

Weer vragen over ggz nieuwe stijl

Huisartsen en de nieuwe ggz. De een ziet het als een grote belasting, de ander als een uitdaging. 20 procent van de complexe psychiatrie wordt overgeheveld van de tweede naar de eerste lijn. 'Maar dat is niet hetzelfde als "naar de huisarts".'



Ad Dingemans, huisarts te Valkenswaard, begrijpt het even niet meer: is de ggz nu al begonnen met het doorschuiven van patiënten naar de eerste lijn die jarenlang onder hun zorgen vielen, zo vraagt hij zich af. 'Al die jaren vond men het kennelijk noodzaak een bepaalde groep psychiatrische patiënten poliklinisch te houden voor begeleiding, controles en dergelijke. In één keer zijn ze echter stabiel, en krijg ik nu al diverse verzoeken om het allemaal maar over te nemen, al of niet voorzien van een recente brief. Het betreft dan het voorschrijven van diverse voor mij soms exotische medicijnen. Dat wil zeggen middelen waar ik wel bevoegd, maar niet bekwaam in ben om ze voor te schrijven of die zelfs echt in de tweede lijn thuishoren, bij een ervaren arts. De erbij horende diagnoses liegen er ook niet om. Bijvoorbeeld bipolaire stoornis bij bepaalde persoonlijkheidsstructuren, met soms nog gedachten aan suïcide, maar nu dus stabiel. Onlangs zag ik een kind met ADHD met daarbij het verzoek: graag verdere begeleiding en medicamenteuze ondersteuning. Wij huisartsen zijn helemaal niet zo goed in dit type zorg. Het is in ieder geval niet mijn expertise.'

Op de schop

Zoals bekend gaat de organisatie van de ggz per 2014 op de schop. Het is de bedoeling dat veel meer patiënten dan nu in de eerste lijn blijven. Die eerste lijn wordt opgesplitst in huisartsenzorg voor lichte psychische aandoeningen en zogeheten 'generalistische basis-ggz'. Momenteel belandt ongeveer 20 procent van de patiënten met lichte of milde psychische stoornissen in de tweede lijn. Deze patiënten zouden vanaf komend jaar in de basis-ggz behandeld moeten worden door een psycholoog, psychotherapeut of psychiater. Heeft deze aanpak geen effect, dan kan de huisarts – die eindverantwoordelijk blijft – alsnog doorverwijzen naar de gespecialiseerde, tweedelijns ggz.

GGZ Nederland laat bij monde van een woordvoerder weten dat er niet vooruit-

gelopen wordt op de veranderingen. 'Deze zomer waren er eveneens geluiden van de LHV dat dit het geval zou zijn, maar ook toen al wisten we niet waar die vandaan kwamen. We weten niet wat er aan de hand is.'

De LHV constateerde enige maanden geleden op basis van een peiling onder achthonderd huisartsen dat meer dan de helft van de ondervraagde huisartsen (56%) het laatste halfjaar meer mensen met psychische klachten op het spreekuur had gezien; 45 procent gaf aan dat er ook meer patiënten waren bijgekomen met complexe klachten. Tegelijkertijd waren er volgens dezelfde huisartsen steeds minder mogelijkheden om deze patiënten door te verwijzen naar de meer gespecialiseerde ggz. Sinds deze zomer is er geen nader onderzoek gedaan, zo laat de LHV weten.

Enig rondbellen leert dat er instellingen zijn die een 'uitbehandelde' chronische patiënt terugsturen naar de eerste lijn. Maar dat beleid staat los van de aanstaande veranderingen, zegt een psychiater. Wel, zegt hij, zal dat in het nieuwe systeem ongetwijfeld nog meer gebeuren.

Complex problematiek

Huisarts Dingemans vermoedt dat veel huisartsen nog onvoldoende beseffen wat er op hen afkomt. 'We zullen geconfronteerd worden met patiënten voor wie we niet opgeleid zijn en die mijns inziens niet in de basiszorg thuishoren.'

