

HARDNEKKIGE PROBLEMATIEK GGZ SAMEN OPPAKKEN

‘OVERBRUGGINGSZORG GEEFT EEN GEVOEL VAN ONMACHT’

De problematiek rond verwijzing naar de ggz duurt onverminderd voort, blijkt uit een LHV-ledenpeiling.

Huisartsen ervaren nog steeds grote knelpunten door lange wachtlijsten, versnippering in de ggz en een gebrek aan goede samenwerking. Welke afspraken bieden huisarts en patiënt perspectief? LHV-bestuurder Mariëtte Willems in gesprek met Ruth Peetoom, voorzitter van de Nederlandse ggz.

TEKST: BERBER BIJMA

Ze weet uit eigen ervaring hoe erg het is en toch schrok ze weer van h e erg, zegt LHV-bestuurder en huisarts Mariëtte Willems. Uit de LHV-ledenpeiling van afgelopen voorjaar blijkt dat maar liefst 93 procent van de huisartsen weinig tot geen mogelijkheden ziet om patiënten door te verwijzen naar de specialistische ggz. ‘En zelfs naar de basis-ggz gaat het om 67 procent, dat is meer dan voorheen. Patiënten moeten vaak zes tot twaalf maanden op specialistische ggz wachten. Huisartsen krijgen verwijzingen terug door de enorme versnippering bij de ggz. Er is ook geen afstemming vanuit de ggz met huisartsen over het op- en afschalen van zorg. We hebben in de zomer de uitkomsten van de peiling met verschillende betrokken organisaties besproken. Iedereen heeft daar serieus op gereageerd en ziet dat het zo gewoon niet meer gaat.’

Mevrouw Peetoom, hoe kijkt u naar deze uitkomsten?

‘Ook ik ben ervan geschrokken. Het zijn geen nieuwe signalen, maar dat is tegelijk het bittere ervan. We zien in de ggz hoeveel extra werkdruk de problematiek oplevert voor huisartsen. De uitkomsten onderstrepen de urgentie van goede samenwerking.’

Hoe kan het dat de Treeknorm – intake binnen vier weken na doorverwijzing – nog steeds niet wordt gehaald?

RP: ‘In het verleden moesten mensen na de intake soms lang wachten op behandeling. We hebben de tijd tussen intake en behandeling verkort, maar we kunnen niet de tijd voor  n na de intake tegelijk inkorten. Het blijft ongelooflijk ingewikkeld om de enorme groei in behoefte aan ggz-zorg aan te



'Die wachttijden zijn niet meer te doen!'

kunnen, met de capaciteit die we hebben. De afgelopen twee jaar hebben we 50.000 mensen extra gezien, op een wachtlijst van meer dan 100.000 mensen. Je zou denken dat dat zoden aan de dijk zet, maar de vraag is intussen ook enorm toegenomen. Ook voor de professionals in de ggz is dat enorm frustrerend.'

Welke gevolgen hebben de aanhoudend lange wachtlijsten voor huisartsen?

MW: 'We zijn met onze POH's-ggz veel bezig met overbruggingszorg, terwijl de POH-ggz er is voor huisartsenzorg. Het is voor patiënten fijn dat bij de ggz de behandeling sneller begint na de intake, maar dat betekent nu dat de intake wordt uitgesteld. Dat vangen wij als huisartsen dan een hele tijd op. Wij doen ons best, maar dat is voor deze patiënten niet voldoende. Zij krijgen niet de beste zorg, want die expertise ligt niet bij ons, maar bij de ggz.'

'Als er direct gevaar is voor de patiënt of de directe omgeving, heb je vaak de crisisdienst. Huisartsen worstelen vooral met de groep daaronder, die op korte termijn echt wel hulp nodig heeft. Voor hen is er vaak geen zorg in de ggz beschikbaar, terwijl de problematiek wel ernstig is en bij een gebrek aan goede zorg steeds slechter wordt. Ze vallen buiten de maatschappij en dat patroon wordt steeds sterker. Ik had een patiënte met eetproblemen die nog niet heel lang duurden, maar wel pasten bij anorexia. Je wilt haar zo

snel mogelijk laten behandelen, zodat dat patroon doorbroken kan worden voor het probleem groter wordt. Als dat niet lukt, zit je echt met je handen in het haar. We zien haar om de paar weken, zien haar achteruitgaan en proberen steeds weer te overleggen wanneer er plek is. We worstelen in feite met de klassieke psychiatrische problemen. Dat is niet goed voor de patiënt en geeft een enorm gevoel van onmacht.'

