

Postprint Version	1.0
Journal website	http://www.trimbos.nl/nieuws/maandblad-geestelijke-volksgezondheid
Pubmed link	
DOI	

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

Van eerstelijns-ggz naar basis-ggz

PETER F.M. VERHAAK*

*Prof. dr P.F.M. Verhaak (1952) is programmaleider eerstelijns en ggz bij het nivel. Hij is bijzonder hoogleraar Geestelijke Gezondheidszorg binnen de Huisartsvoorziening in Groningen. p.verhaak@nivel.nl

ER ZIJN PLANNEN VOOR EEN BASIS-GGZ IN NEDERLAND. DE EERSTE LIJN VERVULT HIERIN EEN CRUCIALE ROL. MAAR DE MINISTER WIL TEGELIJK BEKNIBBELEN OP KORTDURENDE – EN SUCCESVOLLE – BEHANDELINGEN IN DE HUISARTSENPRAKTIJK.

Het kabinet wil de geestelijke gezondheidszorg die de tweedelijns-ggz nu levert, voor een substantieel deel naar de eerste lijn verplaatsen en zo goedkoper maken. De minister van vws wil dit afdwingen door voor tweedelijnszorg hogere eigen bijdragen te heffen dan voor eerstelijnszorg – waar overigens voor eerstelijns psychologische zorg ook eigen bijdragen gelden. Bij het aantreden van het nieuwe kabinet werden ook plannen in de grondverf gezet voor een basis-ggz, een pakket aan eerstelijns ggzarrangementen dat na triage (binnen de huisartspraktijk) beschikbaar zou kunnen worden gesteld. Op voorhand wordt echter het aantal te vergoeden zittingen voor eerstelijns psychologische zorg – een typisch voorbeeld van een aanbod dat in de toekomstige basis-ggz past – teruggebracht van acht naar vijf.

Ook wil de minister de aanpassingsstoornis, die als een milde aandoening gezien wordt, uit het verzekerde pakket halen. Deze voornemens worden gestuurd door de aanzienlijke kostenstijging in de ggz in de laatste tien jaar. Bij de minister leeft ook de gedachte dat de gespecialiseerde ggz veel milde problematiek behandelt die de eerste lijn kan behandelen of die geheel uit het te verzekeren pakket moet worden geschrapd.

BASIS-GGZ JA, MAAR HOE?

Beleid om basis-ggz in het leven te roepen, met een geïntegreerde bekostiging van de hulp aan mensen met psychische problemen op een niveau dat is aangepast aan de problematiek, kan alleen maar toegejuicht worden. Ik denk dat de minister gelijk heeft dat sommige mensen thans in de gespecialiseerde ggz behandeld worden, terwijl eerstelijnsbehandeling adequaat zou zijn. Ik versta hier onder eerstelijnsbehandeling: een generalistische, kortdurende behandeling die gericht is op het oplossen van acute problemen en op het weerbaarder maken van patiënten. En als verantwoordelijk bewindsvrouw heeft de minister natuurlijk gelijk dat ze aanhoudende kostenstijging niet voor haar rekening kan nemen, alleen al om het voortbestaan van de ggz in het algemeen te waarborgen.

KANTTEKENINGEN BIJ VOORONDERSTELLINGEN

Er zijn echter wel kanttekeningen te plaatsen bij de vooronderstellingen waarop het beleid van de minister gebaseerd is. De minister vindt de aanpassingsstoornis ‘te mild’ om te handhaven in het pakket verzekerde aandoeningen zo blijkt uit haar brief van 1 juli 2011 aan de Tweede Kamer (Minister van vws, 2011). Het is mij nog onduidelijk of dit alleen geldt voor de huidige tweedelijns-dbc’s, of dat behandeling van deze problematiek straks in de basis-ggz ook niet meer gehonoreerd zal worden. Dit laatste zou ernstig zijn. De meeste mensen met een milde stoornis zoeken hier geen hulp voor. Het feit dat er wel hulp gezocht wordt, plaatst de aandoening al in een ander kader. Men moet zich niet vergissen in de kosten die hulpzoekers met een milde stoornis kunnen genereren, wanneer ze niet adequaat behandeld worden. De kosten die men in de ggz bespaart, zullen terugkomen in de kosten van arbeidsverzuim en onnodig somatisch zorggebruik.

