

Zorginstituut Nederland  
Mw. mr. M.E. Kroes

Utrecht, 12 november 2014

Kenmerk: AB/jvg/2197/14

Betreft: consultatiedocument over de *Gevolgen van de DSM-5 voor de te verzekeren GGZ*

Geachte mevrouw Kroes, beste Marlies

Met interesse heeft de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP) kennis genomen van het consultatiedocument over de gevolgen van de DSM-5 voor de te verzekeren GGZ. Wij zijn tijdens de totstandkoming van het rapport meerdere keren door u geconsulteerd en de dilemma's en conclusies die in deze gesprekken aan de orde zijn gekomen herkennen wij terug in het rapport.

In het rapport behandelt u twee hoofdvragen. Ten eerste de vraag of gebruik van DSM-5 gevolgen heeft voor de inhoud en omvang van het basispakket Zvw. Wij onderschrijven de door u getrokken conclusie dat gebruik van DSM-5 naar verwachting niet of slechts zeer beperkt zal leiden tot een uitbreiding van de aanspraak op behandeling van psychische stoornissen. Bij de wijzigingen in classificaties gaat het immers niet om het bedenken van een nieuwe stoornissen, maar om het anders indelen van reële stoornissen waar patiënten aan lijden die zich grotendeels al aandienen bij de geestelijke gezondheidszorg voor behandeling. Aanspraak op behandeling vanuit de Zvw volgt niet uit een classificatie, maar komt voort uit diagnostiek en indicatiestelling. Ten tweede beantwoordt u de vraag welk classificatiesysteem, ICD-10/11 of DSM-5, de voorkeur verdient voor de afbakening van het pakket. Wij delen uw opvatting dat de DSM-5 te verkiezen is boven de ICD vanwege de aansluiting met de klinische en wetenschappelijke praktijk, waar gebruik van de DSM-5 gangbaar is.


Dit gezegd hebbende, willen wij ook de beperkingen van de DSM-5 voor het bepalen van de aanspraak op de Zvw te benadrukken. Bij de beoordeling van aanspraken op de Zvw zijn criteria van noodzakelijkheid, doelmatigheid en kosteneffectiviteit van belang. De afbakening van het pakket is, zoals u zelf ook meldt op de website, een vraagstuk van solidariteit, rechtvaardigheid en eigen verantwoordelijkheid. Alle stoornissen, die met de classificaties worden aangeduid, kunnen een groot effect kunnen hebben op de lijdensdruk, het disfunctioneren, maar ook op de somatisch medische consumptie. In de definitie die DSM-5 geeft van psychische stoornissen zit al een zekere afbakening besloten. Buiten een aanwijzing voor de noodzakelijkheid geven classificaties geen informatie over de overige pakketcriteria. De keuzes die gemaakt worden zijn daarmee maatschappelijk, in zekere mate arbitrair en niet zelden het resultaat van de inrichting van het zorgstelsel en de daaraan gerelateerde kunstmatige scheiding tussen soma en psyche.

U stelt in het rapport dat zorgbehoefte, objectief vastgesteld op basis van disfunctioneren en lijdensdruk, leidend zou moeten zijn voor het bepalen van de grenzen van het verzekerd pakket, maar dat partijen geen instrument hebben kunnen aandragen dat hierin kan voorzien. Psychiaters zijn echter als medisch specialist opgeleid om te differentiëren tussen ziek en niet-ziek en zijn uitstekend toegerust om in het proces van diagnostiek en indicatie de juiste patiënt naar de juiste behandeling toe te leiden, waarbij juist deze criteria in acht worden genomen. De DSM-5 is gedetailleerder en geeft meer ruimte om te specificeren, met name naar ernst van lijden. Met de ontwikkeling van richtlijnen, verwijscriteria en zorgstandaarden wordt dit – steeds meer- wetenschappelijk onderbouwd. Het probleem van het ontbreken van een handvat om lijdensdruk en disfunctioneren te kwantificeren, geldt overigens voor de gehele gezondheidszorg. De NVvP onderschrijft de noodzaak van gepast gebruik van zorg. Wij zijn van mening dat gerichte, stoornis specifieke trajecten, waarin op basis van wetenschappelijke evidentie en zorgstandaarden met het veld afspraken worden gemaakt die overbehandeling moeten voorkomen, vruchtbaarder zullen zijn dan een kunstmatige en rigide afbakening op basis van een classificatiesysteem. Deze trajecten kunnen worden ingericht naar het voorbeeld van het convenant gepast gebruik van zorg dat onder andere met de Orde Medisch Specialisten is gesloten. De NVvP houdt zich voor een vergelijkbaar initiatief aanbevelen.

