

Eekholt 4  
1112 XH DiemenPostbus 320  
1110 AH Diemen  
(020) 797 85 55  
(020) 797 85 00  
info@cvz.nl  
www.cvz.nlAan het bestuur van  
GGZ Nederland  
Postbus 830  
3800 AV AMERSFOORT

Colloquium GGZ Arch. d.d.: - 7 JAN. 2013
Bijl. 142109/2013
Ten bestemming aan: MNOP
Kopie aan: VEWR - PLRJ
Ten info aan:
Exter Arch. d.d.: 12.2

Uw brief van

Uw kenmerk

Datum

4 januari 2013

Ons kenmerk  
ZA/2013001386Behandeld door  
mw. mr. J.M. van DiggelenDoorkiesnummer  
(020) 797 85 49Onderwerp  
Conceptrapport Geneeskundige GGZ, deel 2

Geacht bestuur,

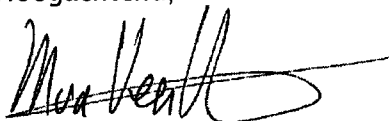
In het afgelopen jaar hebben we met de meeste van u contact gehad ter voorbereiding van een tweede rapport over geneeskundige geestelijke gezondheidszorg (GGZ). Bijgaand conceptrapport is een vervolg op het rapport GGZ, deel 1 dat het CVZ in april 2012 aan de minister van VWS heeft aangeboden. De aanleiding voor dit rapport is de vraag van de minister over de noodzakelijk te verzekeren GGZ.

We willen u als belanghebbende partij graag in de gelegenheid stellen uw mening te geven over dit concept.

Uw reactie zal bij het uiteindelijke rapport worden opgenomen. Uw reactie kunt u tot 1 februari 2013 aan het CVZ zenden. Dit kan per post (ter attentie van mw. mr. J.M. van Diggelen), maar ook per e-mail: [HDiggelen@cvz.nl](mailto:HDiggelen@cvz.nl).

De Raad van Bestuur zal naar verwachting in de vergadering van maart 2013 het rapport vaststellen.

Hoogachtend,

Mw. mr. M. van der Veen-Helder  
Hoofd afdeling Zorg AdviesBijlagen: conceptrapport Geneeskundige GGZ, deel 2  
Bijlage 1 t/m 5 bij dit rapport

*Rapport*

## Geneeskundige GGZ, deel 2

Op ..... 2013 uitgebracht aan de minister VWS

*Publicatienummer*

<b><i>Uitgave</i></b>	College voor zorgverzekeringen Postbus 320 1110 AH Diemen Fax (020) 797 85 00 E-mail info@cvz.nl Internet www.cvz.nl
<b><i>Volgnummer</i></b>	2012141077
<b><i>Afdeling</i></b>	ZORG-ZA
<b><i>Auteur</i></b>	mw. mr. J.M. van Diggelen, mw. mr. M. Kroes
<b><i>Doorkiesnummer</i></b>	Tel. (020) 797 85 49

## Inhoud:

<i>pag.</i>	
	Samenvatting
1	1. Inleiding
1	1.a. Aanleiding
1	1.b. Probleem
1	1.c. Doel
2	1.d. Centrale vraag
2	1.e. Totstandkoming van een concept van dit rapport
2	1.f. Leeswijzer
5	2. Context
5	2.a. Inleiding
5	2.b. Wettelijk kader
6	2.c. Psychische stoornissen
8	3. Welke zorg valt onder de te verzekeren G-GGZ?
8	3.a. Inleiding
8	3.b. Bij welke DSM-IV-stoornissen is er sprake van G-GGZ?
9	3.b.1. Psychische stoornissen
10	3.b.2. Wel verzekerde G-GGZ
11	3.b.3. Niet verzekerde G-GGZ
13	3.c. Welke GGZ-interventies voldoen aan de stand van de wetenschap en praktijk?
13	3.c.1. Positieve en negatieve lijst van interventies
14	3.c.2. Drie standpunten
15	3.d. Consequenties wel/niet te verzekeren G-GGZ
17	4. Gevolgen overgang van DSM IV naar DSM-5
19	5. Wat is noodzakelijk te verzekeren G-GGZ?
19	5.a. Inleiding
19	5.b. Moet geïndiceerde preventie te verzekeren zorg blijven?
19	5.b.1. Inleiding
19	5.b.2. Geïndiceerde preventie en ziektelast
20	5.b.3. Hoe is geïndiceerde preventie nu verzekerd?
22	5.b.4. Moet behandeling van psychische klachten, gezien de lage ziektelast verzekerd blijven?
25	5.c. Moeten aanpassingsstoornissen te verzekeren zorg zijn?
27	6. Gepast gebruik: ordening en bekostiging
27	6.a. Inleiding
27	6.b. De huidige situatie: onderscheid eerste- en tweedelijngeneeskundige GGZ
28	6.b.1. Eerstelijng-GGZ
28	6.b.2. Tweedelijng-GGZ

30	6.c.	De gewenste situatie: onderscheid basis GGZ en gespecialiseerde GGZ
30	6.c.1.	Inleiding
30	6.c.2.	Uitwerking basis-GGZ door partijen
33	6.d.	Nadere uitwerking gewenste situatie: basis-GGZ en gespecialiseerde GGZ
37	7.	Gepast gebruik: uitvoeringsaspecten
37	7.a.	Inleiding
37	7.b.	Hoofdbehandelaarschap
38	7.c.	Richtlijnen
39	7.d.	Uitvoering door verzekeraars
39	7.d.1.	Verwijzing
39	7.d.2.	Toestemming
40	7.d.3.	Verlengde arm-constructie
41	8.	Conclusies en aanbevelingen
44	9.	Vervolg
45	10.	Commentaar belanghebbende partijen
45	11.	Adviescommissie Pakket
45	12.	Besluit CVZ

#### ***Bijlage(n)***

1. Verslag bijeenkomst d.d. 21 augustus 2012
2. Stoornissen DSM IV
3. Positieve lijst psychologische interventies
4. Negatieve lijst psychologische interventies
5. Uitwerking criteria verwijstdiagnostiek

## Samenvatting

Dit rapport is het vervolg op het Rapport Geneeskundige GGZ (deel 1) *Wat is nu te verzekeren zorg en wat niet?* dat het CVZ april 2012 heeft uitgebracht. In het eerste deel heeft het CVZ onderscheid gemaakt tussen klachten en stoornissen. Hoewel het lastig is een scherpe grens te trekken, blijft het onderscheid tussen klachten en stoornissen het uitgangspunt in het vervolg rapport over de Geneeskundige GGZ. In dit tweede rapport verheldert het CVZ nog verder wat tot de geneeskundige GGZ (G-GGZ) behoort en wat niet. Verder adviseren we over de vraag of geïndiceerde preventie verzekerde zorg moet blijven en bespreken we of aanpassingsstoornissen te verzekeren zorg moet zijn. Ook geven we aanbevelingen over gepast gebruik.

### **Verdere verheldering**

De G-GGZ is onderdeel van de Zvw prestatie geneeskundige zorg zoals klinisch psychologen en medisch-specialisten die plegen te bieden. Deze zorg kan op verwijzing worden verleend. De zorg omvat diagnostiek en behandeling en zo nodig begeleiding. De diagnostiek kan ten laste van de Zvw plaatsvinden, ongeacht de uiteindelijke diagnose, dus ook als de diagnose luidt dat er geen psychische stoornis is.

### **Stoornissen**

In dit rapport hebben we van alle stoornissen, zoals omschreven in de DSM IV, aangegeven of het een psychische stoornis is en of er sprake is van al dan niet verzekerde G-GGZ. Het volledige overzicht staat in bijlage 2.

Voor psychische stoornissen met een chronisch verloop adviseren wij de zorgverzekeraars een machtigingssysteem te introduceren. Voor "stoornissen die niet anders omschreven zijn" raden wij zorgverzekeraars aan om toestemming vooraf in te voeren.

Verder adviseert het CVZ de minister om de GGZ wettelijk te beperken tot maximaal een jaar bij de volgende stoornissen met blijvende tekortkomingen: pervasieve ontwikkelingsstoornissen, de stoornis Gilles de la Tourette en de chronische motorische of focale tic-stoornis.

### **Interventies**

In dit rapport presenteren we een overzicht van psychologische interventies die voldoen aan de stand van de wetenschap en praktijk en welke hieraan juist niet voldoen. Dit heeft geresulteerd in een positieve lijst (bijlage 3) en een negatieve lijst (bijlage 4). Beide lijsten zijn niet limitatief. Voor zover behandelingen niet zijn benoemd in deze lijsten, zal de zorgverzekeraar zelf moeten bepalen of de interventie aan het criterium stand van de wetenschap en praktijk voldoet. We raden de zorgverzekeraars aan bij de zorginkoop rekening te houden met deze lijsten.

***Noodzakelijke  
zorg? Geïndiceerde  
preventie***

Geïndiceerde preventie van depressie, problematisch alcoholgebruik en paniekstoornis betekent hulp bij klachten. Dit is geen G-GGZ. In dit rapport komt de vraag aan de orde of de behandeling van psychische klachten in zijn geheel uitgesloten moeten worden van de Zvw. De reacties uit consultatieronde betreft de ACP in zijn weging en advies aan de RvB. Vervolgens besluit de RvB over al dan niet uitstroom advies.

***Noodzakelijke  
zorg? Aanpassings-  
stoornissen***

De behandeling van aanpassingsstoornissen is bij wet uitgesloten van de verzekerde zorg. Bij een aanpassingsstoornis is er sprake van een (mogelijk inadequaat) reactiepatroon op stress waarvan de behandeling primair niet geneeskundig van aard is. Daarom concludeert het CVZ dat een aanpassingsstoornis geen psychische stoornis is waarvoor verzekerde G-GGZ aangewezen is.

***Overige  
constateringen en  
acties***

Net al in ons G-GGZ rapport, deel 1 gaat het in dit tweede rapport in de kern om goede afbakening van wat wel en wat niet te verzekeren zorg is en over een juiste uitvoering van de verzekering.

De nieuwe door VWS geïnitieerde ordening in de GGZ en het onderscheid basis-GGZ en gespecialiseerde GGZ zal naar verwachting zeker bijdragen aan duidelijke afbakening. Het CVZ tekent daarbij aan dat als de basis-GGZ ook in Zvw-prestaties geregeld moet worden, we in de loop van 2013 zullen bezien of en op welke wijze dit zou kunnen.

Verder verwachten wij dat de duidelijkheid die wordt gecreëerd rond het hoofdbehandelaarschap ook een bijdrage zal leveren aan een juiste uitvoering van de verzekering.

Het CVZ onderstreept in dit rapport weer het belang van richtlijnontwikkeling en -aanpassing. Criteria voor deeltijdbehandeling en opnames en voor de behandelduur dienen zo spoedig mogelijk in de richtlijnen te worden opgenomen.

Interventies die niet voldoen aan de stand van de wetenschap en praktijk kunnen binnen het bekostigingssysteem niet uitdrukkelijk als niet verzekerde zorg worden bestempeld. Dit geeft problemen in de uitvoering. Om tot een goede uitvoering te komen, neemt het CVZ initiatief om dit op te lossen met NZa en DBC-Onderhoud.

Tot slot beveelt het CVZ aan voor dementiezorg een integrale bekostiging te doen ontwikkelen.

## 1. Inleiding

### 1.a. Aanleiding

Voor u ligt het GGZ-rapport deel 2: *Wat is noodzakelijk te verzekeren zorg?* De aanleiding voor dit rapport is de snelle kostenontwikkeling in de GGZ en het grote belang van een houdbare GGZ voor de patiënten die deze zorg echt nodig hebben. Dit rapport is een vervolg op het rapport GGZ deel 1<sup>1</sup> dat het CVZ in april 2012 aan de minister van VWS heeft aangeboden.

**Vervolg op  
Rapport genees-  
kundige GGZ,  
deel 1**

Deel 1 ging in op te verzekeren geneeskundige GGZ (G-GGZ). In dat deel 1 heeft het CVZ toegezegd in deel 2 terug te komen op:

- een nadere afbakening van 'te verzekeren zorg'
- te specificeren welke G-GGZ 'noodzakelijk te verzekeren zorg' is.
- (daarbij) na te gaan of aanpassingsstoornissen noodzakelijk te verzekeren GGZ zijn.
- enkele duidingen uit te voeren. Deze duidingen worden gelijktijdig met dit rapport uitgebracht en betreffen een drietal interventies (mindfulness, minnesota-model en internetbehandelingen van depressie).

Dit rapport behandelt deze onderwerpen en geeft aanbevelingen hoe het gepast gebruik van G-GGZ kan worden bevorderd. In het rapport GGZ, deel 1 hebben we namelijk geconstateerd dat niet altijd de juiste zorg geboden en gedeclareerd wordt. Meer nog dan in de somatische zorg moeten we investeren in prikkels en maatregelen om ervoor te zorgen dat de juiste patiënt de juiste zorg krijgt en deze juist wordt afgerekend.

### 1.b. Probleem

**Kosten en  
gepast gebruik**

Het probleem waar beide rapporten een oplossing voor moeten bieden, is dat de collectieve kosten voor GGZ snel opliepen, sneller dan de gemiddelde kosten voor gezondheidszorg. Ook is een probleem dat patiënten niet altijd de gepaste zorg krijgen.

### 1.c. Doel

**Houdbaar  
pakket**

Het doel van het rapport is bij te dragen aan de toegang tot kwalitatief goede, patiëntgerichte en doelmatige G-GGZ via de basisverzekering voor zover dat noodzakelijk is en aan een houdbaar pakket, ook in de toekomst.

---

<sup>1</sup> CVZ Geneeskundige GGZ (deel 1), *Wat is nu verzekerde zorg en wat niet?* Rapport 2012035589, Diemen, 6 april 2012

### ***1.d. Centrale vraag***

#### ***Tweeledige vraag***

De reacties van de minister, de reacties uit het veld en de ontwikkelingen sinds het tot stand komen van deel 1 in aanmerking nemend, formuleert het CVZ de volgende centrale vraag:

*Wat is noodzakelijk te verzekeren geneeskundige geestelijke gezondheidszorg (en wat niet) en hoe bevorderen we het gepaste gebruik ervan?*

### ***1.e. Totstandkoming van een concept van dit rapport***

#### ***Overleggen***

Bij de voorbereiding van dit rapport hebben wij gesproken met de wetenschappelijke verenigingen en met hoogleraren om informatie te vergaren voor een goede afbakening van wat te verzekeren zorg is en wat niet. Het verslag van de bijeenkomst met hoogleraren treft u aan in bijlage 1. Ook is gesproken over de afbakening tussen enkelvoudige en complexe stoornissen, opdat dit betrokken partijen voldoende handvatten kan bieden in de uitvoeringspraktijk. Daarnaast hebben wij overleg gevoerd met Zorgverzekeraars Nederland (ZN).

#### ***Verzoek***

#### ***Reacties***

In aanvulling op deze overleggen hebben we de belangenverenigingen en -organisaties en de wetenschappelijke verenigingen een aantal vragen gesteld met het verzoek hierop schriftelijk te reageren. Men is tevens gevraagd informatie aan te leveren ter onderbouwing van de diverse onderdelen in dit rapport. De organisaties die wij hebben benaderd zijn: Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP), Nederlands Instituut van Psychologen (NIP), Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG), Landelijk Platform GGz (LPGGz), GGZ-Nederland (GGZ-NL), Nederlandse Vereniging van Vrijgevestigde Psychologen en Psychotherapeuten (NVVP), Landelijke Vereniging Eerstelijnspsychologen (LVE), Nederlandse Vereniging voor Psychotherapie (NVP), Landelijke Vereniging Geïntegreerde Eerstelijns (LVG) en Vereniging Verpleging & Verzorging Nederland (V&VN).

#### ***Bestuurlijk Akkoord***

Overigens hebben wij in dit rapport, voor zover mogelijk, aansluiting gezocht bij het Bestuurlijk Akkoord<sup>2</sup> dat de minister juni 2012 heeft gesloten met betrokken partijen over de GGZ. In dit akkoord zijn afspraken gemaakt over kostengroei in relatie tot tal van andere afspraken, waaronder de invoering van de basis-GGZ, ambulantisering en richtlijnontwikkeling.

### ***1.f. Leeswijzer***

De beide gedeelten van de centrale vraag beantwoorden we elk via deelvragen.

<sup>2</sup> Bestuurlijk Akkoord Toekomst GGZ 2013-2014, 18 juni 2012.



***(noodzakelijk)  
te verzekeren  
G-GGZ***

1. Wat is (noodzakelijk) te verzekeren G-GGZ?

- Wat is de huidige situatie met betrekking tot te verzekeren G-GGZ?
  - Bij welke stoornissen (DSM-IV) valt de zorg onder de te verzekeren G-GGZ en bij welke niet?
  - Welke interventies voor de stoornissen die tot de G-GGZ behoren, voldoen aan de stand van de wetenschap en praktijk en zijn daarmee te verzekeren G-GGZ, en welke zijn dat niet?
- Wat is noodzakelijk te verzekeren G-GGZ?
  - Moet geïndiceerde preventie te verzekeren zorg blijven?
  - Moeten aanpassingsstoornissen te verzekeren zorg zijn?

***Gepast gebruik***

2. Hoe kan gepast gebruik van G-GGZ bevorderd worden?

- Welke ordening van de zorg kan hieraan bijdragen?
- Hoe kunnen zorgverleners en zorgverzekeraars hieraan bijdragen door duidelijkheid te verschaffen over wie de zorg levert, goede behandelrichtlijnen en het stellen van voorwaarden aan de verzekering?

***Inhoud van dit  
rapport***

Hoofdstuk 2 geeft de context van de G-GGZ weer binnen de prestatie 'geneeskundige zorg' van de Zvw en de wijze van bekostiging. Verder staan we stil bij verschillen tussen de geestelijke en somatische gezondheidszorg bij diagnostiek en behandeling en de gevolgen ervan voor de uitvoeringspraktijk.

In hoofdstuk 3 beantwoorden we de vraag wat nu te verzekeren G-GGZ is. Ook de standpunten naar aanleiding van de recent uitgevoerde beoordelingen van drie interventies zijn hier opgenomen.

In aansluiting op de stoornissen, vermeld in de DSM-IV bespreken we in hoofdstuk 4 het verzoek van de minister om de gevolgen in beeld te brengen van het toekomstige classificatiesysteem DSM-5 voor de te verzekeren zorg.

Hoofdstuk 5 geeft antwoord op de vraag wat noodzakelijk te verzekeren G-GGZ is voor wat betreft geïndiceerde preventie en aanpassingsstoornissen.

In hoofdstuk 6 beschrijven we hoe een andere ordening van de G-GGZ, namelijk een basis-GGZ en gespecialiseerde GGZ in plaats van de huidige eerstelijnspsychologische zorg en tweede/derdelijnsGGZ, met daarbij behorende bekostigingssystemen kan bijdragen aan gepast gebruik.

In hoofdstuk 7 beschrijven we hoe meer duidelijkheid over wie de zorg verleent (hoofdbehandelaarschap), eveneens kan

bijdragen aan gepast gebruik. Goede richtlijnen en door zorgverzekeraars te stellen voorwaarden voor toegang tot zorg zijn daarvoor eveneens relevant.

Hoofdstuk 8 zet de conclusies en aanbevelingen, inclusief de advisering aan de minister, op een rijtje. Ook dit rapport (GGZ deel 2) heeft open einden. Wat de voornemens zijn van het CVZ en diens opvolger in 2013 geven we aan in hoofdstuk 9.

Een concept van dit rapport is naar belanghebbende partijen voor commentaar gestuurd. Het ontvangen commentaar op het concept is op hoofdlijnen weergegeven in hoofdstuk 10.

De laatste hoofdstukken bevatten het advies van de Adviescommissie Pakket en het besluit van het CVZ.

## 2. Context

### 2.a. Inleiding

In dit hoofdstuk beschrijven we het wettelijk kader, zoals ook beschreven in ons rapport, deel 1.

Geneeskundige GGZ beperken we tot geneeskundige zorg, zoals klinisch psychologen en medisch specialisten (psychiater) die plegen te bieden. De huisartsenzorg laten we hier buiten beschouwing. Verder geven we aan hoe deze zorg wordt bekostigd.

Daarna gaan we in op de verschillen en overeenkomsten tussen de geestelijke en somatische gezondheidszorg en de gevolgen ervan voor de uitvoeringspraktijk.

