

Expertise op de juiste plek

GGZ-triagist versterkt de huisartsenpost

Patiënten die tijdens de avond, nacht of het weekend psychische klachten hebben, komen vaak bij de huisartsenpost terecht. De structuur is daar echter niet op ingericht, waardoor deze mensen het risico lopen in een ‘niemandsland’ terecht te komen. In de regio Noord-Limburg staat sinds 2015 een ervaren GGZ-medewerker het team triagisten terzijde. De ervaringen zijn positief.

Patiënten met psychische klachten vragen om specifieke expertise en vergen meestal meer tijd dan patiënten met somatische klachten. Triagisten en huisartsen op de huisartsenpost – in Noord-Limburg heet de samenvoeging van SEH en huisartsenpost ‘spoedpost’ – ontbreekt het doorgaans aan die extra tijd. De oriëntatie van triagisten ligt bovendien voornamelijk op somatische problematiek. “Alle partijen wilden goede hulp geven aan patiënten met psychische problemen, maar buiten kantooruren verliep dat nogal moeizaam”, zegt psychiater Cloë Bollen van GGZ-organisatie Vincent van Gogh. Ze heeft de pilot ‘24/7 behandeling van psychische klachten’ mee vormgegeven. “Huisartsen meenden soms dat ze onvoldoende gespecialiseerde kennis hadden om goed met de problematiek om te gaan. Daar kwam bij dat de patiënt dikwijls lang op de crisisdienst moest wachten. Die dienst heeft een beperkte personele bezetting en een groot werkgebied, lange reistijden dus. Hun werk bij mensen thuis vraagt vaak ook behoorlijk wat tijd.”

Op de achtergrond speelt de inkrimping van de gespecialiseerde GGZ en de overheveling naar de basis-GGZ, vertelt Bollen, terwijl de basis-GGZ daar nog niet op ingericht is. “Ingewikkelde vragen die vroeger in de psychiatrie werden opgevangen, komen nu bij de huisarts en buiten kantooruren op de spoedpost. Wij vroegen ons af: hoe krijgen we de expertise op de juiste plek en hoe kunnen we de huisarts optimaal ondersteunen bij de zorgverlening aan mensen met psychische problemen?”



GGZ-triagist Boy Steegs kan de tijd nemen voor de patiënt, want zijn agenda is een stuk minder vol dan die van de huisarts.

Het antwoord was een pilot, waarin een ervaren medewerker van de GGZ zich tijdens een deel van de ANW-uren bij het team triagisten voegt van de spoedpost Noord-Limburg.

Verwarrende situaties

De pilot, die in juni 2015 begon, is een gezamenlijk initiatief van Proviso – een netwerk dat huisartsen ondersteunt op het gebied van GGZ, huisartsengroep Cohesie en GGZ-organisatie Vincent van Gogh voor geestelijke gezondheid. Huisarts Marlies Wegewijs, adviserend arts van Proviso, hoopt dat de pilot de gescheiden werelden van huisartsen en GGZ dichter bij elkaar brengt. “Nu we de hele avond samen zitten, krijgen

we meer begrip voor en meer zicht op elkaars werk.” Wegewijs kent de knelpunten uit de praktijk. “Het zijn voor een huisarts vaak lastige inschattingen. Als er bijvoorbeeld een overdosis medicatie is ingenomen, moet je zien te achterhalen of acute hulp nodig is en een ambulance. Vaak belt er een ongerust familielid. Het zijn verwarrende en complexe situaties die specifieke kwaliteiten vragen van de hulpverlener. En tijd natuurlijk. Wegewijs: “Als je bijvoorbeeld op de komst van de crisisdienst moet wachten, kan het gebeuren dat je wel een uur bezig bent met één patiënt, terwijl de wachtkamer intussen volstroomt.”

