

# Reflectie op het kabinetsvoornemen voor de ggz **"Ook in de eerste lijn is een tekort aan mensen"**

Meer psychische hulpverlening in de eerste lijn is volgens Elnathan Prinsen niet het antwoord op de schaarste in de geestelijke gezondheidszorg. "De centrale vraag is wie je niet behandelt en of voor die mensen het sociaal domein iets kan betekenen."

TEKST: PIET-HEIN PEETERS FOTO: NVVP

Op het eerste gezicht lijkt het kabinetsvoornemen om de instroom in de ggz te beperken logisch. Ook Elnathan Prinsen, psychiater en voorman van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie, ziet dat het dagelijkse samenspel tussen huisarts, poh, basis ggz en specialis-tische ggz beter kan. Tachtig tot negentig procent van de verwijzingen zou volgens hem "terecht en passend" moeten zijn. Dat is nu niet het geval.

"Daar zit een opdracht, zeker ook voor de ggz, omdat ons veld zoveel aanbieders heeft. Het is voor de eerste lijn schier onmogelijk te weten naar wie je moet verwijzen en dan nog kan het zo zijn dat het juiste aanbod in jouw

regio ontbreekt." Prinsen wil een beter gestructureerd, voor de huisarts helder aanbod. Tegelijkertijd moet die huisarts moeite willen doen. "Enige versnippering blijft hoe dan ook. De huisarts kan zich beter dan nu verdiepen in het juiste aanbod voor zijn of haar patiënt. Dus niet naar 'de ggz' verwijzen, maar naar een specifieke partij in die ggz."

## Poh-ggz te kwetsbaar

De afstemming tussen huisartspraktijken en ggz kan daarnaast op een ander vlak beter. Prinsen vertelt over chronische, maar stabiele patiënten met medicatie die, door beleid verplicht, vanuit de specialistische ggz teruggaan naar de huisarts. "Vervolgens zie je bij de huisarts vanwege die medicatie grote reserve omdat het volgens hun richtlijnen beleid is terughoudend te zijn met het voorschrijven ervan." Zorgstandaarden in de beide domeinen zijn onvoldoende congruent, wil Prinsen maar zeggen. "Terwijl zeker deze patiënten optimale zorg mogen verwachten. Continuïteit in de begeleiding is dan een belangrijke factor."

En ja, in die dagelijkse praktijk is de positie van de poh-ggz nog te kwetsbaar. Prinsen constateert dat sinds het intreden van de praktijkondersteuner in 2013 het aantal verwijzingen naar de ggz niet is afgenomen. Het kabinetsvoornemen lijkt dan meer van hetzelfde. "Ik denk dat de poh-er een betere inbedding verdient. Bij een ingewikkelde casus kun je in de ggz in een multidisciplinair team overleggen. De praktijkondersteuner kan dat met de huisarts, maar die zal het, dat is heel begrijpelijk, ook gauw te complex vinden en dus doorverwijzen. Ik zou willen dat



poh-ers meer gebruik kunnen maken van de inzichten van directe collega's of andere professionals uit de ggz."

## Crux

Maar hoewel er mogelijkheden zijn de dagelijkse praktijk te verbeteren, ligt de echte kwestie volgens Prinsen elders. Wie de toestroom naar de ggz wil indammen, moet onder ogen zien dat er gezien het beschikbare aanbod te veel vraag is. "Als dat aangepakt moet worden door een grotere inzet van de eerste lijn, zoals doorklinkt in deze politieke ambitie, dan verschuif je de ervaren schaarste van de tweedelijns zorg naar de eerste lijn. Ook daar is een tekort aan mensen. Zo los je het probleem niet op."

Volgens Prinsen ligt een fundamentele vraag op tafel. Wie geef je wel zorg en welke zorg dan en wie niet? "Wie verwijst je door naar de basis of specialistische ggz, wie ondersteun je in de eerste lijn en wellicht het meest belangrijk: wie behandel je niet en kan voor die mensen iets anders geboden worden, bijvoorbeeld in het sociaal domein?"

Prinsen wil "een brede discussie" over de verdeling van de gegeven schaarste in de zorg. Natuurlijk zegt iedereen

'de juiste zorg op de juiste plek' te willen, maar volgens de psychiater zit de crux in de concrete uitwerking. "We moeten als betrokken zorgpartijen in gesprek over het verdeelvraagstuk", zegt hij. "Het grote risico van deze politieke ambitie is dat de partijen tegenover elkaar komen te staan." Prinsen ziet dat de zorg dat gesprek ingewikkeld vindt. "We willen ieder de beste zorg voor de patiënt die tegenover ons zit, maar wat dat is, bespreken we niet met elkaar, laat staan dat we het over het verdeelvraagstuk hebben. Dag gesprek moeten we wel hebben, anders krijg je dit soort zinnnetjes in een coalitieakkoord waarna iedere partij naar een ander kan wijzen."

Ik zou willen dat **poh-ers meer gebruik** kunnen maken van de **inzichten van directe collega's** of **andere professionals uit de ggz**

## Sociaal domein als partner

Wat Prinsen betreft is het sociaal domein, hoewel niet genoemd door het kabinet, een essentiële partner in dat gesprek. De focus op ziekte wordt in de gezondheidszorg stap voor stap ingeruild voor een focus op gezondheid en functioneren. "Wanneer het functioneren met een psychische beperking het vertrekpunt is, heeft het sociaal domein een belangrijke rol", zegt hij.

Prinsen is overigens niet van de school van psychiaters die zeggen dat mensen opnieuw moeten leren lijden. Hij zegt: "De emancipatie van mentale stoornissen en psychisch lijden is zeker nog niet voltooid. Dan zeg je niet dat psychisch lijden er gewoon bij hoort, dat iemand wat flinker moet zijn." Wie mentale problemen ervaart, verdient erkenning. "Vervolgens kijk je samen met de patiënt naar wat het meest passende antwoord is. Dat is vaak niet de ggz. Het kabinet heeft het over passende zorg. Dat kan ook een zelfhulpgroep zijn of schuldhulpverlening." <<

In combinatie met de inzet op passende zorg en een praktijk ondersteuner huisarts (poh-er) kan de geestelijke gezondheidszorg (ggz) zich meer richten op complexe problematiek en wordt de instroom beperkt. Aldus het nieuwe kabinet in haar coalitieakkoord. De komende maanden belichten we deze ambitie in een serie artikelen. Is het een juist voornemen? Wat is ervoor nodig? Wat zijn gezien deze ambitie interessante praktijken in het land?