

TOEVLOED VAN PSYCHISCHE PROBLEMATIEK NAAR HUISARTS VERWACHT

Nieuw ggz-beleid gevaar voor de toekomst

Zonder DSM-diagnose geen vergoeding van behandeling. Zo steekt de geestelijke gezondheidszorg anno 2014 in elkaar. Een aantasting van de professionele autonomie van huisartsen, zegt ggz-kaderarts Joop Dopper. Met bovendien ongewenste effecten.

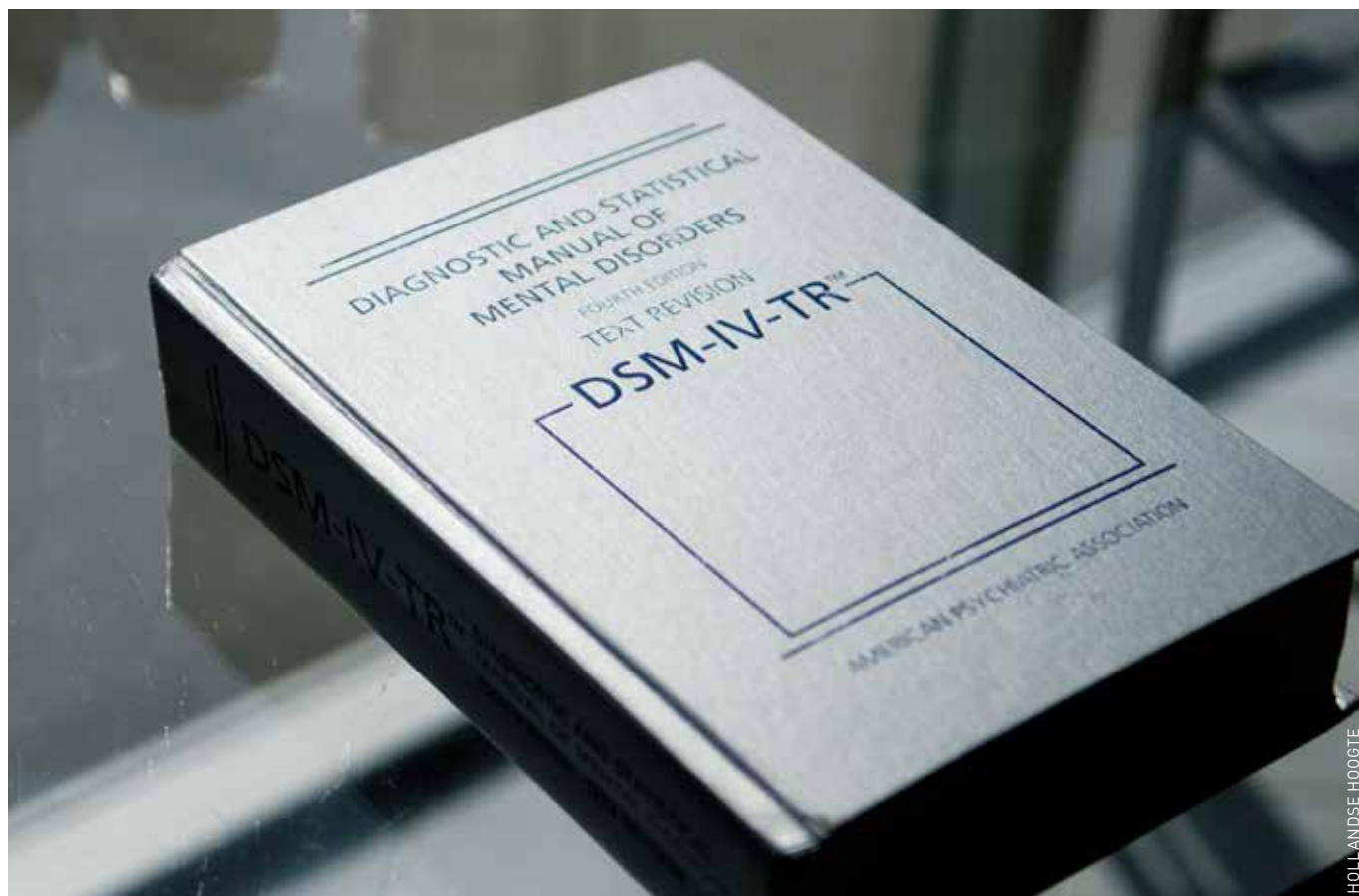
Het idee achter het nieuwe ggz-beleid per 1 januari, is de behandeling van ggz-problematiek zoveel mogelijk te laten plaatsvinden in de eerste lijn. Daar is op zich veel voor te zeggen, aangezien we redelijk zeker weten dat zo procent van de problematiek die voorheen in de tweede-lijns-ggz werd behandeld, ook in de eerste lijn behandeld had kunnen worden. Het beleid bevat echter onbezonnen onderdelen, waardoor deze nieuwe koers grote risico's met zich meebrengt. Zo zijn de huisartsenorganisaties niet betrokken bij de totstandkoming van het nieuwe beleid, terwijl de huisartsen wel een belangrijke rol moeten gaan spelen in de uitvoering ervan. Het is niet goed te begrijpen dat de overheid meent dat zo'n belangrijke verandering zonder overleg met, en draagvlak onder de uitvoerders – de huisartsen – zou kunnen slagen. Maar

