

Vergaderjaar 2011–2012

31 765

Kwaliteit van zorg

Nr. 57

BRIEF VAN DE MINISTER VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 20 maart 2012

Naar aanleiding van uw vraag geef ik hierbij mijn reactie op het artikel in de Volkskrant «Psychiatrie in greep commercie» van woensdag 14 maart 2012.

Onderzoek Plos Medicine

In het artikel van 14 maart 2012 doet de Volkskrant verslag over een onderzoek uit het Amerikaanse tijdschrift Plos Medicine over de banden die opstellers van de DSM-5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) hebben met farmaceutische bedrijven. De Diagnostic and Statistical Manual (DSM) is een classificatiesysteem voor psychiatrische ziekten, dat door de wetenschappelijke onderbouwing van ziektecategorieën de eenheid in het stellen van diagnoses bevordert. De DSM wordt ook in Nederland gebruikt als classificatiesysteem in de psychiatrie. Plos Medicine heeft onderzoek gedaan naar de banden die de makers van de vijfde versie van dit diagnostische handboek hebben met farmaceutische bedrijven en hebben dit vergeleken met hetzelfde onderzoek dat zij in 2006 hadden gedaan bij de opstellers van de vierde versie. Hun conclusie luidt dat 69% van de leden in de expertgroepen, die betrokken zijn bij herziening van de DSM banden heeft met de farmaceutische industrie. Bij de vorige versie gold dit voor 57% van de deelnemers aan de expertgroepen. Kijkend naar de verschillende subgroepen van patiënten is het de onderzoekers opgevallen dat in bepaalde werkgroepen het aantal leden met banden met de farmaceutische industrie groter is dan in andere werkgroepen. De samenwerking lijkt steviger zodra de voorkeursbehandeling voor een aandoening ook medicatie is, bijvoorbeeld bij dementie of slaapstoornissen.

Relatie tussen VS-classificatiesysteem en Nederlandse praktijk

Om te beginnen wil ik graag benadrukken dat de DSM wordt opgesteld door de American Psychiatric Association. Bij deze organisatie ligt de

verantwoordelijkheid voor de inhoud van het classificatiesysteem en voor de wijze waarop het tot stand komt via werkgroepen en commissies van deskundigen.

Aangezien de DSM-classificatie ook in Nederland wordt gebruikt in de psychiatrie, ligt de verantwoordelijkheid voor die toepassing bij de psychiaters in Nederland.

Zij dienen zich ervan te vergewissen of de DSM voldoende gezaghebbend is en voldoende onafhankelijk tot stand is gekomen om in Nederland te kunnen worden gebruikt. Als daarover twijfels bestaan, kan bijvoorbeeld via de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP) contact worden opgenomen met de beroepsgenoten in de Verenigde Staten van Amerika, die verantwoordelijk zijn voor de DSM.

Een andere mogelijkheid is om een eigen aanpak te formuleren van hoe psychiaters in Nederland het beste kunnen omgaan met de DSM.

Bij deze beide mogelijkheden kunnen de psychiaters in Nederland steun vinden in het ingezette beleid met betrekking tot transparantie van samenwerkings- en financiële relaties tussen professionals in de zorg en farmaceutische bedrijven.

Hieronder ga ik in op dat beleid.

Ingezet beleid

Het (innovatie)beleid van dit kabinet is gericht op samenwerking binnen de «gouden driehoek» van wetenschap, overheid en bedrijfsleven. Dat is goed voor de kwaliteit van het wetenschappelijk onderzoek in Nederland alsook voor de innovatieve kracht en de economie van ons land. Dit is onziens de manier om topwetenschappers en toponderzoek in Nederland te houden en niet door een braindrain en meer mogelijkheden elders, belangrijk onderzoek en belangrijke innovatieve ontwikkelingen te verliezen aan landen die dit wel zo organiseren. Zoals een medewerker van MSD in het artikel van de Volkskrant terecht stelt worden sommige wetenschappers om advies gevraagd door de farmaceutische industrie, juist omdat ze expert zijn op hun (psychiatrische) vakgebied. Samenwerking met de industrie kan echter risico geven op belangenverstremming of de schijn daarvan vergroten. Ik zet daarom in op maatregelen om ongewenste afhankelijkheden in onderzoek en advisering tegen te gaan. Dit houdt in dat de ontwikkelaars van richtlijnen, protocollen, classificatiesystemen e.d. zelf verantwoordelijk zijn voor volledige transparantie over banden, over de herkomst van de financiering en over de manier waarop beroepsbeoefenaren of onderzoekers betrokken zijn bij een onderwerp. Daarnaast moeten waarborgen worden ingebouwd in werkwijzen van advies- en/of richtlijncommissies om eenzijdige advisering vanuit een specifiek deelbelang te voorkomen. Dat kan door bijvoorbeeld bepaalde deelnemers geen stemrecht te geven in een commissie, door bij de samenstelling van een commissie te letten op voldoende evenwicht wat betreft vakgebied en achtergrond van de leden of door toetsing van een advies door een tweede onafhankelijke commissie.

