

DE BASIS-GGZ IS BEDOELD VOOR PATIËNTEN MET LICHT EN MATIGE PROBLEMATIEK

Ggz nieuwe stijl roept veel vragen op

De ggz-plannen van minister Schippers worden in het veld redelijk positief ontvangen. Al zijn er uiteraard ook zorgen. Over de rol van de huisarts als onafhankelijk poortwachter bijvoorbeeld. En over de verplichting om mensen een DSM-diagnose op te plakken.

De organisatie van de geestelijke gezondheidszorg gaat per 2014 ingrijpend veranderen. Het is de bedoeling dat veel meer patiënten dan nu in de eerste lijn blijven, kondigde minister Schippers eind vorige maand aan (MC 22/2013: 1168). De eerste

lijn wordt opgesplitst in huisartsenzorg en basis-ggz en de rol van de praktijk-ondersteuner (POH-ggz) bij de huisarts wordt versterkt. Daarvoor is dit jaar 7 miljoen, komend jaar 25 miljoen en in 2015 35 miljoen euro uitgetrokken, boven op de 38,2 miljoen euro die al beschikbaar

was. Ook krijgen huisartsen meer mogelijkheden om de psychiater of psycholoog te consulteren.

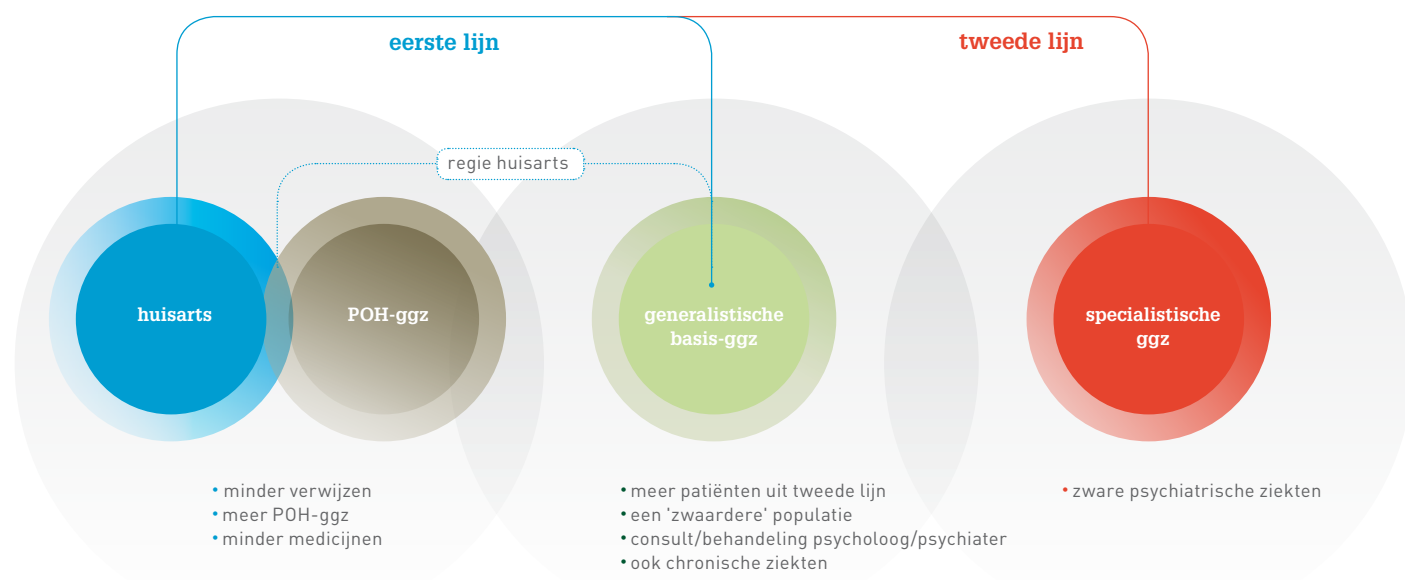
Goede ideeën, stelt het College voor zorgverzekeringen (CVZ) in een net verschenen conceptadvies dat in lijn is met de plannen van de minister. Maar, zo luidt



CORBIS

Nieuwe organisatie ggz vanaf 2014

Een patiënt komt in eerste instantie bij de huisarts terecht, die ondersteund wordt door de POH-ggz. Als de huisarts de patiënt niet kan helpen, kan hij hem binnen de eerste lijn doorverwijzen naar de generalistische basis-ggz, mits er een DSM-diagnose is. De huisarts houdt in dat geval de regie. Bij zware psychiatrische problematiek verwijst de huisarts door naar de specialistische ggz.



