



‘Voorwaartse integratie’ vanuit de tweede lijn onnodig en onverstandig

Ggz-behandeling door huisarts op de tocht

Sylvia van Manen,
kaderarts ggz, voorzitter
zorggroep Haspel

Correspondentieadres:
svmanen@ziggo.nl
c.c.: redactie@medischcontact.nl

Geen belangenverstrengeling
gemeld.

beeld: Hollandse Hoogte,
Magnum Photos

Huisartsen hebben de afgelopen jaren veel werk gemaakt van de professionalisering van de door hen geleverde ggz. In weerwil daarvan sturen de NZa en het ministerie er nu op aan dat de basis-ggz wordt ingevuld vanuit de tweede lijn. Een onbegrijpelijke stap terug in de tijd.

In meer dan 70 procent van de consulten bij de huisarts speelt psychosociale problematiek een rol en van de mensen met psychische klachten gaat ongeveer 75 procent naar de huisarts.¹ Dit gegeven heeft huisartsen gestimuleerd tot de ontwikkeling van standaarden, richtlijnen, scholingsprogramma's en patiëntbrieven over onder andere depressie, angst, dementie, alcoholproblematiek, somatisch onvoldoende verklaarde lichamelijke klachten (SOLK), ADHD en burn-out. Deze inspanningen werpen hun vruchten af. In de Doorbraak Depressieprojecten, geïnitieerd door het Trimbos-instituut, wordt bijvoorbeeld een reductie van het gebruik van antidepressiva gerealiseerd van 61 naar 11 procent.^{2 3} Ook interventies door de huisarts bij problematisch alcoholgebruik blijken zeer effectief te zijn: psycho-educatie alleen levert een reductie in

het alcoholgebruik op van 74 procent bij vrouwen en 66 procent bij mannen.⁴ Verder blijkt de huisarts uitstekend in staat om kinderen met ongecompliceerde ADHD te onderscheiden van kinderen met meervoudige problematiek en om de eerste groep zelf adequaat te diagnosticeren en te behandelen, samen met de praktijkondersteuner-ggz (POH-ggz).⁵ Kenmerkend voor de eerstelijns-ggz is de probleemgerichte, niet diagnose-afhankelijke benadering.

Goedkoop en effectief

Ruim 40 procent van de huisartsen heeft inmiddels een POH-ggz binnen het team. Zij verlenen goedkoop en effectief de ggz-basiszorg.⁶ Ondanks de tijdelijkheid en financiële krapte van de regeling heeft deze functionaris binnen de eerste vier jaar van de regeling al een derge-

SAMENVATTING

- De ggz door huisartsen is volwassen geworden door onder meer de inzet van praktijkondersteuners (POH's-ggz).
- In het Bestuurlijk akkoord ggz staat dat ook tweedelijnsinstellingen basis-ggz kunnen gaan aanbieden.
- Deze verschuiving naar de tweede lijn leidt tot onnodige medicalisering en kostenverhoging.

lijke potentie. Vier op de vijf patiënten kunnen binnen de huisartsenvoorziening worden behandeld met een klachtgerichte benadering. Bij slechts 20 procent blijkt een doorverwijzing of nadere diagnostiek noodzakelijk, dikwijls binnen de eerste lijn naar een psycholoog of het algemeen maatschappelijk werk.⁷ En de professionalisering van de ggz door huisartsen gaat verder. Dit voorjaar heeft een tweede lichting kaderartsen-ggz de opleiding afgerond. Deze collega's, verenigd in de NHG-Psyhag, staan een taakverdeling voor waarbij de patiënt met psychische klachten, maar zonder psychische ziekte/stoornis volgens DSM IV, wordt behandeld door de huisarts en POH-ggz. Milde tot matige ggz-ziekte kan worden behandeld door de huisarts, door de eerstelijnspsycholoog óf – voor een kort (diagnostisch) traject – door de psychiater. De chronische uitbehandelde en stabiele psychiatrische patiënt kan door de huisarts worden vervolgd, op voorwaarde van goede terugverwijsafspraken met de tweedelijnsinstelling. Een dergelijke invulling van de basis-ggz leidt tot betaalbare, klachtgerichte geestelijke gezondheidszorg dicht bij de patiënt.

