



Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, en van Asiel en Migratie
MAGGIE DE BLOCK

De heer Gunther De Bock
Bestuurder
Wake-Up Call Beweging vzw
Lange Zavelstraat 57/2
2060 Antwerpen

Uw kenmerk

Ons kenmerk

MDB/2019/BW/MW/BM - 563385

Bijlagen

Dossier behandeld door

Contact via

Info.maggiedeblock@minsoc.fed.be

Datum

Brussel,

18 MAART 2019

Betreft: Analyse evaluatierapport CVS-overeenkomst

Geachte heer De Bock,

U heeft ons op 5 februari 2019 de analyse van de Wake-Up Call Beweging bezorgd over het eindverslag van de evaluatie van de overeenkomst met het multidisciplinair diagnostisch centrum voor CVS van UZ Leuven.

Dat eindverslag is een genuanceerd verslag, met name waar het gaat over de wetenschappelijke stand van zaken en de evolutie van de opvattingen over CVS. Men kan niet stellen dat het verslag eenzijdig geformuleerd is.

Aangaande uw drie hoofdconclusies, treed ik u wat de eerste betreft bij dat de patiënten ook na de behandeling met cognitieve gedragstherapie inderdaad nog testresultaten behalen die laag zijn in vergelijking met andere normpopulaties. Ik heb nooit anders beweerd dan dat deze therapie geen causale, curatieve therapie is. Ze neemt de vermoeidheid niet weg en het is ook geen behandeling die specifiek ontwikkeld is voor CVS. De strategieën die in het kader van deze therapie worden aangeleerd, helpen wel om bijvoorbeeld een vast en evenwichtig slaap/waakritme aan te leren of om in te werken op bepaalde emotionele, ziekte-onderhoudende factoren zoals piekeren over de toekomst, wat zeker een normale reactie is bij een aandoening als deze. Ik betwijfel of dit ook (voldoende) aan bod komt in pacing, wat vooral gericht is op het management van activiteiten.

Wat het aspect werkhervatting betreft, waarop uw tweede conclusie betrekking heeft, meen ik dat er een misverstand is. U zegt dat de auteurs van het eindverslag beweren dat "werkhervatting een belangrijke ziekte-instandhoudende factor" is, maar in het eindverslag staat dat werkhervattingsmoeilijkheden een belangrijke ziekte-instandhoudende factor zijn. Mensen die door hun ziekte hun werk hebben moeten stopzetten, zijn uiteraard bezorgd of ze hun werk zullen kunnen hervatten eenmaal hun draagkracht

Beleidsceel van de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, en van Asiel en Migratie

Finance Tower / Kruidtuinlaan 50 bus 175 / B-1000 Brussel / België
tel. +32 528 69 00 / info.maggiedeblock@minsoc.fed.be

.be

hersteld is. Uit het verslag blijkt dat het piekergedrag hierover interfereert met de outcome van de behandeling. Mensen die bijvoorbeeld een ongunstig perspectief hebben dat ze zullen kunnen hervatten bij hun huidige werkgever, zullen meer onzeker zijn over hun arbeidstoekomst. Dat lijkt me evident. Verder ben ik van mening dat werkhervatting niet de eerste doelstelling is bij de behandeling van een chronisch zieke patiënt, maar ik vind het wel logisch dat het behandelingsadvies op basis van de multidisciplinaire diagnosestelling ook een aanzet bevat van een plan van gedeeltelijke of gehele hertewerkstelling. Veel mensen met ME/CVS die mij schrijven, geven trouwens zelf aan dat ze willen werken, eenmaal ze daar fysiek terug toe in staat zijn.

Uw derde en laatste hoofdconclusie heeft opnieuw betrekking op de cognitieve gedragstherapie. Er zijn 49 patiënten die de gedragstherapie niet aanvatten en 53 die het traject voortijdig stopzetten. Ik durf niet te stellen of dit veel is tegenover de 147 patiënt die het traject van 17 sessies inclusief opvolggesprekken volledig doorlopen en de 246 patiënten die nog bezig zijn aan hun traject. Ook in andere sectoren van de geneeskundige verzorging zijn er zeker patiënten die niet ingaan op de voorgestelde behandeling. Bovendien mag men niet onderschatten dat gesprekstherapieën zoals cognitieve gedragstherapie een grote persoonlijke inspanning vergen van de patiënt, tijdens de sessies en ook door de opdrachten (registratie van dagdagelijkse gebeurtenissen, ...) die tussen de sessies door dienen uitgevoerd te worden. De redenen voor het niet starten of vroegtijdig beëindigen van de therapie die in het eindverslag vermeld worden, hebben trouwens niet alleen betrekking op het niet onderschrijven van de achterliggende visie van de cognitieve gedragstherapie. In dit genuanceerde eindverslag waarin de auteurs zich zeker niet eenzijdig vastklampen aan een bepaalde visie, vindt men voldoende argumenten voor de conclusie van het centrum dat cognitieve gedragstherapie voor een deel van de patiënten een zinvolle interventie is en dat een cognitieve gedragstherapeut een essentieel lid blijft van het multidisciplinair team. Dat betekent niet dat deze behandeling voor iedereen aangewezen is. Dat staat nu ook al in de overeenkomst.

Ik ga niet akkoord met de stelling die u citeert van de VVKP dat de terugbetaling van cognitieve gedragstherapie voor CVS-patiënten ingaat tegen de autonome positie van de klinisch psychologen. Dit is een oud citaat uit 2014 toen er nog geen perspectief was op een algemenere terugbetaling van psychologische zorg, waartoe nu wel een eerste belangrijke aanzet gegeven wordt door de terugbetaling van eerstelijns psychologische zorg. In dat kader is het echter niet mogelijk om voldoende sessies cognitieve gedragstherapie door gekwalificeerde zorgverleners terug te betalen.

Tenslotte dient deze overeenkomst in de toekomst aangepast te worden in functie van de nieuwe evoluties van de consensus en wetenschappelijke inzichten over deze invaliderende, chronische aandoening. De ziekteverzekering kan zich niet laten leiden door elke nieuwe onderzoekspiste die opduikt, maar dient zich in de toekomst verder af te stemmen op de gedeelde inzichten van betrouwbare, internationale gezondheidsinstanties. In dat opzicht wordt uitgekeken naar de herziene guidelines van het National Institute for health and Care Excellence (NICE) uit het VK die zijn aangekondigd, in navolging van de recente nieuwe richtlijnen uit Nederland of van de Centers for Disease Control. Het RIZIV werkt hiervoor tevens samen met de Hoge Gezondheidsraad en het KCE, waarover mijn diensten u eerder reeds berichtte.

Met de meeste hoogachting,



Maggie De Block

Beleidschef van de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, en van Asiel en Migratie

Finance Tower / Kruidtuinlaan 50 bus 175 / B-1000 Brussel / België
tel. +32 528 69 00 / info.maggiedeblock@minsoc.fed.be

.be