

Uitleg aanspraken geneeskundige GGZ op basis van DSM-5 classificatie

Algemeen

Per 1 januari 2017 worden de verzekerde aanspraken geneeskundige GGZ geduid en uitgelegd op grond van de DSM 5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders). De DSM-5 wordt daarmee ook leidend voor de klinische praktijk. Het Zorginstituut heeft de afgelopen jaren verschillende duidingen uitgebracht, over wat wel of niet verzekerde zorg is in de geneeskundige GGZ en ten laste van welk financieel kader GGZ interventies gebracht moeten worden.

In ons Rapport '*Geneeskundige GGZ deel 2; Op weg naar een toekomstbestendige GGZ*' van 11 juli 2013 hebben wij alle "oude" classificaties uit de DSM-IV TR beoordeeld. De inhoudelijke herordening van de DSM-IV stoornissen in het nieuwe handboek DSM-5 heeft geen invloed op die duidingen ook al heet de stoornis soms anders. Wat wij toen geduid hebben als geen te verzekeren geneeskundige GGZ blijft geen geneeskundige GGZ, een enkele uitzondering daargelaten.

In ons Rapport '*De nieuwe DSM-5 en de gevolgen voor de verzekering*' van 22 december 2014 hebben wij de "nieuwe" classificaties, die dus niet al in de DSM-IV TR voorkwamen, geduid. Tenslotte hebben wij op 12 januari 2016 het Rapport '*Herziening rapport DSM-5 en de gevolgen voor de verzekering, onderdeel 'Andere gespecificeerde stoornissen'*' uitgebracht. In onze rapporten geven we een begrenzing aan van de binnen de Zorgverzekeringswet verzekerde GGZ en daarbinnen het deel dat we geneeskundige GGZ noemen. Daarmee geven we tevens een afbakening ten opzichte van interventies die weliswaar op het gebied van de geestelijke gezondheidszorg liggen, maar die deel uitmaken van andere (ook Zvw verzekerde) zorgsectoren waar huisartsen en medici met een somatische specialisatie primair de verantwoordelijkheid hebben.

Door de overgang naar de DSM-5 met ingang van 2017 voor zowel de pakketafbakening als de bekostiging is er bij partijen behoefte aan meer helderheid over de aanspraken in het kader van de geneeskundige GGZ. Om deze reden heeft het Zorginstituut een tabel opgesteld uitgaande van de DSM-5 classificatie, gebaseerd op standpunten uit onze eerdere rapporten. Hierin zijn de standpunten die we eerder innamen ten aanzien van DSM-IV-classificaties vertaald naar DSM-5-classificaties.

De tabel is van toepassing op cliënten van 18 jaar en ouder. De behandeling van psychische problematiek bij jeugdigen valt onder de Jeugdwet. In de kolom 'Bekostigingskader' worden verschillende Zvw-aanspraken benoemd. Het gaat dan om zorg zoals huisartsen, (somatisch) medisch specialisten, klinisch psychologen die plegen te bieden. Met de aanspraak op geneeskundige GGZ duiden we de zorg, zoals psychiaters en klinisch psychologen die plegen te bieden.

De in de DSM-IV omschreven stoornissen NAO (Niet Anderszins Omschreven) zijn in de DSM-5 vervangen door de 'Andere gespecificeerde stoornis' en de 'Ongespecificeerde stoornis'. De mogelijkheid om op deze classificaties te schrijven, komt vrijwel bij alle omschreven stoornissen voor. Wij hebben geconstateerd dat bij de classificatie 'Andere gespecificeerde stoornis' is voldaan aan de definitie van een stoornis, en dat het niet gaat om patiënten met subklinische problemen. De classificatie 'Andere gespecificeerde stoornis' dient net als de stoornissen NAO in de DSM-IV toegang te geven tot de verzekerde GGZ. Bij de classificatie 'Ongespecificeerde stoornis' is er sprake van dat de clinicus nog onvoldoende informatie heeft om de stoornis te kunnen classificeren. Deze classificatie is geen eindclassificatie en behandeling kan tijdelijk vergoed worden, bijvoorbeeld in acute situaties.

Onder de tabel zullen wij enkele onderdelen nader toelichten.

