Zorginstituut Nederland

> Retouradres Postbus 320, 1110 AH Diemen

Aan de minister van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport
Postbus 20350
2500 EJ DEN HAAG

Zorginstituut Nederland
Pakket

Eekholt 4
1112 XH Diemen
Postbus 320
1110 AH Diemen
www.zorginstituutnederland.nl
info@zinl.nl

T +31 (0)20 797 89 59

Contactpersoon
mw. drs. L.A. Rijnierse
T +31 (0)20 797 80 93

0530.2015154182

Datum 12 januari 2016
Betreft Herzien advies DSM-5, onderdeel Andere gespecificeerde stoornissen

Onze referentie
2015154182

Bijlage
1

Geachte mevrouw Schippers,

Op 9 maart 2015 verzocht u om nadere toelichting op ons rapport 'DSM-5 en de gevolgen voor de verzekering'. Het ging hierbij om de volgende twee vragen.

U verzocht om een nadere onderbouwing van ons standpunt ten aanzien van de classificatie 'Andere gespecificeerde stoornis'. Hiertoe is een vervolgtraject opgestart met betrokken partijen. In bijgevoegd rapport worden resultaten en conclusie van dit traject beschreven. Tevens vroeg u ons om toe te lichten waarom wij geen nadere financiële duiding van de effecten van de invoering van de DSM-5 op het verzekerde pakket hebben gemaakt. De laatste vraag is middels een brief aan uw ministerie op 14 april 2015 door ons beantwoord.

Vervolgtraject Andere gespecificeerde stoornissen

Een aantal GGZ-aanbieders en patiëntenvereniging Landelijk Platform GGz maakten na de vaststelling van het rapport 'DSM-5 en de gevolgen voor de verzekering' op 16 december 2014 bezwaar tegen ons standpunt dat alleen de classificaties 'Andere gespecificeerde schizofreniespectrumstoornis en andere psychotische stoornissen' aanspraak zouden moeten geven op verzekerde geneeskundige GGZ. We zijn hierop met partijen een vervolgtraject gestart.

Het traject heeft geleid tot een herzien standpunt: de classificatie 'Andere gespecificeerde stoornis' moet net als bij de stoornissen NAO uit de DSM-IV toegang geven tot de verzekerde geneeskundige GGZ. Op basis van de bevindingen in het vervolgtraject met partijen constateren we dat er in het geval van een classificatie 'Andere gespecificeerde stoornis' voldaan wordt aan de definitie van een stoornis, en dat het niet gaat om patiënten met subklinische problemen. Uit de cijfers blijkt dat het gaat om een aanzienlijk aantal patiënten en dat een deel van deze patiënten lijdt onder een behoorlijke ziektelast, waarvoor zorg vanuit de geneeskundige GGZ aangewezen is.

Om het houvast ten aanzien van deze groep stoornissen te vergroten en gepast gebruik te bevorderen hebben we een aantal voorwaarden gesteld, waaronder aandacht voor deze stoornissen in de te ontwikkelen kwaliteitsstandaarden GGZ.

Zorginstituut Nederland
Pakket

Datum
12 januari 2016

Onze referentie
2015154182

Dit wordt opgepakt door het veld. Daarnaast evalueert het Zorginstituut de gevolgen van de invoering van de DSM-5 (met bijzondere aandacht voor de Andere gespecificeerde stoornissen).

Gevolgen herzien advies voor conclusie DSM-5-rapport

Aangezien de classificaties 'NAO' op basis van de DSM-IV op dit moment toegang geven tot de geneeskundige GGZ, zou het beperken van de aanspraak op basis van de DSM-5-classificaties 'Andere gespecificeerde stoornis' een beperking van het pakket hebben ingehouden. De impact van deze inperking is in de aanloop naar het DSM-5-advies als gering ingeschat, op grond van de aanname dat deze classificatie slechts bij een minimaal aantal patiënten van toepassing zou zijn. Dit bleek achteraf niet het geval. Het handhaven van het standpunt dat de 'Andere gespecificeerde stoornissen' geen te verzekeren zorg zijn[1] heeft gevolgen voor de toegang tot het pakket en zou derhalve neerkomen op een pakketingreep. Dat hadden wij niet beoogd.

De classificaties 'Andere gespecificeerde stoornissen' worden op basis van de DSM-IV, onder de noemer 'stoornissen NAO', ook tot de geneeskundige GGZ gerekend. Door het advies te herzien treedt op dit punt dus geen wijziging op bij de overgang van DSM-IV naar DSM-5. En van deze herziening verwachten we geen gevolgen voor de eerder getrokken conclusie, namelijk dat de invoering van de DSM-5 geen wijzigingen van het verzekerde pakket tot gevolg zal hebben. Immers, een nieuw classificatiesysteem leidt niet tot nieuwe psychische aandoeningen (indicaties voor behoefte aan geneeskundige zorg) of nieuwe interventies; het is een herziening van een classificatiesysteem van bestaande aandoeningen en symptomen. In de DSM-5 zijn classificaties toegevoegd, verwijderd, verplaatst, opgesplitst, samengevoegd en herbenoemd, maar in feite betreft het dezelfde patiëntenpopulatie. Voor de 'nieuwe' stoornissen geldt dat zij al voor verzekerde zorg in aanmerking kwamen, zij het onder een andere noemer.

De kwaliteitsstandaarden zoals deze nu ontwikkeld worden voor de GGZ, dragen ertoe bij dat iedere patiënt de juiste zorg krijgt, ook in geval van de Andere gespecificeerde stoornissen. Vanaf het moment dat de DSM-5 leidend wordt voor de uitvoeringspraktijk zullen wij de gevolgen van de invoering monitoren.

Tot slot merken we nogmaals op dat de DSM-classificatie als basis voor de toegang tot de geneeskundige GGZ zijn beperkingen kent. Dit heeft onze aandacht en we gaan met het veld in gesprek over mogelijkheden om te komen tot een betere basis.

Hoogachtend,

Arnold Moerkamp
Voorzitter Raad van Bestuur

[1] M.u.v. de Andere gespecificeerde schizofreniespectrumstoornis en andere psychotische stoornissen.

Zorginstituut Nederland

Herziening rapport DSM-5 en de gevolgen voor de verzekering, onderdeel Andere gespecificeerde stoornissen

Datum 12 januari 2016
Status Definitief

Colofon

Volgnummer	2015121216
Contactpersoon	mw. drs. L.A. Rijnierse +31 (0)20 797 80 93
Afdeling	Sector Zorg
Uitgebracht aan	De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Inhoud

Colofon—1

Samenvatting—5

1 Inleiding—7
1.1 Aanleiding—7
1.2 Advies DSM-5 t.a.v. Andere gespecificeerde stoornissen—7
1.3 Inhoud vervolgtraject—7

2 Andere gespecificeerde stoornissen, opnieuw bezien—9
2.1 Inleiding—9
2.2 Andere gespecificeerde stoornis—9
2.2.1 Wat is een Andere gespecificeerde stoornis?—9
2.3 Overwegingen en conclusie rapport DSM-5—9
2.3.1 Overwegingen—9
2.3.2 Bespreking Adviescommissie Pakket (ACP)—10
2.3.3 Conclusie—10
2.4 Heroverweging—10
2.4.1 Definitie van een stoornis—10
2.4.2 Omvang—10
2.4.3 Ernst—12
2.4.4 Ontbreken indicatie ernst—12
2.5 Voorlopige conclusie vervolgtraject—13

3 Beperkingen DSM—15
3.1 Beperkingen DSM als uitgangspunt voor de aanspraken—15
3.1.1 Zorgbehoefte en lijdensdruk in relatie tot de aanspraken—15
3.2 Beperking DSM als classificatiesysteem—15
3.2.1 Met betrekking tot de Andere gespecificeerde stoornissen—15
3.3 Afspraken—16

4 Consequenties herzien advies DSM-5—17
4.1 Gevolgen invoering DSM-5 voor verzekerde pakket—17
4.2 Gevolgen herzien advies voor conclusie DSM-5-rapport—17

5 Reacties belanghebbende partijen—19
5.1 Consultatie—19
5.2 Reacties op de consultatievragen—19

6 Bespreking Adviescommissie Pakket (ACP)—21

7 Besluit—23

Bijlage 1 Casuïstiek Andere gespecificeerde stoornissen—25

Bijlage 2 Reacties consultatie belanghebbende partijen—29

Samenvatting

In dit rapport beantwoorden we de vraag of de DSM-classificatie 'Andere gespecificeerde stoornis' toegang moet geven tot de verzekerde geneeskundige GGZ. In het rapport 'DSM-5 en de gevolgen voor de verzekering' stelden we dat alleen de classificaties 'Andere gespecificeerde schizofreniespectrumstoornis en andere psychotische stoornissen' aanspraak zouden moeten geven op verzekerde geneeskundige GGZ. Dit standpunt leidde tot bezwaren van aanbieders en patiëntenvereniging Landelijk Platform GGz. In dit rapport bespreken we de resultaten van het hierop ingezette vervolgtraject. Dit vervolgtraject heeft geleid tot een herzien advies.

De 'Andere gespecificeerde stoornis' is de classificatie die door een clinicus wordt gebruikt wanneer het beeld niet voldoet aan de criteria voor een specifieke(re) stoornisclassificatie. Om deze stoornis te mogen classificeren moet voldaan zijn aan de algemene definitie van een psychische stoornis, zoals omschreven in de DSM-5. Er is bij deze classificatie dus geen sprake van subklinische problemen, zoals eerder werd aangenomen.

Het betreft een groep stoornissen met een aanzienlijke omvang. Naar schatting worden per jaar zo'n 70.000 patiënten met als hoofddiagnose een 'stoornis NAO'[1] behandeld in de gespecialiseerde GGZ. Er moet voldaan worden aan de criteria voor een stoornis om een 'Andere gespecificeerde stoornis' te mogen classificeren, maar de DSM biedt vervolgens geen mogelijkheid om een nadere indicatie te geven van de ernst of complexiteit. Wel is bijvoorbeeld van de classificaties Persoonlijkheidsstoornissen bekend dat het percentage 'Persoonlijkheidsstoornissen NAO' ongeveer 47% is. De symptomatische en functionele last van mensen met een 'Persoonlijkheidsstoornis NAO' is vergelijkbaar met de last van mensen met een specifieke persoonlijkheidsstoornis.

We herzien ons standpunt op basis van de in het vervolgtraject verkregen informatie: de classificatie 'Andere gespecificeerde stoornis' dient net als de stoornissen NAO in de DSM-IV toegang te geven tot de verzekerde GGZ. Om gepast gebruik m.b.t. deze groep stoornissen te bevorderen zijn een aantal voorwaarden gesteld:

- In de stoornisspecifieke kwaliteitsstandaarden, die op dit moment ontwikkeld worden door het Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGZ, wordt specifiek aandacht besteed aan de classificatie 'Andere gespecificeerde stoornis'. Zo wordt voor patiënten, behandelaren en verzekeraars duidelijk wat voor deze groep patiënten gepaste zorg is.

- De gevolgen van de invoering van de DSM-5 ten opzichte van de DSM-IV worden geëvalueerd, met bijzondere aandacht voor de 'Andere gespecificeerde stoornissen'.

- Om verzekeraars meer houvast te bieden bij de omgang met classificaties 'Andere gespecificeerde stoornissen organiseren beroepsverenigingen NVvP en NIP een symposium over dit onderwerp.

[1] Bij gebruik van de DSM-5 wordt deze classificatie 'Andere gespecificeerde stoornis' genoemd.

Dit standpunt geldt vanaf het moment dat de DSM-5 leidend wordt in de uitvoeringspraktijk. Dit gebeurt in overleg met VWS en de betrokken partijen.

1 Inleiding

1.1 Aanleiding

Op 16 december 2014 stelde het Zorginstituut het rapport 'DSM-5 en de gevolgen voor de verzekering' vast. Een specifiek onderdeel van het rapport leidde tot bezwaren vanuit GGZ-aanbieders en het Landelijk Platform GGZ. Hierop zijn we een vervolgtraject gestart met de betrokken partijen: NVvP, NIP, GGZ Nederland, LPGGz, LVVP en verzekeraars. Ook de minister heeft aangegeven dat zij het van belang acht dat er voor alle partijen op dit punt helderheid ontstaat en om toelichting gevraagd.

1.2 Advies DSM-5 t.a.v. Andere gespecificeerde stoornissen

Het rapport 'DSM-5 en de gevolgen voor de verzekering' beantwoordde de vraag 'Wat zal de invoering van de DSM-5 betekenen voor de inhoud en omvang van het basispakket Zvw?' In het rapport zijn de nieuwe classificaties in de DSM-5 ten opzichte van de DSM-IV en enkele andere relevante generieke wijzigingen beoordeeld. Een van deze generieke wijzigingen betrof de classificatie(s) 'Andere gespecificeerde stoornis'. Deze wijziging en de niet eenduidige reactie van partijen m.b.t. deze classificatie in het consultatietraject, hebben geleid tot het advies om de aanspraak op geneeskundige GGZ voor de classificaties 'Andere gespecificeerde stoornis' te beperken tot de 'Andere gespecificeerde schizofreniespectrumstoornis en andere psychotische stoornissen'. De overige classificaties 'Andere gespecificeerde stoornis' zouden op basis van dit advies niet (meer) in aanmerking komen voor vergoeding.

