

Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

> Retouradres Postbus 20350 2500 EJ Den Haag

De Voorzitter van de Tweede Kamer
der Staten-Generaal
Postbus 20018
2500 EA DEN HAAG

Bezoekadres:
Parnassusplein 5
2511 VX DEN HAAG
T 070 340 79 11
F 070 340 78 34
www.rijksoverheid.nl

Ons kenmerk
100065-100020-CZ

Bijlagen
1

Uw brief
10 augustus 2011

*Correspondentie uitsluitend
richten aan het retouradres
met vermelding van de datum
en het kenmerk van deze
brief.*

Datum 11 oktober 2011
Betreft Kamervragen

Geachte voorzitter,

Hierbij zend ik u, mede namens de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, de antwoorden op de vragen van het Kamerlid Wolbert (PVDA) over het bericht dat normaal gedrag in het nieuwe psychologenhandboek als ziek wordt benoemd (2011Z16003).

Hoogachtend,
de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,

mw. drs. E.I. Schippers

Antwoorden op kamervragen van het Kamerlid Wolbert (PVDA) over het bericht dat normaal gedrag in het nieuwe psychologenhandboek als ziek wordt benoemd. (2011Z16003)

1

Kent u het artikel waarin wordt gemeld dat in de nieuwe Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) de drempel voor aandoeningen wordt verlaagd en nieuwe aandoeningen worden toegevoegd? 1)

1

Ja.

2

Acht u het denkbaar dat in Nederland als gevolg van deze veranderingen in de DSM de medicalisering van normaal gedrag eveneens gaat toenemen?

2

Vanwege de groeiende wetenschappelijke kennis over oorzaak, aard en ernst van psychische klachten wordt met enige regelmaat de Diagnostic Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) als classificatiesysteem herzien. Het is gebruikelijk dat de American Psychiatric Association hiervoor wereldwijd expertgroepen van beroepsbeoefenaren raadpleegt. Eerstvolgende publicatie van een herziene versie (de DSM V) wordt medio 2013 verwacht. Belangrijkste wijziging is het voorstel om over te stappen van een dichotome beoordeling (er zijn wel/ niet psychische klachten), naar een meer dimensionele beoordeling van ziekte (er is meer/ minder sprake van psychische klachten).

Met een classificatiesysteem als de DSM kan door professionals in de ggz met een en dezelfde (internationale) taal over de klinische presentaties van een psychiatrische stoornis worden gesproken. Het is aan hen om zorg te dragen voor een in de praktijk eenduidig te hanteren instrument. Daar waar dit bij herziening tot onderlinge controverses leidt, zullen zij zelf een oplossing moeten vinden. Ik wil daarom geen beleidsmatig oordeel vellen over de discussie, zoals die is gepubliceerd in de Volkskrant.

Voor zover deze discussie raakt aan de door mij gevoelde behoefte om geneeskundige geestelijke gezondheidszorg, die valt onder de Zorgverzekeringswet (Zvw), beter af te bakken ben ik wel geïnteresseerd in de uitkomst hiervan. Ik deel met u volledig de opvatting dat onnodige medicalisering moet worden voorkomen. Zowel uit oogpunt van kwaliteit voor de cliënt/patiënt als uit een oogpunt van kostenbeheersing. Medicalisering hangt echter niet primair af van wie, welk classificatiesysteem gebruikt, maar vooral van de professionele wijze waarop de noodzaak tot medisch handelen wordt afgewogen.

Volgens het voorstel van de APA zullen bij herziening van de DSM V verschillende ziektecategorieën worden toegevoegd, dus in die zin is er sprake van uitbreiding van het behandeldomein voor de ggz. Hoe specifiek de bijbehorende gedragskenmerken op wetenschappelijke gronden in de DSM V echter zijn omschreven, hoe beter professionals in staat zijn de noodzaak tot behandeling te bepalen. Dit betekent dat een nieuwe ziektecategorie, niet alleen patiënten insluit, maar ook sommige patiënten kan uitsluiten op basis van de klinische presentatie van hun klachten.

Training in de toepassing van de dit classificatiesysteem is onderdeel van het opleidingscurriculum van zowel psychiaters, psychologen als psychotherapeuten. Daardoor zijn zij in staat om in individuele gevallen een adequaat diagnostisch oordeel te vellen. Vooruitlopend op publicatie van de DSM V heb ik geen reden om aan te nemen dat bij herziening van dit classificatiesysteem deze diagnostische

zorgvuldigheid in het gedrang komt. Maar ik zal zeer kritisch blijven kijken naar mogelijke gevolgen voor het verzekerd pakket en het 'gepast gebruik' daarvan.

3

Acht u de kans groot dat het aantal te vergoeden behandelingen zal toenemen als gevolg van de nieuwe DSM-criteria en vindt u dat een gewenste ontwikkeling? Zo nee, wat gaat u eraan doen om deze ontwikkeling te voorkomen?