Ook de versnippering in de ggz zorgt voor bijna onmogelijke situaties. Willems: 'Ik heb een patiënt die net is gestart bij een psycholoog vanwege

'Dilemma: toch maar je best doen met risico op tuchtrecht als het misgaat'

angst en paniekaanvallen. Daarnaast heeft hij medicatie waarvoor ik de controle doe én staat hij op de wachtlijst voor autisme-onderzoek, waarvoor de wachttijd één jaar is. Nu hij is uitgevallen op zijn werk, vraagt het UWV mij om informatie. Dan denk ik: kan dit niet makkelijker? Er zijn veel te weinig ggz-plekken die meerdere psychische klachten kunnen overzien, en de patiënt in zijn geheel kunnen helpen. Patiënten belanden daardoor

Reacties van huisartsen uit de LHV-ledenpeiling 2025

'Specialistische ggz voelt als een black box'

bij verschillende ggz-behandelaren tegelijkertijd, terwijl de zorg niet goed op elkaar is afgestemd. Ook moeten wij telkens goed uitzoeken waar de patiënt het beste terecht kan. Als ik een patiënt voor ADHD doorstuur, krijg ik die soms terug omdat er mogelijk ook sprake is van psychotische gevoeligheid – of ik dat verder wil uitzoeken...'

■ AFSCHAFFEN EXCLUSIECRITERIA

De versnippering onder ggz-instellingen komt door de exclusiecriteria die ze hanteren: instellingen kunnen zelf bepalen welke (combinaties van) aandoeningen ze wel of juist niet behandelen. Met als gevolg dat huisartsen regelmatig een verwezen patiënt terugkrijgen omdat de patiënt niet past bij het zorgaanbod van de instelling. In het Aanvullend Zorg- en Welzijnsakkoord (AZWA) is afgesproken dat de exclusiecriteria verdwijnen. Voor huisartsen zou dat 'een aardverschuiving' betekenen, zegt Willems.

Wat betekent die afspraak voor de ggz?

RP: 'Die afschaffing staat op ons initiatief in het AZWA. Wij zien het probleem. We zijn gegroeid naar een situatie die goede zorg in de weg staat. Maar straks is het zo dat ggz-instellingen alleen in hoogst uitzonderlijke



‘Afschaffen van exclusiviteitscriteria zou voor huisartsen een aardverschuiving betekenen’

gevallen en op medische gronden iemand mogen weigeren. We moeten naar heel de mens kijken en wat die nodig heeft. Daar moeten we de financiering en de praktische vormgeving op aanpassen. Niet alleen omdat we dat nu hebben afgesproken, maar ook omdat wij dit zelf willen. We staan er intrinsiek achter dat het anders moet. In de ggz moeten we zoveel mogelijk generalistisch kijken en tegelijk gespecialiseerde behandelingen kunnen bieden. Dat is een van de dilemma's waar wij in gevangen zijn. Het goede van de afgelopen jaren is dat we meer besef hebben gekregen van elkaars problematiek. En dus willen we kijken hoe we de problemen oplossen. Bij

het afschaffen van de exclusiecriteria hoort namelijk ook dat de ggz altijd snel bereikbaar is voor consultatie. Dat is afgesproken in het AZWA. Als een huisarts met een ingewikkelde situatie zit, moet een kliniek thuisgeven. Ook daar werken we aan. Ik zie bij ggz-instellingen de wil om veel dingen te verbeteren, zoals die bereikbaarheid voor consultatie. Tegelijk: gras groeit niet harder als je eraan trekt. We lopen tegen grenzen aan en niemand is erbij gebaat als mensen omvallen.’

■ MENTALE GEZONDHEIDSNETWERKEN

Peetoom denkt dat er binnen de ggz winst valt te behalen door administratieve lasten te verminderen en digitalise-

ring in te zetten, bijvoorbeeld voor de verslaglegging. Een grote verbetering moet komen van mentale gezondheidsnetwerken (MGN's). Huisartsen kunnen patiënten naar deze netwerken doorsturen voor een verkennend gesprek als ze (mogelijk) baat hebben bij een combinatie van hulp vanuit de ggz en het sociaal domein. Dat kan bijvoorbeeld het geval zijn als een patiënt schulden én een depressie heeft. Ggz en sociaal domein bespreken in het verkennend gesprek samen met een patiënt hoe die het beste kan worden geholpen en zetten die hulp in gang. De huisartsen die hier al gebruik van maken, zijn erg positief over de uitkomsten. In het AZWA is afgesproken dat er per 1 januari 2026 een landelijk dekkend netwerk van MGN's moet zijn. Of dat lukt, wordt een grote uitdaging, zeggen zowel Willems als Peetoom. Willems: ‘We zien dat de oprichting nog niet snel genoeg gaat.’