### 2.b. Wettelijk kader

De geneeskundige GGZ omvat, in termen van de Zvw, 'zorg zoals klinisch psychologen en medisch specialisten die plegen te bieden' (artikel 2.4 Bzv).

#### **G-GGZ**

#### **binnen**

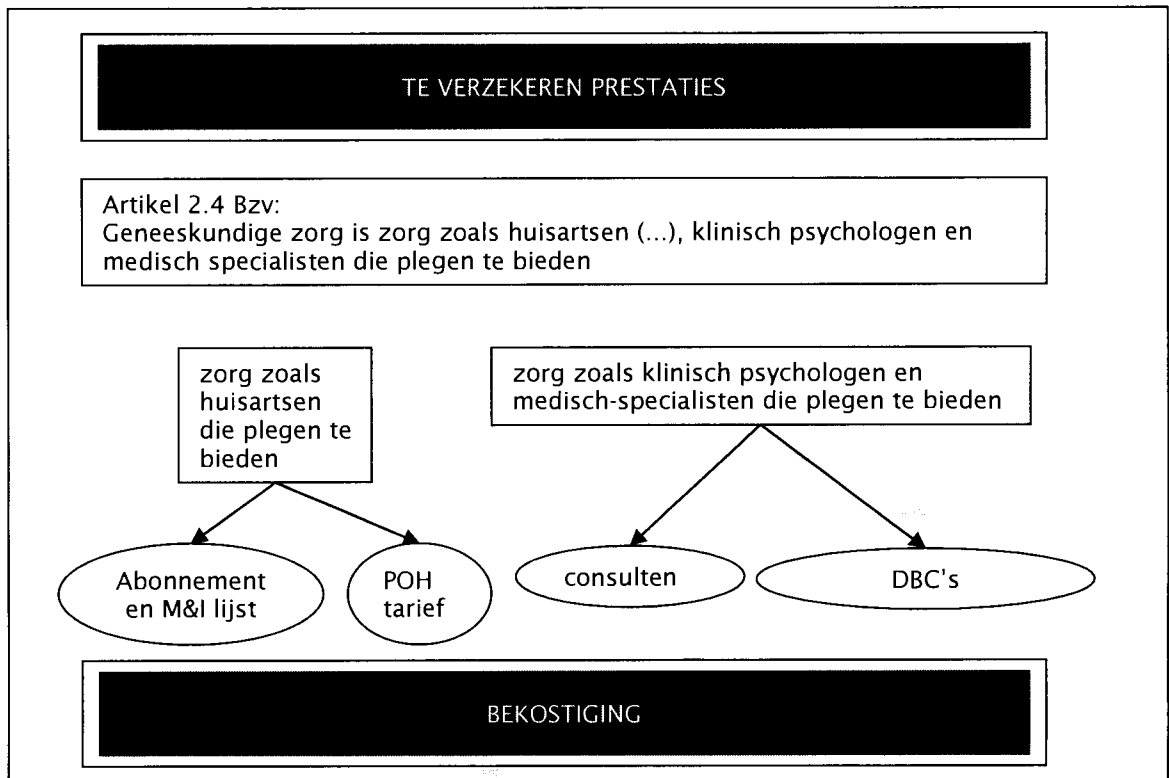
#### **wettelijk kader**

In de praktijk komen we uiteenlopende omschrijvingen van (onderdelen van) deze zorg tegen, bijvoorbeeld eerstelijnspsychologische zorg (EPZ), specialistische GGZ, eerstelijns-GGZ of tweedelijns-GGZ. Deze omschrijvingen komen niet voor in de Zvw. Zij zijn allemaal onderdelen van de 'zorg zoals klinisch psychologen of medisch specialisten die plegen te bieden'. Zorginhoudelijk hebben we het binnen de G-GGZ over diagnostiek en behandeling van 'psychische stoornissen'.

De eerstelijnspsychologische zorg is dus geen aparte prestatie binnen de Zvw. Deze zorg valt onder de zorg 'zoals klinisch psychologen die plegen te bieden'. In de praktijk wordt deze zorg over het algemeen geleverd door een gezondheidszorgpsycholoog (of eerstelijnspsycholoog, een gz-psycholoog ingeschreven in het register van het NIP). In het Besluit zorgverzekering is aangegeven dat de eerstelijnspsychologische zorg maximaal 5 zittingen kan omvatten (art. 2.4 Bzv).

Het navolgende schema geeft aan hoe de prestaties uit de Zvw (zorg zoals huisartsen of klinisch psychologen of medisch specialisten die plegen te bieden) zich verhouden tot het begrip G-GGZ én de bekostigingsbegrippen (basis-GGZ en gespecialiseerde GGZ), zoals ontwikkeld in het Bestuurlijk Akkoord. Per onderdeel is ook aangegeven welke declaratietitel geldt.

## Huidige situatie



### 2.c. Psychische stoornissen

De diagnostiek en behandeling van psychische stoornissen is complexer dan van somatische stoornissen. Dit komt omdat de onderscheidende symptomen bij de somatische zorg vaker direct waarneembaar of aantoonbaar zijn. Bij de diagnostiek van psychische stoornissen ontbreekt het aan evidente biologische afwijkingen of markers die één op één gekoppeld kunnen worden aan een psychische stoornis.

#### **Psychische/ somatische ziekte**

Beekman e.a. formuleren dit dilemma als volgt: 'Een niet goed opgelost fundamenteel probleem betreft de afgrenzing tussen gezondheid en (psychiatrische) ziekte. Alhoewel dit zeker niet uniek is voor de psychiatrie geldt bij ons bij uitstek dat vrijwel alle pathologie dimensioneel van aard is. Daarmee is elke categorisatie (gezond versus ziek) artificieel en aanvechtbaar. Een tweede fundamenteel probleem is dat de vigerende classificatiesystemen niet sensitief zijn voor etiologie of pathogenese van psychiatrische ziekte en maar zeer ten dele voor het te verwachten beloop.'<sup>3</sup>

Er vindt steeds interferentie plaats tussen het relaas van de patiënt, het waarnemen van zijn gedrag en de beoordeling door de diagnosticus.

Het domein van de psychische stoornissen wordt daarom wel

<sup>3</sup> Stagering en profilering van psychiatrische stoornissen. A.T.F. Beekman, J. van Os, H.J.C. van Marle, P.N. van Harten. Tijdschrift voor Psychiatrie 54 (2012) 11.

gekenmerkt door het dilemma van enerzijds 'objectieve wetenschap' en anderzijds 'subjectieve psychische processen'. Door deze complexiteit moet de diagnostiek van psychische stoornissen uitgevoerd worden door ervaren professionals en is dus iets anders dan het afvinken van lijstjes van symptomen uit de DSM<sup>4</sup>.

In de Zvw is geregeld dat de zorgverzekeraars kunnen bepalen wie de zorg levert, en waar dit plaatsvindt. Gezien de complexiteit van de diagnostiek van psychische stoornissen is het van belang dat de juiste professional deze diagnostiek en de behandeling uitvoert. Daarom gaan we in dit rapport niet alleen in op welke zorg verzekerd is, maar ook wie de zorg levert en waar dit het best kan gebeuren.

---

<sup>4</sup> Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, een onder verantwoordelijkheid van de American Psychiatric Association opgesteld classificatiesysteem dat, mede door de term diagnostic vaak verward wordt met een klinische diagnose.

### 3. Welke zorg valt onder de te verzekeren G-GGZ?

#### 3.a. Inleiding

In het Rapport Geneeskundige GGZ, deel 1 (Hoofdstuk 5a en b) heeft het CVZ G-GGZ gedefinieerd als *zorg die is gericht op de behandeling van een psychische stoornis/aandoening, dan wel op het herstel of het voorkomen van verergering van een psychische stoornis*. Het classificeren van een diagnose van een psychische stoornis (of ziekte) gebeurt met behulp van de DSM IV<sup>5</sup>.

In dit hoofdstuk geeft het CVZ aan welke van de aandoeningen in de DSM-IV horen tot de te verzekeren G-GGZ en welke niet (3.b.). Vervolgens geeft het CVZ een overzicht van de psychologische interventies die voldoen aan de stand van de wetenschap en praktijk en welke hieraan juist niet voldoen. Deze lijsten noemen we ook wel de positieve en negatieve lijst (3.c.). Aan het eind van dit hoofdstuk (3.d.) wijzen we op enkele consequenties naar aanleiding van de uitleg over G-GGZ.

#### 3.b. Bij welke DSM-IV-stoornissen is er sprake van G-GGZ?

In deel 1 stond het onderscheid tussen enerzijds klachten en anderzijds ziekte of psychische stoornis centraal. Uitgangspunt zijn de definities van de stoornissen zoals aangegeven in de DSM IV.

#### **Onderscheid klachten en stoornissen (ziekte)**

Hoewel partijen terecht aangeven dat de grens tussen klachten en stoornissen niet altijd goed te duiden is, hecht het CVZ eraan vast te houden aan dit onderscheid. De moeilijkheid om een onderscheid te maken, doet geen afbreuk aan het belang van een zo scherp mogelijke grens. Indien die grens niet getrokken wordt, dreigen alle psychische klachten en levensproblemen onder het domein van de G-GGZ te vallen en wordt deze zorg onbetaalbaar.

Een bezwaar met name vanuit de eerstelijnsprofessionals, tegen dit onderscheid is dat het lastig in de praktijk te hanteren is omdat er niet altijd direct een diagnose kan worden gesteld. Het onderscheid tussen klachten en ziekte (stoornis) is net als binnen de somatiek, zeker in de beginfase, wanneer iemand bij de huisarts komt, moeilijk te maken. Ook is een diagnose vaak niet nodig omdat iemand met 'watchful waiting' of een paar gesprekken of contacten al zeer geholpen kan zijn. Een 'etiketje met een stoornis opplakken' is zeker niet gewenst, ook om 'medicalisering' of 'psychologisering' van klachten te voorkomen.

<sup>5</sup> Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 4th Edition

Dit hoeft ook geen probleem te zijn; een huisarts kan naar zijn professionele inzicht heel goed een patiënt ondersteunen en/of begeleiden. Deze zorg wordt dan vergoed uit de basiszorg als huisartsenzorg.

Voor de aanspraak speelt het echter wel een rol wat er gebeurt nadat de huisarts een vermoeden van een psychische stoornis heeft en besluit een patiënt door te verwijzen.

Wanneer de huisarts een diagnose heeft gesteld, kan hij, zowel in het geval van een stoornis als van een klacht, besluiten de patiënt zelf te gaan ondersteunen of behandelen (of door de POH-ggz laten ondersteunen of behandelen), of de huisarts kan de patiënt doorverwijzen. Alleen in het laatste geval speelt het onderscheid tussen een klacht of een stoornis een rol. Bij doorverwijzing van een patiënt met een stoornis (ziekte), komt de vergoeding van de zorg meestal uit het basispakket. Gaat de doorverwijzing echter alleen om een klacht, dan moet de patiënt de zorg zelf betalen. Indien de verzekeraar deze zorg via de aanvullende verzekering heeft verzekerd en de patiënt aanvullend is verzekerd voor de zorg, kan hij deze alsnog vergoed krijgen.

Kortom: onder de verzekerde zorg vallen:

- diagnostiek door de huisarts/POH-ggz
- ondersteuning/behandeling klacht door de huisarts/POH-ggz
- ondersteuning/behandeling stoornis door de huisarts/POH-ggz
- diagnostiek/behandeling stoornis door GGZ-professionals

### *3.b.1. Psychische stoornissen*

Zoals hiervoor aangegeven is er sprake van verzekerde zorg als sprake is van een ziekte. En er is sprake van een ziekte als de verzekerde een *psychische* stoornis, zoals omschreven in de DSM IV, heeft. Echter niet elke stoornis, genoemd in de DSM IV, is een psychische stoornis. Er staan ook stoornissen in met een meer somatische achtergrond. Wil evenwel sprake zijn van verzekerde G-GGZ dan dient er als primaire diagnose een psychische stoornis aanwezig te zijn. Om duidelijkheid te geven welke stoornissen psychische stoornissen zijn hebben we van alle in de DSM IV opgenomen stoornissen aangegeven of dit het geval is, en erbij aangegeven of er sprake is van al dan niet verzekerde G-GGZ.

Dit is opgenomen in bijlage 2. Hieronder volgt een toelichting voor welke stoornissen wel G-GGZ is aangewezen en voor welke niet. Als het niet om te verzekeren G-GGZ gaat kan er nog wel sprake zijn van vergoeding van deze zorg uit een ander financieel kader van de Zvw, AWBZ of bijvoorbeeld de jeugdzorg of de Wmo.

### 3.b.2. Wel verzekerde G-GGZ

Bij vermoeden van een psychische stoornis zal de huisarts de patiënt naar de G-GGZ verwijzen. Voor diagnosestelling is diagnostiek nodig. Deze diagnostiek is altijd verzekerde zorg. Mocht blijken dat er geen psychische stoornis, waarvoor verzekerde G-GGZ nodig is, aanwezig is, dan dient de behandelaar de patiënt terug te verwijzen. En kan de huisarts, zo nodig, verwijzen naar een ander kader, bijvoorbeeld bij psychosociale klachten naar het algemeen maatschappelijk werk of naar psychologische zorg, die dan niet ten laste van de Zvw-verzekering komt.

Wel verzekerde G-GGZ is zorg aangewezen bij:

#### **Psychische stoornissen**

A. Psychische stoornissen (as I en as II DSM IV) waarvoor de G-GGZ primair gericht is op herstel of het voorkomen van verergering (verbetering/stabilisatie) van de psychische stoornis.

B. Psychische stoornissen (as I DSM IV) waarbij sprake is van een medisch gezien stationair, min of meer onveranderbaar toestandsbeeld met blijvende tekortkomingen (bv. gebreken zoals bij ontwikkelingsstoornissen), die effect kunnen hebben op de (ontwikkeling van) zelfredzaamheid en participatiemogelijkheden van betrokkenen.

*Ad A. Psychische stoornissen, G-GGZ primair gericht op herstel of voorkoming van verergering.*

#### **G-GGZ gericht op herstel**

De G-GGZ bestaat uit diagnostiek, behandeling en zo nodig begeleiding als onderdeel van een integrale behandeling. De (hoofd)behandelaar is voor deze zorg verantwoordelijk. Begeleiding valt onder de geneeskundige zorg voor zover deze is opgenomen in het behandelplan, en de hoofdbehandelaar de begeleiding aanstuurt en terugkoppeling hiervan krijgt.

Voorbeelden: depressieve stoornis, paniekstoornis, psychotische stoornis.

#### **Grens chronisch verloop**

Als er sprake is van een ziektebeeld met een chronisch verloop, is het niet altijd nodig dat G-GGZ geboden wordt. Als er een stabiele stationaire fase in het ziekteproces is opgetreden is geneeskundige GGZ niet meer noodzakelijk. De huisarts kan dan de behandeling overnemen. Ook is het mogelijk dat de psychiater alleen nog de medicatiecontacten verzorgt en dat de huisarts overige zorg overneemt. Dit kan bv. gelden voor ADHD. Als nog verdere begeleiding nodig is, is deze geen onderdeel meer van de Zvw-zorg.

Afhankelijk van het doel van de begeleiding komt de betrokkene wellicht in aanmerking voor begeleiding op grond van de AWBZ (begeleiding gericht op zelfredzaamheid) of op begeleiding krachtens de Wmo (begeleiding gericht op



participatie). Begeleiding bij zelfredzaamheid en participatie vallen in beginsel niet onder de geneeskundige zorg in de zin van de Zvw. Verzekeraars kunnen, zeker bij chronisch verlopende stoornissen, meldingen of machtigingen invoeren, bijvoorbeeld na twee jaar, om de juiste uitvoering te borgen. Hier komen we op terug in hoofdstuk 8.

### **NAO-codering**

Als in redelijkheid vooraf niet is aan te geven tot welke diagnosegroep de stoornis behoort dan kan de omschrijving NAO (niet anders omschreven) gegeven worden. In dit geval kunnen verzekeraars overwegen dat vooraf, tot definitieve diagnosestelling, toestemming door de behandelaar namens de verzekerde wordt gevraagd voor nadere diagnostiek en behandeling. Deze NAO-codering kan zich voordoen bij stoornissen van de DSM IV. In bijgaande lijst (bijlage 2) is dit met een \* aangegeven. De NAO-codering bij een psychotische stoornis heeft geen \*, omdat ook bij deze omschrijving de verschijnselen zodanig zijn dat er zonder twijfel sprake is van een psychische stoornis.

### **Psychische stoornissen met blijvende tekortkomingen**

*Ad B. Psychische stoornissen met blijvende tekortkomingen.*  
Na diagnosestelling en eerste behandeling is de verdere langdurige zorg niet-geneeskundig van aard, maar gericht op zelfredzaamheid en/of op participatie.

Dit betreft:

- Pervasieve ontwikkelingsstoornissen (bijvoorbeeld autisme)
- Stoornis Gilles de la Tourette
- Chronische motorische of focale tic-stoornis

Tot de G-GGZ behoort de diagnostiek en, voor zover nodig en mogelijk, behandeling (en begeleiding) gericht op stabilisatie. Zodra er sprake is van medische stabilisatie moet betrokkene terugverwezen worden naar de huisarts, want de verdere noodzakelijke begeleiding is geen onderdeel van G-GGZ. Om te zorgen dat er ook daadwerkelijk getoetst wordt of de noodzaak tot verdere behandeling afwezig is, stellen we voor de G-GGZ bij deze stoornissen te beperken tot maximaal één jaar, daarna wordt betrokkene terugverwezen naar de huisarts. Als nog verdere begeleiding nodig is, is deze geen onderdeel meer van de Zvw-zorg. Afhankelijk van het doel van de begeleiding komt de betrokkene wellicht in aanmerking voor begeleiding op grond van de AWBZ (begeleiding gericht op zelfredzaamheid) of op begeleiding krachtens de Wmo (begeleiding gericht op participatie).

### **3.b.3. Niet verzekerde G-GGZ**

Dit betreft de volgende categorieën:

### **Geen psychische stoornis**

a. (Neurocognitieve) ziektebeelden met een primaire somatische achtergrond.

- b. Psychische klachten die geen onderdeel zijn van een psychische stoornis en stoornissen die niet als psychische ziekte worden beschouwd.
- c. Psychische stoornissen die bij wet zijn uitgesloten.

**Primair somatisch** *Ad a. (Neurocognitieve) ziektebeelden met een primaire somatische achtergrond.*

Bij (neurocognitieve) ziektebeelden is sprake van een ziektebeeld met een primair somatische achtergrond. De zorg bij deze aandoeningen valt niet onder de geneeskundige GGZ. Er is dan sprake van primair somatisch medisch-specialistische zorg.

Voorbeelden: dementie, delier.

Wel is bij deze ziektebeelden, in verband met de bij het ziektebeeld horende complexe diagnostiek, noodzakelijk de (ouderen)psychiater te betrekken tijdens de diagnostische fase. Deze zorg is dan onderdeel van de somatische medisch-specialistische zorg.

Als verwijzing naar G-GGZ heeft plaatsgevonden, kan diagnostiek ook plaatsvinden binnen de geneeskundige GGZ, maar is noodzakelijke verdere behandeling binnen de G-GGZ niet aangewezen.

Behandeling binnen de GGZ kan alleen plaatsvinden bij bijkomende ernstige psychische ontregelingen.

Voorbeelden: Ernstige ontregelingen (agressie, psychoses) met noodzaak tot korte opname in de GGZ zijn onderdeel van de geneeskundige GGZ (in het kader van de Zvw).

Op de zorg aan mensen met dementie komen we terug aan het einde van dit hoofdstuk (3.d.).

**Klachten**  
**Niet-psychisch** *Ad b. Psychische klachten en niet-psychische aandoeningen.*

In de categorie 'andere aandoeningen en problemen die reden voor zorg kunnen zijn' in de DSM-IV staan problemen en aandoeningen opgesomd, waarbij geen sprake is van een psychische ziekte, en kan er dus geen aanspraak gemaakt worden op G-GGZ.

Voorbeelden: psychosociale problematiek, werkproblematiek, relatieproblematiek, opvoedingsproblematiek, leerstoornissen, verstandelijke beperking.