DSM 5 hoofdgroep	Type stoornis	Bekostigingskader ¹																					
1.	Neurobiologische ontwikkelingsstoornissen²	<table border="1"> <tr> <td data-bbox="539 405 1126 564">Verstandelijke beperkingen</td> <td data-bbox="1126 405 1283 564">Wlz</td> <td data-bbox="1283 405 1944 564">Afhankelijk van de ernst van de beperking kan sprake zijn van een Wlz-grondslag. Informatie hierover vindt u in het Wlz-kompas³ (<i>zie toelichting</i>)</td> </tr> <tr> <td data-bbox="539 564 1126 660">Communicatiestoornissen</td> <td data-bbox="1126 564 1283 660">Zvw</td> <td data-bbox="1283 564 1944 660">Huisartsenzorg, somatisch medisch specialistische zorg, paramedische zorg</td> </tr> <tr> <td data-bbox="539 660 1126 724">Autismespectrumstoornis</td> <td data-bbox="1126 660 1283 724">Zvw</td> <td data-bbox="1283 660 1944 724">Huisartsenzorg, geneeskundige GGZ</td> </tr> <tr> <td data-bbox="539 724 1126 820">Aandachtsdeficiëntie/ Hyperactiviteitsstoornissen</td> <td data-bbox="1126 724 1283 820">Zvw</td> <td data-bbox="1283 724 1944 820">Huisartsenzorg, geneeskundige GGZ</td> </tr> <tr> <td data-bbox="539 820 1126 979">Specifieke leersstoornis</td> <td data-bbox="1126 820 1283 979">Onderwijs Jeugdwet</td> <td data-bbox="1283 820 1944 979">Hulp bij leerstoornissen vindt plaats vanuit het onderwijs. Behandeling van ernstige enkelvoudige dyslexie voor jeugdigen tussen 7 en 12 jaar valt onder de Jeugdwet. (<i>zie toelichting</i>)</td> </tr> <tr> <td data-bbox="539 979 1126 1043">Alle motorische stoornissen met uitzondering van:</td> <td data-bbox="1126 979 1283 1043">Zvw</td> <td data-bbox="1283 979 1944 1043">Huisartsenzorg, geneeskundige GGZ</td> </tr> <tr> <td data-bbox="539 1043 1126 1150">o Coördinatieontwikkelingsstoornis</td> <td data-bbox="1126 1043 1283 1150">Zvw</td> <td data-bbox="1283 1043 1944 1150">Huisartsenzorg, somatisch medisch specialistische zorg, paramedische zorg</td> </tr> </table>	Verstandelijke beperkingen	Wlz	Afhankelijk van de ernst van de beperking kan sprake zijn van een Wlz-grondslag. Informatie hierover vindt u in het Wlz-kompas ³ (<i>zie toelichting</i>)	Communicatiestoornissen	Zvw	Huisartsenzorg, somatisch medisch specialistische zorg, paramedische zorg	Autismespectrumstoornis	Zvw	Huisartsenzorg, geneeskundige GGZ	Aandachtsdeficiëntie/ Hyperactiviteitsstoornissen	Zvw	Huisartsenzorg, geneeskundige GGZ	Specifieke leersstoornis	Onderwijs Jeugdwet	Hulp bij leerstoornissen vindt plaats vanuit het onderwijs. Behandeling van ernstige enkelvoudige dyslexie voor jeugdigen tussen 7 en 12 jaar valt onder de Jeugdwet. (<i>zie toelichting</i>)	Alle motorische stoornissen met uitzondering van:	Zvw	Huisartsenzorg, geneeskundige GGZ	o Coördinatieontwikkelingsstoornis	Zvw	Huisartsenzorg, somatisch medisch specialistische zorg, paramedische zorg
Verstandelijke beperkingen	Wlz	Afhankelijk van de ernst van de beperking kan sprake zijn van een Wlz-grondslag. Informatie hierover vindt u in het Wlz-kompas ³ (<i>zie toelichting</i>)																					
Communicatiestoornissen	Zvw	Huisartsenzorg, somatisch medisch specialistische zorg, paramedische zorg																					
Autismespectrumstoornis	Zvw	Huisartsenzorg, geneeskundige GGZ																					
Aandachtsdeficiëntie/ Hyperactiviteitsstoornissen	Zvw	Huisartsenzorg, geneeskundige GGZ																					
Specifieke leersstoornis	Onderwijs Jeugdwet	Hulp bij leerstoornissen vindt plaats vanuit het onderwijs. Behandeling van ernstige enkelvoudige dyslexie voor jeugdigen tussen 7 en 12 jaar valt onder de Jeugdwet. (<i>zie toelichting</i>)																					
Alle motorische stoornissen met uitzondering van:	Zvw	Huisartsenzorg, geneeskundige GGZ																					
o Coördinatieontwikkelingsstoornis	Zvw	Huisartsenzorg, somatisch medisch specialistische zorg, paramedische zorg																					

¹ Dit bekostigingskader is van toepassing op cliënten van 18 jaar en ouder. Alleen als het gaat om stoornissen die in het algemeen alleen bij kinderen voorkomen geven we dat aan.

² Advies Geneeskundige Geestelijke Gezondheidszorg, deel 2 'Op weg naar een toekomstbestendige GGZ' d.d. 10 juli 2013: <https://www.zorginstituutnederland.nl/publicaties/adviezen/2013/07/11/advies-geneeskundige-geestelijke-gezondheidszorg-deel-2>

³ Zie Wlz-kompas/toegang tot de Wlz op de site van het Zorginstituut: <https://www.zorginstituutnederland.nl/Verzekerde+zorg>

DSM 5 hoofdgroep		Type stoornis	Bekostigingskader ¹	
1.	Neurobiologische ontwikkelingsstoornissen²	Andere gespecificeerde neurobiologische ontwikkelingsstoornissen	Zvw	Huisartsenzorg Behandeling in de geneeskundige GGZ alleen bij: > andere autismespectrumstoornissen > andere stereotype bewegingsstoornissen (zie toelichting)
2.	Schizofreniespectrum- en andere psychotische stoornissen²	<i>Alle</i> Schizofreniespectrum- en andere psychotische stoornissen	Zvw	Huisartsenzorg, geneeskundige GGZ
3.	Bipolaire stemmingsstoornissen²	<i>Alle</i> bipolaire stemmingsstoornissen	Zvw	Huisartsenzorg, geneeskundige GGZ

