

Gezamenlijke ggz in de eerste lijn

‘In “overdragen” zit “afschuiven” verborgen’

De zorg voor thuiswonenden met stevige psychische problemen is een hoofdpijndossier. Samenwerking is even onvermijdelijk als noodzakelijk. “Juist in het ‘overdragen’ zit het ‘afschuiven’ verborgen.”

TEKST: PIET-HEIN PEETERS FOTO: ALEXAS FOTOS / PIXABAY

In januari 2020 trokken de huisartsen voor het laatst publiekelijk aan de bel. In een gezamenlijke brief van de LHV, InEen en NHG, gericht aan de Tweede Kamer, constateerden ze dat veel van hun patiënten met psychische problematiek “langdurig van de juiste zorg verstoken blijven”. Het was geen nieuw geluid. In de jaren daarvoor, met de herinrichting en ambulantisering van de geestelijke gezondheidszorg, bleek de positie van de huisarts een kwetsbare. De beroepsgroep kan, buiten eigen wil om, onvoldoende voorzien in de behoefte van deze nieuwe patiëntencategorie. Nu, in het najaar van 2020, bevestigt de LHV desgevraagd dat dat de ‘ggz-druk’ voor huisartsen niet is afgenomen.

Floortje Scheepers is hoogleraar innovatie in de ggz aan het UMC Utrecht. Ze noemt de huisarts in de huidige Nederlandse geestelijke gezondheidszorg essentieel, maar benadrukt in dezelfde adem dat de huisarts het niet alleen kan. Voor Scheepers zit in dat ‘niet alleen’ de crux van de problemen in de zorg voor thuiswonende mensen met stevige psychische problemen.

“Het idee is nu dat patiënten moeten worden overgedragen. Dat het óf de ggz óf de huisarts met de poh óf het wijkteam is. Maar het moet juist samen. De poh die af en toe checkt hoe het gaat, de huisarts die bijspringt bij medicatievragen, de sociaal werker die ondersteunt in het dagelijks leven, de psychiater die de patiënt in zijn caseload houdt en dus beschikbaar is, de patiënt die meedenkt over zijn of haar situatie. Juist in het ‘overdragen’ zit het ‘afschuiven’ verborgen.”

Sterke leercurve

Dat ‘samen’ wordt onderstreept door Rudolf Keijzer, directeur van Praktijksteun, werkgever van praktijkondersteuners in de ggz en ouderenzorg. Maar makkelijk is het niet. “De gesprekken tussen huisartsen en ggz

‘Het echte collectief vanuit de dagpraktijken van huisartsen ontbreekt nog’

lopen al langer. Concrete en vaak kleine stappen zijn echter pas van de laatste jaren, terwijl de verandering van de ggz al veel langer gaande is. De huisartsenzorg en het sociaal domein zouden de ‘landingsbaan’ voor de bedden-afbouw in de GGZ moeten zijn, maar dat is niet gebeurd.”

Keijzer benadrukt dat er grote regionale verschillen zijn in de kwaliteit van de samenwerking. “Ik constateer dat we als domeinen nog niet aan elkaar gewend zijn geraakt. Dat zie ik wekelijks in overleggen, vooral in de gebruikte taal. Een brede intake betekent in de eerste lijn bijvoorbeeld iets anders dan voor een toegangsteam werkzaam in het sociaal domein.” Misverstanden liggen op de loer. “Beginnen over demedicalisering ligt niet lekker bij huisartsen, dat lijkt al gauw een aanval op hoe zij werken.” En de ‘halfbakken marktwerking’ helpt volgens Keijzer evenmin. “Maar je ziet bij gemeenten wel een sterke leercurve. Ze kopen nu meer zorgplekken in bij de betrouwbare, regionaal goed bekende aanbieders.”

De directeur van Praktijksteun ziet de huisartsenzorg nog te weinig regionaal optrekken. Keijzer begrijpt dat het voor de (boven)regionale ggz ingewikkeld is om volgens beleid patiënten te laten terugvloeien naar eerste lijn >>



en sociaal domein en dan “met iedere huisartsenpraktijk en gemeente” afspraken te moeten maken. “Huisartsen werken in een wijk of dorp. Ze denken en doen daardoor voor de ggz te kleinschalig. Dan trek je in de afstemming aan het kortste eind. Het echte collectief vanuit de dagpraktijken van huisartsen ontbreekt nog. Je mag als huisartsenzorg vragen dat andere partijen georganiseerd zijn ten gunste van de populatie- op praktijkniveau, maar dan moet je gezamenlijk wel een sterkere gesprekspartner zijn.” Als huisartsen meer gezamenlijk optrekken, leidt dat volgens Keijzer tot werkdrukvermindering en mogelijk zelfs onderlinge werkverdeling: “Kijk bijvoorbeeld naar de poh-ggz of de poh-ouderenzorg die voor verschillende praktijken in één gemeente werkt. Die horizontale samenwerking zie je steeds meer.”