Er kan wel voor zover nodig bv. huisartsenzorg, medisch-specialistische zorg (somatisch), maatschappelijk werk of jeugdzorg aan de orde zijn. Zo is enkelvoudige ernstige dyslexiezorg (bij een leesstoornis) als afzonderlijke prestatie geregeld krachtens de Zvw. Verder kunnen mensen met een verstandelijke beperking uiteraard een beroep doen op Zvw-zorg en zo nodig op specifieke AWBZ-zorg.

**Wettelijk  
uitgesloten**

*Ad c. Wettelijk uitgesloten psychische stoornissen.*

De behandeling van aanpassingsstoornissen is door de minister uitgesloten van de zorg in het kader van de Zvw. Diagnostiek kan wel voorkomen binnen de geneeskundige GGZ.

**3.c. Welke GGZ-interventies voldoen aan de stand van de wetenschap en praktijk?**

*3.c.1. Positieve en negatieve lijst van interventies*

Zodra is vastgesteld of een aandoening valt onder de G-GGZ, is de volgende stap dat een behandelaar een behandelplan opstelt. De daarin op te nemen interventies zullen in het algemeen behoren tot het behandelarsenaal van de beroepsgroep en zullen voldoen aan de stand van de wetenschap en praktijk. Wanneer duidelijk is dat een behandeling niet voldoet, komt deze niet in aanmerking voor vergoeding uit de basisverzekering.

**Psychologische  
interventies**

Onder interventies verstaan we diagnostische technieken en in het kader van behandelingen farmacotherapeutische interventies, psychologische interventies en technische interventies, zoals elektroconvulsietherapie. In deze paragraaf hebben we het over psychologische interventies.

**Stand van de  
wetenschap en  
praktijk**

Op grond van de Zorgverzekeringswet is in het Besluit zorgverzekering bepaald dat interventies moeten voldoen aan de stand van de wetenschap en praktijk. In eerste instantie is het aan verzekeraars te beoordelen of een interventie aan dit criterium voldoet. Bij onduidelijkheid of twijfel kan gevraagd worden om een standpunt van het CVZ.

Zorgverzekeraars, geconfronteerd met vragen van hun verzekerden, zijn begonnen met het opstellen van lijsten van interventies die al dan niet voor vergoeding ten laste van de basisverzekering, in aanmerking komen. Dit is een goede ontwikkeling. Voor verzekerden is dan duidelijk welke interventies wetenschappelijk zijn onderbouwd, en niet minder belangrijk, welke dat niet zijn. Verzekerden moeten, als zij dat nodig hebben, de juiste zorg geleverd krijgen door de juiste hulpverlener. En juiste zorg is kwalitatief verantwoorde zorg, met andere woorden zorg/interventies waarvan de beroepsgroep vindt dat deze voldoende effectief is, zoals aangegeven in hun richtlijnen.

**Positieve lijst**

Om deze ontwikkeling, gestart door zorgverzekeraars, te steunen heeft het CVZ een lijst opgesteld van psychologische interventies die voldoen aan de stand van de wetenschap en praktijk (positief) en een lijst van interventies die hieraan niet

### **Negatieve lijst**

voldoen (negatief). Deze lijsten berusten op multidisciplinaire richtlijnen, literatuuronderzoek en eerdere uitspraken van het CVZ. Verder is ook rekening gehouden met interventies die aangeboden worden door de erkende opleidingen, zoals de RINO's (regionale instituten voor nascholing en opleiding GGZ). Deze positieve en negatieve lijsten (bijlagen 3 en 4) zijn niet limitatief. Voor zover behandelingen niet zijn benoemd in deze lijsten, zal de zorgverzekeraar zelf moeten bepalen of de interventie aan het criterium voldoet.

Uiteraard is het mogelijk dat een interventie, die op basis van de huidige informatie nog niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk op basis van nieuwe informatie hieraan wel voldoet.

#### *3.c.2. Drie standpunten*

Gelijktijdig met dit rapport brengt het CVZ afzonderlijk een drietal standpunten uit. De standpunten hebben betrekking op de volgende interventies:

- Internetbehandelingen van depressie;
- Mindfulness;
- Het Minnesota Model.

Hieronder geven we de standpunten naar aanleiding van de beoordelingen over de stand van wetenschap en praktijk kort samengevat weer.

### **Internetbehandelingen bij depressie**

In dit standpunt hebben we beoordeeld of internetbehandeling bij depressie onder de te verzekeren prestaties valt. De afgelopen jaren hebben behandelingen via internet een hoge vlucht genomen. Steeds vaker komen er publicaties die aangeven dat het om effectieve, relatief goedkope behandelingen gaat. Verzekeraars vragen regelmatig of het hier om te verzekeren zorg gaat die zij in het kader van de basisverzekering van de Zorgverzekeringswet (Zvw) kunnen inkopen.

De conclusie is dat internetbehandeling, gebaseerd op cognitieve gedragstherapie, voor volwassen patiënten met een depressie voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk en behoren daarmee tot de te verzekeren prestaties van de Zvw.

### **Mindfulness**

Mindfulness wordt in Nederland steeds meer aangeboden en is erg populair. Over de vergoeding van deze interventie bestaat echter nog veel onduidelijkheid. We hebben onderzoek laten doen door Pallas health research and consultancy (Pallas). Het onderzoek bestond uit twee onderdelen:

- (i) het in kaart brengen van de patiëntencategorie(ën) of psychische stoornissen waarbij mindfulness wordt toegepast, en

- (ii) de effectiviteit van mindfulness als interventie bij verschillende psychische stoornissen.

Op basis van dit onderzoek hebben we beoordeeld of mindfulness voldoet aan de vereisten voor vergoeding dan wel verstrekking ten laste van de basisverzekering.

Voor wat betreft de toepassing van mindfulness komt uit het onderzoek naar voren dat behandelaars met name toepassingsmogelijkheden zien als sprake is van piekeren of impulsief gedrag. Omdat dit bij veel psychische stoornissen een rol kan spelen wordt mindfulness bij uiteenlopende psychische stoornissen ingezet. Mindfulness lijkt minder geschikt te zijn in de acute fase van een stoornis.

De conclusie met betrekking tot de stand van de wetenschap en praktijk van mindfulness luidt dat Mindfulness Based Cognitive Therapy (MBCT) bij volwassen patiënten met een recidiverende depressieve stoornis in remissie, met drie of meer voorafgaande depressieve episodes, voldoet aan het criterium stand van de wetenschap en praktijk.

#### **Minnesota-Model**

Valt binnen de verslavingszorg behandeling volgens het Minnesota-Model onder de te verzekeren prestaties?

Voor betrokken partijen is niet altijd duidelijk of een bepaalde interventie al dan niet tot het pakket behoort. Dit geldt ook voor het Minnesota Model. De centrale vraag is of behandeling volgens het Minnesota Model binnen de verslavingszorg voldoet aan het criterium stand van de wetenschap en praktijk en dus als effectief kan worden beschouwd en onder de te verzekeren prestaties valt.

Het antwoord op deze vraag is dat behandeling volgens het Minnesota Model even effectief is als andere behandelingen, maar het Minnesota Model is wel veel duurder dan andere behandelingen. Zorgverzekeraars kunnen met dit gegeven rekening houden bij hun inkoop- en vergoedingenbeleid.

### **3.d. Consequenties wel/niet te verzekeren G-GGZ**

De uitleg gegeven in rapport GGZ deel 1 en de nadere uitleg gegeven in dit rapport, GGZ deel 2, heeft consequenties voor de uitvoering, waar het CVZ uitdrukkelijk op wil wijzen.

Op de volgende onderwerpen gaan we specifiek in:

- Een noodzakelijke opname, noodzakelijk in verband met suïcidaliteit, terwijl geen psychische stoornis aanwezig is/likt.
- Dementie: geen G-GGZ als dit de primaire diagnose is.
- Niet-verzekerde interventies.

### ***Crisisopname***

Een crisisopname is en blijft altijd mogelijk, ook als niet direct sprake is van een psychische stoornis, of als in een eerder stadium wel sprake was van psychische problematiek, maar waarvan behandeling niet ten laste van de Zvw kon plaatsvinden, zoals een aanpassingsstoornis.

Een leven zonder stress is niet mogelijk. Teveel stress kan echter leiden tot een crisis waarbij wanhoop, onmacht en hopeloosheidsgevoelens de boventoon gaan voeren met mogelijke suïcidale ideaties of zelfs suïcidepogingen. Interventies zoals een crisisopname kunnen dan noodzakelijk zijn en vallen uiteraard onder de Zvw. Veelal is er dan nog niet sprake van een eenduidige psychische stoornis alhoewel bij suïcidaliteit vaak een onderliggende depressieve en/of angststoornis nadien is vast te stellen.

### ***Dementie***

We hebben geconcludeerd dat er bij dementie sprake is van een ziektebeeld met een primair somatische achtergrond. Zorg bij dementie valt dan ook niet onder de G-GGZ.

Wel is het mogelijk dat G-GGZ aan de orde is tijdens de diagnostische fase en ernstige ontregelingen (agressie, psychoses) kunnen aanleiding vormen tot korte opnames.

De zorg aan mensen met dementie is uitgewerkt in de zorgstandaard dementie<sup>6</sup>. De ontwikkelagenda voor dementieketens heeft de financiering van ketenzorg op de agenda staan. Met de ontwikkeling van de financiering van casemanagement bij dementie zijn VWS en de NZa nog bezig.

Wij bevelen aan om een integrale bekostiging van dementiezorg te ontwikkelen voor de zorg die nu onder de onderscheiden bekostigingsregimes van de Zvw en AWBZ valt. Zo kan integrale zorg aan mensen met dementie geleverd en bekostigd worden.

### ***Niet-verzekerde zorg***

Het standpunt over mindfulness houdt in dat deze interventie niet voor rekening van de Zvw kan plaatsvinden. Hoe kan voorkomen worden dat deze interventie toch wordt gedeclareerd? Binnen de huidige bekostigingssystemen, zowel die van de DBC's GGZ als die van de consulten van de EPZ, komt een interventie 'mindfulness' niet als zodanig naar voren. Dit probleem is al eerder gesignaleerd naar aanleiding van duidingen. Binnen de DBC GGZ systematiek is het op dit moment mogelijk aan te geven of er sprake is van verzekerde of niet-verzekerde zorg, maar dit kan niet als het om een interventie gaat die niet al in het systeem is opgenomen. Het CVZ wil in overleg met de NZa en DBC-Onderhoud aan een oplossing voor dit probleem werken.

---

<sup>6</sup> Alzheimer Nederland & Vilans, Zorgstandaard Dementie, definitief concept, 31 mei 2012.

## 4. Gevolgen overgang van DSM IV naar DSM-5

### DSM

Zoals in rapport GGZ, deel 1 is aangegeven is de Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) een classificatiesysteem van psychische stoornissen dat vanaf de jaren 50 van de vorige eeuw verder is ontwikkeld en opgesteld onder verantwoording van de American Psychiatric Association (APA). Het wordt gebruikt in het veld van de GGZ bij de zorgverlening en wetenschappelijk onderzoek. De diagnostische criteria van de psychische stoornissen zijn richtlijnen voor het stellen van een uiteindelijke diagnose en hebben gezorgd voor een 'eenheid van taal' tussen klinici en onderzoekers in de wereld. Belangrijk is dat de DSM niet op een technisch mechanische wijze wordt gebruikt door onervaren klinici maar gewogen wordt binnen de professionele ervaring van de hulpverleners<sup>7</sup>.

De DSM IV sluit aan bij de tiende editie van de International Classification of Diseases (ICD-10) van de WHO (1992). In 2000 vond de zesde en laatste revisie plaats en bekend als DSM IV-TR. Vanaf 1999 heeft de APA in samenwerking met de WHO een onderzoeksagenda opgesteld om te komen tot een meer wetenschappelijk onderbouwde en in de praktijk getoetste DSM-5 classificatie. Van 2007 tot 2012 hebben verschillende werkgroepen literatuur-reviews en vervolgens field trials uitgevoerd en in mei 2013 zal de definitieve DSM-5 versie worden geïntroduceerd. Waarschijnlijk zal de ICD-11 in 2015 verschijnen en wat betreft de psychische stoornissen aansluiten op de DSM-5. De keuze om tot een cijfer aanduiding te komen is gelegen in het feit dat de DSM-5 gezien wordt als een 'levend' document waarbij snellere revisie mogelijk is (DSM-5.1, DSM-5.2).

De minister heeft gevraagd de gevolgen van de invoering van de DSM-5 voor de verzekering in beeld te brengen. Omdat de definitieve versie pas in mei 2013 verschijnt is op dit moment een goede vergelijking voor de gevolgen voor het pakket tussen DSM IV en DSM-5 nog niet te maken.

### Verschillen DSM IV DSM-5

De belangrijkste veranderingen van de DSM-5 ten opzichte van de eerdere DSM classificaties zijn dat er meer gewerkt wordt vanuit dimensies dan alleen met categorieën waarbij het multiaxiale systeem wordt verlaten. Meer dan bij alle eerdere versies is de DSM-5 gebaseerd op onderzoek en field trials met daardoor een grotere validiteit. Inhoudelijk zijn de grootste verschillen dat er geen aparte categorie Kinder & Jeugd stoornissen meer voorkomt en dat persoonlijkheidsstoornissen geïntegreerd beschreven gaan worden met klinische syndromen. Globaal blijft het aantal stoornissen gelijk terwijl de zorg was

<sup>7</sup> NVvP, 1995

dat door de komst van de DSM-5 het aantal stoornissen juist zou toenemen. De GAF (Global Assessment of Functioning Scale)-score wordt vervangen door de WHO-DAS (Disability Assessment Schedule).

Zoals ook op de DSM IV is er al vóór het verschijnen van de DSM-5 veel kritiek op de mogelijke verdere toename van medicalisering van 'normale' klachten of symptomen<sup>8</sup>.

Anderen steunen juist de zorgvuldige onderzoeksagenda met field trials waardoor de DSM-5 een meer wetenschappelijker onderbouwing krijgt<sup>9</sup>.

De invoering van de DSM-5 in de Nederlandse GGZ zal naar verwachting niet eerder geschieden dan in 2014 en dan nog geleidelijk. Het zal nog langer duren voordat de nieuwe classificatie ook doorwerkt in richtlijnen.

Omdat nog niet duidelijk is wanneer alle professionals de DSM-5 zullen gebruiken, adviseert het CVZ aan zorgverzekeraars en zorgverleners vooralsnog de indeling van de DSM IV te blijven hanteren voor de vergoeding, eventueel naast die van de DSM-5. De labeling (zie hoofdstuk 3.b) is nu gekoppeld aan de DSM IV. Hiermee is aangegeven welke stoornissen onderdeel zijn van het verzekerde pakket. Volgend jaar wil het CVZ bezien in hoeverre de DSM-5 gebruikt kan worden voor deze labeling.

### **Vervolg**

Het DBC GGZ systeem hanteert naast de DSM IV indeling, ook de codes van de ICD. Ook een vergelijking met de ICD codes (en mogelijk ICD 11 in 2015), naast die tussen DSM IV en DSM-5, is van belang. Partijen willen GGZ en somatiek wat betreft informatievoorziening beter bij elkaar laten aansluiten (Bestuurlijk Akkoord).

Het CVZ zal volgend jaar nader in beeld brengen wat de gevolgen zijn van de invoering van de DSM-5 voor de verzekering.

---

<sup>8</sup> Frances, Medisch Contact 2011, nr 45; British Psychological Society, juni 2011

<sup>9</sup> Regier e.a., Am. J. Psychiatry 2009 166:6; Bernstein, Psychiatric News, maart 2011



## 5. Wat is noodzakelijk te verzekeren G-GGZ?

### 5.a. Inleiding

In hoofdstuk 4 onderzoeken wij vervolgens wat *noodzakelijk* te verzekeren G-GGZ is. Wij bekijken daartoe achtereenvolgens de noodzaak om geïndiceerde preventie te blijven vergoeden uit het basispakket. Verder gaan we in op het uitsluiten van de behandeling van aanpassingsstoornissen. In deze tweede stap gaat het erom de huidige situatie te (her)overwegen en erover te adviseren.

Het doel hiervan is te komen tot een beter betaalbare en daarmee houdbare GGZ voor patiënten die het echt nodig hebben. De snel oplopende kosten voor de GGZ noodzaken helaas tot uitstroom van zorg die niet strikt genomen collectief bekostigd hoeft te worden.

De vraag wat noodzakelijk te verzekeren zorg is en wat niet, beantwoordt het CVZ, zoals gezegd, door twee categorieën zorg onder de loep te nemen waarover verschil van opvatting bestaat als het gaat om de noodzakelijkheid. We beantwoorden in dit hoofdstuk daarom de volgende twee vragen:

1. Moet geïndiceerde preventie te verzekeren zorg blijven?
2. Moeten aanpassingsstoornissen te verzekeren zorg zijn?

### 5.b. Moet geïndiceerde preventie te verzekeren zorg blijven?

#### 5.b.1. Inleiding

Het CVZ heeft in zijn rapport GGZ, deel 1 de minister van VWS toegezegd in het vervolgrapport in te gaan op de vraag of er zorg is die niet noodzakelijk te verzekeren is.

Omdat er bij geïndiceerde preventie nog geen sprake is van een stoornis maar van een klacht gaat het CVZ hieronder in op de vraag of geïndiceerde preventie verzekerd moet blijven.

Eerst bespreken we de ziektelast, daarna wat er nu verzekerd is en tot wiens domein de zorg behoort. Tot slot bespreken we argumenten die van belang zijn voor de vraag of behandeling van klachten verzekerd moet blijven. Op dit moment volgt geen advies omdat het CVZ partijen wil consulteren en de Adviescommissie Pakket vervolgens de argumenten zal wegen.

#### 5.b.2. Geïndiceerde preventie en ziektelast

Geïndiceerde preventie wordt toegepast bij klachten en wordt geboden aan iemand met een hoog risico op depressie, of

**Geïndiceerde preventie bij klachten**

**Eerst consultatie en ACP**

iemand met hoog risico op problematisch alcoholgebruik of bij iemand met een hoog risico op paniekstoornis (rapporten CVZ 2008<sup>10</sup>, 2009<sup>11</sup> en 2011<sup>12</sup>). Het is onderdeel van de te verzekeren zorg.

**Lage ziektelast?**

Klachten kunnen na enige tijd overgaan<sup>13</sup> of kunnen uiteindelijk leiden tot een stoornis. De ziektelast bij klachten is lager dan bij stoornissen<sup>14</sup>. Een lage ziektelast kan een reden zijn om zorg niet (meer) te verzekeren.

Over het ziektelastcriterium heeft het CVZ in maart 2012 advies uitgebracht. Op dit moment werkt het CVZ het eerdere advies technisch uit.

*5.b.3. Hoe is geïndiceerde preventie nu verzekerd?*

**Geïndiceerde preventie ter voorkoming van**

In drie rapporten heeft het CVZ verduidelijkt dat (geïndiceerde) preventieve interventies effectief zijn en onder de verzekerde zorg van de Zvw vallen.

**depressie**

Bij *depressie* gaat het om interventies die zijn gebaseerd op therapeutische principes zoals cognitieve gedragstherapie, interpersoonlijke therapie, problem solving therapy en psycho educatie. Deze interventies kunnen individueel of in groepsverband worden toegepast. Ook zijn er zelfhulpprogramma's beschikbaar en is er internethulp.

**paniekstoornis**

En bij *paniekstoornissen* gaat het om interventies, die zijn gebaseerd op cognitieve gedragstherapeutische principes. Ook deze interventies kunnen individueel of in groepsverband worden toegepast en worden aangevuld met zelfhulpprogramma's en via internet.

**bij problematisch alcoholgebruik**

Bij *problematisch alcoholgebruik* bestaat geïndiceerde preventie uit kortdurende interventies die zijn gebaseerd op motiverende gespreksvoering en/of bewezen vormen van cognitieve gedragstherapie binnen een medische setting. Ook bewezen effectief zijn de twee programma's *Minder drinken* en *De drinktest* die via internet worden aangeboden.

Hierna gaan we in op huisartsenzorg en eerstelijnspsychologische zorg (EPZ). Vervolgens trekken we hieruit onze conclusies.