DSM 5 hoofdgroep	Type stoornis	Bekostigingskader ¹		
4.	Depressieve stemmingsstoornissen²	<p>Alle depressieve stemmingsstoornissen met uitzondering van:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ disruptieve stemmingsdisregulatiestoornis⁴ ○ premenstruele stemmingsstoornis (PMSS)⁴ 	<p>Zvw</p> <p>Zvw Jeugdwet</p> <p>Zvw</p>	<p>Huisartsenzorg, geneeskundige GGZ</p> <p>Huisartsenzorg Deze stoornis is alleen van toepassing op kinderen en jeugdigen. Voor volwassenen is het van belang de diagnose en classificatie te evalueren; geen geneeskundige GGZ. <i>(zie toelichting)</i></p> <p>Huisartsenzorg, somatisch medisch specialistische zorg. <i>(zie toelichting)</i></p>
5.	Angststoornissen²	Alle angststoornissen	Zvw	<p>Huisartsenzorg, geneeskundige GGZ Geneeskundige GGZ bij 'specifieke fobie' alleen in frequent voorkomende situaties of bij bloed-, letsel- of injectiefobie <i>(zie toelichting)</i>.</p>

⁴ De nieuwe DSM-5 en de gevolgen voor de verzekering d.d 16 december 2014: <https://www.zorginstituutnederland.nl/publicaties/rapport/2014/12/22/de-nieuwe-dsm-5-en-de-gevolgen-voor-de-verzekering>

DSM 5 hoofdgroep	Type stoornis	Bekostigingskader ¹
------------------	---------------	--------------------------------

6.	Obsessieve-compulsieve en verwante stoornissen⁴	Alle obsessieve-compulsieve en verwante stoornissen.	Zvw	Huisartsenzorg, somatisch medisch specialistische zorg, geneeskundige GGZ
		Voor onderstaande stoornissen gelden aanvullende voorwaarden voor behandeling in de geneeskundige GGZ.		
		o Verzamelstoornis	Zvw	Huisartsenzorg Behandeling in de geneeskundige GGZ alleen als sprake is van: - excessief verwerven, en - gering of ontbrekend realiteitsbesef/ waanovertuigingen (<i>zie toelichting</i>)
		o Excoriatiestoornis (huidpulkstoornis)	Zvw	Huisartsenzorg, somatisch medisch specialistische zorg Behandeling in de geneeskundige GGZ alleen bij ernstige lichamelijke complicaties (<i>zie toelichting</i>)
		o Obsessieve-compulsieve of verwante stoornis door een somatische aandoening	Zvw	Huisartsenzorg, somatisch medisch specialistische zorg, geneeskundige GGZ. Indien geneeskundige GGZ nodig is, dient de somatische zorg erbij betrokken te blijven (<i>zie toelichting</i>)

DSM 5 hoofdgroep	Type stoornis	Bekostigingskader ¹
7. Trauma- en stressorgerelateerde stoornissen²	Reactieve hechtingsstoornis	Zvw Jeugdwet Huisartsenzorg, geneeskundige GGZ Deze stoornis ontstaat bij kinderen in de zuigelingenleeftijd of vroege kindertijd. Behandeling kan doorlopen bij 18-/18+ (<i>zie toelichting</i>)
	Ontremd-sociaalcontactstoornis	Zvw Jeugdwet Huisartsenzorg, geneeskundige GGZ Deze stoornis kan alleen worden vastgesteld bij kinderen met een ontwikkelingsniveau van tenminste 9 maanden. Behandeling kan doorlopen bij 18-/18+ (<i>zie toelichting</i>)
	Posttraumatische-stressstoornis	Zvw Huisartsenzorg, geneeskundige GGZ
	Acute stress-stoornis	Zvw Huisartsenzorg, geneeskundige GGZ (<i>zie toelichting</i>)
	Aanpassingsstoornissen	Nee Behandeling wettelijk uitgesloten (<i>zie toelichting</i>)
	Andere en ongespecificeerde trauma en stressorgerelateerde stoornissen	Zvw Huisartsenzorg, geneeskundige GGZ
8. Dissociatieve stoornissen²	Alle dissociatieve stoornissen	Zvw Huisartsenzorg, geneeskundige GGZ

DSM 5 hoofdgroep	Type stoornis	Bekostigingskader ¹	
9.	Somatische-symptoomstoornis en verwante stoornissen²	<i>Alle</i> somatische-symptoomstoornissen en aanverwante stoornissen, met uitzondering van <ul style="list-style-type: none"> ○ Psychische factoren die somatische aandoeningen beïnvloeden 	Zvw Nee Huisartsenzorg, geneeskundige GGZ Deze problemen kunnen bij een DSM-classificatie gecodeerd worden maar niet als hoofddiagnose (<i>zie toelichting</i>)
10.	Voedings- en eetstoornissen²	<i>Alle</i> voedings- en eetstoornissen, met uitzondering van; <ul style="list-style-type: none"> ○ Lichte eetbui⁴ (1 tot 3 eetbui-episoden per week) 	Zvw Zvw Huisartsenzorg, geneeskundige GGZ Huisartsenzorg Behandeling in de geneeskundige GGZ alleen als sprake is van de specificatie: <ul style="list-style-type: none"> ○ Matig (4 tot 7 eetbui-episoden per week) ○ ernstig (8 tot 13 eetbui-episoden per week) ○ zeer ernstig (14 of meer eetbui-episoden per week)
11.	Stoornissen in de zindelijkheid²	<i>Alle</i> stoornissen in de zindelijkheid	Zvw Huisartsenzorg, somatisch medisch specialistische zorg, paramedische zorg
12.	Slaap-waakstoornissen²	<i>Alle</i> slaap-waakstoornissen	Zvw Huisartsenzorg, somatisch medisch specialistische zorg (<i>zie toelichting</i>)

