

DE REGISSEUR EN DE SOUFFLEUR



Samenwerking in kortdurende psychische zorg

Nadat een deel van de geestelijke gezondheidszorg is verhuisd naar de Zorgverzekeringswet, moeten huisartsen meer inhoud geven aan hun regiefunctie op dit vlak. Over de huisarts als regisseur van kortdurende psychische zorg en andere GGZ-hulpverleners als souffleur.

DANIËLLE JANSEN C.S.

Veel psychische problemen zijn goed te behandelen of te begeleiden met kortdurende zorg. Bovendien gaan psychische en lichamelijke problemen vaak samen. Dit zijn

enkele redenen voor het overhevelen van het curatieve deel van de geestelijke gezondheidszorg (GGZ) van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) naar de Zorgverzekeringswet (Zvw) per 1 januari 2008.¹ Onder het curatieve deel vallen de activiteiten die zijn gericht op het genezen of het niet verergeren van psychische stoornissen.

Zorgverzekeraars hebben door deze veranderingen een prominentere plaats gekregen bij het contracteren van zorg. Zij verlangen dat zorgaanbieders in zowel de eerste als tweede lijn hun handelen inzichtelijker maken.² Welke klachten behandelen ze en hoe doen ze dit? Wat kosten deze behandelingen en zijn ze effectief? Welke zorgtransities vinden er plaats? Deze vragen zijn niet alleen relevant voor verzekeraars, maar zeker ook voor hulpverleners en patiënten.

Er heerst onrust onder eerstelijns-hulpverleners over mogelijke consequenties van de nieuwe Zvw.³ De vrees bestaat dat gespecialiseerde GGZ-instellingen hun diensten zullen aanbieden in de eerste lijn en dat de huisarts daarmee de regie verliest. Ondersteuning vanuit de tweede lijn zou leiden tot 'psychiatrisering' van eerstelijnsproblemen. En problemen die nu in de eerste lijn worden

aangepakt, zouden eerder worden doorgestuurd naar gespecialiseerde zorgaanbieders.

ECHELONS

De auteurs van het artikel in Medisch Contact dat hierboven is aangehaald, beschrijven de GGZ-praktijkondersteuner in de huisartsenpraktijk als middel om te zorgen dat er daadwerkelijk hulp wordt geboden vanuit een generalistisch eerstelijns perspectief.³ Maar huisartsen zouden ook samen met eerste- en tweedelijns hulpverleners uit de GGZ in één systeem kunnen samenwerken. De

Samenwerking in plaats van een antagonisme

huisarts heeft daarbij de regiefunctie. Eerstelijns hulpverleners streven hierbij naar samenwerking en afstemming met de tweede lijn in plaats van dat een antagonisme tussen de echelons wordt gecreëerd.

Dit systeem van *collaborative care* garandeert continuïteit in de zorg voor GGZ-patiënten en het maakt optimaal gebruik van de expertise van de verschillende aanbieders. Om te zorgen dat de patiënt gezien zorgbehoefte en -zwaarte zo snel mogelijk bij de juiste behandelaar terechtkomt, is een eenduidig systeem van diagnostiek en uitkomstmeting essentieel (routinematige uitkomstmeting). Om dat te optimaliseren, moet het systeem inzicht geven in de behandel-effecten, doelmatigheid en patiëntenstromen. De combinatie van *collaborative care* en routinematige >>

NERGENS ZIN IN

De 48-jarige meneer Vriezeveen komt bij zijn huisarts. Hij heeft al maanden last van vermoeidheid en slaapt slecht. Soms heeft hij aanvallen van transpireren en hartkloppingen. Het lukt hem niet meer om zijn werk goed te doen. Hij heeft afgelopen week een conflict met zijn leidinggevende gehad en is bang dat hij bij de komende reorganisatie moet afvloeien. Hij schaamt zich tegenover zijn vrouw. Zij heeft al een half jaar niets aan hem omdat hij nergens zin in heeft. Dit leidt steeds vaker tot hoog oplopende ruzies. Meneer Vriezeveen wijt de klachten aan het werk en wil zich ziek melden. De huisarts denkt aan overspannenheid en depressie, maar bij die woorden maakt hij afwerende gebaren. Haar vraag of hij suïcidale gedachten heeft, beantwoordt hij ontkennend.



BEELD: STOCKPHOTO

Aan de hand van vragenlijsten die door de patiënt zijn ingevuld, kan de huisarts het beloop van de behandeling volgen.

<< uitkomstmeting zorgt voor transparante, continue en passende zorg.