In Nederland zijn op dit gebied twee ontwikkelingen van belang. Ten eerste is dat de Code ter voorkoming van oneigenlijke beïnvloeding door belangen-verstrengeling. Ik heb u deze Code onlangs¹ aangeboden. De Code is tot stand gekomen naar aanleiding van de rapporten van de IGZ uit 2007² en 2009³ over beïnvloeding van behandelrichtlijnen. Door deze Code op een juiste, integere manier te gebruiken kan worden bewerkstelligd dat advies- en richtlijncommissies zo onafhankelijk mogelijk worden samengesteld en inhoudelijk goed werk kunnen afleveren. Ik vind het zorgvuldig toepassen van deze Code dan ook een belangrijke stap in het kader van het vertrouwen in de wetenschap en de gezondheidszorg.

¹ Tweede Kamer, vergaderjaar 2011–2012, 33 000 XVI, nr. 165.

² Tweede Kamer, vergaderjaar 2006–2007, 29 359, nr. 102.

³ Tweede Kamer, vergaderjaar 2009–2010, 31 765, nr. 6.

De Code wordt door circa 30 organisaties (waaronder belangrijke richtlijncommissies en adviesorganen) onderschreven.

Een andere ontwikkeling in dit kader is het transparantieregister. In het kader van de uitvoering van de motie Arib c.s.¹ heeft de stichting Code Geneesmiddelen-reclame (CGR) gedragsregels over de openbaarmaking van financiële relaties tussen beroepsbeoefenaren en farmaceutische ondernemingen ontworpen. Deze gedragsregels zijn per 1 januari 2012 van kracht geworden en zullen er toe leiden dat in het eerste kwartaal van 2013 alle dienstverlenings- en sponsorovereenkomsten vanaf een bedrag van € 500,- per beroepsbeoefenaar per jaar in een centraal transparantieregister openbaar worden gemaakt.

Beide ontwikkelingen maken het in mijn ogen mogelijk dat een zorgvuldige afweging kan worden gemaakt wie wel of wie niet in een commissie zullen worden opgenomen en welke positie iemand in een dergelijke commissie kan krijgen.

Als een richtlijn of classificatiesysteem niet in Nederland is ontwikkeld, maar in een ander land, zoals het geval is bij de DSM, dan kunnen deze ontwikkelingen behulpzaam zijn bij het maken van zorgvuldige afwegingen over de toepassing van zo'n richtlijn of systeem in Nederland. Een belangrijk handboek als de DSM moet boven alle twijfel verheven zijn. Alle beroepsbeoefenaren in de psychiatrie moeten erop kunnen vertrouwen dat de DSM wetenschappelijk voldoende is onderbouwd en niet het resultaat is van onevenredige beïnvloeding door belanghebbende partijen. Hun beroepsvereniging moet daarop toezien en anders een redelijk alternatief voor de DSM benoemen, bijvoorbeeld de International Classification of Diseases, die onder verantwoordelijkheid van de World Health Organization (WHO) is ontwikkeld en ook regelmatig wordt herzien.

Los van deze specifieke casus heb ik er vertrouwen in dat de verantwoordelijke beroepsgroepen en adviesorganen zorgvuldig met de Code en het transparantieregister om zullen gaan. Ik vind het nu nog te vroeg om over het gebruik van deze instrumenten uitspraken te doen.

De minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
E. I. Schippers

¹ Tweede Kamer, vergaderjaar 2009–2010, 22 894, nr. 243.