DSM 5 hoofdgroep		Type stoornis	Bekostigingskader ¹	
13.	Seksuele disfuncties²	Alle seksuele disfuncties	Zvw	Huisartsenzorg, somatisch medisch specialistische zorg (zie toelichting)
14.	Genderdysforie²	Genderdysforie bij volwassenen	Zvw	Huisartsenzorg, somatisch medisch specialistische zorg, geneeskundige GGZ
15.	Disruptieve, impulsbeheersings- en andere gedragsstoornissen²	Alle disruptieve, impulsbeheersings- en andere gedragsstoornissen	Zvw	Huisartsenzorg, geneeskundige GGZ
16.	Middelgerelateerde en verslavingsstoornissen²	Alle middelengerelateerde en verslavingsstoornissen met uitzondering van: <ul style="list-style-type: none"> o Cafeïneonttrekingsyndroom⁴ o Tabaksgerelateerde stoornissen⁵ 	Zvw Zvw Zvw	Huisartsenzorg, somatisch medisch specialistische zorg, geneeskundige GGZ Huisartsenzorg, somatisch medisch specialistische zorg Zorg bij het 'Stoppen met rokenprogramma' is als afzonderlijke te verzekeren prestatie in de Zorgverzekeringwet opgenomen, namelijk onder artikel 2.4, Besluit zorgverzekering (Bzv). Zie ook Beleidsregel BR/CU-7073 en Nadere Regel NR/CU-713 van de NZa.

⁵ Rapport 'Stoppen-met-roken-programma': te verzekeren zorg, d.d. 21 april 2009: <https://www.zorginstituutnederland.nl/publicaties/adviezen/2009/04/21/stoppen-met-rokenprogramma---te-verzekeren-zorg>

DSM 5 hoofdgroep	Type stoornis	Bekostigingskader ¹	
17. Neurocognitieve stoornissen	Delirium ²	Zvw	Huisartsenzorg, somatisch medisch specialistische zorg, geneeskundige GGZ: bij voorkeur PAAZ/PUK (<i>zie toelichting</i>)
	Uitgebreide neurocognitieve stoornissen ⁴	Zvw	Huisartsenzorg, somatisch medisch specialistische zorg, geneeskundige GGZ (<i>zie toelichting</i>)
	Beperkte neurocognitieve stoornissen ⁴	Zvw	Huisartsenzorg, somatisch medisch specialistische zorg (<i>zie toelichting</i>)
18. Persoonlijkheidsstoornissen ²	Alle persoonlijkheidsstoornissen	Zvw	Huisartsenzorg, geneeskundige GGZ
19. Parafiele stoornissen ²	Alle parafiele stoornissen	Zvw	Huisartsenzorg, geneeskundige GGZ

DSM 5 hoofdgroep		Type stoornis	Bekostigingskader ¹	
20.	Overige psychische stoornissen	Andere en ongespecificeerde psychische stoornissen door een somatische aandoening ²	Zvw	Huisartsenzorg, somatisch medisch specialistische zorg, geneeskundige GGZ
		Andere gespecificeerde psychische stoornis	Nee	De DSM-5 biedt bij vrijwel alle stoornissen de mogelijkheid om te schrijven op 'andere gespecificeerde stoornissen'. Deze codering heeft daarmee geen toegevoegde waarde.
		Ongespecificeerde psychische stoornis ⁴	Zvw	Huisartsenzorg, geneeskundige GGZ
21.	Bewegingsstoornissen en andere bijwerkingen van medicatie	<i>Alle</i> bewegingsstoornissen en andere bijwerkingen van medicatie	Zvw	Huisartsenzorg, somatisch medisch specialistische zorg, geneeskundige GGZ; mensen die al geruime tijd niet onder behandeling zijn in de geneeskundige GGZ omdat zij stabiel zijn, kunnen als zich toch bijwerkingen van medicatie voordoen voor een consult naar de psychiater (<i>zie toelichting</i>)
22.	Andere problemen die een reden voor zorg kunnen zijn²	<i>Alle</i> andere problemen die een reden voor zorg kunnen zijn	Nee	Deze problemen kunnen bij een DSM-classificatie gecodeerd worden maar niet als hoofddiagnose

Toelichting op enkele onderdelen van de tabel

Ad 1 Neurobiologische ontwikkelingsstoornissen

1.1 Verstandelijke beperkingen

Afhankelijk van de ernst van de verstandelijke beperking kan sprake zijn van een Wlz-grondslag (Wet langdurige zorg). De Wlz is gericht op mensen die een blijvende behoefte hebben aan permanent toezicht of 24 uur per dag zorg in de nabijheid vanwege:

- een somatische of psychogeriatrische aandoening of beperking, of
- een verstandelijke, lichamelijke of zintuiglijke handicap.

