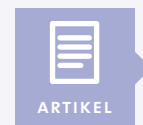


Richtlijn psychiatrische diagnostiek 2015: sterke positionering met enkele rafelrandjes

A.M. RUISSEN



Eind 2015 verscheen de nieuwe Richtlijn psychiatrische diagnostiek van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP). Een lijvig werk, waar de vluchtige lezer van zou kunnen zeggen dat het wel erg academisch georiënteerd is. De richtlijn gaat in sommige opzichten inderdaad voorbij aan de realiteit van de alledaagse psychiatrische zorgpraktijk: de ontwikkelingen in de zorg en de honderden vacatures voor psychiaters in den lande leiden tot overvolle spreekuren, te grote caseloads en dwingende productienormen. Tegelijkertijd ligt het in de aard van een richtlijn om te schetsen 'hoe het hoort'. Dat daar in de praktijk niet altijd aan tegemoetgekomen kan worden, is reden voor constante verbetering. Dat er in de praktijk niet altijd aan tegemoetgekomen móet worden, is ook duidelijk: indien nodig, wijkt men beargumenteerd af. De richtlijn is opgebouwd aan de hand van concrete praktijkvragen, zoals: welke plek nemen somatisch onderzoek, vragenlijstonderzoek, neurobiologisch en genetisch onderzoek in en welke eisen worden er gesteld aan het verslag van de psychiatrische diagnostiek? Deze worden gevolgd door een beschouwing, waar mogelijk onderbouwd met wetenschappelijke inzichten en waar nodig worden kennishiaten benoemd en geduid.

Wie verricht de psychiatrische diagnostiek?

Tussen de regels staat ook veel informatie. Er wordt bijvoorbeeld geen concrete uitspraak gedaan over wie de psychiatrische diagnostiek zou moeten verrichten. De richtlijn is bedoeld voor psychiaters, maar hoe de andere disciplines met diagnostiek om zouden moeten gaan, daar gaat de richtlijn niet op in (p. 25).

Toch ontstaat er een duidelijke profielschets van de psychiatrisch diagnosticus. Deze moet namelijk goed somatisch onderlegd zijn: somatische informatie en medicatiegegevens kunnen lezen, een somatische anamnese kunnen afnemen en somatisch en laboratoriumonderzoek kunnen (laten) verrichten (p. 59). Daarnaast dient de psychiatrisch diagnosticus te werken volgens het gangbare medische

model: aan de hand van een vraagstelling moeten er verschillende anamneses verricht worden, dan volgt onderzoek - in de psychiatrie betreft dat onderzoek van de status mentalis- en op indicatie aanvullend onderzoek. Dit wordt in de richtlijn stapsgewijze diagnostiek genoemd (*stepped diagnostics*; p. 16). De psychiatrisch diagnosticus is vervolgens in staat om aanvullend vragenlijst- en persoonlijkheidsonderzoek en genetisch en neurobiologisch onderzoek te kunnen (laten) uitvoeren en interpreteren.

De richtlijn vindt dan ook dat '*psychiatrische diagnostiek (...) bij uitstek een specialistische aangelegenheid*' is (p. 36). Kortom: de psychiatrisch diagnosticus moet psychiater (of daartoe in opleiding) zijn. Psychologen, huisartsen en verpleegkundigen kunnen geen psychiatrische diagnostiek uitvoeren, en als ze het wel denken te kunnen, is dit de richtlijn waarop ze getoetst mogen worden. Want een verpleegkundige richtlijn psychiatrische diagnostiek bestaat er niet, en zal er ook nooit komen. Ook een psychologische richtlijn psychiatrische diagnostiek ontbreekt en zal blijven ontbreken. Bedrijfsartsen (Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde 2007) doen weliswaar aan diagnostiek bij psychische problemen, maar dit betreft proces- en probleemdiagnostiek, geen psychiatrische diagnostiek. De huisartsen (Nederlands Huisartsen Genootschap 2012a; b) hebben stoornisgerichte richtlijnen voor huisartsgeneeskundige diagnostiek bij psychische klachten; het betreft hier wederom geen psychiatrische diagnostiek.

