

Generalistische **basis GGZ**: een nieuw echelon in de GGZ

De transitie in de GGZ is per 2014 een feit geworden. Er is een nieuw echelon gekomen voor patiënten met niet ernstige psychische problemen. Generalistische basiszorg bestaat uit psychologische hulp, is toegankelijk via de huisarts en moet de groei van specialistische psychische hulp zien in te dammen. Hoe ziet de transitie eruit en welke knelpunten en vragen leven er in de praktijk?

Door: P. van Splunteren

Gezien de algemeen erkende noodzaak kosten te beheersen, zijn partijen in de GGZ een omvangrijk en ambitieus programma overeengekomen. De afspraken zijn vastgelegd in het Bestuurlijk akkoord toekomst GGZ (2012 met een actualisatie voor de periode 2014-2017) en die afspraken behelzen naast een aantal inhoudelijke speerpunten (zoals meer nadruk op eigen regie en zelfmanagement, meer aandacht voor e-health en meer nadruk op evidence-based werken) een belangrijke herstructurering van de organisatie van de zorg. Als tegenprestatie krijgt de sector een financiële injectie van zo'n 15 miljoen voor het doorvoeren van kwaliteitsverbeteringen. In dit artikel besteden we vooral aandacht aan de opzet en kenmerken van de veranderingen in de organisatie van de GGZ.

Tot 1 januari 2014 was de situatie als volgt. Binnen de huisartsenzorg werden veel psychische problemen gesignaleerd en behandeld, daarnaast werd een deel doorverwezen naar eerstelijns GGZ en tweedelijns GGZ. In de eerstelijns GGZ boden psychologen eerstelijnspsychologische zorg. In de tweedelijns GGZ werd langduriger en meer gespecialiseerde hulp geleverd. Er waren geen vast omschreven indicatiecriteria waarop toegang tot eerstelijns of tweedelijns GGZ was gebaseerd. Geestelijke gezondheidszorg, geleverd door de huisarts, werd niet apart bekostigd; op eerstelijnspsychologi-

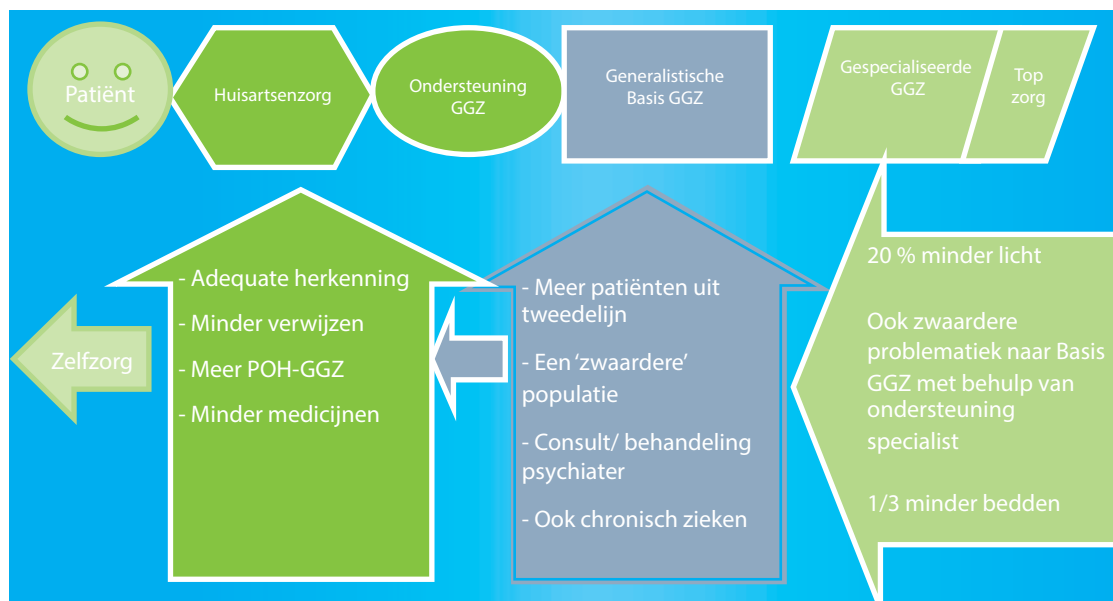
sche zorg kon men aanspraak maken vanwege de basisverzekering en de tweedelijns GGZ declareerde specialistische kosten met behulp van Diagnose Behandel Combinaties (DBC's). Binnen dit systeem is de afgelopen vijftien jaar een vrij continue stijging van de tweedelijns GGZ-kosten opgetreden.