Voor de criteria voor een Wlz-grondslag verstandelijke handicap verwijzen wij u naar het Wlz-kompas op onze site.

<https://www.zorginstituutnederland.nl/Verzekerde+zorg/t/toegang-tot-wlz-zorg>

1.2 Specifieke leerstoornis

Hulp bij leerstoornissen vindt in Nederland plaats vanuit het onderwijs en niet vanuit de geneeskundige GGZ. Passend onderwijs is niet alleen ingevoerd in het regulier en speciaal basis- en voortgezet onderwijs, maar ook in het middelbaar beroepsonderwijs (MBO). Met ingang van 1 januari 2015 is de dyslexiezorg overgeheveld van de Zorgverzekeringswet naar de Jeugdwet.

1.3 Andere gespecificeerde neurobiologische ontwikkelingsstoornissen

De rubriek andere gespecificeerde neurobiologische ontwikkelingsstoornissen is van toepassing op klinische beelden waarbij symptomen die kenmerkend zijn voor een neurobiologische ontwikkelingsstoornis beperkingen veroorzaken in het sociale of beroepsmatige functioneren, of het functioneren op andere belangrijke terreinen, maar die niet volledig voldoen aan de criteria voor een van de stoornissen in de categorie neurobiologische ontwikkelingsstoornissen.

Deze rubriek heeft betrekking op *alle* neurobiologische ontwikkelingsstoornissen, dus ook op stoornissen die niet in de geneeskundige GGZ worden behandeld (bijv. communicatiestoornissen) of stoornissen die niet tot het domein van de Zvw behoren (bijv. specifieke leerstoornis). Andere gespecificeerde neurobiologische stoornissen kunnen alleen in de geneeskundige GGZ worden behandeld als het gaat om classificaties die tot het domein van de geneeskundige GGZ behoren. Een aantal van deze stoornissen kent een eigen 'andere gespecificeerde classificatie'. Dit geldt voor de classificaties 'aandachtsdeficiëntie/hyperactiviteitsstoornissen' en 'ticstoornissen'. Daarom is de rubriek 'andere gespecificeerde neurobiologische stoornissen' in de tabel beperkt tot 'andere autismespectrumstoornissen' en 'andere stereotype bewegingsstoornissen'.

Ad 4 Depressieve stemmingsstoornissen

4.1 Disruptieve stemmingsstoornissen

De stoornis is in het hoofdstuk van de depressieve stemmingsstoornissen opgenomen om te voorkomen dat iemand op (zeer jonge) kinderleeftijd de classificatie bipolaire stoornis opgeplakt krijgt. Omdat in de DSM 5 aangegeven wordt dat deze stoornis niet meer dient te worden gesteld na het 18^e jaar valt deze stoornis niet binnen het kader voor de volwassen geneeskundige GGZ.

4.2 Premenstruele stemmingsstoornis

De voornaamste kenmerken van de premenstruele stemmingsstoornis zijn uitingen van stemmingslabiliteit, prikkelbaarheid, somberheid en angstklachten die zich herhaaldelijk voordoen tijdens de premenstruele fase van de cyclus en die rond het begin van de menstruatie, of kort daarna, weer afnemen. Het verschil met het Premenstrueel syndroom (PMS) zou vooral gelegen zijn in het feit dat er bij het PMS geen sprake hoeft te zijn van affectieve symptomen. Gezien het classificatiecriterium dat de depressieve klachten ontstaan vóór de menstruatie en weer verdwijnen ná de menstruatie is het evident dat de hormonale schommelingen een grote rol spelen bij deze stemmingsstoornis. De NVOG heeft een richtlijn

Premenstrueel Syndroom (2012) ontwikkeld. Hierin wordt gebruik gemaakt van de Daily Record of Severity of Problems die ook wordt vermeld bij de diagnostische markers in de DSM-5-classificatie PMSS. Gezien de overlap in symptomen en diagnostiek tussen PMS en PMSS zijn wij van mening dat huisarts en gynaecoloog aan zet zijn bij de behandeling van deze stoornis. De huisarts kan uiteraard een GGZ-professional consulteren. Wij rekenen de behandeling van deze stemmingsstoornis niet tot de geneeskundige GGZ.