1.3 Inhoud vervolgtraject

In het vervolgtraject hebben we met de betrokken partijen de aard en de omvang van deze stoornissen(groep) nader besproken, leidend tot dit herziene advies. Er zijn afspraken gemaakt die ondersteunend zijn aan de uitleg van de aanspraak inzake de 'Andere gespecificeerde stoornissen'.

2 Andere gespecificeerde stoornissen, opnieuw bezien

2.1 Inleiding

In dit hoofdstuk verduidelijken we wat een 'Andere gespecificeerde stoornis' is en welke overwegingen vooraf gingen aan het oorspronkelijke advies ten aanzien van deze stoornissen in rapport 'DSM-5 en de gevolgen voor de verzekering'. Vervolgens geven we weer welke aanvullende informatie het vervolgtraject heeft opgeleverd en welke voorlopige conclusies wij hieraan verbinden.

2.2 Andere gespecificeerde stoornis

2.2.1 Wat is een Andere gespecificeerde stoornis?

De in de DSM-IV TR omschreven stoornissen NAO (Niet Anderszins Omschreven) zijn in de DSM-5 vervangen door de 'Andere gespecificeerde stoornis' en de 'Ongespecificeerde stoornis'. Bijvoorbeeld, waar in de DSM-IV de 'Stemmingsstoornis NAO' beschreven wordt, is dit in de DSM-5 te vergelijken met de 'Andere gespecificeerde depressieve-stemmingsstoornis'. Deze classificatie wordt gebruikt in de situatie waarin de clinicus ervoor kiest de reden te noteren waarom het beeld (net) niet voldoet aan alle criteria voor een specifieke(re) stoornisclassificatie. In Bijlage 1 is ter verduidelijking een aantal casus van patiënten met een Andere gespecificeerde stoornis opgenomen. Daar waar de clinicus nog onvoldoende informatie heeft om de stoornis te kunnen classificeren zal aanvankelijk gekozen worden voor 'Ongespecificeerde depressieve stemmingsstoornis'. De classificaties 'Andere gespecificeerde stoornis' en 'Ongespecificeerde stoornis' zijn onderdeel van bijna ieder hoofdstuk in de DSM-5. Van laatstgenoemde classificatie is in het DSM-5-rapport aangegeven dat dit te verzekeren zorg betreft.

2.3 Overwegingen en conclusie rapport DSM-5

2.3.1 Overwegingen

In de conceptversie van het DSM-5-rapport rekenden we de classificaties 'Andere gespecificeerde stoornissen' tot de aanspraak geneeskundige GGZ, met de kanttekening het gebruik van deze classificaties tot het minimum te willen beperken. Dit werd mogelijk geacht omdat de DSM-5 gedetailleerder is dan de DSM-IV TR en meer mogelijkheden biedt om nauwkeurig te classificeren. Als voorwaarde voor de aanspraak werd gesteld dat dit gepaard diende te gaan met nadere uitleg in het dossier, zodat de zorgverzekeraar op een efficiënte wijze controle kon uitoefenen.

GGZ Nederland kon zich in deze overwegingen vinden. Het Landelijk Platform GGZ en diverse beroepsorganisaties waren van mening dat een 'Andere gespecificeerde stoornis' altijd aanspraak zou moeten geven op geneeskundige GGZ. Het NIP gaf daarnaast aan (in een gezamenlijke reactie met andere beroeps- en wetenschappelijke verenigingen) bezwaar te hebben tegen inzage in het dossier bij een classificatie 'Andere gespecificeerde stoornis', omdat hierdoor de privacy van de cliënt zou worden geschaad. Ook zorgverzekeraars zagen geen heil in de nadere aanduiding in het dossier, zij gaven aan niet te weten hoe zij de nadere toelichting in het dossier zouden moeten toetsen als hiervoor geen ijkpunt is. Verzekeraars waren van mening dat - door aanspraak op geneeskundige GGZ op basis van deze classificatie mogelijk te maken - de gehele afbakening van de geneeskundige GGZ ondergraven zou worden.

2.3.2 Bespreking Adviescommissie Pakket (ACP)

Aangezien het voortraject geen handvatten voor betere afbakening opleverde, is de ACP het volgende geadviseerd:"Wij concluderen dat het niet duidelijk is welk ijkpunt verzekeraars zouden moeten hanteren bij de beoordeling of een 'Andere gespecificeerde stoornis' aanspraak geeft op geneeskundige GGZ. 'Klinisch significante symptomen' die onder de diagnostische drempel liggen voor de classificatie van een stoornis, aanwezigheid van lijdensdruk of beperkingen bieden onvoldoende houvast voor objectieve en consistente definiëring van de aanspraak op geneeskundige GGZ. Daarom stellen wij voor om alleen de classificatie 'Andere gespecificeerde stoornis' bij de schizofreniespectrum- en andere psychotische stoornissen tot de aanspraak geneeskundige GGZ te rekenen. Ook als niet in zijn geheel voldaan wordt aan de classificatie van de schizofreniespectrum- en andere psychotische stoornissen is behandeling vanuit de geneeskundige GGZ aangewezen. Bij alle andere stoornissen valt de behandeling van de 'Andere gespecificeerde stoornis' binnen de aanspraak huisartsengeneeskunde."

2.3.3 Conclusie

Uiteindelijk is in het rapport het advies opgenomen om de classificatie 'Andere gespecificeerde stoornis' niet te rekenen tot de geneeskundige GGZ met uitzondering van de 'andere gespecificeerde schizofreniespectrumstoornis en andere gespecificeerde psychotische stoornissen'. Hierbij werd als belangrijkste argument gegeven dat lijdensdruk en/of beperkingen onvoldoende houvast geven voor de afbakening.

2.4 Heroverweging

2.4.1 Definitie van een stoornis

GGZ-aanbieders en patiëntenvereniging LPGGz hebben naar aanleiding van het verschijnen van het DSM-5-rapport aandacht gevraagd voor het feit dat het Zorginstituut lijkt te concluderen dat er bij 'Andere gespecificeerde stoornissen' geen sprake is van een 'echte' stoornis. In het vervolgtraject hebben zij verhelderd dat de hierboven genoemde 'klinisch significante symptomen' wel degelijk boven de diagnostische drempel liggen voor de classificatie van een stoornis. Om een stoornis te mogen classificeren moet in beginsel voldaan zijn aan de algemene definitie van een psychische stoornis. Ze wezen hierbij op de definitie van een psychische stoornis. Deze wordt op pagina 72 van de DSM-5[2] als volgt omschreven:
'*Een psychische stoornis is een syndroom, gekenmerkt door klinisch significante symptomen op het gebied van de cognitieve functies, de emotieregulatie of het gedrag van een persoon, dat een uiting is van een disfunctie in de psychologische, biologische of ontwikkelingsprocessen die ten grondslag liggen aan het psychische functioneren. Psychische stoornissen gaan gewoonlijk gepaard met significante lijdensdruk of beperkingen in het functioneren op sociaal of beroepsmatig gebied of bij andere belangrijke bezigheden.'*
Na de constatering dat er sprake is van een psychische stoornis begint het classificatieproces en wordt onderzocht welke classificatie het best past. Indien er een 'Andere gespecificeerde stoornis' wordt geclassificeerd is er dus per definitie sprake van een stoornis, maar voldoet het beeld niet exact aan de criteria van een van de gespecificeerde stoornisclassificaties.

2.4.2 Omvang

Een inschatting op basis van gegevens uit het landelijke DBC-informatiesysteem.

[2] American Psychiatric Association (2014). *Handboek voor de classificatie van psychische stoornissen (DSM-5). Nederlandse vertaling van Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders,* Fifth Edition. Amsterdam: Boom.

(DIS) over in 2012 gesloten DBC's laat zien dat er in dit jaar 70.652[3] behandelingen werden afgesloten die gekoppeld waren aan een NAO-classificatie als hoofddiagnose. De kosten die hiermee gemoeid waren bedroegen circa €267 miljoen. De percentages classificaties NAO lopen erg uiteen per stoornisgroep/DSM-hoofdstuk. Wanneer gekeken wordt naar de stoornissen zoals opgenomen in het hoofdstuk Stemmingstoornissen (DSM-IV-TR) dan blijkt dat van de geclassificeerde stemmingsstoornissen 9% (10.629 patiënten) een stoornis NAO betreft. Op het geheel aan angststoornissen betreft het 14% (9.574 patiënten) en bij persoonlijkheidsstoornissen gaat het om 47% (22.988 patiënten).

In het traject dat leidde tot het rapport 'DSM-5 en de gevolgen voor de verzekering' is de verwachting uitgesproken dat het gebruik van deze classificatie naar aanleiding van de introductie van de DSM-5 geminimaliseerd zou kunnen worden. Dit werd mogelijk geacht omdat de nieuwe DSM-5 meer nadere specificaties heeft per stoornis-classificatie dan de DSM-IV TR en biedt daarmee meer mogelijkheden om nauwkeurig te classificeren. De cijfers laten nu echter zien dat het om een aanzienlijke groep patiënten gaat, waarbij zeker in geval van de persoonlijkheidsstoornissen geen of slechts een beperkte terugloop in het aantal classificaties 'Andere gespecificeerde stoornissen' verwacht wordt. Bij het hoofdstuk Persoonlijkheidsstoornissen zijn immers geen inhoudelijke wijzigingen doorgevoerd.

Tabel 1. Overzicht aantallen NAO-classificaties uit DIS (2012)

Hoofdstukcategorie (DSM-IV)	Aantal patiënten	Aantal patiënten met NAO-classificatie	Percentage NAO-classificaties[4]
Stoornissen die meestal voor het eerst op zuigelingenleeftijd, kinderleeftijd of in de adolescentie gediagnosticeerd worden	27.389	7.395	32%
Delirium, dementie en amnestische en andere cognitieve stoornissen	13.861	6.443	51%
Psychische stoornissen door een somatische aandoening	813	469	52%
Aan een middel gebonden stoornissen	16.279	176	1%
Schizofrenie en andere psychotische stoornissen	10.716	5.383	45%
Stemmingsstoornissen	91.777	10.629	9%
Angststoornissen	57.861	9.574	14%
Somatoforme stoornissen	14.082	958	5%
Nagebootste stoornissen	31	4	20%
Dissociatieve stoornissen	1.148	633	48%
Seksuele stoornissen en genderidentiteitsstoornissen	2.269	522	24%
Eetstoornissen	4.433	2.856	47%
Stoornissen in de impulsbeheersing	4.007	2.622	67%
Persoonlijkheidsstoornissen	47.529	22.988	47%

[3] Er zijn enkele kanttekeningen te plaatsen bij de betrouwbaarheid van deze ruwe DIS-gegevens. DIS is een registratiesysteem voor geleverde zorg. DIS ontvangt en beheert alle informatie over DBC-zorgproducten uit de basisadministratie van tweedelijns zorgaanbieders (en geeft dus geen informatie over de BasisGGZ). In DIS kunnen zorgproducten zitten die uiteindelijk niet afgerekend zijn. De classificaties die vallen onder de Aanpassingsstoornissen en Slaapstoornissen zijn niet meegenomen, aangezien deze classificaties geen aanspraak geven op geneeskundige GGZ. Het betreft in deze tabel patiënten van 18 jaar en ouder.

[4] Dit percentage is i.v.m. betrouwbaarheid berekend op basis van de totale kosten i.p.v. aantallen patiënten (op basis van DIS-gegevens).

2.4.3 Ernst

Door in het DSM-5-rapport aan te geven dat er bij 'Andere gespecificeerde stoornissen' sprake is van 'klinisch significante symptomen' die onder de diagnostische drempel van een stoornis liggen, is gesuggereerd dat het 'lichte' problematiek betreft. Wanneer er een 'Andere gespecificeerde stoornis' wordt geclassificeerd geeft dit, afgezien van het feit dat er voldaan is aan de criteria van een stoornis, echter geen indicatie van de mate van ernst of complexiteit van de psychische stoornis. Bijvoorbeeld, in het geval van de persoonlijkheidsstoornissen heeft de DSM zich historisch zo ontwikkeld dat er op dit moment geen classificatie 'gemengde persoonlijkheidsstoornis' meer in is opgenomen (zoals in de DSM-III in 1980). Op het moment dat er sprake is van kenmerken van meerdere gespecificeerde persoonlijkheidsstoornissen, zonder dat voldaan wordt aan voldoende criteria voor één (of meer) van de gespecificeerde persoonlijkheidsstoornissen, dient te worden gekozen voor een classificatie 'Andere gespecificeerde persoonlijkheidsstoornis'. Er is dan dus sprake van een persoonlijkheidsstoornis, met trekken van meerdere persoonlijkheidsstoornissen. Dat er een 'Andere gespecificeerde persoonlijkheidsstoornis' wordt geclassificeerd zegt dus niets over de ernst. Dit geldt ook voor de overige 'Andere gespecificeerde stoornissen'.