Nieuwe organisatiestructuur

De wijziging van de zorgorganisatie in de GGZ houdt het volgende in. De nieuwe organisatie voor psychische vragen bestaat uit de huisartsenzorg (huisarts en POH-GGZ), de generalistische basis GGZ (BGGZ) en de gespecialiseerde GGZ (SGGZ). Doelstelling van de herordening is dat tussen de 20 en 30 procent van de patiënten in de huidige tweedelijns GGZ verschuiven naar zorg in de BGGZ en de huisartsenzorg. Het gaat hierbij vooral om patiënten met niet-complexe, veelvoorkomende psychische problemen (zoals angst, depressie en middeleenstoornis) en daarnaast om patiënten met chronische psychische problematiek die stabiel zijn en ondersteuning nodig hebben bij hun functioneren. Ten einde meer mensen met psychische problemen binnen de huisartspraktijk te kunnen behandelen is de regeling voor Praktijkondersteuning GGZ (POH-GGZ) uitgebreid. Binnen dit kader kan de huisarts een POH-GGZ bekostigen, maar wordt ook ruimte geboden voor de inzet van e-mental health en



Peter van Splunteren



De Transitie in de GGZ (bron VWS: 2012)

voor consultatie van meer gespecialiseerde GGZ-hulpverleners, zoals een psychiater en een psycholoog. Ook kan binnen dit kader geïndiceerde preventie¹ worden verstrekt. Voor de huisarts en de POH-GGZ is een sterke poortwachtersrol weggelegd: patiënten met psychische problemen worden herkend, behandeld of indien nodig gericht verwezen naar de generalistische basis GGZ of de gespecialiseerde GGZ. Belangrijk verschil met de situatie vóór 2014 is dat binnen de BGGZ alleen mag worden behandeld als er bij de patiënt sprake is van een (vermoeden van een) DSM geclassificeerde stoornis (Min. VWS, 2013). Voor de BGGZ worden vier zorgzwaarteproducten onderscheiden: kort, middel, intensief of chronisch. Per zorgproduct zijn maximumtarieven vastgesteld. Deze producten variëren in aard, intensiteit en omvang van zorg en zijn afgestemd op een bijbehorend patiëntprofiel. Ze worden al dan niet deels in de vorm van e-mental health verstrekt en bieden ruimte voor zorggerelateerde preventie en consultatie. Het zorgproduct Chronisch is gericht op chronisch psychiatrische patiënten die niet meer behandeld hoeven te worden in de gespecialiseerde GGZ, maar nog wel regelmatig moeten worden gezien. De indicatiestelling voor een van de vier typen producten gebeurt op basis van de DSM-stoornis, de mate van ernst van de problematiek, de inschatting van het gevaar risico, mate van complexiteit en het beloop van de klachten (Bureau HHM, 2012). De SGGZ is alleen toegankelijk voor mensen met een psychische aandoening conform de DSM-classificatie, bij wie sprake is van ernstige en complexe psychische

problemen en de kwaliteit van leven (ernstig) onder druk kan staan (Min. VWS, 2013).

Hoofdbehandelaar

Voor de BGGZ en de SGGZ heeft het ministerie van VWS negen beroepsgroepen als hoofdbehandelaar aangewezen en daarnaast voor de jeugdhulp tijdelijk (tot de invoering van de Jeugdwet) nog twee beroepsgroepen. Een hoofdbehandelaar is degene die in overleg met de patiënt het behandelplan vaststelt. Een hoofdbehandelaar kan in een instelling werken of vrijgevestigd zijn. De volgende hoofdbehandelaars zijn aangewezen: psychiater, klinisch psycholoog, klinisch neuropsycholoog, psychotherapeut, specialist ouderengeneeskunde, ver-

Wat is bekend?

De kosten van de GGZ stijgen al enige jaren achter elkaar fors. De overheid wil de stijging van de kosten terugdringen en sloot met alle relevante partijen in de GGZ een akkoord voor de komende jaren. Onderdeel van dat akkoord vormde een omvangrijke wijziging in de structuur van de GGZ. Als compensatie werd een investering van 15 miljoen in de kwaliteit van de GGZ overeengekomen.