Maar hoe krijg je mensen die zo goed

geschoold zijn dat ze in korte tijd de juiste beslissingen kunnen nemen? Aanvankelijk was de GGZ-triagist een verpleegkundige met een gedegen GGZ-achtergrond. Intussen is het competentieprofiel bijgesteld en vervullen medewerkers van de IHT (Intensive Home Treatment-teams) de functie. Bollen, programmamanager van de crisiszorg en psychiater bij de crisisdienst en het IHT-team, legt uit waarom. “Die IHT-medewerkers zijn nog beter toegestemd om patiënten in crisis adequaat op te vangen. GGZ-expertise alleen is niet genoeg, de GGZ-triagisten moeten precies weten hoe een crisisdienst werkt en wanneer er opgeschaald moet worden naar die dienst. Ze moeten kunnen de-escaleren, de eerste crisisinterventies verrichten en adviseren hoe de thuis-situatie genormaliseerd kan worden als er sprake is van suicidaliteit of agressiviteit. De GGZ-triagist moet de spoedpost kunnen ondersteunen en adviseren als er een gedragsgestoorde of agressieve patiënt binnenkomt. IHT’ers kunnen dat, ze zijn eigenlijk de eerstehulpafdeling van de GGZ. Ze zijn toegerust om in de avonduren en in het weekend de GGZ-triagering te doen, want ze doen dat overdag ook. Ze komen vanuit de tweede lijn en zijn gewend in de thuis-situatie te werken”, legt Bollen uit. “We hebben gemerkt dat we een serieuze kwaliteitsslag maken.”



De keten voor dag- en nachtzorg voor mensen met psychische klachten is hechter en kwalitatief beter geworden, vinden psychiater Cloë Bollen (l) en huisarts Marlies Wegewijs (r).

tuatie. Moet de patiënt medicatie krijgen ter ondersteuning? Is het beter als iemand uit het systeem gehaald wordt om rust te creëren? Moet er misschien een familielid komen ter ondersteuning?” Duimen draaien is er niet bij, zegt

Op werkdagen is de GGZ-triagist van 17.00 tot 22.00 uur aanwezig op de spoedpost. In het weekend en tijdens feestdagen van 14.00 tot 22.00 uur. Als blijkt dat er sprake is van psychische problematiek, neemt de GGZ-triagist contact op. GGZ-triagisten werken in eerste instantie telefonisch, maar kunnen de beller eventueel vragen naar de spoedpost te komen, bijvoorbeeld bij suïcidegevaar.”

De huisarts blijft in alle situaties de eindverantwoordelijke. Overleg en toetsing horen erbij. “Alwéér een medewerker waar we verantwoordelijk voor zijn, was aanvankelijk de reactie van sommige collega’s”, vertelt Wegewijs. “Maar het plan is wel goedgekeurd door de ledenraad van onze huisartsencoöperatie Cohesie.”

Mensen die naar de spoedpost bellen met psychische klachten zijn er niet altijd ernstig aan toe, soms willen ze ge-

“Nu we de hele avond samen zitten, krijgen we meer begrip voor elkaars werk”

Niet zomaar lastig

Boy Steegs is zo’n man die het hoofd te allen tijde koel houdt. Hij is lid van het IHT-team van Vincent van Gogh en ook GGZ-triagist op de spoedpost. “Wij kunnen de tijd nemen voor de patiënt, want onze agenda is niet zo vol als die van de huisarts. We kunnen rustig nadenken over wat er handig is in een bepaalde si-

Steegs. Als er geen telefoontjes zijn, pakt hij zijn voorlichtingsfunctie op. “Triagisten zijn niet altijd vertrouwd met GGZ-problematiek. Wat kun je het beste vragen? Wat kun je zeggen? Ik leg graag uit dat een GGZ-patiënt niet zomaar een lastige patiënt is, maar dat er een hulpvraag is. Al is dat niet altijd meteen duidelijk.”

Houd uw kostprijs geheim!

woon hun hart luchten. Huisarts Wegewijs, in opleiding tot kaderarts-GGZ, is van mening dat een GGZ-triagist naast specifieke kennis en levenservaring ook een hoog 'buurvrouwengehalte' moet hebben. "Hij of zij moet laagdrempelig kunnen instappen." Met zijn buurvrouwengehalte zit het wel goed, vindt Steegs. "Sommige mensen willen alleen gerustgesteld worden. Nu durf ik de nacht in, zeggen ze dan. Morgen kijk ik wel of ik verder nog hulp nodig heb."

