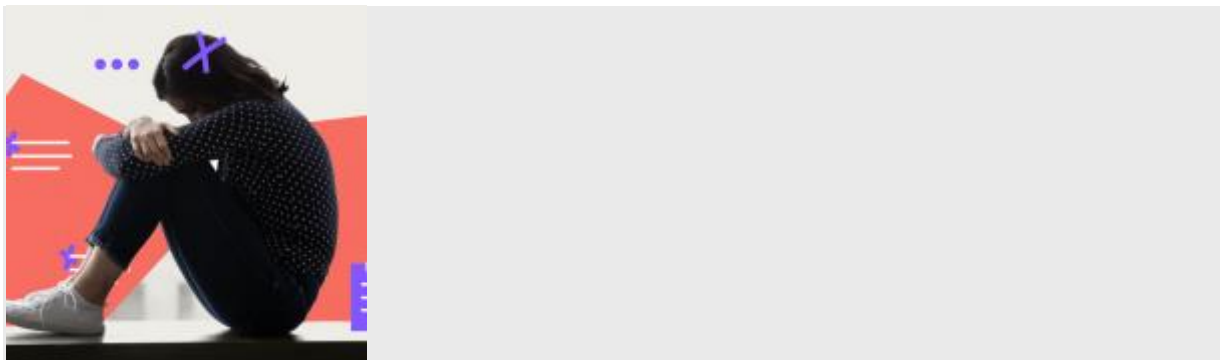


Risico op misdiagnoses in de ggz door gebrek aan tijd en geld

Mensen met complexe psychiatrische problemen lopen soms jaren rond met een verkeerde diagnose, of een gemiste hoofddiagnose. Dit kan ernstige gevolgen hebben, want een verkeerde diagnose kan leiden tot een onjuiste behandeling, of een behandeling die zelfs averechts werkt.

De psychiaters en klinisch psychologen die wij de afgelopen weken spraken voor ons onderzoek '[Verkeerd gediagnosticeerd](#)', zijn kritisch over de kwaliteit van de diagnostiek in de geestelijke gezondheidszorg. Een verkeerde diagnose, die later niet meer wordt bijgesteld, kan grote gevolgen hebben voor de patiënt. De Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVVP) maakt zich zorgen over de diagnostiek. "Ook omdat ik soms denk dat het belang niet gezien wordt", zegt voorzitter Elnathan Prinsen. "Terwijl het de basis is van alles wat je doet."



Gemiste diagnoses in de ggz: 'Ik zou gewoon een schop onder mijn kont nodig hebben'

Patiënten met een jarenlang verleden in de psychiatrie krijgen soms na lange tijd te horen dat hun hoofddiagnose gemist is. Zo weet Jelmer (50) pas 2 jaar dat hij autisme heeft na een heel scala aan andere labels. "Mijn ervaring is dat elke psychiater automatisch de diagnose van de vorige psychiater overneemt en daar naar eigen inzicht misschien nog wat achteraan plakt. Maar ik ben nooit meer echt opnieuw onderzocht."

Ook Rosalie (33) weet pas sinds een paar jaar dat zij autisme heeft, terwijl zij vroeger met borderline werd gediagnosticeerd. "Ik vind dat het me jaren van mijn leven heeft gekost, heel treurig en heel verwijtbaar. Shockerend dat ik na 13 jaar voor het eerst een gedegen onderzoek heb gehad."

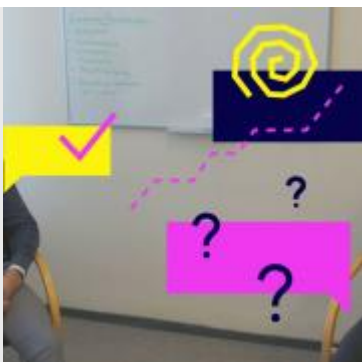


'Met een goede diagnose kan veel leed bij vrouwen met autisme voorkomen worden'

Vooraf de kwaliteit van de diagnostiek in ggz-instellingen met ernstige en langdurige psychiatrische patiënten, staat onder druk. “We weten dat er bij de groep met complexe psychiatrische aandoeningen te weinig geïnvesteerd wordt in goede diagnostiek en regelmatig evalueren”, aldus Prinsen van de NVVP. En juist bij deze patiënten komen misdiagnoses nogal eens voor. Uit een grootschalig onderzoek in 2018 van de Gelderse ggz-instelling GgNet waarbij duizend psychiatrisch patiënten opnieuw werden bekeken, bleek dat bij maar liefst een kwart van deze patiënten de hoofddiagnose onjuist was.

Lager opgeleiden doen diagnostiek

Het risico op misdiagnoses wordt volgens professionals vergroot door bezuinigingen binnen de ggz. Volgens klinisch psycholoog Jan Derksen, die decennialang psychodiagnostiek doceerde aan de Radboud Universiteit in Nijmegen, leidt dat er onder meer toe dat ggz-instellingen de diagnostiek vaker overlaten aan onervaren professionals. Derksen: “Met de lager opgeleiden worden gaten gevuld en de wachtlijsten verminderd. Dan sturen we een patiënt door naar een ggz-instelling en dan doet een voormalig student van mij de intake. En dát is dan de gespecialiseerde zorg.”



'Juist ggz-behandelaren die in korte tijd een diagnose stellen, zou je moeten wantrouwen'

Gebrek aan tijd en geld in ggz-instellingen kan leiden tot te snelle conclusies, vindt Paul van der Heijden, klinisch psycholoog op de adolescentenafdeling bij Reinier van Arkel, een grote ggz-instelling in Den Bosch. "Simpelweg omdat een intake maar 3 kwartier duurt. Dan moet je al een voorlopige diagnose stellen. Dat is echt een probleem." Een voorlopige diagnose geeft volgens hem meteen al richting en soms ook de verkeerde. "Dan moet je van goede huizen komen om als behandelaar te zeggen dat dat niet klopt."

‘Oppervlakkige diagnostiek’

Een ander probleem is dat de diagnostiek steeds meer gebaseerd wordt op de DSM, het handboek voor de classificatie van psychische stoornissen. "Buitengewoon oppervlakkige diagnostiek", noemt psychiater Michiel Hengeveld dit. Hij is verantwoordelijk voor de vertaling van dit van oorsprong Amerikaanse handboek, maar vindt dat het handboek een te grote rol speelt in de diagnostiek. Ook individuele oorzaken, aanleg en de persoonlijke omstandigheden van een patiënt zouden in kaart moeten worden gebracht. Hengeveld: "Het probleem lijkt in de praktijk te zijn dat dit boek doorgenomen wordt, dat de therapeut naar de cliënt kijkt, wat criteria afvinkt en dan met een diagnose komt."