Kortom, '*psychiatrische diagnostiek is de kerncompetentie van de psychiater*' (p. 24); en behalve een open deur is dat ook een enorm statement, dat toe te juichen is. De huidige profielschets van de NVvP is uit 2005, een vernieuwde versie van een jaar of vijf geleden haalde het niet. Een actuele visie of missie voor onze beroepsgroep ontbreekt dus, en dat terwijl het veld schuift, de politiek moeilijk doet, andere disciplines hun opmars maken en de geestelijke gezondheidszorg steeds vaker negatief in het nieuws komt. Een duidelijke positionering over waar wij als psy-

chiaters goed in zijn en wat onze meerwaarde is, is nodig. Deze richtlijn is zelfs impliciet in lijn met een al langer gehoord geluid om diagnostiek tot voorbehouden handeling te maken (zie bijvoorbeeld Koene 2010). Onlangs verklaarde de huidige voorzitter van onze beroepsvereniging nog dat diagnostiek en classificatie 'de ziel van ons vak' betreffen (Beekman & Hengeveld 2014). Dat deze ziel nu volop ruimte krijgt en ook tot centrale opdracht voor onze beroepsgroep - voor ons psychiaters - gemaakt wordt, is grote winst.

Classificatie en diagnostiek of diagnostiek en classificatie

Een punt van kritiek: classificatie krijgt niet de juiste rol toebedeeld ten opzichte van de diagnostiek. Dat de richtlijncommissie met de verhouding tussen die twee geworsteld moet hebben, blijkt wel uit de volgende formulering: 'Classificatie is een onderdeel van diagnostiek. Maak bij de psychiatrische diagnostiek expliciet onderscheid tussen classificatie en diagnostiek' (p. 40). Of we hier te maken hebben met een 'pars pro toto'- of een 'totum pro parte'-probleem laat ik in het midden, maar het klopt niet helemaal.

Dat is begrijpelijk, want de verhouding tussen diagnostiek en classificatie is ingewikkeld. Mede daarom had de richtlijncommissie er goed aan gedaan om te kiezen voor een resolute scheiding en diagnostiek vooraf te laten gaan aan classificatie. Nu kiest ze voor een indeling in niveaus, waarbij classificatie het eerste niveau beslaat, diagnostiek het tweede en indicatiestelling het derde. Voor die volgorde is geen wetenschappelijke onderbouwing te vinden (Ruis-

AUTEUR

ANDREA RUISSSEN, aios psychiatrie; thans: psychiater, en wetenschapsfilosoof, Amedea.

CORRESPONDENTIEADRES

Dr. Andrea Ruissen, Amedea, Zandheuvel 52b, 4901 HW Oosterhout.
E-mail: info@amedea.nl

Geen strijdige belangen meegedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 10-2-2016.

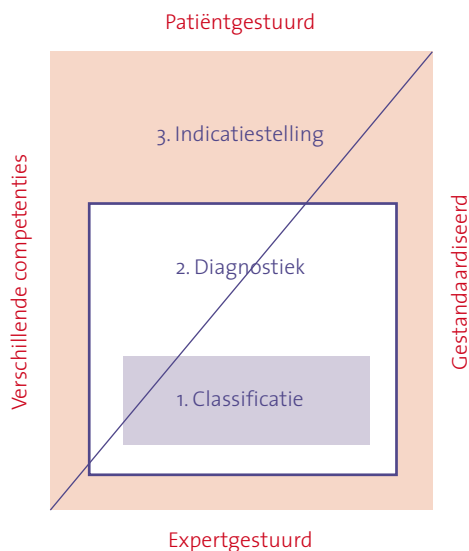
TITLE IN ENGLISH

Guideline Psychiatric diagnostics 2015; strong positioning and some loose ends

sen 2014) en hoewel FIGUUR 1 (p. 35) er leuk uitziet, is deze indeling op z'n minst discutabel te noemen.

De argumenten voor een omgekeerde volgorde, waarin classificatie het niveau van de eerst uitgevoerde diagnostiek overstijgt, zijn in de richtlijn zelf te vinden. Zo stelt de richtlijn dat diagnostiek onder andere als doel 'verantwoording van het medische handelen' (p. 34) heeft. In de huidige Nederlandse diagnose-behandelcombinatie(DBC)-systematiek moet die diagnostiek nog wel vertaald worden in een classificatie, want voor de DBC's is gekozen voor de *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (DSM). Hoewel de richtlijn stelt dat classificatie 'volstrekt onvoldoende voor het

FIGUUR 1 Weergave verhouding diagnostiek, classificatie en indicatiestelling in de richtlijn (p. 35)



vaststellen van de indicatie voor een specialistische behandeling is (p. 35), is dit wel de feitelijke basis van de DBC's in de psychiatrie. Wil men dus op goede wijze een DBC kiezen en daarbij ook het vereiste van 'rechtmatige zorg' betrekken (Rijksoverheid 2015), dan is eerst goede diagnostiek nodig. Diagnostiek vraagt immers een *'veel bredere en diepgaandere analyse van de problematiek van de patiënt'* (p. 37), een analyse die nodig is om goed te kunnen classificeren. Een voorbeeld: een groot deel van de psychiatrische patiënten heeft sombere gevoelens. Maar moet dat in de DSM-5 geïnclassificeerd worden als een 'depressieve stoornis' (296.xx) of als een 'andere gespecificeerde depressieve-stemmingsstoornis' (311)? Of past het wellicht bij een 'andere gespecificeerde persoonlijkheidsstoornis' (301.89) waar affectieve stoornissen in de criteria staan, is het een 'aanpassingsstoornis met sombere stemming' (309.0), of toch meer '(on-)gecompliceerde rouw' (o.a. V62.83) of misschien een 'hoog niveau van gevoelsuitingen binnen een gezin' (V61.8)?