3

Zoals ik hierboven stelde, zal ik zeer kritisch kijken naar eventuele gevolgen voor het verzekerde pakket en het gepast gebruik daarvan. Eventuele toename van te vergoeden behandeling is echter in beginsel niet (eenzijdig) afhankelijk van het door professionals gehanteerde classificatiesysteem. Voor vergoeding van behandeling voor psychiatrische patiënten is binnen het kader van de Zorgverzekeringswet (Zvw) het basispakket leidend. Ik stel dit jaarlijks vast, mede op basis van adviezen van het College voor Zorgverzekeringen (CVZ). Om duidelijkheid te scheppen over (de grenzen van) het basispakket voor de geneeskundige ggz heb ik hen d.d. 7 maart 2011 gevraagd om een uitvoeringstoets met betrekking tot ziektelast en een pakketadvies (Z-VU-3052198). Het CVZ heeft toegezegd dit in de loop van 2012 aan mij te leveren en op basis hiervan zal ik mijn beleid zo nodig aanpassen. Binnen de huidige functionele aanspraak onder de Zvw zijn alleen de inhoud en omvang van zorg en de bijbehorende indicatiegebieden in de regelgeving opgenomen. Het is aan de zorgverzekeraars om te bepalen wie en waar de zorg geleverd wordt.

4

Vindt u dat het Centrum indicatiestelling zorg (CIZ) zich bij de indicatiestelling, ook in de toekomst, moet laten leiden door de zogenaamde International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)?

4

Indicatiestelling door het Centrum indicatiestelling zorg (CIZ) is voor de tweedelijns ggz aan de orde zodra een patiënt langer dan een jaar intern verblijft. Het CIZ bepaalt het benodigde zorgzwaartepakket ter bekostiging van behandeling en verblijf. Het daarbij gehanteerde classificatiesysteem ICF is bedoeld om het menselijk functioneren in kaart te brengen. De huidige formulierenset, die door het CIZ wordt gehanteerd bij indicatieonderzoek, is mede gebaseerd op de ICF-classificatie voor het vaststellen van stoornissen, beperkingen en participatieproblemen. In reactie op en in lijn met de door de Kamer aanvaarde motie-Wiegman-Van Meppelen Scheppink (32 123-XVI, nr. 60) heeft het CIZ experimenten uitgevoerd. Het beleid met betrekking tot de indicatiestelling Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) is gericht op het geven van vertrouwen en het van daaruit actief betrekken van de zorgaanbieders/-professional bij het proces van indicatiestelling AWBZ. Daartoe is een verdere vereenvoudiging van het proces van indicatiestelling AWBZ gewenst, waardoor de administratieve lasten c.q. handelingen verder worden teruggebracht. Dit zal mede toetssteen zijn voor de beoordeling van de uitkomsten van de experimenten met het ICF.

5

Ziet u mogelijkheden om de invloed van de DSM classificatie terug te dringen? Zo ja, bent u van plan dit te doen?

5

Ik ben niet in de positie om te bepalen welk classificatiesysteem voor psychiatrische stoornissen professionals in de geneeskundige ggz gebruiken voor het beoordelen van de aard en ernst van psychische klachten. Het is aan de beroepsverenigingen van psychiaters, psychologen en psychotherapeuten om te stimuleren dat gebruik wordt gemaakt van een wetenschappelijk goed onderbouwd instrument dat eenduidig te hanteren is in de praktijk. Mijn aangrijpingspunten liggen bij het verzekerd pakket en (via het CVZ) de duiding van het gepast gebruik daarvan.

6

Zou het kunnen dat een deel van de overdiagnosticering wordt veroorzaakt door het feit dat degene/de organisatie die diagnosticeert vaak ook bepaalt hoe de behandeling eruit moet zien (indiceert) en vervolgens de behandeling uitvoert? Bent u voornemens deze belangenketen te doorbreken? Zoekt u alternatieven? Zo ja, in welke richting?

6

Ik vind het bezwaarlijk om zonder harde bewijzen de integriteit van behandelaar ten aanzien van de diagnosestelling in twijfel te trekken. Niettemin zie ik uw punt van 'moral hazard'. Dat is echter niet uniek voor de ggz, maar geldt breed in de curatieve zorg. Dat is ook de reden dat ik opdracht heb gegeven om een 'kwaliteitsinstituut' bij het CVZ in het leven te roepen dat een eenduidige taal zal ontwikkelen, vastgelegd in professionele standaarden, waarin indicatiestelling, gepast gebruik van zorg, richtlijnen, kwaliteitsnormen, kwaliteitsindicatoren en uitkomstindicatoren voor het gehele zorgpad worden opgenomen. De informatie daaruit zal ook publiek worden gemaakt, zodat verzekeraars scherper kunnen inkopen, patiënten/cliënten beter kunnen kiezen en de Inspectie beter kan handhaven.