het geeft ook te denken dat huisartsen-organisaties LHV en NHG hun professionele domein niet feller hebben verdedigd. De huisarts doet zijn werk zoveel mogelijk op basis van wetenschappelijk gebaseerde richtlijnen en standaarden. Hij doet daarmee wat het beste is voor een patiënt, maar weegt daarbij natuurlijk ook het kostenaspect. Nu heeft de minister echter een aantal door het College voor Zorgverzekeringen (CVZ) voorgestelde beperkingen in de vergoeding van ggz-aandoeningen verwerkt in verwijsrichtlijnen. En de zorgverzekeraars willen deze verwijsrichtlijnen, soms tamelijk dwingend, door de huisartsen laten uitvoeren. Los van de professionele autonomie die hier met voeten wordt getreden, hebben de huisartsen ook hun twijfels bij bepaalde elementen van het nieuwe beleid.

DSM-IV bepaalt vergoeding

Ondanks forse bezwaren van diverse beroepsorganisaties heeft het CVZ toch vastgehouden aan het gebruiken van de DSM-IV voor de bepaling of een verwijzing naar de generalistische basis-ggz of de gespecialiseerde-ggz vergoed zal worden. En de minister – en met haar de Tweede Kamer – heeft dit overgenomen. Bij een aanpassingsstoornis, relatie- of werkgerelateerde problematiek of als er geen sprake is van een DSM-stoornis, vindt geen vergoeding meer plaats bij verwijzing naar de andere echelons. Het op deze wijze laten domineren van de diagnose – terwijl een diagnose in de ggz een beduidend onzekerder oordeel is dan in de somatiek – zet de zorg voor een aantal patiënten op de tocht. Bovendien komen ernstkenmerken en beperkingen in het

Het ggz-beleid
bevat onbezonnen
onderdelen



HOLLANDSE HOOGTE

functioneren, die een belangrijke rol spelen in het behandelbeleid, door deze beperking niet meer tot hun recht. Het is daarom een stap in de goede richting dat de LHV recentelijk een richtlijn heeft gepubliceerd waarin onder andere staat dat in de verwijsbrief wel de psychische stoornis maar niet de DSM-IV-code hoeft te worden vermeld.

De DSM-classificatie is niet gemaakt of bedoeld om te beslissen over vergoeding vanuit een verzekering, maar als classificatiesysteem om professionals een eenduidige basis te geven als zij communiceren over hun vak of patiënten. De gevolgen van de beslissing van de minister om de DSM voor verzekeringsdoeleinden te gebruiken, zijn nu al zichtbaar in de tweedelijns-ggz en de psychologische zorg. Diagnosestelling wordt beïnvloed door de financiële consequenties voor

de patiënt en de zorgverlener. Het grote gevaar is dat een waardevol classificatiesysteem wordt uitgewoond door gebruik voor verkeerde doeleinden, en dus straks noch voor het oorspronkelijke doel (classificatie) noch voor het doel van de overheid (toepassen van een verzekeringsrecht) meer bruikbaar is.

Stigmatisering

Het 'Bestuurlijk akkoord toekomst GGZ' noemt als allereerste voornemen de destigmatisering. Het gebruik van de DSM voor verzekeringsdoeleinden zal echter leiden tot upcoding van de diagnoses en daarmee een toename van patiënten met zwaardere diagnoses, die op de verkeerde plek in de zorg terecht gaan komen. Onnodig gebruik van te zware diagnostische etiketten draagt dus juist bij aan stigmatisering.

Sinds tien jaar worden er ggz-kaderartsen opgeleid; huisartsen die zich specialiseren in de ggz en ondersteuning bieden op dit gebied aan de andere huisartsen. Essentieel is hoe de huisarts de ggz-problematiek laagdrempelig, met kennis van de geschiedenis en context van de patiënt, demedicaliserend en destigmatiserend kan benaderen met kortdurende behandeling – met inzet van de POH-ggz. Dat past dus prima in het streven de ggz-problematiek zoveel mogelijk in de eerste lijn te behandelen. Maar het hanteren van de DSM speelt daarin maar een beperkte rol.

Er zijn nog meer bezwaren tegen het gebruik van de DSM voor verzekeringsdoeleinden. In de informatiesystemen van de huisarts wordt niet gewerkt met de DSM maar met een ander coderingssysteem, namelijk de ICPC (*International Classifi-*

cation of Primary Care), en huisartsen zijn dus lang niet allemaal vertrouwd met de DSM. Het omgaan met de DSM vergt training en ervaring om goed te worden toegepast. Bovendien komt er dit jaar een fors vernieuwde versie en de gevolgen van deze vernieuwing en de invoering ervan zijn nog niet duidelijk.

