

DSM-IV hoofdgroep		Type stoornis	Verzekerd	Bekostigingskader
1	Stoornissen in de zuigelingentijd tot adolescentie	a. pervasieve ontwikkelingsstoornissen	ja	ZVW (huisartsenzorg/ G-GGZ); AWBZ (begeleiding in stationaire fase)
		b. aandachtstekort- en gedragsstoornissen ⁵⁴	ja	
		c. tic stoornissen	ja	
		d. overig stoornissen zuigeling/kind/adolescent	ja	
		a. stoornissen in de motorische vaardigheden	ja	ZVW (huisartsenzorg/ paramedische zorg/ medisch specialistische zorg); WMO; Jeugdzorg (opvoedingsondersteuning)
		b. communicatie stoornissen	ja	
		c. voedings- en eetstoornissen	ja	
		d. stoornissen in de zindelijkheid	ja	Onderwijs
		a. leerstoornissen	nee	
		b. ernstige enkelvoudige dyslexie	ja	ZVW (G-GGZ) (zie ook toelichting)
2	Delirium, dementie, amnestische en andere cognitieve stoornissen	a. dementie	ja	ZVW (huisartsenzorg/ G-GGZ/medisch specialistische zorg); AWBZ (behandeling, verpleging en verzorging); WMO (huishoudelijke zorg)
		b. delirium	ja	
		c. amnestische stoornissen en andere cognitieve stoornissen	ja	
3	Psychische stoornissen door een somatische aandoening	diverse stoornissen (bv. effecten werking schildklierfunctie)	ja	ZVW (huisartsenzorg/ G-GGZ/medisch specialistische zorg)

⁵⁴ Enkel psychische gedragsstoornissen vallen onder de G-GGZ; overige gedragsstoornissen vallen onder de WMO/Jeugdzorg (opvoedingsondersteuning)

4	Aan een middel gebonden stoornissen	a. psychotische-, stemmings-, angststoornis door een middel	ja	ZVW (huisartsenzorg/ G-GGZ)
		b. afhankelijkheid van middelen	ja	ZVW (huisartsenzorg/ G-GGZ)
		c. intoxicaties	ja	ZVW (huisartsenzorg/ medisch specialistische zorg/G-GGZ)
		d. overige stoornissen (bv. misbruik van een middel)	ja	ZVW (huisartsenzorg)
5	Schizofrenie en andere psychotische stoornissen		ja	ZVW (huisartsenzorg/ G-GGZ)
6	Stemmingsstoornissen		ja	ZVW (huisartsenzorg/ G-GGZ)
7	Angststoornissen	a. angststoornissen	ja	ZVW (huisartsenzorg/ G-GGZ)
		b. specifieke fobieën	ja	ZVW (huisartsenzorg; zie toelichting voor G-GGZ)
		c. acute stress-stoornis	ja	ZVW (huisartsenzorg/ G-GGZ)
8	Somatoforme stoornissen		ja	ZVW (huisartsenzorg/ G-GGZ)
9	Nagebootste stoornissen		ja	ZVW (huisartsenzorg/ G-GGZ)
10	Dissociatieve stoornissen		ja	ZVW (huisartsenzorg/ G-GGZ)
11	Seksuele stoornissen en genderidentiteitsstoornissen	a. exhibitionisme, fetisjisme, frotteurisme, pedofilie, seksueel masochisme, seksueel sadisme, fetisjistisch transvestitisme, voyeurisme, parafilie, hyperseksualiteit (classificatie seksuele stoornis nao)	ja	ZVW (huisartsenzorg/ G-GGZ)
		b. overige seksuele stoornissen	ja	ZVW (huisartsenzorg/ medisch)

		c. genderidentiteitsstoornissen	ja	specialistische zorg, G-GGZ alleen bij seksueel misbruik) ZVW (huisartsenzorg/ medisch specialistische zorg/G-GGZ ⁵⁵)
12	Eetstoornissen	anorexia nervosa en boulimia nervosa (n.b. obesitas is geen psychische stoornis)	ja	ZVW (huisartsenzorg/ G-GGZ)
13	Slaapstoornissen		ja	ZVW (huisartsenzorg/ medisch specialistische zorg)
14	Stoornissen in de impulsbeheersing, niet elders geassocieerd		ja	ZVW (huisartsenzorg/ G-GGZ)
15	Aanpassingsstoornissen		nee	Behandeling wettelijk uitgesloten
16	Andere aandoeningen en problemen die een reden voor zorg kunnen zijn (o.a. V codes)		nee	deze problemen kunnen bij een DSM classificatie gecodeerd worden, maar niet als hoofddiagnose
17	Persoonlijkheidsstoornissen		ja	ZVW (huisartsenzorg/ G-GGZ)
18	Zwakzinnigheid		ja	AWBZ