Wat is nieuw?

Er komt een zorgstandaard voor generalistische diagnostiek en behandeling in de BGGZ. Deze evidence-based zorgstandaard moet professionals en patiënten handreikingen bieden voor goede zorg in het nieuwe echelon. De nadruk in de zorgstandaard komt te liggen op probleemoplossende methoden, copingvaardigheden, e-mental health, zelfmanagement en herstelgerichte zorg.

Wat kun je ermee?

Het in kaart brengen van mogelijke knelpunten en belemmeringen in de uitvoering van het nieuwe systeem geeft inzicht in de mogelijke risico's.

slavingsarts, klinisch geriater, verpleegkundig specialist GGZ en GZ-psycholoog. Voor de jeugdhulp zijn tijdelijk aan deze lijst toegevoegd: kinder- en jeugdpsycholoog en orthopedagoog-generalist.

Grote verandering

Deze wijziging van de zorgorganisatie betekent een forse wijziging ten opzichte van de tot nu toe gebruikelijke werkwijze in de GGZ. De rol van de huisarts en POH-GGZ bij de signalering, behandeling en verwijzing van patiënten wordt groter, de specialistische GGZ moet zich vooral richten op mensen met ernstige en complexe psychiatrische problemen maar moet daarnaast vaker worden ingeschakeld voor ondersteuning en consultatie van huisarts en psycholoog. En – last but not least – voor patiënten met niet-complexe psychische problemen is een nieuw echelon ontstaan, de BGGZ (voorheen de eerstelijnspsychologische hulpverlening), met nieuwe afspraken over toegang, typen patiënten, type behandeling en verwijzing naar huisartsenzorg of gespecialiseerde GGZ.

In opdracht van het Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGZ wordt momenteel gewerkt aan een zorgstandaard voor generalistische diagnostiek en behandeling bedoeld voor patiënten in de BGGZ. In deze zorgstandaard moet de nadruk liggen op effectieve generalistische diagnostiek en behandeling, dat wil zeggen behandeling gebaseerd op generalistische principes als probleemoplossing, copingvaardigheden, e-mental health, zelfmanagement en herstelgerichte zorg. De zorgstandaard zou aanvullend moeten zijn op en in te passen zijn in stoornisgerichte behandelwijzen en instrumenten (zoals multidisciplinaire richtlijnen/zorgstandaarden op het gebied van angst, depressie en middelengebruik). De zorgstandaard moet tevens professionals en patiënten aanbevelingen geven voor goede zorg bij mensen die weliswaar gediagnosticeerd zijn met een specifieke stoornis, maar voor wie een meer generieke aanpak eigend is. Dat geldt bijvoorbeeld in de situatie

dat een patiënt met een depressie meer gebaat is bij een probleemoplossende benadering voor alledaagse situaties dan bij een specifieke benadering gericht op de depressieve gevoelens.

Knelpunten

De nieuwe organisatiestructuur is per januari 2014, zonder uitgebreide voorbereiding, ingevoerd. In het artikel van Karin Lemmers elders in dit blad staat een impressie van de eerste ervaringen met deze transitie.

In het kader van de te ontwikkelen zorgstandaard is bij een groep betrokken professionals en managers een inventarisatie gemaakt van te verwachten knelpunten bij de introductie van de basis GGZ (Splunteren e.a., 2014). Hieronder staat een samenvatting van de belangrijkste geformuleerde knelpunten en vragen:

