

REACTIE OP

'20 jaar dialectische gedragstherapie in Nederland: ons een zorg?'

Met aandacht las ik het commentaar van collega Ingenhoven (2015) en het artikel van collega's Van den Bosch en Sinnaeve (2015) over de implementatie en consolidatie van dialectische gedragstherapie (DGT) in Nederland. In de titel stelt Ingenhoven een belangrijke vraag: is het ons een zorg? Die vraag is me uit het hart gegrepen.

Als lid van een DGT-team (helaas niet geregistreerd bij Dialexis en zodoende niet geïnterviewd in dit kader) herken ik van binnenuit de moeite die het kost om het management en de organisatie van een ggz-instelling aanhoudend alert te houden op de noodzaak van de beschikbaarheid van een dergelijke behandelmodule die onderhoud vergt. De telefonische consultatie is er bij ons ook bij ingeschoten in de loop der jaren en de tweede en derde fase van de DGT-behandeling klinken mij eerder als een droom dan al een reële mogelijkheid in de oren in de huidige ggz-context.

Mijn grootste zorg wordt echter niet door Ingenhoven besproken, terwijl de auteurs dat direct in de tweede alinea wel doen: 'Toch krijgt slechts 23% van de cliënten met de diagnose borderlinepersoonlijkheidsstoornis, psychotherapie in overeenstemming met de aanbevelingen uit de multidisciplinaire richtlijn Persoonlijkheidsstoornissen.' Zijn er andere ernstige en invaliderende ziekten in Nederland waarbij de kans minder dan een kwart is dat patiënten de gewenste therapie krijgen? Hoe zouden we het vinden als een behandeling zoals het dotteren bij ischemische hartziekten af zou hangen van een aantal clubjes geïnspi-

reerde cardiologen die tegen de lokale stroom oproeien? Dat is toch niet denkbaar?

Moet onze zorg niet allereerst uitgaan naar het herstellen van deze ongewenste situatie voordat we verdere kwaliteitsverhoging beogen van de lopende therapieën?

LITERATUUR

- Bosch LCM van den, Sinnaeve R. Dialectische gedragstherapie in Nederland: implementatie en consolidatie. Tijdschr Psychiatr 2015; 57: 719-27.
- Ingenhoven T. 20 jaar dialectische gedragstherapie in Nederland: ons een zorg? Tijdschr Psychiatr 2015; 57: 729-9.

AUTEUR

FRANK HUISMANS, DGT-therapeut, psychiater, opleider in het aandachtsgebied Volwassenenpsychiatrie en coördinator van de stage Spoedeisende psychiatrie, GGZ Leiden.

CORRESPONDENTIEADRES

Frank Huismans, GGZ Leiden, polikliniek Volwassenen, Sandifordreef 19, 2333 ZZ Leiden.
E-mail: f.huismans@ggzleiden.nl

Geen strijdige belangen meegedeeld.

TITLE IN ENGLISH

Reaction on '20 years dialectical behavior therapy in the Netherlands: who cares?'

ANTWOORD AAN

Huismans

In zijn ingezonden brief spreekt collega Huismans zijn ongerustheid uit over de implementatie van evidence-based psychotherapeutische behandelingen voor patiënten met een borderlinepersoonlijkheidsstoornis (BPS). Zijn zorg wordt ingegeven door het artikel over de implementatie en consolidatie van DGT in Nederland (van den Bosch & Sinnaeve 2015). Daarin stellen zij dat 'slechts' 23% van de mensen met BPS psychotherapie krijgt zoals aanbevolen wordt als eerstekeuzebehandeling in de Multidisciplinaire richtlijn persoonlijkheidsstoornissen (CBO 2008). Dit percentage van 23% verwijst naar een onderzoek vanuit het Trimbos-instituut, uitgevoerd in 2010, bij acht Nederlandse ggz-instellingen (Hermens e.a. 2011). De betekenis

van dit percentage is echter niet eenduidig. Is dit laag? Is dit hoog?

Zoomen we nader in op dit onderzoek dan blijkt het te gaan om het percentage van patiënten dat na aanmelding bij een van deze ggz-instellingen *onmiddellijk* de classificatie BPS als primaire diagnose kreeg en bij wie *bovendien als eerste stap* een psychotherapeutische behandeling werd gestart. Dat bleek in 2010 op basis van de geopende diagnose-behandelcombinaties (DBC's) bij 2 tot 51% (gemiddeld 23%) van de 422 onderzochte dossiers van patiënten met



ARTIKEL



BPS als hoofddiagnose het geval. Twee jaar na het verschijnen van de Multidisciplinaire richtlijn persoonlijkheidsstoornissen: teleurstellend? Of juist bemoedigend?

Bovendien werd middels focusgroepen met hulpverleners en managers onderzocht welke barrières in 2010 werden ervaren bij het implementeren van psychotherapie voor BPS in deze ggz-instellingen. En dat waren er nogal wat: het niet systematisch gebruik van semigestructureerde interviews; een tekort aan goed getrainde psychotherapeuten; behandelingen die daardoor in een te lage frequentie (niet wekelijks) werden toegepast; of behandelingen die juist onnodig lang werden voortgezet; beperkingen in ons vergoedingensysteem; en talrijke andere organisatorische hoofdbrekens. Bovendien werd geconstateerd dat de Multidisciplinaire richtlijn onvoldoende aanbevelingen geeft voor de benadering van patiënten bij wie eerst een fase van stabilisering en nadere motivatie voor behandeling nodig is alvorens met een echte psychotherapeutische behandeling kan worden gestart. Om de efficiëntie te verhogen adviseerde het Trimbos-instituut om te gaan werken in 'zorgpaden' (Hermens e.a. 2011).