GENERALISTISCH PERSPECTIEF

Samenwerking in de GGZ-keten is prima mogelijk.⁴ In Canada, waar ook een sterke eerste lijn bestaat, zijn er uitstekende ervaringen met *collaborative care* opgedaan.^{5,6} Huisartsen hebben de regie en zorgen dat er vanuit het generalistisch perspectief hulp wordt geboden. Zij stellen diagnoses, behandelen en verwijzen.^{7,8}

Soms hebben huisartsen echter behoefte aan ondersteunende behandelingen door een eerstelijnspsycholoog, het algemeen maatschappelijk werk, een sociaal-psychiatrisch verpleegkundige of een praktijkondersteuner. Daarnaast willen huisartsen bij twijfel kunnen over-

leggen met een psychiater. Dit kan via de telefoon, maar ook door direct contact met de patiënt. Deze consultatie blijft onder de regie van de huisarts: de psychiater kijkt primair hoe de behandeling binnen de eerste lijn vorm kan krijgen en bespreekt dit met de huisarts. Ook als behandeling binnen de tweede lijn noodzakelijk is, geeft de psychiater hierover een advies.

Collaborative care houdt ook in dat de patiënt zo veel mogelijk een actieve rol krijgt door hem 'medeverantwoordelijk' te maken voor de klachten; hij moet zijn doelen expliciet exploreren.⁶ Dit kan door afwegingen over de diagnose en behandeling te delen, de effecten van de behandeling inzichtelijk te maken en hem een keuze uit mogelijke behandelingen aan te bieden.

Wil samenwerking tussen hulpverleners in de GGZ slagen, dan moeten er wel barrières worden geslecht. Er zijn concrete afspraken noodzakelijk tussen de verschillende hulpverleners over taakafbakening en verantwoordelijkheden. Dat kan door op basis van bestaande richtlijnen te beschrijven wie wat onder welke condities gaat uitvoeren. In de diabeteszorg is een dergelijke zorgstandaard met succes uitgewerkt.⁹ Daar vormt deze standaard de basis van regionale afspraken en DBC-omschrijvingen.

VRAGENLIJSTEN

Het gebruik van vragenlijsten voor psychische klachten die door de patiënt

moeten worden ingevuld, is in de huisartspraktijk nog relatief beperkt. De NHG-Standaarden Depressie en Angst ontraden dit voornamelijk vanwege de moeilijke inpasbaarheid in het consult. Zelf hebben we ervaring met *webbased*-vragenlijsten. De uitkomsten hiervan geven de huisarts aanvullende informatie. En op basis van het consult en de uitslagen van de meting(en) kan hij beslissen welke behandeling de beste optie is. Soms zal dat afwachten zijn, soms een minimale interventie (bibliotherapie en internettherapie, zoals 'Kleur je Leven').¹⁰ Een andere keer is de patiënt het meest gebaat bij zorg door de POH-GGZ of moet hij binnen de eerste lijn worden verwezen.

Huisartsen maken gebruik van bestaande en gevalideerde vragenlijsten die geschikt zijn voor gebruik in de eerste lijn en voor iedereen beschikbaar zijn. Er zijn generieke en ziektespecifieke vragenlijsten en het systeem voorziet in het maken van een persoonlijke keuze uit eerstelijnsvragenlijsten. Op basis van de uitkomsten van deze vragenlijsten, zijn artsen goed in staat om onderscheid te maken tussen personen met verschillende klachten (qua ernst en type klach-

Concrete afspraken over taakafbakening en verantwoordelijkheden

ten) en kan hij uitstekend klinisch relevante veranderingen oppikken.

Huisartsen kunnen de vragenlijsten ook gebruiken voor het volgen van het behandelsbeloop (routinematige uitkomstmeting). Dit gebeurt met telkens dezelfde onlinevragenlijsten die de patiënt thuis of onder begeleiding in de praktijk invult. Huisartsen kunnen zo hun behandeling afstellen op de klachten. Bovendien ondersteunt het de huisarts bij zijn afweging of een patiënt moet worden doorverwezen. Hiermee hebben huisarts en patiënt, naast de klinische blik, een extra middel in handen om na te gaan of de behandeling het gewenste resultaat oplevert.

Routinematige uitkomstmeting is uitdrukkelijk geen vervanging van de



SAMENVATTING

- *Huisartsen kunnen hun regiefunctie op het terrein van de GGZ meer inhoud geven.*
- *Patiënten met psychische klachten en huisartsen zijn gebaat bij transparante zorgsystemen en samenwerking tussen de diverse GGZ-hulpverleners. Een zorgmodel met huisartsen in de regiefunctie komt daaraan tegemoet. Hierin werken huisartsen samen met andere eerste- en tweedelijns hulpverleners in de GGZ-keten (collaborative care).*
- *De zorg die zij bieden, wordt inzichtelijk gemaakt via routinematige uitkomstmeting.*

De literatuurlijst vindt u onder de digitale versie van dit artikel op www.medischcontact.nl.



MC-artikelen over eerstelijns GGZ vindt u onder dit artikel op www.medischcontact.nl.

expertise van de huisarts, maar biedt aanvullende of ondersteunende informatie. Vergelijk het met laboratoriumuitslagen: de huisarts vermoedt iets, dan krijgt hij een aantal labuitslagen en vervolgens komt hij tot een diagnose. Zo gaan de metingen ook altijd samen met de informatie die de huisarts in het consult verzamelt.

