

‘Psychische zorg is schaars, laten we die doordacht verdelen’

Geestelijke gezondheidszorg vraagt om een doordachte verdeling: degene die het 't hardst nodig heeft, moet als eerste aan de beurt komen.

En huisartsen verlenen daarbij huisartsenzorg – niet meer en niet minder. Dat is de rode draad van de visie Psychische zorg in de huisartsenpraktijk, opgesteld door vier huisartsenorganisaties.

TEKST: BERBER BIJMA / FOTOGRAFIE: ELINE SCHUURMANS

De noodkreten klinken al jaren: huisartsen moeten overbruggingszorg geven aan patiënten die wachten op een plek bij de ggz, terwijl ze daar niet voor zijn opgeleid. Ggz-instanties sturen patiënten terug naar de huisarts omdat ze bij een collega-instantie moeten zijn; de patiënt begint weer onderaan de wachtlijst. Patiënten met de meest ernstige problematiek wachten soms het langst op hulp. Van de POH-GGZ wordt veel meer verwacht dan wat onder huisartsenzorg valt. Psychiaters sturen stabiele patiënten terug naar de huisarts, terwijl ze complexe medicatie krijgen waar de huisarts te weinig van weet. Gemeenten stellen voor dat de huisarts de taken van de POH-GGZ die zich met jeugd bezighoudt, gaat verbreden naar behandeling, terwijl de huisarts hier geen verantwoording voor kan nemen. Een problemenlijst om moedeloos van te worden. Maar het gaat om patiënten die hulp móeten krijgen, dus opgeven is geen optie. Het goede nieuws is: ook de ggz-sector zelf is op zoek naar betere samenwerking. In de visie Psychische zorg in de huisartsenpraktijk zetten vier huisartsenorganisaties uiteen hoe ze dat voor zich zien.

Het is voor het eerst dat LHV, InEen, PsyHAG en NHG samen een document uitbrengen over de huisartsen en ggz. In 2015 brachten LHV en NHG samen een standpunt uit: Geestelijke gezondheidszorg in de huisartsenzorg. In de nieuwe visie, die naar verwachting in het najaar definitief wordt vastgesteld, slaan de vier organisaties piketpaaltjes: dit is de zorg die we als huisartsen wel kunnen leveren, en dit niet. Daarnaast schetsen ze oplossings-

richtingen om de problemen in de ggz vlot te trekken. Regionale huisartsenorganisaties en partijen in het sociale domein spelen daarin een cruciale rol.

■ POH-GGZ: GEEN KIP MET GOUDEN EI

De visie verschijnt op een moment dat de nood hoger is dan ooit, schetst LHV-bestuurder en huisarts Guus Jaspas. ‘De wachtlijsten zijn enorm. De coronapandemie lijkt daar een versnelling aan te hebben gegeven. Een groot deel van de problematiek komt binnen bij de huisarts. Andere partijen zien de POH-GGZ soms als de voor de hand liggende oplossing om alle gaten die in het systeem zitten, dicht te lopen. Het was dus tijd voor een herbezinning voor onszelf, zodat we andere partijen in de ggz-keten meer helderheid kunnen bieden: waar staan wij voor, wat kunnen wij en wat doen wij niet? Dat blijkt bij samenwerkingspartijen toch niet altijd duidelijk te zijn. Het is goed dat we nu met alle relevante huisartsenorganisaties – explicieter dan voorheen – op papier hebben gezet wat wij verantwoorde en goede psychische zorg in de huisartsenpraktijk vinden.’ De begrenzing die de huisartsenorganisaties aangeven, zit bijvoorbeeld in de rol van de POH-GGZ. ‘Met name overheden zien de POH-GGZ nogal eens als de kip met de gouden eieren. Maar die POH valt natuurlijk wel onder de verantwoordelijkheid van de huisarts. Ik moet als huisarts dus kunnen snappen wat de POH-GGZ doet. Het werk van de POH is basishuisartsenzorg. En dus beperkt de POH zich tot milde psychische klachten en eenvoudige, veel voorkomende psychische stoornissen.’

■ OVERBRUGGINGSZORG

Een andere ‘rode lijn’ die de huisartsenorganisaties trekken, is de overbruggingszorg. Jaspas: ‘Zodra we de psychische zorg op ons nemen voor patiënten die op een ggz-wachtlijst staan, zijn we verantwoordelijk. Dat moeten we niet meer willen, want daar zijn we niet voor opgeleid. We kunnen patiënten niet die zorg bieden die ze nodig hebben.’