2.4.4 Ontbreken indicatie ernst

Bij de nieuwe classificaties in de DSM-5 is beoordeeld of de stoornis onder de inhoud en omvang van het verzekerde pakket valt, benoemd onder welke aanspraak de zorg valt en aangegeven wanneer er geen sprake is van geneeskundige GGZ. In het geval van de 'Eetbuistoornis Licht' heeft deze beoordeling ertoe geleid dat deze classificatie geen aanspraak geeft op geneeskundige GGZ, wel op huisartsenzorg. Een van de veranderingen in de DSM-5 ten opzichte van de DSM-IV is dat deze meer nadere specificaties per stoornisclassificatie omvat. Er wordt vaker de mogelijkheid geboden om de actuele ernst te definiëren: licht, matig, ernstig. Bij de classificatie 'Andere gespecificeerde stoornis' is deze mogelijkheid er echter niet.

Zoals eerder aangegeven zegt de classificatie 'Andere gespecificeerde stoornis' an sich niets over de ernst, en is er ook geen indicatie van de ernst verbonden aan de classificatie. Omdat er geen mogelijkheid is om te differentiëren, is het ook niet mogelijk te bezien of er sprake is van een lichte, matige of ernstige 'Andere gespecificeerde stoornis'.

De vraag is hoe groot de groep patiënten met een 'Andere gespecificeerde stoornis' is waarvan de ziektelast als 'onvoldoende zwaar om voor geneeskundige GGZ in aanmerking te komen' beoordeeld zou worden. De informatie uit DIS laat zien dat er relatief veel patiënten met een persoonlijkheidsstoornis zijn die een classificatie 'Andere gespecificeerde persoonlijkheidsstoornis' krijgen. Het Kenniscentrum Persoonlijkheidsstoornissen heeft in de consultatie van het DSM-5-rapport aangegeven dat de symptomatische en functionele last van mensen met een Persoonlijkheidsstoornis NAO vergelijkbaar is met de last van mensen met een specifieke persoonlijkheidsstoornis (Coccaro, Nayyer & McCloskey, 2012[5]). Het lijkt in het geval van de 'Andere gespecificeerde persoonlijkheidsstoornissen' te gaan om een groep patiënten met een aanzienlijke ziektelast.

[5] Coccaro, E.F., Nayyer, H. & McColskey, M.S. (2012). Comprehensive Psychiatry, 53 (7), 907-914.

2.5 Voorlopige conclusie vervolgtraject

Op basis van de bevindingen in het vervolgtraject met partijen constateren we dat er in het geval van een classificatie 'Andere gespecificeerde stoornis' voldaan wordt aan de definitie van een stoornis, en dat het hier niet gaat om patiënten met subklinische problemen. Uit de cijfers blijkt dat het gaat om een aanzienlijk aantal patiënten, waarvan met zekerheid gesteld kan worden dat een deel van deze patiënten lijdt onder een behoorlijke ziektelast waarvoor zorg vanuit de geneeskundige GGZ aangewezen is. Dit is voor ons reden om het eerder gegeven advies aan te passen: de classificatie 'Andere gespecificeerde stoornis' moet net als bij de stoornissen NAO uit de DSM-IV toegang geven tot de verzekerde geneeskundige GGZ. Hierbij dient de kanttekening geplaatst te worden dat het niet mogelijk is om te specificeren wat de ernst van deze stoornis is. De DSM-IV en DSM-5 bieden onvoldoende houvast om te komen tot een bepaling van de zorgvraagzwaarte, dit beperkt zich niet tot de Andere gespecificeerde stoornissen. Dit is onwenselijk en kan leiden tot onjuist gebruik van de geneeskundige GGZ.

Zoals in het DSM-5-rapport is aangegeven kent de DSM als uitgangspunt voor de aanspraken meerdere beperkingen. In het volgende hoofdstuk gaan we hier nader op in. Daarnaast riepen de percentages NAO-classificaties vragen op die in het volgende hoofdstuk ook geadresseerd worden.

3 Beperkingen DSM

3.1 Beperkingen DSM als uitgangspunt voor de aanspraken

3.1.1 Zorgbehoefte en lijdensdruk in relatie tot de aanspraken

De vraag over de mate van ernst van de classificaties 'Andere gespecificeerde stoornis' sluit aan bij de langlopende discussie over de beperkingen van het koppelen van een DSM-classificatie aan de aanspraak en bekostiging van de geneeskundige GGZ. Het Zorginstituut erkent deze beperkingen, maar heeft geconstateerd dat er op dit moment nog geen door partijen gedragen instrument voorhanden is waarin de zorgbehoefte op gebied van psychische problemen met een voldoende mate van objectiviteit en consistentie kan worden vastgesteld. In het rapport 'DSM-5 en de gevolgen voor de verzekering' is hier uitgebreid aandacht aan besteed en is uitdrukkelijk aangegeven dat we open staan voor concrete voorstellen van partijen voor betere handvatten voor de afbakening van de aanspraak op geneeskundige GGZ. Het is de wens van veldpartijen om bij de aanspraak rekening te houden met andere omstandigheden die van invloed zijn op de zorgbehoefte en lijdensdruk van een patiënt, zoals bijvoorbeeld het ontbreken van een steunsysteem.
Veldpartijen hebben middels een werkgroep met inhoudelijke experts de mogelijkheid onderzocht om zaken als zorgvraagzwaarte en zorgbehoefte mee te nemen in de doorontwikkeling van de productstructuur DB(B)C-GGZ. In het bestuurlijk overleg dat de NZa hierover in oktober 2015 met betrokken partijen had, is positief gereageerd op het voorstel van de werkgroep. Dit betekent dat er concretere stappen gezet gaan worden m.b.t. de doorontwikkeling van deze beoogde productstructuur, mogelijk leidend tot de invoering van de nieuwe productstructuur in 2019. Het Zorginstituut is hierbij betrokken i.v.m. de relatie aanspraak/bekostiging en onderzoekt of dit traject aanknopingspunten biedt voor een betere definiëring van de aanspraken.

3.2 Beperking DSM als classificatiesysteem

3.2.1 Met betrekking tot de Andere gespecificeerde stoornissen

De - in een aantal gevallen hoge - percentages stoornissen NAO laten ook een beperking van de DSM als classificatiesysteem zien. Bij een dergelijk categoraal classificatiesysteem past iets wel in het vooraf omschreven 'hokje' of niet. Bij de 'Aan middelen gebonden stoornissen' zijn de classificaties zeer specifiek, bijna alle middelen waarvan een patiënt afhankelijk zou kunnen zijn (o.a. alcohol, cocaïne enz.) kunnen worden benoemd. Het is dan ook niet verwonderlijk dat het percentage NAO's bij deze stoornisgroep slechts 1% is. Om echter alle patiënten op deze manier in specifieke classificaties te kunnen vangen zou er een nog veel groter aantal afzonderlijke classificaties benoemd moeten worden, hetgeen onwenselijk werd geacht door de makers van de DSM-5.

Wanneer er gebruik wordt gemaakt van een dimensionele vorm van classificatie, zoals sinds de DSM-5 bij de autismespectrumstoornissen het geval is, vervalt dit probleem. Echter, aan een dimensioneel model kleven weer andere nadelen. De vroegere pervasieve ontwikkelingsstoornis NAO (DSM-IV) zal na invoering van de DSM-5 grotendeels als autismespectrumstoornis of als sociale (pragmatische) communicatiestoornis geclassificeerd worden. Dit lijkt meer houvast te bieden in de zin dat er bij gebruik van de DSM-5 in deze categorie (alle neurobiologische ontwikkelingsstoornissen) in totaal waarschijnlijk minder 'Andere gespecificeerde

stoornissen' geclassificeerd zullen worden. Echter, het is van belang te beseffen dat het hier feitelijk dezelfde patiëntengroep betreft die slechts een vernieuwde diagnostische classificatie krijgt toebedeeld.

3.3 Afspraken

Het doel van de aanspraak op geneeskundige GGZ is om ervoor te zorgen dat mensen met GGZ-problematiek toegang krijgen tot de juiste zorg, daar waar zij niet meer adequaat binnen de huisartsenzorg kunnen worden geholpen. Voor patiënten is het van belang om te weten wat goede zorg is, ook wanneer het een 'Andere gespecificeerde stoornis' betreft. Voor verzekeraars is het van belang om meer zicht te krijgen om welke problematiek het gaat bij de betreffende classificaties 'Andere gespecificeerde stoornis'. Met partijen zijn daarom de volgende vervolgafspraken gemaakt:

- Het bespreken van de percentages classificaties NAO met partijen heeft geleid tot de wens om in kwaliteitsstandaarden expliciet(er) aandacht te besteden aan de 'Andere gespecificeerde stoornissen'. In de huidige multidisciplinaire richtlijnen is voor stoornissen NAO geen bijzondere aandacht, terwijl dit op basis van de percentages wel gerechtvaardigd en wenselijk zou zijn. Het Zorginstituut heeft het Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGZ verzocht om bij in hun stoornisspecifieke kwaliteitsstandaarden specifiek aandacht te besteden aan de 'Andere gespecificeerde stoornissen'. Het is wenselijk dat voor patiënten, behandelaren en verzekeraars zo duidelijk mogelijk wordt wat gepaste zorg is voor deze patiëntengroep. Het Netwerk heeft hier positief op gereageerd, er vindt hierover in januari 2016 overleg plaats. De projectleiders van het Netwerk worden geïnformeerd hoe hoog de percentages NAO zijn van de betreffende stoornisspecifieke standaard waar zij aan werken.

- Om verzekeraars meer houvast te bieden in de omgang met classificaties 'Andere gespecificeerde stoornissen' zullen de beroepsverenigingen NIP en NVvP een toelichting hierop verzorgen. Zij organiseren hiertoe een bijeenkomst met experts, die een inhoudelijke toelichting kunnen geven op deze stoornissen en vragen kunnen beantwoorden van verzekeraars.

- Vanaf het moment dat de DSM-5 leidend wordt voor de uitvoeringspraktijk zullen wij de gevolgen van de invoering van de DSM-5 t.o.v. het gebruik van de DSM-IV evalueren. Bij deze evaluatie zal gebruik gemaakt worden van de DIS databank. Voor deze evaluatie is de inhoudelijke betrokkenheid van de beroepsverenigingen gewenst. Zij zullen gevraagd worden om input te leveren betreffende de analyses die in de evaluatie uitgevoerd worden. Indien wij trends in de DIS-gegevens identificeren, zullen wij een externe partij vragen om in gesprek te treden met de betrokken zorgaanbieders en zorgverzekeraars om de mogelijke oorzaak van deze trends te achterhalen. Het evaluatierapport zal openbaar zijn voor alle belangstellenden en gepubliceerd worden op www.zorginstituut.nl.

4 Consequenties herzien advies DSM-5

4.1 Gevolgen invoering DSM-5 voor verzekerde pakket

Het rapport 'DSM-5 en de gevolgen voor de verzekering' beantwoordde de vraag 'Wat zal de invoering van de DSM-5 betekenen voor de inhoud en omvang van het basispakket Zvw?' In de Zvw wordt de behoefte aan geneeskundige zorg als een te verzekeren prestatie ingekaderd. De kosten van deze zorg kunnen toenemen, doordat de behoefte aan geneeskundige zorg toeneemt als gevolg van onder andere demografische groei, nieuwe indicatie-interventiecombinaties of uitbreiding van bestaande indicaties.

De demografische groei hebben we in het DSM-5-rapport buiten beschouwing gelaten. De vraag die beantwoord is, is of de invoering van de DSM-5 leidt tot een uitbreiding van de indicaties of nieuwe indicatie-interventiecombinaties. Geconcludeerd werd dat de gevolgen van een overgang van de DSM-IV naar DSM-5 beperkt zouden zijn. Immers, een nieuw classificatiesysteem leidt niet tot nieuwe psychische aandoeningen (indicaties voor behoefte aan geneeskundige zorg) of nieuwe interventies; het is een herziening van een classificatiesysteem van bestaande aandoeningen en symptomen. In de DSM-5 zijn classificaties toegevoegd, verwijderd, verplaatst, opgesplitst, samengevoegd en herbenoemd, maar in feite betreft het dezelfde patiëntenpopulatie. Het totaal aantal specifieke classificaties is minder dan het totaal aantal specifieke classificaties in de DSM-IV (van 172 naar 157). Tevens omvat de nieuwe DSM meer nadere specificaties per stoornisclassificatie. Voor de 'nieuwe' stoornissen geldt dat zij al voor verzekerde zorg in aanmerking kwamen, zij het onder een andere noemer.