Ad 5 Angststoornissen

5.1 Specifieke fobie

Behandeling van angststoornissen is onderdeel van de aanspraak geneeskundige GGZ. Een uitzondering maken we voor de specifieke (enkelvoudige) fobie. In de multidisciplinaire richtlijn angststoornissen (2011) is een beslisboom voor interventies opgenomen. Voor de specifieke fobie geldt op basis van deze richtlijn dat eerst de huisarts/POH GGZ aan zet is en pas bij onvoldoende resultaat wordt doorverwezen naar de geneeskundige GGZ. Men gaat ervan uit dat bij een specifieke fobie (dier, natuur of overige type fobie) in niet-frequent voorkomende situaties incidenteel slaap- en kalmeringsmiddelen (benzodiazepinen) geïndiceerd zijn. Bijvoorbeeld bij vliegangst als iemand toch gaat vliegen. De behandeling van deze fobieën is onderdeel van de huisartsenzorg, maar de benzodiazepinen zelf kunnen in deze situaties niet worden vergoed vanuit de basisverzekering. Vanaf 1 januari 2009 is de vergoeding van benzodiazepinen vanuit de basisverzekering komen te vervallen. Alleen voor een kleine groep patiënten is de vergoeding vanuit de basisverzekering blijven bestaan. In frequent voorkomende situaties of bij bloed- letsel- of injectiefobie komt behandeling binnen een gespecialiseerde setting voor angststoornissen voor vergoeding in aanmerking, maar alleen als de eerdere interventies zijn doorlopen.

Ad 6 Obsessieve-compulsieve en verwante stoornissen

6.1 Verzamelstoornis

Wij rekenen de behandeling van de verzamelstoornis niet onder de geneeskundige GGZ, tenzij sprake is van de specificaties:

- o excessief verwerven, *en*
- o gering of ontbrekend realiteitsbesef/waanovertuigingen.

Cognitieve gedragstherapie is een effectieve behandeling bij obsessieve-compulsieve stoornissen. Er is een zorgstandaard 'Angststoornissen' in ontwikkeling, waarin de obsessieve-compulsieve stoornis wordt meegenomen (2017).

6.2 Excoriatiestoornis (huidpulkstoornis)

Primair valt behandeling van deze stoornis onder de huisartsenzorg en (somatisch) medisch specialistische (huidartsen)zorg, zonedig ondersteund door de medisch psychologische zorg in een algemene ziekenhuis. Bij ernstige lichamelijke complicaties kan de geneeskundige GGZ aangewezen zijn. Cognitieve gedragstherapie is een effectieve behandeling bij obsessieve-compulsieve stoornissen. Er is een zorgstandaard 'Angststoornissen' in ontwikkeling, waarin de obsessieve-compulsieve stoornis wordt meegenomen (2017).

6.3 Obsessieve-compulsieve of verwante stoornis door een somatische aandoening

De voornaamste kenmerken zijn significante symptomen van een obsessieve-compulsieve of verwante stoornis (huidpulken, haar uittrekken of andere repetitieve handelingen) als een direct pathofysiologisch gevolg van een relevante somatische aandoening. Het beloop is afhankelijk van het verloop van de somatische aandoening. De behandeling van deze stoornis valt primair onder de somatische zorg (huisartsenzorg en somatische medisch specialistische zorg). We zijn van mening dat als er ook geneeskundige GGZ nodig is, de somatische zorg erbij betrokken moet blijven.

Ad 7 Trauma- en stressgerelateerde stoornissen

7.1 Reactieve hechtingsstoornis en ontremd-sociaalcontactstoornis

De DSM-IV-classificatie reactieve hechtingsstoornis op zuigelingenleeftijd of vroege kinderleeftijd had twee subtypen: het geremde type en het ontremde type. In de DSM-5 zijn deze subtypen nu gesplitst in twee afzonderlijke stoornissen: de reactieve hechtingsstoornis en de ontremd-sociaalcontactstoornis. Het betreft hier stoornissen die ontstaan in de kinderleeftijd, maar waarvan de behandeling door kan lopen als de cliënt 18 jaar wordt.

7.3 Acute stress-stoornis

Deze stoornis duurt volgens de criteria van de DSM-IV maximaal vier weken en heeft op zich een natuurlijk beloop. In de multidisciplinaire richtlijn 'Vroegtijdige psychosociale interventies na rampen, terrorisme en andere schokkende gebeurtenissen' (2007) wordt echter het volgende aangegeven: 'De werkgroep beveelt behandeling met traumagerichte cognitieve gedragstherapie (CGT) aan voor getroffenen met een acute stress-stoornis (ASS) of ernstige symptomen van acute posttraumatische stress-stoornis (PTSS) gedurende de eerste maand na een schokkende gebeurtenis'. Gelet op de specifieke aanbeveling van een specialistische interventie bij ASS en het feit dat PTSS tot verzekerde GGZ behoort, valt ook de ASS onder de aanspraak voor geneeskundige GGZ.

7.4 Aanpassingsstoornissen

De behandeling van aanpassingsstoornissen is door de minister van VWS met ingang van 1 januari 2012 uitgesloten van de zorg in het kader van de Zvw.

Ad 9 Somatische-symptoomstoornis en verwante stoornissen

9.1 Psychische factoren die somatische aandoeningen beïnvloeden

De classificatie 'Psychische factoren die somatische aandoeningen beïnvloeden' viel onder de DSM IV TR onder het hoofdstuk 'Andere aandoeningen en problemen die een reden tot zorg kunnen zijn'. Het gaat hier onder andere om de zogenaamde V-codes. Over V-codes hebben wij het standpunt ingenomen dat deze als *hoofddiagnose* geen aanspraak geven op geneeskundige GGZ, maar deze factoren kunnen wel bij een DSM-classificatie gecodeerd worden.

