

# GGZ piept en kraakt onder druk van

**De GGZ is sinds enkele jaren in transitie. Ook de eerstelijnszorg en het sociale domein zijn aan verandering onderhevig en de participatie van patiënten neemt toe. Deze cumulatie van veranderingen zorgt voor de nodige uitdagingen. Wat is er nodig om deze het hoofd te bieden?**

In internationaal perspectief is het logisch dat de GGZ in Nederland op de schop is gegaan. Als het gaat om de uitgaven in de intramurale GGZ, behoort Nederland tot de wereldtop. Het bestuurlijk akkoord om de sector te hervormen, heeft geleid tot een proces dat zich nog in een prematuur stadium bevindt. Het komende decennium zal dit nog veel meer impact krijgen. Toch is het nodig. De GGZ heeft een omvang van zeven tot tien miljard. Dat is ongeveer acht procent van het totale macrobudget dat jaarlijks in de zorg omgaat, terwijl de GGZ prevalentie 25 procent per jaar bedraagt<sup>1</sup>. Hiermee is er een substantieel tekort om aan alle zorgvraag te voldoen. Dit komt mede door de cultuurhistorische invulling en de medicalisering van de zorg. Het beschikbare budget moet efficiënter worden ingezet. Meer preventie, meer zelfzorg, meer eHealth, betere regionale afstemming en samenwerking. Het beschikbare GGZ-budget per inwoner bedraagt ongeveer €500 per inwoner per jaar. Dat moet zo effectief mogelijk worden verdeeld om de solidariteit en toegankelijkheid te borgen. Een sterkere basiszorg moet de stijgende zorgvraag beteugelen. De afbouw van de dure bedden in de specialistische GGZ moet middelen vrijspelen om de versterking van de basiszorg bij de huisarts en generalistische GGZ te bekostigen.

## Poortwachtersproblematiek

De GGZ kent sinds 2014 een driedeling. Het eerste segment is de basis: de huisarts, POH-GGZ en eHealth zijn drempelloos toegankelijk. Er is geen inclusiebeperking of omzetplafond in

de huisartsenpraktijk. Maar door de beperkte formatie, vrije toegankelijkheid en het toenemend volume van de GGZ-zorgvraag, ontstaan er wachtlijsten voor de POH-GGZ. Voor een doorverwijzing naar het tweede en derde segment is een (veronderstelde) diagnose nodig. De beperking van de toegang tot de generalistische (2e segment) en specialistische GGZ (3e segment) door inzet van de huisarts/POH-GGZ als poortwachter, is uit budgettaire overwegingen te begrijpen. Het levert echter wel problemen op. Het aantal mensen met psy-

*Door de beperkte formatie, vrije toegankelijkheid en het toenemend volume van de zorgvraag, ontstaan er wachtlijsten voor de POH-GGZ*

chische klachten neemt toe. Gemiddeld 24 procent van alle patiënten heeft psychische problemen, terwijl er een beschikbare capaciteit is van één huisarts en een derde POH-GGZ. Zij hebben de taak om een adequate diagnose te stellen bij alle doorverwijzingen. Inhoudelijk staat dit ter discussie: generalistische

zorg is vaak effectiever zonder diagnose of er is geen eenduidige diagnose. Dat is vaak ook beter voor de patiënt, maar zonder diagnose is er geen verwijzing mogelijk. Qua competenties zijn huisartsen en POH's niet voldoende geëquipeerd om een triage of screening uit te voeren, laat staan om een volledige diagnose te stellen. Dit vraagt bij psychische klachten immers heel andere kennis en vaardigheden dan bij somatische problemen. Dat blijkt ook uit de interdisciplinaire variatie tussen GGZ-professionals. En tot slot is de keuze van de interventie maatwerk, waarbij de sociale, somatische en psychische vraagstukken samenkomen. Hoewel op basis van innovatieve diagnostiek bijvoorbeeld *screeners* en *practice based* beslissingsondersteunende tools beschikbaar zijn, is de professionele weerstand hiertegen aanzienlijk. Daarnaast zijn er in de generalistische en specialistische GGZ omzetplafonds en wachtlijsten. Hierdoor is de toegankelijkheid beperkt. De verdeling in drie segmenten en de gehanteerde benaming zijn vaak de oorzaak van misverstanden en fragmentatie, terwijl juist afstemming noodzakelijk is. In februari verschenen de Landelijke GGZ samenwerkingsafspraken vanuit het Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGZ. Een eerste stap, maar er is nog veel te winnen in de implementatie van deze procesbeschrijving. Het sociale domein is niet betrokken bij dit initiatief.

## Herverdeling macrobudget

Een ander probleem is, dat er geen herverdeling van het macrobudget heeft plaatsgevonden. De POH-GGZ drukt nu al voor circa zeventig miljoen extra op

# n veranderingen



het huisartsenbudget, terwijl hiervoor geen dekking is. Minister Schippers gaat er vanuit dat de bekostiging uiteindelijk door onderschrijving in de GGZ kan plaatsvinden. Maar zeker is dat niet, met alle risico's van dien<sup>2</sup>.

Enkele jaren geleden zag de huisarts naar schatting 1,4 miljoen patiënten met GGZ-klachten per jaar. De prognose is dat dit in de komende jaren uitgroeit

naar twee miljoen patiënten per jaar. De opkomst van de POH-GGZ heeft de GGZ-zorg toegankelijker gemaakt en de herkenning van GGZ-klachten is verbeterd. Hierdoor is een nieuwe, latente patiëntengroep aangeboord. Daarnaast worden steeds meer patiënten bij de huisarts en POH-GGZ 'behandeld' die voorheen werden verwezen naar de eerstelijnspsycholoog. En ook de terugverwijzing van Ernstige Psychiatrische

Aandoeningen (EPA) naar de huisartsenvoorziening zal toenemen. De verwijisdrempel is door de verplichte diagnose toegenomen, waardoor het veel drukker is bij de huisarts en POH-GGZ. Tot slot voorziet de huisartsenzorg in een kosteloze eerste fase behandeling, die met het toegenomen eigen risico steeds aantrekkelijker wordt. Die vrije toegankelijkheid geldt ook voor de wijkteams die op onderdelen de basis GGZ zouden kunnen ontlasten, maar deze zijn nog volop in ontwikkeling.