Zoals aangegeven in het DSM-5-rapport signaleerden wij in een beperkt aantal gevallen wel een risico op uitbreiding van de indicatie voor geneeskundige GGZ, door de wijze waarop sommige criteria in de DSM-5 zijn omschreven bij de nieuwe classificaties. Doordat we nadere specificaties hebben opgenomen in onze duiding menen wij dit risico op uitbreiding van het indicatiegebied te beheersen, bijvoorbeeld bij de verzamelstoornis, excoriatiestoornis en eetbuistoornis.

4.2 Gevolgen herzien advies voor conclusie DSM-5-rapport

Aangezien de classificaties 'NAO' op basis van de DSM-IV op dit moment toegang geven tot de geneeskundige GGZ, zou het beperken van de aanspraak op basis van de DSM-5-classificaties 'Andere gespecificeerde stoornis' een beperking van het pakket inhouden. De impact van deze inperking is in de aanloop naar het DSM-5-advies als klein ingeschat, ervan uitgaande dat deze classificatie slechts bij een minimaal aantal patiënten van toepassing zou zijn. Dit blijkt niet het geval. Het handhaven van het standpunt dat de 'Andere gespecificeerde stoornissen' geen te verzekeren zorg zijn[6] heeft gevolgen voor de toegang tot het pakket en zou derhalve neerkomen op een pakketingreep.

We herzien dit standpunt en rekenen de classificaties 'Andere gespecificeerde stoornissen' wel tot de aanspraak geneeskundige GGZ. Deze stoornissen worden op basis van de DSM-IV, onder de noemer 'stoornissen NAO', ook tot de geneeskundige GGZ gerekend. Door het standpunt te herzien treedt op dit punt dus geen wijziging op bij de overgang van DSM-IV naar DSM-5. Dit standpunt geldt vanaf het moment dat de DSM-5 leidend wordt voor de uitvoeringspraktijk, dit gebeurt in overleg met VWS en de betrokken partijen.

[6] M.u.v. de Andere gespecificeerde schizofreniespectrumstoornis en andere psychotische stoornissen.

Van deze herziening verwachten we geen gevolgen voor de eerder getrokken conclusie, namelijk dat de invoering van de DSM-5 geen wijzigingen van het verzekerde pakket tot gevolg zal hebben. De kwaliteitsstandaarden zoals deze nu ontwikkeld worden voor de GGZ dragen ertoe bij dat iedere patiënt de juiste zorg krijgt, ook in geval van de Andere gespecificeerde stoornissen. Vanaf het moment dat de DSM-5 leidend wordt voor de uitvoeringspraktijk zullen wij de gevolgen van de invoering monitoren.

5 Reacties belanghebbende partijen

5.1 Consultatie

Het conceptrapport is via de consultatieprocedure schriftelijk voorgelegd aan partijen. De volgende partijen hebben hierop gereageerd:

1 Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie, Nederlands Instituut van Psychologen/P3NL, GGZ Nederland, Landelijk Platform GGZ, Landelijke Vereniging van Vrijgevestigde Psychologen en Psychotherapeuten (gezamenlijke reactie)
2 Zorgverzekeraars Nederland
3 Nederlandse Vereniging voor Psychotherapie
4 Nederlandse Wetenschappelijke Vereniging voor Seksuologie
5 Nederlands Huisartsen Genootschap
6 Vereniging EMDR Nederland
7 Nederlandse Vereniging voor Klinische Geriatrie
8 Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland

De reacties van belanghebbende partijen hebben wij als bijlage bij dit rapport gevoegd. Hieronder gaan wij in op de hoofdlijnen van de ontvangen reacties.

5.2 Reacties op de consultatievragen

Reactie op de conclusies van het vervolgtraject
Alle partijen ondersteunen de conclusie dat de classificatie Andere gespecificeerde stoornis toegang dient te geven tot de verzekerde geneeskundige GGZ. ZN geeft aan dat de afspraken zoals genoemd in het rapport noodzakelijk zijn om goed te kunnen controleren.

Reacties op de gemaakte afspraken ter bevordering van gepast gebruik
Partijen ondersteunen het verzoek dat is ingediend bij het Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGZ om in kwaliteitsstandaarden expliciet(er) aandacht te besteden aan Andere gespecificeerde stoornissen.

Beroepsverenigingen NVP en NVVS geven aan een bijdrage te willen leveren aan de bijeenkomst die door de NVvP en het NIP georganiseerd wordt om een toelichting te geven aan verzekeraars over Andere gespecificeerde stoornissen.
ZIN: We hebben de NVvP en het NIP hiervan op de hoogte gesteld, zij zullen de genoemde partijen betrekken bij deze bijeenkomst.

Ten aanzien van het monitoren van de gevolgen van de invoering van de DSM-5 geven de aanbieders en patiëntenvereniging aan dat zij betrokken willen worden bij de opzet van de evaluatie om discussie hierover achteraf te voorkomen.
ZIN: Om de overgang van de DSM-IV naar de DSM-5 goed te kunnen monitoren is de input van inhoudelijk deskundigen nodig. In de opzet van de evaluatie zal de input van de beroepsverenigingen worden meegenomen.

In dit rapport wordt toegelicht dat partijen werken aan de doorontwikkeling van de productstructuur DBC-GGZ en dat men tracht om zaken als zorgvraagzwaarte en zorgbehoefte hierbij mee te nemen om beter aan te sluiten bij de klinische praktijk. Wij gaven aan dat we zullen kijken of het prototype handvatten biedt voor de aanspraak, partijen geven terecht aan dat de aanspraak niet bepaald wordt via een productstructuur. Deze opmerking onder 3.3 is dan ook verwijderd. Desalniettemin

zullen we kijken of de ontwikkelingen in dit traject aanknopingspunten bieden voor een betere definiëring van de aanspraken.

Reacties op de consequenties van dit herziene advies
Partijen onderschrijven de conclusie dat de overgang naar een nieuw classificatiesysteem niet leidt tot nieuwe psychische aandoeningen of interventies en dat daarom de gevolgen van een overgang naar de DSM-5 voor het verzekerde pakket beperkt zijn. Wel wijzen zij erop dat dit rapport alleen de 'Andere gespecificeerde stoornissen' betreft en dat de (overige) adviezen en duidingen uit het rapport 'DSM-5 en de gevolgen voor de verzekering' in dit rapport niet expliciet worden besproken. Zij merken op dat de eerder door hen gemaakte opmerkingen hierover onverkort blijven staan.

Opmerkingen of aanvullingen ten aanzien van de conclusies en afspraken
Aanbieders en patiëntenvereniging LPGGz verzoeken het Zorginstituut, zoals tijdens het vervolgtraject besproken, om de NZa te verzoeken hun document Spelregels GGZ 2015 m.b.t. de huidige NAO-classificaties aan te passen. Hierin staat nl. '*Vermijd het registreren van de NAO (Niet Anderszins Omschreven) zoveel als mogelijk*'
ZIN: We hebben dit verzoek voorgelegd aan de NZa en de hierboven genoemde opmerking is in de nieuwe versie van de Spelregels GGZ, de nadere regel GGZ 2016, niet meer opgenomen.

De NVP geeft aan dat de eerdere duiding van de NAO's/Andere gespecificeerde stoornissen ertoe heeft geleid dat "beleidsmakers in zorginstellingen hebben geadviseerd om deze classificatie niet langer te gebruiken maar uit te wijken naar een andere naburige classificatie". Zij verwachten dat we over 2014/2015 een daling in het aantal geclassificeerde NAO's zullen zien en vinden het een goede zaak dat middels dit herziene rapport onzorgvuldig en onjuist gebruik van het DSM-classificatiesysteem wordt afgewend.

Verder zijn er nog tal van -voornamelijk tekstuele- opmerkingen geplaatst die verwerkt zijn in dit rapport.

6 Bespreking Adviescommissie Pakket (ACP)

Op 27 november jl. is het conceptrapport besproken in de Adviescommissie Pakket. De volgende vraag is voorgelegd aan de commissie:
In het rapport 'DSM-5 en de gevolgen voor de verzekering' is de afweging gemaakt om de risico's op niet-gepast gebruik te beperken door uitsluiting van de Andere gespecificeerde stoornissen[7]. Op grond van de informatie die in het vervolgtraject is verkregen is duidelijk geworden dat door deze uitsluiting een aanzienlijke groep patiënten niet in aanmerking zou komen voor zorg terwijl zij hierop wel aangewezen zijn. De consequenties voor deze patiënten wegen zwaarder dan de gesignaleerde risico's voor het pakket. De in het vervolgtraject met partijen gemaakte afspraken hebben ertoe geleid dat deze afweging door alle betrokken partijen wordt ondersteund. Kunt u zich vinden in deze conclusie, die leidt tot het standpunt dat de classificatie 'Andere gespecificeerde stoornis' toegang moet geven tot de verzekerde geneeskundige GGZ?

De commissie heeft geconcludeerd dat patiënten met een aanzienlijke ziektelast het recht op zorg niet ontzegd dient te worden, maar dat van belang is dat duidelijk(er) wordt wanneer iemand er recht op heeft en wat dan passende zorg is.

Een van de commissieleden gaf aan behoefte te hebben aan casuïstiek, een casus van een 'Andere gespecificeerde stoornis' zou duidelijker maken waar het rapport over gaat. Naar aanleiding van dit verzoek hebben NVvP en NIP casuïstiek aangeleverd, deze is te vinden in Bijlage 1.

Twee commissieleden gaven aan het lastig te vinden dat er in het rapport niet gesproken wordt over interventies. De classificatie Andere gespecificeerde stoornis is een classificatie die bij bijna iedere hoofdstukcategorie van de DSM is opgenomen. De interventie is afhankelijk van het type stoornis, en deze interventie is anders bij een Andere gespecificeerde depressieve stemmingsstoornis dan bij een Andere gespecificeerde Persoonlijkheidsstoornis. Hiervoor dienen de richtlijnen/standaarden gevolgd te worden die voor deze stoornissen beschikbaar zijn. Het Netwerk kwaliteitsontwikkeling GGZ is verzocht om bij de ontwikkeling van kwaliteitsstandaarden expliciet(er) aandacht te besteden aan de Andere gespecificeerde stoornissen.

Tot slot kwamen de beperkingen van de DSM als uitgangspunt voor de aanspraken aan de orde.

[7] Met uitzondering van de 'Andere gespecificeerde schizofreniespectrumstoornis en andere psychotische stoornissen'.

7 Besluit

In zijn vergadering van 7 december 2015 heeft de Raad van Bestuur van Zorginstituut Nederland besloten – gelet op het advies van de ACP – het rapport 'DSM-5 en de gevolgen voor de verzekering, onderdeel Andere gespecificeerde stoornissen' vast te stellen.

Zorginstituut Nederland

Voorzitter Raad van Bestuur

Arnold Moerkamp

Bijlage 1 Casuïstiek Andere gespecificeerde stoornissen

In het traject dat heeft geleid tot de totstandkoming van dit rapport is meermalen verzocht om casuïstiek, onder andere door de leden van de Adviescommissie Pakket. Voor niet-GGZ professionals en degene voor wie psychiatrische diagnostiek en classificatie niet tot de dagelijkse werkzaamheden behoort, kan de classificatie 'Andere gespecificeerde xx-stoornis' vragen oproepen over de precieze aard en ernst van de stoornis. Om enig inzicht te geven in de problematiek die leidt tot een classificatie 'Andere gespecificeerde xx-stoornis' hebben de NVvP, NVP en NIP onderstaande vier casus geschreven. Ze dienen als korte illustratie van de hoofddiagnoses. Dit houdt ook in dat de classificaties beperkt gehouden zijn tot de hoofddiagnose en –bij DSM-IV classificaties- niet alle assen zijn ingevuld. Van belang is om te merken dat het hier slechts een beperkt aantal voorbeelden betreft. Zoals in het rapport aangegeven betreft het hier een grote en zeer diverse groep patiënten die zich niet laat vatten in enkele voorbeelden. De tekst is zodanig opgesteld dat dit ook voor leken begrijpelijk is. Het is nadrukkelijk geen weerslag van het volledige diagnostische onderzoek zoals dit in de praktijk in het dossier te vinden zal zijn.

