



# Huisartsen ervaren frictie bij overdracht ggz-patiënten

Het probleem van wachtlijsten in de ggz is beduidend knellender dan vorig jaar. Maar minstens even verontrustend is dat huisartsen frictie ervaren in de overdracht van stabiele, chronische patiënten vanuit de gespecialiseerde ggz naar de huisartsenpraktijk. Dat bleek onlangs uit de vijfde jaarlijkse LHV-ledenpeiling over dit onderwerp.

**E**en paar resultaten: het aantal patiënten dat na behandeling in de gespecialiseerde ggz bij de huisarts aanklopt, is toegenomen. Bij de overdracht is veelal geen overleg vooraf geweest, laat staan dat de huisarts goede informatie heeft gekregen. De respondenten geven aan dat ze niet altijd collegiaal overleg kunnen plegen met de behandelaar en dat patiënten bij verergering van de klachten onderaan de wachtlijst belanden.

LHV-bestuurslid en huisarts Garnt Postma wil voorop stellen dat huisartsen, net als in de somatiek, graag meewerken aan ‘afschaling’ van deze patiënten. “Maar dat kan alleen als aan vier voorwaarden wordt voldaan”, benadrukt hij. “Uit de enquête blijkt dat dat niet gebeurt. Daar schrik ik van.”

## ■ KEUZEMOMENT

Misschien wel de meest zwaarwegende voorwaarde, legt Postma uit, is het volgende: “De ggz-behandelaar moet een keuzemoment creëren waarop de huisarts voor zichzelf kan bepalen of hij in staat is om de

patiënt over te nemen en zo ja, wat daarvoor nodig is.”

Van huisartsen (of hun POH’s-GGZ) mag je verwachten dat ze kunnen omgaan met angst- en stemmingsstoornissen en aanpassingsproblematiek, zegt Postma. “Dat hoort bij de basis-huisartsenzorg. Maar van psychofarmaca – soms hebben patiënten wel vier of vijf verschillende medicijnen – weten wij onvoldoende. Een persoonlijkheidsstoornis, ernstige depressie, schizofrenie kunnen wij herkennen, maar niet behandelen. Of begeleiden. Waar ligt de grens tussen die twee? En in tegenstelling tot wat de GGZ nog wel eens denkt, kunnen de meeste POH’s-GGZ dat evenmin. Ook die leveren alleen *huisartsenzorg*. Als wij meer zouden doen, reiken we boven onze macht. Dat kunnen we niet waarmaken.”

De verwachtingen van GGZ Nederland over welke zorg van de huisarts mag worden verwacht, lijken een tikkeltje anders, afgaande op de woorden van haar directeur Veronique Esman. “Huisartsen zijn generalisten, ook op het gebied van de ggz. De

vraag is of dat voldoende is om de gevolgen op te vangen van het feit dat meer mensen in de eerstelijns moeten worden behandeld. Huisartsen zullen moeten bijleren, over vroegherkenning en ziekteverloop van bijvoorbeeld een psychose, maar ook over het verhogen of verlagen van medicatie. In de opleiding moet eveneens meer aandacht zijn voor de aansluiting van de ggz op de huisartsenpraktijk. Over en weer zullen we in elkaar moeten investeren om goede zorg te leveren.”

## ■ VERKEERD BEHANDELTRAJECT

Een kritische kanttekening plaatst Esman bij de verwijzing door de huisarts van patiënten naar de specialistische ggz. “Dat gebeurt niet altijd adequaat, waardoor mensen in een verkeerd behandeltraject terecht kunnen komen en het proces langer duurt.” De LHV-ledenpeiling duidt daar ook op: slechts 20 procent antwoordt ‘ja’ op de vraag of het voor hen voldoende duidelijk is welke problematiek bij de generalistische en welke bij de gespecialiseerde ggz thuishoort.

Ook hier signaleert Postma een mismatch tussen de verwachtingen over en weer. “Wat GGZ Nederland van ons vraagt, gaat de draagkracht van menig huisarts te boven. Het werk loopt ons nu al over de schoenen. Om een probleem hanteerbaar te maken, redeneert de ggz vaak vanuit zorgstraten of -paden, en verwacht dat wij de patiënt daarop voorsorteren, met diagnose en al.”

