

Regionale oplossingen voor hardnekkige ggz-problematiek

Huisartsen blijven kampen met de problemen in de geestelijke gezondheidszorg. Vooral lange wachttijden en onduidelijkheid waar een patiënt precies (eerst) naartoe moet, zorgen voor frustratie en soms schrijnende situaties. Tegelijk ontstaan er – juist door die voortslepende problematiek – goedlopende regionale initiatieven voor betere samenwerking tussen huisartsen en ggz. Drie initiatieven door het oog van de huisarts.

TEKST: BERBER BIJMA / FOTOGRAFIE: ROB TER BEKKE

‘Huisartsen hebben soms te maken met ggz-wachttijden van meer dan een halfjaar en bij complexe problematiek is niet altijd duidelijk waar de patiënt als eerste naartoe moet.’ Jelly Hogendorp, senior beleidsadviseur bij de LHV, ziet dat de problematiek rond verwijzen naar de ggz taai is, ondanks de gesprekken die landelijke partijen daarover voeren. ‘Aanbod en vraag bij elkaar brengen – dat is de grote uitdaging van dit moment. Huisartsen zijn altijd generalistisch blijven werken, terwijl de ggz gaandeweg steeds specialistischer is georganiseerd. Het komt voor dat patiënten een paar maanden op een wachtlijst staan, dan toch een andere soort hulp nodig blijken te hebben dan de instelling kan bieden en opnieuw moeten beginnen op een andere wachtlijst.’ Patiënten zijn dus vaak de dupe en huisartsen krijgen onverantwoord lang de zorg voor patiënten die zij niet de juiste hulp kunnen bieden. ‘Inmiddels zie je her en der in het land initiatieven ontstaan voor betere samenwerking tussen huisarts en ggz en voor betere interne organisatie binnen de ggz, om patiënten eerder adequaat te kunnen helpen.’

■ VERWIJSHULP

Het gesprek tussen huisartsen en ggz verloopt, mede door de oplopende problemen, steeds beter, maar ‘het zijn verschillende werelden die elkaar nog niet goed kennen’, ziet Hogendorp. ‘Je merkt bijvoorbeeld dat het belangrijk blijft om uit te leggen waar de huisarts wel en niet van is, ondersteund

door de POH-GGZ (namelijk huisartsenzorg). Dat is bij ggz-instellingen nog lang niet altijd duidelijk.’ Landelijk wordt gewerkt aan betere afspraken. Zo verschijnt er dit jaar een verwijsmatrix, opgesteld door psychiaters. Hogendorp: ‘Een van de belangrijke problemen waar huisartsen tegenaan lopen is: welk probleem moet als eerste aangepakt worden als een patiënt bijvoorbeeld een cocaïneverslaving en een borderline persoonlijkheidsstoornis heeft. De matrix van de psychiaters moet als een soort verwijshulp werken, waarmee de huisarts kan zien welke hulp deze patiënt als eerste moet krijgen. Als LHV zijn we erg benieuwd hoe deze matrix in de praktijk uitpakt; alles valt of staat met de vraag of ggz-aanbieders zich hier ook daadwerkelijk aan gaan houden. Dat gaan we dus nauwkeurig monitoren.’

FOTO: MIRJAAN VAN DER LINDEN



‘Naast landelijke afspraken moet de oplossing ook in regionale samenwerking worden gevonden’, zegt Hogendorp. ‘Iedere regio heeft vaak z’n eigen werkwijze en kenmerken, zowel in de huisartsenzorg als in de ggz. Daarom is het belangrijk dat grote ggz-instellingen en regionale huisartsenorganisaties elkaar weten te vinden om hun samenwerking vorm te geven.’ De initiatieven in Gennep, Amersfoort en Tilburg (zie volgende pagina’s) zijn daarvan voorbeelden.

