

DE ZORG VERSNIJPT DOOR MISBRUIK VAN EEN DSM CLASSIFICATIEMODEL

# Superspecialisatie maakt ggz vleugellam

De specialisatie in de ggz is te ver doorgescho-  
ten. Patiënten met comorbiditeit worden van  
het kastje naar de muur gestuurd omdat nie-  
mand zich bekommert om 'de hele patiënt'.

**D**e zorg voor een patiënt met psychische klachten dreigt  
te bezwijken onder regelgeving en versnippering van  
zorg. Huisartsen klagen over toenemende werkdruk  
en moeite met verwijzen.<sup>1</sup> Patiënt, verwijzer en ggz-  
instelling raken de weg kwijt in de wirwar van regels, zorgpaden  
en hervormingen.

Sinds 1 april 2017 hoeft de huisarts geen nieuwe verwijzing te  
schrijven als er onderling wordt verwezen van de generalistische  
basis-ggz (gb-ggz) naar de gespecialiseerde ggz (s-ggz) en omge-  
keerd.<sup>2</sup> Deze administratieve verlichting zou ook een mooi uit-  
gangspunt zijn voor verdere verbeteringen. Behoudens afspraken  
met de crisisdienst kent de ggz geen acceptatie- of behandel-  
plicht.<sup>3</sup> Acceptatie is onzeker evenals de termijn waarbinnen de  
behandeling start. Verslaving, persoonlijkheidsproblematiek of  
een verstandelijke beperking wordt vaak aangevoerd als argu-  
ment om een verwijzing af te wijzen. Daarnaast is onduidelijk  
wie verantwoordelijk is voor de zorg in de periode tussen intake  
en behandeling.

## Comorbiditeit

Comorbiditeit is in de psychiatrie eerder regel dan uitzondering.<sup>4</sup>  
Dit hangt niet alleen samen met de aard van veel psychische  
stoornissen, ook de uitbreiding van de inclusiecriteria van de  
DSM werkt dit in de hand. Met invoering van de DSM-5 vallen  
steeds meer patiënten in de verschillende psychiatrische catego-  
rieën.<sup>5-7</sup> Hierdoor wordt ruimte geboden voor een selectief toela-  
tingsbeleid. Al in 1982 beschreef Beenackers het bestaan van  
selectieve hulpverlening waarbij goede zorg niet voor iedereen  
even toegankelijk is.<sup>8</sup> Besluiten over welke DSM-diagnoses onder  
verzekerde zorg vallen en welke niet, maken het allemaal nog  
complexer.

Enkele casussen (zie *kaders*) illustreren hoe een patiënt van goede  
zorg verstoken blijft vanwege comorbiditeit. In al deze casussen is  
de huisarts de enige die het dossier niet sluit, maar – vaak samen  
met de POH-ggz – geconfronteerd wordt met het feit dat een  
patiënt moeilijk is te verwijzen. Het ontbreekt vaak aan tijdige  
en bondige informatie en soms is ook niet duidelijk wie de regie-  
houder is.

## Overdragen

Naar analogie van de somatische zorg zou een behandeling in de  
ggz pas mogen worden afgesloten als de (na-)zorg zekergestellt is.

## CASUS 1

Patiënt A is een zoon van gescheiden ouders. Eén van de  
ouders is herhaaldelijk opgenomen voor forse psychiatrische  
problematiek. Hij woont afwisselend bij vader en moeder.  
Op 17-jarige leeftijd verwees de huisarts hem vanwege het  
vermoeden van vroeg-psychotische kenmerken naar de s-ggz,  
met de vermelding van de familiale belasting. Er werd geen  
psychiatrische problematiek vastgesteld. In de loop der jaren  
ging het steeds slechter met hem – hij verzuidde van school,  
gebruikte softdrugs en werd steeds apathischer en passie-  
ver. Hij werd wederom naar de s-ggz doorverwezen waar de  
diagnose ADHD met depressieve kenmerken werd gesteld. Er  
werd een behandeling binnen de ADHD-poli toegewezen. Bin-  
nen deze behandeling was geen ruimte en gelegenheid voor  
nadere diagnostiek of behandeling anders dan ADHD. Indien  
de huisarts dat wenst zou hij opnieuw aangemeld moeten  
worden bij een andere locatie waar een nieuwe selectie- en  
intakeprocedure zal volgen. Inmiddels is patiënt niet meer  
gemotiveerd, meerderjarig, werkeloos en depressief en voelt  
niets voor nieuwe behandelingen. De POH-ggz onderhoudt als  
enige nog contact met hem.