Dingemans constateert sinds kort overigens ook een positieve verandering: 'In het recente verleden waren psychiaters vaak moeilijk bereikbaar, maar het contact met psychiaters is verbeterd.' Toch is hij niet altijd tevreden over de inhoud ervan: 'Je hoort dan: "Wij krijgen het ook maar van hogerhand opgelegd, wij zijn er ook niet blij mee", of "Collega, ik zie vrijwel nooit lithiumintoxicaties meer, maar recentelijk heb ik er zeker wel drie gehad sinds de verschuiving naar de eerste lijn is begonnen", of "het grote voordeel is dat we niet meer zulke lange wachtlijsten zullen hebben, en als u dan onverhoopt mocht bellen, dan is uw patiënt dus zo aan de beurt".'

Raf Hirsch, directeur van Gezondheidscentra De Bilt ziet het positiever: 'De huisartsen die ik vertegenwoordig zijn niet bang dat in de nieuwe structuur veel gecompliceerde psychiatrische problematiek op hun bord terechtkomt, terwijl ze daar niet voor toegerust zijn. Ik heb het idee dat huisartsen die dat wel vrezen de portee van de plannen niet helemaal hebben begrepen. Ja, 20 procent van de complexe psychiatrie wordt overgeheveld van de specialistische ggz naar de generalistische basis-ggz. Maar dat is dus niet hetzelfde als "naar de huisarts". Natuurlijk kan dat wel betekenen dat de basis-ggz op haar beurt weer patiënten terugverwijst naar de huisarts.'

'Het risico is levensgroot dat de kosten uit de hand gaan lopen'

Voorwaarde voor het welslagen van de nieuwe opzet is volgens Hirsch dat de basis-ggz en de gespecialiseerde ggz laagdrempelig moeten samenwerken met de huisarts. En vooral heel goed toegankelijk moeten zijn: 'Daar ontbreekt het op dit moment weleens aan'. Bovendien moet de huisarts samenwerking zoeken en overlegstructuren creëren met de nulde lijn, zoals maatschappelijk werk en psychogeriatrische netwerken. Hirsch: 'In onze regio werken zorggroepen zoals de stadsmaatschap Utrecht en een aantal samenwerkende gezondheidscentra in de regio Midden-Nederland, waartoe ook wij behoren, aan een structuur waarbij de huisarts of het gezondheidscentrum de regie voert over het geheel van huisarts, ggz en basis-ggz.'

POH-ggz

Toch heeft ook Hirsch een zorg: 'Het risico van de nieuwe systematiek is levensgroot dat de kosten uit de hand gaan lopen. Als dat wordt gecompenseerd door kortingen op het reguliere huisartsenbudget ontstaat een groot probleem.'

Veel hangt bovendien af van de inzet van de POH-ggz. Uit de LHV-peiling deze zomer bleek dat 60 procent van de respondenten een POH-ggz had en dat een kleine 10 procent van plan was er een aan te nemen. Voor de versterking van de module POH-ggz is komend jaar 25 miljoen, en in 2015 35 miljoen euro beschikbaar, boven op de reeds bestaande structurele 38,2 miljoen euro. In een recente blog rekent huisarts Anton Maes voor dat dit bij lange na niet genoeg is om alle huisartsen van een POH-ggz te voorzien: hij komt op 170,5 miljoen euro per jaar.

En er is nog iets: in het nieuwe systeem kan de huisarts een gespecialiseerde

ggz-zorgverlener (psycholoog of psychiater) om advies vragen. De huisarts betaalt daarvoor een consulttarief. Over de hoogte daarvan zal hij moeten onderhandelen met deze zorgverlener. De hoogte van dit tarief is vrij, weet Maes. Het mag een betaling zijn voor een incidentele consultatie, maar het mag ook een vast bedrag per maand zijn. 'Ik schat in dat het enthousiasme om met de lokale psycholoog te gaan onderhandelen niet al te groot zal zijn', merkt hij droogjes op. De minister heeft aangekondigd de ontwikkelingen in de nieuwe ggz nauwgezet te monitoren. In oktober is gestart met een nulmeting; de monitor zal twee jaar in beslag nemen. ■

web

Eerdere artikelen over de veranderingen in de ggz en de blog van Anton Maes vindt u bij dit artikel via medischcontact.nl/artikelen.