviteit van bijvoorbeeld geïndiceerde preventie van depressie vergelijken met die van geaccepteerde preventieve interventies in de somatiek, dan valt de vergelijking positief uit voor depressie preventie. Zo liggen de NNT's (numbers needed to treat) voor de preventie van hart- en vaatziekten gevonden bij gebruik van statines of antihypertensiva ruim boven de 50, terwijl de NNT's voor geïndiceerde depressie preventie rond de 8 liggen. Ook economische analyses laten zien dat GGZ preventie een gunstige balans tussen kosten en baten laat zien.

Bij een advies over preventie in de G-GGZ zou het beter zijn om te erkennen dat het goed verankeren van preventie binnen de bekostiging van de gezondheidszorg moeilijk is, terwijl het tevens duidelijk is dat preventie een essentiële bouwsteen zal zijn voor de verdere ontwikkeling

van de zorg. Dat geldt niet alleen voor preventie binnen de GGZ, maar voor de hele gezondheidszorg. Dit vraagstuk laat zich niet oplossen door het gewoon buiten de verzekerde zorg te positioneren.

(iv) De positieve en negatieve lijst psychotherapie interventies

Het advies om MBCT te gebruiken bij de behandeling van depressie juichen wij toe. Echter het criterium dat men dan eerst meerdere depressies gehad moet hebben (een post-hoc bevinding van 1 onderzoeksgroep) is inmiddels achterhaald. Zie o.a. de Engelse NICE richtlijnen die op basis hiervan aangepast zullen worden.

Meer in het algemeen zijn wij van mening dat terughoudendheid is geboden bij de rol die het CVZ heeft bij het vaststellen van de werkzaamheid van specifieke interventies in de GGZ. Inzichten in de werkzaamheid van interventies zijn aan verandering onderhevig op geleide van wetenschappelijke ontwikkelingen. Deze kennisaccumulatie hoort plaats te vinden in de behandelrichtlijnen. Het CVZ zou eventueel op basis van de behandelrichtlijnen kunnen komen tot algemene principes, maar alleen als daar de wetenschappelijke evidentie toereikend voor is.

(v) Beperking van de duur van behandeling voor een aantal stoornissen (o.a. autisme).

Zoals u schrijft in uw advies, is een van de doelstellingen van het Bestuurlijk Akkoord om de voorwaarden te scheppen om patiënten met chronische psychiatrische ziekten dichter bij huis en binnen een lichtere zorgvoorziening te behandelen. Dit uit zich in een streven naar beddenreductie (ambulantisering) en het streven om patiënten met chronische ziekten te behandelen in de Generalistische Basis GGZ. Uw advies om een generale regeling te maken die alle patiënten met een specifieke stoornis uitsluit van zorg na een jaar staat hier haaks op en is zeer ongewenst. Juist bij stoornissen als autisme is vraaggerichte hulp die past bij het moment aangewezen.

(vi) Aanpassingsstoornissen.

Eerder hebt u geadviseerd om de aanpassingsstoornissen uit het pakket te halen. U komt hier terecht op terug in de zin dat het niet de bedoeling kan zijn crisisopnames onmogelijk te maken van patiënten die op as I van DSM een aanpassingsstoornis hebben, maar waarbij toch een crisisopname noodzakelijk is (bijvoorbeeld vanwege suïcidaliteit). Het is erg goed dat hier op terug wordt gekomen in uw advies. Wij hebben eerder geadviseerd om niet hele stoornissen uit te sluiten – dat heeft vaak dit soort negatieve effecten die dan later gerepareerd moeten worden. Voor wat betreft de aanpassingsstoornissen zij nog opgemerkt dat behandelingen in de (acute) psychiatrie gericht op voorkomen van opname meegenomen zouden moeten worden in uw advies. Dit geldt bijvoorbeeld voor slachtoffers van een trauma, die kort na het trauma vaak met een aanpassingsstoornissen worden gediagnosticeerd. Als bij deze groep niet tijdig ingegrepen kan worden, kunnen de problemen dusdanig verergeren dat een (veel duurdere) klinische opname niet meer kan worden voorkomen. Hier geldt dus: penny wise pound foolish.

