



Landelijk Platform GGz

LPGGz

ZIN
Zakelijkzorg
t.a.v. mr. M.E. Kroes
Postbus 320
1110 AH DIEMEN

Datum: 26 november 2015
Kenmerk: 14-118 sm-mta-ivz
Onderwerp: LPGGz-reactie op consultatiedocument DSM 5 van ZIN

De landelijke koepel
van patiënten- en
familieverenigingen
en regionale
cliëntenorganisaties
in de ggz

Postadres:
Postbus 13223
3507 LE Utrecht
Bezoekadres:
Maliebaan 87
3581 CG Utrecht

T (030) 236 37 65
E info@platformggz.nl
I www.platformggz.nl

IBAN NL44FVLB0227222598
BTW NL816859590B01
KvK 30213449

Geachte mevrouw Kroes,

Sinds jaar en dag wordt vanuit de ggz-cliënten- en familiebeweging kritiek geuit over de wijze waarop (ernstige) psychische problemen worden geclassificeerd met de DSM-systematiek. Individuele klachtenpatronen en zorgbehoeften zijn in veel gevallen niet onder een enkelvoudig classificatie te vangen. Toch hebben DSM-classificaties nog steeds veel invloed op de wijze waarop cliënten tegemoet worden getreden en behandelpraktijken worden ingericht. Daarnaast bepaalt de DSM-classificatie ook voor een groot gedeelte de toegang tot de zorg en de toegang tot het verzekerde pakket.

Het LPGGz, maar ook andere bij de ggz betrokken partijen, vinden de DSM-systematiek te bepalend. Het Zorginstituut Nederland (ZIN) onderkent deze kritiek in het Consultatiedocument DSM 5, maar betreft de stelling dat er vooralsnog geen goed alternatief is voor de DSM om de toegang tot de geneeskundige ggz te omschrijven. Cliënten en familie in de ggz zijn echter voorstander van het ontwikkelen van betere methodiek om de aanspraak op de ggz te omschrijven en adviseren ZIN dan ook om dit hoog op de agenda voor het ZIN-jaarprogramma van 2015 te plaatsen.

Vanuit de achterban van het LPGGz wordt sterk gepleit voor tijd en ruimte voor een persoonsgerichte diagnostiek, waarbij klachtenpatronen niet vroegtijdig in een DSM-classificaties worden 'geperst'. De planning en uitvoering van behandeling dient plaats te vinden op basis van door de cliënt (en naastbetrokkenen) ingebrachte klachten en ervaringskennis in combinatie met professionele en wetenschappelijke expertise.

Het streven naar een persoonsgerichte diagnostiek is allerm minst nieuw. Hiervan is onder andere reeds sprake bij de Richtlijn "Psychiatrisch onderzoek en diagnostiek" van de NVvP en in het boek "Het psychiatrisch onderzoek" van Michiel Hengeveld. De NVvP onderscheidt de symptoomdiagnose, de syndroomdiagnose en de structuurdiagnose. Verder omvat het psychiatrisch onderzoek de specifieke anamnese, de algemene anamnese, het gebruik van alcohol en drugs, psychiatrische voorgeschiedenis, psychiatrische familieanamnese, somatische anamnese, gebruik van geneesmiddelen, sociale anamnese, biografische anamnese en heteroanamnese. Een omschreven checklist binnen een professionele richtlijn met als resultaat een op de persoon toegesneden structuurdiagnose.



Landelijk Platform GGZ

LPGGz

De Richtlijn "Psychiatrisch onderzoek en diagnostiek" van de NVvP en het boek "Het psychiatrisch onderzoek" van Michiel Hengeveld wijzen derhalve in de richting van een persoonsgerichte diagnostiek, een gezamenlijke zoektocht van cliënt en behandelaar, waarbij de inbreng van ervaringskennis (het eigen verhaal van de cliënt) een minstens zo belangrijke kennisbron is, als professionele expertise en wetenschappelijke evidence. Formeel bestaat de (specialistische) diagnostiek derhalve uit meerdere stappen en fasen waar gaandeweg ook classificaties aan verbonden worden (vaak meer dan één).

De praktijk is echter dat in veel gevallen reeds in een vroeg stadium een enkelvoudige, eenzijdige classificatie plaats vindt, waarbij cliënten reeds voorgesorteerd worden op een bepaald behandelplan, zonder dat adequate diagnostiek heeft plaatsgevonden. Dit met alle gevolgen van dien: etikettering met stigmatiseringsconsequenties, medicalisering, geen passende zorg. In voorkomende gevallen resulteert deze benadering in een onnodig lange 'carrière' als cliënt bij een (geïntegreerde) ggz-instelling met alle iatrogene effecten van dien.

Het LPGGz constateert dat de DSM-systematiek als classificatiesysteem ten behoeve van onderzoek en communicatie tussen behandelaren in principe niet het grootste probleem is. We maken ons zorgen over het onjuiste gebruik ervan als sturingsinstrument ten behoeve van de bekostiging en organisatie van zorg. In het consultatiedocument wordt gesteld, dat de zorgbehoefte in relatie tot lijdensdruk en disfunctioneren bepalend zou moeten zijn met betrekking tot de aanspraak op zorg, maar dat hier voorsnog een adequaat instrument voor ontbreekt. Er wordt dus, bij gebrek aan beter, doorgesgaan met het gebruik van een classificatiesysteem voor het bepalen van de aanspraken terwijl dit systeem daartoe niet toereikend is. Om meerdere redenen verdient het derhalve een hoge prioriteit (ZIN Jaarprogramma 2015) om werk te maken van een beter instrument.