In de bijlage van deze brief zullen wij ingaan op de door u voorgelegde consultatievragen, en plaatsen wij op iets gedetailleerder niveau nog enkele opmerkingen bij de tekst van het rapport  
Voor meer informatie naar aanleiding van deze brief kan u contact opnemen met Janneke van Gog, senior beleidsmedewerker, op tel. nr. 030-2823897 of per mail [j.vangog@nvvp.net](mailto:j.vangog@nvvp.net)

Met vriendelijke groet,

Namens de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie,



Prof. dr. A.T.F. Beekman  
Voorzitter

## **Bijlage: beantwoording consultatievragen en overige opmerkingen**

*Consultatievraag 1: hebt u aanvullingen op onze beschrijving van de te verzekeren aanspraken?*

Deze vraag betreft het tweede hoofdstuk van het rapport, waarin wordt toegelicht welke hulp bij psychische problemen (sic) onder de basisverzekering valt.

- Het consultatiedocument gaat uit van een aantal aannames die niet ter discussie worden gesteld. Zoals de aanname dat het collectief verzekerd pakket beperkt dient te worden, dat de begrenzing van het pakket onverkort is vastgesteld met het rapport “geneeskundige GGZ deel 2” en dat de aanpassingsstoornissen wettelijk uitgesloten dienen te blijven. De NVvP heeft er begrip voor dat deze voorbehouden in de rapportage zijn opgenomen, maar daarbij willen wij wel aanmerken, zonder er uitgebreid op in te gaan, dat onze eerder genoemde zorgen en standpunten ten aanzien van deze onderwerpen nog steeds van kracht zijn.
- Op pagina 3 wordt uit het rapport geneeskundige GGZ deel 2 aangehaald dat leerstoornissen een verantwoordelijkheid zijn van school. Wij willen hierbij aanmerken dat school deze taak niet altijd alleen op zich kan nemen en er situaties zijn waar behandeling en gespecialiseerde begeleiding nodig zijn.
- De tabel op pagina 9, waarin de aanspraak op de Zvw en de Wmg naast elkaar worden gezet is verwarrend en het doel van deze vergelijking in de context van het rapport is niet helder. Zo wordt de suggestie gewekt dat geneeskundige GGZ alleen die zorg is die klinisch psychologen en psychiaters plegen te bieden. Zie ook de opmerking bij voetnoot 3 op pagina 8. Dit is een onjuiste weergave van de realiteit en kan onnodig discussie oproepen. Geneeskundige GGZ betreft zowel de specialistische ggz en de generalistische ggz en wordt geboden door een veelheid aan professionals in verschillende organisatievormen. Het is onduidelijk of deze limitatieve opsomming de mening van het zorginstituut weergeeft of een citaat is uit de Zvw
- In paragraaf 2.2.3 ‘Medisch specialistische zorg kader’ wordt door het taalgebruik de suggestie gewekt dat de geneeskundige GGZ geen medisch specialistische zorg is. Wij stellen het op prijs als in de tekst helder wordt aangegeven dat dit onderscheid slechts het bekostigingskader betreft en dat behandeling die door de psychiater wordt geboden medisch specialistische zorg is.
- In dezelfde paragraaf, maar ook elders in het rapport (samenvattingen paragraaf 3.6.3) wordt gesteld dat bepaalde behandeling bij voorkeur of uitsluitend behandeld moet worden vanuit een psychiatrische afdeling in een algemeen ziekenhuis. Allereerst gaan wij ervan uit dat hiermee ook de academische psychiatrische centra worden bedoeld. Daarnaast vragen wij ons af of hier rekening is gehouden met de specifieke functie die de PAAZ, MPU’s en academische centra in het zorglandschap hebben. Wij verwijzen hiervoor bijvoorbeeld naar de recent vastgestelde veldnormen MPU. In ieder geval geldt voor een aanzienlijk deel van dit aanbod dat dit ook in termen van bekostiging op dit moment tot de curatieve ggz behoort.
- Op pagina 10 staat vermeld dat enkelvoudige fobieën alleen verzekerd zijn via de huisartsenzorg. Het is wat ons betreft onjuist dat niet de ernst als leidend wordt genomen.
- In deze duiding, maar ook in het eerdere rapport over de geneeskundige GGZ deel 2, wordt een groot beroep gedaan op de huisarts voor de behandeling van psychische stoornissen, hierin bijgestaan door een POH. De mogelijkheden om hieraan te voldoen zijn erg afhankelijk van de lokale situatie en de mogelijkheden voor consultatie van een psychiater. Het kan dus voorkomen dat een verwijzing naar de generalistische basis ggz of de gespecialiseerde ggz toch is aangewezen.