(vii) Consultatie door psychiaters of psychologen.

Om in de toekomst meer patiënten te kunnen behandelen met minder of minder duur personeel zijn verschuivingen van intra- naar extamurale zorg en van specialistische naar de huisartsenzorg noodzakelijk. Consultatie door specialisten speelt daarbij een belangrijke rol. Consultatie kan op strategische momenten in de zorg doorslaggevend zijn. Triage is zo'n moment. Het zou wenselijk zijn om consultatie en triage beter uit te werken, inclusief betaaltitel voor de betreffende specialisten.

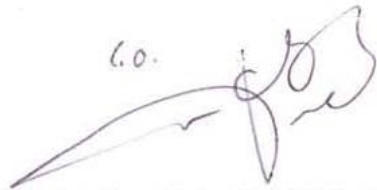
(viii) Administratieve drempels en lasten.

Er bestaan veel zorgen over de immer uitdijende administratieve lasten binnen de zorg. Dit gaat ten koste van de productiviteit van behandelaars en elke euro besteed aan administratie gaat ten koste van de zorg voor patiënten. In uw advies hebt u een aantal maatregelen opgenomen die de kwaliteit van de zorg niet ten goede komen, maar wel de administratieve lasten fors verhogen. Dit geldt voor de genoemde toestemming vooraf voor de 'niet anders omschreven' ziektecategorieën en voor de machtiging na een jaar voor een groep stoornissen waarvan u aanneemt dat ze na 1 of 2 jaar stabiel zijn. Los van ons bezwaar tegen de administratieve lasten die dit met zich meebrengt is het helemaal niet zeker dat genoemde stoornissen daarna stabiel zijn. Dit is een tweede reden om bezwaar te maken tegen uw advies.

Tot zover onze inhoudelijke reactie. Hieruit moge blijken dat wij ons ernstig zorgen maken omtrent het door u uitgebrachte adviesrapport. Wij denken dat het verstandig is om het advies grondig te herzien alvorens het naar buiten te brengen.

Zoals gezegd onderschrijven we uw doelstelling: 'werken naar een kwalitatief goede, patiëntgerichte en doelmatige GGZ die ook in de toekomst zowel toegankelijk als betaalbaar blijft'. Wij nemen graag onze verantwoordelijkheid waar wij een bijdrage kunnen leveren aan een verantwoorde ombuiging van de groei van de G-GGZ. Wij denken evenwel dat het buitengewoon onverstandig is om dit doel te bereiken door, zoals het er nu alle schijn van heeft, lukraak te bezuinigen zonder gedegen analyse. Veel verstandiger is om het Bestuurlijk Akkoord op een verantwoorde wijze tot uitvoering te brengen en een gedegen analyse te verrichten naar de oorzaken van de geconstateerde kostenstijging. Hierbij dienen de beroepsgroepen betrokken te worden. Waar mogelijk bieden wij dan ook graag onze hulp aan om deze analyse te ondersteunen vanuit onze expertise.

Hoogachtend,



Prof. dr. Jim van Os – Maastricht Universitair Medisch Centrum  
Prof. dr. Aartjan Beekman – Vrije Universiteit Amsterdam  
Prof. dr. Pim Cuijpers – Vrije Universiteit Amsterdam  
Prof. dr. Jan Derksen - Radboud Universiteit Nijmegen  
Prof.dr. Christina van der Feltz – Cornelis – Universiteit van Tilburg  
Prof. dr. Giel Hutschemaekers - Radboud Universiteit Nijmegen  
Prof. dr. René Kahn – Universiteit Utrecht  
Dr. Albert Leentjens – Maastricht Universitair Medisch Centrum  
Prof. dr. Robert Schoevers – Universitair Medisch Centrum Groningen  
Prof.dr. Filip Smit – Vrije Universiteit Amsterdam  
Prof. dr. Anne Speckens – Radboud Universiteit Nijmegen  
Prof. dr. Peter Verhaak – Rijksuniversiteit Groningen  
Prof. dr. Roel Verheul - Universiteit van Amsterdam  
Prof. dr. Hans Wijbrand Hoek – Rijksuniversiteit Groningen