■ MENTALE WEERBAARHEID

Een brede coalitie van partijen uit de eerste lijn, de ggz en het sociaal domein, samen met zorgverzekeraars, heeft dit najaar een brief gestuurd aan staatssecretaris Blokhuis over de ggz-problematiek. De LHV is een van de ondertekenaars. ‘In de brief schetsen we wat de stand van zaken is rond afgesproken verbeteringen en wat nog meer nodig is om de problematiek aan te pakken en de basis in de ggz op orde te krijgen’, vertelt Hogendorp. ‘Daarnaast pleiten we voor een breed debat over mentale weerbaarheid: hoe voorkomen we dat lichtere problematiek te snel gemedicaliseerd wordt, in plaats van bijvoorbeeld in het sociaal domein wordt opgelost? We zien de vraag naar ggz toenemen, terwijl het aanbod afneemt. Met die schaarste moeten we op een creatieve manier omgaan. De zorg moet gaan naar de mensen die het ‘t hardst nodig hebben. Het is belangrijk dat de huisarts niet alleen staat in dat gesprek.’

‘Voor iedereen winst om regelmatig een psychiater in huis te hebben’

‘Het voordeel van de korte lijnen is dat we ook tussen twee psychiateruren door makkelijk even kunnen bellen’

Mijke Verhagen, huisarts in het Noord-Limburgse Gennep

Mijke Verhagen, huisarts in het Noord-Limburgse Gennep, heeft eens per twee maanden één dagdeel een psychiater in de praktijk. Zorggroep Syntein financiert het werk van de psychiater als consultatie, vanuit de reguliere consultatie-, e-health- en triage-gelden (CET) binnen de POH-GGZ module. ‘Met zes huisartsen hebben we een praktijk met ruim 9000 patiënten’, vertelt Verhagen. ‘Gennep ligt in het puntje van Noord-Limburg, dichtbij zowel Gelderland als Noord-Brabant. Dat maakt verwijzen naar de ggz soms ingewikkeld. De psychiater draait nu twee jaar in onze praktijk. Dat bevalt zo goed, dat we inmiddels niet meer zonder willen.’ ‘Eens in de twee maanden drie of vier patiënten door een psychiater laten zien, lijkt misschien weinig voor zo’n grote praktijk, maar omdat de inzet van de psychiater heel specifiek is, komen we daar

goed mee uit. Het psychiatrische spreekuur is bedoeld voor anderhalvelijns zorg, niet voor langdurige behandeling. Vaak gaat het om een medicatievraag of om gerichte vraagverheldering om direct passend aanbod te vinden binnen de specialistische ggz. Een patiënt met antidepressiva, die niet goed meer onder controle was, ondanks medicatie en begeleiding in de basis-GGZ, zou ik gewoonlijk naar de specialistische ggz hebben ingestuurd, maar kon nu in onze eigen praktijk naar de psychiater voor aanpassing van de medicatie. Het voordeel van de korte lijnen is dat we ook tussen twee psychiatersprekuren door makkelijk even kunnen bellen. Daarnaast kan een patiënt na overleg met de psychiater tussentijds naar de GGZ-locatie voor consultatie. Een patiënt hoeft dus geen twee maanden te wachten op hulp.’ ‘Naast dit initiatief is onze zorggroep betrokken bij een geza-

menlijk, regionaal initiatief waarbij we patiënten kunnen aanmelden voor een overleg tussen alle ggz-spelers en huisartsen, als het maar niet lukt om passende ggz-hulp voor die patiënt te vinden of als je een patiënt meteen op de goede plek wilt krijgen. Het gezamenlijke doel is om elke patiënt na dit overleg een passende plek bij een van de deelnemende ggz-instellingen te bieden, of zelfs gelijktijdig bij meerdere instellingen.’ ‘Iedereen in de praktijk profiteert van deze samenwerking. Onze POH’s-GGZ proberen zoveel mogelijk bij de consulten van de psychiater te zijn als het gaat om een patiënt die eerder bij hen is geweest. Hun zorginhoudelijke kennis en hun kennis van de sociale kaart en de ggz-instellingen in de regio is daardoor de afgelopen jaren flink groter geworden. Daar profiteren wij als huisartsen weer van. Zo had ik laatst een patiënt met een autismespec-