Ad 10 Voedings- en eetstoornissen

10.1 Eetbuiestoornis

Het hoofdkenmerk hiervan is de recidiverende eetbui-episode die gedurende drie maanden gemiddeld minstens eenmaal per week plaatsvindt met het gevoel van geen beheersing te hebben over het eten tijdens de episode. Onder een 'eetbui-episode' wordt verstaan het meer eten in een bepaalde tijdsperiode dan normaal geacht wordt.

De DSM-5 beschrijft de eetbui-stoornis gedetailleerd; de volgende specificaties zijn opgenomen 'gedeeltelijk of volledig in remissie' en een specificatie van de ernst in 4 gradaties:

- **Licht** (1 tot 3 eetbui-episoden per week);
- **Matig** (4 tot 7 eetbui-episoden per week);
- **Ernstig** (8 tot 13 eetbui-episoden per week);
- **Zeer ernstig** (14 of meer eetbui-episoden per week).

De Richtlijn eetstoornissen (2006) is summier over eetbuien. De behandeling van de eetbuiestoornis kan onder de verzekerde geneeskundige GGZ vallen mits voldaan wordt aan de specificatie matig, ernstig of zeer ernstig. De behandeling van obesitas valt niet onder de geneeskundige GGZ. Zorgstandaard eetstoornissen is in ontwikkeling (2017).

Ad 12 Slaap-waakstoornissen

Slaapstoornissen (sec) dienen primair te worden behandeld in de huisartsenpraktijk. Bij langdurende slapeloosheid met ernstige lijdensdruk kan de huisarts verwijzen naar een slaap-/waakcentrum. Wij baseren ons daarbij op de NHG-Standaard Slaapproblemen en

slaapmiddelen (2014). Deze standaard zet in op gedragsmatige behandeling van slaapproblemen in de huisartsenpraktijk bij voorkeur door de praktijkondersteuner (POH) GGZ. In deze standaard is aangegeven welke patiënten in aanmerking komen voor verwijzing of consultatie. Indien er een (andere) psychische stoornis (bijvoorbeeld depressieve stoornis, angststoornis) ten grondslag ligt aan de slaapproblemen, kunnen deze vanuit de geneeskundige GGZ worden behandeld. In dat geval dient deze andere psychische stoornis de hoofddiagnose te zijn.

Ook de behandeling van de nieuwe DSM 5 classificaties 'remslaapgedragsstoornis' en het 'rustelozebenen syndroom' vinden primair plaats in de huisartsenzorg en de (somatisch) medisch specialistische zorg.

Ad 13 Seksuele disfuncties

Seksuologische zorg valt in beginsel niet onder de geneeskundige GGZ. Bij de meeste seksuele disfuncties spelen zowel biologisch-fysieke als psychologische en mogelijk ook sociale factoren een rol. Veel van deze stoornissen kunnen uitstekend behandeld worden binnen de huisartsenpraktijk. Zo nodig vindt doorverwijzing naar de tweede lijn plaats. De diagnostiek en behandeling zijn in elk geval onderdeel van de somatisch medisch-specialistisch zorg, waarbij een nauwe samenwerking met seksuologen en psychologen/psychotherapeuten borg staat voor een integrale benadering.

De situatie bij verwijzing door de huisarts is als volgt:

- > bij seksuele dysfuncties die samenhangen met een somatische stoornis kan de huisarts zonedig doorverwijzen naar de somatisch medisch specialist.
- > bij seksuele dysfuncties die samenhangen met een psychische stoornis kan de huisarts doorverwijzen naar de geneeskundige GGZ.
- > seksuele disfuncties die *niet* samenhangen met een somatische of psychische stoornis kunnen in de huisartsenpraktijk worden behandeld; de huisarts kan wel verwijzen naar een andere zorgaanbieder, maar dan komen de kosten van die behandeling voor eigen rekening van de cliënt.

In geval van een volwassene met seksuele disfuncties en een verleden van seksueel misbruik of grensoverschrijdend gedrag is het van belang dat door de huisarts goed gekeken wordt wat er aan de hand is. Mocht de huisarts een vermoeden hebben dat een traumatische ervaring een rol speelt, kan deze verwijzen naar de geneeskundige GGZ voor een adequate diagnose van eventueel PTSS. Indien daar sprake van is, is behandeling daarvan in de geneeskundige GGZ geïndiceerd. Seksuele disfuncties kunnen in die behandeling meegenomen worden. Indien geen sprake is van PTSS, dient er terugverwijzing plaats te vinden en kan de huisarts en/of POH-GGZ de klachten behandelen.

In de DSM 5 is de zorg voor genderdysforie en parafiele stoornissen in een aparte classificatie opgenomen (zie tabel onder 14 en 19). Voor deze stoornissen kan behandeling in de geneeskundige GGZ geïndiceerd zijn.

Ad 17 Neurocognitieve stoornissen

In dit hoofdstuk van de DSM 5 classificatie wordt een spectrum van cognitieve en functionele beperkingen beschreven. Naast de classificatie 'delirium' wordt onderscheid gemaakt tussen 'beperkte neurocognitieve stoornissen' en 'uitgebreide neurocognitieve stoornissen'.