Dit vereist een interpretatie van klachten, anamneses, context, voorgeschiedenis, comorbiditeit en status-mentalisonderzoek, en gaat veel verder dan *'een overwegend etiologisch neutrale beschrijving van symptomen'* (p. 35) die het classificeren zou zijn, zoals de richtlijn ons wil doen laten geloven. Amerikaans onderzoek toont aan dat als men classificeren werkelijk als zodanig zou beschouwen, de helft van de bevolking aldaar op enig moment voldoet aan één van de DSM-criteriasets (Kessler 2005).

Aan de vraag welke stoornis het kan betreffen, gaat een andere vraag vooraf: is dit wel psychiatrie of kan er ook nog gesproken worden van gewone reactieve somberheid die helemaal geen psychiatrische duiding, laat staan behandeling, behoeft? *'Om een psychische stoornis te kunnen diagnosticeren is het dan ook niet voldoende om alleen te controleren of de symptomen uit de classificatiecriteria aanwezig zijn. (...) de clinicus zal toch zelf moeten beoordelen wat per afzonderlijk criterium de ernst en de waarde is en wat dat betekent voor de betreffende diagnose'*, aldus de 'aanwijzingen voor het gebruik' van de DSM-5. Dit vereist precies die diepgaandere analyse uit de diagnostische fase die de richtlijncommissie zelf ook voorstelt, en die dus aan de classificatie voorafgaat. Daarnaast is het ook nog eens zo dat classificaties veelal wederzijds exclusief zijn (Glaser 2014): de ene classificatie sluit de andere uit en omgekeerd. Zo vereist het c-criterium van de depressieve stoornis dat de episode niet kan worden toegeschreven aan de effecten van een middel of een somatische aandoening, het d-criterium dat de depressieve episode niet verklaard kan worden door een stoornis in het schizofrenie- of psychotische spectrum en het e-criterium vereist uitsluiting van bipolariteit (DSM-5). Vaststellen of dat zo is, is ingewikkeld en past in de diagnostiekfase. Gelukkig stelde de richtlijncommissie dit ook vast in haar

hoofdstuk over het formuleren van de psychiatrische diagnose. Als eerste moeten diagnostische overwegingen (p. 88) genoteerd worden. Daarna komt de diagnostische formulering (p. 88). Afgesloten wordt met de classificatie (p. 89). Helaas wordt in hoofdstuk 12 de volgorde toch weer omgedraaid.

Nog een paar rafelrandjes

Er zijn meer inconsistenties. De richtlijn is wat onduidelijk over de status van de *International classification of diseases* (ICD-10). Deze wordt wel genoemd (p. 89), maar onduidelijk blijft of dit classificatiesysteem te gebruiken is zonder toelichting, of dat hier het vereiste van beargumenteerd afwijken aan de orde is. Ook is nog niet duidelijk hoe de psychiatrisch diagnosticus zich moet verhouden tot het 'hoofdbehandelaarschap' (p. 63) of het toekomstige 'regiebehandelaarschap', een rol die door de Nederlandse politiek is gecreëerd om de administratieve last van de psychiater te verlichten en recht te doen aan de meerwaarde van multidisciplinair behandelen (commissie Hoofdbehandelaarschap GGZ 2015).

Verder heeft de richtlijn het over 'onvrijwillig' (p. 46), waar waarschijnlijk de juridische interpretatie van onvrijwillig wordt bedoeld. Juist de meer existentiële of psychodynamische variant is relevant voor het psychiatrisch onderzoek, omdat soms patiënten zorg in een gedwongen kader helemaal niet als gedwongen ervaren (Tan e.a. 2010), en 'vrijwillige' beoordeling in specifieke contexten, zoals in het kader van civiel- of bestuursrechtelijke rapportages, des te meer als dwingend ervaren wordt.