*Consultatievraag 2 & 3: deelt u onze duiding en afbakening? Zo nee, welke stoornissen niet en waarom? Hebt u aanvullingen?*

Deze vraag betreft hoofdstuk drie van het rapport waarin wordt ingegaan op de wijzigingen in aanspraken ten gevolge van DSM-5.

- In dit hoofdstuk wordt veelvuldig gesproken over ‘nieuwe stoornissen’ die in DSM-5 zouden zijn opgenomen. Dit is onjuist. De DSM-5 is een classificatiesysteem en introduceert of wijzigt classificaties en geen stoornissen. De stoornissen en symptomen waarnaar de classificaties verwijzen zijn op zichzelf niet gewijzigd of nieuw.
- Voetnoot 5 op blz. 13 klopt niet: subtypen sluiten elkaar inderdaad uit maar worden niet aangeduid met “specificeer”.
- Disruptieve stemmingsdisregulatie-stoornis: in de tweede kolom van de tabel op pagina 15 moet staan: “De stoornis is in het hoofdstuk van de depressieve-stemmingsstoornissen opgenomen om te voorkomen...” et cetera.
- De afbakening van de eetbuistoornis komt ons in hoge mate arbitrair voor. Behandeling wordt niet tot de geneeskundige GGZ gerekend wanneer sprake is van de specificatie licht of matig. Echter de matige vorm (4 tot 7 episode per week) lijkt ons ernstig genoeg om een aanspraak op het pakket te rechtvaardigen, zeker in vergelijking met een lichte boulimia nervosa. Hier is van belang in het oog te houden dat geneeskundige GGZ ook de generalistische basis ggz betreft.
- De NVvP deelt niet uw visie op de ‘andere gespecificeerde ...stoornis’. De suggestie wordt gewekt dat deze classificaties vooral worden ingezet om ‘al te gemakkelijk’ lichte problematiek te behandelen. Wij distantiëren ons van deze suggestie. De consequenties van uw zienswijze op de ‘andere gespecificeerde ...stoornis’ komt scherp naar voren bij persoonlijkheidsstoornissen, maar beperkt zich daar niet toe. De ‘andere gespecificeerde ... stoornissen’ kunnen om te beginnen even ernstig zijn als een van de gespecificeerde stoornissen, of ernstiger. Daarnaast geldt dat conform de afspraken in DSM-5 de ‘andere gespecificeerde ...stoornis’ pas mag worden gebruikt als is voldaan aan (1) de algemene definitie van een psychische stoornis, (2) het criterium van klinische significantie en (3) in het geval van persoonlijkheidsstoornissen aan de volledige set van algemene criteria hiervoor. Een verdere specificatie van persoonlijkheidsstoornissen voegt dan niet meer toe aan de ernst en lijdensdruk, indicatiestelling en zorgtoewijzing. Juist om deze reden heeft met in Deel III van de DSM-5 een nog nader te ontwikkelen alternatief model voor classificatie van de persoonlijkheidsstoornissen geïntroduceerd, waarmee deze stoornissen naar aard en ernst kunnen worden omschreven. Wij voorzien grote problemen in de behandeling van mensen met ernstige persoonlijkheidsproblematiek wanneer de ‘andere gespecificeerde persoonlijkheidsstoornis’ slechts bij hoge uitzondering een aanspraak kan zijn in de Zvw. Hetzelfde geldt voor de andere gespecificeerde psychotische stoornis, voor de eetstoornissen en voor stoornissen in de kindertijd en jeugd (hoewel deze van uw rapport zijn uitgesloten), waar de ‘andere gespecificeerde ...stoornis’ betekenisvolle en gerechtvaardigde classificaties zijn. Wij dringen er bij u op aan uw huidige visie te nuanceren en zodanig aan te passen dat deze beter aansluit bij de klinische praktijk.
- Ten aanzien van de tabel op pagina 16 en verder willen wij opmerken dat de lijdensdruk, de mate van disfunctioneren en de complexiteit waarin de stoornissen zich presenteren leidend moeten zijn om te bepalen waar de patiënt het best behandeld kan worden.