Casus 1
Persoonlijkheidsstoornis NAO
Patiënte, 36 jaar, is door haar huisarts opnieuw verwezen naar de specialistische GGz. De huisarts maakt zich ernstig zorgen want zij heeft een vierde arbeidsconflict in drie jaar. De aanleiding voor het meest recente arbeidsconflict was een hoog oplopende ruzie met haar leidinggevende. Patiënte vond dat de nieuwe koffieautomaat te veel lawaai maakte en haar hinderde tijdens het werk. Naast deze arbeidsconflicten en verlies van werk, heeft zij vorig jaar een vechtscheiding doorgemaakt. Deze situatie leidde tot een crisisopname na een overdosis medicatie. De huisarts vermoedt overmatig alcoholgebruik (patiënte bagatelliseert dit). De jongste dochter heeft toenemend problemen op school en is onder toezicht is gesteld. Eerdere verwijzing naar de GGz voor de relatieproblemen en voor problemen met de kinderen leidde tot behandeling middels intensieve psychotherapie (dagbehandeling). Deze behandeling sloeg niet aan, mede omdat patiënte anderen de schuld bleef geven van al haar problemen. Bijkomend probleem is dat zij ook suikerziekte heeft. De insuline blijkt steeds moeilijk in te stellen, onder meer door haar overgewicht, maar mogelijk speelt ook haar alcoholgebruik hierin een rol. Bij een vorige intake is uitgebreid psychiatrisch en persoonlijkheidsonderzoek verricht, conform de landelijke multidisciplinaire Richtlijn Persoonlijkheidsstoornissen. De uitkomst van dit onderzoek was dat haar problematiek is toe te schrijven aan persoonlijkheidsproblematiek, veroorzaakt door onveilige hechting en traumatische ervaringen in de jeugd (o.a. incest met oom). Er zijn geen aanwijzingen voor een andere psychische stoornis. Ook het mogelijke overmatige alcoholgebruik lijkt in het teken te staan van haar persoonlijkheidsproblematiek.

Diagnostiek
Patiënte voldoet aan de algemene diagnostische criteria voor een persoonlijkheidsstoornis in de DSM-IV en DSM-5. Dit wil zeggen dat uit het diagnostisch onderzoek blijkt dat haar klachten en problemen kenmerkend zijn voor een persoonlijkheidsstoornis (criteria A t/m F). Deze symptomen veroorzaken beperkingen in het algeheel functioneren en gaat gepaard met lijdensdruk voor de patiënt en omgeving. Patiënte voldoet echter niet volledig aan de diagnostische criteria van een of meer van de gespecificeerde persoonlijkheidsstoornissen in de

DSM-IV en DSM-5. Er zijn eerder wel borderline en narcistische trekken geconstateerd.

Classificatie volgens DSM-IV (codering volgens ICD-9-CM):
301.9 Persoonlijkheidsstoornis NAO (borderline en narcistische trekken)

Classificatie volgens DSM-5 (codering volgens ICD-9-CM):
301.89 Andere gespecificeerde persoonlijkheidsstoornis met gemengde persoonlijkheidstrekken.

Casus 2
Dissociatieve stoornis NAO
Een 40 jarige vrouw is meerdere keren in crisis geweest, hetgeen herhaaldelijk heeft geleid tot een kortdurende opname in de GGz. Deze keer wordt ze door de huisarts verwezen voor nader diagnostisch onderzoek. De huisarts vermoedt dat psychotherapie nodig en wenselijk is. In het eerste gesprek vertelt ze dat zij zichzelf met regelmaat niet in de hand heeft. Een keer is ze door een vriendin bij de crisisdienst afgezet, omdat ze in plotseling opkomende woede haar vader iets aan wilde gaan doen. Ze wilde al in de auto stappen om op weg naar hem te gaan. Haar vriendin heeft haar tegengehouden en via de huisarts de GGZ ingeschakeld. Patiënte kan zich daar niets meer van herinneren. Ze vertelt dat ze ook vaak betrokken is bij gevechten op straat of in cafés. Ook daarvan weet ze zelf niet goed hoe ze daarin verzeild raakt, en ook dan zijn de herinneringen aan zo'n incident mager. Soms komt ze 'bij' als ze al lang weer thuis is en zichzelf vies en met blauwe plekken of schrammen op de bank hervindt. Patiënte geeft toe dat ze behoorlijk wat alcohol gebruikt. Ze probeert zichzelf hiermee zo te drogeren dat ze fysiek niet meer in staat is om onbedoeld op pad te gaan. Incidenteel gebruikt ze nog hard drugs, voorheen gebruikte ze dat vaak, maar daar is ze mee gestopt. Patiënte beschadigt zichzelf door te krassen en snijden in de onderarmen. Ze is zich daar op dat moment zelf niet van bewust, maar ziet haar bebloede polsen pas achteraf. 's Nachts verorbert ze grote hoeveelheden eten, maar ook dat constateert ze pas na het ontwaken als ze de restanten ervan op het aanrecht ziet liggen. Patiënte maakt een kwetsbare indruk en huilt tijdens het gesprek. Dit kwetsbare beeld is ogenschijnlijk onverenigbaar met de agressieve uitbarstingen die ze beschrijft.
Diagnostiek
Middels een gestructureerd diagnostisch interview (SCID-D) wordt de diagnose Dissociatieve stoornis NAO vastgesteld. De belangrijkste symptomen die daarop duiden zijn de ernstige bewustzijnsproblemen en de terugkerende amnesieën. Daarnaast is er sprake van middelenmisbruik en zijn er enkele symptomen aanwezig die wijzen op een eetstoornis. Er zijn er trekken van zowel de afhankelijke, borderline als antisociale persoonlijkheidsstoornis, maar onvoldoende om een van deze specifieke persoonlijkheidsstoornis vast te kunnen stellen. De dissociatieve klachten lijken op dit moment het meest op de voorgrond te staan en veel lijdensdruk te geven. Vanwege het complexe beeld is nadere indicatiestelling van belang voordat de juiste behandeling gestart kan worden. Een behandeling die slechts gericht is op middelengebruik zal deze patiënte in deze fase onvoldoende helpen. Eerst zullen de dissociatieve klachten met psychotherapie nader onderzocht en behandeld moeten worden.

Classificatie volgens DSM-IV (codering volgens ICD-9-CM):
301.9 dissociatieve stoornis NAO (hoofddiagnose)

Classificatie volgens DSM-5 (codering volgens ICD-9-CM):
301.89 Andere gespecificeerde dissociatieve stoornis: chronische en recidiverende syndromen van gemengde dissociatieve symptomen.

Casus 3
Eetstoornis NAO (Eetbuistoornis)
Patiënte is een 33-jarige vrouw die lijdt aan een eetbuistoornis. Sinds twee jaar heeft zij bijna dagelijks meerdere eetbuien. Ze is sindsdien 20 kg aangekomen en haar huidige BMI is 32. Patiënte geeft aan de eetbuien te gebruiken om haar negatieve emoties te dempen. Ze doet speciaal inkopen voor deze eetbuien. Een voorbeeld van zo'n eetbui is: een hazelnootschuimgebakje, twee donuts, een pak chocolade koekjes, 1 tosti ham/kaas, 2 boterhammen met chocoladepasta en boter, een handje pinda's en een grote chocoladereep. Ze ervaart tijdens de eetbuien veel schaamte en eet dan sneller dan normaal. Ze stopt pas als ze misselijk is geworden. Tijdens en na een eetbui walgt ze van zichzelf. Ze geniet niet van het eten. In het verleden heeft ze met periodes last gehad van eetbuien maar minder ernstig en minder frequent dan nu. Ze vertoont geen inadequaat compensatiegedrag zoals braken, misbruik van laxeermiddelen, vasten of overmatig bewegen. Haar eetpatroon is chaotisch. Ontbijt, lunch en avondeten zijn daardoor niet op vaste tijden en worden afgewisseld door eetbuien. Haar stemming is vrijwel continue aan de sombere kant. Ze heeft paniekaanvallen die in frequentie iets afgenomen zijn na een cognitieve gedragstherapie die daar specifiek op was gericht. Ze maakt zich regelmatig zorgen over haar gezondheid. Omdat ze ongezond eet en haar gewicht flink is toegenomen is ze bang voor een hartaanval. De huisarts kan haar niet altijd geruststellen. Ze heeft geen regelmatig werk, daardoor blijft ze vaak lang in bed liggen (tot 12 uur s middags). Ze worstelt met een negatief lichaamsbeeld. Ze geeft aan dat ze dat op de lagere school al had, ze heeft zich altijd te dik gevoeld. De schaamte voor haar lichaam is nu zo sterk dat ze af ziet van het toneelspelen waar ze als hobby veel plezier aan beleefde. Sociale contacten gaat ze ook zoveel mogelijk uit de weg. Een intieme relatie is voor haar onvoorstelbaar. Ze heeft een afgeronde opleiding in de richting Toerisme en Verkeer, maar ze werkt als schoonmaker, ver onder haar opleidingsniveau. Dit omdat ze als schoonmaker minder zichtbaar is.

Diagnostiek
De symptomen, lijdensdruk en sociale beperkingen van de patiënte leiden tot de conclusie dat er sprake is van een ernstige eetbuistoornis. Vanwege het ontbreken van compensatiegedrag spreekt men niet van boulimia nervosa.

Classificatie volgens DSM-IV (codering volgens ICD-9-CM):
307.50 Eetstoornis NAO.

Classificatie volgens DSM-5 (codering volgens ICD-9-CM):
307.51 Eetbuistoornis (hoofddiagnose), specificatie ernstig (nl 8 tot 13 eetbui episoden per week)

Casus 4
Depressieve stoornis NAO

Patiënt, 35 jaar jong, is goed bekend bij zijn huisarts omdat hij gedurende zijn volwassen leven een aantal periodes heeft gehad waarin hij zich moeilijk kon concentreren, moe voelde, over alles ging piekeren en twijfelen, en op zijn werk niet goed meer kon functioneren. Zijn collega's hebben gezegd dat hij dan gespannen over komt en zo weinig met zijn hoofd er bij is, en dat hij maar beter eerst wat tijd kan nemen om er bovenop te komen. Collega's waren extra tijd kwijt om dingen die hij deed na te lopen op fouten. Hij heeft zich in overleg met de huisarts recent opnieuw ziek gemeld, en er is nader onderzoek gedaan bij de internist naar een mogelijke somatische oorzaak van het probleem. Dat leverde geen duidelijke afwijkingen op. Patiënt kan niet precies aangeven wat hem dwars zit. De relatie met

zijn vrouw is al langere tijd niet optimaal, maar vanwege de twee kinderen (4 en 7 jaar oud) hebben ze besloten er voor te blijven gaan. Op het werk zijn een aantal collega's vanwege de economische teruggang afgevloeid, waardoor er meer druk is komen te staan op de overblijvers. Hij voelt zich daar vooral vlak over, niet duidelijk somber. Ook zijn er geen overdreven schuldgevoelens of gevoelens van waardeloosheid. Zijn eetlust is niet duidelijk verminderd, eerder wat toegenomen, en er zijn geen terugkerende gedachten aan de dood. Wel merkt hij dat hij duidelijk minder plezier beleeft, bijvoorbeeld aan het meegaan naar het voetbal van zijn zoon op zaterdag. Inmiddels is hij twee maanden thuis, en er komt maar langzaam verandering in zijn toestand. De huisarts is extra alert omdat de vader van patiënt langere tijd in behandeling is geweest voor depressies en zich op latere leeftijd heeft gesuïcideerd. De huisarts verwees patiënt eerder naar de POH en later naar de eerstelijns psycholoog voor ondersteunende/psychotherapeutische gesprekken, maar startte op een gegeven moment ook met antidepressiva. Na vier maanden gaat patiënt weer geleidelijk aan het werk, en zes maanden na het begin van de klachten voelt hij zich weer de oude. Wanneer een half jaar later de medicatie wordt afgebouwd blijft het eerst goed gaan met patiënt. Maar een jaar later ontwikkelt hij een forse depressieve stoornis en wordt verwezen naar de regionale GGZ instelling.

Diagnostiek
Patiënt heeft een aantal symptomen van een depressieve stoornis, maar niet voldoende (namelijk minder dan vijf uit negen). Er is sprake van een verminderd onvermogen om te genieten, concentratiestoornissen, vermoeidheid en onzekerheid. Daarnaast is er sprake van een duidelijke achteruitgang van het functioneren mede als gevolg van een toename van de druk op het werk en privé. Meneer behoort tot de hoog risico groep voor een depressieve stoornis vanwege van een belaste familie anamnese voor stemmingsstoornissen.

Classificatie volgens DSM-IV (codering volgens ICD-9-CM):
311 Depressieve stoornis NAO (hoofddiagnose).

Classificatie volgens DSM-5 (codering volgens ICD-9-CM):
311 Andere gespecificeerde depressieve-stemmingsstoornis (depressieve episode met onvoldoende symptomen).