De toestroom op de huisarts en POH-GGZ kan gekwantificeerd worden op basis van de twee miljoen patiënten per jaar. Uitgaande van een gemiddelde inzet van 2,5 gesprek van 30-45 minuten per patiënt, oftewel ruim 1,5 uur per patiënt, komt dit neer op drie miljoen uur POH-GGZ per jaar. Op basis van een netto inzetbaarheid van 1200 uur per jaar zijn er 2500 POH-GGZ nodig. Omgerekend gaat dit om 175 miljoen euro in het huisartsen macrokader. Dat betekent dat er extra budgettaire ruimte nodig is om, bij ongewijzigd medisch beleid de norm van een derde POH-GGZ : één huisarts te bekostigen. Hoewel dit op basis van de NZa beleidsregel nu al gecontracteerd kan worden, is de werkelijke inzet per huisarts anno 2016 nog vele malen lager. Verzekeraars zijn terughoudend om de budgetten te verruimen. Bij deze verschuiving is dat onhoudbaar. Op basis van de eHealth-interventies anno 2016 kan circa tien procent van de reguliere zorg worden vervangen door online begeleiding, een online behandeling of begeleide zelfhulp bij depressie, angst of verslaving.

*Regionale samenwerking in samenhang met het sociale domein,  
onderwijs, werkgevers, informele zorg en maatschappelijke organisaties  
is cruciaal om de uitdagingen het hoofd te bieden*

### Samenhang sociaal domein

Het implementatieproces in de Zorgverzekeringswet (Zvw) is anders in het gemeentelijk domein. Doordat de GGZ vaak meerdere leefwerelden betreft, is er een nauwe samenhang met het sociale domein: Jeugdwet, Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) en Participatiewet. Naast de zorgverzekeraar is de gemeente daarom een belangrijkere partij geworden. Een obstakel is dat een regio vaak meerdere gemeenten telt, die tegelijkertijd de Wmo hervormen. Daarbij heeft iedere gemeente zijn eigen inkoopbeleid en focus. Dat varieert van optimale keuzevrijheid voor de patiënt tot verplichte winkelnering van een gestructureerd samenwerkingsverband. Het zijn (deels) nieuwe taken die de gemeenten uit gaan voeren. De bestuurskundige besluitvorming is anders en er is sprake van gemeentelijk beleid en niet van wettelijke aanspraken. Daarnaast zijn er cultuur- en communicatieverschillen te overbruggen en dat vergt enige tijd.

### Opschaling

Naast de persoonlijke zorg op wijkniveau tussen publieke gezondheid, eerstelijnszorg, sociaal domein en GGZ-consultatie, is regionale samenwerking nodig om de GGZ in samenhang te organiseren. Dat geldt voor de reguliere zorg overdag en ook voor de ANW- en crisiszorg. Daarbij zijn behoorlijk veel partijen betrokken: de huisartsen en POH-GGZ, de huisartsenpost, eerstelijnspsychologen, de GGZ-crisisdienst, gemeenten, wijkverpleegkundigen, verslavingszorg, woningcorporaties, ambulancediensten, enzovoort. In veel regio's is er een bestuurlijk overleg om de transities in goede banen te leiden. Op landelijk niveau

kan eMental health non concurrentieel worden aangeboden door de zorgverzekeraars<sup>3</sup> om op gebied van preventie en ondersteuning van zelfzorg stappen te zetten. Zo ver is het echter nog niet. Een alternatief is om eMental health direct door de overheid te laten bekostigen, net als het geval is bij de anonieme GGZ.

### Tot slot

Door de stapeling van ontwikkelingen als ambulantisering, substitutie, jeugdzorg en sociale wijkteams in combinatie met de autonome groei van psychische klachten, vraagt de GGZ een steeds grotere inspanning van de eerstelijnszorg. Hiervoor zijn ruimere budgetten nodig. Dit is de verantwoordelijkheid van de overheid en zorgverzekeraars en niet die van de eerstelijnszorg. Het nieuwe adagium voor de GGZ is 'herstelgerichte zorg'. Dit werkt demedicaliserend en kan de druk op de eerste-

lijnszorg in de toekomst wellicht wat verminderen. Ook zullen de mogelijkheden van arbeidsbesparende technieken als (preventieve) eHealth verder moeten worden uitgebreid. Regionale samenwerking in het GGZ-domein in samenhang met het sociale domein, onderwijs, werkgevers, informele zorg en maatschappelijke organisaties is cruciaal om de uitdagingen het hoofd te bieden. Daarbij is een goed georganiseerde, verantwoordelijke en gemandateerde eerstelijnszorg een belangrijke randvoorwaarde. <<

Tekst:

Jorne Grolleman, De zorgvernieuwer, adviesbureau in digitale zorg

Jan Erik de Wildt, directeur de Eerstelijns

Foto's: Thinkstock

1 Nemesis II 2012

2 Drie dubbele ondernemersklem De Wildt mei 2015

3 Goede GGZ Delespaul e.a. 2016



De POH-GGZ drukt nu al voor circa zeventig miljoen extra op het huisartsenbudget, terwijl hiervoor geen dekking is.