De standaarden

Huisartsen werken veelal op basis van standaarden en dit geldt ook bij behandeling van ggz-problematiek. Zo zijn er standaarden over angst en depressie en deze zijn mede gebaseerd op de DSM-indeling. Maar ernst en beperkingen in het sociale functioneren dienen volgens de standaard bij het verwijlsbeleid ook een belangrijke rol te spelen en zijn lang niet altijd in de DSM-diagnose verdisconterd.

In de standaard over depressie staat dat de huisarts psychotherapie aanbiedt indien voorgaande interventies onvoldoende effectief zijn geweest. Als er in zo'n geval geen sprake is van alle vijf de criteria van de DSM voor depressie, zal de behandeling niet vergoed worden en moet de patiënt deze zelf betalen. Een soortgelijke situatie doet zich voor bij de standaard over angst, waarin staat dat bij angstklachten – dus geen DSM-stoornis – *problem solving treatment* een optie is, mits uitgevoerd door een hulpverlener die hierin is getraind. Aangezien lang niet alle huisartsen en ook niet alle POH-ggz-medewerkers hierin getraind zijn, zou verwijzing op zijn plaats zijn, maar ook in dit geval: geen vergoeding vanuit het basispakket. Hetzelfde geldt voor het advies om te verwijzen indien na acht tot twaalf weken de behandeling onvoldoende effect heeft.

Van de standaard mag je ook gemotiveerd afwijken. De ruimte daarvoor wordt echter in dit nieuwe beleid beperkt door de voorwaarde van de DSM-diagnose. In het nieuwe beleid worden de NHG-Standaarden niet eens genoemd, richtlijnen die in Nederland een belangrijke rol spelen in de huisartsenzorg en wereldwijd als voorbeeld dienen. Het geeft te denken dat overheid en zorgverzekeraars menen

Huisartsen zijn lang niet allemaal vertrouwd met de DSM

dat zij huisartsen kunnen voorschrijven hoe en wanneer verwezen moet worden bij ggz-problematiek met voorbijgaan aan de standaarden. Gaan we dit met de somatisch zorg ook meemaken?

Toevloed

Het nieuwe beleid beperkt niet alleen de toegang tot de tweedelijns-ggz, maar ook die tot de psycholoog en psychotherapeut in de generalistische basis-ggz, zoals dat per 1 januari is gaan heten. Niemand kan voorspellen tot welke toevloed aan ggz-problematiek bij de huisarts deze beperking gaat leiden en of de huisartsen deze vraag zullen aankunnen. De invoering van de POH-ggz-functie – een belangrijke ondersteuning van de huisarts bij ggz-problemen – is nog niet afgerond. Er is nog een forse variatie in kwalificatie en implementering.

Als de toevloed te groot wordt, zal de zorgvoorziening bij psychische problemen tekortschieten. Het had meer voor de hand gelegen om de toegang tot de psycholoog en psychotherapeut nu nog niet zo streng te beperken, zodat beide echelons niet tegelijkertijd in de toegang worden beperkt. ■

contact

dopper@xs4all.nl
cc: redactie@medischcontact.nl

Geen belangenverstrengeling gemeld

web

Eerdere MC-artikelen over dit onderwerp vindt u onder dit artikel op medischcontact.nl/artikelen.

OORLOGSMEMOIRES

Eén van mijn afwijkingen is dat het lezen van romans mij weinig kan boeien. Ik lees echter wel degelijk mooie boeken, maar dan (auto) biografieën. Zo heb ik afgelopen maanden de oorlogsmemoires van Winston Churchill soldaat gemaakt. Zes kloeke delen nog uit de boekenkast van mijn grootvader.

Het zal aan mijn omgeving niet onopgemerkt voorbij zijn gegaan. Als managementliteratuur is Churchill niet slecht. Een bijzondere passage gaat over de spanning tussen politici en generaals. Politici laten generaals soms een strijd voeren die au fond kansloos is – zoals de Britse verdediging van Griekenland tegen de Duitse inval. Generaals klagen dan graag over de incompetentie van hun opdrachtgevers, politici over de eigengereidheid van de generaals. Ze hebben echter verschillende werkelijkheden en belangen. Het politieke belang van geloofwaardigheid is een ander dan het militaire belang om een slag te winnen. Bestuurders en medisch specialisten hebben wel eens een vergelijkbare kloof in hun beleevingswereld. De ene keer is het de arts, die zijn bestuurder opdraagt negatieve berichtgeving op de roddelpagina's van internet in de toekomst te voorkomen, de andere keer de bestuurder, die tegen beter weten in van zijn staf een strategische alliantie doorduwt.

Misschien wel de belangrijkste les van Churchill is het belang van peptalk en verbinding. Geen politicus in die tijd was zo vaak aan het front, bij zijn generaals en soldaten, als hij. Daar kunnen wij, bestuurders, een voorbeeld aan nemen. Om te winnen heb je elkaar nodig.

Hugo Keuzenkamp