Delirium

Het delier is per definitie een organisch psychiatrische stoornis en altijd het gevolg van cerebrale ontregeling door een lichamelijke aandoening of gebruik van middelen. In de Richtlijn Delier volwassenen en ouderen van de NVvP (2013) is het volgende vermeld. "*Bij een zeer ernstig delier waarbij ook forse agitatie of bewegingsdrang op kan treden met onverantwoord wegglopedrag tot gevolg en waarbij de zorg voor de patiënt zelf of voor anderen in gevaar komt, kan een kortdurende overplaatsing naar een geriatrische afdeling van een algemeen ziekenhuis (GAAZ), indien aanwezig, overwogen worden, ondanks het mogelijk*

negatief effect op verandering van vertrouwde omgeving (Ahmed et al., 2010). Als alternatief voor niet anders afwendbaar gevaar ten gevolge van de gedragsproblematiek kan plaatsing in een psychiatrische setting overwogen worden. Hierbij heeft een afdeling binnen het algemeen ziekenhuis met gecombineerde psychiatrische en somatische expertise de absolute voorkeur boven plaatsing in een psychiatrische kliniek buiten het algemeen ziekenhuis. Verschillende opties zijn hiervoor denkbaar, afhankelijk van lokale voorzieningen en ontwikkelingen. Gedacht kan worden aan een psychiatrische afdeling van een algemeen ziekenhuis (PAAZ) of aan een zogenaamde MedPsych of PsychMed Unit (MPU of PMU); dit zijn multidisciplinair georganiseerde afdelingen waar somatisch specialisten en psychiaters gezamenlijk patienten behandelen (George et al., 2011)."

In de multidisciplinaire richtlijn 'Stoornissen in het gebruik van alcohol'(2009) wordt op pagina 9 vermeld: "Bij delirant beeld zal overplaatsing naar een afdeling Interne Geneeskunde of Psychiatrie van een algemeen ziekenhuis moeten plaatsvinden.'

De NHG standaard Delier bij ouderen (eerste herziening 2014) vermeldt: "Indien verwijzing of opname geïndiceerd is, verwijst de huisarts naar een (niet-psychiatrisch) ziekenhuis".

Gelet op deze richtlijnen dient de behandeling van een delier bij voorkeur plaats te vinden op de afdeling psychiatrie van een algemeen ziekenhuis (PAAZ) of op de afdeling psychiatrie van een universitair ziekenhuis (PUK).

Beperkte cognitieve stoornissen

Bij de beperkte cognitieve stoornissen bestaat het gevaar van onder en overrapportage en zijn beoordelingen van betrokkene zelf en objectieve aanwijzingen uit bijv. tests vereist. Dit gaat veelal over ouderen die zich zorgen maken over hun geheugen. Behandeling geschiedt door huisarts (psycho-educatie). De huisarts kan de klinisch geriater, specialist ouderengeneeskunde, neuroloog of GGZ-professional consulteren mede afhankelijk van de ter plekke georganiseerde zorgketen. Het kan van belang zijn een eventuele depressieve stoornis als oorzaak van de geheugenproblemen uit te sluiten. Als er sprake is van een depressie kan geneeskundige GGZ aangewezen zijn. De 'Zorgstandaard Dementie' is opgenomen in het Register van het Kwaliteitsinstituut.

Uitgebreide neurocognitieve stoornissen

Deze komen overeen met de classificatie 'Dementie' in de DSM IV. Hierbij zijn wel evidente onderliggende neuropathologie en vaak ook etiologie vast te stellen zoals 'met lewylichaampjes', 'door Hiv infectie', 'door ziekte van Parkinson' en 'door ziekte van Huntington'.

De zorg bij uitgebreide neurocognitieve stoornissen wordt bij voorkeur aangeboden vanuit de ketenaanpak (huisarts, medisch specialistische zorg, wijkverpleging, verpleeghuis en GGZ). geneeskundige GGZ is met name aan de orde om te bepalen of er sprake is van een psychische stoornis en bij de behandeling van gedragsstoornissen. De 'Zorgstandaard Dementie' is opgenomen in het Register van het Kwaliteitsinstituut.

Ad 21 Bewegingsstoornissen en andere bijwerkingen van medicatie

De DSM 5 classificatie 'bewegingsstoornissen en andere bijwerkingen van medicatie' werd in de DSM IV 'bewegingsstoornis door medicamenten teweeggebracht' genoemd. Deze stoornissen vielen onder het hoofdstuk 'Andere aandoeningen en problemen die een reden voor zorg kunnen zijn'. Ten aanzien van deze categorie aandoeningen/problemen hebben we in het 'Advies geneeskundige GGZ deel 2' gesteld, dat deze als *hoofddiagnose* geen aanspraak geven op geneeskundige GGZ, maar dat deze factoren wel bij een DSM-classificatie kunnen worden gecodeerd. De reden dat we hier voor de DSM-classificatie 'bewegingsstoornissen en andere bijwerkingen van medicatie' van het oude standpunt afwijken, is dat het hier in feite niet gaat om psychische stoornissen. Cliënten kunnen al geruime tijd niet meer onder behandeling zijn in de geneeskundige GGZ om dat zij stabiel zijn. Als er zich later toch bijwerkingen van medicatie voordoen, dan kan de psychiater deze classificatie gebruiken en hoeft hij/zij niet terug te grijpen op de classificatie van de oorspronkelijke psychische stoornis.