Bijlage 2 Reacties consultatie belanghebbende partijen

1. Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie, Nederlands Instituut van Psychologen/P3NL, GGZ Nederland, Landelijk Platform GGZ, Landelijke Vereniging van Vrijgevestigde Psychologen en Psychotherapeuten (gezamenlijke reactie)
2. Zorgverzekeraars Nederland
3. Nederlandse Vereniging voor Psychotherapie
4. Nederlandse Wetenschappelijke Vereniging voor Seksuologie
5. Nederlands Huisartsen Genootschap
6. Vereniging EMDR Nederland
7. Nederlandse Vereniging voor Klinische Geriatrie
8. Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland

Zorginstituut Nederland
t.a.v. mevrouw drs. L.A Rijnierse
Postbus 320
1110 AH DIEMEN

Datum
4 november 2015
Contactpersoon
Monique Strijdonck
Ons kenmerk
FA/mesk/naem/172432/2015
Onderwerp
Consultatiedocument Herziening rapport DSM-5 en de gevolgen voor de verzekering, onderdeel Andere gespecificeerde stoornissen

Bijlage(n)
Reactie op specifieke punten
Doorkiesnummer
033 – 460 89 77
Uw kenmerk
-

Geachte mevrouw Rijnierse, beste Lise,

Graag maken ondergetekende partijen gebruik van de mogelijkheid te reageren op het consultatiedocument ‘Herziening rapport DSM-5 en de gevolgen voor de verzekering, onderdeel Andere gespecificeerde stoornissen’. Aan dit rapport is een uitgebreid traject met meerdere partijen vooraf gegaan. Wij willen onze waardering uitspreken voor het initiatief, het betrekken van verschillende partijen en de zorgvuldigheid waarmee het Zorginstituut dit heeft opgepakt.

Een belangrijke uitkomst van het traject is dat het heeft geleid tot een andere kijk van Zorginstituut Nederland op en herziening van het eerdere advies over de classificaties ‘Andere gespecificeerde stoornissen’. In voorliggend rapport stelt Zorginstituut Nederland terecht dat alle classificaties ‘Andere gespecificeerde stoornissen’ onderdeel zijn van de aanspraak op geneeskundige ggz. Het consultatiedocument vinden wij op hoofdlijnen een goede weergave van het proces, de conclusies die we met elkaar hebben getrokken en de afspraken die zijn gemaakt.

In deze brief reageren we op de in het rapport gestelde consultatievragen. In de bijlage bij deze brief staat onze reactie op enkele specifieke punten in het rapport.

Consultatievraag 1
Bent u het eens met de voorlopige conclusies van het vervolgtraject (hfst. 2)?

Wij zijn verheugd dat het traject heeft geleid tot een goed begrip van de definitie van een psychische stoornis, zoals opgenomen in sectie I van de DSM-5 en dat duidelijk is geworden dat het bij de classificaties van sectie II, waaronder de 'Andere gespecificeerde stoornissen', steeds gaat om patiënten met een psychische stoornis conform de drempelcriteria uit sectie I. Wij zijn het dan ook eens met de conclusie het eerdere advies zo aan te passen dat de classificatie 'Andere gespecificeerde stoornissen' net als de stoornissen NAO uit de DSM-IV toegang geeft tot de verzekerde geneeskundige ggz.

Consultatievraag 2
Kunt u zich vinden in de gemaakte afspraken zoals omschreven in paragraaf 3.3?

Wij kunnen ons vinden in de eerste drie genoemde vervolgafspraken. Gezien de voortgang van de ontwikkeling kwaliteitsstandaarden onder de vlag van het Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGz is het goed dat Zorginstituut Nederland het Netwerk al gedurende het traject heeft verzocht expliciet(er) aandacht te besteden aan de stoornissen NAO/Andere gespecificeerde stoornissen.

Bij het punt over monitoren is ons dringend verzoek veldpartijen vooraf te betrekken om gezamenlijk afspraken te maken over wat er precies gemonitord gaat worden, de wijze waarop dit gebeurt en de criteria op basis waarvan de resultaten worden beoordeeld. Dit om eventuele discussie hierover achteraf te voorkomen.

De laatste zin in paragraaf 3.3 herkennen wij niet. De afbakening van de aanspraak op geneeskundige wordt niet bepaald via een productstructuur. Hieraan liggen andere afwegingen op basis van de pakketcriteria ten grondslag.

Consultatievraag 3
Bent u het eens met de conclusie ten aanzien van de consequenties zoals beschreven in hoofdstuk 4?

Wij zijn het eens met de conclusie dat overgang naar een nieuw classificatiesysteem niet leidt tot nieuwe psychische aandoeningen of nieuwe interventies en dat daarom de gevolgen van een overgang naar de DSM-5 voor de verzekerde zorg beperkt zijn. De focus van het afgelopen traject lag echter (zoals de titel van het consultatiedocument ook aangeeft) op het onderdeel 'Andere gespecificeerde stoornissen'. Andere adviezen en duidingen uit het rapport DSM-5 en de gevolgen voor de verzekering zijn niet expliciet besproken. Wij vinden dat de in dit hoofdstuk beschreven consequenties beperkt moeten blijven tot de gevolgen van het herziene advies over de 'Andere gespecificeerde stoornissen'. Voor onze mening over andere aspecten verwijzen wij naar onze reacties op het eerdere concept rapport over DSM-5 en de gevolgen voor de verzekering. Onze eerdere opmerkingen hierbij blijven onverkort staan. Vanzelfsprekend gaan wij ook hierover graag met elkaar in gesprek.

Consultatievraag 4
Heeft u nog opmerkingen of aanvullingen ten aanzien van de conclusies en afspraken?

Bij één van de overleggen is door een verzekeraar aangegeven dat in de Spelregels ggz 2015, DBC registratie ggz het volgende staat over de huidige classificatie NAO's: *Vermijd het registreren van de NAO (Niet Anderszins Omschreven) zoveel als mogelijk is.* Bij het traject is duidelijk geworden dat NAO bij DSM-IV of Andere gespecificeerde stoornis bij DSM-5 de meest geschikte classificatie kan zijn. Ons verzoek aan Zorginstituut Nederland is of zij, nadat het nieuwe rapport is vastgesteld, deze ook onder de aandacht te brengen van de NZa zodat zij de spelregels hierop kunnen aanpassen.

Wij hopen dat beantwoording van de consultatievragen helder is. Vanzelfsprekend zijn wij bereid bij eventuele vragen van uw kant nadere toelichting te geven. U kunt hiervoor contact opnemen met Monique Strijdonck (mstrijdonck@ggznederland.nl) en/of Janneke van Gog (j.vangog@nvvp.net) en/of Bas Wijffels (Bas.Wijffels@psynip.nl).

Met vriendelijke groet,

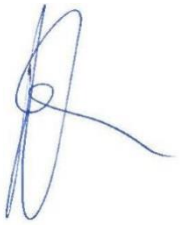
Namens LPGGz

drs. M. ter Avest,
directeur

Namens NIP

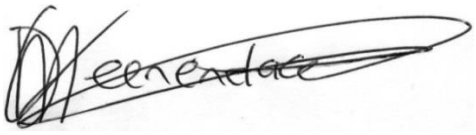
drs. J.C.M. van Eck,
directeur

Namens NVvP



prof. dr. A.T.F. Beekman,
voorzitter

Namens LVVP



drs. J.M. Veenendaal,
directeur

Namens P3NL

prof. dr. M.J.P.M. Verbraak,
bestuurslid

Namens GGZ Nederland

ir. P.M. van Rooij,
directeur

Bijlage – Reactie op specifieke punten

Hoofdstuk 2

In paragraaf 2.3.1 van het rapport staat dat verzekeraars van mening waren dat de afbakening van geneeskundige ggz ondergraven zou worden door aanspraak op geneeskundige ggz mogelijk te maken wanneer niet voldaan wordt aan de criteria van classificatie van de stoornis. Echter ook bij classificatie van 'Andere gespecificeerde stoornis' moet voldaan zijn aan bepaalde criteria. De huidige formulering suggereert anders en wij zien dit dan ook graag gewijzigd. Bijvoorbeeld door aan te geven dat verzekeraars dit als risico zagen of tussenzin in het rapport eruit te halen.

De eerste zin in paragraaf 2.4.1 is al te strikt geformuleerd. Geïndiceerde preventie is bijvoorbeeld uitzondering op het uitgangspunt dat de zorgverzekering alleen bedoeld is voor zorg voor ziekte. Verder is in dezelfde paragraaf de bijzin dat het onderscheid in de praktijk problematisch dan wel op zijn minst kunstmatig is, zeker bij psychische problematiek stigmatiserend. Het voegt niets toe aan de boodschap. Onze suggestie is dit te schrappen.

In paragraaf 2.4.2 boven tabel 1 moet eigenlijk staan: 'Bij het hoofdstuk over Persoonlijkheidsstoornissen zijn immers geen inhoudelijke wijzigingen doorgevoerd.'

In paragraaf 2.4.2 is onze suggestie bij voetnoot 2 toe te voegen wat de bron is van deze gegevens.

In paragraaf 2.4.3 staat dat wanneer er een 'Andere gespecificeerde stoornis' wordt geclassificeerd, dit geen indicatie van de mate van ernst of complexiteit van de psychische stoornis geeft. In sectie I van de DSM-5 staat echter wel dat de drempelwaarde van een psychische stoornis is gelegen in de significante lijdensdruk of beperkingen in het functioneren op sociaal of beroepsmatig gebied of bij andere belangrijke bezigheden. Ook staat er dat een classificatie alleen gegeven mag worden als er een daadwerkelijke zorgbehoefte is. Er is dus inderdaad geen sprake van indeling naar verschillende 'niveaus' van ernst of complexiteit, maar voor behandeling in de ggz en classificatie moet er wel degelijk aan bepaalde criteria worden voldaan.

Hoofdstuk 3

Bij het eerste punt in paragraaf 3.3 doet de formulering vermoeden dat het overleg in 2012 heeft plaatsgevonden, terwijl het hierbij gaat om in 2012 afgesloten DBC's met NAO als classificatie

Hoofdstuk 4

In paragraaf 4.1 staat dat de kosten van geneeskundige zorg kunnen toenemen doordat de behoefte aan geneeskundige zorg toeneemt als gevolg van demografische groei, en door nieuwe indicatie-interventiecombinaties of uitbreiding van bestaande indicaties. Wij zien graag een nuancering van deze zin. Het betreft hier voorbeelden. Een ander aspect van stijgende kosten zijn prijsstijgingen, bijvoorbeeld als gevolg van loon- en prijsindexatie.

Zorgverzekeraars Nederland

Sparrenheuvel 16
Postbus 520
3700 AM ZEIST
Telefoon (030) 698 89 11
Telefax (030) 698 83 33
E-mail info@zn.nl

Zorginstituut Nederland
mw. drs.L.A. Rijnierse
Postbus 320
1110 AH DIEMEN

Contactpersoon	C. de Schepper
Doorkiesnummer	030-6988343
Ons kenmerk	B-15-3727-csch1
Uw kenmerk	Reactie op consultatiedocument van Zorgfinstituut Nederland
Datum	6 november 2015
Onderwerp	Herziening rapport DSM-5 'andere gespecificeerde stoornissen'

Geachte mevrouw Rijnierse, beste Lise,

Zoals besproken stuur ik u hierbij onze reactie op het herziening rapport DSM-5 en de gevolgen voor de verzekering, onderdeel ‘Andere gespecificeerde stoornissen’.
Samen met uw collega’s bent u recent bij ons geweest in het kenniscentrum GGZ en heeft u aan de hand van een presentatie uitleg gegeven over dit onderwerp en hebben we met elkaar hierover van gedachten kunnen wisselen. Nogmaals wil ik u hartelijk danken hiervoor.

De verzekeraars zijn het eens met de conclusie en kunnen zich vinden in dit rapport.

Onderstaand een samenvatting van de reacties van de zorgverzekeraars:
Terecht wordt in het rapport opgemerkt dat ook bij de ‘Andere gespecificeerde stoornis’ wel degelijk sprake is van een stoornis en dat deze classificatie niet bedoeld is om een subklinisch beeld (‘klachten’) of een lichtere variant van een stoornis te coderen. De Andere gespecificeerde stoornis is, net als de huidige NAO-classificaties, bedoeld voor stoornissen die nét niet in één van de vooraf gedefinieerde hokjes passen. Aangezien de DSM geen diagnosesysteem maar een classificatiesysteem is, is het van belang dat deze mogelijkheid blijft bestaan. De classificaties die bestaan zijn immers bepaald / gekozen en niet

vastgesteld / geconstateerd als aparte entiteiten. Een nadere duiding of acties zoals in het rapport worden genoemd zijn noodzakelijk zodat zorgverzekeraars kunnen controleren.
Het ZiNL constateert dat het bij de NAO-classificaties gaat om een aanzienlijk aantal patiënten. Dit kan een aanwijzing zijn dat de NAO-classificaties (en daarmee straks de Andere gespecificeerde stoornissen) onjuist worden gehanteerd en in de praktijk wél worden gebruikt voor patiënten die geen stoornis hebben. Het is en blijft dus wel van belang om te sturen op het juiste gebruik van deze classificaties.
Bij instellingen die uitsluitend NAO-classificaties behandelen kunnen we bijvoorbeeld onze vraagtekens zetten.
Voor de volledigheid; In het geval van een classificatie in de categorie Niet Anderszins Omschreven (NAO) moet er sprake zijn van een eigenstandige en volwaardige stoornis, die qua vorm (en dus niet qua ernst) (net) niet aan alle criteria van één van de stoornissen uit de betreffende categorie voldoet.