Waarom de richtlijncommissie meent dat de *'vraagstelling (op schrift!) (...) een brug tussen (...) medische geheimhouding enerzijds (...) en anderzijds een goed psychiatrisch advies'* (p. 106) is, blijft voor mij onhelder. Van oudsher is de regel dat medische informatie van arts naar arts wordt uitgewisseld, dus bijvoorbeeld van psychiater naar forensisch rapporteur, of van huisarts naar verzekeringsarts of van behandelaar naar bedrijfsarts. De respectievelijke rapporteur, verzekeringsarts en bedrijfsarts trekken hun eigen conclusie op basis van de informatie en alleen die conclusie sturen zij naar de opdrachtgever, in dit voorbeeld respectievelijk rechtbank, arbeidsongeschiktheidsverzekering en bedrijf. Zo blijft het beroepsgeheim in stand en komt de medische informatie alleen daar waar deze ook geïnterpreteerd kan worden. Dat de werkelijkheid weerbarstig is, moge duidelijk zijn, maar zo zou het moeten zijn.

Het is spijtig dat richtlijn aanbevelingen doet voor de benodigde tijd voor psychiatrisch onderzoek. Twee uur voor de nieuwe (poli)klinische patiënt is behalve een utopie ook tuchtrechtelijk discutabel. Enkele jaren geleden oordeelde het Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg (2012) al dat de duur van het psychiatrisch onderzoek

er niet toe doet. In die specifieke casus was een onderzoek van een uur in de rapportagesetting voldoende. Ik kijk met vrees uit naar de eerste tuchtzaak waarin de psychiater minder dan twee uur de tijd nam, die afwijking van de richtlijn niet beargumenteerde in de verslaglegging en dus tuchtrechtelijke verwijten krijgt dat hij niet voldoende lang onderzocht heeft. De jurisprudentie sprak voor zich en de richtlijncommissie had het daarbij moeten laten.

Conclusie

De nieuwe Richtlijn psychiatrische diagnostiek positioneert de psychiatrische diagnostiek daar waar die hoort: bij de psychiater. Dat is een absolute meerwaarde van deze richtlijn ten opzichte van de vorige. Echter, er zijn nog wat rafelrandjes. Implementatie van de richtlijn volgt hopelijk spoedig, aanbevelingen daarover ontbreken in de richtlijn en zullen door de beroepsvereniging aangereikt moeten worden. Op onderdelen zal implementatie tot enkele wijzigingen aanleiding geven.

LITERATUUR

- Beekman ATF, Hengeveld MW. Diagnostiek niet verwarren met classificeren in de psychiatrie. Tijdschr Psychiatr 2014; 56; 531-2.
- Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg. Uitspraak C2010/284. 2012. http://tuchtrecht.overheid.nl/ECLI_NL_TGZCTG_2012_YG2027
- Commissie Hoofdbehandelaarschap GGZ. Hoofdbehandelaarschap GGZ als noodgreep. 2015. <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/kamerstukken/2015/05/18/kamerbrief-over-rapport-hoofdbehandelaarschap-ggz>
- Glaser JP. Multipelle, 'fout-positieve' diagnoses bij patiënten met ernstige psychiatrische aandoeningen. Tijdschr Psychiatr 2014; 56; 737-42.
- Hengeveld M, van Balkom A. Leerboek psychiatrie. Utrecht: De Tijdstroom; 2005.
- Kessler RC, Berglund P, Demler O, Jin R, Merikangas KR, Walters EE. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders. Arch Gen Psychiatry 2005; 62; 593-602.
- Koene R. Reserveer medische diagnose voor arts. Medisch Contact 2010; 48: 2626-7.
- Nederlands Huisarts Genootschap. NHG-standaard Depressie M44. Utrecht: NHG; 2012a.
- Nederlands Huisarts Genootschap. NHG-standaard Angst M62. Utrecht: NHG; 2012b. <https://www.nhg.org/nhg-standaarden>
- Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde. Richtlijn Handelen van de bedrijfsarts bij werkenden met psychische problemen. Utrecht: NVAB; 2007. <https://www.nvab-online.nl/richtlijnen/richtlijnen-NVAB>
- Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie. Richtlijn psychiatrische diagnostiek. Utrecht: De Tijdstroom; 2015. <http://www.nvvp.net/stream/richtlijn-psychiatrische-diagnostiek-2015>
- Rijksoverheid. Programmaplan rechtmatige zorg. Aanpak van fouten en fraude. 2015. <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2015/03/27/programmaplan-rechtmatige-zorg-aanpak-van-fouten-en-fraude-2015-2018>
- Ruissen AM. Diagnostiek en classificatie scheiden in de psychiatrie. Tijdschr Psychiatr 2014; 56: 523-30.
- Tan JOA, Stewart A, Fitzpatrick R, Hope T. Attitudes of patients with anorexia nervosa to compulsory treatment and coercion. Int J Law Psychiatry 2010; 33: 13-9.