NZa-advies

Het lijkt er echter sterk op dat overheidsbeleid deze invulling van de eerstelijns-ggz zal frustreren. Dat blijkt om te beginnen uit het advies over de basis-ggz dat de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) in december 2011 uitbracht aan

minister Edith Schippers van Volksgezondheid.

De NZa signaleert dat 30 procent van de patiënten met milde tot matig ernstige ggz-problematiek wordt verwezen naar de tweede

lijn. De huisarts zou een onzekere poortwachter zijn die te vaak uitgaat van ernstige problematiek en dan naar de tweede lijn verwijst. De tweedelijnsinstelling kent volgens de NZa geen diagnostisch consult en zou iedere aanmelding in behandeling nemen, waarbij de uitbehandelde chronische patiënt niet meer wordt terugverwezen naar de huisarts.

Om dit op te lossen adviseert de NZa versterking van de huisarts door onder andere een diagnostisch consult met behandeladvies vanuit de tweede lijn mogelijk te maken. Daarnaast suggereert de zorgautoriteit dat tweedelijnsinstellingen de zorg kunnen gaan leveren die nu door de POH's-ggz binnen de eerste lijn wordt geleverd. De NZa noemt dit 'voorwaartse integratie' van ggz-instellingen.


Wat opvalt in deze visie zijn twee belangrijke verschuivingen die een prijsopdrijvend en stigmatiserend effect kunnen hebben. Ten eerste heeft volgens de NZa ook een patiënt zonder psychische ziekte soms al hulp van een psycholoog nodig. Ten tweede heeft de huisarts blijkbaar geen rol in de behandeling van milde tot matige psychische ziektes. Deze taakverdeling zou een teruggang in de tijd betekenen en strookt niet met de ontwikkelingen in vele zorggroepen.

Bestuurlijk akkoord

De indruk dat de klachtgerichte ggz dreigt te worden vervangen door diagnosegerichte ggz wordt versterkt door de akkoorden die minister Schippers in juni tekende: één met de huisartsen en één met de overige ggz-aanbieders. De formulering in het huisartsenakkoord voor de invulling van de basis-ggz luidt: 'Een functioneel omschreven POH-ggz-functie kan vanuit de behoefte van de huisarts ingezet worden om mensen naar de goede vervolgplek te herleiden en alvast een adequate triage te verrichten (wel of niet eerste/tweede lijn of maatschappelijke opvang), waarbij de grenzen van de competenties en de medische standaarden van de beroepsgroep worden gerespecteerd en samenwerking met de ggz-disciplines wordt versterkt.'

In het Bestuurlijk Akkoord Toekomst GGZ 2013-2014 – waarbij huisartsen en verpleegkundigen overigens de grote afwezigen waren – staat: 'De NZa wordt om advies gevraagd naar de mogelijkheid om per 2014 de bekostiging van deze module (de POH-ggz-zorg, red.) ter ondersteuning van en in samenhang met de huisartsenzorg geheel functioneel te maken, zodat ook andere zorgaanbieders deze module kunnen aanbieden.' Met andere woorden: de zorg die de POH's nu leveren vanuit de huisartsenpraktijken, kan vanuit een 'voorwaarts geïntegreerde' tweedelijnsinstelling geleverd worden.

Afbreuk

Al met al kom ik tot de conclusie dat de Nederlandse huisarts – en diens patiënt – zich zorgen moet maken. Zijn taken op ggz-gebied kunnen worden beperkt tot een poortwachterschap in de negatieve zin van het woord: een doorgeefluik naar geestelijke gezondheidszorg die door anderen – lees 'voorwaarts geïntegreerde tweedelijnsinstellingen' – geleverd wordt. Dit zal afbreuk doen aan een van de kernwaarden van ons mooie vak: de klachtgerichte integrale zorg dicht bij de patiënt. 

De huisarts dreigt slechts een doorgeefluik te worden



De voetnoten vindt u bij dit artikel op www.medischcontact.nl.