trumstoornis en ADHD die graag ADHD-medicatie wilde. De POH-GGZ kende – door de samenwerking met de psychiater – een gespecialiseerde autismepoli waar ik deze patiënt naartoe kon verwijzen. Dat scheelt mij veel zoekwerk en de patiënt is meteen op de juiste plaats. Voor mijzelf vind ik het ook fijn om met korte vragen over andere patiënten even te kunnen bellen, bijvoorbeeld: hoe ga ik om met extreem claimend gedrag bij een patiënt die geen eigen verantwoordelijkheid wil nemen?’ ‘Voor patiënten is het fijn dat ze “gewoon” bij de huisarts naar de psychiater kunnen. Ze krijgen sneller de juiste specialistische hulp, hoeven minder ver te reizen en hoeven niet – of niet meteen – in een ggz-gebouw binnen te stappen. Dat is voor veel mensen toch nog best een drempel.’

‘Binnen een week een concreet verwijzingsadvies’

In Midden- en West-Brabant hebben ggz-aanbieders GGZ Breburg en Indigo Brabant in de loop van dit jaar negen ‘mentale gezondheidscentra’ opgericht, bedoeld om bij te dragen aan kortere wachtlijsten en betere doorverwijzing. Andia Salimi Gilani, huisarts in Tilburg-Noord, heeft al enkele patiënten doorverwezen naar een mentaal gezondheidscentrum. ‘Met name voor complexere problematiek is het al jaren moeilijk om een patiënt op de juiste plek te krijgen binnen een aanvaardbare tijd. Ik werk in een achterstandswijk, waar problemen soms complexer worden door bijkomende sociaaleconomische problematiek. Bij doorverwijzing overleg ik vaak eerst met de ggz-instantie: kan deze persoon bij jullie terecht? En dan nog kan het gebeuren dat je drie maanden na doorverwijzing

hoort dat er bij nader inzien toch geen plek is voor die patiënt of dat er toch een ander soort hulp nodig is. Heel frustrerend.’ ‘De ggz-instanties zagen ook dat de wachttijden oplopen en dat er te veel afstand is tussen huisarts en ggz. Dat is mede de aanleiding geweest voor GGZ Breburg en Indigo Brabant om mentale gezondheidscentra in te richten. In zo’n centrum wordt een patiënt binnen vijf werkdagen gezien, wordt de hulpvraag verduidelijkt en gekeken wie die hulp kan bieden. Dat kan ook een andere ggz-aanbieder zijn, of een instantie uit het sociale domein; het is mooi dat die blik zo breed is. De patiënt komt met een concreet verwijzingsadvies terug bij de huisarts. Binnen de mentale gezondheidscentra hebben we daarnaast als huisartsen per wijk vaste contactpersonen: een voor

jeugd en een voor volwassenen. Van die contactpersonen hebben we het mobiele nummer, dus het contact is snel en laagdrempelig gelegd.’ ‘De mentale gezondheidscentra zijn pas in de loop van dit jaar opgericht. Het aantal patiënten dat ik ernaartoe heb verwezen, is nu nog op één hand te tellen. Het is dus nog wat te vroeg om te zeggen of patiënten hiermee echt sneller de juiste hulp krijgen. Dat moet nog uit evaluaties blijken. Het is in ieder geval fijn dat je als huisarts binnen een week een concreet advies hebt. Voor méér dan dat zijn de centra overigens ook niet bedoeld: patiënten gaan er in principe naartoe voor een eenmalig gesprek en advies, niet voor langdurige begeleiding.’ ‘Met de mentale gezondheidscentra de wachtlijsten wegwerken, lijkt me een flinke uitdaging,

omdat de centra daarvoor ook afhankelijk zijn van de andere instanties waarnaar ze doorverwijzen. In ieder geval siert het deze ggz-instanties dat ze er vol voor gaan, willen uitzoeken wat helpt om wachtlijsten korter en verwijzingen effectiever te maken, én dat ze openstaan voor feedback. Die betere onderlinge communicatie is absoluut winst vergeleken bij de verschillende eilandjes van de afgelopen jaren.’ ‘Het is mooi dat overal in het land initiatieven worden ontwikkeld om iets te doen aan de ggz-problematiek. We zitten nu nog in de fase van uitproberen wat werkt. Iedere regio heeft natuurlijk eigen kenmerken, maar er is tegelijk een redelijke kans dat iets wat in de ene regio werkt, het ook in een andere regio goed zal doen. We kunnen hierin veel van elkaar leren.’