*Consultatievraag 4: deelt u de voorkeur voor DSM-5 boven ICD-10 voor de uitleg van de aanspraken op te verzekeren zorg?*

Ja, De NVvP deelt deze visie. Zie ook de beantwoording in de brief.

*Consultatievraag 5: heeft u suggesties hoe, gegeven de keus voor de DSM-5, om te gaan met de kritiekpunten op DSM-5?*

Zie hiervoor ons voorstel voor afspraken omtrent gepast gebruik van zorg in de brief. Daarnaast zou nog beter gebruik gemaakt kunnen worden van de specificaties, met name de ernst van de stoornis.

*Consultatievraag 6: Heeft u nog aanvullingen?*

De afbakening van de verzekerde zorg wordt in dit rapport vanuit een erg individualistisch perspectief benaderd. Er wordt geen rekening gehouden met andere omstandigheden die van invloed zijn op de zorgbehoefte en lijdensdruk van de patiënt, zoals bijvoorbeeld het ontbreken van een steunsysteem. Graag wijzen wij erop dat deze elementen wel worden betrokken bij de zorgvraagzwaarte indicator en de doorontwikkeling van de productstructuur, waar veldpartijen op dit moment aan werken. Tot slot willen wij nog benadrukken dat classificatie zou moeten volgen op diagnostiek en indicatiestelling. Naast een beschrijving van de symptomen bevat een diagnose nog meer elementen: de fase van ontwikkeling van het ziektebeeld (bijvoorbeeld eerste keer dat symptomen zich voordoen, of een terugval na eerdere episode), complicaties, andere stoornissen of aandoeningen die van invloed zijn op de stoornis (comorbiditeit), factoren die hebben bijgedragen aan de ontwikkeling van de stoornis en factoren die van invloed zijn op het beloop van de stoornis, functies die verstoord zijn en de beperkingen die hieruit voortvloeien in het dagelijks functioneren op verschillende levensgebieden (werk, wonen, sociale relaties) en tot slot factoren die van invloed zijn op het al dan niet aanslaan van de behandeling. Een diagnose heeft vaak de aard van hypothesen die in de loop van de tijd kunnen worden bijgesteld. Diagnostiek en vervolgens de toepassing van DSM-5 vraagt specialistische expertise.