Doorverwijzen naar een andere zorgverlener kan, maar de verantwoordelijkheid blijft bij de actuele zorgverlener totdat de zorg met wederzijdse instemming is overgedragen. Samenwerkingsafspraken tussen huisarts, ggz-partners, gemeenten en zorgverzekeraars zijn hierbij van essentieel belang.

### Terugrapportage

Terugrapportage naar patiënt, verwijzer en andere ketenpartners zou een standaardprocedure moeten zijn. Deze betrokkenen kunnen zo toezien op een logische en goede kwaliteit. Welke data en kwaliteitscriteria daarvoor nodig zijn moeten de ketenpartners beslissen.

Laat de wijziging van 1 april jl. niet enkel een administratieve verlichting zijn, maar een begin van een transitie naar een goede ggz waarin alle partijen hun verantwoordelijkheid nemen.

Er zijn veelbelovende initiatieven voor een nieuwe persoonlijke benadering binnen de ggz.<sup>9,10</sup> Dit vraagt een omschakeling van een supergespecialiseerde selectieve ggz-zorg naar een bredere persoonlijke en continue benadering. Het boek *Dossiervoering*

Psychiatrische patiënten met comorbiditeit worden van het kastje naar de muur gestuurd.

## CASUS 2

Patient B is een 16-jarig meisje dat vanaf haar 6de kampt met gedragsproblemen waarbij vooral ook problemen rond de voeding spelen. Ze volgde een intensief traject van kinderartsen, orthopedagogen, psychologen en verschillende kinder- en jeugdpsychiaters over een periode van jaren.

De eetstoornis werd dermate ernstig dat een ggz-instelling een doorverwijzing adviseerde naar een derdelijnsinstelling gespecialiseerd in eetstoornissen. Na een intake en wachttijd van bijna één jaar begon een intensieve behandeling van de eetstoornis. Ook de ouders werden begeleid en de behandeling leek adequaat. Door veranderingen thuis en op school kwam de oude angststoornis meer naar de voorgrond, met als nieuw fenomeen de angst voor vergiftiging. De angststoornis kostte zoveel energie dat de oefeningen met het eten te zwaar werden. Om deze angst te behandelen werd cognitieve gedragstherapie (CTG) gestart. Haar inmiddels vertrouwde behandelaar was hiermee begonnen. Patiënte en ouders merkten een positief effect. De CTG behoort echter niet in het protocol van behandeling van de eetstoornis binnen dit gespecialiseerde centrum.

Het advies was de behandeling voor de eetstoornis binnen dit centrum te stoppen en haar aan te melden bij een andere ggz-instelling voor behandeling van de angststoornis. Als de angststoornis niet meer op de voorgrond zou staan en de eetproblematiek nog steeds manifest zou zijn, kon ze opnieuw aangemeld worden.

Patiënte, ouders en huisarts drongen erop aan deze CTG toch voort te zetten omdat de behandelrelatie en setting daar nu juist zo goed voor leken. Het antwoord bleef dat deze angstbehandeling niet binnen het behandelplan van dit derdelijnscentrum viel en daarom niet geleverd kon worden.

De consequentie is dat ze zich wederom moet aanmelden bij een ggz-instelling, daar de normale aanmeldprocedure moet doorlopen en het onzeker is of ze een versneld toelatingstraject kan krijgen voor behandeling van deze angststoornis. Onderwijl bleef de eetstoornis onverminderd bestaan en daarmee de dreiging van insufficiënte voeding en ondergewicht.



