



## De wijk-GGD'er 'Ik ben voor een huisarts soms de eerste kennismaking met een patiënt'

De oudere man met dementie die 's nachts de koeien op stal wil zetten. De alleenstaande, jonge vrouw met een psychose van wie huis en tuin vervuilen. Voorbeelden van 'mensen met verward gedrag'. In een aantal gemeenten springt de wijk-GGD'er dan in. "In eerste instantie zijn we wellicht weer een nieuwe samenwerkingspartner voor huisartsen, maar op de middellange termijn neemt door ons hun werkdruk af."

TEKST: PIET-HEIN PEETERS FOTO: LEROY SKALSTAD / PIXABAY

Nieuw in de eerste lijn: de wijk-GGD'er. Ontstaan in de jaren van de groei van het aantal 'mensen met verward gedrag', zoals dat in beleidstaal is gaan heten. 40.000 meldingen in 2014, boven de 100.000 in 2020. Of zoals politieman Henk van Dijk het in een eerder nummer van De Eerstelijns noemde: "Mensen die de grip op hun leven kwijt zijn geraakt". Iets meer specifiek: mensen die thuis wonen en kampen met psychische problematiek, dementie, crises die hun leven ontwrichten, verslaving, verstandelijke beperking, soms een combinatie ervan, en die op gegeven moment ontsporen, waar zorg én veiligheid in het geding komen. Ze veroorzaken overlast omdat hun huis vervuult, ze 's nachts lawaai maken, niet meer aanspreekbaar zijn. Soms ook ervaart de omgeving ze als bedreigend, zijn er zorgen over agressie, over brand- of ontploffingsgevaar. En altijd zijn er de risico's voor de eigen gezondheid omdat de zelfzorg op een laag pitje staat. 'Zo lang mogelijk thuis' is het staande beleid, de last ervan landt in de eerste lijn.

### Onrust en gedoe reduceren

De officiële taakomschrijving voor de wijk-GGD'er is 'werken op het snijvlak van zorg en veiligheid, domeinen verbinden waardoor maatwerk mogelijk wordt'. De functie is ontstaan in 2017 en op het moment van publicatie zijn ze in 24 gemeenten actief. Karlijn Poelmans is een van hen, samen met collega Sarah Voss werkt ze in Oisterwijk en omgeving, net boven Tilburg. "Wij zorgen ervoor dat de onrust en het gedoe rondom mensen die de weg kwijtraken tot een minimum worden gereduceerd. We gaan bij die mensen langs en regelen dat er hulpverlening komt of geïntensiveerd wordt." Voss: "We hebben op dit

moment in ons werkgebied zo'n dertig actieve casussen. Daaromheen zijn er nog tientallen waar we de vinger aan de pols hebben."

**'We gaan langs bij mensen met verward gedrag en regelen dat er hulpverlening komt of geïntensiveerd wordt'**

### Partners

Huisarts en praktijkondersteuner zijn voor Poelmans en Voss essentiële partners. Poelmans: "Ik heb er veel contact mee. Vooral met de praktijkondersteuners, maar ook met de huisarts zelf. Het werkt twee kanten op. Dat de poh vraagt of wij mee willen kijken of dat wij een casus melden bij de huisarts. Dat kan zelfs door een andere patiënt komen die zegt zich zorgen te maken over de buurman. Vaker gaat het andersom, dat wij contact zoeken omdat iemand ontspoord is die patiënt is bij die praktijk." Voss: "Soms bel ik een huisarts: 'Die en die, kennen jullie die, dit en dit is er voorgevallen'. Grote verbazing dan bij de huisarts. Die heeft dan zijn patiënt in de afgelopen vijf jaar twee keer gezien en nu is de woning helemaal vervuild." Poelmans: "Wat ik regelmatig zie, is dat de huisarts zorg uitzet en dan geen terugkoppeling krijgt als het escaleert. Die hoort pas weer hoe het met zijn of haar patiënt gaat als een van ons zich meldt." >>

## Shoppern

Harold Brouwer werkt als wijk-GGD'er in de gemeente Heerenveen. De hoofdkern telt 30.000 mensen, met de dorpen er omheen in totaal 50 000 inwoners. Hij triageert en "bouwt steigers op naar de meer formele hulpverlening". Het gaat om mensen die al professionele zorg krijgen en "opeens opvallen". Maar ook om passanten, zwervers en dementerende ouderen "die de koeien weer binnen willen gaan zetten". Voor iedereen die bij hem in beeld komt, gaat hij op zoek naar diens huisarts. Dat is niet altijd makkelijk. Hij vertelt: "Huisartsen waren vroeger gekoppeld aan een dorp of een wijk. Nu zie je dat juist dit type patiënten is gaan shoppen omdat ze ontevreden zijn. Ik ben voor een huisarts soms de eerste kennismaking met een patiënt."