‘Overbruggingszorg is een lastig onderwerp om harde afspraken over te maken’, zegt Jaspas.

De wachtlijstproblematiek wordt deels veroorzaakt door-

‘Als huisartsen, ggz en sociaal domein moeten we met het schaarse goed dat psychische zorg is, zorgvuldig omgaan’



dat mensen op de wachtlijst staan van een instantie waar ze – bij nader inzien – niet moeten zijn. ‘Patiënten staan in de kou in de tijd dat ze op de wachtlijst staan. De logistiek in de verwijzing van patiënten die echt door de ggz gezien moeten worden, moet dus anders. Er moet heel snel na de verwijzing een triagemoment komen. Ik zou zeggen: binnen een week. Daarmee zorg je ervoor dat mensen meteen op de goede wachtlijst komen én dat ze zich gehoord voelen. Dat maakt het ook makkelijker voor patiënten om de wachttijd vol te houden.’

■ ‘JEUGDONDERSTEUNER’

Ook over de POH-jeugd is de visie duidelijk: die bestaat binnen de huisartsenzorg niet – al wordt de term in de praktijk wel gebruikt. ‘De POH-GGZ hoort een generalist te zijn die huisartsenzorg van 0-99 jaar levert. We behandelen kinderen bij lichte klachten, zoals de huisarts dat in het verleden altijd al heeft gedaan’, zegt Jasper. ‘Natuurlijk

kan de ene POH-GGZ wat meer affiniteit hebben met jeugd dan de andere, maar echte jeugdzorg hoort niet thuis in de generalistische huisartsenzorg. Natuurlijk kunnen we prima iemand voor een paar dagdelen in huis hebben die door de gemeente wordt betaald. Dat vergemakkelijkt een goede afstemming, vergelijkbaar met de diëtist die een ruimte huurt. Maar laten we diegene dan jeugdondersteuner noemen en duidelijk afspreken dat de gemeente nu en in de toekomst over de financiering gaat en verantwoordelijk is.’ Het visiedocument is tot slot ook helder over de behandeling van chronisch psychiatrische patiënten, inclusief medicatievoorschriften: ook dat is geen huisartsenzorg. Jasper: ‘Zonder een goede back-up van de ggz moeten we die verantwoordelijkheid niet aangaan. Als een individuele kaderhuisarts-ggz dat wel doet – prima uiteraard. Maar de zorg voor deze groep kunnen we zeker niet tot de basis-huisartsenzorg rekenen. De huisarts bepaalt hier zelf zijn of haar competentie voor deze zorg.’

■ ROL VAN DE REGIO-ORGANISATIE

Tot zover de piketpaaltjes. In welke richting moeten we de oplossing voor de ggz-problematiek zoeken? Uiteraard moeten die deels uit de ggz zelf komen: de Treeknormen halen, snellere triage en effectieve doorverwijzing naar collega-aanbieders. Maar ook de huisartsenzorg kan bijdragen aan oplossingen. De vier huisartsenorganisaties noemen drie wegen: een grotere (regie)rol voor de regionale huisartsenorganisaties, een intensievere samenwerking met het sociaal domein en minder medicalisering van lichte problematiek.

‘Dat InEen heeft meegeschreven aan deze visie laat zien dat veel regionale huisartsenorganisaties al een plek hebben om huisartsen te ondersteunen bij psychische zorg’, zegt Barbara de Doelder, huisarts en InEen-bestuurder. ‘Regionale huisartsenorganisaties verzorgen nascholing, hebben soms een of meer POH’s-GGZ in dienst voor meerdere praktijken en overleggen met ggz-instanties in de regio.’ Dat laatste kan volgens haar intensiever. ‘Als je als individuele huisarts een probleem aankaart bij een ggz-instantie, kan dat als een incident worden afgedaan. Als een regio-organisatie, op basis van de visie en de geluiden van huisartsen, in gesprek gaat, kan dat niet. Juist door samen op te trekken, maak je de problemen beter zichtbaar en sta je sterker.’