de waarschuwing, laat die consultatie niet verzanden in 'bureaucratie en logistieke rompslomp'. Ook LHV-voorzitter Steven van Eijck plaatst kanttekeningen. Hij verwacht dat huisartsen dankzij de veranderingen meer te maken zullen krijgen met patiënten die een tijd lang in de tweede lijn werden behandeld. Dat zal niet vanzelf gaan. 'Van huisartsen hoor ik nu al dat bij bepaalde zware diagnoses – schizofrenie bijvoorbeeld – de deur van de psychiater op slot zit. Terwijl men gewend was even naar de tweede lijn te kijken voor advies over een bepaalde behandeling of diagnose.' Hij vindt ook dat er veel meer praktijkondersteuners moeten komen. 'Nu draait nog maar 40 procent van onze leden met een POH-ggz.' De PvdA is dat met hem eens en bepleit dat in 2014 alle huisartsen een POH-ggz moeten krijgen.

Zelfmanagement

Veel wordt in de nieuwe opzet van de ggz verwacht van zelfmanagement. Bij lichtere psychosociale problemen of depressieve klachten zijn hiervoor verschil-

lende mogelijkheden, bijvoorbeeld met behulp van e-healthinterventies. Maar ook hier moeten de verwachtingen niet te hoog gespannen zijn, vindt Van Eijck: 'Bij depressieve klachten kom je met e-health en zelfmanagement een heel eind, maar pas op dat het niet doorschiet.' Aartjan Beekman, hoogleraar psychiatrie en voorzitter van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP), juicht de veranderingen toe. Geen wonder overigens: zijn vereniging was vorig jaar één van de ondertekenaars – naast onder meer GGZ Nederland, de zorgverzekeraars en VWS – van het bestuurlijk akkoord dat de grondslag is van de plannen. Hij zegt: 'De ggz was veel te breed van opzet: patiënten met verschillende gradaties van ernst en complexiteit werden behandeld, als ware het allemaal specialistische geneeskunde. Een erfenis uit de oude Riagg-tijd. Huisartsen doen nu te weinig ggz. In de laatste twintig jaar zijn ze steeds meer gaan verwijzen, uit tijdgebrek of omdat ze zich niet competent voelen. Daar komt bij dat de tweedelijns-ggz de neiging heeft patiënten te veel

over te nemen. Verwijst de huisarts een patiënt naar de internist, dan doet hij diagnostiek en komt de patiënt met een advies terug in de eerste lijn. Dat doen we in de ggz te weinig. Er moet daarom een betere regeling voor consultatie komen. Die zit nu wel in de voorstellen, maar er is nog geen goede betaalconstructie voor.'

Basis-ggz

Kan de huisarts een patiënt niet helpen, dan kan hij vanaf volgend jaar binnen de eerste lijn doorverwijzen naar de nieuwe vormen 'generalistische basis-ggz'. Die is vooral bedoeld voor patiënten met lichte en matige problematiek. De basis-ggz is onderverdeeld in vier categorieën. De zorgcategorie waarvoor een patiënt in aanmerking komt, wordt bepaald door zijn aandoening én zijn levenssituatie. Zorgverzekeraars en zorgaanbieders moeten samen bepalen welk percentage van hun patiëntenpopulatie valt onder de generalistische basis-ggz en op basis daarvan afspraken maken. Bijvoorbeeld dat voor 40 procent van de patiëntenpopulatie de lichtste zorgvariant wordt

gedeclareerd, voor 30 procent de matige variant en voor respectievelijk 20 procent en 10 procent de intensieve en chronische zorg.

Momenteel belandt ongeveer 20 procent van de patiënten met lichte of milde psychische stoornissen in de tweede lijn. Deze patiënten zouden in de basis-ggz behandeld moeten worden. De eigen bijdrage die gold voor psychologische hulp in de eerste lijn en de beperking van slechts vijf vergoede sessies, komen daarom te vervallen.

Spin-off van de verschuiving naar de eerste lijn is idealiter dat er minder recepten worden uitgeschreven. Curt Spanier, huisarts in Stadskanaal met een speciale belangstelling voor ggz, weet hoe het vaak gaat: 'Met een recept ben je eerder klaar. Niets is makkelijker dan patiënten met een paniekaanval een benzodiazepine of mensen met depressieve klachten een SSRI voorschrijven. Ik moet zelf ook weleens die neiging onderdrukken.'

