

“Het gaat om korte lijntjes, elkaar

In Nederland heeft ongeveer 1,3 procent van de totale patiëntenpopulatie te maken met ernstige psychiatrische aandoeningen (EPA). Door de transities worden zij sneller terugverwezen vanuit de specialistische GGZ (SGGZ) en generalistische basis GGZ (GBGGZ). Dat is mooi, maar vraagt wel om goede begeleiding en samenwerking tussen betrokken partijen als huisartsen, gemeenten, buurtteams en de GGZ in de tweede lijn. Het zorgprogramma ‘EPA in de huisartsenpraktijk’ dat Krissie Aerts ontwikkelde, biedt daar handvatten voor.

Krissie Aerts werkt sinds juni 2014 als POH-GGZ in Gezondheidscentrum Binnenstad in Utrecht. Vorig jaar stelde zij een zorgprogramma voor mensen met chronische psychiatrische problematiek binnen de basiszorg op. Daarnaast werkt zij vanaf mei vorig jaar als verpleegkundig specialist GGZ bij Huisartsen Utrecht Stad (HUS), waar zij onder meer het zorgprogramma ‘EPA in de huisartsenpraktijk’ ontwikkelt. “Het is geen protocol”, zegt Aerts daarover. “Het is niet de bedoeling om te zeggen: dit is de manier waarop we het moeten doen. Het gaat er meer om dat je nadenkt over de beste manier van samenwerken en wie daarbij de regie in handen neemt. Dat is vaak de POH-GGZ of de huisarts.” Steeds meer mensen worden vanuit de SGGZ terugverwezen naar de huisartsenpraktijk. Daarover is nog weinig vastgelegd, stelt Aerts. “Het zorgprogramma dient ook als een uitwerking naar de terugverwijzers, om te laten zien wat we van hen nodig hebben. Aan de hand daarvan kunnen we met alle partijen regionale afspraken maken. Zo kunnen we voorkomen dat patiënten te lang in de SGGZ of GBGGZ blijven hangen óf te snel worden terugverwezen.” Het gaat om korte lijntjes tussen alle partijen, zo betoogt ze: elkaar kennen en weten wat er waar te halen valt. Het zorgprogramma is dan ook ontwikkeld in nauwe samenwerking met de SGGZ en GBGGZ. Aerts: “De wil om samen

de zorg voor mensen met EPA aan te pakken is er wel, de samenwerking op het gebied van depressiezorg toont dat aan.”

Screening

Korte lijntjes, dat is ook de basis voor de samenwerking met de andere betrokken partijen, zoals de gemeente en het sociaal domein – denk aan mantelzorgers, woonbegeleiding (in Utrecht verzorgd door Lister) en buurtteams. Krissie Aerts: “Buurtteams en Lister bezoeken

In het zorgprogramma is ruim aandacht voor somatische screening. “Tot nu toe is dat een onderbelicht probleem”, zegt Krissie Aerts. EPA-patiënten hebben vaak een achterstand in fysieke gezondheid, bijvoorbeeld door langdurig medicatiegebruik met de nodige bijwerkingen. Door screening kunnen somatische problemen vroeg worden herkend en aangepakt. Dat is protocollaire zorg die goed kan worden gedaan in de huisartsenpraktijk, door de POH-GGZ, de POH Somatiek en/of de huisarts. Aanbevolen wordt alle EPA-patiënten die in de basiszorg behandeld worden in ieder geval één keer per jaar te screenen. Aerts: “Het gaat om een kleine groep patiënten – een normpraktijk heeft 25 tot 30 mensen met EPA – dus het is niet extra veel werk.”

Een grotere klus is het in beeld houden van de mensen met EPA, legt Aerts uit. Zo’n screening kan daarbij helpen, maar dan is het zaak dat patiënten persoonlijk worden benaderd in plaats van per brief. De POH’s moeten ook goed voorbereid zijn op eventuele no-shows en weten wat het beleid is als iemand niet verschijnt zonder bericht.

Kennis

Eigenlijk is het een kwestie van gewoon beginnen, zegt Aerts. “Gezondheidscentrum Binnenstad is met de somatische screening begonnen bij alle patiënten waarvan de huisarts hoofdbehande-

*EPA-patiënten
hebben vaak een achterstand
in fysieke gezondheid*

de patiënten thuis. Er is veel overleg, maar het gaat om de persoon en wat die nodig heeft. De patiënt neemt hierin vaak zelf de regie. Dat gaat ook bij EPA-patiënten over het algemeen goed.” De verpleegkundig specialist GGZ benadrukt dat de patiënt moet aangeven welke vorm van communicatie het prettigst is: benadering per telefoon, mail of anders.

kennen”

laar is. Daarna kunnen we het eventueel uitbreiden met de patiënten van de SGGZ en GBGGZ.” Het programma is interessant voor andere, vooral grote steden. Maar de komende tijd werkt Krissie Aerts aan het verspreiden van kennis over EPA en het bijbehorende zorgprogramma in Utrecht en omstreken. “Er komt een trainingsavond voor huisartsen en POH-GGZ. Dan laten we het zorgprogramma zien en gaan we specifieker op de inhoud in. Het gaat er vooral om te kijken wat je als praktijk al in huis hebt en wat je kunt halen bij anderen. Consultatie van een kaderhuisarts GGZ of een psychiater is bijvoorbeeld makkelijk in te zetten.” Daarnaast pleit Aerts voor meer inzet van verpleegkundig specialisten GGZ in de basiszorg. “In Utrecht is er naast mij nog één andere verpleegkundig specialist GGZ. Ik merk dat wij over de zorg aan EPA-patiënten regelmatig bevraagd worden door andere POH’s-GGZ.” Daarnaast blijft het onderhouden van kennis van belang, zegt Aerts. “Er zijn veel ontwikkelingen in de GGZ en daar moeten we op inspelen.” Ze doelt bijvoorbeeld op de tendens naar nog meer wijkgericht werken en de nog grotere rol die de patiënt zelf gaat spelen.

Maar Aerts kan ook heel nuchter zijn over de aanpak bij mensen met EPA. “Het komt vooral neer op contact”, zegt ze. “Soms moet je oplossingsgericht werken en soms moet je accepteren dat de dingen zijn zoals ze zijn. Het is belangrijk dat je rust aanbrengt in je contacten. En dat je transparant bent naar patiënten toe.” <<

Tekst: Leendert Douma



“Het gaat er vooral om te kijken wat je als praktijk al in huis hebt en wat je kunt halen bij anderen”, aldus Krissie Aerts.