In diverse regio’s zijn al samenwerkingsinitiatieven die goed werken, zoals een overlegtafel waar individuele casuïstiek aan de orde komt en doorverwijzingen effectief worden geregeld. ‘Je moet samen zoeken naar wat werkt’, zegt De Doelder. ‘Vanaf landelijk niveau een blauwdruk opleggen is sowieso niet verstandig. Maar het is wel duidelijk dat in iedere regio een plek nodig is waar de huisarts

‘Huisarts moet drempelloos kunnen doorsturen’



Nelly van der Gaarden schreef vanuit PsyHAG, het netwerk van kaderhuisartsen ggz, mee aan de gezamenlijke ggz-visie van de huisartsenorganisaties. Ze werkt voor de zorggroep in de regio Gouda en is daarnaast verslavingsarts bij een ggz-organisatie. ‘Het mooie van de visie vind ik dat de toon niet defensief is. We stellen duidelijk wat de huisarts wél kan. Ik hoop dat dat een steun in de rug is voor alle huisartsen om dat deel van de psychische zorg met plezier te bieden. Daarnaast zeggen we waar de huisarts níet van is. Waar we in de visie voor pleiten is in feite drempelloos doorstromen: bij de huisarts behandelen wat binnen de basishuisartsenzorg valt en mensen met andere problematiek in goede samenwerking doorverwijzen naar ggz-partners. In de visie hebben we nadrukkelijk de grenzen van de basishuisartsenzorg benoemd. Als kaderhuisarts ggz kun je iets meer doen omdat je daarvoor bent opgeleid en omdat je dat leuk vindt, maar niemand kan dat uiteraard van iedere huisarts vragen.’

‘In de praktijk gebeurt dat eigenlijk wel. De huisarts moet in feite een ggz-diagnose stellen om een patiënt naar precies de goede plek te verwijzen – want anders komt de patiënt “gewoon” terug. Dat specialistisch diagnosticeren hoort niet in de huisartsen-geneeskunde; net zo goed als we dat bij ingewikkelde cardiale problemen aan de cardioloog overlaten.’

‘Daarnaast doen we in de visie expliciet een beroep op de veerkracht van de patiënt, die wij als huisartsen kunnen aanboren. In onze individu-

alistische maatschappij zijn we gaan denken dat we voor een probleem iemand van buiten ons eigen netwerk nodig hebben, terwijl mensen in zichzelf en met hulp van hun eigen netwerk juist verbijsterend veel veerkracht blijken te hebben. Het normaliseren van klachten is onze kracht.’ ‘Het is natuurlijk spannend of deze visie bijdraagt aan de echte oplossing: minder medicaliseren en tegelijk patiënten met psychiatrische problematiek effectief kunnen doorsturen. De ggz-problemen zijn groot; het komt niet zomaar goed. Ik ben wel heel enthousiast over de overlegtafels die in steeds meer regio’s opgericht worden, waarbij iedereen samen aan tafel zit, van sociaal domein en organisaties van ervaringsdeskundigen tot en met de ggz. Die tafel is niet de oplossing voor alle problemen, maar wel een effectief adres voor huisartsen om een concrete casus in te brengen en daarna de patiënt goed te kunnen verwijzen. Een patiënt die op een wachtlijst staat, heeft voor de ggz nog geen gezicht, terwijl de huisarts een mens in nood tegenover zich heeft. Je merkt: zodra de patiënt aan zo’n regionale overlegtafel een gezicht krijgt – en de huisarts ook trouwens – andere partijen zich eerder realiseren: deze patiënt hoort inderdaad helemaal niet bij jou. Wat mij betreft komen er in het hele land zulke overlegtafels over concrete casussen. Daarmee wordt steeds duidelijker dat anderen niet maar eindeloos problemen naar de huisarts kunnen blijven schuiven.’

terecht kan als het niet lukt een patiënt doorverwezen te krijgen. In dat overleg moet er overzicht zijn én doorzettingsmacht. Als huisartsen in hun regio zo’n plek missen, kunnen ze met deze visie in de hand aankloppen bij hun zorggroep of regio-organisatie. Die moet eerst, in overleg met huisartsen, bepalen wat de speerpunten zijn voor ggz in de regio en kan vervolgens in gesprek gaan met ggz-instanties, zorgverzekeraars en gemeenten over een betere organisatie van het netwerk. Ik denk dat we met de visie die er nu ligt een stap naar voren kunnen doen, na jaren van problemen: hoe gaan we het nu beter doen? Ik merk dat die wil er in de ggz-sector ook is. We worden steeds meer partners met een gezamenlijk probleem, in plaats van partijen die tegenover elkaar staan.’