Enkele onderdelen lichten wij hieronder toe:

Ad 1. Stoornissen in de zuigelingentijd tot adolescentie

In Rapport GGZ, deel 1 als ook in dit deel 2 gaan we niet specifiek in op de kinder- en jeugdGGZ. Naast de DSM IV wordt in de kinder- en jeugdGGZ een ander classificatiesysteem gehanteerd.⁵⁶ Binnen de DBC GGZ-systematiek is het mogelijk voor zeer jonge kinderen, 0 – 3 jaar een diagnose volgens deze classificatie (DC.0-3) aan te geven. Zorg voor deze stoornissen van de DC: 0-3 is verzekerde zorg en heeft als bekostigingskader ZVW: G-GGZ.

⁵⁵ Zie CVZ, Standpunt Zorg aan transseksuelen (onderdeel psychische zorg en psychosociale hulp), Diemen, 22 maart 2010, www.cvz.nl

⁵⁶ ZERO TO THREE. Diagnostic Classification of Mental Health and Developmental Disorders of Infancy and Early Childhood (DC:0-3R). revised ed. 2005.

Bij patiënten met een aantal van deze stoornissen doet de vraag zich voor wanneer en hoe lang behandeling (gericht op verbetering) ingezet moet worden en wanneer behandeling overgaat in begeleiding (gericht op stabilisering). Zorg is bij veel patiënten levenslang nodig, maar de functie behandeling niet altijd. Als er een stabiele stationaire fase in het ziekteproces is opgetreden, is G-GGZ niet meer noodzakelijk. De huisarts kan dan de behandeling overnemen. Ook is het mogelijk dat de psychiater alleen nog de medicatiecontacten verzorgt en dat de huisarts de overige zorg overneemt. Dit kan bijvoorbeeld het geval zijn bij patiënten met ADHD. Als daarnaast ook nog begeleiding nodig is, is deze geen onderdeel meer van de Zvw-zorg, maar kan deze mogelijk vergoed worden vanuit de AWBZ of Wmo.

De leerstoornissen zijn in de DSM-IV opgenomen om beroepsbeoefenaren in de GGZ aan te moedigen bij hun evaluaties zo volledig mogelijk te zijn. Bij veel kinderen die in het circuit van de GGZ komen (vooral die met ADHD of gedragsstoornissen), is de kans groot dat zij ook een leerprobleem hebben dat hun psychiatrische status kan beïnvloeden. Eventuele hulp bij deze leerstoornissen vindt in Nederland echter plaats vanuit het onderwijs en niet vanuit de G-GGZ.

Voor ernstige enkelvoudige dyslexiezorg is een afzonderlijke aanspraak onder de Zvw opgenomen, waarvan bekostiging ten laste van het financiële kader van de G-GGZ plaatsvindt.

Ad 2. Delirium, dementie, amnestische en andere cognitieve stoornissen

Dementie

De wenselijke zorg bij dementie is beschreven in de concept Zorgstandaard dementie⁵⁷. Hierin staat vermeld: *'De zorgstandaard geeft een beschrijving van het complete zorgcontinuüm: van vroegsignalering en preventie tot diagnostiek, casemanagement, behandeling, begeleiding en steun en levering van zorg en diensten. Het is een functionele beschrijving, dat wil zeggen dat het gaat om welke zorg geboden moet worden, wanneer en op welke wijze. De zorgstandaard beschrijft niet wie de zorg levert. Het is aan de regionale aanbieders, de gemeenten en de zorgverzekeraars om optimale uitvoering te geven aan de zorgonderdelen. Zorgstandaarden geven de komende jaren aanknopingspunten voor het garanderen van de kwaliteit van de zorg vanuit het perspectief van cliënten.*

Niet alle zorg die beschreven is in de zorgstandaard valt onder de vergoeding van de Zvw, of meer specifiek onder de G-GGZ. Dementie is geen ziekte die uniek in de G-GGZ thuishoort, echter een goed georganiseerde dementie-keten kan ook niet zonder. De G-GGZ, zowel ambulante als klinische, heeft een rol bij de diagnostiek en behandeling, (dit laatste vooral als er sprake is van psychiatrische comorbiditeit, probleemgedrag, systeemproblematiek en zorgweigeren, waar deze de mogelijkheden van de 1^e lijn overschrijden) en bij een zo nodig gedwongen opname. De zorgstandaard is gebaseerd op bestaande richtlijnen voor diagnostiek en behandeling. Op dit moment werken de wetenschappelijke verenigingen van de klinische geriaters, psychiaters en internisten aan een herziening van de behandelrichtlijn voor dementie.