Het aantal contacten met de crisisdienst is substantieel lager

Meerwaarde

Niet alles ging van een leien dakje. "Een goed idee hebben is één, maar het geld op de juiste plek krijgen is twee," zegt Bollen. "De zorgverzekeraar heeft ons de kans gegeven om het in de vorm van een leertuinproject uit te proberen. Of de financiering voor de lange termijn gewaarborgd blijft, is afwachten. We hebben nu de kans om de meerwaarde te laten zien."

Bollen is van mening dat het model ook bruikbaar is voor andere huisartsenposten. Ze zet de belangrijkste aandachtspunten op een rijtje: het regelen van de financiering en de verantwoordelijkheid en het bepalen van het juiste profiel van de triagist.

Wat is er veranderd? De inzet van een GGZ-triagist blijkt niet alleen de kwaliteit van de dienstverlening te verhogen, maar leidt ook tot een substantiële afname – twintig procent – van het aantal contacten met de crisisdienst. Huisarts Wegewijs is blij dat de verbodskring in zorg plaats heeft gemaakt voor een doorlopende behandelingslijn. "Wij kunnen nu in het gewone circuit hulp bieden. En voor zeer moeilijke problematiek en consultatie is er de tweede lijn. We beschouwen elkaar meer als één behandelteam. De keten voor dag- en nachtzorg voor GGZ is hechter geworden en de patiënt blijft beter in zicht van de huisarts."

Ook mede-initiatiefnemer Bollen is tevreden. "Voor mij is de essentie dat de kennis die nodig is om goed voor patiënten met psychische klachten te zorgen zo dicht mogelijk bij de voordeur wordt gebracht. En dat mensen vanaf het allereerste contact iemand te spreken krijgen die weet hoe met de problematiek om te gaan." <<

Tekst: Els van Thiel

Foto's: Paul Poels



Geen enkele zorginstelling zal de kostprijs van haar producten prijsgeven aan de zorgverzekeraar of de gemeente. Of het nu gaat om een ziekenhuis, GGZ- of VVT-instelling. In de huisartsen- en multidisciplinaire zorg ligt dat anders. Bij segment 2 is sprake van een NZa-tariefbeschikking met vrije tarieven. Er is niet gespecificeerd hoe deze onderbouwd moeten worden. Dat geeft zorgverzekeraars de ruimte om op basis van allerlei (digitale) beveiligde formats gedetailleerde strategische financiële informatie te vragen. Veel bestuurders en directeurs vullen de gevraagde gegevens braaf in.

Marktmeester

Waarom geven zorggroepen en gezondheidscentra zonder slag of stoot zoveel financieel strategische informatie? Niet alleen de begroting, maar ook een gedetailleerde verantwoording van uitgaven wordt zonder morren aan de zorgverzekeraar overhandigd. De NZa is hiervan op de hoogte en laat het toe vanuit de gedachte dat dit goed is voor de burger. Maar de NZa is toch ook marktmeester? Waarom kijkt de marktmeester weg en geeft hij de zorgverzekeraars alle ruimte om de neerwaartse spiraal door te trekken? En dat terwijl de zorgzwaarte en complexiteit in de eerste lijn toeneemt.

Alternatieven

Vrij tarief is vrij tarief. Als de zorgverzekeraars daar niet aan willen, moeten we terug naar een reële budgettering. Maar dan stoppen we ook met het tijdrovende jaarlijkse onderhandelingscircus.

Of laat de NZa tarieven berekenen en vaststellen. Als die aantoonbaar te laag zijn of elementen ontbreken – zoals extra kosten voor ICT-beveiliging en het voorkomen van datalekken – dan kun je hiertegen in beroep. Nu is het de macht van de zorgverzekeraars die meestal de doorslag geeft.

Jan Erik de Wildt,
directeur De Eerstelijns

Reageren? Mail naar je.dewildt@de-eerstelijns.nl