Met deze systematiek is ook na te gaan of de vrees gerechtvaardigd is dat door verandering van de bekostigings-systematiek de psychiatrische tweede lijn op het terrein komt van de eerste lijn. Het geeft zicht op patiëntenstromen naar de tweede lijn en de klachten van deze patiënten. Een patiënt met milde klachten zal in deze systematiek niet in aanmerking komen voor behandeling door tweedelijnsinstanties en zo wordt onterechte behandeling tegengegaan.

DOMEINDENKEN

De huisarts en patiënten met psychische klachten hebben belang bij transparante zorgsystemen waarmee zij op een objectieve wijze zicht krijgen op de indicatiestelling voor behandeling en resultaten van therapie. Vanuit de gedachte van *collaborative care* en routinematige uit-

komstmeting is er een model beschikbaar dat hieraan bijdraagt. Hiervoor is een verandering in het domein- en echelon-denken nodig. Wij nemen aan dat alle professionals in de eerste en tweede lijn bereid zijn te werken aan een sluitend systeem van psychische zorg. ■

dr. A.P.D. Jansen,
onderzoeker, afdeling Public Health en Eerstelijns-geneeskunde LUMC

dr. I.A. Arnold,
huisarts en onderzoeker, afdeling Public Health en Eerstelijns-geneeskunde LUMC

dr. H.W.J. van Marwijk,
huisarts en universitair hoofddocent en lijncoördinator GGZ van de onderzoeksgroep Huisartsgeneeskunde van het EMGO-instituut van het VUmc

prof. dr. W.J.J. Assendelft,
huisarts en hoofd afdeling Public Health en Eerstelijns-geneeskunde LUMC

Correspondentieadres: w.j.j.assendelft@lumc.nl; c.c.: redactie@medischcontact.nl

Belangenverstrengeling: De afdeling Public Health en Eerstelijns-geneeskunde van het LUMC heeft een samenwerkingsverband met Rivierduinen, een instelling voor geestelijke gezondheidszorg. Beide partijen streven naar een betere aansluiting en meer samenwerking tussen de eerste- en tweedelijns (geestelijke) gezondheidszorg.

NERGENS ZIN IN (2)

De huisarts maakt op korte termijn een nieuwe afspraak met meneer Vriezeveen. Dan zullen ze voor een behandeling kiezen. In de tussentijd adviseert ze de patiënt te zorgen voor voldoende structuur in zijn dag. Ook vraagt zij hem of hij een aantal vragenlijsten wil invullen via een website, zodat zij een beter beeld krijgt van de klachten. De uitkomsten worden later gebruikt om de effecten van de behandeling te bepalen. De patiënt gaat akkoord.

Meneer Vriezeveen vult thuis de vragen in, waarna de huisarts de resultaten online kan inzien. De resultaten bevestigen haar beeld: moeheid, hartkloppingen, matige depressieve klachten en geen suïcidale gedachten. Daarnaast geven de lijsten aan dat er sprake is van enkele klachten waarop de huisarts nog onvoldoende zicht had: moeite met concentreren en het onthouden van informatie, overmatig transpireren en hoofdpijn. Alle klachten lijken qua ernst behandelbaar binnen de eerste lijn.

Tijdens een consult laat de huisarts de patiënt zien welke klachten er volgens de vragenlijsten spelen en hoe ernstig deze zijn ten opzichte van gezonde en tweedelijnspatiënten. Meneer Vriezeveen vertelt dat hij vermoedt dat zijn klachten toch wel te maken kunnen hebben met overspannenheid en somberheid. De huisarts beaamt dat. Dan bespreken ze de behandelmogelijkheden: de voors en tegens van antidepressiva en een verwijzing naar een eerstelijnspsycholoog. Na een telefonisch overleg met

de bedrijfsarts begint meneer Vriezeveen met cognitieve gedragstherapie bij een eerstelijnspsycholoog. De huisarts stelt voor dat meneer Vriezeveen zes weken na de start van de therapie opnieuw de onlinevragenlijsten invult om daarna samen te kijken of de klachten zijn afgenomen.

Zes weken later geeft de patiënt aan dat het niet beter gaat. De uitkomsten van de vragenlijsten geven zelfs aan dat het slechter gaat. De huisarts en patiënt komen nu tot de diagnose depressie. De werkproblemen zijn grotendeels opgelost. De huisarts neemt contact op met de behandelend psycholoog. Die vermoedt met de therapie niet veel verder te komen. Wat nu? De huisarts en de patiënt besluiten een antidepressivum aan de begeleiding toe te voegen. Weer zes weken later, vertelt meneer Vriezeveen dat de situatie is verbeterd. Dit beeld wordt bevestigd door de uitkomstmeting. De huisarts vraagt de patiënt om het antidepressivagebruik voort te zetten en om over drie en zes maanden de vragenlijsten opnieuw in te vullen om te kijken of de klachten wegblijven. Dit blijkt het geval.

Omdat de patiënt na zes maanden klachtenvrij is, bespreekt de huisarts met hem de mogelijkheid om de antidepressiva geleidelijk af te bouwen. Na een succesvolle stoppoging, besluit de huisarts in overleg met de patiënt om de klachten het komende halfjaar om de drie maanden te monitoren. Zo kan de huisarts snel insprijngen op de situatie van de patiënt.