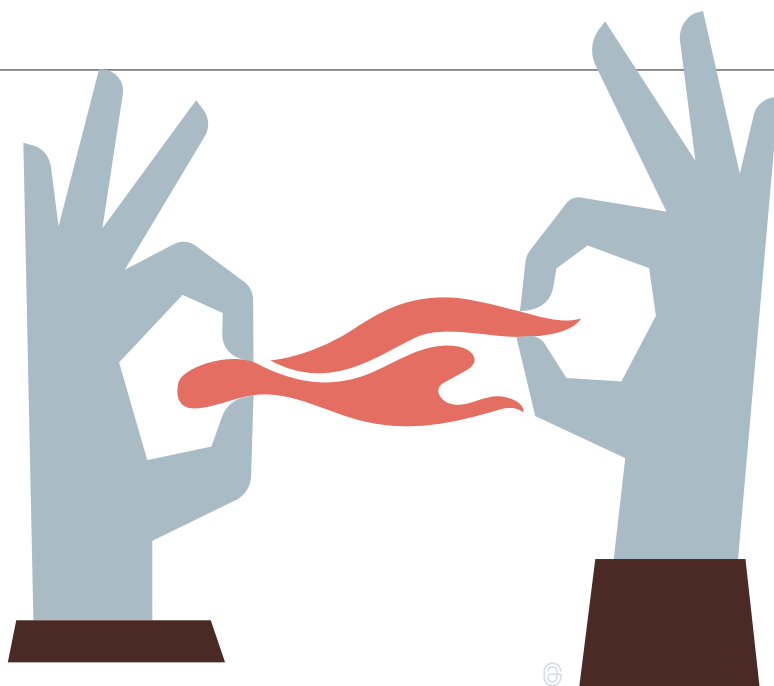
Dat strookt niet met de aanpak van huisartsen, benadrukt hij. “Wij werken vanuit het probleem van de patiënt en hebben niet altijd een diagnose nodig om toch zorg te bieden. Bovendien is een ziekteproces niet altijd te stroomlijnen: aanpassingsklachten kunnen zich ontwikkelen tot een ernstige depressie bijvoorbeeld. Dat wij een inschatting van de ernst moeten maken, daarover zijn GGZ Nederland en wij het eens. Maar wat je verder van de huisarts mag verwachten is nog niet zo nauwkeurig uitgewerkt. Daarover zijn we met hen in gesprek.”

## ■ NIET TERUGGEBELD

Uit de LHV-ledenpeiling blijkt dat evenmin wordt voldaan aan drie andere voorwaarden voor een goede overdracht van stabiele, chronische ggz-patiënten naar de eerste lijn. Collegiaal overleg is daar een van. Dat kan behoorlijk lastig zijn, weet Postma uit eigen ervaring. “Soms krijg je niemand te pakken, weet je niet bij wie je moet zijn of word je niet teruggebeld. In sommige regio’s gaat dat goed, maar consultatie is lang niet overal en lang niet altijd mogelijk. Met behandelaars in de ziekenhuizen is dit soort overleg al jaren gebruikelijk. Waarom kan dat in de ggz niet?!”

Veronique Esman geeft grif toe dat ggz-behandelaars chronische patiënten goed moeten overdragen en onderschrijft dat intercollegiaal overleg mogelijk moet zijn. “Niet à la minute misschien, maar wel binnen een redelijke termijn. Daarbij moet ik wel aantekenen dat er sprake is van een enorm hoge werkdruk in de ggz. Er zijn nu in enkele wijkteams topspecialisten, allrounders, geplaatst. Dat gaat misschien bijdragen aan een betere samenwerking, zij kunnen tijdig als kennisbron voor de huisarts fungeren.”

Over de andere voorwaarde, de mogelijkheid ‘op te schalen’ als problemen verergeren, zijn LHV en GGZ Nederland het



**‘Het gaat om patiënten met een complexe aandoening. Dan is weken of maanden wachten een risico, en voor de huisarts vaak behoorlijk intensief’**

ronduit oneens. Postma: “Het gaat om patiënten met een complexe aandoening. Dan is weken of maanden wachten een risico, en voor de huisarts vaak behoorlijk intensief. Dat gaat ten koste van andere patiënten. Bovendien wordt de kans groter dat je gebruik moet maken van crisisopvang, wat je voor de patiënt liever niet wilt.” Voorrang is uitgesloten, stelt Esman. “Want op die wachtlijst staan al zoveel mensen die ook zorg nodig hebben. En is er sprake van een crisis, dan wordt iemand natuurlijk sowieso geholpen.”