<sup>10</sup> CVZ Preventie van depressie: verzekerde zorg? Rapport 28043947, Diemen, 22 september 2008

<sup>11</sup> CVZ Preventie van problematisch alcoholgebruik, Rapport 28012202, Diemen, 29 juni 2009

<sup>12</sup> CVZ Preventie van angststoornissen (paniekstoornis) Rapport 2011049112 Diemen, 27 juni 2011

<sup>13</sup> in 60 procent van de gevallen is de depressie binnen een half jaar voorbij. Dit blijkt onder meer uit noot 27 bij de NHG standaard. Hier staat dat volgens NEMESIS onderzoek de mediane duur van een depressie 3 maanden is en dat na een half jaar 63% hersteld was en na een jaar 76%. Dit betekent dat zowel de behandeling van klachten als spontaan beloop van invloed is op het aantal mensen dat een depressie krijgt.

<sup>14</sup> De ziektelast bij depressie varieert tussen 0,135 en 0,76 bij paniekstoornis tussen 0,16 en 0,69 en bij alcoholmisbruik tussen 0,33 en 0,55. Als er nog geen stoornis is, maar er wel klachten bestaan is de ziektelast lager.

## Huisartsenzorg

### *a. Huisartsenzorg (en de POH-ggz<sup>15</sup>)*

Uit de in 2012 herziene NHG-standaarden voor depressie en voor angst en paniek, blijkt dat de huisarts (met zijn POH-ggz) het eerst aan zet is om patiënten met depressieve klachten en met een angst- of paniekklacht te behandelen. Volgens de herziene standaard geeft de huisarts bij depressieve klachten voorlichting en adviezen aan de patiënt en stimuleert plezierige activiteiten.

Als de klachten langer dan drie maanden aanhouden (en bij depressie) biedt de huisarts (of de daartoe getrainde hulpverlener binnen de huisartsvoorziening<sup>16</sup>) kortdurende psychologische behandelingen aan. Deze behandelingen zijn: begeleide zelfhulp via internet of telefoon, of via een groeps cursus en Problem Solving Treatment bij patiënten met veel actuele psychosociale problematiek. De huisarts kan ook farmacotherapie geven.

Bij angst/paniekstoornissen bestaat de behandeling van angstklachten volgens de herziene standaard uit voorlichting met controles. Bij een angststoornis met een geringe ziektelast volstaan voorlichting en zelfhulpadviezen onder begeleiding. De behandeling wordt stepped care aangeboden. De huisarts (of een daartoe opgeleide trainer in de praktijk) kan tijdens de consultvoering gebruikmaken van de principes van cognitieve gedragstherapie.

## Ondersteuning POH-ggz

De ondersteuning door de POH-ggz<sup>17</sup> kan bestaan uit gesprekken die tot doel hebben de lijdensdruk van een patiënt als gevolg van psychische problematiek te verminderen, en de oplossingsgerichte vaardigheden van de patiënt te verbeteren. In samenspraak met de patiënt maakt de POH-ggz een inschatting van de te verwachten behandelduur. Door de aard van de problematiek en de variatie in ernst en ingewikkeldheid, zullen de verschillende gesprekstechnieken door elkaar lopen. In principe komen alleen kortdurende begeleidingen (een beperkt aantal gesprekken) in aanmerking.

De huisarts verwijst pas naar een psycholoog, psychiater, psychotherapeut of GGZ-instelling op het moment dat er

<sup>15</sup> De functie POH ggz bestaat een aantal jaar. 34 % van de huisartsen maakt gebruik van een POH ggz. Medio 2012 waren er bijna 700 POH's-ggz.

<sup>16</sup> NHG-Standaarden bevatten richtlijnen voor huisartsen. Dit betekent niet dat de huisarts alle genoemde taken persoonlijk moet verrichten. Sommige taken kunnen worden gedelegeerd aan de praktijkassistente, praktijkondersteuner (POH-GGZ) of praktijkverpleegkundige, mits zij worden ondersteund door duidelijke werkafspraken waarin wordt vastgelegd in welke situaties de huisarts moet worden geraadpleegd en mits de huisarts toeziet op de kwaliteit. Omdat de feitelijke keuze van de te delegeren taken sterk afhankelijk is van de lokale situatie, bevatten de standaarden daarvoor geen concrete aanbevelingen.

<sup>17</sup> Volgens het basis document POH-ggz van het NHG dient de POH-ggz tenminste over de volgende basisvaardigheden te beschikken: - cognitief-gedragstherapeutische technieken en reattributie (NHG-cursus), - problem solving treatment (PST) (NHG-cursus) en - motiverende gespreksvoering.

sprake is van een depressie met ernstig sociaal disfunctioneren of veel lijdensdruk, of van een angst-/paniekstoornis.

### **Eerstelijns- psychologische zorg**

#### *b. Eerstelijnspsychologische zorg*

Binnen de eerstelijnspsychologische zorg (EPZ), zoals wettelijk omschreven, kunnen op dit moment ten laste van de Zvw patiënten met psychische stoornissen worden behandeld, inclusief geïndiceerde preventie, zoals destijds aangegeven in de desbetreffende preventie-rapporten. Behandeling van ernstige complexe stoornissen vindt in principe niet plaats binnen EPZ. Door het onderscheid dat het CVZ heeft gemaakt tussen psychische klachten en stoornissen wordt het behandelen van psychische klachten gerekend tot het domein van de huisartsenzorg<sup>18</sup>.

Dit betekent dat de behandeling van klachten, ook als het geïndiceerde preventie betreft, binnen de EPZ niet onder de verzekerde G-GGZ valt.

### **Conclusies**

#### *c. Conclusies*

- Uit de in 2012 herziene NHG standaarden voor depressie en voor angst/paniek kan worden opgemaakt dat de behandeling van psychische klachten tot het domein van de huisartsenzorg behoort. In de standaarden wordt het begrip 'geïndiceerde preventie' als zodanig niet benoemd; in feite gaat het bij geïndiceerde preventie gewoon om interventies bij de behandeling van klachten. Dit valt nu onder de geneeskundige zorg zoals huisartsen (samen met de POH-ggz) die plegen te bieden. Het is nu verzekerde zorg.
- Uit de NHG-standaarden blijkt ook dat de GGZ-professional die EPZ biedt bij de behandeling van klachten niet meer in beeld is. Dit is in overstemming met het onderscheid dat het CVZ sinds april 2012 maakt tussen psychische klachten en psychische stoornissen. Bij psychische klachten is de huisarts het eerst aan zet en psychische stoornissen vergen geneeskundige GGZ. Het behandelen van klachten behoort tot de huisartsenzorg.

Bedacht moet worden dat door de functionele omschrijving in de Zvw ook anderen dan de huisartsen, bij psychische klachten op huisartsniveau hulp kunnen bieden. Het is aan de zorgverzekeraars om, indien gewenst, hierover met anderen en de NZa nadere afspraken te maken over de bekostiging en een en ander vast te leggen in de polis.

#### *5.b.4. Moet behandeling van psychische klachten, gezien de lage ziektelast verzekerd blijven?*

Nu duidelijk is dat de behandeling van psychische klachten tot het domein van de huisarts behoort, gaan we in op de vraag of

<sup>18</sup> CVZ, Rapport Geneeskundige GGZ (deel 1), Diemen, 6 april 2012.

deze behandeling verzekerd kan blijven of zou moeten worden uitgesloten. Hieronder bespreken we een aantal zorginhoudelijke en financiële aspecten.

**Zorginhoudelijke aspecten**

Bij de behandeling van psychische klachten heeft de huisarts een centrale rol. Als een patiënt met somatische en/of psychische klachten bij zijn huisarts komt, is vaak niet meteen duidelijk wat de oorzaak van de klachten is. Door de juiste en passende zorg te bieden, volgens het stepped care principe, kan de huisarts met zijn POH-ggz de klacht behandelen en de gezondheid van zijn patiënten bevorderen. Hij zal bij de behandeling ook wijzen op de eigen verantwoordelijkheid, de mogelijkheden die via internet bestaan en zo nodig ook op een (niet via het basispakket verzekerde) cursus voor bijvoorbeeld mentale fitheid of een mindfulness-training. Naast consulten bij de huisarts kan er sprake zijn van kortdurende ondersteunende begeleiding door de POH-ggz.

Het uitsluiten van behandeling van psychische klachten uit de geneeskundige zorg kan ertoe leiden dat iemand langer doorloopt met klachten, waardoor de klachten verergeren en uiteindelijk stoornissen ontstaan die meer gespecialiseerde en daardoor duurdere behandeling vergen.

**Financiële gevolgen**

Over de financiële gevolgen van uitsluiten van de klachten uit het pakket is het volgende te zeggen. Als de behandeling van psychische klachten niet meer onder de Zvw valt en via de regelgeving wordt uitgesloten net als bij de aanpassingsstoornissen en bij hulp bij werk- en relatieproblemen met ingang van 2013 het geval is, betekent dit dat de huisarts de consulten (met uitzondering van een of meer consulten in het kader van verkennende diagnostiek) en de eventuele ondersteunende gesprekken door de POH-ggz bij de verzekerde in rekening moet brengen.

Over de mogelijke besparing die kan worden bereikt door de behandeling van psychische klachten uit de Zvw uit te sluiten, is niet veel te zeggen. Reden is dat er geen gegevens beschikbaar zijn omdat de behandeling van klachten op dit moment integraal onderdeel is van de zorg die huisartsen plegen te bieden. Evenmin is bekend welk bedrag de laatste jaren is omgegaan in de behandeling van klachten door eerstelijnspsychologen, of door tweedelijns zorgaanbieders die dit hebben geboden en gedeclareerd.

Wij hebben een aantal verzekeraars benaderd met de vraag of zij voor 2012 met andere zorgaanbieders dan de huisarts

---

<sup>19</sup> in 60 procent van de gevallen is de depressie binnen een half jaar voorbij. Dit blijkt onder meer uit noot 27 bij de NHG standaard. Hier staat dat volgens NEMESIS onderzoek de mediane duur van een depressie 3 maanden is en dat na een half jaar 63% hersteld was en na een jaar 76%. Dit betekent dat zowel de behandeling van klachten als spontaan beloop van invloed is op het aantal mensen dat een depressie krijgt.

afspraken hebben gemaakt over geïndiceerde preventie. Dit bleek niet het geval te zijn. Dus ook op deze manier zijn er geen nadere gegevens beschikbaar.

**Geïndiceerde preventie uitsluiten van pakket?**

Het vorenstaande leidt tot een aantal argumenten voor en tegen een eventuele wettelijke uitsluiting van de behandeling van psychische klachten uit de Zvw.

**Argumenten voor uitsluiten**

De argumenten *voor* uitsluiting via de regelgeving zijn als volgt:

1. Omdat de behandeling bij aanpassingsstoornissen en bij werk- en relatieproblemen al expliciet wettelijk zijn uitgesloten, ligt het voor de hand om de behandeling van psychische klachten in zijn algemeenheid uit te sluiten. Daarmee wordt het onderscheid dat de behandeling van klachten niet verzekerd is, nog duidelijker.
2. De huisarts behoudt zijn centrale rol als poortwachter, hij kan in een aantal consulten de klachten duiden en passende adviezen geven, variërend van cursussen, ondersteuning door de POH-ggz tot verwijzing naar een GGZ-professional (beiden voor eigen rekening).
3. Psychische klachten leiden uiteindelijk in veel gevallen niet tot een stoornis. Dit blijkt onder meer uit de herziene NHG-standaard voor depressie<sup>19</sup>.
4. Deze zorg blijft financieel toegankelijk voor een patiënt als de zorg niet verzekerd is, zeker als bij de ondersteuning van patiënten gebruik wordt gemaakt van de mogelijkheden via internet.
5. Uitsluiting levert een besparing op omdat de behandeling van psychische klachten niet meer ten laste van de Zvw kan plaatsvinden. Onbekend is hoe groot de besparing zal zijn.

**Argumenten tegen uitsluiting**

De argumenten *tegen* uitsluiting zijn:

1. Omdat de huisarts integrale zorg levert is uitsluiten uit het zorgaanbod in de praktijk lastig uitvoerbaar.
2. De patiënt krijgt bij klachten laagdrempelige zorg volgens het stepped care model aangeboden. Het is niet logisch om een deel van deze zorg uit te sluiten uit het basispakket van de Zvw.
3. Als door de uitsluiting de kosten voor de behandeling van psychische klachten voor eigen rekening van de patiënt komen en deze neemt hiervoor geen verantwoordelijkheid, zal dit op termijn leiden tot een stoornis en tot meer en vaak dure zorg.
4. Het uitsluiten van de behandeling van psychische klachten bij de huisartsenzorg zal leiden tot extra kosten voor controle en handhaving.

**Verdere procedure**

De verdere procedure is als volgt. Het CVZ zal betrokkenen consulteren en de reacties inbrengen in de Advies Commissie Pakket.

Op basis van de consultatieronde en het advies van de Advies Commissie Pakket zal het CVZ een advies van de Raad van Bestuur van het CVZ aan de minister van VWS formuleren.

### ***5.c. Moeten aanpassingsstoornissen te verzekeren zorg zijn?***

Het CVZ heeft in deel 1 toegezegd nog terug te komen op de aanpassingsstoornissen, vermeld in de DSM IV.

***Aanpassingsstoornissen zijn uitgesloten van het pakket***

De behandeling van aanpassingsstoornissen is sinds 2012 bij wet uitgesloten van verzekerde zorg. De overweging voor deze uitsluiting was dat aanpassingsstoornissen aangemerkt werden als 'lage ziektelast'. Het doet recht aan een zorgvuldige en consequente beoordeling om deze aandoeningen te bekijken conform andere aandoeningen die we in dit rapport beoordelen. Of aanpassingsstoornissen vallen binnen de verzekerde zorg wordt duidelijk door de criteria voor een aanpassingsstoornis te analyseren.

***Criteria voor een aanpassingsstoornis***

De DSM-IV geeft de volgende criteria voor een aanpassingsstoornis:

- De ontwikkeling van emotionele symptomen en gedragsvormen als reactie op een aanwijsbare stressfactor. De aandoening uit zich binnen drie maanden na het optreden van de stressfactor.
- De symptomen en het gedrag zijn klinisch duidelijk aantoonbaar, wat blijkt uit een van de twee volgende criteria of beide:
  1. aantoonbare spanning die erger is dan bij de stressfactor verwacht kan worden;
  2. duidelijke hinder in de sociale omgang of op het werk.
- De stress-gerelateerde stoornis voldoet niet aan de criteria voor een andere specifieke stoornis uit as I en is niet uitsluitend een symptoom van een bestaande stoornis uit as I of as II.
- De symptomen komen niet voort uit rouwverwerking.
- Als de stressfactor of de gevolgen zijn verdwenen, blijven de symptomen niet langer dan zes maanden aanwezig.

***Geen psychische stoornis***

Hoewel er depressieve of angstklachten kunnen optreden is er geen sprake van een depressie of angststoornis in engere zin zoals omschreven in de DSM IV. Tevens is er sprake van emotionele symptomen en gedragsvormen als reactie op stress die (uiteindelijk) weer weggaan na het verdwijnen van de stressfactor. Het wegnemen van de stressfactor is dus ook de 'beste behandeling'. Er kan niet gesproken worden van een eenduidige ziekte-entiteit zoals een angst of depressieve stoornis maar van een (mogelijk inadequaat) reactiepatroon op stress waarvan de behandeling primair niet geneeskundig van

aard is.

Het CVZ is daarom van mening dat de aanpassingsstoornis geen psychische stoornis waarvoor verzekerde GGZ is aangewezen.



## 6. Gepast gebruik: ordening en bekostiging

### 6.a. Inleiding

#### **Bekostigings- systemen en ordening**

Zoals in de inleiding van dit rapport staat aangegeven beperken we ons niet tot een nadere uitleg van en advisering over de noodzakelijk te verzekeren G-GGZ. Voor een gepast gebruik van deze zorg is meer nodig en hebben meer partijen een rol<sup>20</sup>. De bekostiging van zorg is hierop vaak van grote invloed. Financiële prikkels kunnen gepast gebruik van zorg bevorderen, maar ook belemmeren. In dit hoofdstuk gaan we op de voornemens van het Ministerie van VWS met betrekking tot de bekostiging van de G-GGZ.

#### **Onderscheid eerste- tweedelijns**

De minister heeft met partijen een Bestuurlijk Akkoord (BA) gesloten. In dit BA is afgesproken dat partijen onder leiding van VWS komen tot een invulling van de zogenaamde generalistische Basis GGZ ter onderscheiding van de specialistische GGZ. Doel ervan is om via een onderscheiden ordening en bekostiging van de GGZ te komen tot passende zorg voor de patiënt.

Gelijktijdig had de minister het CVZ gevraagd specifiekere aan te geven wat onder eerstelijns dan wel tweedelijns geneeskundige GGZ valt, en om een nadere duiding van enkelvoudige en complexe stoornissen en hun behandeling.

In dit hoofdstuk brengen wij in beeld hoe de huidige situatie van aanspraak (indicatie, behandeling, deskundigheidsniveau), prestatieomschrijving en bekostiging zich verhoudt tot de gewenste nieuwe indeling in generalistische basis-GGZ en specialistische GGZ.

Paragraaf 6.b. beschrijft het huidige onderscheid tussen eerste- en tweedelijns geneeskundige GGZ. Paragraaf 6.c. beschrijft de gewenste situatie in basis-GGZ en gespecialiseerde GGZ, zoals tot nu toe door partijen onder leiding van VWS is uitgewerkt.

Paragraaf 6.d. bevat een nadere uitwerking hiervan, waarbij we aandacht besteden aan de relatie met de aanspraak G-GGZ.

### **6.b. De huidige situatie: onderscheid eerste- en tweedelijns geneeskundige GGZ**

Met de invoering van EPZ onder de basisverzekering en de beperking hiervan tot 8 (en later beperkt tot 5) zittingen was het nodig een omschrijving van EPZ en tweedelijns GGZ te geven. In opdracht van het CVZ heeft het Trimbosinstituut in 2006 het rapport 'Afbakening eerste- en tweedelijnszorg voor

<sup>20</sup> Convenant gepast gebruik van zorg. Beschikbaar geld beter benut, 20 juni 2011.

psychische stoornissen<sup>1</sup> uitgebracht. Mede aan de hand van dit rapport heeft het CVZ de belangrijkste kenmerken en de aard van de problematiek in eerste- en tweedelijngeneeskundige GGZ omschreven.

Hierna volgt de *huidige* situatie, zoals ook beschreven in het rapport GGZ, deel 1.

**Kenmerken  
1<sup>e</sup> lijns G-GGZ**

Kenmerken eerstelijngeneeskundige GGZ

- generalistisch;
- laagdrempelig;
- eenvoudige (niet zo ernstige) problematiek;
- behandeling monodisciplinair;
- zorg in de buurt aanwezig.

**en**

**2<sup>e</sup> lijns G-GGZ**

Kenmerken tweedelijngeneeskundige GGZ

- specialistisch: geleverd door professionals met gespecialiseerde opleiding;
- drempel: voorselectie, bijvoorbeeld op verwijzing door huisarts;
- complexe en/of meerdere stoornissen/diagnosen;
- monodisciplinaire of multidisciplinaire behandeling.

**1<sup>e</sup> lijns GGZ**

*6.b.1. Eerstelijns-GGZ*

Binnen de eerstelijngeneeskundige GGZ vindt vooral behandeling plaats van stemmingsstoornissen, somatoforme stoornissen en angststoornissen (stoornissen van de DSM-IV, as I). Er is sprake van lichte tot matig ernstige, niet complexe psychische problematiek. Behandelingen zijn met of zonder voorschrift van medicijnen.

Bij eerstelijnspsychologische zorg is sprake van diagnostiek en kortdurende, generalistische behandeling van niet complexe psychische stoornissen. De betrokkenheid van een specialist (psychiater, klinisch psycholoog of psychotherapeut) is niet nodig. Tot de eerstelijnspsychologische zorg behoort geïndiceerde preventie<sup>21</sup> van depressie, van problematisch alcoholgebruik en van een paniekstoornis. Voor de eerstelijnspsychologische zorg zijn prestaties, zoals een individueel consult en een telefonisch consult, nader beschreven in een beleidsregel van de NZa. De tarieven voor eerstelijnspsychologische zorg zijn vrij.