- Hoe verhoudt zich generalistische diagnostiek en behandeling met de bepaling dat er een (vermoeden van) DSM-classificatie nodig is om in aanmerking te komen voor de BGGZ? Immers, de DSM-classificatie geeft de patiënt een label van een te behandelen psychische stoornis, terwijl een generalistische aanpak juist het plakken van een psychisch label wil tegengaan. De vraag is hoe dit dilemma kan worden opgelost.
- De producten van de BGGZ moeten worden ingevuld met verschillende interventies en het is onduidelijk welke interventies effectief en passend zijn. Afhankelijk van de professional en aanbieder worden stoornis-specifieke behandelmethoden of meer eclectische methoden toegepast. Het is maar de vraag in hoeverre de indeling in vier 'zorgvraagzwaarte' producten werkzaam is. De indeling in vier zorgzwaarteproducten is 'achter het bureau' bedacht en de vraag is welke profielen van patiënten bij de verschillende producten passen.
- Het is niet helder wat bruikbare criteria zijn om patiënten terug te verwijzen naar de huisartsenzorg en wat bruikbare criteria zijn om patiënten te verwijzen naar de gespecialiseerde GGZ.
- Een mogelijk risico voor de doorstroming van huisartsenzorg naar BGGZ is het eigen risico dat de patiënt moet betalen voor de BGGZ, terwijl de huisartsenzorg vrij toegankelijk is. Dreigt daardoor niet een verstoppling in de huisartsenzorg met risico op onderbehandeling en uiteindelijk een beroep op duurdere gespecialiseerde zorg?

De komende tijd moet uitwijzen in hoeverre de bovengeschetste knelpunten zich zullen voordoen en in hoeverre ze kunnen worden opge-

De verleende zorg voor psychische aandoeningen is in de afgelopen jaren sterk toegenomen (Verhaak e.a., 2012; GGZ Nederland, 2013). In 2010 diagnosticeerden huisartsen bij 12 procent van de volwassenen en bij 16 procent van de ouderen een psychisch probleem. Vooral depressie, angst en overspanning zijn veel voorkomende problemen, maar ook andere problemen als slapeloosheid, misbruik van middelen en lichamelijk onverklaarde klachten en dementie bij ouderen komen voor (De Graaf, e.a., 2010). En mensen presenteren steeds vaker zowel psychische als lichamelijke klachten. Het aantal patiënten met psychische problemen blijft in vergelijking met de periode 2002-2010 overigens stabiel. Wel nemen de verwijzingen naar eerstelijns psycholoog en gespecialiseerde GGZ de afgelopen jaren fors toe (Nuijen e.a., 2012).

lost. Ook zal blijken of de ingezette transitie van de GGZ daadwerkelijk de beoogde doelen van kostenreductie zonder kwaliteitsverlies kan realiseren.

Noot

- 1 Geïndiceerde preventie houdt in hulp voor individuen die wel klachten of symptomen hebben, maar die niet voldoen aan diagnostische criteria voor een psychische stoornis.

Literatuur

Bestuurlijk akkoord geestelijke gezondheidszorg 2013-2014 en 2014-2017, Ministerie van VWS.

Bureau HHM, *Basis Generalistische GGZ, Verwijsmodel en productbeschrijvingen*, Enschede, 2012.

GGZ Nederland, *GGZ in de Zorgverzekeringswet, tabellen over de jaren 2008-2010*, 2013.

Graaf, R. de, Have, M. ten en S. van Dorsselaer, *De psychische gezondheid van de Nederlandse bevolking. NEMESIS-2: Opzet en eerste resultaten*, Trimbos-instituut, Utrecht 2010.

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, Voorhangbrief POHGGZ en Generalistische Basis GGZ, 2013.

Nuijen, J. (eindredactie), *Tendrapportage GGZ 2012. Deel 2A Toegang en zorggebruik. GGZ in de eerste lijn*.

Splunteren, P. van, *Projectvoorstel Generalistische Diagnostiek en Behandeling*, Trimbos-instituut, Utrecht, 2014

Verhaak, P.F., Dijk, C.E. van, Nuijen, J., Verheij, R.A. en F.G.

Schellevis, Mental health care as delivered by Dutch general practitioners between 2004 and 2008, *Scand J Prim Health Care*, 2012; 30: 156-62.

Informatie over de auteur

Peter van Splunteren is senior wetenschappelijk medewerker van het Trimbos-instituut en redacteur van het tijdschrift KiZ. Hij is als projectleider betrokken bij de ontwikkeling van de zorgstandaard generalistische diagnostiek en behandeling.

Geef uw carrière meer power!

onder andere:

kwaliteitsmanager

teammanager

zorgmanager



POWERmanager

In één dag alle tips en tricks om sneller en efficiënter te werken!

17 april 2015 - Utrecht

POWERmanager 2

Vergroot uw zichtbaarheid en daadkracht in één dag!

27 mei 2015 - Utrecht

www.overmanagement.nl/opleidingen