Als directeur van MIND, de overkoepeling van cliënten- en familieorganisaties in de psychische gezondheid, herkent ook Marjan ter Avest de ‘overdrachtsproblematiek’. “We spreken steeds over het belang van ketenzorg, maar die ontbreekt in de ggz nog wel. Wat daar precies de oorzaak van is, valt moeilijk te achterhalen. Maar onduidelijkheid over wie wat doet, speelt zeker mee. Het is goed dat huisartsen stop zeggen en aangeven wat ze níét kunnen, maar in het belang van de patiënt moet er wel een brug worden geslagen. Dat is de uitdaging voor zowel huisartsen als GGZ Nederland. Investeer daarin, want hij komt er niet vanzelf, zou ik zeggen. Maar opschalen bij chronische patiënten, dat moet zeker kunnen!”

## ■ WACHTLIJSTEN

Naast de overdrachtsproblematiek kwam uit de ledenpeiling naar voren dat die van

de wachtlijsten is verergerd. Ze worden vooral ervaren in de specialistische ggz, maar zijn er ook in de generalistische en zelfs bij de POH-GGZ. Bovendien zijn ze langer dan voorheen.

Bij een meldactie van MIND, begin dit jaar, antwoordde de helft van de mensen met een psychiatrische aandoening ‘nee’ op de vraag of zij op tijd passende zorg kregen. Desondanks is Ter Avest geschrokken van de uitkomsten van de LHV-ledenpeiling. “Het probleem, waarvoor we al jaren aandacht vragen, wordt inmiddels door alle partijen erkend en staat nu eindelijk hoog op de agenda. Daar zijn we blij mee. Maar de afspraken die we er deze zomer over hebben gemaakt, hebben kennelijk niet tot stagnatie of afname van de wachtlijsten geleid. Dat had ik wel verwacht.”

De MIND-directeur noemt het opvallend dat nu ook in de generalistische ggz sprake is van wachtlijsten en dat de POH-GGZ de vraag niet aankan. “Dat is nieuw voor ons. Wij hadden het idee dat daar wat ruimte zat. Het systeem raakt nu kennelijk echt verstopt.”

Wat dat voor patiënten betekent, laat zich raden. Ter Avest, die er bij MIND dagelijks telefoontjes over krijgt: “Als een patiënt een half of heel jaar moet wachten voordat hij wordt geholpen, stopt er van alles: werk, opleiding, sociale leven. Dat is dramatisch. Er wordt bovendien vaak helemaal niet gecommuniceerd over de wachtlijst. Cliën-

## LHV-ledenpeiling

Meer dan 1.300 huisartsen deden mee aan de LHV-peiling over ggz. Daaruit blijkt dat de beschikbaarheid van ggz verder verslechterd is. Daarvan zegt 54% dat er geen overleg vooraf is met de ggz-behandelaar, voordat een patiënt wordt terugverwezen naar de huisarts; 52% meldt dat er geen goede en tijdige informatieoverdracht is vanuit de ggz-instelling; 36% kan niet altijd collegiaal overleg plegen als dat nodig is. De volledige uitkomst van de peiling kunt u downloaden op de site.



Meer weten?  
[www.lhv.nl](http://www.lhv.nl)

ten weten niet waar ze aan toe zijn, voelen zich enorm machteloos." MIND ontwikkelt daarom een website over de wachtlijsten in de ggz. [Kiezenindeggz.nl](http://Kiezenindeggz.nl) gaat naar verwachting volgend voorjaar live.

#### ■ REGIONALE TASKFORCES

Aan de wachtlijstproblematiek wordt hard gewerkt, benadrukt Veronique Esman. "Juist om het op te lossen zijn we met alle partijen, inclusief de huisartsen, om tafel gaan zitten. Het is nog te kort dag om daar al resultaten van te verwachten."

Een van de afspraken is dat een aantal (geanonimiseerde) complexe casussen zal worden geanalyseerd om te kijken hoe de doorstroom kan worden bevorderd. Ook worden cliënten met behulp van de campagne en gelijknamige website *Weg van de wachtlijst* geïnformeerd.

