

Postprint Version	1.0
Journal website	
Pubmed link	
DOI	

This is a NIVEL certified Post Print, more info at <http://www.nivel.eu>

Concurrentie om psychologische zorg

P.F.M. VERHAAK J.J.I.M. TEN HAVE M.M. SCHOLTE

Tweedelijns-voorzieningen kunnen vanaf 1 januari 2008 ook geestelijke gezondheidszorg (GGZ) in de eerste lijn aanbieden. Dat kan ertoe leiden dat eenvoudige GGZproblematiek in de eerste lijn in een specialistische tweedelijns mal wordt geperst.

Er zijn grote veranderingen op til voor de organisatie en financiering van de geestelijke gezondheidszorg (GGZ). Per 1 januari 2008 wordt de nieuwe zorgwet van toepassing op de GGZ en dit heeft ook implicaties voor de eerstelijns-GGZ. Nu nog worden de meeste mensen met psychische problemen volledig binnen de eerste lijn geholpen door huisartsen, algemeen maatschappelijk werk (AMW) en eerstelijnspsychologen. Na 1 januari zal dat veranderen. Eerstelijnspsychologische zorg komt dan in het basispakket en kan dan ook door de tweede lijn worden aangeboden. Na de succesvolle introductie van de sociaal-psychiatrisch verpleegkundige (SPV'er) in het kader van de consultatieregeling is dit een plausibel scenario. Een scenario waarbij echter kanttekeningen zijn te plaatsen. Reden om stil te staan bij de gevolgen van de komende stelselwijziging voor de eerstelijns- GGZ.

EERSTE LIJN

De term eerste lijn is in de jaren zeventig geïntroduceerd door staatssecretaris Hendriks die een onderscheid maakte tussen algemeen toegankelijke, generalistische zorg (huisarts, wijkverpleging, AMW) en specialistische zorg (specialist, ziekenhuis). Pas als patiënten specialistische zorg nodig hadden, werden ze door de generalistische huisarts verwezen. Dit alles onder het motto 'generalistisch als het generalistisch kan, specialistisch als het specialistisch moet'. 'Eerste lijn' heeft verschillende connotaties. Het verwijst naar direct toegankelijke, kleinschalige en laagdrempelige zorg, en het wordt geassocieerd met kostenbeheersing en met het voorkomen van verspilling, medicalisering en hospitalisering. Ook het aanbod aan klachten in eerste en tweede lijn verschilt. In de eerste lijn krijgt de huisarts een heel breed scala aan symptomen en problemen onder ogen. Een flink deel daarvan past bij nader inzien niet in ziektecategorieën. In de specialistische tweede lijn daarentegen komen idealiter patiënten terecht van wie de huisarts heeft vastgesteld dat hun symptomen naar een omschreven medische of psychiatrische aandoening verwijzen.

HOGE WERKDRUK

Het overheidsbeleid van het afgelopen decennium aangaande de GGZ in de eerste lijn volgde in grote lijnen het advies over de GGZ dat de Raad voor de Volks gezondheid & Zorg in 1999 uitbracht. Die pleit ervoor om ook de GGZ in een eerste en een tweede lijn te organiseren. Patiënten met psychische problemen moeten zoveel mogelijk in de eerste lijn worden opgevangen. Indien noodzakelijk zou de tweede lijn bereikbaar moeten zijn via verwijzing door de huisarts Omdat huisartsen in niet mis te verstane bewoordingen kenbaar maakten dat de werkdruk op dat moment al ontoelaatbaar hoog was, werden er diverse maatregelen aanbevolen om de huisarts te ontlasten. De samenwerking met andere partners in de eerste lijn, het AMW en de eerstelijnspsycholoog, zou moeten verbeteren. VWS droeg bij aan uitbreiding van de capaciteit van het AMW en de huisarts zou vanuit de