**2<sup>e</sup> lijns GGZ**

*6.b.2. Tweedelijns-GGZ*

Dit omvat diagnostiek en specialistische behandeling van complexe psychische stoornissen. De betrokkenheid van een specialist (psychiater, klinisch psycholoog of psychotherapeut) is nodig. Voor ernstigere psychische problemen kan een verzekerde terecht bij specialistische GGZ-aanbieders, zoals psychiaters, psychotherapeuten en GGZ-instellingen

<sup>21</sup> Met de uitleg dat klachten geen onderdeel zijn van G-GGZ, maar van de huisartsenzorg is dit achterhaald, zie hiervoor hoofdstuk 5.b.3.

(psychiatrisch ziekenhuis/RIAGG). Een behandelvorm is bijvoorbeeld psychotherapie. De financiering van de tweedelijns geneeskundige GGZ gebeurt op basis van DBC's-GGZ.

Binnen de tweede lijn vindt ook behandeling plaats van depressieve stoornissen en angststoornissen. Vaak is er naast een as I stoornis ook sprake van een persoonlijkheidsstoornis (as II van de DSM-IV) of is er sprake van meer dan één diagnose op de as I. Ernstigere psychische stoornissen uit het psychosespectrum, zoals schizofrenie, worden bij voorkeur behandeld in de tweede lijn. Die behandelingen bestaan meestal uit een combinatie van farmaco- en gespreks- of psychotherapie.

De behandeling van acute psychotische stoornissen hoort niet bij de zelfstandig gevestigde psychiaters en psychotherapeuten, maar in principe bij de GGZ-instellingen die opname- en crisisfaciliteiten bieden.

Schematisch is de huidige ordening:

	Huisartsenzorg	1 <sup>e</sup> lijns G-GGZ	2 <sup>e</sup> lijns G-GGZ
<b>Aanspraak</b>	Zorg zoals huisartsen die plegen te bieden	Zorg zoals klinisch psychologen die plegen te bieden	Zorg zoals klinisch psychologen en medisch-specialisten die plegen te bieden
<b>Indicatiegebied</b>	Psychische klachten en stoornissen	Psychische stoornissen  Geïndiceerde preventie <sup>22</sup> (klachten)	Psychische stoornissen
<b>Interventies (vb.)</b>	PST, motiverende gespreksvoering, medicatie	Psychologische interventies, psychotherapeutische technieken	Psychologische interventies, psychotherapie, medicatie, ECT
<b>Deskundigheidniveau</b>	Huisartsen (POH-ggz)	Gz-psychologen	Psychiaters klinisch psychologen psychotherapeuten paramedici verpleegkundigen
<b>Tariefstructuur</b>	Abonnement en module POH-GGZ	Consulten	DBC op basis van tijdschrijven met tijdsintervallen

<sup>22</sup> Met de uitleg dat klachten geen onderdeel zijn van G-GGZ, maar van de huisartsenzorg is dit achterhaald, zie hiervoor hoofdstuk 5.b.3.

## **6.c. De gewenste situatie: onderscheid basis GGZ en gespecialiseerde GGZ**

### **6.c.1. Inleiding**

De gezamenlijke toekomstvisie van partijen bij het Bestuurlijk Akkoord, dat de minister van VWS in juni 2012 met GGZ-branchepartijen, ZN en LPGGz heeft gesloten, gaat uit van een basis-GGZ en een specialistische GGZ. In het Bestuurlijk Akkoord staat dat als de patiënt niet binnen de huisartsenzorg kan worden geholpen, de patiënt dan wordt doorverwezen naar de generalistische basis-GGZ (voor patiënten met lichte en matige problematiek) of de specialistische GGZ (voor patiënten met (zeer) complexe aandoeningen).

Door een generalistische basis-GGZ te ontwikkelen, kan een aanzienlijk deel - minimaal 20% - van de patiënten die nu in de tweede lijn worden geholpen, naar de generalistische basis-GGZ verschuiven. Ook kan een zwaardere patiëntengroep behandeld worden.

Om te kunnen definiëren wat onder de basis-GGZ valt en wat onder specialistische GGZ, zijn de volgende omschrijvingen uit het Bestuurlijk Akkoord opgenomen:

#### **Generalistische basis-GGZ**

#### **Gespecialiseerde GGZ**

- In de generalistische basis GGZ wordt alleen een behandeling gestart als er bij de patiënt sprake is van een DSM-benoemde stoornis in combinatie met een gemiddelde tot lage beperking van het functioneren. Het gaat hierbij veelal om lichte tot matige, niet complexe problematiek, waarbij sprake is van een goed sociaal netwerk en met grote kans op herstel.
- De gespecialiseerde GGZ kenmerkt zich door een hoge mate van complexiteit waarbij een zwaar beroep op specialistische kennis nodig is. Ook hier is sprake van een DSM-benoemde stoornis.

### **6.c.2. Uitwerking basis-GGZ door partijen**

In overleg met partijen werkt VWS de generalistische basis-GGZ verder uit. De ontwikkeling van de functie generalistische basis-GGZ gebeurt aan de hand van twee producten: een verwijfsmodel voor de huisartsenzorg en een viertal productbeschrijvingen met cliëntprofielen voor de generalistische basis-GGZ.

#### **Verwijfsmodel**

##### **Het verwijfsmodel**

De patiënt met psychische problematiek komt met een hulpvraag bij de huisarts. De huisarts beoordeelt die hulpvraag en wanneer het psychische problematiek betreft, gaat de huisarts na door wie de patiënt het beste geholpen kan worden. De huisarts houdt rekening met een aantal aspecten. De aspecten samen vormen een multidimensionaal beeld. Bij de afweging om al dan niet te verwijfsen gaat het steeds om de combinatie waarin de aspecten zich voordoen.

De volgende essentiële criteria zijn benoemd die een rol spelen bij de verwijsdiagnostiek:

- vermoeden DSM-benoemde stoornis
- ernst problematiek
- risico
- complexiteit
- beloop klachten

Voor de uitwerking van deze criteria zie bijlage 5.

Wanneer de huisarts wil verwijzen naar een GGZ-professional moet hij een vermoeden hebben van een DSM-benoemde stoornis. Een vermoeden van een DSM-benoemde stoornis is een noodzakelijke voorwaarde voor verwijzing, maar geen voldoende voorwaarde. Dat wil zeggen dat de huisarts niet iedere cliënt met een vermoeden van een DSM-benoemde stoornis doorverwijst. Een deel van deze cliënten kan prima door de huisarts (+ POH-ggz) worden behandeld. Consultatie van een psychiater of psycholoog is daarbij een mogelijkheid.

### **Wanneer verwijzing**

*Wanneer verwijzing naar basis- GGZ en gespecialiseerde GGZ?*

Geen verwijzing naar de G-GGZ, dus behandeling door huisarts (+ POH-ggz) is aan de orde in een of meer van de volgende drie gevallen:

- er is geen vermoeden van DSM-benoemde stoornis; of
- er is vermoeden DSM-benoemde stoornis, maar daarbij is de ernst licht of subklinisch, het risico laag, de complexiteit afwezig en de duur (beloop) van de symptomen beantwoordt (nog) niet aan de criteria uit de richtlijn voor het betreffende ziektebeeld;
- er is sprake van een stabiele chronische problematiek, niet crisisgevoelig en met een laag risico.



Verwijzing naar de gespecialiseerde GGZ is aan de orde bij een hoog risico en/of hoge complexiteit bij vermoeden van DSM-benoemde stoornis.

In andere gevallen ligt verwijzing naar de basis-GGZ voor de hand.

### **Vier producten basis-GGZ**

*Producten basis-GGZ*

Aan de hand van de hiervoor genoemde criteria, vermoeden DSM-stoornis, ernst enz. zijn vier integrale zorgproducten: geformuleerd: kort, middel, intensief en chronisch.

**Product 1 kort**

De gemiddelde zorgzwaarte betreft problematiek van lichte ernst (er is sprake van relatief weinig kernsymptomen maar dit is wel voldoende om een diagnose te stellen, de impact van de klachten op het dagelijks functioneren is beperkt, de cliënt ervaart een zekere belemmering in het dagelijks functioneren). Er is sprake van een laag risico (er zijn ondanks de aanwezigheid van klachten/symptomen geen aanwijzingen die duiden op gevaar voor ernstige zelfverwaarlozing of verwaarlozing van naasten, decompensatie, suicide, geweld of automutilatie). Er is sprake van een enkelvoudig beeld tot lage complexiteit (er is weliswaar sprake van comorbiditeit of problematiek ten aanzien van persoonlijkheid, zwakzinnigheid, somatische factoren of psychosociale en omgevingsproblemen, maar deze interfereert niet met de behandeling van de hoofddiagnose). En er zijn aanhoudende/persisterende klachten (eerdere interventies hebben onvoldoende effect bewerkstelligd).

**Product 2 middel**

De gemiddelde zorgzwaarte betreft problematiek van matige ernst (de kernsymptomen behorend bij het ziektebeeld zijn aanwezig en daarnaast is er sprake van een aantal aanvullende symptomen, er is sprake van waarneembare beperkingen in het dagelijks functioneren). Er is sprake van een laag tot matig risico (er zijn ondanks de aanwezigheid van klachten/symptomen geen aanwijzingen die duiden op gevaar voor ernstige zelfverwaarlozing of verwaarlozing van naasten, decompensatie, suicide, geweld of automutilatie of er is wel sprake van een latent gevaarsrisico, maar er staan beschermende factoren tegenover zoals: adequate coping, werk of structurele daginvulling en een steunsysteem waarop men dagelijks kan terugvallen voor toezicht, zorg, praktische en emotionele steun). En er is sprake van een enkelvoudig beeld tot lage complexiteit (er is weliswaar sprake van comorbiditeit of problematiek ten aanzien van persoonlijkheid, zwakzinnigheid, somatische factoren of psychosociale en omgevingsproblemen, maar deze interfereert niet met de behandeling van de hoofddiagnose). De duur van de klachten beantwoordt aan de criteria uit de DSM richtlijn voor het betreffende ziektebeeld.

**Product 3 intensief**

De gemiddelde zorgzwaarte betreft ernstige problematiek (de meeste symptomen behorend bij het ziektebeeld zijn aanwezig, er is sprake van uitval en/of substantiële beperkingen in het dagelijks functioneren). Er is sprake van een laag tot matig risico (er zijn ondanks de aanwezigheid van klachten/symptomen geen aanwijzingen die duiden op gevaar of er is wel sprake van een latent gevaarsrisico, maar er staan beschermende factoren tegenover, zie product 3 middel). En er is sprake van een enkelvoudig beeld tot lage complexiteit (er is weliswaar sprake van comorbiditeit of problematiek ten aanzien van persoonlijkheid, zwakzinnigheid, somatische factoren of psychosociale en omgevingsproblemen, maar deze

interfereert niet met de behandeling van de hoofddiagnose). De duur van de klachten beantwoordt aan de criteria uit de richtlijn voor het betreffende ziektebeeld.

**Product 4 chronisch** De gemiddelde zorgzwaarte betreft risicogevoelige stabiele of instabiele chronische problematiek of ernstige problematiek in remissie. Er is sprake van een matig risico (er zijn ondanks de aanwezigheid van klachten/symptomen geen aanwijzingen die duiden op gevaar voor ernstige zelfverwaarlozing of verwaarlozing van naasten, decompensatie, suïcide, geweld of automutilatie of er is wel sprake van een latent gevaarsrisico, maar er staan beschermende factoren tegenover zoals: adequate coping, werk of structurele daginvulling en een steunsysteem waarop men dagelijks kan terugvallen voor toezicht, zorg, praktische en emotionele steun).

#### **6.d. Nadere uitwerking gewenste situatie: basis-GGZ en gespecialiseerde GGZ**

De uitwerking van partijen onder leiding van VWS is een goede opzet om tot een juiste verwijzing door de huisarts te komen. Het CVZ plaatst hierbij wel de kanttekening dat binnen de huisartsenzorg de genoemde criteria allemaal in beeld moeten worden gebracht, terwijl het in de dagelijkse praktijk veeleer om een klinisch beeld gaat met dikwijls een 'pluis - niet pluis'-gevoel. Betere toepassing van screeningslijsten zal de kwaliteit van de huisartsenzorg toch nog verder kunnen ondersteunen en verbeteren.

Vergelijking met het huidige onderscheid (zie 6.b.) laat zien dat ook ernstige problematiek (ernst van de stoornis) en chronische zorg onder de basis GGZ wordt gesitueerd.

**Specialistische GGZ splitsen in laag-complexe en hoog-complexe zorg**

Met VWS zijn we van mening dat een deel van de huidige tweedelijns GGZ heel goed binnen een basis-GGZ kan worden geleverd. Wil de basis-GGZ deze zorg en producten kunnen leveren dan dient de huidige tweedelijns GGZ als het ware gesplitst te worden in laag-complexe en hoog-complexe specialistische zorg met de daarbij behorende deskundigheid. Het gebruik van de begrippen laag-complexe en hoog-complexe specialistische zorg laat goed zien dat het hier gaat om de zorg aan patiënten met stoornissen en sluit aan bij de Zwz zorg zoals klinisch psychologen en medisch-specialisten die plegen te bieden (art. 2.4 Bzv).

**Hoog-complex**

Hoog-complexe specialistische GGZ betreft dan complexe zorg voor complexe stoornissen. Van dit laatste is sprake als de behandeling uit verschillende onderdelen bestaat, die door verschillende disciplines wordt geleverd bij een complexe psychische stoornis, onder verantwoordelijkheid van een hoofdbehandelaar en waarbij de infrastructuur van een

zorginstelling noodzakelijk is. Een hoofdbehandelaar kan zo nodig besluiten tot opname, een deeltijdbehandeling of andere disciplines betrekken bij de behandeling en indien gewenst begeleiding.

**Laag-complex**

Laag-complexe behandelingen binnen de specialistische GGZ kunnen meestal door één behandelaar geleverd worden. Bijvoorbeeld de behandeling van een psychiater, bestaande uit ingewikkelde medicatie bij patiënt met stabiele chronische stoornis (ADHD, chronische depressie, chronische stabiele vorm van schizofrenie). Of de behandeling door een eerstelijnspsycholoog of psychotherapeut van personen met een lichte tot matig ernstige depressie of een matig ernstige eetstoornis zonder complicaties of met een posttraumatische stress-stoornis. Deze behandelaars werken waarnodig samen (consultatie) met de huisarts of de POH-ggz. De laag-complexe specialistische GGZ wordt zoveel mogelijk dichtbij de patiënt aangeboden. Dit is in lijn met de ontwikkelingen in de somatische zorg waarbij eveneens laag-complexe specialistische zorg zoveel mogelijk dicht in de buurt van de patiënt wordt verleend.

**Zorg dichtbij**

Dit betekent dat:

- **Basis-GGZ:**  
Laag-complexe specialistische GGZ is basis-GGZ geleverd door een specialist. Onder een specialist verstaan we zowel een psychiater, een klinisch psycholoog (waaronder de eerstelijnspsycholoog) en een psychotherapeut.  
**Basis-GGZ**  
Tot de basis-GGZ behoort ook wat tot nu als eerstelijnspsychologische zorg wordt gezien. De zorg kan monodisciplinair geleverd worden. Goede samenwerking met de huisarts en POH-ggz zijn relevant voor de basis-GGZ. Het begrip hoofdbehandelaarschap speelt bij monodisciplinaire behandelingen geen rol.
  - **Gespecialiseerde GGZ:**  
Hoog-complexe specialistische GGZ is gespecialiseerde GGZ, die multidisciplinair, in instellingen, wordt aangeboden. Hierbij gaat het om ernstige, complexe psychische stoornissen, waarvoor multidisciplinaire behandeling nodig is. Een hoofdbehandelaar is verantwoordelijk voor de inhoud van de behandeling en stelt een behandelplan vast, waarin ook activiteiten van andere zorgverleners zijn opgenomen.
- Gespecialiseerde GGZ**



## Diagnostiek

Ook diagnostiek kan onderscheiden worden in basis-GGZ en gespecialiseerde GGZ.

- Basis GGZ: eenvoudige, enkelvoudige diagnostiek, eigen diagnostisch onderzoek, eenvoudige vragenlijsten en bloedonderzoek.
- Gespecialiseerde GGZ: uitgebreide diagnostiek door meer disciplines, ingewikkelde testen, uitgebreid bloed- en ander onderzoek, bv. EEG. Verder: persoonlijkheidsonderzoek (kan een hele dag duren) en als verblijf voor diagnostiek nodig is.

In schema de gewenste situatie:

	Huisartsenzorg	Basis GGZ	Gespecialiseerde GGZ
<b>Aanspraak</b>	Zorg zoals huisartsen die plegen te bieden	Zorg zoals klinisch psychologen <sup>23</sup> en medisch-specialisten die plegen te bieden	Zorg zoals klinisch-psychologen en medisch-specialisten die plegen te bieden
<b>Indicatiegebied</b>	Psychische klachten en laag-complexe stoornissen	Laag-complexe psychische stoornissen	Hoog-complexe psychische stoornissen
<b>Interventies (vb.)</b>	PST, motiverende gespreksvoering, medicatie	Monodisciplinaire psychologische interventies, psychotherapeutische technieken, psychotherapie	Multidisciplinaire interventies, Psychologische interventies, Psychotherapie, ECT
<b>Deskundigheidniveau</b>	Huisartsen (POH-ggz)	Gz-psychologen Psychotherapeuten Klinisch psychologen Psychiaters	Klinisch psychologen Psychiaters Paramedici Verpleegkundigen
<b>Tariefstructuur</b>	Abonnement en module ondersteuning GGZ	* 4 zorgproducten: Kort, middel, intensief en chronisch	DBC op basis van tijdschrijven met tijdsintervallen

\* Er is nog geen verzoek voor een tariefstructuur aan de NZa gedaan. Er zijn wel zorgproducten beschreven.

Voor de basis-GGZ heeft VWS, zoals hiervoor beschreven, een viertal zorgproducten ontwikkeld. Op dit moment is nog niet duidelijk op welke manier deze zorgproducten gebruikt zullen worden in het kader van de aanspraak in de Zvw. Het CVZ kan hierover later dit jaar adviseren of en op welke wijze dit zou kunnen.

<sup>23</sup> Waaronder onder andere de eerstelijnspsycholoog.

### ***Aanspraak basis-GGZ?***

Er zijn diverse manieren om de aanspraak vorm te geven. Hieronder noemen we er een paar.

- De aanspraak wordt niet nader gedefinieerd. De patiënt heeft recht op zorg tot het gewenste behandeldoel is behaald. Het risico ligt bij de behandelaar.
- De aanspraak wordt gelimiteerd tot een aantal consulten. Mochten verdere consulten nodig zijn, dan zal deze voor eigen rekening van de patiënt voorgezet kunnen worden. Het risico ligt dus bij de patiënt.
- Als de aanspraak pas aanvangt nadat de eerste consulten voor eigen rekening hebben plaatsgevonden (zoals nu geregeld in de fysiotherapie), zal het daarna gekozen systeem het effect bepalen.

### ***Zorgaanbod en organisatievorm***

De formulering van de aanspraak en de daarbij behorende bekostiging kan gevolgen hebben voor het zorgaanbod en de organisatievorm.

Basis GGZ kan monodisciplinair aangeboden worden, waardoor kleine organisatievormen mogelijk zijn. Kleine organisaties kunnen de zorg dicht bij de patiënt in de wijk of dorp te organiseren.

Gespecialiseerde GGZ vereist een multidisciplinaire organisatievorm, die 24 uren zorg kan leveren. Dat vergt concentratie en specialisatie van het zorgaanbod, hetgeen gepaard zal gaan met grotere vergelijkbare groepen patiënten.

Bekostiging van de basis-GGZ op grond van vier producten kan voor kleine organisatievormen een te groot ondernemersrisico met zich brengen. De verdere ontwikkeling van de basis-GGZ is sterk afhankelijk van de invulling ervan wat betreft bekostiging.

### ***Aanpassen***

De bepaling over de beperking van eerstelijnspsychologische zorg (maximaal 5 zittingen per kalenderjaar) uit het Besluit zorgverzekering zal moeten vervallen. Hiermee verliest ook de bepaling over een eigen bijdrage per zitting zijn betekenis.

## 7. Gepast gebruik: uitvoeringsaspecten

### 7.a. Inleiding

In het vorige hoofdstuk zijn we ingegaan op de vraag hoe de ordening en bekostiging van zorg het gepast gebruik van GGZ kan bevorderen. De juiste financiële prikkels zijn daarvoor van belang. Er is echter meer nodig om ervoor te zorgen dat de juiste persoon de juiste zorg krijgt van de juiste zorgverlener, tegen een juiste prijs.