Andere afspraak is dat regionale taskforces per regio inventariseren waar 'm de schoen precies wringt. Esman: "Het kan aan tal van oorzaken liggen en er is dus ook geen one-size-fits-all-oplossing. Als we overeenkomsten vinden, kunnen we kijken of daar landelijk iets aan te doen valt."

Eén oorzaak speelt zeker mee, weet de GGZ Nederland-directeur. "Ggz-instellingen zijn de afgelopen tijd druk bezig geweest met de afbouw van bedden. Dan is het niet eenvoudig om tegelijkertijd te investeren in de opbouw van ambulante zorg. Je kunt je nu eenmaal niet op alles tegelijk focussen. Daardoor is er sprake van frictieproblematiek."

Nog een oorzaak betreft het tekort op de arbeidsmarkt aan klinisch psychologen en psychiaters. Esman zet dan ook vraagtekens bij de belofte van de kersverse staatssecretaris Paul Blokhuis dat de wachtlijsten in juli 2018 tot het verleden zullen behoren. "We doen verschrikkelijk ons best, maar ik heb er een hard hoofd in dat die datum wordt gehaald. Het arbeidsmarkttekort bijvoorbeeld is niet 1-2-3 opgelost."

Marjan ter Avest weet ook niet of die datum haalbaar is, maar ze is wel blij met de daadkrachtige en optimistische taal van de bewindsman. "Want de druk moet op de ketel blijven, niet alleen vanuit ons, maar ook vanuit het ministerie." ■

## 20 GEZONDE AMBITIE 18 LHV HUISARTSBEURS

### HEEFT U ZICH AL INGESCHREVEN?

Het loopt storm met de aanmeldingen voor de LHV Huisartsbeurs 2018. Wilt u op de beurs lezingen en workshops volgen? Wacht dan niet te lang met inschrijven!

--- Ga naar [www.huisartsbeurs.nl](http://www.huisartsbeurs.nl) en klik op 'Registreren' ---

--- Maak een registratieaccount aan ---

--- Bekijk de beschrijvingen van beschikbare lezingen, workshops en skills ---

--- Maak uw keuze en rond uw inschrijving af ---

**Een bezoek aan de LHV Huisartsbeurs is gratis**

### PROGRAMMA

Op zaterdag 7 april 2018 bieden we een gevarieerd inhoudelijk programma aan. Enkele suggesties:

- **Lezing Maarten van der Weijden:** over doorzettingsvermogen, ambitie en omgaan met tegenslag.
  - **Lezing Maria van den Muijsenbergh:** over effectieve eerstelijnszorg voor laagopgeleiden en migranten.
  - **Workshop 'Feiten en fictie in de ANW-zorg'.**
- Het volledige overzicht van ruim 120 workshops en lezingen staat op [www.huisartsbeurs.nl](http://www.huisartsbeurs.nl)

## Consultatie bij Transparant Next

Huisartsen of POH's-GGZ die ad hoc vragen hebben over een patiënt met psychische problematiek, kunnen een beroep doen op de psychiaters en verslavingsartsen van de Consultatieve Dienst van de Stichting Transparant Next. De stichting is gevestigd in Leiden, maar werkt landelijk.

Consultatie kan in de vorm van telefonisch overleg. Het is ook mogelijk de patiënt binnen twee à drie weken te laten zien door een professional. De huisarts (of POH-GGZ) krijgt dan binnen een week advies. Transparant Next heeft afspraken met alle zorgverzekeraars. De consultatie

wordt niet als verwijzing aangemerkt en gaat dus niet ten koste van het eigen risico van de patiënt.

De stichting kan tevens helpen bij het opzetten van een netwerk om vragen van huisartspraktijken over chronische, stabiele ggz-patiënten op te vangen. "Het liefst zien wij dat de voormalige behandelaar als consulent dient voor de huisarts", zegt directeur Liesbeth van Londen over deze meer structurele consultatievorm. Kijk voor meer informatie op: [transparant-next.nl](http://transparant-next.nl). De Consultatieve Dienst is op werkdagen van 09.00 tot 17.00 uur te bereiken op (071) 303 08 00.