specialistische GGZ worden ondersteund met consultatieve adviezen. Het idee hierbij was dat door een goede samenwerking niet alleen meer mensen in de eerste lijn konden worden geholpen, maar ook dat er beter zou worden gesignaleerd wanneer verwijzing naar de tweede lijn nodig is. Om dit te realiseren werden middelen beschikbaar gesteld, die veelal werden gebruikt om SPV'ers vanuit ambulante GGZ-instellingen in huisartspraktijken te laten opereren. Daarnaast werd tussen 2000 en 2005 geld beschikbaar gesteld om de deskundigheid van de eerstelijnsdisciplines te verbeteren en hun onderlinge samenwerking te bevorderen. Hierdoor is de specialistische GGZ de afgelopen jaren de huisarts te hulp gesnel door de inzet van SPV'ers in het kader van de consultatieregeling. Het ervaren gebrek aan mogelijkheden om patiënten met psychische problemen onder te brengen werd op veel plaatsen op deze manier opgelost. Men is ook erg tevreden over de mogelijkheid om een hulpverlener 'dicht bij huis', vaak in de huisartspraktijk, te kunnen inschakelen en de samenwerking met de SPV'er gaat gepaard met een betere relatie met de tweedelijns-GGZ. Een nadeel is dat inzet van een SPV'er in de huisartspraktijk de verwijsstroom naar de tweede lijn eerder doet groeien dan afnemen. Een ander nadeel dat lokaal werd gevoeld, is dat de (gesubsidieerde) SPV'er als oneigenlijke concurrent van gevestigde samenwerkingspartners als de eerstelijnspsycholoog (voor wie patiënten tot nu toe vaak zelf moeten bijbetalen) en het AMW werd gezien. De versterking van de eerstelijns-GGZ door inzet vanuit de tweedelijns verstoorde zo de gewenste samenwerking binnen die eerstelijns-GGZ.¹

VERANDERINGEN IN ZORGSTELSEL

De komende veranderingen in het zorgstelsel, voor zover het de GGZ betreft, hebben consequenties voor zorgvragers, zorgverleners en verzekeraars. Voor de zorgvrager is de grootste verandering dat eerstelijnspsychologische zorg voortaan binnen de basisverzekering valt (zij het gemaximeerd tot acht zittingen). Tot nu toe kreeg men die zorg alleen (deels) vergoed, als men hiervoor aanvullend verzekerd was. Hulp door het AMW was 'gratis' (betaald door de gemeente) en blijft dat ook, zij het dat sinds de Wet maatschappelijke ondersteuning (WMO) de gemeenten zelf kunnen bepalen hoe ze het AMW invullen. Ambulante specialistische GGZ korter dan één jaar wordt tot 1 januari 2008 vergoed vanuit de AWBZ en valt na 1 januari 2008 binnen het basispakket, nog steeds uitsluitend na verwijzing door de huisarts. Voor de zorgverlener verandert er meer. De huisarts kan door een praktijkondersteuner GGZ (POH-GGZ) worden ondersteund. Hierover verderop meer. AMW en eerstelijnspsycholoog zijn niet meer de enige geprefereerde leveranciers van eerstelijns-GGZ. Ze moeten worden gecontracteerd door zorgverzekeraars. Eerstelijnspsychologische zorg, waarop de verzekerden vanuit hun basisverzekering aanspraak kunnen maken, kan ook door vrijgevestigden en instellingen worden aangeboden. De vanzelfsprekendheid waarmee in de eerste lijn psychische en psychosociale hulpverlening wordt uitgevoerd door huisartsen, maatschappelijk werkers en eerstelijnspsychologen, verdwijnt daarmee. De zorgverzekeraar krijgt, net als in de somatische zorg, een veel actievere rol. De verzekeraars zullen de meest concurrerende aanbiedingen voor het leveren van GGZ moeten selecteren.