Voor verzekeraars is het van belang om meer zicht te krijgen om welke problematiek het gaat bij de betreffende classificaties ‘Andere gespecificeerde stoornis’. We zien dan ook uit naar de toelichting van het NIP en de NVvP hierop. Daarnaast vinden we het monitoren van de gevolgen van de invoering van de DSM-5 met bijzondere aandacht voor de ‘Andere gespecificeerde stoornissen’ van belang en bespreken de resultaten graag met u.

Wij hopen u hiermee voldoende informatie te hebben gegeven. Mocht u nog vragen hebben dan vernemen wij dit uiteraard graag.

Met vriendelijke groet,

Mevrouw J.G.W. Lensink MSc
Waarnemend algemeen directeur
Zorgverzekeraars Nederland

nederlandse vereniging voor psychotherapie

Aan mevr. L. Rijnierse, adviseur
Zorginstituut Nederland
Verzonden per e-mail aan: lrijnierse@zinl.nl

Utrecht, 28 oktober 2015

Kenmerk: ND/rvr/151059
Betreft: Reactie NVP op het consultatiedocument “Herziening rapport DSM-5 en de gevolgen voor de verzekering, onderdeel Andere gespecificeerde stoornissen”, concept 14 oktober 2015

Geachte mevr. Rijnierse,

Graag willen wij vanuit het bestuur van de Nederlandse Vereniging voor Psychotherapie (NVP) reageren op uw verzoek om consultatie, dit op basis van de door u daarin gestelde consultatievragen.

Het bestuur van de NVP kan zich vinden in de globale strekking en inhoud van het consultatiedocument. Op een aantal punten heeft het bestuur echter ook een afwijkend standpunt, of kanttekeningen, hetgeen we middels dit schijven nader toe willen lichten.
Wij vinden het bemoedigend dat het ZIN terug is gekomen op het eerder ingenomen advies aan de minister betreffende deze ’NAO-kwestie’. Daarmee is ons inziens terecht een forse pakketingreep afgewend die eerder dreigde op basis van het door ZIN uitgebrachte advies aan de minister. De NVP heeft van dat advies destijds, samen met andere beroepsgroepen, krachtig afstand genomen. Op inhoudelijke gronden was immers niet te rechtvaardigen dat een psychische stoornis met de classificatie NAO gezien zou moeten worden als een weinig ernstige stoornis. Het onverhoopt doorgevoerde advies zou bovendien hebben geleid tot een ongekende en niet te rechtvaardigen pakketingreep (meer dan 20% van de kosten van verzekerde zorg), met alle desastreuze consequenties van dien, ook voor de psychotherapeutische zorg in Nederland.

Het schept vertrouwen naar de toekomst dat de minister vervolgens de kritiek vanuit de beroepsverenigingen ter harte heeft genomen, en dat het ZIN op basis van een nieuwe consultatieronde de expertise en mening van de beroepsverenigingen serieus in heroverweging heeft genomen. Als wetenschappelijke beroepsvereniging behartigt en bewaakt de NVP de inhoudelijke belangen van de psychotherapie en van (BIG artikel 3) -psychotherapeuten in Nederland. Wij zijn daartoe aangewezen door de minister. De NVP zou dan ook in de toekomst graag door u bij dergelijke ontwikkelingen betrokken worden.

Consultatievraag 1: Conclusies van het vervolgtraject (hoofdstuk 2)
Wij zijn het eens met de stellingname dat het voldoen aan de algemene DSM-5 definitie van een psychische stoornis in principe voldoende rechtvaardigt om toegang te verlenen tot de verzekerde zorg in Nederland, welomschreven uitzonderingen daargelaten. Wij zijn het vervolgens echter niet met de door u genoemde kanttekening eens (paragraaf 2.5) waarin u stelt dat het ontbreken van een ernstmaat bij de "Andere gespecificeerde DSM-5 classificaties" kan leiden tot "onjuist gebruik van de geneeskundige GGz". Die stellingname ondermijnt nu juist de eerder benoemde conclusie dat vergoeding van zorg gewenst is indien voldaan wordt aan de algemene definitie van een psychische stoornis, want daarin zit die mate van ernst (lijdensdruk en/of sociale beperkingen) al principieel vervat. Daar kunnen dus alleen na zorgvuldige afwegingen uitzonderingen op worden geformuleerd. Zowel de DSM-IV als de DSM-5 bieden in dat opzicht onvoldoende criteria en specificaties om te komen tot het bepalen van de zorgvraagzwaarte t.b.v. een vaststelling of bepaalde zorg wel of niet vergoed dient te worden. Wij onderschrijven de wenselijkheid om tot dergelijke specificaties te komen opdat niet op onjuiste wijze aanspraak wordt gemaakt op het verzekerde pakket van de ggz, maar de DSM-IV of DSM-5 zal daar onvoldoende houvast bij bieden, en dat geldt niet speciaal voor de classificaties NAO (DSM-IV) of "Andere gespecificeerde" (DSM-5). De formulering van uw "kanttekening" in deze paragraaf kan in dit opzicht opnieuw tot misverstanden en spraakverwarring leiden, en dient ons inziens tekstueel te worden aangepast.

Consultatievraag 2: Gemaakte afspraken (paragraaf 3.3)
Wij kunnen ons deels vinden in de formulering van de vier genoemde "afspraken", maar deels ook niet.

- Het lijkt ons een goede zaak dat in kwalteitsstandaarden ook expliciet aandacht wordt besteed aan "Andere gespecificeerde stoornissen" en dat ook voor deze patiënten duidelijk wordt omschreven wat gepaste zorg zou kunnen zijn.
- Toelichting, middels een bijeenkomst, op de "Andere gespecificeerde stoornissen" wordt ook door het bestuur van de NVP als wenselijk beschouwd. Wij zouden daar graag nauw bij betrokken blijven omdat de NVP hierover de kennis heeft waar het gaat om de indicatiestelling voor en uitvoering van de psychotherapie. Dat zien wij onvoldoende specifiek vertegenwoordigd via het Nederlands Instituut van Psychologen en de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie , die wel in uw notitie worden benoemd.
- Ook het monitoren van de gevolgen lijkt ons een gewenste ontwikkeling, evenals het bespreken daarvan met "betrokken partijen". De NVP beschouwt zichzelf ook hierbij vanzelfsprekend als een van deze betrokken veldpartijen en wij worden graag op de hoogte gehouden en uitgenodigd.
- Deze vierde afspraak, over de gevolgen van het advies van de werkgroep Doorontwikkeling productstructuur DB(B)C-GGZ, is ondoorzichtig geformuleerd. Onduidelijk is wat het advies behelst en door wie het genoemde "prototype" zal worden ontwikkeld. Het is voor ons derhalve niet mogelijk om op basis van deze notitie aan te geven of wij als NVP-bestuur ons kunnen vinden in deze "afspraak", vooralsnog derhalve niet.

Consultatievraag 3: Conclusies ten aanzien van de consequenties (hoofdstuk 4)
4.1 Gevolgen invoering DSM-5 voor verzekerde pakket:

Wij kunnen ons globaal vinden in de stellingname in deze paragraaf, behoudens de laatste zinsnede over de eerdere keuze van het ZIN om aan de minister te adviseren een aantal classificaties niet onder de geneeskundige ggz te laten vallen. Die keuze is expliciet gemaakt door het ZIN, los van de vraag of alle beroepsverenigingen het daar helemaal mee eens waren. De door het ZIN gemaakte keuzes worden hier ook niet opnieuw geëxpliciteerd. Het lijkt ons derhalve beter deze laatste zin uit het document te verwijderen (dan wel deze kwestie weer volledig te expliciteren zodat een herbeoordeling daarvan door ons mogelijk wordt). Psychotherapeutische interventies zijn bewezen effectief bij een zeer breed scala aan klachten en problemen en bij zeer uiteenlopende stoornissen en classificaties. Het zou ongewenst, onverstandig, ongepast en inefficiënt zijn om enkel op basis van een DSM-classificatie bepaalde patiënten deze gepaste psychotherapeutische zorg in de toekomst te onthouden in Nederland. Daar is niemand bij gebaat. Kosten kunnen beter op andere wijze worden beheerst.

4.2 Gevolgen herzien advies voor conclusie DSM-5-rapport:
Wij zijn het eens met de strekking van deze paragraaf en verwachten dat de invoering van de DSM-5 geen substantiële gevolgen zal hebben voor het verzekerde pakket. Uw laatste zinsnede heeft ons echter verward "….dat de *juiste* patiënt de juiste zorg krijgt". Dat roept de vraag op of er in uw ogen ook '*onjuiste'* patiënten zouden zijn die de juiste zorg krijgen? Ons lijkt van niet. U bedoelt waarschijnlijk "...dat iedere patiënt de juiste zorg krijgt", en daar zijn wij het van harte mee eens, en dat gaat wat de NVP betreft ook de DSM-5 niemand onthouden..

Consultatievraag 4: Opmerkingen en aanvullingen
Wij benadrukken nogmaals dat ook bij ernstige psychische stoornissen de classificatie NAO de meest juiste en meest passende DSM-IV classificatie kan zijn, en dat die classificatie dan ook als zodanig gebruikt dient te worden. In de praktijk van de hulpverlening wordt wellicht de classificatie NAO tevens gebruikt om een artefact van de DSM-systematiek, de 'co-classificatie' van een veelheid aan stoornissen, af te wenden. Hierdoor wordt maatschappelijke stigmatisering deels voorkomen en worden negatieve consequenties afgewend (zoals het buitengesloten worden van een hypotheek of levensverzekering).
De aangekondigde voorgenomen beperking van vergoedingen bij de classificatie NAO heeft er in Nederland inmiddels toe geleid dat beleidsmakers in de zorg op tal van plaatsen hulpverleners hebben geadviseerd om de classificatie NAO niet langer te gebruiken maar uit te wijken naar een naburige diagnostische classificatie die wel wordt vergoedt. Met de door u voorgestelde monitoring wordt het effect van die tendens mogelijk in beeld gebracht. Naar onze verwachting zal het aantal gebruikte NAO classificaties in Nederland in 2014 en 2015 zijn afgenomen t.g.v. de aangekondigde pakketingreep, wellicht zelfs fors zijn afgenomen. Wellicht wordt de classificatie NAO ten onrechte steeds minder gebruikt. De doorvoering van het voorstel om classificatie NAO niet langer te vergoeden zou ongetwijfeld hebben geleid tot nog onzorgvuldiger en onjuist gebruik van het DSM classificatiesysteem, met alle nadelige gevolgen van dien. Met als nevenverschijnselen een afname van het vertrouwen bij professionals in de overheid en tevens een afname van het vertrouwen van de overheid in de ggz. Wij vinden het een goede zaak als dat middels dit herziene rapport kan worden afgewend.

Graag maken wij ten slotte nog enkele tekstuele opmerkingen en suggesties voor verbetering van de tekst.

- Afkorting ACP graag toelichten voluit.
- Paragraaf 1.2. "…de niet eenduidige reactie van de partijen": onduidelijk wat daarmee wordt bedoeld.
- Paragraaf 2.2.1. NAO is in de DSM-5 niet "opgesplitst in…." maar "vervangen door…..".
- Dat "ongespecificeerde …..stoornis" in uw voorgaande DSM-5 rapport beschouwd is als te verzekeren zorg, roept bij ons de vraag op of dat in die notitie wel zo expliciet was benoemd!
- Paragraaf 2.4.1. Laatste zin moet ons inziens zijn "…..criteria van een van de gespecificeerde stoornis-classificaties."
- Paragraaf 2.4.2. Tweede alinea: De DSM-5 is niet zozeer "gedetailleerder" maar "omvat meer nadere specificaties per stoornis-classificatie". (De DSM-IV heeft trouwens ook vele specificaties, maar die werden tot voor kort minder sterk benadrukt.)
- Paragraaf 2.4.2. Boven tabel 1. Wellicht in voetnoot aangeven waarom er bij persoonlijkheidsstoornissen geen essentiële wijzigingen zijn doorgevoerd in Deel II van de DSM-5, en daarbij verwijzen naar het Alternatieve DSM-5 model voor persoonlijkheidsstoornissen in Deel III.
- Paragraaf 2.4.3. …..geen "gemengde persoonlijkheidsstoornis" meer is opgenomen (zoals in de DSM-III in 1980).
- Paragraaf 2.4.4. Er zijn meer mogelijkheden voor specificaties, niet voor subtypering! Er zijn in de DSM-5 juist MINDER subtyperingen.
- Paragraaf 2.4.4. Indien referentie in tekst (Coccaro,…) dan die referentie ook vermelden.
- Paragraaf 3.1.1. "Zorgbehoefte en lijdensdruk…." moet wellicht zijn ofwel "zorgbehoefte" danwel "Lijdensdruk en sociale beperkingen".
- Paragraaf 3.2.1. Halverwege: "….benoemd moeten worden, hetgeen als onwenselijk werd geacht door de maker van de DSM-5".
- Paragraaf 4.1. Het totaal aantal SPECIFIEKE classificaties is teruggebracht van 172 tot 157. Echter, door de toevoeging van zowel de "Andere gespecificeerde" als "Ongespecificeerde" stoornissen in elk hoofdstuk is het totaal aantal classificaties wel toegenomen t.o.v. de DSM-IV.