In dit hoofdstuk behandelen we drie vragen.

- Wie levert de zorg? (7.b)
- Hoe kunnen richtlijnen bijdragen aan gepast gebruik? (7.c.)
- Welke voorwaarden kunnen verzekeraars opnemen in hun polis om gepast gebruik van zorg te bevorderen? (7.d)

### 7.b. Hoofdbehandelaarschap

**Functionele omschrijving van zorg**

**Wet BIG**

Door de functiegerichte omschrijving van de zorg in de Zvw en de open normering in de wet BIG<sup>24</sup> zijn er weinig beperkingen aan de eisen waaraan een zorgverlener binnen de GGZ moet voldoen. Afgezien van voorbehouden handelingen, zoals het voorschrijven van medicatie en bijvoorbeeld het toepassen van elektroconvulsietherapie kan iedereen deze zorg leveren, mits bevoegd en bekwaam. In de uitvoeringspraktijk heeft dit tot situaties geleid waarin niet deskundige mensen diagnostiek en behandeling uitvoeren, bijvoorbeeld in het geval van de instelling Europsyche, maar dit kan ook gelden voor andere GGZ-instellingen.

**IGZ**

Naar aanleiding van deze onduidelijkheden over wie binnen een instelling verantwoordelijk is voor de zorgverlening heeft de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) op verzoek van de minister van VWS eind november 2012 een document over het hoofdbehandelaarschap binnen de tweedelijns GGZ opgesteld<sup>25</sup>. De IGZ heeft aan diverse partijen vragen voorgelegd wie (welke soort professional) verantwoordelijk moet zijn en wat het hoofdbehandelaarschap qua werkzaamheden moet inhouden. De IGZ geeft aan dat het de voorkeur verdient dat er een veldnorm komt boven een wettelijke regeling. Met een

<sup>24</sup> De wet BIG heeft de voorheen geldende wettelijke regeling op het gebied van de uitoefening van de geneeskunst, inhoudende een het gehele gebied der geneeskunst bestrijkend verbod van beroepsuitoefening zonder hiertoe wettelijk verleende bevoegdheid, vervangen door een regeling welke een ruimer gebied van individuele gezondheidszorg bestrijkt en waarbij slechts het verrichten van bij de wet aangewezen categorieën van handelingen wordt voorbehouden aan categorieën van daartoe overeenkomstig de wet gekwalificeerden, terwijl het voeren van wettelijk beschermde beroepstitels uitsluitend toekomt aan degenen die in de voor de desbetreffende beroepen overeenkomstig de wet ingestelde registers ingeschreven staan en ten aanzien van andere beroepen op het gebied van de individuele gezondheidszorg voorzien wordt in de mogelijkheid tot het regelen van de opleiding tot die beroepen.

<sup>25</sup> Consultatiedocument IGZ d.d. 15 november 2012.

veldnorm bepaalt de beroepsgroep zelf hoe gehandeld moet worden en handelt hier ook naar. Op dit moment is dit document nog in consultatie, begin maart 2013 komt de IGZ met een definitief rapport.

In de omschrijving van de taken van een hoofdbehandelaar heeft de IGZ onder meer opgenomen het daadwerkelijk zien van een patiënt, het stellen van een diagnose, het opstellen van een behandelplan en het aansturen van andere behandelaren betrokken bij de zorg.

**NZa**

De NZa heeft al in een beleidsregel over de DBC's GGZ<sup>26</sup> opgenomen dat een hoofdbehandelaar een DBC kan openen en dat deze directe tijd moet schrijven, met andere woorden dat deze hoofdbehandelaar de patiënt moet hebben gezien.

Met deze maatregelen wordt duidelijk, ook voor patiënten, wie binnen een instelling verantwoordelijk is voor de zorgverlening en kan geborgd worden dat een daartoe bevoegde en bekwame professional ook daadwerkelijk de zorg verleent. Het IGZ-document en de NZa-beleidsregel hebben evenwel alleen betrekking op gespecialiseerde GGZ, de zorgvorm waarbij multidisciplinaire zorg een rol speelt. Bij de basis-GGZ, waar sprake is van monodisciplinaire zorg, speelt het begrip hoofdbehandelaar geen rol, maar kan wel een zogenaamde verlengde arm-constructie spelen. Hier komen we op terug bij de rol van de zorgverzekeraars (7.d.).

### **7.c. Richtlijnen**

In het Rapport GGZ, deel 1, hebben we aangegeven dat richtlijnen kunnen bijdragen aan het bevorderen van gepast gebruik. Helaas hebben we toen moeten concluderen dat er weinig tot geen onderbouwing in de richtlijnen is voor deeltijdbehandeling en opname, inclusief de duur ervan. Het CVZ adviseerde hieraan meer aandacht te besteden.

**Kwaliteits-  
programma van  
partijen**

Hoewel we de afgelopen maanden geen expliciete aanpassingen in richtlijnen op dit vlak hebben gezien is het CVZ verheugd dat in het Bestuurlijk Akkoord afspraken zijn gemaakt over een kwaliteitsprogramma. Partijen, onder regie van NVvP en NIP, zetten een kwaliteitsprogramma op voor de ontwikkeling van behandelrichtlijnen en bijbehorende instrumenten. Hiertoe richten zij het Landelijk Samenwerkingsverband Professionele Standaard in de Geestelijke Gezondheidszorg op. Zoals de NVvP in de eerste reactie bij de voorbereiding van een concept van dit rapport aangaf zal het met deze producten wellicht in de toekomst mogelijk worden op grond van de richtlijn onderbouwde uitspraken te doen over welke zorg in ieder geval tot het

---

<sup>26</sup> NZa, Declaratiebepalingen

**Criteria opname,  
deeltijdbehandeling  
Duur behandeling**

verzekerd pakket zou moeten behoren en welke zorg facultatief of op indicatie aangeboden kan worden. Verder is afgesproken dat een en ander in samenspraak gebeurt met het Nationaal Kwaliteitsinstituut voor Zorg (Zorginstituut Nederland). We zullen zeker aandringen op het opnemen van aanbevelingen over wanneer gespecialiseerde GGZ nodig is en wat de duur van behandelingen moet zijn.

## **7.d. Uitvoering door verzekeraars**

**Verwijzing**

### **7.d.1. Verwijzing**

Om een juiste uitvoering van de Zvw te waarborgen kunnen verzekeraars procedurele voorwaarden opnemen in hun polis. Verwijzing en toestemming zijn als procedurele voorwaarden binnen de Zvw uitdrukkelijk gelegd bij de zorgverzekeraars. Elke zorgverzekeraar kan dit per zorgvorm invullen. Dit geldt dus ook voor de GGZ.

De verwijzing naar de medisch-specialist is geregeld in artikel 14, lid 2 Zvw.

Toegang tot zowel de basis-GGZ als de gespecialiseerde GGZ zou alleen mogelijk moeten zijn op verwijzing (van bv. huisarts, bedrijfsarts).

In het Bestuurlijk Akkoord heeft ZN afgesproken dat G-GGZ slechts toegankelijk is op verwijzing. Zorgverzekeraars nemen verwijzing uitdrukkelijk op in de met verzekerden af te sluiten polissen. Daarbij hoort een adequate controle op de verwijzingseis. Omdat dit nu al is afgesproken zien we geen aanleiding voor te stellen dit nader wettelijk te regelen.

**Toestemming**

### **7.d.2. Toestemming**

Het verlenen van toestemming vooraf voor geneeskundige zorg bij bepaalde stoornissen is in het Bestuurlijk Akkoord niet afgesproken. Voor bepaalde stoornissen achten we het van belang dat een verzekeraar vooraf toestemming voor behandeling of verdere behandeling geeft. We hebben dit hiervoor aangegeven bij de bespreking van de DSM-stoornissen in hoofdstuk 3.b.2.

**Aanbeveling voor  
chronische stoornis**

Zo is het voor chronische stoornissen met een stabiel beeld, zoals ADHD of chronische depressie, aangewezen dat een behandelaar aangeeft dat verdere behandeling nog nodig en zinvol is. Als enkel begeleiding zonder aansturing van een behandelaar nog nodig is, met eventueel medicatievoorschriften, dan is in ieder geval gespecialiseerde GGZ niet meer nodig.

Het verdient aanbeveling dat zorgverzekeraars voor dergelijke stoornissen jaarlijks toestemming geven voor verdere behandeling/geneeskundige zorg.

**NAO-codering**

Verder is een diagnose van een stoornis met NAO (uitzonderingen daargelaten) niet aangewezen. De restcategorieën NAO kunnen gebruikt worden als niet precies

voldaan wordt aan de criteria voor een stoornis, maar wel behandeling nodig is. De restcategorieën bevatten uiteenlopende symptomen en zeggen vrijwel niets over het beloop, de prognose, de oorzaak of de voor te schrijven behandeling. Om deze classificatie zo veel mogelijk te beperken kunnen verzekeraars ook voor deze stoornissen toestemming voor zorg vooraf geven. Bij het vragen om toestemming kan de behandelaar aangeven binnen welke termijn een definitieve diagnose kan worden gesteld.

Het is de vraag of alle verzekeraars machtiging vooraf zullen/willen invoeren. We stellen voor dit de komende tijd te monitoren en zo nodig er op terug te komen. Wellicht is het aangewezen dit wettelijk te regelen, wat dan wijziging van de Zvw betekent.

#### *7.d.3. Verlengde arm-constructie*

#### **Verlengde arm**

Van hoofdbehandelaarschap is sprake bij meer behandelaars bij een integrale behandeling. Ook bij een monodisciplinaire behandeling kan sprake zijn van meer behandelaars. Bij de zogenaamde verlengde arm-constructie verlenen anderen onder verantwoordelijkheid van een behandelaar de zorg. Krijgt een patiënt dan wel de zorg van de juiste hulpverlener? In rapport GGZ, deel 1 hebben we ook al op gewezen op dit risico. ZN heeft in een brief van 12 september 2011 aan de directies van de zorgverzekeraars over de inzet van hulppersoneel<sup>27</sup> dit risico geadresseerd. We hebben de indruk, ook uit ontvangen vragen en reacties van hulpverleners, dat zorgverzekeraars via hun polis deze constructie aan banden leggen om te garanderen dat de patiënt de juiste zorg krijgt.

---

<sup>27</sup> Blz. 7 en 8 Rapport Geneeskundige GGZ, deel 1 (Zo wijst ZN op de grote diversiteit in de manier waarop vrijgevestigde beroepsbeoefenaren hulppersoneel inzetten. In de polis geeft de zorgverzekeraar aan wie de zorg mag verlenen. Hier kan een verzekeraar ook aangeven of deze zorgverlener, bijvoorbeeld een vrijgevestigd psychiater, zich kan laten bijstaan door andere zorgverleners, zoals een psycholoog of sociaal-psychiatrisch verpleegkundige (SPV). Het is ook mogelijk dat niet nader is aangegeven wie onder verantwoordelijkheid van de behandelaar de zorg mag verlenen. Zorgverzekeraars kunnen ervoor kiezen beperkingen aan de inzet van hulppersoneel via de verlengde arm op te leggen. ZN geeft aan dat het bijvoorbeeld mogelijk is in de contracten met de hoofdbehandelaar af te spreken dat deze zelf 80% van de zorg verleent en zich voor maximaal 20% laat bijstaan door anderen, die dan onder verantwoordelijkheid van de behandelaar functioneren.)

## 8. Conclusies en aanbevelingen

In de voorgaande hoofdstukken hebben we verder verhelderd wat tot de geneeskundige GGZ behoort, geadviseerd over eventuele inperking van aanspraak op geïndiceerde preventie en aanbevelingen gedaan over gepast gebruik van zorg door een andere ordening/bekostiging van de G-GGZ, wie de zorg verleent, hoe richtlijnen verder ontwikkeld moeten worden en welke voorwaarden verzekeraars kunnen opnemen in hun polis.

Doel ervan is te bereiken dat de zorg voor psychiatrische patiënten ook in de toekomst toegankelijk kan blijven en dat deze patiënten de juiste zorg krijgen door de juiste hulpverlener op de juiste plaats (nabij waar kan, geconcentreerd waar moet).

De kern van de aanbevelingen is opnieuw gericht op een goede afbakening van wat wel en niet te verzekeren zorg is en een juiste uitvoering van de verzekering.

In dit hoofdstuk zetten we de conclusies en aanbevelingen uit voorgaande hoofdstukken op een rijtje.

### ***G-GGZ alleen op verwijzing***

Op verwijzing kan G-GGZ verleend worden. Overeenkomstig de afspraak in het Bestuurlijk Akkoord bevelen wij aan dat verzekeraars in hun polis regelen dat G-GGZ alleen toegankelijk is op verwijzing.

Verwijzing kan plaatsvinden als sprake is van een vermoeden van een psychische stoornis.

### ***G-GGZ omvat diagnostiek, behandeling en zo nodig begeleiding***

G-GGZ is onderdeel van de Zvw-prestatie 'geneeskundige zorg zoals klinisch psychologen en medisch-specialisten (i.c. psychiaters) die plegen te bieden'. De zorg omvat diagnostiek, behandeling en zo nodig begeleiding.

Diagnostiek kan, na verwijzing, altijd, ongeacht de diagnose, waaronder die van geen psychische stoornis, ten laste van de Zvw plaatsvinden. Als de diagnose niet leidt tot een psychische stoornis dient terugverwijzing plaats te vinden.

### ***Geïndiceerde preventie***

Geïndiceerde preventie van depressie, problematisch alcoholgebruik en paniekstoornis betekent hulp bij klachten.

I. Dit betekent dat deze zorg niet voor rekening van de Zvw kan worden geboden. Op grond van de argumenten genoemd in hoofdstuk 5.b.4. adviseert het CVZ de minister deze zorg uitdrukkelijk van het pakket uit te sluiten. OF

II. Ondanks dat sprake is van klachten meent het CVZ, gelet op de argumenten genoemd in hoofdstuk 5.b.4. dat deze zorg verzekerd moet blijven, en wel als onderdeel van de zorg zoals huisartsen die plegen te bieden.

<b><i>Bij welke DSM-stoornissen wel/niet verzekerde G-GGZ</i></b>	<p>Van de stoornissen, omschreven in de DSM IV, is aangegeven of de zorg bij deze stoornissen al dan niet valt onder de te verzekeren G-GGZ (bijlage 2).</p> <p>Als sprake is van een aanpassingsstoornis kunnen psychologische interventies worden ingezet, maar niet voor rekening van de basisverzekering.</p>
<b><i>Toestemming</i></b>	<p>Voor psychische stoornissen met een chronisch verloop raden wij verzekeraars aan machtigingen voor verdere behandeling, bijvoorbeeld na twee jaar, in te voeren. Juist bij deze stoornissen zal veelal sprake zijn van behandeling in combinatie met begeleiding. Of begeleiding na enige tijd nog een noodzakelijk onderdeel van de G-GGZ moet zijn of inmiddels onder de Wmo of AWBZ valt moet te controleren zijn. Dit kan bijvoorbeeld gelden voor ADHD.</p> <p>Daarnaast raden we verzekeraars aan om toestemming voor verdere diagnostiek en behandeling vooraf in te voeren bij diagnoses van stoornissen die niet anders omschreven zijn. Deze zogenaamde NAO-coderingen zijn aangegeven in bijlage 2.</p>
<b><i>Advies G-GGZ beperken tot maximaal één jaar</i></b>	<p>Verder adviseert het CVZ de minister de G-GGZ wettelijk te beperken tot maximaal één jaar bij de volgende psychische stoornissen met blijvende tekortkomingen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pervasieve ontwikkelingsstoornissen;</li> <li>• Stoornis Gilles de la Tourette;</li> <li>• Chronische motorische of focale tic-stoornis.</li> </ul>
<b><i>Positieve en negatieve lijst</i></b>	<p>Het CVZ heeft een lijst opgesteld van psychologische interventies die voldoen aan de stand van de wetenschap en praktijk (zogenaamde positieve lijst). En zo ook een negatieve lijst van interventies die hieraan niet voldoen. Beide lijsten zijn niet limitatief. Zorgverzekeraars raden we aan bij hun inkoop met deze lijsten rekening te houden.</p>
<b><i>Basis-GGZ en gespecialiseerde GGZ</i></b>	<p>G-GGZ wordt geboden door een breed veld van aanbieders, individuele GGZ-professionals en GGZ-instellingen. Met een anderhalve lijn (vanuit de tweedelijns wordt eerstelijnszorg geboden) is een onderscheid eerste- en tweedelijns GGZ niet meer toereikend. Een ander onderscheid – basis-GGZ en gespecialiseerde GGZ – kan hier goed voor in de plaats komen. Wij werken dit nader uit in relatie tot aanspraak, deskundigheidsniveau en bekostiging. De basis-GGZ omvat laag-complexe specialistische zorg en de huidige EPZ en de gespecialiseerde GGZ omvat hoog-complexe specialistische zorg.</p>



<b>Wettelijke regeling basis-GGZ?</b>	Het onderscheid basis-GGZ en gespecialiseerde GGZ komt tot uiting in verschillende bekostigingssystemen. Voor alleen bekostiging is wijziging in de prestaties Zvw niet nodig. Wel moet de bepaling over de beperking van eerstelijns-psychologische zorg (maximaal 5 zittingen per kalenderjaar) uit het Besluit zorgverzekering vervallen. Hiermee verliest ook de bepaling over een eigen bijdrage per zitting zijn betekenis. Als de basis-GGZ ook in de Zvw-prestaties geregeld moet worden kan het CVZ later dit jaar adviseren of en op welke wijze dit zou kunnen.
<b>Hoofdbehandelaarschap</b>	Een goede ontwikkeling vinden we het creëren van duidelijkheid over het hoofdbehandelaarschap. Een norm (van beroepsgroepen zelf (of opgelegd) waarborgt dat de patiënt door de juiste professional behandeld wordt.
<b>Richtlijnen</b>	We gaan ervan uit dat de juiste professional ook de juiste zorg aan deze patiënt biedt. En zoals gezegd bij voorkeur op basis van richtlijnen. Bij de ontwikkeling van nieuwe richtlijnen of aanpassing van bestaande pleiten we ervoor nadrukkelijk aandacht te schenken aan criteria voor deeltijdbehandeling en opnames, en de behandelduur.
<b>Wel/geen verzekerde zorg en declareren</b>	Interventies die niet voldoen aan de stand van de wetenschap en praktijk kunnen niet altijd uitdrukkelijk als niet verzekerde zorg binnen een bekostigingssysteem worden bestempeld. Dit staat een goede uitvoering in de weg. Het CVZ wil met de NZa en DBC-Onderhoud overleggen hoe we dit probleem kunnen oplossen.
<b>Dementie</b>	We bevelen aan om voor dementiezorg een integrale bekostiging te ontwikkelen in plaats van de huidige situatie waarin deze zorg vanuit onderscheiden financieringsregimes vanuit Zvw en AWBZ moet worden bekostigd.

## 9. Vervolg

Wat gaan we in 2013 doen?

- DSM-5** We komen terug op de gevolgen van de invoering van de DSM-5 voor de verzekering .
- Regelen basis-GGZ** Desgevraagd brengen we advies uit over het afzonderlijk omschrijven van basis-GGZ als prestatie binnen de Zvw.
- Agenda duidingen** In nauw overleg met LPGGz, ZN en wetenschappelijke verenigingen willen we een agenda opstellen van te beoordelen interventies. Zelf agenderen we hierop FACT.
- Medicijnen** De nadruk heeft bij onze rapporten over de G-GGZ gelegen op psychologische interventies. Medicijnen en het gebruik ervan zijn nauwelijks aan bod geweest. Ondanks kabinetsmaatregelen om gepast gebruik van antidepressiva te bevorderen zijn het gebruik en de kosten van antidepressiva gestegen. We stellen voor om nader te adviseren over antidepressiva en de te verzekeren zorg.