De afgrenzing van de vergoeding van de zorg tussen G-GGZ, de huisarts, het

⁵⁷ Alzheimer Nederland. Zorgstandaard dementie. In voorbereiding 2013. Beschikbaar via <http://www.alzheimer-nederland.nl/media/11405/Zorgstandaard%20Dementie%20PDF.pdf>

algemeen ziekenhuis, de verpleging, verzorging extramuraal vanuit de AWBZ (straks Zvw inclusief de wijkverpleegkundigen en een nieuwe aanspraak 'thuisverpleging') en het verblijf in de AWBZ zijn niet altijd scherp te trekken. Casemanagement maakt een substantieel onderdeel van de zorg uit, maar kan zorginhoudelijk gezien vanuit verschillende kaders geleverd worden. Hoe beter de zorg extramuraal integraal georganiseerd en geleverd wordt des te minder (of later) opnames in verpleeghuizen of algemene ziekenhuizen plaatsvinden en hoe meer er bespaard lijkt te kunnen worden. Wij adviseren de minister om de bekostiging van de zorg aan mensen met dementie opnieuw te bezien en na te gaan of hier verbeteringen zijn aan te brengen zodat integrale zorg bevorderd wordt en investeren in de extramuraal zorg gefaciliteerd wordt.

Delier

In de Richtlijn Delirium (2004)⁵⁸ van de NVvP staat in de algemene inleiding op pagina 9: *'Het delier is per definitie een organisch psychiatrische stoornis en altijd het gevolg van cerebrale ontregeling door een lichamelijke aandoening of gebruik van middelen'*.

Op pagina 18 (diagnostiek) staat: *'artsen beseffen meestal onvoldoende dat het optreden van een delier een belangrijk medisch probleem is en wijst op de aanwezigheid van (levensbedreigende) lichamelijke ziekte(n)'*. Verder vermeldt de richtlijn: *'Het niet herkennen van een delirium kan voor de patiënt ernstige consequenties hebben, met toegenomen kans op sterfte door de per definitie bestaande onderliggende somatische aandoening. Een belangrijke valkuil is dat de bijkomende gedragsstoornis niet beschouwd wordt als een symptoom van een delirium, waarna lichamelijk onderzoek achterwege blijft en de patiënt wordt verwezen naar een psychiatrische instelling. Veel algemene psychiatrische ziekenhuizen zijn onvoldoende toegerust voor goede somatische diagnostiek en behandeling.*

Onderzoek over het delirium heeft grotendeels plaatsgevonden in algemene ziekenhuizen waardoor de conclusies in deze richtlijn in de eerste plaats gelden voor patiënten met een delirium die zijn opgenomen in een algemeen ziekenhuis'.

In de multidisciplinaire richtlijn 'Stoornissen in het gebruik van alcohol' (2009)⁵⁹ wordt op pagina 9 vermeld: *'Bij een delirant beeld zal een overplaatsing naar een afdeling Interne Geneeskunde of Psychiatrie van een algemeen ziekenhuis moeten plaatsvinden'*.

De NHG standaard Delier bij ouderen⁶⁰ (2003) vermeldt: *'Indien verwijzing of opname geïndiceerd is, verwijst de huisarts naar een (niet-psychiatrisch) ziekenhuis'*.

De primaire opname en behandeling van het delier zal vanuit het perspectief van de kwaliteit van de diagnostiek en behandeling plaats moeten vinden in het algemeen ziekenhuis en wordt dan bekostigd vanuit de aanspraken voor somatische medisch-specialistische zorg, waar de consultatieve psychiatrie onderdeel van uit maakt. Mocht de beroepsgroep vinden dat substantiële uitzonderingen aangewezen zijn, dan verwacht het CVZ dat de landelijke richtlijnen hierover duidelijkheid geven. Dat

⁵⁸ NVvP, Richtlijn delirium. Amsterdam: Boom, 2004. www.diliguide.nl

⁵⁹ Multidisciplinaire richtlijn 'Stoornissen in het gebruik van alcohol'. 2009. www.ggzrichtlijnen.nl/

⁶⁰ NHG standaard Delier bij ouderen. 2003. www.nhg.org

is op dit moment niet zo.

Een aantal partijen geven aan dat patiënten met een zogenaamde BOPZ (Wet Bijzondere Opname Psychiatrisch Ziekenhuis)-maatregel en een delier in de psychiatrie moeten worden opgenomen. Het CVZ acht dit onjuist omdat ook voor psychiatrische patiënten geldt dat de juiste (somatische) zorg wordt geboden. Het veld is het hierbij eens dat het primaat van diagnostiek en behandeling van het delier primair in het algemeen ziekenhuis ligt. Omdat bekostiging van de afdeling psychiatrie (paaz en puk) in het algemeen ziekenhuis voornamelijk via de G-GGZ plaatsvindt, valt de vergoeding van de behandeling van het delier op de afdeling psychiatrie binnen het algemeen ziekenhuis wel onder de G-GGZ.