Ander soort taal

Zowel Scheepers als Keijzer verwijst in analyse én pleidooi naar de inbreng van het sociaal domein. Bij psychische problemen is de reflex van huisartsen nog te vaak om te willen verwijzen naar de ggz. Maar in een substantieel aantal gevallen is terugverwijzen wellicht een betere optie.

Johan Huttinga werkt als senior adviseur ‘preventie en gezondheid’ bij Sociaal Werk Nederland, de brancheorganisatie voor welzijn & maatschappelijke dienstverlening / sociaal werk. Ja, huisartsen zien volgens hem nog te veel

‘Een goed samenspel tussen sociaal werkers en ggz kan de huisarts ontlasten’

de mogelijkheden in het sociaal domein over hoofd. Mensen herstellen soms ook als de bestaansstress vermindert. “Dat kan bijvoorbeeld als het huis op orde komt, de financiële problemen worden opgelost, er dagbesteding is. Pas als het dagelijks leven stabiel is, speelt de stoornis minder op en staat men open voor de behandeling. Je kunt als zorgprofessional het moertje aandraaien. Je kunt ook kijken waarom het moertje los zit en dat blijkt dat moertje er niet zoveel toe te doen.”

Maar net als Keijzer ziet Huttinga dat de werelden van huisartsen en sociaal werker verschillen. “Wij spreken een ander soort taal. Er zijn wederzijdse vooroordelen. Iedereen heeft tijdgebrek. Het is al een hele kunst om met elkaar in gesprek te komen.” Er is veel couleur locale in het sociaal werk, beaamt Huttinga. “Je ziet nu wel dat de werkwijze Welzijn op Recept snel terrein wint. Dat concept vindt veel weerklank bij zowel huisartsen als sociaal

werkers. VWS heeft het nu ook omarmd. Nu moeten de zorgverzekeraars nog mee en niet alleen de uren van huisartsenzorg vergoeden, maar ook die van het welzijnswerk.”

Huisartsen en sociaal werkers zoeken elkaar nog te weinig op, meent Huttinga. Hij vertelt over een sociaal werker in Hilversum die daarom een terugkerende ‘bijpraatlunch’ voor alle professionals in haar wijk initieerde. Samenwerking is nog te afhankelijk van een goede klik. En het belang van kennismaken geldt nog meer voor sociaal werkers en geestelijke gezondheidszorg. “Terwijl juist door een goed samenspel tussen die twee de huisarts ontlast kan worden.”

Anders opleiden

Ondertussen is de huisarts zelf ook in beweging. Anneke Kramer, hoogleraar huisartsgeneeskunde aan het LUMC én huisarts in Utrecht, ziet dat met de recente maatschappelijke en beleidsontwikkelingen de huisarts terugkeert naar de integrale basis van de huisartsgeneeskunde. “In de afgelopen decennia zag je dat door de toegenomen wetenschappelijke inzichten de medisch-technische kant van het huisartsenvak enorm is toegenomen. Er zijn nu meer dan honderd richtlijnen. De huisarts is meer gericht op de medische aspecten dan op de relationele en psychosociale. Dat is nu voorzichtig aan het schuiven. Ik zie huisartsen die zich in een wijk met elkaar en met andere professionals verbinden om samen integrale zorg te leveren.”

Volgens Kramer beweegt het curriculum in de huisartsopleiding mee met de ontwikkelingen in de psychosociale zorg, zoals de ambulantisering in de ggz. Voorheen draaiden toekomstige huisartsen drie maanden mee in een ggz-instelling. Nu wordt geëxperimenteerd met een langere stage in de huisartsenpraktijk om vanuit die rol ervaring op te doen in het begeleiden van patiënten met psychische problemen én in de samenwerking met ggz en sociaal domein. “We gaan op een andere manier opleiden, meer passend bij het gegeven dat steeds meer mensen met psychische problemen, maar ook ouderen zo lang mogelijk thuis wonen.” Dat gaat zeker niet vanzelf. Maar al te goed begrijpt Kramer huisartsen die zeggen dat er veel op hen afkomt. Het vraagt om andere competenties. Kramer: “In de spreekkamer ben je als huisarts de baas. In je eigen toko ben je de werkgever. Op het moment dat je in een wijk moet samenwerken met andere professionals met eigen waarden en opvattingen, dan moet je met elkaar in gesprek. Het vraagt om vaardigheden in samenwerking, in samen organiseren, in leren omgaan met verandering. Daar moeten huisartsen wel in ondersteund worden.” <<



NETWERKZORG

Niet wegschuiven onder het mom van overdragen, maar in een netwerk allemaal betrokken blijven. Huisarts, poh, psychiater, sociaal werker en de patiënt zelf. Netwerkzorg, zo noemt hoogleraar Floortje Scheepers het. Telkens aan het begin afspraken maken. Wie doet wat? Wat doen we als?

Scheepers: “Ja, dat vraagt aan het begin tijd. Het is een investering, maar in een gezamenlijke afspraak van anderhalf uur kun je al veel vastleggen. Wanneer stapt de psychiater in? Wat kan de poh aan? Waar let de sociaal werker op? Nu is iedereen juist veel tijd kwijt omdat die afspraken er niet zijn.”