De schaalvergroting in de huisartsenpraktijk helpt ook niet. "Wat ik soms meemaak, is dat de dienstdoende huisarts de patiënt helemaal niet kent en dan moet hij of zij in beperkte tijd een diagnose stellen of doorverwijzen." Brouwer noemt het het mooiste scenario als hij een signaal doorgeeft "de telefoniste het de huisarts vertelt en ik niets meer hoor; dan heeft de huisarts het opgepakt en gaat het daarna blijkbaar weer goed."

**'Ik zie regelmatig dat de huisarts zorg uitzet en geen terugkoppeling krijgt als het escaleert'**

## Minder tastbaar

Brouwer, Poelmans en Voss zien alle drie dat vooral de patiënten met ggz-problematiek voor huisartsen, zoals Poelmans het noemt, "een lastige richting" zijn. "Dit soort problemen is minder tastbaar. In een tien-minuten-gesprek krijg je natuurlijk niet alles boven tafel. Als je iemand in zijn eigen leefomgeving kunt bekijken, dan krijg je een beter beeld." Voss: "Ze hebben de tijd niet, waardoor de juiste zorg soms te lang uitblijft. Een vrouw krijgt van haar huisarts slaapmedicatie, maar die weet niet dat ze niet kan slapen omdat ze denkt dat 's nachts mannen door haar ramen staan te kijken. Dat is dus het verschil tussen een slaaptablet en iets met een snufje antipsychotica."

Brouwer vertelt dat een huisarts of poh weleens "een melding doet" bij het team zorg en veiligheid waarvan

hij lid is. "Dan gaan we kijken. Ik denk dan soms wel: had even eerder contact opgenomen met de ggz. Huisartsen raadplegen ook een hartspecialist als ze dat nodig vinden. Iemand die *rand psychotisch* is, wordt door de huisarts keurig doorgegeven aan het FACT-team, waarna het zes weken wachten is op een intake en het vervolgens drie maanden duurt voordat een behandeling start. En dan kan iemand al in een diepe crisis zijn beland met al het zorgwekkende gedrag dat daarbij hoort waardoor ik in

**'Soms denk ik wel: huisarts, had even eerder contact opgenomen met de ggz'**

beeld ben gekomen."

Hij ziet ook dat de medicatiecontroles bij de huisarts erbij kunnen inschieten. "Die moeten eigenlijk ieder half jaar. Maar als het initiatief daartoe niet van de patiënt komt, dan heb ik niet altijd het idee dat de huisarts actief controleert. Ik tref weleens iemand met tien doosjes Diazepam terwijl hij of zij verslavingsgevoelig en suïcidaal is. Dan meld ik dat en dan veronderstel ik dat de huisarts daar zijn of haar voordeel mee doet."

## Grote meerwaarde

De aandacht van huisartsen voor ggz-patiënten daar gelaten, is de waardering voor de huisarts en poh's bij de drie wijk-GGD'ers groot. Voss: "De huisartsenpraktijken waar ik mee werk, worden overbelast. Dat loopt echt de spuigaten uit. Mooi hoor, psychisch sociaal kwetsbare mensen zo lang mogelijk thuis laten wonen, maar de begeleiding daarvan drukt zwaar op de eerste lijn."

Poelmans noemt de poh "een grote meerwaarde, die hebben wat meer tijd en kunnen wat breder kijken dan de huisarts." Ze denkt dat zij en collega Voss de huisarts werk uit handen nemen. "Dat weet ik zeker. We krijgen als huisarts, poh en wijk-GGD'er samen een beter beeld van de patiënt, waardoor we betere zorg kunnen bieden. Wij zorgen er bovendien voor dat de stress voor de dagelijkse omgeving van de patiënt afneemt. Ook dat komt het welzijn van de patiënt ten goede." Voss: "In eerste instantie zijn we wellicht weer een nieuwe samenwerkingspartner voor huisartsen, maar op de middellange termijn neemt door ons de werkdruk voor hen af." <<