Ad 7. Angststoornissen

Zorg voor angststoornissen is onderdeel van de aanspraak G-GGZ. Een uitzondering maken we voor de specifieke (enkelvoudige) fobie.

In de multidisciplinaire richtlijn angststoornissen (2011)⁶¹ is een beslisboom voor interventies opgenomen. Hierin staat dat bij dier, natuur of overige type fobie, in niet-frequent voorkomende situaties (bijv. vliegangst) alleen incidenteel benzodiazepine geïndiceerd is. De behandeling van deze fobieën is onderdeel van huisartsenzorg, maar de vergoeding van benzodiazepinen zelf zijn daarvan uitgesloten.

In frequent voorkomende situaties of bij bloed- letsel- of injectiefobie komt behandeling binnen een gespecialiseerde setting voor angststoornissen voor vergoeding in aanmerking, maar alleen als de eerdere interventies zijn doorlopen.

Acute stress-stoornis.

Deze stoornis duurt volgens de criteria van de DSM-IV maximaal vier weken en heeft op zich een natuurlijk beloop. In de multidisciplinaire richtlijn 'Vroegtijdige psychosociale interventies na rampen, terrorisme en andere schokkende gebeurtenissen (2007)⁶² wordt echter het volgende aangegeven: 'De werkgroep beveelt behandeling met traumagerichte cognitieve gedragstherapie (CGT) aan voor getroffen en met een acute stress-stoornis (ASS) of ernstige symptomen van acute posttraumatische stress-stoornis (PTSS) gedurende de eerste maand na een schokkende gebeurtenis'. Gelet op de specifieke aanbeveling van een specialistische interventie bij ASS en het feit dat PTSS uiteraard tot verzekerde GGZ behoort, valt ook de ASS onder de aanspraak voor G-GGZ.

Ad 11. Seksuele stoornissen en genderidentiteitsstoornissen

Zorg voor de groep van parafilieën (exhibitionisme, fetisjisme, frotteurisme, pedofilie, seksueel masochisme, seksueel sadisme, fetisjistisch transvestitisme, voyeurisme, parafilie NAO) is verzekerde G-GGZ. Hyperseksualiteit is niet een aparte classificatie in de DSM IV (wel in de ICD 10) en is als seksuele stoornis NAO wel verzekerde G-GGZ gezien de ernst van deze psychopathologie. (In de DSM-5 is hyperseksualiteit specifiek opgenomen).

Voor de overige binnen deze DSM categorie vermelde seksuele stoornissen is indien nodig somatisch medisch-specialistische zorg aangewezen. Seksuologische zorg valt

⁶¹ Multidisciplinaire richtlijn Angststoornissen. Tweede revisie. 2012: 181. www.ggzrichtlijnen.nl

⁶² Multidisciplinaire richtlijn Vroegtijdige psychosociale interventies na rampen, terrorisme en andere schokkende gebeurtenissen. 2007: 19. www.ggzrichtlijnen.nl

in beginsel niet onder de aanspraak G-GGZ. Bij de meeste seksuologische stoornissen spelen zowel biologisch-fysieke als psychologische en mogelijk ook sociale factoren een rol. Veel van deze stoornissen kunnen uitstekend behandeld worden binnen de huisartspraktijk. Er is bijvoorbeeld een NHG standaard erectiele dysfuncties (2008)⁶³. Zo nodig vindt doorverwijzing naar de tweede lijn plaats, bijvoorbeeld naar een polikliniek seksuologie in een algemeen ziekenhuis. De diagnostiek en behandeling zijn in elk geval onderdeel van de somatisch medisch-specialistische zorg, waarbij nauwe samenwerking met seksuologen en psychologen/psychotherapeuten borg staat voor een integrale benadering.

Uit reacties van het veld is gebleken dat met de invoering van de DOT's in de algemene ziekenhuizen, de mogelijkheden om binnen de algemene ziekenhuizen de hulpverlening bij seksuele stoornissen adequaat vorm te geven, enorm is beperkt. Het CVZ ziet dit als een ongewenst effect en dringt er bij partijen op aan om maatregelen te treffen voor bekostiging van integrale zorg bij de (overige) seksuele stoornissen in de algemene ziekenhuizen. Dit geldt overigens ook voor de psycho-oncologische zorg als onderdeel van de oncologische behandeling in het algemeen ziekenhuis.

De seksuele disfuncties die samenhangen met andere psychische stoornissen of door psychofarmaca dienen gezien te worden als onderdeel van de behandeling van de (primaire) psychische stoornis.

Ad 15. Aanpassingsstoornissen

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

⁶³ NHG standaard Erectiele dysfuncties. 2008. www.nhg.org