

REACTIE OP

‘Richtlijn psychiatrische diagnostiek 2015; sterke positionering met enkele rafelrandjes’

We danken collega Andrea Ruissen voor haar opiniestuk over de Richtlijn psychiatrische diagnostiek (2016). Terecht wijst ze op het grote belang van deze richtlijn voor de positionering van onze beroepsgroep: de psychiatrische diagnostiek gaat over de ziel van ons vak. Met haar hopen we daarom op snelle implementatie van de richtlijn.

In haar artikel benoemt ze ook enkele ‘rafelrandjes’ aan de richtlijn. Wij vinden het een goed teken dat dit meestal onderwerpen betreft waar we in de richtlijncommissie uitvoerig over hebben gediscussieerd. Graag willen we onze overwegingen bij haar twee belangrijkste kritiekpunten hier toelichten.

CLASSIFICATIE IS SLECHTS EEN ONDERDEEL VAN DE DIAGNOSTIEK

De goede psychiater verricht psychiatrische diagnostiek in de ruimste zin, noteert zijn of haar diagnostische overwegingen en diagnostische formulering (ook wel structuurdiagnose genoemd) en baseert de indicatie voor de zorg hierop. Pas daarna, als sluitstuk, kan hij of zij de patiënt classificeren (per 1 januari 2017 volgens de DSM-5). Hierin volgen we Ruissen in haar verhelderende artikel dat eerder in dit tijdschrift stond (2014).

Toch hebben we in de richtlijn de classificatie in eerste instantie beschreven als een primair onderdeel van de diagnostiek. Een onderdeel dat minder complex en meer standaardiseerbaar is en daarom niet per se een specialistische aangelegenheid. Classificeren is voor ‘dummies’, beweren we wel eens. In de praktijk wordt er door tal van beroepsgroepen in de gezondheidszorg geclassificeerd volgens de DSM, omdat dat nu eenmaal verplicht is voor de DBC-GGZ. Volgens ons is deze classificatie dus van beperkt belang – niet voor niets is er momenteel veel discussie over de zin en onzin van de DSM-classificatie voor indicatiestelling en wetenschappelijk onderzoek.

BENODIGDE TIJD PSYCHIATRISCHE DIAGNOSTIEK

Ruissen betreurt het dat de richtlijn een aanbeveling doet voor de benodigde tijd voor psychiatrisch onderzoek: psychiatrische diagnostiek bij een nieuwe ambulante patiënt zou gemiddeld ongeveer twee uur in beslag nemen volgens de richtlijn. Terecht wijst ze erop dat een goede psychiater in sommige situaties minder tijd daarvoor nodig heeft en dan van de aanbeveling in de richtlijn afwijkt. Ze vreest tuchtrechtelijke gevolgen voor een dergelijke psychiater.

LITERATUUR

- Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie. Richtlijn psychiatrische diagnostiek. Utrecht: De Tijdstroom; 2015. <http://www.nvvp.net/stream/richtlijn-psychiatrische-diagnostiek-2015>.
- Ruissen AM. Diagnostiek en classificatie scheiden in de psychiatrie. Tijdschr Psychiatr 2014; 56: 223-30.

AUTEURS

MICHIEL W. HENGVELD, zelfstandig gevestigd psychiater te Leiden; voorzitter van de werkgroep voor de Richtlijn psychiatrische diagnostiek 2015.

AARTJAN BEEKMAN, hoogleraar Psychiatrie VUmc, raad van bestuur GGZ inGeest, Amsterdam; lid van de werkgroep voor de Richtlijn psychiatrische diagnostiek 2015.

CORRESPONDENTIEADRES

Prof. dr. M.W. Hengeveld, Praktijk ‘De Schans’, Kagerstraat 40, 2334 CR Leiden.

E-mail: m.w.hengeveld@ziggo.nl

Geen strijdige belangen meegegeeld.

