

Voorstellen in (concept) CVZ rapport Geneeskundige GGZ (deel 2) leiden tot Kostenverhoging en Gezondheidsschade

Dr. B.J.M. van de Wetering, psychiater en W. Teer, psychiater. *Beiden lid van de Raad van Bestuur van Antes (voortgekomen uit de fusie tussen Delta Psychiatrisch Centrum en Bouman GGZ)*

17 januari 2013

Inleiding

De richting die het CVZ in haar tweede rapport over de geneeskundige GGZ - met als doel een betaalbare GGZ binnen het basispakket te realiseren – heeft gekozen, is op belangrijke punten niet alleen heilloos in haar streven naar beheersing van kosten, maar ook gevaarlijk in de risico's die het voor de gezondheid van patiënten oplevert. In het hierna volgende wordt deze conclusie nader toegelicht.

De methode die het CVZ gebruikt bestaat uit een herverkaveling van klachten en stoornissen naar andere zorgdomeinen zoals geboden door de huisarts, de niet geneeskundige GGZ zoals geboden door de GZ psycholoog (bijvoorbeeld in de eerste lijn) en de specialistische somatische zorg

De financiële urgentie?

De financiële achtergrond van de door het CVZ noodzakelijk geachte beperking van de geneeskundige GGZ in het basispakket is toegelicht in het eerste rapport (deel 1). Uit de cijfers blijkt dat er in de afgelopen 3 jaar geen omzetsijging meer is. De jaren ervoor laten zich slecht vergelijken door vele systeem-, stelsel- en pakketwijzigingen casu quo verschuivingen. De vraag is of er niet voornamelijk sprake is van prijsindexering waarmee een ander licht wordt geworpen op de urgentie van de door het CVZ gekozen benadering.

Algemene opmerkingen

Het rapport is primair vanuit een financieel-economische invalshoek geschreven en mist in zijn analyse en voorstellen aansluiting op de klinische werkelijkheid. Door de in de DSM genoemde stoornissen in een afvinklijst als boekhoudkundig uitgangspunt te nemen, wordt voorbij gegaan aan de verwevenheid van stoornissen zoals deze eerder de norm dan de uitzondering is in de GGZ (*comorbiditeit*). De achtereenvolgende versies van de DSM-classificatie zijn ontworpen als instrument om ten behoeve van wetenschappelijk onderzoek patiënten groepen te categoriseren en om de uitkomsten van het onderzoek in het licht van die categorieën te begrijpen en ten behoeve van replicatie onderzoek eenduidig te laten zijn. De DSM is nooit bedoeld als diagnostisch systeem voor

de psychiatrie in zijn algemeenheid en geeft dan ook als taxonomisch systeem geen volledig beeld van de individuele patiënten zoals die in klinische praktijk worden aangetroffen.

De klinische werkelijkheid is complexer dan een lijst met stoornissen

Patiënten die in eenzelfde DSM-classificatie op as I overeenkomen, kunnen aanzienlijk verschillen door bijkomende stoornissen op as I, door de aanwezigheid van stoornissen op as II (persoonlijkheidsstoornissen), door somatische stoornissen op as III, probleemgebieden zoals weergegeven op as IV en door niveau van functioneren op as V. Met andere woorden, een enkelvoudige DSM-code zegt nog in het geheel niets over ernst en complexiteit van de stoornis, laat staan over de aard, intensiteit en duur van de behandeling en de hulpbehoefte van de patiënt. De enkelvoudige, eendimensionale benadering van de DSM-IV waarop het rapport berust is derhalve een fundamenteel onjuist uitgangspunt dat catastrofale gevolgen kan hebben voor patiënten en een aanmerkelijke kostenverhoging zal veroorzaken omdat het zal leiden tot inefficiënte, niet op elkaar afgestemde behandelingen.

