

## Vragen gesteld door de leden der Kamer, met de daarop door de regering gegeven antwoorden

### 917

Vragen van het lid **Leijten** (SP) aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over *Psychose schrikbarend vaak gemist in Geestelijke gezondheidszorg GGZ* (ingezonden 3 november 2011).

Antwoord van minister **Schippers** (Volksgezondheid, Welzijn en Sport) (ontvangen 14 december 2011). Zie ook Aanhangsel Handelingen, vergaderjaar 2011–2012, nr. 717.

#### Vraag 1

Wat is uw reactie op het artikel «Psychose schrikbarend vaak gemist in GGZ door te snelle diagnose»?<sup>1</sup>

#### Antwoord 1

Ik vind het van belang dat patiënten de benodigde zorg krijgen, die zij vragen. Het is de verantwoordelijkheid van professionals om te bepalen wat de aard en ernst is van de gepresenteerde psychische klachten en welke behandeling hierbij het beste past.

#### Vraag 2, 3, en 4

Hoe verklaart u dat 63% van de patiënten met psychotische symptomen, zoals beschreven in de DSM-IV, hiervoor in 2 jaar niet behandeld zijn? Bent u bereid te onderzoeken waar dit aan ligt?  
Hoe kan het zijn dat bij een opname een psychose niet altijd als zodanig wordt herkend, zowel door huisartsen als door de eerste- en tweedelijns GGZ, terwijl een snelle behandeling essentieel is voor de kans op herstel?  
Waarom blijkt de GGZ te weinig getraind op het tussentijds bekijken of de oorspronkelijke diagnose nog steeds klopt of de beste is?

#### Antwoord 2, 3, en 4

Zoals in het artikel staat vermeld, kan het in de praktijk zo zijn dat een patiënt bij een intake wel zijn of haar klachten presenteert, maar zelf niet weet wat precies het probleem is. Zij mogen van deskundige professionals in de ggz verwachten dat deze vervolgens wel een oordeel kunnen vellen hierover. In de ggz betekent dit dat er, conform de DSM IV, niet alleen een hoofddiagnose wordt gesteld (As I), maar ook het effect van eventuele persoonlijkheidsproblematiek en/ of verstandelijke beperking (As II), comorbide somatische

<sup>1</sup> [http://www.psy.nl/meer-nieuws/nieuwsbericht/article/psychose-schrikbarend-vaak-gemist-door-te-snelle-diagnose/?no\\_cache=1&cHash=7738b8eb5d77a33d836f1bae0ccfea0b](http://www.psy.nl/meer-nieuws/nieuwsbericht/article/psychose-schrikbarend-vaak-gemist-door-te-snelle-diagnose/?no_cache=1&cHash=7738b8eb5d77a33d836f1bae0ccfea0b)

klachten (As III) en de invloed van de sociale omgeving (As IV) wordt meegewogen. In individuele gevallen kan het lastig zijn om de behandeling af te stemmen op deze verschillende factoren. Vandaar dat na de intake vaak gekozen wordt voor behandeling van de voor de patiënt het meest in het oog springende klachten. Dit sluit aan bij de wens om hun lijdensdruk te verminderen. Patiënten die schizofreen zijn beschikken over het algemeen over een verminderd ziekte-inzicht. Dit betekent dat zij zelf geen zorg vragen of tegenover een behandelaar de bijbehorende psychische klachten niet benoemen. Wanneer een patiënt bijvoorbeeld wel klaagt over slapeloosheid, maar niet meldt dat dit komt door de stemmen die hij of zij hoort, kan alleen door herhaald behandelcontact de juiste diagnose gesteld worden (en dus ook de behandelstrategie wijzigen).

Beroepsbeoefenaren die een diagnose typeren zijn in beginsel voldoende getraind om eenduidig te kunnen diagnosticeren. Conform de DBC-spelregels moeten zij namelijk beschikken over een BIG-registratie en bevoegd en bekwaamheid zijn in het hanteren van de DSM IV.

Ik zie geen reden tot nader onderzoek, omdat het tempo waarin het behandelproces verloopt per patiënt kan verschillen, zeker wanneer er sprake is van ernstige psychische problematiek zoals schizofrenie.

#### Vraag 5

Hoeveel instellingen werken inmiddels met «Routine Outcome Monitoring» (ROM)? Wat gaat u dan met instellingen die er nog niet mee werken? Kan een toelichting worden gegeven?