Het verkennend gesprek is overigens niet de enige functie van een MGN. Willems: ‘De mentale gezondheidsnetwerken zijn ook verantwoordelijk voor het onderhouden van een zogeheten transfermechanisme om capaciteit optimaal te gebruiken, informatievoorziening over wachttijden en aanbod en organiseren van domeinoverstijgend casusoverleg. Alle functies samen zijn belangrijk om de samenwerking in de mentale gezondheidsnetwerken goed te laten slagen.’

Wie neemt het voortouw bij de oprichting van MGN's?

MW: ‘Daar zijn we, als huisartsen, ggz en sociaal domein, samen verantwoordelijk voor. Veel mentale gezondheidsnetwerken zitten nog in de start- en planfase. Er bestaan inmid-

‘Patiënten
gaan
achteruit
tijdens de
wachttijd’



'Mentale jeugdzorg, een moeras waar je niet uit komt'

dels allerlei ondersteunende tools en afspraken, maar het komt er nu op aan dat ggz, huisartsen en sociaal domein daadwerkelijk regionaal gaan samenwerken om een mentaal gezondheidsnetwerk op te zetten. Deze zomer zijn we nog met alle betrokken landelijke partijen samengekomen en hebben we afgesproken dat we er samen nog harder aan gaan werken en betere ondersteuning bieden om de MGN's regionaal van de grond te krijgen.'

RP: 'Er is geen onwil. Regionaal gebeuren er al mooie dingen, zoals in Brabant, Rotterdam en Den Haag. Maar het moet een landelijk netwerk worden. In de MGN's werken partijen uit heel verschillende domeinen samen, met elk hun eigen regels en financieringsstromen. Het sociaal domein wordt op een heel andere manier gefinancierd dan de zorg. Ook de verantwoording gebeurt overal anders. En de prioriteit wordt niet overal even sterk gevoeld.'

Er liggen toch landelijke afspraken, ook voor de financiering?

RP: 'Dat klopt, maar nu moeten ze regionaal gerealiseerd worden. We hebben met onder meer de Vereni-

ging van Nederlandse Gemeenten afspraken gemaakt, maar gemeenten hebben autonomie om hun eigen financiering te regelen. Het kan zijn dat een gemeente zegt: we hebben nu grote verplichtingen op een ander vlak, dus dat MGN lukt niet zo snel. Dat kun je elkaar erg kwalijk nemen – en dat doen we natuurlijk soms ook wel – maar niets gaat sneller als je de ander om de oren gaat slaan. We spreken elkaar erop aan wat fout loopt en proberen met alle betrokken partijen de boel te versnellen.'

Welke afspraak uit het AZWA gaat op ggz-gebied écht het verschil maken?

MW: 'Het is uniek dat we zo'n uitgebreid akkoord hebben, voor zorg en welzijn, met VNG en sociaal domein. We steken in op brede samenwerking en dat is heel belangrijk. Van de concrete afspraken is de afschaffing van de exclusiecriteria een hele belangrijke. Samen met de expliciete aandacht voor complexe psychiatrie, want die groep heeft het heel zwaar op dit moment. Het is goed dat daar meer aandacht en ruimte voor komt.'

RP: 'Een paar jaar geleden sloten we nog alleen akkoorden per sector. Dit domeinoverstijgende akkoord is echt een doorbraak. We gaan samen kijken: wat heeft deze mens nodig? Vandaaruit kunnen we elk vanuit onze eigen discipline handelen. De brede gegevensuitwisseling waarover



'Als een huisarts met een ingewikkelde situatie zit, moet een kliniek thuisgeven. Ook daar werken we aan'

we afspraken hebben gemaakt, is in dat licht ook erg belangrijk. We zijn de afgelopen jaren in een situatie gekomen waarbij allerlei zorgverleners zich het afvoerpuntje voelen. Dat geldt voor huisartsen, maar ook voor mensen in het sociaal domein en ggz-professionals. Dat is diepdroevig. Daarom moeten we de handen ineen slaan en kijken hoe we het samen kunnen fiksken.'

MW: 'Dat is ook precies waar huisartsen behoefte aan hebben. Dat je gewoon een psychiater kunt bellen die met expertise zegt: ik zou het zo en zo aanpakken en dan gaan wij vanuit de ggz ook alvast wachttijdondersteuning inzetten. Het gaat echt het verschil maken als de problematiek van een patiënt vanaf het begin samen wordt opgepakt.'



Dossier ggz

In februari 2025 heeft de LHV een ledenpeiling gehouden over het bieden van zorg aan patiënten met psychische problematiek. Aanleiding was de start van de mentale gezondheidsnetwerken in januari 2025. Ruim 1.600 huisartsen deelden hun ervaringen. Meer weten over de peiling, de recente afspraken in het Aanvullend Zorg- en Welzijnsakkoord (AZWA) en andere ontwikkelingen op ggz-gebied? Kijk op de themapagina lhv.nl/ggz.

'Het is pappen en nathouden'