## **10. Commentaar belanghebbende partijen**

pm

## **11. Adviescommissie Pakket**

pm

## **12. Besluit CVZ**

pm



## Bijlage 1

### GGZ bijeenkomst d.d. 21 augustus 2012: Hoogleraren GGZ, VWS en CVZ

#### Inleiding

Met het oog op het uitbrengen van het vervolgrapport over de te verzekeren GGZ in december 2012 heeft het CVZ deze bijeenkomst georganiseerd. Met 2 hoogleraren (Beekman en Van Os) heeft het CVZ al gesproken voorafgaand aan dit overleg, in verband met hun afwezigheid op 21 augustus. De aanleiding voor deze bijeenkomst is het vervolgtraject van het GGZ rapport deel 1. Het CVZ heeft in dit rapport duidelijk aangegeven wat onder de te verzekeren GGZ valt en wat niet. Verder is vastgesteld dat de uitvoeringspraktijk niet spoort met de wettelijke aanspraken. Het CVZ zal dit in het GGZ rapport deel 2 verder uitwerken, omdat er behoefte is aan meer handvaten om de implementatie van de wettelijke grenzen van het pakket beter vorm te geven. Aandachtspunten voor het vervolgrapport zijn: het onderscheid tussen wel/niet verzekerde zorg (klachten of ziekte); afbakening huisartsenzorg, 1e lijn/basisGGZ, 2e lijn; Richtlijnontwikkeling (ook voor dagbehandeling, opname en behandelduur); averse prikkels in de uitvoering; contractering, goedkeuren declaraties, toezicht is lastig.

Het CVZ is vooral nog van plan in het GGZ-rapport deel 2:

- de grens te verhelderen wat wel/niet ten laste van de collectieve verzekering komt;
- uitstroomadvies te formuleren over geïndiceerde preventie bij depressie, alcoholgebruik en paniekstoornissen en daarbij de mogelijke randvoorwaarden en risico's goed in kaart te brengen.
- positieve of negatieve lijst tot stand te brengen over (niet) effectieve indicatie-interventie combinaties
- de consequenties van DSM 5 te bezien voor mede bepalen verzekeringsaanspraken.

VWS wijst erop dat er vanuit Financiën grote druk staat op het verzekerde GGZ-pakket. VWS is bij deze bijeenkomst aanwezig omdat het een belangrijk onderwerp. VWS en CVZ pakken dit onderwerp samen aan.

Het CVZ zal de gemaakte afspraken vastleggen.

#### Hoe?

Het CVZ wil van de hoogleraren input ontvangen om vragen als: wat goede zorg is, wie dit moet leveren en hoe de te verzekeren zorg is af te bakenen, zodanig te kunnen beantwoorden dat de terminologie en de onderbouwing goed aansluiten bij de wetenschappelijke kennis en de uitvoeringspraktijk.

Hierover voert het CVZ ook overleg met de betrokken beroepsgroepen en de betrokken belangenverenigingen (LHV, LVE, GGZ-NL, NVvP, NVVP, NIP, NVP, LPGGz).

Het CVZ onderzoekt de effectiviteit van een aantal therapievormen waar twijfels over de effectiviteit of het juiste toepassingsgebied bestaan. Het betreft onder andere mindfulness en het 12-stappenmodel (ook wel Minnesotamodel).

#### Bezuinigen, beperken of verbeteren?

Er is 140% groei binnen de GGZ in de afgelopen 10 jaar; daar is geen discussie over volgens de hoogleraren.

Er zijn vele oorzaken: waaronder Kabinetsbeleid om de marktwerking in de zorg toe te laten. In die context wordt al jaren gedaan aan input-financiering in de ggz en er is geen partij in de zorgmarkt met een financieel voordeel om die input klein te houden. Dat is wellicht een van de belangrijkste aanjagers van het toegenomen zorgvolume en corresponderende kosten in de ggz. Overigens is er daarnaast nog steeds sprake van onderdiagnostiek en onderbehandeling en in de DALY top tien van de WHO staan niet voor niets vier psychiatrische ziekten.

Verder is opgemerkt dat de extra eigen bijdrage die alleen voor de GGZ geldt een zeer ongewenst effect lijkt te hebben, nl. dat het voor mensen met ernstige psychische aandoeningen een te grote drempel opwerpt.

Op de vraag van het CVZ of de hoogleraren konden aangeven "welke ggz indicaties uit het verzekerde pakket geschrapt kunnen worden" hebben de hoogleraren geantwoord dat die insteek een heilloze weg is, want moeilijk controleerbaar is omdat in de klinische praktijkvoering de ene indicatiestelling dan gewoon vervangen wordt door een andere die wel in het verzekerde pakket zit. Het is aan de politiek/de maatschappij om grenzen te stellen aan de omvang van het verzekerde pakket.

De hoogleraren zijn bereid hun expertise in te brengen op de volgende punten:

- Wat kan er beter in de GGZ?
- Waar is meer efficiëntie te behalen?

## Meetinstrumenten

Het CVZ vraagt in verband met de implementatie in de praktijk van de uitleg van wat nu wel en niet verzekerd is, en welke zorgvraag in de eerste of tweedelijnd behandeld moet worden, er naast de DSM IV gevalideerde meetinstrumenten zijn die het CVZ kunnen helpen? bv GAF of Camberwell Assessment of Need, zoals de suggestie is van prof. Van Os? De reactie van de hoogleraren is dat meetinstrumenten er wel zijn, maar dat het gaat om schijnzekerheden want de resultaten zijn manipuleerbaar en moeilijk controleerbaar. Het is aan de professional om de diagnose te stellen; de zorgbehoefte is daarbij leidend.

## Richtlijnen

De hoogleraren zijn van mening dat met goede richtlijnen het mogelijk is de GGZ te verbeteren. Richtlijnen geven nu alleen advies over zorg, maar niet over de doelmatigheid, maatschappelijke kosten en ziektelast. De economische component en een beslisboom ontbreken. Verder kan stepped care nog duidelijker in de richtlijnen en er zouden indicatie-interventiecombinaties in opgenomen moeten worden. Goedkope effectieve interventies handhaven en dure effectieve interventies eruit. Of later in de zorg of zelfs eruit.

Hoe het verbetertraject in de GGZ te operationaliseren? De hoogleraren stellen voor:

- Duidelijke richtlijnen met eenduidige definities
- Stagering en gradering bij indicatiestelling
- Mogelijkheid van eenmalig consult bij de psychiater vanuit 1e lijn
- Ketens; een deel zit in DBC, maar zou via 1e lijn moeten
- Instellen van een principe regel: alle GGZ behandelingen in 1e lijn, tenzij direct duidelijk is dat 2e lijnszorg geïndiceerd is zoals bijvoorbeeld bij psychosen.
- Interventies: bijvoorbeeld welke interventie is het meest effectief. Het Trimbos heeft een lijst van 28 interventies bij depressie, Het is mogelijk een korte lijst te maken met een kleiner aantal meest effectieve interventies (naar de mate van bewezen kosteneffectiviteit en acceptatie door patiënten.
- Het is ook mogelijk om ook bij angststoornissen een korte lijst te maken van de meest (kosten)effectieve interventies.
- In de richtlijnen ontbreken criteria wanneer opname of deeltijdbehandeling aangewezen/noodzakelijk is.
- In de richtlijnen moet aandacht zijn voor het te verwachten effect van een behandeling en voor het tijdig stoppen van behandeling en overstappen op een andere behandeling indien er geen effect opgetreden is, en voor continueren (met drempel).
- Het vooraf machtigen van een behandeling, of van de verlenging, is weliswaar een hobbel maar zal leiden tot kostenbewustwording in het veld. Richtlijnen zouden ook daarom meer aandacht moeten geven aan de setting, duur en intensiteit van ggz-behandelingen.

Het CVZ wijst erop dat diagnose-informatie belangrijk is voor een systeem met machtigingen. Op dit moment is geen diagnose-informatie beschikbaar. Mede daardoor hebben verzekeraars nauwelijks mogelijkheden tot controle.

## Conclusies

1. De hoogleraren hebben nadrukkelijk gesteld dat het schrappen van ggz indicaties een heilloze weg is.
2. De hoogleraren zijn van mening dat de efficiëntie in de GGZ beduidend beter kan. Dit vergt aanpassing van de richtlijnen door de beroepsbeoefenaren. Ambtelijke ondersteuning is gewenst. Bij de herziening moet aandacht worden besteed aan:
  - Grens en overgang 1<sup>e</sup>/ 2<sup>e</sup> lijn; alles in 1<sup>e</sup> lijn, tenzij direct 2<sup>e</sup> lijn; ambulant zoveel als het kan
  - Opname, duur en indicaties;
  - Het eventueel invoeren van een machtigingssysteem;
  - Stoppen en continueren behandeling;
  - (Maatschappelijke) kosten en effectiviteit van interventies.
3. Het CVZ concludeert dat de hoogleraren bereid zijn hun kennis te delen met het CVZ.

## Tot slot

VWS meldt dat er € 3,5 mln beschikbaar is (Bestuurlijk Akkoord GGZ) voor aanpassing van de richtlijnen. Op 31 augustus heeft VWS hierover overleg met partijen en zegt toe de punten uit conclusie 1 te zullen inbrengen.

Het CVZ bedankt de aanwezigen voor hun bijdrage aan de discussie.

6 september 2012

Bijlage 2

DSM IV as I	ICD-9-CM code	WEL/NIET verzekerde G-GGZ
<b>ZUIGELING-KIND-JEUGD</b>		
<b>Leerstoornissen</b>		
- Leesstoornis	315.00	NIET
- Rekenstoornis	315.1	NIET
- Schrijfstoornis	315.2	NIET
- Leerstoornis NAO	315.9	NIET
<b>Stoornissen in de motorische vaardigheden</b>		
- Coördinatieontwikkelingsstoornis	315.4	NIET
<b>Communicatie stoornissen</b>		
- Expressieve taalstoornis	315.31	NIET
- Gemengd receptieve - expressieve taalstoornis	315.32	NIET
- Fonologische stoornis	315.39	NIET
- Stotteren	307.0	NIET
- Communicatiestoornis NAO	307.9	NIET
<b>Pervasieve ontwikkelingsstoornissen</b>		
- Autistische stoornis	299.0	WEL, max. 1 jaar
- Stoornis van Rett	299.80	WEL, max. 1 jaar
- Destintegratestoornis kinderleeftijd	299.10	WEL, max. 1 jaar
- Stoornis van Asperger	299.80	WEL, max. 1 jaar
- Pervasieve ontwikkelingsstoornis NAO	299.80	WEL, max. 1 jaar
<b>Aandacht tekortstoornissen en gedragsstoornissen</b>		
- Aandachtstekortstoornis met hyperactiviteit	314.xx	WEL
- Aandachtstekortstoornis met hyperact. NAO	314.9	WEL
- Gedragsstoornis	312.xx	WEL
- Oppositioneel - opstandig gedragsstoornis	313.81	WEL
- Gedragsstoornis NAO	312.9	WEL*
<b>Voedings- en eetstoornissen</b>		
- pica	307.52	NIET
- ruminatiestoornis	307.53	NIET
- voedingsstoornis zuigeling & kind vroeg	307.59	NIET
<b>Tic stoornissen</b>		
- Stoornis G dl Tourette	307.23	WEL, max. 1 jaar
- Chronische motorische of focale tic-stoornis	307.22	WEL, max. 1 jaar
- Passagiere tic-stoornis	307.21	WEL
- Tic-stoornis NAO	307.20	WEL*
<b>Stoornissen in de zindelijkheid</b>		
- Encopresis met obstipatie en overloop incontinentie	787.6	NIET
- Encopresis zonder obstipatie en overloop incontin.	307.7	NIET
- Enuresis niet door somatische aandoening	307.6	NIET
<b>Overige stoornissen zuigeling/kind/adolescentie</b>		
- Separatieangsstoornis	309.21	WEL
- Selectief mutisme	313.23	WEL
- Reactieve hechtingsstoornis	313.89	WEL
- Stereotiepe-bewegingsstoornis	307.3	WEL
- Stoornis Zuigeling/Kind/Adolescentie NAO	313.9	WEL*

DSM IV as I	ICD-9-CM code	WEL/NIET verzekerde G-GGZ
<b>DELIRIUM, DEMENTIE EN ANDERE COGNITIEVE STOORNISSEN</b>		
Delirium		
- Delirium door Somatische aandoening	293.0	NIET
- Delirium door Middel teweeggebracht	292.xx	NIET
- Delirium door multiple oorzaken	29x.xx	NIET
- Delirium NAO	780.09	NIET
Dementie		
- Dementie van het Alzheimer type	290.4x	NIET
- Dementie door een andere somatische aandoening	294.1x	NIET
- Persisterende dementie door een middel	29x.xx	NIET
- Dementie door multiple oorzaken	29x.xx	NIET
- Dementie NAO	294.8	NIET
Amnestische stoornissen		
- Amnestische stoornis door Somatische aandoening	294.0	NIET
- Persisterende amnestische stoornis door een middel	292.x	NIET
- Amnestische stoornis NAO	294.8	NIET
Andere cognitieve stoornissen		
- Cognitieve stoornis NAO	294.9	NIET
<b>PSYCHISCHE STOORNISSEN DOOR EEN SOMATISCHE AANDOENING</b>		
- Delirium door somatische aandoening	293.0	NIET
- Dementie door somatische aandoening	294.1x	NIET
- Psychotische stoornis door somatische aandoening	293.8x	WEL
- Stemmingsstoornis door een Somatische aandoening	293.83	WEL
- Angststoornis door somatische aandoening	293.84	WEL
- Seksuele dysfunctie door somat. aandoen	29x.xx	NIET
- Slaapstoornis door somatische aandoening	780.xx	NIET
- Katatone stoornis door somatische aandoening	293.89	NIET
- Persoonlijke veranderingen door somat. aandoening	310.1	NIET
- Psychische stoornis door somatische aandoening NAO	293.9	WEL*
<b>AAN ALCOHOL GEBONDEN STOORNISSEN</b>		
Stoornissen in alcohol gebruik		
- Alcoholafhankelijkheid	303.9	WEL
- Misbruik van alcohol	305.00	NIET
Stoornissen door alcohol		
- Alcohol intoxicatie	303.00	NIET
- Alcoholonthouding	291.81	NIET
- Delirium door alcohol intoxicatie	291.0	NIET
- Delirium door alcohol onthouding	291.0	NIET
- Persisterende dementie stoornis door alcohol	291.2	NIET
- Persisterende amnestische stoornis door alcohol	291.1	NIET
- Psychotische stoornissen door alcohol	291.x	WEL
- Stemmingsstoornissen door alcohol	291.89	WEL
- Angststoornissen door alcohol	291.89	WEL
- Seksuele dysfunctie door alcohol	291.89	NIET
- Slaapstoornis door alcohol	291.89	NIET
- Aan alcohol gebonden stoornis NAO	291.9	WEL*

DSM IV as I	ICD-9-CM code	WEL/NIET verzekerde G-GGZ
<b>AAN OVERIGE MIDDELEN GEBONDEN STOORNISSEN</b>		
<u>Amfetamine</u>		
Stoornissen in Amfetamine gebruik		
- Amfetamineafhankelijkheid	304.40	WEL
- Misbruik van Amfetamine	305.70	NIET
Stoornissen door Amfetamine		
- Amfetamine intoxicatie	292.89	NIET
- Amfetamine onthouding	292.81	NIET
- Delirium door Amfetamine intoxicatie	292.0	NIET
- Delirium door Amfetamine onthouding	292.0	NIET
- Persisterende dementie stoornis door Amfetamine	292.2	NIET
- Persisterende amnestische stoornis door Amfetamine	291.1	NIET
- Psychotische stoornissen door Amfetamine	291.x	WEL
- Stemmingsstoornissen door Amfetamine	292.84	WEL
- Angststoornissen door Amfetamine	292.89	WEL
- Seksuele dysfunctie door Amfetamine	292.89	NIET
- Slaapstoornis door Amfetamine	292.89	NIET
- Aan Amfetamine gebonden stoornis NAO	292.9	WEL*
<u>Cafeïne</u>		
Cafeïne intoxicatie	305.90	NIET
Angststoornis door cafeïne	292.89	WEL
Slaapstoornis door cafeïne	292.89	NIET
Aan cafeïne gebonden stoornis NAO	292.9	WEL*
<u>Cannabis</u>		
Stoornissen in cannabisgebruik		
- Cannabisafhankelijkheid	304.30	WEL
- Misbruik van cannabis	305.20	NIET
Stoornissen door cannabis		
- Cannabisintoxicatie	292.89	NIET
- Delirium door cannabisintoxicatie	292.81	NIET
- Psychotische stoornis door cannabis met wanen	292.11	WEL
- Psychotische stoornis door cannabis met hallucinaties	292.12	WEL
- Angststoornis door cannabis	292.89	WEL
- Aan cannabis gebonden stoornis NAO	292.9	WEL*
<u>Cocaïne</u>		
Stoornissen in cocaïne gebruik		
- Cocaïne afhankelijkheid	304.20	WEL
- Misbruik van cocaïne	305.60	NIET
Stoornissen door cocaïne		
- Cocaïne intoxicatie	292.89	NIET
- Cocaïne onthouding	292.00	NIET
- Delirium door Cocaïne intoxicatie	292.81	NIET
- Psychotische stoornis door cocaïne met wanen	291.11	WEL
- Psychotische stoornis door cocaïne met hallucinaties	291.12	WEL
- Stemmingsstoornissen door cocaïne	292.84	WEL
- Angststoornissen door cocaïne	292.89	WEL
- Seksuele dysfunctie door cocaïne	292.89	NIET
- Slaapstoornis door cocaïne	292.89	NIET
- Aan cocaïne gebonden stoornis NAO	292.9	WEL*



DSM IV as I	ICD-9-CM code	WEL/NIET verzekerde G-GGZ
<u>Hallucinogenen</u>		
Stoornissen in Hallucino­geen gebruik		
Hallucino­geen afhankelijkheid	304.50	WEL
Misbruik van Hallucino­geen	305.30	NIET
Stoornissen door Hallucino­geen		
Hallucino­geen intoxicatie	292.89	NIET
Persisterende waarneming stoornis door Hallucino­geen	292.00	WEL
Delirium door Hallucino­geen intoxicatie	292.81	NIET
Psychotische stoornis door Hallucino­geen met wanen	292.11	WEL
Psychotische stoornis door Hallucino­geen met hallucinaties	291.12	WEL
Stemmingsstoornissen door Hallucino­geen	292.84	WEL
Angststoornissen door Hallucino­geen	292.89	WEL
Aan Hallucino­geen gebonden stoornis NAO	292.9	WEL*
<u>Vluchtige stoffen</u>		
Stoornissen in vluchtige stoffen gebruik		
Afhankelijkheid van vluchtige stoffen	304.60	WEL
Misbruik van vluchtige stoffen	305.90	NIET
Stoornissen door vluchtige stoffen		
Intoxicatie door vluchtige stoffen	292.89	NIET
Delirium door vluchtige stoffen intoxicatie	292.81	NIET
Persisterende dementie door vluchtige stoffen	292.82	NIET
Psychotische stoornis door vluchtige stoffen met wanen	292.11	WEL
Psychotische stoornis door vluchtige stoffen met halluc's	291.12	WEL
Stemmingsstoornissen door vluchtige stoffen	292.84	WEL
Angststoornissen door vluchtige stoffen	292.89	WEL
Aan vluchtige stoffen gebonden stoornis NAO	292.9	WEL*
<u>Nicotine</u>		
Stoornissen in vluchtige stoffen gebruik		
Nicotine afhankelijkheid	304.60	NIET
Stoornissen door nicotine		
Nicotine onthouding	292.9	NIET
<u>Opioiden</u>		
Stoornissen in Opioiden gebruik		
Opioiden afhankelijkheid	304.00	WEL
Misbruik van Opioiden	305.50	NIET
Stoornissen door Opioiden		
Opioiden intoxicatie	292.89	NIET
Opioiden onthouding	292.00	NIET
Delirium door Opioiden intoxicatie	292.81	NIET
Psychotische stoornis door Opioiden met wanen	291.11	WEL
Psychotische stoornis door Opioiden met hallucinaties	291.12	WEL
Stemmingsstoornissen door Opioiden	292.84	WEL
Seksuele dysfunctie door Opioiden	292.89	NIET
Slaapstoornis door Opioiden	292.89	NIET
Aan Opioiden gebonden stoornis NAO	292.9	WEL*