‘Het siert deze ggz-instanties dat ze er vol voor gaan, willen uitzoeken wat helpt en dat ze openstaan voor feedback’

*Andia Salimi Gilani,
huisarts in Tilburg-Noord*



*Marjolein van den Brink,
kaderhuisarts ggz*

‘We krijgen heel zelden dezelfde patiënt terug. Dat is een goed teken’

‘Er is een enorme drive om voor iedere patiënt de beste oplossing te zoeken’

Ggz-instanties, huisartsen, POH's-GGZ, instanties uit het sociale domein en de verslavingszorg uit de regio Amersfoort zitten iedere week een halfuur rond een digitale ‘overlegtafel’ om concrete casussen te bespreken. Marjolein van den Brink, kaderhuisarts ggz, is daarbij een van de vertegenwoordigers van zorggroep Huisartsen Eemland. Het initiatief voor de overlegtafel is genomen door de ‘Taskforce wachttijden’, met GGZ Centraal als kartrekker. ‘Andere partijen zagen de problemen die we als huisartsen op ons bord kregen omdat doorverwijzen niet lukte en ggz-instellingen de Treeknorm niet haalden.

Patiënten die bij de specialistische ggz geholpen moeten worden, blijven bij de huisarts. Daardoor is er minder plek voor patiënten met lichte problematiek die een beroep willen doen op de huisartsenzorg.’ ‘In eerste instantie zijn ggz-aanbieders en huisartsen bij elkaar om tafel gaan zitten, maar al snel werd duidelijk dat er veel meer partijen bij betrokken moesten worden: het wijkteam, de crisisdienst, de verslavingszorg. Het initiatief is van twee jaar geleden en gaandeweg hebben we een werkwijze ontwikkeld die nu heel goed bevalt. Iedere huisarts uit de regio kan een casus inbrengen – iedere ggz-aanbieder overi-

gens ook. Dat kan via een digitaal formulier, waarna je als inbrenger een nummer krijgt voor jouw casus. Wekelijks bespreken we anoniem twee tot zes casussen. De betreffende huisarts of POH-GGZ haakt online aan en kan na het inbrengen van de patiënt weer afhaken. Het hoeft de huisarts en/of POH dus helemaal geen vol halfuur te kosten, je kunt gewoon in- en uitvliegen. De besprekingen worden strak en efficiënt voorgezeten en we hebben goede afspraken over aanwezigheid en vervanging.’ ‘Ik heb zelf ook wel casussen ingebracht, bijvoorbeeld van een vrouw die ik naar allerlei instanties had verwezen, maar zonder

resultaat. Na bespreking aan de digitale overlegtafel is afgesproken dat ik nu eerst met het wijkteam en deze vrouw de mogelijkheid voor een andere woning ga bespreken, omdat haar omgeving het belangrijkste probleem lijkt. Als dat slaagt, kan de patiënt aan de slag met de andere problematiek. Zo’n gezamenlijk overleg werkt dan zó fijn. Als huisartsen hebben we minder het gevoel dat een complexe patiënt zomaar weer op ons huisartsenbordje ligt. Aan onze overlegtafel is juist een enorme drive om voor iedere patiënt de beste oplossing te zoeken, ook als die out-of-the-box is.’ ‘Hoe efficiënt de overlegtafel is, moet nog uit evaluaties blijken, maar we krijgen heel zelden dezelfde patiënt terug ter bespreking. Dat is een goed teken. En we merken dat ons initiatief in het hele land belangstelling wekt. Er kijkt regelmatig iemand mee uit een andere regio.’ ■