Al met al zou het percentage van 23% twee jaar na het verschijnen van deze richtlijn dus ook kunnen wijzen op een bemoedigende eerste stap in de goede richting. Veel patiënten melden zich immers bij de ggz niet primair als patiënt met 'borderline', maar omdat ze in crisis zijn of met concrete deelproblemen. Een comorbide psychische stoornis is daarbij vaker regel dan uitzondering (depressie, angststoornis, verslaving, eetstoornis, posttraumatische stressstoornis (PTSS), kortdurende psychose, ADHD). Pas als deze acute problemen of aanmeldingsklachten in beeld zijn gebracht, en vaak een DBC voor een daarop gerichte behandeling reeds is geopend, komt er meer ruimte voor nadere persoonlijkheidsdiagnostiek.

Nu, eind 2015, zijn we inmiddels vijf jaar verder. Zonder volledig te willen zijn, zien we een aantal belangwekkende ontwikkelingen bij persoonlijkheidsstoornissen in Nederland: de zorgprogrammering in zorgpaden is in menige ggz-instelling geïmplementeerd. Evidence-based psychotherapieën voor BPS nemen daarin een prominente plaats in. De DSM-5 heeft zijn intrede gedaan en zal na enig oponthoud vermoedelijk in 2017 ook in Nederland gebruikt gaan worden. Daarin is een nieuw alternatief DSM-5-model voor persoonlijkheidsstoornissen opgenomen in deel III (Berghuis & Ingenhoven 2015). Daar mag het als zodanig worden gebruikt, maar zal het nog wel verder moeten worden ontwikkeld en onderzocht op betrouwbaarheid en validiteit. Bijbehorende instrumenten zijn inmiddels ook in Nederland in ontwikkeling.

Nieuwe vormen van methodisch werken met patiënten met BPS zijn ontwikkeld en beschreven, zoals *good psychia-*

LITERATUUR

- Bateman W, Krawitz R. Borderline personality disorder. An evidence-based guide for general mental health professionals. Oxford: Oxford University Press; 2013.
- Berghuis H, Ingenhoven T. Het alternatief DSM-5-model voor persoonlijkheidsstoornissen. *PsyXpert* 2015; 1: 12-7.
- Bosch LCM van den, Sinnaeve R. Dialectische gedragstherapie in Nederland: implementatie en consolidatie. *Tijdschr Psychiatr* 2015; 57: 719-27.
- CBO. Multidisciplinaire richtlijn persoonlijkheidsstoornissen. Utrecht: Trimbos-instituut; 2008.
- Gunderson JG. Handbook of Good psychiatric management for borderline personality disorder. Washington: American Psychiatric Publishing; 2014.
- Hermens MLM, Splunteren PT van, Bosch A van den, Verheul R. Barriers to implementing the clinical guideline on borderline personality disorder in the Netherlands. *Psychiatr Serv* 2011; 62: 1381-3.

AUTEUR

THEO INGENHOVEN, psychiater/groepspsychotherapeut, Centrum voor Psychotherapie, Lunteren; hoofd Zorgprogramma Persoonlijkheidsstoornissen, Pro Persona.

CORRESPONDENTIEADRES

Dr. Theo Ingenhoven, Centrum voor Psychotherapie, Klomperweg 175, 6741PH Lunteren.
E-mail: t.ingenhoven@propersona.n

tric management (Gunderson 2014) en *structured clinical management* (Bateman & Krawitz 2013). Doordat er meer oog is gekomen voor vaak voorkomende comorbiditeit worden modules of programma's ontwikkeld voor de diagnostiek en behandeling van mensen met een (B)PS die tevens bijvoorbeeld PTSS, ADHD of autismespectrumstoornis (ASS) hebben. Er is meer aandacht voor persoonlijkheidsstoornissen bij adolescenten en bij ouderen. Ook is er sinds het verschijnen van de Multidisciplinaire richtlijn persoonlijkheidsstoornissen in 2008 meer oog gekomen voor de groep patiënten die, op basis van de ernst en complexiteit van de problematiek, vooralsnog niet lijken te kunnen profiteren van een ambulante evidence-based behandeling middels psychotherapie. Voor deze groep met EPA is nu meer aandacht voor *empowerment* middels *flexible assertive community treatment* (FACT), ondersteunende programma's en rehabilitatiemodules. Er is een nieuwe landelijke 'Zorgstandaard persoonlijkheidsstoornissen' in de maak die de multidisciplinaire richtlijn komend jaar moet gaan vervangen.

Veel positieve ontwikkelingen dus, maar daarnaast ook nieuwe zorgen. Mede onder druk van landelijke afspraken tot kostenbeheersing middels beddenreductie en ambulantisering dreigen centra voor intensieve specialistische behandeling voor persoonlijkheidsstoornissen hun bedden voor klinische psychotherapie af te bouwen of te sluiten. Bovendien dreigen door de onbezonnen beperkingen bij de zorginkoop door zorgverzekeraars behandel mogelijkheden voor patiënten met een persoonlijkheidsstoornis fors te worden beperkt. Een voorbeeld hiervan is de onzinnige stellingname van een zorgverzekeraar om schematherapie alleen nog voor de classificatie BPS te vergoeden, dus niet voor andere persoonlijkheidsstoornissen. De kou is dus nog niet uit de lucht.