TITLE IN ENGLISH

Reaction on ‘Guideline psychiatric diagnostics 2015; strong positioning and some loose ends’

De richtlijncommissie heeft geaarzeld over het opnemen van deze aanbeveling, omdat de benodigde duur van psychiatrische diagnostiek inderdaad sterk afhangt van de situatie. Niet voor niets wordt een belangrijk hoofdstuk van de richtlijn gewijd aan de vraag welke onderdelen van de psychiatrische diagnostiek essentieel zijn in specifieke behandelcontexten en bij specifieke patiëntengroepen. Toch hebben we deze - overigens zeer globaal gestelde - aanbeveling nadrukkelijk willen opnemen, omdat we daarmee tegendruk willen leveren tegen de krachten die hierop willen bezuinigen en omdat we willen laten zien dat goede psychiatrische diagnostiek gewoon tijd kost. Je kunt je zelfs afvragen of twee uur (exclusief verslaglegging) wel genoeg is. Ter geruststelling van Ruissen: geen tuchtcollege zal haar veroordelen als ze kan onderbouwen waarom ze van deze aanbeveling is afgeweken.



ARTIKEL



Hengeveld en Beekman

Ik dank de hooggeleerde collegae Hengeveld en Beekman voor hun positieve reactie op mijn opiniestuk. We zijn het in grote lijnen eens. *‘There is much more that unites us than that divides us’*, om recente woorden van Hillary Clinton te gebruiken.

Op het punt van classificatie blijven we het echter oneens. Door te accepteren dat ‘classificeren voor dummies’ is, gooien we naar mijn idee een stuk van ons vak te grabbel. Juist de DBC-systematiek, maar ook bijvoorbeeld de pro Justitia- en arbeidsongeschiktheidsrapportages, laten zien dat classificeren een grote verantwoordelijkheid met zich meebrengt: een classificatie geeft bijvoorbeeld toegang tot zorg of uitkeringen of leidt tot strafvermindering. Men kan daar van alles van vinden, maar het is wel zoals het nu geregeld is in onze samenleving.

Ook is het zo dat een classificatie de laatste schakel is in het proces van diagnostiek en ze vereist alle competenties die genoemd worden in het CanMEDS-model (en in HOOP) – onze psychiatercompetenties dus. Als een nauwkeurige manier van werken niet past in het systeem, dan moeten we het systeem aanpassen en niet onze manier van werken. Misschien moet de eis van een DSM-classificatie voor de basis-ggz er wel helemaal uit – of misschien is voor deze vorm van ggz vanwege voortschrijdende inzichten over preventie een ander classificatiesysteem wel geschik-

AUTEUR

ANDREA RUISSSEN, psychiater en filosoof, Emergis, Kloetinge en Amedea, Oosterhout.

CORRESPONDENTIEADRES

Dr. Andrea Ruissen, p/a Emergis, Oostmolenweg 101,
4481 PM Kloetinge.
E-mail: ruissen@emergis.nl

ter. Door te accepteren dat ‘classificeren voor dummies’ is, accepteren we het labelen door Jan en alleman voor wat het is. En dat willen we niet.

Dan het tweede punt, over de tijdsduur. Ik waardeer de ‘dubbele agenda’ van de auteurs: zorgverzekeraars en samenleving mogen inderdaad best weten dat ons vak soms tijdrovend is, zeker als we het goed willen doen. Goede diagnostiek kost tijd. Echter, *‘afwijkingen van de richtlijn moeten altijd beargumenteerd en gedocumenteerd worden’* (p. 31): eerst onderbouwen dus (tegenover de patiënt, diens naasten, het team, onze collegae en in het dossier) en dan afwijken. Het lijkt mij onwerkbaar als men bij elk psychiatrisch onderzoek een notitie moet maken over de ingekorte tijdsduur. Maar wellicht moet ik als ‘jonge klare’ op dit punt meer vertrouwen hebben in het optisme van deze twee zeer ervaren collegae. De tijd (lees: jurisprudentie) zal het leren.