Namens het bestuur van de NVP

Nel draijer, voorzitter NVP

NVVS Secretariaat - Status Plus
Postbus 94
1520 AB Wormerveer

Tel.: 075-6476374
Fax: 075-6476371

Mail: info@nvvs.info
Web: www.nvvs.info

Zorginstituut Nederland
Team Zorg Dichtbij, Sector Zorg
t.a.v. Mw. drs. L.A. Rijnierse (LRijnierse@zinl.nl)
Postbus 320
1110 AH Diemen

Wormerveer, 3 november 2015

Betreft: Herziening rapport DSM-5 en de gevolgen voor de verzekering, onderdeel Andere gespecificeerde stoornissen

Geachte mevrouw Rijnierse,

Namens de NVVS stuurde ik op 18 februari j.l. een brief aan Zorginstituut Nederland waarin wij onze zorgen kenbaar maakten ten aanzien van het rapport over 'De nieuwe DSM-5 en de gevolgen voor de verzekering'. Daarin stelden wij het volgende:

1. "Wij hopen dat u in het contact met alle partijen die bij de zorg voor deze patiënten betrokken zijn duidelijk zal blijven maken dat, niet alleen de behandeling van parafiele stoornissen en genderdysforie, maar ook de behandeling van hyperseksualiteit en de ego-dystone seksuele oriëntatie te verzekeren geneeskundige GGZ is."

2. "Daarnaast hopen wij dat u terug zult komen op uw beslissing dat de 'andere gespecificeerde …stoornis' geen te verzekeren geneeskundige GGZ is. Patiënten met een 'andere gespecificeerde genderdysforie' en een 'andere gespecificeerde parafiele stoornis' hebben ernstige psychische stoornissen waarbij behandeling in de G-GGZ op zijn plaats is. Hyperseksualiteit en de ego-dystone seksuele oriëntatie kunnen het beste worden geclassificeerd als een 'andere gespecificeerde psychische stoornis'. Dat zal echter alleen gebeuren als de 'andere gespecificeerde psychische stoornis' ook te verzekeren geneeskundige GGZ is."

In de concept-'Herziening rapport DSM-5 en de gevolgen voor de verzekering, onderdeel Andere gespecificeerde stoornissen' van 14 oktober j.l. stelt u voor om het eerder gegeven advies aan te passen: "de classificatie 'Andere gespecificeerde stoornis' moet net als bij de stoornissen NAO uit de DSM-IV toegang geven tot de verzekerde geneeskundige GGZ" (paragraaf 2.5). Daar zijn wij heel gelukkig mee.

In hoofdstuk 5 van dit concept-rapport heeft u vier consultatievragen geformuleerd. Onze antwoorden op deze vier vragen sturen wij u hierbij toe.

Consultatievraag 1:
Bent u het eens met de voorlopige conclusies van het vervolgtraject (hfst. 2)?
Ja, wij zijn het eens met de in paragraaf 2.5 geformuleerde voorlopige conclusie van het vervolgtraject: "de classificatie 'Andere gespecificeerde stoornis' moet net als bij de stoornissen NAO uit de DSM-IV toegang geven tot de verzekerde geneeskundige GGZ."

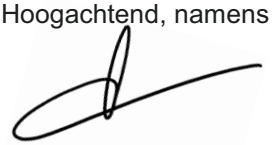
nederlandse wetenschappelijke vereniging
voor seksuologie

Consultatievraag 2:
Kunt u zich vinden in de gemaakte afspraken zoals omschreven in paragraaf 3.3?
In paragraaf 3.3 is sprake van vier afspraken:
1. In de afspraak dat in de kwaliteitsstandaarden expliciet(er) aandacht zal worden besteed aan de 'Andere gespecificeerde stoornissen' kunnen wij ons zeker vinden. Wat ons betreft zou in de kwaliteitsstandaard seksuele stoornissen die thans in opdracht van het Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGZ wordt ontwikkeld dan ook aandacht moeten worden besteed aan 'hyperseksualiteit' en aan de 'ego-dystone seksuele oriëntatie'. Vandaar dat wij deze brief cc sturen aan Rutgers – Kenniscentrum Seksualiteit – dat bij de ontwikkeling van deze kwaliteitsstandaard is betrokken.
2. NIP en NVvP zullen een bijeenkomst organiseren met experts die voor verzekeraars een inhoudelijke toelichting kunnen geven op de 'Andere gespecificeerde stoornissen'. Ook daarin kunnen wij ons vinden. Desgewenst zijn wij graag bereid om tijdens deze bijeenkomst een nadere toelichting te geven met betrekking tot de 'Andere gespecificeerde stoornissen' op seksueel gebied, zoals 'hyperseksualiteit' en de 'ego-dystone seksuele oriëntatie'.
3. Dat het Zorginstituut de gevolgen van de invoering van de DSM-5 zal monitoren en hierbij bijzondere aandacht zal besteden aan de 'Andere gespecificeerde stoornissen' is een afspraak waar wij ons eveneens in kunnen vinden.
4. Van het advies van de werkgroep Doorontwikkeling productstructuur DB(B)C-GGZ hebben wij nog geen kennis genomen. Vandaar dat wij hierover nog geen uitspraken kunnen doen.

Consultatievraag 3:
Bent u het eens met de conclusie ten aanzien van de consequenties zoals beschreven in hoofdstuk 4?
Ja, wij zijn het eens met de conclusie dat, indien de classificaties 'Andere gespecificeerde stoornissen' wel tot de aanspraak geneeskundige GGZ worden gerekend, geen wijziging optreedt bij de overgang van DSM-IV naar DSM-5 en dat de invoering van de DSM-5 dus ook geen wijzigingen van het verzekerde pakket tot gevolg zal hebben.

Consultatievraag 4:
Heeft u nog opmerkingen of aanvullingen ten aanzien van de conclusies en afspraken?
Nee, wij hebben hierover verder geen opmerkingen of aanvullingen.

Hoogachtend, namens de NVVS



Drs. A. Beekman, voorzitter

Cc:

- Rutgers, Kenniscentrum Seksualiteit, t.a.v. Mw. drs. W. van Berlo, Postbus 9022, 3506 GA Utrecht

.

Reactie van het Nederlands Huisartsen Genootschap op

Consultatiedocument Onderdeel DSM-5 Andere gespecificeerde aandoeningen

1. We zijn het eens met de conclusies genoemd in 2.5.
2. We zijn het eens met de gemaakte afspraken in 3.3. Graag actualisering tijdstip van de bekrachtiging van de Doorontwikkeling productstructuur DBBC –GGZ.
3. We zijn het eens met de conclusie ten aanzien van de consequenties in 4.
4. Geen opmerkingen.

Van: Secretariaat Vereniging EMDR Nederland [buvooleende@gmail.com]
Verzonden: dinsdag 20 oktober 2015 9:32
Aan: Rijnierse, Mw. L.
Onderwerp: reactie van bestuur Vereniging EMDR NEDERLAND

Geachte mevrouw Rijnierse,

Naar aanleiding van de vragen van het Zorginstituut die op pagina19 (H5) staan, willen wij de consultatievragen achtereenvolgens met drie keer ja en de laatste met nee beantwoorden.

1. eens met de conclusie - ja
2. eens met de gemaakte afspraken - ja
3. eens met de conclusies tav consequenties - ja
4. verdere opmerkingen - nee

Mocht u verder nog vragen hebben dan vernemen wij dit graag.

Met vriendelijke groet,
Desiree van Balen
Secretariaat Vereniging EMDR Nederland
Postbus 13032
3507 LA UTRECHT
vereniging@emdr.nl
www.emdr.nl

Van: NVKG [mailto:info@nvkg.nl]
Verzonden: donderdag 29 oktober 2015 14:52
Aan: Rijnierse, Mw. L.
CC: Kruithof, Henk; Jonckheere, Richard de
Onderwerp: ZiNL - Consultatiedocument 'Herziening rapport DSM-5 en de gevolgen voor de verzekering, onderdeel Andere gespecificeerde stoornissen' (U-1510279)

Beste Lise,

Hierbij wil ik ZiNL informeren dat de NVKG instemt met de adviezen van het rapport.

Met vriendelijke groet,

Marianne Toubi
Beleidsmedewerker NVKG

Nederlandse Vereniging voor Klinische Geriatrie

Postbus 2704
3500 GS Utrecht
Mercatorlaan 1200
3528 BL Utrecht
Tel: (030) 282 39 30

Reactie van de afdeling SPV van V&VN op concept consultatiedocument betreft 'Herziening rapport DSM-5 en de gevolgen voor de verzekering, onderdeel Andere gespecifieerde stoornissen'.

Consultatievraag 1
Bent u het eens met de voorlopige conclusies van het vervolgtraject (hfst. 2)?
Ja.

Consultatievraag 2
Kunt u zich vinden in de gemaakte afspraken zoals omschreven in paragraaf 3.3?

- Betreft de tweede afspraak (het geven van een toelichting door beroepsverenigingen middels een bijeenkomst met experts en verzekeraars). Een bijeenkomst is zinvol als die voldoende gedocumenteerd om continuïteit te kunnen ondersteunen bij de verzekeraar. Indien dit niet het geval is zal continuïteit en voortzetting af hangen van de individuen die aanwezig zijn op de bijeenkomst, dit lijkt wat mager.

Consultatievraag 3
Bent u het eens met de conclusie ten aanzien van de consequenties zoals beschreven in hoofdstuk 4?
Ja.

Consultatievraag 4
Heeft u nog opmerkingen of aanvullingen ten aanzien van de conclusies en afspraken?

- In het document wordt genoemd dat het Zorginstituut heeft aangegeven dat de zorgverzekering is bedoeld voor zorg voor ziekte en niet voor hulp bij problemen waarbij nog geen sprake is van ziekte. Is hieruit te concluderen dat het Zorginstituut de zorgverzekering niet inzet voor preventie met betrekking tot (verergering van) geestelijke gezondheidsstoornissen? Ik vraag me af hoe deze besluitvorming hieromtrent is geweest en of dit juridisch/politiek ondersteund wordt. M.a.w. kan het Zorginstituut bovenstaand argument gebruiken om 'andere gespecificeerde zorg' niet te vergoeden? Eerder in het document wordt de indruk gewekt dat verzekeraars een andere motivatie hebben om 'andere gespecificeerde stoornissen' niet te verzekeren. Namelijk dat de gehele afbakening van de geneeskundige GGZ ondergraven zou worden wanneer er aanspraak zou kunnen worden gedaan op geneeskundige GGZ, ook indien er niet wordt voldaan aan de criteria voor classificatie van een stoornis. Bovenstaande maakt de motivatie van de verzekeraar diffuus en roept vraagtekens op.

- Psychische aandoeningen kunnen zowel DSM-classificeerbare stoornissen zijn als allerlei psychische, psychosociale, psychosomatische klachten die niet te classificeren zijn volgens de DSM-methodiek. De drempel voor het vaststellen van een psychische stoornis in termen van de DSM is het generieke classificatiecriterium over lijdensdruk of disfunctioneren. Het feit dat sommige mensen niet de symptomen vertonen die duiden op een bepaalde classificatie, is geen rechtvaardiging om iemand de toegang tot de juiste

zorg te ontzeggen. Classificeren is volgens de DSM-methodiek niet gelijk aan het stellen van een diagnose. De DSM-classificatie is ontwikkeld om met een gemeenschappelijke taal te communiceren tussen professionals en te gebruiken bij onderzoek en beleid. Bij een diagnose worden onder meer sociale, psychologische en biologische factoren

- bekeken, besproken en beoordeeld. Bij het bepalen welke (juiste) zorg een patiënt nodig heeft en of deze zorg wel of niet DBC gefinancierd wordt, zou de hulpbehoefte en -vraag (veel) meer centraal moeten staan. Evenals de volgende criteria: voorgeschiedenis, persoonlijke context, mate van disfunctioneren, lijdensdruk, ernst van symptomen, gevaarsrisico, draagkracht van het systeem en comorbiditeit.