DSM IV as I	ICD-9-CM code	WEL/NIET verzekerde G-GGZ
<u>Fenicyclidinen</u>		
Stoornissen in Fenicyclidinen gebruik	304.90	WEL
Afhankelijkheid van Fenicyclidinen	305.90	NIET
Misbruik van Fenicyclidinen		
Stoornissen door Fenicyclidinen		
Fenicyclidinen intoxicatie	292.89	NIET
Delirium door intoxicatie met Fenicyclidinen	292.81	NIET
Psychotische stoornis door Fenicyclidinen met wanen	291.11	WEL
Psychotische stoornis door Fenicyclidinen met halluc's	291.12	WEL
Stemmingsstoornissen door Fenicyclidinen	292.84	WEL
Angststoornissen door Fenicyclidinen	292.89	WEL
Aan Fenicyclidinen gebonden stoornis NAO	292.9	WEL*
SEDATIVA/HYPNOTICA/ANXIOLYTICA (S/H/A)		
Stoornissen in Sedativa/Hypnotica/Anxiolytica gebruik	304.40	WEL
Afhankelijkheid van Sedativa/Hypnotica/Anxiolytica	305.70	NIET
Misbruik van Sedativa/Hypnotica/Anxiolytica		
Stoornissen door Sedativa/Hypnotica/Anxiolytica (S/H/A)		
Intoxicatie door Sedativa/Hypnotica/Anxiolytica	292.89	NIET
Onthouding van Sedativa/Hypnotica/Anxiolytica	292.0	NIET
Delirium door intoxicatie met S/H/A	292.81	NIET
Delirium door onthouding van S/H/A	292.81	NIET
Persisterende dementie stoornis door S/H/A	292.82	NIET
Persisterende amnestische stoornis door S/H/A	291.83	NIET
Psychotische stoornissen door S/H/A met wanen	292.11	WEL
Psychotische stoornissen door S/H/A met wanen	292.12	WEL
Stemmingsstoornissen door S/H/A met halluc's	292.84	WEL
Angststoornissen door S/H/A	292.89	WEL
Seksuele dysfunctie door S/H/A	292.89	NIET
Slaapstoornis door S/H/A	292.89	NIET
Aan S/H/A gebonden stoornis NAO	292.9	WEL*
Stoornissen aan verschillende middelen gebonden		
Afhankelijkheid van verschillende middelen	305.80	WEL
St. aan andere of onbekende middelen gebonden (AofO)		
Stoornissen in AofO middel gebruik		
Afhankelijkheid van AofO middel	305.90	WEL
Misbruik van AofO middel	305.90	NIET
Stoornissen door AofO middel		
Intoxicatie door AofO middel	292.89	NIET
Intoxicatie door AofO middel met waarneming stoornis'n	292.89	NIET
Onthouding van AofO middel	292.0	NIET
Delirium door intoxicatie met AofO middel	292.81	NIET
Delirium door onthouding van AofO middel	292.81	NIET
Persisterende dementie stoornis door AofO middel	292.82	NIET
Persisterende amnestische stoornis door AofO middel	291.83	NIET
Psychotische stoornissen door AofO middel met wanen	292.11	WEL
Psychotische stoornissen door AofO middel met wanen	292.12	WEL
Stemmingsstoornissen door AofO middel met halluc's	292.84	WEL
Angststoornissen door AofO middel	292.89	WEL
Seksuele dysfunctie door AofO middel	292.89	NIET

DSM IV as I	ICD-9-CM code	WEL/NIET verzekerde G-GGZ
Slaapstoornis door S/H/A Aan AofO middel gebonden stoornis NAO	292.89 292.9	NIET WEL*
<b>SCHIZOFRENIE E.A. PSYCHOTISCHE STOORNISSEN</b>		
-Schizofrenie		
-Paranoïde type	295.30	WEL
-Gedesorganiseerd type	295.10	WEL
-Katatone type	295.20	WEL
-Ongedifferentieerde type	295.90	WEL
-Rest type	295.60	WEL
-Schizofreniforme stoornis	295.40	WEL
-Schizo affectieve stoornis	295.70	WEL
-Waanstoornis	297.1	WEL
-Kortdurende psychotische stoornis	298.8	WEL
-Gedeelde psychotische stoornis	297.3	WEL
-Psychotische stoornis door somatische aandoening	293.8x	WEL
-Psychotische stoornis door middel	292.xx	WEL
-Psychotische stoornis NAO	298.9	WEL*
<b>STEMMINGSTOORNISSEN</b>		
- Depressieve stoornis, eenmalige episode	296.2x	WEL
- Depressieve stoornis, recidiverend	296.3x	WEL
- Dysthyme stoornis	300.4	WEL
- Depressieve stoornis NAO	311	WEL*
- Bipolaire I stoornis, eenmalige manische episode	296.0x	WEL
- Bipolaire I stoornis, laatste episode hypomaan	296.40	WEL
- Bipolaire I stoornis, laatste episode manisch	296.4x	WEL
- Bipolaire I stoornis, laatste episode gemengd	296.6x	WEL
- Bipolaire I stoornis, laatste periode depressief	296.5x	WEL
- Bipolaire I stoornis, laatste episode niet-gespecif.	296.7x	WEL
- Bipolaire II stoornis,	296.89	WEL
- Cyclothyme stoornis	301.13	WEL
- Bipolaire stoornis NAO	296.80	WEL*
- Stemmingsstoornis door een somat. aandoening	293.83	WEL
- Stemmingsstoornis door een middel	292.8x	WEL
- Stemmingsstoornis NAO	296.90	WEL*
<b>ANGSTSTOORNISSEN</b>		
- Paniekstoornis zonder agorafobie	300.1	WEL
- Paniekstoornis met agorafobie	300.21	WEL
- Agorafobie zonder paniekstoornis in de voorgesch.	300.22	WEL
- Specifieke (enkelvoudige) fobie	300.29	NIET
- Sociale fobie	300.23	WEL
- Obsessief-compulsieve stoornis	300.3	WEL
- Posttraumatische stressstoornis	309.81	WEL
- Acute stress-stoornis	308.3	NIET
- Gegeneraliseerde angststoornis	300.02	WEL
- Angststoornis door een somatische aandoening	293.84	WEL
- Angststoornis door een middel	292.89	WEL
- Angststoornis NAO	300.00	WEL*

DSM IV as I	ICD-9-CM code	WEL/NIET verzekerde G-GGZ
<b>SOMATOFORME STOORNISSEN</b>		
- Somatisatiestoornis	300.81	WEL
- Ongedifferentieerde somatoforme stoornis	300.82	WEL
- Conversiestoornis	300.11	WEL
- Pijnstoornis	307.xx	WEL
- Hypochondrie	300.7	WEL
- Stoornis in de lichaamsbeleving	300.7	WEL
- Somatoforme stoornis NAO	300.82	WEL*
<b>NAGEBOOTSTE STOORNISSEN</b>		
- Nagebootste st. met hoofdz.psych. verschijnselen	300.16	WEL
- Nagebootste st. met hoofdz. lichamelijke versch.	300.19	WEL
- Nagebootste st. met gecomb. psych. en lich. versch.	300.19	WEL
- Nagebootste stoornis NAO	300.19	WEL*
<b>DISSOCIATIEVE STOORNISSEN</b>		
- Dissociatieve amnesie	300.12	WEL
- Dissociatieve fugue	300.13	WEL
- Dissociatieve identiteitsstoornis	300.14	WEL
- Depersonalisatiestoornis	300.6	WEL
- Dissociatieve stoornis NAO	300.15	WEL*
<b>SEKSUELE STOORNIS EN GENDER-IDENTITEITSSTOORNIS</b>		
- Seksuele stoornis met verminderd verlangen	302.71	NIET
- Seksuele aversiestoornis	302.79	NIET
- Seksuele-opwindingsstoornis bij de vrouw	302.72	NIET
- Erectiestoornis bij de man	302.72	NIET
- Orgasmestoornis bij de vrouw	302.73	NIET
- Orgasmestoornis bij de man	302.74	NIET
- Vroegtijdige ejaculatie	302.75	NIET
- Dyspareunie	302.76	NIET
- Vaginisme	306.51	NIET
- Seksuele dysfunctie door een somatische aandoening	6xx.xx	NIET
- Seksuele dysfunctie door een middel	29x.xx	NIET
- Seksuele dysfunctie NAO	302.70	NIET
- Exhibitionisme	302.4	WEL
- Fetisjisme	302.81	WEL
- Frotteurisme	302.89	WEL
- Pedofilie	302.2	WEL
- Seksueel masochisme	302.83	WEL
- Seksueel sadisme	302.84	WEL
- Fetisjistisch transvestitisme	302.3	WEL
- Voyeurisme	302.82	WEL
- Parafilie NAO	302.9	WEL*
- Genderidentiteitsstoornis (bij kinderen)	302.6	NIET
- Genderidentiteitsstoornis (bij adolescenten/volwassenen)	302.85	NIET
- Genderidentiteitsstoornis NAO	302.6	NIET
- Seksuele stoornis NAO	302.9	WEL*

DSM IV as I	ICD-9-CM code	WEL/NIET verzekerde G-GGZ
<b>EETSTOORNISSEN</b>		
- Anorexia nervosa	307.1	WEL
- Bulimia nervosa	307.51	WEL
- Eetstoornis NAO	307.50	WEL*
<b>SLAAPSTOORNISSEN</b>		
<b>Dyssomnia 's</b>		
- Primaire insomnia	307.42	NIET
- Primaire hypersomnia	307.44	NIET
- Narcolepsie	347	NIET
- Slaapgebonden ademhalingsstoornis	780.59	NIET
- Slaapstoornis gebonden aan de circadiane ritmiek	307.45 *	NIET
- Dyssomnia NAO	307.47	NIET
<b>Parasomnia 's</b>		
- Nachtmerries	307.47	NIET
- Pavor nocturnus	307.46	NIET
- Slaapwandelen	307.46	NIET
- Parasomnia NAO	307.47	NIET
- Insomnia in samenhang met een As I of As II stoornis	--	
- Hypersomnia i.s.m. een As I of As II stoornis	--	
- Slaapstoornis door een somatische aandoening	780.xx	NIET
- Slaapstoornis door een middel	--	NIET
<b>STOORNISSEN IN DE IMPULSBEHEERSING</b>		
- Periodiek explosieve stoornis	312.34	WEL
- Kleptomanie	312.32	WEL
- Pyromanie	312.33	WEL
- Pathologisch gokken	312.31	WEL
- Trichotillomanie	312.39	WEL
- Stoornis in de impulsbeheersing NAO	312.30	WEL*
<b>AANPASSINGSSTOORNISSEN</b>		
- Aanpassingsstoornis met depressieve stemming	309.0	NIET
- Aanpassingsstoornis met angst	309.24	NIET
- Aanp. St. met gemengd angst. en depr. kenmerken	309.28	NIET
- Aanpassingsstoornis met een stoornis in het gedrag	309.3	NIET
- Aanp. St. met een gemengde st. van em. en gedrag	309.4	NIET
- Aanpassingsstoornis niet gespecificeerd	309.9	NIET
<b>ANDERE AANDOENINGEN EN PROBLEMEN DIE REDEN VOOR ZORG KUNNEN ZIJN</b>		
Psychische factoren die een somatische aandoening beïnvloeden	316	NIET
<b>Bewegingsstoornissen door geneesmiddelen</b>		
- Neuroleptisch Parkinsonisme	322.1	NIET
- Maligne Neuroleptisch syndroom	333.92	NIET
- Acute Neuroleptisch dystonie	333.7	NIET
- Acute Neuroleptisch akathisie	333.99	NIET
- Neuroleptisch tardieve dyskinesie	333.82	NIET
	333.1	NIET

DSM IV as I	ICD-9-CM code	WEL/NIET verzekerde G-GGZ
- Houdingstremor door geneesmiddelen - Bewegingsstoornis door geneesmiddel NAO	333.90	NIET
Andere stoornissen door geneesmiddelen teweeggebracht - Bijwerkingen van geneesmiddelen NAO	995.2	NIET
Relatieproblemen	V61.9	NIET
- Relatieprobl. gebonden aan Psych. St. of Som. Aand.	V61.20	NIET
- Ouder-Kind relatieprobleem	V61.10	NIET
- Partner relatieprobleem	V61.8	NIET
- Relatieprobleem tussen de kinderen	V62.81	NIET
- Relatieproblemen NAO		
Problemen in relatie tot misbruik of verwaarlozing	V61.21	NIET
- Lichamelijke mishandeling van een kind	V61.21	NIET
- Seksueel misbruik van een kind	V61.21	NIET
- Verwaarlozing van een kind	V61.1	NIET
- Lichamelijke mishandeling van een volwassene	V61.1	NIET
- Seksueel misbruik van een volwassene		
Bijkomende problemen die een reden voor zorg kunnen zijn	V15.81	NIET
- Niet meewerken aan de behandeling	V65.2	NIET
- Simulatie	V71.01	NIET
- Antisociaalgedrag bij volwassenen	V71.2	NIET
- Antisociaal gedrag bij kinderen	V62.89	NIET
- Zwakbegaafdheid	V780.9	NIET
- Met de leeftijd samenhangende cognitieve achteruitgang	V62.82	NIET
- Rouwreactie	V62.3	NIET
- Studieprobleem	V62.2	NIET
- Beroepsprobleem	301.82	NIET
- Identiteitsprobleem	V62.89	NIET
- Religieus of geestelijk probleem	V62.4	NIET
- Acculturatieprobleem	V62.89	NIET
- Levensfaseprobleem		
Bijkomende codes	300.9	NIET
- Niet gespecificeerde psychische stoornis	V71.09	NIET
- Geen diagnose of aandoening op as I of II	799.9	NIET
- Diagnose aandoening op as I of II uitgesteld		

<b>DSM IV as II</b>		
ZWAKZINNIGHEID		NIET
<b>PERSOONLIJKHEIDSSTOORNISSEN</b> Cluster A: - Paranoïde persoonlijkheidsstoornis - Schizoïde persoonlijkheidsstoornis - Schizotypische persoonlijkheidsstoornis Cluster B: - Antisociale persoonlijkheidsstoornis - Borderline persoonlijkheidsstoornis - Theatrale persoonlijkheidsstoornis - Narcistische persoonlijkheidsstoornis Cluster C: - Ontwijkende persoonlijkheidsstoornis - Afhankelijke persoonlijkheidsstoornis - Obsessief-compulsieve persoonlijkheidsstoornis - Persoonlijkheidsstoornis NAO	  301.0 301.20 301.22  301.7 301.83 301.50 301.81  301.82 301.6 301.4 301.9	  WEL WEL WEL  WEL WEL WEL WEL  WEL WEL WEL WEL*

Bijlage 3

<b>DYNAMISCH OVERZICHT VAN PSYCHOLOGISCHE INTERVENTIES BINNEN DE GGZ DIE WEL VOLDOEN AAN DE STAND DER WETENSCHAP EN PRAKTIJK (POSITIEVE LIJST)</b>
<b>Algemeen (mogelijk bij meer stoornissen):</b>
Cognitieve gedragstherapie (CGT)
Problem solving therapie (PST)
Interpersoonlijke therapie (IPT)
Kortdurende psychodynamische psychotherapie
Motiverende gespreksvoering (MGV)
Cue-exposure behandeling
Gedragstherapeutische relatietherapie
Groepspsychotherapie
Exposure in vivo
Psychologische paniekmanagement
Cognitieve herstructurering
Systeemtherapie
<b>Specifiek (bij een bepaalde stoornis)</b>
Community reinforcement approach (CRA): verslaving
Dialectische gedragstherapie: borderline persoonlijkheidsstoornis
Systems training for emotionally predictability and problem solving (STEPPS): persoonlijkheidsstoornissen
Mentalization based therapy (MBT): borderline persoonlijkheidsstoornis
Mindfulness based cognitieve gedragstherapie (MBCT): recidiverende depressie
Relaxatietherapie: gegeneraliseerde angststoornis
Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR): post traumatisch stressyndroom (PTSS)



Bijlage 4

<b>DYNAMISCH OVERZICHT VAN PSYCHOLOGISCHE INTERVENTIES BINNEN DE GGZ DIE NIET VOLDOEN AAN DE STAND DER WETENSCHAP EN PRAKTIJK (NEGATIEVE LIJST)</b>
Neurofeedback
Psychoanalyse
Op inzicht gerichte psychotherapeutische interventies: bij alcoholafhankelijkheid
Maudsley methode
KIDD workshop
Tomatis therapie
QEEG geïntegreerde therapie: kwantitatieve Elektro EncefaloGrafie
MET (mentaal-Emotieve Training)
Cogmed werkgeheugentraining
Gestalttherapie
Haptotherapie
Hypnotherapie
i-TOF (Ingratieve therapie op formaat)
Speyertherapie
Mind-tuning
Mindfulness
Psychosynthese
Rebirthing
Regressietherapie
Wat-Sji-Gong
Neuro linguïstisch programmeren (NLP)
Imaginatietherapie
Psycho-energetische psychotherapie
Emotional Freedom Technique
Existentiële therapie
Klankschaaltherapie
Reiki
.....

## Bijlage 5

### Uitwerking criteria verwijsdiagnostiek

#### Vermoeden DSM-benoemde stoornis

- \_ Er is een vermoeden van een DSM-benoemde stoornis.
- \_ Er is geen vermoeden van een DSM-benoemde stoornis, er is enkel sprake van klachten.

#### Ernst problematiek

- \_ Subklinisch: er is wel sprake van klachten maar dit is onvoldoende om een diagnose te stellen. Ondanks het ontbreken van een diagnose kunnen de impact van de klachten op het dagelijks functioneren en de duur van de klachten reden zijn om gepaste hulp te bieden.
- \_ Licht: er is sprake van relatief weinig kernsymptomen maar dit is wel voldoende om een diagnose te stellen. De impact van de klachten op het dagelijks functioneren is beperkt. De cliënt ervaart een zekere belemmering in het dagelijks functioneren.
- \_ Matig: de kernsymptomen behorend bij het ziektebeeld zijn aanwezig en daarnaast is er sprake van een aantal aanvullende symptomen. Er is sprake van waarneembare beperkingen in het dagelijks functioneren.
- \_ Ernstig: de meeste symptomen behorend bij het ziektebeeld zijn aanwezig. Er is sprake van uitval en/of substantiële beperkingen in het dagelijks functioneren (bijvoorbeeld niet kunnen werken).

#### Risico

In dit criterium zijn ook de contextuele factoren en het vermogen tot zelfmanagement opgenomen.

- \_ Laag: er zijn ondanks de aanwezigheid van klachten/symptomen geen aanwijzingen die duiden op gevaar voor ernstige zelfverwaarlozing of verwaarlozing van naasten, decompensatie, suïcide, (huiselijk) geweld, kindermishandeling of automutilatie.
- \_ Matig: er zijn duidelijke klachten/symptomen of er is sprake van een latent gevaarsrisico, maar er staan beschermende factoren tegenover zoals: adequate coping, werk of structurele daginvulling en een steunsysteem waarop men dagelijks kan terugvallen voor toezicht, zorg, praktische en emotionele steun.
- \_ Hoog: er zijn duidelijke aanwijzingen (ook intuïtief) die kunnen duiden op gevaar voor ernstige zelfverwaarlozing of verwaarlozing van naasten, decompensatie, suïcide, (huiselijk) geweld, kindermishandeling of automutilatie.

#### Complexiteit

- \_ Afwezig: er is sprake van een enkelvoudig beeld.
- \_ Laag: er is weliswaar sprake van comorbiditeit of problematiek op As 2 (persoonlijkheid, zwakzinnigheid), As 3 (somatische factoren) of As 4 (psychosociale en omgevingsproblemen), maar deze interfereert niet met de behandeling van de hoofddiagnose.
- \_ Hoog: er is sprake van ingewikkelde comorbiditeit of problematiek op As 2, 3 of 4 die om multidisciplinaire behandeling in een gespecialiseerde setting vraagt.

#### Beloop klachten

- \_ De duur van de symptomen beantwoordt (nog) niet aan de criteria uit de DSM richtlijn voor het betreffende ziektebeeld.
- \_ Er is sprake van aanhoudende/persisterende klachten. Eerdere interventies hebben onvoldoende effect bewerkstelligd.
- \_ De duur van de symptomen beantwoordt aan de criteria uit de DSM richtlijn voor het betreffende ziektebeeld.
- \_ Er is sprake van recidive.
- \_ Er is sprake van stabiele chronische problematiek, niet crisisgevoelig.
- \_ Er is sprake van stabiele chronische problematiek, crisisgevoelig.
- \_ Er is sprake van instabiele chronische problematiek.