#### Antwoord 5

GGZ Nederland (GGZ N) heeft in juli 2010 een bestuurlijk akkoord gesloten met Zorgverzekeraars Nederland (ZN) over de introductie van routine outcome monitoring. Dat betekent dat al haar leden (rond de 100 in getal) vanaf 2014 voor tenminste 50% van hun patiënten uitkomstmetingen leveren aan Stichting Benchmark GGZ. Daarnaast zijn er verschillende andere ROM-initiatieven in het veld; zo beheert bijvoorbeeld de Nederlandse Vereniging van Vrijgevestigde Psychologen en Psychotherapeuten (NVVP) een eigen portal, waar tot nu toe 400 leden bij zijn aangesloten. Zij verzamelen op vrijwillige basis effectmetingen. Ook hier vergoeden verschillende verzekeraars deelname aan deze structurele dataverzameling voor vrijgevestigde hulpverleners. Binnen het huidige zorgstelsel zijn er dus al voldoende prikkels voor alle stakeholders om zelf initiatief rondom ROM te ontplooiën.

#### Vraag 6 en 7

Hoe gaat u ervoor zorgen dat mensen met psychotische symptomen binnen de cruciale 9 maanden worden getest of zij daadwerkelijk een psychose hebben en daarvoor behandeld worden?

Bent u bereid middelen vrij te maken voor het opleiden cq bijscholen van huisartsen en eerste-/tweedelijnsverpleegkundigen in de GGZ ten einde sneller psychoses te herkennen?

#### Antwoord 6 en 7

Er is een multidisciplinaire richtlijn voor patiënten met schizofrenie beschikbaar, die professionals helpt om adequate zorg te leveren bijvoorbeeld wat betreft vroegsignalering. Op basis van ervaringen met een eerdere versie is het cliëntperspectief in de multidisciplinaire richtlijn versterkt. Er is sinds 2010 ook een hoofdstuk over implementatie van de richtlijn toegevoegd. Hierin staat aan welke minimale voorwaarden moet worden voldaan om de belangrijkste aanbevelingen uit de richtlijn ook daadwerkelijk te realiseren. Hierin is zelfs omschreven waar zonodig scholing kan worden gehaald. Ik investeer van mijn kant financiële middelen in het opleidingsfonds voor professionals die hun beroepskwalificaties willen waarborgen met een BIG-registratie.

Zorgaanbieders die tekortschieten in hun kwaliteit van zorg kunnen hierop aangesproken worden door de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) binnen het kader van haar risicogerichte toezicht. Onderdeel hiervan is regulier overleg met de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP) en GGZ Nederland over juiste en snelle diagnostiek. Een van de gespreksonderwerpen is aanpassing van de ROM (Routine Outcome Monitoring) bij intake.

Daarnaast wordt via Eerste Psychose projecten in het veld extra aandacht besteed aan vroegsignalering van psychotische symptomen, die wijzen op mogelijke schizofrenie.

#### Vraag 8

Is duidelijk hoeveel mensen die zorg krijgen tijdens een psychose (lichamelijk en geestelijk) verwaarloosd worden met alle schadelijke gevolgen van dien? Is er een verplichting om onderbehandeling/ foute behandeling te melden bij de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ)? Zo neen, waarom niet? Zo ja, wat zijn de cijfers?

#### Antwoord 8

De IGZ heeft reeds in het Thematisch Onderzoek Schizofrenie en Verslaving (2009) specifiek aandacht besteed aan de somatische zorg bij deze psychotische patiënten. De meeste instellingen voerden op een gestandaardiseerde wijze lichamelijk onderzoek uit, waarbij tevens werd getest op middelengebruik. Bij de follow up in 2010 bleek de somatische zorg over de hele linie verbeterd. In 2012 zal de IGZ somatische comorbiditeit in de GGZ breder onderzoeken.

Er is een meldplicht voor calamiteiten in de zorg, maar het is het niet mogelijk op een betrouwbare wijze te achterhalen in hoeveel gevallen sprake was van een patiënt met een psychotische stoornis, waarbij lichamelijke en/of geestelijke problemen het gevolg waren van onderbehandeling of een foutieve behandeling.

#### Vraag 9

Hoe is het mogelijk in 2013 over te gaan op resultaatgerichte financiering, zoals u wilt, als de indicaties niet goed zijn?

#### Antwoord 9

Invoering van de DBC-systematiek heeft er toe geleid dat zorgaanbieders meer werk maken van eenduidige diagnosestelling en een directere koppeling aan een behandeling dan voor overheveling naar de Zorgverzekeringswet (Zvw) het geval is geweest. De huidige DBC-systematiek staat toe dat bij opening van een DBC aanvankelijk gekozen wordt voor een zogenaamde V-code. Deze voorlopige typering van een diagnose kan, bij declaratie aan het eind van de behandeling, worden voorzien van een definitieve typering. In die zin is er dus geen belemmering voor tussentijdse wijzigingen in behandelstrategie.