GETTY IMAGES

(Beenackers 1995) was al een pleidooi voor een heldere verantwoording van de ggz-hulpverleners naar anderen inclusief de huisarts.<sup>11</sup> De module 'Landelijke samenwerkingsafspraken tussen huisarts, generalistische basis GGz en gespecialiseerde GGz' biedt duidelijke uitgangspunten.<sup>12</sup>

Het verminderen van het grote aantal subspecialisaties en een plicht tot continuïteit in zorg zijn voorwaarden voor effectieve zinnige ggz-zorg. Hiermee wordt voorkomen dat patiënten zich verloren voelen en tussen wal en schip vallen, want dat veroorzaakt juist veel psychische klachten! ■

## CASUS 3

Patiënt C is een jonge man met een congenitaal syndroom waarbij een verminderde intelligentie wordt beschreven en een opvallend lichamelijke voorkomen. Hij heeft hier veel last van, trekt zich terug en uit zich depressief. De depressie is bij periodes zo erg dat hij herhaaldelijk wordt opgenomen na een zelfmoordpoging. Na deze korte opnames wordt hij telkens terugverwezen naar de huisarts. Deze meldt hem aan bij een ggz-instelling voor verstandelijk beperkten. Na een wachttijd van enkele maanden volgt de intake waarbij hij te horen krijgt dat hij 'te goed is' en naar de gewone s-ggz moet. Deze vindt dat eerst aan zijn alcohol- en drugsverslaving moet worden gewerkt. Er volgt een korte opname in een verslavingskliniek, waarna hij geen middelen meer gebruikt en policonroles worden afgebouwd en afgesloten. De huisarts wil hem opnieuw aanmelden bij de lokale ggz. Op grond van de voorgeschiedenis wordt de aanmelding afgewezen met als argumentatie dat hij hiervoor naar een instelling gespecialiseerd in verstandelijke beperkingen verwezen moet worden. Na een wachttijd van enkele maanden wordt een persoonlijk begeleider aangewezen en dan kan pas de aanvraag voor ondersteuning van het FACT-team worden ingediend. Het FACT-team start na een wachttijd van een halfjaar. Patiënt heeft inmiddels persoonlijke zorg en begeleiding van FACT en bezoekt de huisarts regelmatig.

### contact

[martin.beeres@radboudumc.nl](mailto:martin.beeres@radboudumc.nl);  
cc: [redactie@medischcontact.nl](mailto:redactie@medischcontact.nl)

Geen belangenverstrengeling gemeld door de auteur.

### web

De voetnoten en meer informatie over dit onderwerp vindt u op [medischcontact.nl/artikelen](http://medischcontact.nl/artikelen).

# PRAKTIJKPERIKEL

## EEN RECEPT VOOR VADER

Iedere arts krijgt ermee te maken: een vriend of familielid dat vraagt 'even een receptje' uit te schrijven.

Meestal weiger ik en verwijs ik naar de eigen behandelbaar. Toen mijn ouders tijdens onze vakantie in ons huis op ons jongste kind kwamen passen en mijn vader merkte dat hij zijn medicatie vergeten was, maakte ik een uitzondering.

Het ging om een onschuldig medicijn, het was na vijven en de eigen huisarts was er niet meer. De volgende ochtend (zaterdag) zou de apotheek bij ons om de hoek open zijn en zo bespaarde ik hem een reis met het openbaar vervoer van tweeënhalf uur naar huis om zijn pillen te halen.

Zes weken later belde hij me en zei dat de verzekeraar het recept niet accepteerde omdat het door zijn zoon was geschreven. Dit geloofde ik niet. Omdat mijn vader bij Zilveren Kruis verzekerd was en dat ook mijn preferente zorgverzekeraar was met wie ik een contract had besloot ik hen zelf te bellen.

Ik sprak een vriendelijke jonge man, die mijn vaders verhaal bevestigde. Dit was inderdaad nieuw beleid omdat familieleden tot in de tweede graad per definitie geen behandelrelatie met elkaar kunnen hebben volgens de WGB0, zo zei hij. Als ze dit wel wilden kon er schriftelijk toestemming gevraagd worden aan de verzekeraar. Ik kreeg een e-mailadres om dit te doen. Ik had altijd begrepen dat er maar twee partijen betrokken waren bij een behandelovereenkomst volgens de WGB0: een arts en een patiënt. Of je een langdurige behandelrelatie met een familielid moet aangaan is de vraag, maar ik denk in elk geval dat de verzekeraar geen partij in deze discussie is.

De volgende keer dat een familielid om een recept vraagt heb ik dus een heel goed excuus dit niet te doen. Ik ben alleen bang dat ze me niet geloven.

Heeft u ook een perikel?

Stuur uw verhaal naar [redactie@medischcontact.nl](mailto:redactie@medischcontact.nl)