MARKTAANDEE L

Als de stelselwijziging voor de GGZ per 1 januari een feit is, kunnen de genoemde verstoringen van bestaande samenwerkingsverbanden, gemakkelijker optreden. De aangemoedigde marktwerking zal eerder competitie dan samenwerking in de hand werken. Aangemoedigd door het succes van de SPV'er in de eerste lijn worden vanuit de grootschaliger tweedelijns-GGZ nu al pogingen gedaan om een deel van de eerstelijnspsychologische zorgmarkt in handen te krijgen. Dit is vanuit het idee van marktvergroting aantrekkelijk en het verstevigt de band met de voornaamste verwijzende toeleverancier, de huisarts. Door de onbekendheid van zorgverzekeraars met de

eerstelijnspartners en het aanbod aan patiënten en door de versnipperde organisatie binnen de eerste lijn, heeft de tweedelijns-GGZ een veel sterkere uitgangspositie. Hoe moeten we dergelijke ontwikkelingen beoordelen in het licht van het voorafgaande? Toenemende marktwerking en meer invloed van gespecialiseerde GGZ-instellingen binnen de eerste lijn kunnen ertoe leiden dat het GGZ-aanbod aan kortdurende behandeling en consultatieve ondersteuning van de huisarts zal toenemen. Dit is al gebeurd onder invloed van de consultatieregeling. Op veel plaatsen heeft deze regeling ertoe geleid dat wachtlijsten voor de tweedelijns-GGZ verdwenen en dat er bijvoorbeeld in een stad als Den Haag op jaarbasis duizenden cliënten binnen de huisartspraktijk zijn geholpen. Zeker waar de gespecialiseerde GGZ haar 'eerstelijnspsychologische' ondersteuning van de huisarts binnen de huisartspraktijk gaat aanbieden, kan meer GGZ op laagdrempelige en toegankelijke wijze worden aangeboden. Vraag hierbij is of het eerstelijnszorg zal betreffen of een verplaatsing van gespecialiseerde GGZ naar de eerste lijn.

PSYCHIATRISERING

Het ziekteaanbod in de eerste lijn is namelijk van een andere aard dan in de tweede lijn. Dit noopt tot terughoudendheid bij het inzetten van 'eerstelijnspsychologische' ondersteuning vanuit de tweedelijns-GGZ. In de experimenten rond de consultatieve ondersteuning van huisartsen kan men zien hoe door deze ondersteuning het scala aan eerstelijnsproblemen in een specialistische mal wordt geduwd. De problematiek moet worden geregistreerd en dus gedefinieerd in termen van de DSM-IV-problematiek. Consultatieve ondersteuning moet passen in een diagnosebehandeling- combinatie, terwijl het er bij een consultatievraag nu juist om gaat of er sowieso sprake is van een diagnoseerbare psychiatrische aandoening en zo ja, welk generalistische of specialistische zorg daarvoor passend wordt geacht. Volgens een registratie van eerstelijnspsychologen zijn relatieproblemen de meest aangemelde problematiek.² Met enige schuren en wrikken is het wel een major depression (mild) of een subthreshold angststoornis te noemen, maar de vrees bestaat dat de import van het gedachtegoed van de gespecialiseerde GGZ tot medicalisering of 'psychiatisering' van problemen leidt. Voor veel patiënten is dat niet goed; hetzelfde geldt voor de AMW-clientèle.

OP HET RANDJE

En dan is het nog de vraag of dit de meest kosteneffectieve aanpak is. Zeker als de in te zetten SPV'ers tegen een 'specialistentarief' worden vergoed, zal de gebruikelijke eerstelijnszorg goedkoper zijn dan het contracteren van een kracht uit de tweede lijn. Maar ook als men de SPV'er aanbiedt tegen prijzen die vergelijkbaar zijn met die van het AMW of de eerstelijnspsycholoog, zal de SPV'er indirect meer kosten doordat hij meer verwijzingen naar de 'echte' tweede lijn genereert. Voorstanders van meer tweedelijnsinbreng in de eerste lijn zullen aanvoeren dat men deze hogere kosten voor lief zal nemen als het behandelen van meer mensen in de tweedelijns betekent dat de kwaliteit van de zorg toeneemt. Tegenstanders voeren aan dat juist bij mensen wier problemen zich 'op het randje van' psychiatrische problematiek bevinden, succes bij specialistische behandeling twijfelachtig is omdat veel problematiek vanzelf, of met generalistische hulp, blijkt over te gaan. Problematiek die nu in de eerste lijn wordt opgelost, dreigt dus eerder een psychiatrisch ziekte-label te krijgen en te worden doorgestuurd naar de specialist.