De patiënt is meer dan zijn stoornis

In haar verregaande vereenvoudiging van de klinische werkelijkheid gaat het rapport voorbij aan het gegeven dat in de GGZ geen 'DSM-codes' behandeld worden maar patiënten, mensen met klachten en stoornissen en andere beperkingen in een specifieke context die beschermend maar ook vaak juist extra belastend en complicerend kan zijn. Juist dit integrale aspect vormt de focus van de zo genoemde herstelondersteunende zorg zoals die door de overheid en ook de zorgverzekeraars als belangrijk kader voor de behandeling zijn gekozen.

Zelfregulerend vermogen en continuïteit in de zorg

Niet zozeer de stoornis volgens de DSM-code, maar het zelfregulerend vermogen van patiënten bepaalt dan ook de aard en intensiteit van de behandeling, maar ook in de belangrijkste mate de adherentie aan (*therapietrouw*) en uiteindelijk het resultaat van de behandeling. De aantasting van dit zelfregulerend vermogen (*autonomie*) is een essentieel kenmerk van psychische stoornissen. De mate van aantasting kan meer of minder zijn, maar vraagt altijd om continuïteit in zorg en hulpverlening. Daar wordt niet noodzakelijkerwijze onder verstaan continue (dat wil zeggen langdurige) zorg, maar goede afstemming van de onderdelen van de behandeling en zo min mogelijk verschillende behandelaars buiten het behandelteam. Verbrokkelde hulpverlening waarbij bijvoorbeeld de GGZ-specialist louter de medicatie voorschrijft en de verdere zorg buiten diens directe waarneming plaatsvindt, zal voor een groot aantal patiënten met beperkt zelfregulerend vermogen averechts werken.

De herverkaveling naar de huisartsen zorg

Het in de DSM ingevoerde onderscheid tussen misbruik en afhankelijkheid van middelen leidt in het rapport tot de opvatting dat misbruik een mildere stoornis – hetgeen kennelijk in het CVZ rapport wordt verward met het begrip 'mildere schadelast' – is, waarvan de behandeling binnen de huisartsenzorg kan worden geboden. Overigens wordt dit onderscheid in de DSM-V verlaten omdat het niet houdbaar is gezien het beloop en de ernst die misbruik kenmerken. Ook de diagnostiek en de behandeling van misbruik – die weliswaar verschillen van verslaving – vraagt specifieke GGZ

kennis en interventie die niet door de huisarts of diens POH kunnen worden geboden. Mutatis mutandis geldt dit ook voor een grote groep andere psychiatrische stoornissen.

Ten aanzien van patiënten met chronische problematiek en beperkt vermogen tot zelfregulering kan de huisarts niet de benodigde zorg bieden. Doorgaans komen deze patiënten niet uit zichzelf voor behandeling. De benodigde outreachende zorg wordt vanuit specifieke ambulante vormen van zorgorganisatie (zoals FACT, ACT) geboden, die fundamenteel verschillen van de door de huisarts geboden zorg. Als deze verantwoordelijkheid bij de huisarts gelegd zou worden, zal deze niet in staat zijn deze verantwoordelijkheid waar te maken.

De herverkingeling naar de specialistische somatische zorg

Continuïteit in behandeling in de zin zoals hierboven geschetst vraagt ook de goede benodigde expertise. Het voorstel om de belangrijke somatische aspecten van psychische stoornissen in de somatiek te behandelen is hier een pijnlijk voorbeeld van. Er wordt voorgesteld om intoxicatie en onthoudingsbeelden in het kader van problematisch middelengebruik in de somatische gezondheidszorg te behandelen. Die is daar niet voor toegerust met alle risico's van dien voor patiënten en personeel.

Op de eerste plaats gaan dergelijke beelden als regel gepaard met ernstige gedragsontregelingen (ernstige onrust, agressie, psychosen). Hiervoor ontbeert de somatische gezondheidszorg de specifieke behandelomgeving en de expertise deze op te vangen en te behandelen. Het is ook onjuist deze patiëntengroep te mengen met patiënten met primair een somatische stoornis, die intensieve verpleging en behandeling behoeven in een rustige omgeving. Ook is de behandeling, die in een somatisch ziekenhuis doorgaans op de Intensive care plaatsvindt, aanmerkelijk duurder dan wanneer de behandeling op een gespecialiseerde detoxafdeling van een GGZ instelling plaatsvindt.