'We schrijven jaarlijks bijna een miljoen keer een SSRI voor', stelt psychiater Beekman vast. 'Dat moet te halveren zijn. De basis-ggz moet zo uitpakken dat de huisarts kortdurende psychotherapeutische behandelingen kan indiceren. Daar valt veel mee te besparen. Want 80 procent van de maatschappelijke kosten van psychiatrische aandoeningen zit in het werkverzuim van relatief jonge mensen.' In dat verband merkt LHV-voorzitter Van Eijck op dat in de jaren tachtig en negentig juist vanuit de tweede lijn vaker voorschrijven werd aanbevolen. 'Nu krijgen we de tegenbeweging. Ik kijk daar toch met enige verbazing naar.' Zorgen heeft hij vooral over de rol van de huisarts als onafhankelijk poortwachter in de basis-ggz. 'Die mag niet onder druk komen te staan. Hij moet de regie houden.' Dat constateert ook de minister in de brief aan de Tweede Kamer over haar ggz-plannen. Huisartsen en zorgverzekeraars, sugereert ze, zouden daarover 'aanvullende afspraken' kunnen maken.

DSM-diagnose

Dat patiënten straks alleen met een DSM-diagnose terecht kunnen in de basis-ggz,

valt niet bij iedereen in goede aarde. Huisarts Spanier: 'Vaak wil ik patiënten leren omgaan met hun psychische beperking. Ik stuur ze bijvoorbeeld wel eens door naar een haptonoom. Die leert mensen om lichaamssignalen op een andere manier te interpreteren. Maar in het nieuwe systeem zou ik dan ineens moeten wringen om ze een DSM-diagnose te geven.' En 'etiketten plakken' enkel om een patiënt in de basis-ggz te krijgen, wil hij liever niet.

Psycholoog Laura Batstra van de Universiteit Groningen is het met hem eens.

'Een huisarts moet een depressie van een angststoornis kunnen onderscheiden'

'DSM-criteria zijn rekbaar. Als je ze heel streng toepast, passen er enkele mensen in bijvoorbeeld de categorie ADHD of depressie. Als je ze heel breed toepast, past de halve bevolking in zo'n categorie. Maar zelfs als iemand in een DSM-categorie past, kan een zorgverlener ervoor kiezen om die classificatie even achterwege te laten.'

Batstra is voorstander van *stepped diagnosis*. 'Voordat je aan een dure, stigmatiserende en vaak onnodige DSM-classificatie toekomt, moet je mijns inziens een aantal stappen doorlopen. Als er geen sprake is van een evidente crisis, kun je klachten eerst "normaliseren". Je kunt daarna afwachten en de vinger aan de pols houden. Werkt dat niet, dan kies je voor lichte interventies: zelfhulp, internethulp. Ten slotte kun je een kortdurende behandeling overwegen. Pas als dat niet helpt, komt de stap naar een DSM-classificatie.' Ze vindt dat *stepped diagnosis* goed zou passen binnen een nieuwe ggz-opzet.

Aartjan Beekman ziet dat anders. 'Een

diagnose is basaal; dat doe je in de rest van de geneeskunde toch ook. Als een diagnose niet nodig is, moet je ook niet gaan behandelen. Ik herhaal nog maar eens dat DSM in de eerste plaats classificatie is, geen diagnostiek. Artsen die het verschil tussen die twee niet kennen, moeten terug naar school. We kijken immers ook naar oorzaak, aard en beloop van het ziektebeeld en formuleren op basis daarvan een advies voor behandeling. Zo moet een huisarts ook te werk gaan. Dat begint met classificatie, en daarbij hoeft de arts niet meer te weten dan de twaalf hoofdgroepen van de – huidige – DSM. Zo moet hij bijvoorbeeld een depressie van een angststoornis kunnen onderscheiden. Dat kan een huisarts best.'

Maximale groei

Batstra heeft nog een punt van kritiek op de ggz-plannen. Voor de basis- en specialistische ggz wordt eenzelfde maximale groei gehanteerd. Dat vindt ze niet terecht, want er is veel meer milde en matige problematiek (70-80 procent) dan ernstige problematiek (20-30 procent). Dat wringt te meer omdat de basis-ggz ook is bedoeld voor chronische, betrekkelijk stabiele patiënten met ernstige ziektebeelden. Patiënten die al langere tijd worstelen met een psychische aandoening zoals een depressie of een angststoornis, ziek thuis zitten of de straat niet meer op durven.

Aartjan Beekman: 'Je wilt geen discontinuïteit in de behandeling van deze patiënten. Dat kan immers dat stabiele beeld verstoren, dat vaak drijft op het vertrouwen in een behandelaar. De tarieven moet natuurlijk lager zijn voor mensen die minder complexe zorg krijgen, maar dat mag bij deze groep niet ten koste gaan van de kwaliteit van zorg. Ik denk dat huisartsen hier ook zorgen over hebben.' ■

web

Documenten over de ggz-plannen van VWS en het conceptadvies van CVZ vindt u bij dit artikel via medischcontact.nl/artikelen. Ook vindt u hier meer over *stepped diagnosis*.