PRAKTIJKONDERSTEUNER

Daarom is het belangrijk dat de wijzigingen in het zorgstelsel zó plaatsvinden dat de eerstelijns-GGZ ook daadwerkelijk vanuit een generalistisch eerstelijns perspectief hulp blijft geven. Zorgverzekeraars moeten beseffen dat huisartsen behoefte hebben aan ruime ondersteuningsmogelijkheden in of nabij hun praktijk. Ze zullen voorwaarden moeten

scheppen voor de nodige afstemming tussen huisartsen, andere eerstelijns-GGZ en tweedelijns-GGZ. Een van de mogelijkheden hiervoor is de voorgenomen invoering van de eerder genoemde functie POH-GGZ. Deze praktijkondersteuner wordt aangestuurd vanuit de huisartspraktijk en is zo nadrukkelijk gepositioneerd in de eerste lijn. De inhoud van de functie probleemverheldering, processturing op basis van kennis van het lokale netwerk, begeleiding/case management en als het zinnig is, kortdurende behandeling.³ Deze functionaris moet voorkomen dat 'lichte problemen', al dan niet voorzien van een diagnostisch ziekte-label, zwaardere hulp krijgen dan noodzakelijk is. Door monitoring en case management wordt volgens een stepped care-principe in de gaten gehouden wanneer verwijzing naar de gespecialiseerde GGZ aan de orde is. De praktijkondersteuner stimuleert zo dat de mogelijkheden die de generalistische eerstelijns biedt bij de behandeling van psychische en psychosociale problemen optimaal worden benut. Uiteraard blijft de samenwerking met de tweedelijns-GGZ heel belangrijk, en voor goede stapsgewijze zorg moet de huisartsenzorg naadloos kunnen overgaan in gespecialiseerde GGZ. Wat echter moet worden voorkomen, is dat de problematiek die binnen de eerste lijn wordt aangeboden uitsluitend vanuit de optiek van een psychiatrische stoornis wordt gediagnosticeerd.

GIDS

Door de succesvolle introductie van een POH-GGZ kunnen de verkregen voordelen van de experimenten met een SPV'er in de huisartspraktijk worden bestendigd. Laagdrempelige ruggeleuning en eerste opvang in de huisartspraktijk, maar ook: onder regie van de eerste lijn. Door de POH-GGZ nadrukkelijk ook in te zetten als gids, die snel de weg vindt naar de beschikbare eerstelijns-, en waar nodig specialistische GGZ, wordt voorkomen dat de broze samenwerking tussen eerstelijns-GGZ-partners weer omslaat in een concurrentieslag waarvan de patiënt uiteindelijk de dupe is

REFERENTIES

1. Meijer SA, Verhaak PFM. De eerstelijns GGZ in beweging. Resultaten, conclusies en beschouwing van het evaluatieonderzoek 'Versterking eerstelijns GGZ'. Integrale eindrapportage. Nivel, Trimbos-instituut, SGBO, Utrecht, 2004.
2. Emmen MJ, Verhaak PFM. Monitoring van capaciteit, hulpverlening en patiëntenstromen in de eerstelijns GGZ. Nivel, Utrecht, 2006.
3. Have JJIM ten, Praktijkondersteuning GGZ in de eerstelijns. Een eerste beschrijving van de functie praktijkondersteuning GGZ in de eerstelijns. LVG, Utrecht, 2007-05.