■ SAMENWERKING MET SOCIAAL DOMEIN

Op wijkniveau werkt een intensieve samenwerking met het sociaal domein vaak goed, merkt De Doelder. ‘Ik ben blij dat we het sociaal domein nu nadrukkelijk als samenwer-

kingspartner hebben benoemd in het oplossen van ggz-problematiek. Als huisartsen krijgen we soms mensen terug die uitbehandeld zijn bij de ggz, terwijl ze dan niet zozeer onze zorg nodig hebben, maar eerder maatschappelijke ondersteuning. Ik ben ervan overtuigd dat je met de driehoek huisarts, ggz en sociaal wijkteam veel kunt oplossen.’

Ook Jaspar ziet veel in goede samenwerking binnen het sociaal domein. ‘We kennen allemaal de voorbeelden van een kind dat volgens school naar de ggz moet, terwijl er thuis bijvoorbeeld problemen met schulden en huisvesting zijn. In feite is dat kind de enige die – met “probleemgedrag” – op een natuurlijke manier reageert op die problematiek. En die zou dan naar de ggz moeten? Nee, de ouders hebben hulp nodig vanuit het sociaal domein.’

Intensievere samenwerking met het sociaal domein zal ongetwijfeld winst opleveren, maar is geen panacee, realiseert Jaspar zich. ‘In het sociaal domein zitten ze natuurlijk ook niet te klaverjassen. Ook daar is de druk hoog. Als huisartsen, ggz en sociaal domein moeten we met het



veilig online uitwisselen
van medische gegevens

De gegevens van jouw patiënten veilig in hun PGO met MedMij

MedMij is dé Nederlandse standaard voor het veilig en betrouwbaar uitwisselen van medische gegevens tussen zorggebruikers en gezondheidsprofessionals.

Door het MedMij-label weet je dat jouw patiënten hun medische gegevens veilig in hun persoonlijke gezondheidsomgeving (PGO) kunnen verzamelen.

Ontdek alles over MedMij op
medmij.nl/zorgaanbieders



schaarse goed dat psychische zorg is, zorgvuldig omgaan, zodat de mensen die het 't hardst nodig hebben, het eerst worden geholpen.'

■ MINDER MEDICALISEREN

Een niet eenvoudige, maar wel noodzakelijke oplossingsrichting is dat we psychische problematiek minder snel medicaliseren. In feite een opdracht voor de hele maatschappij, maar wel een waar de huisarts een belangrijke rol in kan spelen, vinden De Doelder en Jaspar. De Doelder: 'Er is gaandeweg een reflex ontstaan waardoor we voor ieder probleem professionele hulp willen, terwijl sommige dingen gewoon bij het leven horen. Aan dat normaliseren kunnen wij zeker bijdragen.'

Ook Jaspar krijgt zo nu en dan mensen in de spreekkamer die om professionele psychische hulp vragen als ze een ingrijpende maar 'natuurlijke' gebeurtenis meemaken. 'Dat zijn in feite geen medische vragen, maar levensvragen, waarvoor iemand steun zou moeten zoeken bij vrienden en familie. We moeten mensen leren dat ze bij volstrekt normale reacties op moeilijke omstandigheden lang niet altijd professionele hulp nodig hebben. Natuurlijk is minder medicaliseren een opdracht voor de hele samenleving. De overheid kan er misschien een publiekscampagne aan wijden of onderwijs in gezondheidsvaardigheden invoeren, maar hier moeten we het ook in de spreekkamer over hebben. Wij kunnen dit soort gesprekken voeren en dat moeten we dus ook doen.'

Onafhankelijk register POH-GGZ niet haalbaar

Een onafhankelijk register voor de POH-GGZ is niet haalbaar. Dat concludeerde de LHV vorige maand, na langdurig overleg met meerdere partijen die de POH-GGZ vertegenwoordigen. De LHV vindt dat een register onafhankelijk moet zijn en dat het register beschikbaar moet zijn voor mensen die aan het functie- en competentieprofiel van de POH-GGZ voldoen. Daarnaast moeten huisartsen mee kunnen praten over het register. Deze eisen bleken in het overleg met de andere partijen niet haalbaar. De LHV, InEen en PsyHAG (kaderhuisartsen ggz) steunen het register daarom niet meer.

De LHV vindt inschrijving van de POH's-GGZ in het huidige (niet-onafhankelijke) register niet nodig. De kwaliteit van de POH-GGZ in de huisartsenpraktijk wordt voldoende gewaarborgd door de opleidingsrichtlijnen (met erkende opleidingen) en het functieprofiel.

Meer informatie op lhv.nl, zoek op 'POH-GGZ-register'