Binnen de specialistische GGZ is de verantwoordelijkheid voor de somatische zorg van individuele patiënten met psychiatrische stoornissen belegd bij de psychiater. Daar zijn zij op aanspreekbaar in inhoudelijke, juridische en tuchtrechtelijke zin. De regie op de somatische aspecten van de behandeling – ook volgens de eisen van IGZ – en de beslissing waar de specialistische somatische gezondheidszorg wordt ingeschakeld, dienen per patiënt te liggen bij de psychiater en niet bepaald te worden vanuit een algemene indeling zoals in het CVZ rapport wordt vastgesteld. Met de door het CVZ gekozen boekhoudkundige benadering van stoornissen en de behandeling ervan wordt de psychiater in een positie gebracht waarin hij fundamentele verantwoordelijkheden niet kan waarmaken.

Intoxicatie- en onthoudingsbeelden zoals die binnen de GGZ worden behandeld zijn niet incidentele gebeurtenissen maar maken deel uit van veelal een langdurig proces van ernstig middelenmisbruik en verslaving. Het betreffen fasen in een ziekteproces die niet geïsoleerd van elkaar behandeld dienen te worden. Vanaf het eerste moment van behandeling is het van belang het behandeltraject met de patiënt in een consistente behandelovereenkomst onder te brengen. Daarin dienen zo min mogelijk transitie momenten die buiten de behandelcontext vallen te bestaan. Dat versterkt de binding van de patiënt met zijn behandeling en versterkt de motivatie. Bovendien blijkt dat ieder transitie moment, zeker als er verschillende instellingen bij betrokken zijn, het risico op onderbreken van de behandeling en daarmee drop-out uit de behandeling vergroot. Een patiënt die een alcohol detoxificatie in een somatisch ziekenhuis doormaakt, maakt grote kans niet in de

gespecialiseerde vervolgbehandeling te arriveren. Het motiveren voor een dergelijke behandeling is niet alleen een specialisme maar maakt ook integraal onderdeel van de behandeling uit. Zeker wanneer beperkte autonomie onderdeel is van de pathologie kan het belang hiervan niet worden onderschat.

Effectieve behandelingen?

De als bijlage bij het rapport gevoegde lijst van behandeling is op een vergelijkbare boekhoudkundige wijze samengesteld als is gebruikt bij de herverkaveling van stoornissen. Ook daarmee wordt de klinische werkelijkheid geweld aangedaan. Het staat buiten discussie dat er geen plaats is voor bewezen niet effectieve behandeling. Voor behandelingen waarvoor op empirie gebaseerde consensus over de relevantie bij de behandeling bestaat – en gerekend kunnen worden tot de State of the Art – binnen de beroepsgroepen van psychiaters en klinisch psychologen dient ruimte te blijven bestaan.

Oplossingsrichting

Dus niet een eendimensionale lijst met stoornissen, maar de patiënt met zijn persoonlijke en door de stoornis bepaalde beperkingen en in zijn specifieke context zal als uitgangspunt genomen dienen te worden om te bepalen wat toereikende, betaalbare zorg is. Dat is veel lastiger dan het afvinken van een lijst. Het moge duidelijk zijn dat een enkelvoudige benadering weliswaar aantrekkelijk lijkt maar op onaanvaardbare wijze tekort schiet. Er zijn echter – vanuit de GGZ – ontwikkelingen die op korte termijn handvatten bieden om in een meerdimensionale benadering ordening in niveaus van zorg kunnen aanbrengen gebaseerd op:

1. De mate van zelfregulering/autonomie van de patiënt
2. De doelen van de patiënt in het kader van herstel
3. De stagering en profilering van de stoornissen
4. De aard en intensiteit van de behandeling op grond van punt 1-3
5. De benodigde expertise en de daarvoor benodigde behandelsetting

Deze ordening laat zich goed vertalen naar de zorgcompartimenten zoals die in het bestuurlijk akkoord zijn gedefinieerd.