Volgens deze overweging zou het zeer betreurenswaardig zijn als in de basis-ggz de aanspraak op psychische hulp geheel door de dsm-iv gereguleerd gaat worden. Enerzijds sluit de dsm-iv-diagnostiek veel

problematiek in die naar mijn mening helemaal niet psychiatrisch geduid zou moeten worden (Verhaak, 2011). Veel van deze mensen zoeken gelukkig ook geen hulp, maar wanneer de minister enthousiast wil gaan screenen in de bevolking, kan ze haar borst nat maken. Volgens het laatste epidemiologische onderzoek van het Trimbos-instituut is immers 18% van de volwassen bevolking kandidaat om hun aanspraken op ggz-hulp op te komen eisen (De Graaf e.a., 2011). Dat doen ze (gelukkig) niet, omdat velen geen hulpvraag hebben, of denken dat ze hun problemen op andere manieren op kunnen lossen. Andersom zijn er mensen die zichzelf op een onproductieve wijze in de problemen helpen, in hun relatie of op hun werk, en die daarvoor hulp zoeken die ze in een eerstelijns-ggz – bewezen – kunnen vinden. Door hen hiervan uit te sluiten omdat ze geen psychische stoornis volgens de dsm-iv hebben, zullen op de genoemde andere fronten opnieuw kosten worden gegenereerd.

FRUSTREER DE BASIS-GGZ NIET BIJ VOORBAAT

De voorgestelde basis-ggz zal op de een of andere manier de vorm aannemen van een geïntegreerd systeem. Psychische problemen die in de huisartspraktijk onderkend worden, zullen via de praktijkondersteuner ggz naar eerstelijns-hulp worden geleid, zoals de eerstelijnspsycholoog. Daarnaast zijn er nieuwe initiatieven zoals Indigo, waarbij ggz-instellingen spv-hulp in de huisartspraktijk detacheren. Zo'n systeem zal in staat zijn om mensen met psychische stoornissen of met andere onproductieve reactiewijzen op tegenslag, op korte termijn weer goed te laten functioneren.

Onlangs heeft het nivel op basis van de jaarlijkse gegevens van eerstelijnspsychologen kunnen concluderen dat in 2009 de behandeling bij 70% van de cliënten binnen acht zittingen met een aanzienlijke verbetering werd afgesloten (Verhaak e.a., 2011). Het zal echter alleen mogelijk zijn om zo'n basis-ggz te introduceren wanneer deze niet bij voorbaat gefrustreerd wordt door een onredelijke eis van maximaal vijf te verzekeren behandelingen.

De minister schermt graag met onderzoeksresultaten; ik kan haar verzekeren dat gebruikelijke gerandomiseerde trials naar het effect van psychologische behandeling deze interventie niet tot vijf zittingen beperken. In de vijftien onderzoeken die Cuijpers e.a. (2009) bespreken is het gemiddeld aantal sessies in de interventie 9,9.

Het is goed mogelijk om een substantieel deel van de mensen met psychische problemen in de eerste lijn te behandelen. Dit zal echter alleen vruchtbaar zijn wanneer de hulpvraag van de patiënt, gewogen door de huisarts en praktijkondersteuner, leidend is en niet een steriel classificatiesysteem dat de context buiten beschouwing laat, zoals de dsm-iv is. Het zal ook alleen kunnen werken wanneer de basis-ggz niet bij voorbaat wordt gekortwiek op het aantal behandelsessies waarop patiënten aanspraak kunnen maken. Gebeurt dit toch, dan kan men wachten op het beroep op zorg dat op andere, meer oneigenlijke plaatsen gedaan zal worden.

LITERATUUR

Cuijpers, P., Straten, A. van, e.a. (2009). Psychosocial treatment of depression in primary care. *British Journal of General Practice*, DOI: 10.3399/bjgp09X395139.

Graaf, R. de, e.a. (2011). Prevalence of mental disorders and trends from 1996 to 2009. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, DOI: 10.1007/s00127-010-0334-8.

Minister van vws (2011). Beantwoording vragen Eerste Kamer over tariefkorting eerste lijn. Kamerbrief 1-7-2011. Den Haag: Ministerie van vws

Verhaak, P.F.M., Kamsma, J.P.A., & Niet, A.G. van der (2011). Wie heeft baat bij eerstelijnspsychologische behandeling? *gz-psychologie*, 5.

Verhaak, P.F.M. (2011). Geestelijke gezondheidszorg in de huisartspraktijk: psychiatriseren of normaliseren? *Psychologie en Gezondheid*, 39, 2 94-103.