Tenslotte wijzen wij u nogmaals op het stigmatiserende effect van de DSM-classificatie. Behandelaren worden vanwege het huidige bekostigingssysteem vaak gedwongen deze classificatie lichtzinnig en willekeurig te hanteren, om toegang tot noodzakelijke ggz-zorg voor cliënten te realiseren; met stigmatisering als ernstige bijwerking.

Onze reactie op de consultatievragen.

Consultatievraag 1 Hebt u aanvullingen op onze beschrijving van de te verzekeren aanspraken?

Het LPGGz gaat er van uit dat de toegang tot de zorg gegarandeerd blijft, als er sprake is van significante lijdensdruk of ernstige beperkingen in het functioneren.

Het LPGGz acht in dit verband een tijdige signalering van mogelijk ernstige problematiek van groot belang. Hierbij hechten wij o.a. veel waarde aan de consultatiemogelijkheden van de huisarts bij de gespecialiseerde ggz.

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

Het LPGGz heeft t.a.v. 3.5.1 de "andere gespecificeerde stoornis" en 3.5.2 de "ongespecificeerde stoornis" de volgende opmerkingen.

1. De "andere gespecificeerde stoornis"

Men heeft overwogen deze categorie (met uitzondering van andere psychotische stoornis) uit te sluiten van verzekerde zorg, wat gelukkig niet gebeurd is omdat "enkele aanwezigen onze visie



niet volledig deelden" en men vreesde voor het ongewenste effect van dan maar een andere stoornis invullen.

Er zijn namelijk nog andere belangrijke overwegingen om deze categorie niet uit te sluiten.

- Argument vanuit wetenschappelijk perspectief:
Men werkt met een systeem-in-ontwikkeling. De DSM-5 is beter dan de DSM-IV, maar we zijn er nog niet. De werkelijkheid van psychische problemen is nooit volledig te vangen in een systeem, het is een gegeven dat het systeem de problematiek nooit volledig dekt. Ten behoeve van verdere ontwikkeling van de geestelijke gezondheidszorg is het noodzakelijk dat er een 'restcategorie' beschikbaar blijft, als een soort ventiel. Analyse van de restcategorie kan in de toekomst betere specificatie van zorgvragen mogelijk te maken.
- Argument vanuit cliëntenperspectief:
Een patiënt heeft te maken met lijdensdruk en disfunctioneren. In principe zijn deze criteria voldoende om de voor deze patiënt benodigde zorg onder de aanspraken te laten vallen.

2. De "ongespecificeerde stoornis"

Deze stoornis wordt gebruikt als er niet voldoende informatie beschikbaar is en diagnostiek wordt uitgesteld: dit is geen eindclassificatie. Dit is wel verzekerde g-ggz maar de classificatie moet op korte termijn gevolgd worden door een eindclassificatie

- Argument vanuit cliëntenperspectief:
Er is blijkaar crisis en zorgvuldige diagnostiek kost tijd. Waarom geen "redelijke" termijn in plaats van korte termijn?
Bezien vanuit de "persoonlijke diagnostiek" zou de "andere gespecificeerde .. stoornis" een label kunnen zijn dat een "persoonlijk beeld - individuele combinatie van klachten en symptomen met gevolgen en last weer kan geven.

Conclusie: Vanuit het cliëntenperspectief is het belangrijk dat de "anders en on- gespecificeerde" - categorieën verzekerde g-ggz zijn en blijven, zowel uit oogpunt van "verbetering classificatie", "zorgvuldige diagnostiek" als "persoonlijke diagnostiek" en "adequate zorg".

In het algemeen constateert het LPGGZ dat de DSM 5 m.b.t. de aanspraken niet tot een aardverschuiving zal leiden. Vermits de lijdensdruk of de beperkingen in het functioneren daar aanleiding toe geven, blijft de toegang tot de zorg gegarandeerd.

Consultatievraag 4 Deelt u de voorkeur van de DSM 5 boven de ICD-10 voor de uitleg van de aanspraken op de te verzekeren zorg? Zo nee, waarom niet?

Geen bezwaar.

Consultatievraag 5 Wij kiezen ervoor de DSM 5 ondanks de genoemde kritiepunten, toch te hanteren. Heeft u suggesties hoe, gegeven die keus, om te gaan met de kritiepunten?

Hecht meer belang aan lijdensdruk, disfunctioneren, complexiteit van de problematiek, dan aan de classificatie. Geef prioriteit aan het ontwikkelen van zo betrouwbaar mogelijke schalen voor het meten van lijdensdruk en beperkingen; hoe complex deze exercitie ook mag zijn.



Landelijk Platform GGz

LPGGz

Geef ruimte aan het werken met werkhypotheses, opdat de cliënt en behandelaar al werkenderwijs zicht kunnen krijgen wat er aan de hand is en welke behandelvormen geïndiceerd zijn. Eerst de zoektocht, de gezamenlijke diagnostiek en daarna, indien onvermijdbaar, een (tijdelijke) classificatie. Zet andere instrumenten in dan de DSM 5 systematiek om opportunistische zorgaanbieders, 'de cowboys', de weg af te snijden; bijvoorbeeld de WTZi en de IGZ.

Geef ruimte aan het werken met werkhypotheses, opdat de cliënt en behandelaar al werkenderwijs zicht kunnen krijgen wat er aan de hand is en welke behandelvormen geïndiceerd zijn. Eerst de zoektocht, de gezamenlijke diagnostiek en daarna, indien onvermijdbaar, een (tijdelijke) classificatie.

Zet andere instrumenten in dan de DSM 5 systematiek om opportunistische zorgaanbieders, 'de cowboys', de weg af te snijden; bijvoorbeeld de WTZi en de IGZ.

Met vriendelijke groet,

Marjan ter Avest,
Directeur Landelijk Platform GGz