



"De reflex om door te verwijzen is goed te begrijpen"

Het idee om in de eerste lijn de vraag naar de specialistische ggz in te dammen, is al negen jaar praktijk. Als het kabinet meer van de eerste lijn verwacht, moeten we volgens Henriëtte van der Horst eerst weten wat het beleid tot nog toe heeft opgeleverd.

TEKST: PIET-HEIN PEETERS FOTO: HENRIËTTE VAN DER HORST

"We willen dat al heel lang, bijna tien jaar nu." Emeritus-hoogleraar huisartsengeneeskunde Henriëtte van der Horst stapte bij het horen van het kabinetsvoornemen (zie kader, red) terug in de tijd. Met de stelselwijziging in

2013, vertelt ze, ontstond het onderscheid tussen basis ggz en specialistische ggz. Toen al was het voornemen de toestroom naar de specialistische ggz in te dammen. En ook toen al werd aan huisarts en poh-ggz een belangrijke

rol toegedicht. Van der Horst: "Het was en is een ontwikkeling waar ik helemaal achter sta. En met mij inmiddels denk ik bijna alle huisartsen. Negentig procent heeft een praktijkondersteuner ggz."

Dat het kabinet anno 2022 min of meer dezelfde ambitie als negen jaar geleden heeft, kan volgens Van der Horst betekenen dat het ontbreekt aan een analyse. Juist die is nodig omdat er al lang aan die ambitie gewerkt wordt. "Wat heeft het toen ingezette beleid opgeleverd? Ontstaan wachtlijsten in de specialistische ggz doordat de eerste lijn haar werk niet goed genoeg doet? Of zijn er andere oorzaken, bijvoorbeeld het personeelsgebrek in de ggz of de werkdruk door administratieve last?"

Van der Horst betwijfelt in ieder geval het door psychiaters als Damiaan Denys gevoede beeld dat de SGGZ te veel aanwas van mensen met 'normale' levensproblematiek heeft. Als huisarts zag ze vrouwen van in de twintig die dachten dat ze naar de psycholoog moesten omdat ze niet elke dag gelukkig waren. "Daar voer je dan een goed gesprek mee. Ik denk dat het meeste van de existentiële problematiek wordt afgevangen door competente huisartsen en praktijkondersteuners."

Grenzen in zicht

De analyse mag dan ontbreken, maar de in de afgelopen tien jaar ontstane praktijk loopt wel tegen grenzen aan, ziet Van der Horst. Net als in de ggz is de werkdruk in de huisartsenpraktijken hoog. "Dat maakt de reflex om door te verwijzen sterker. Dat is niet wat je wil, maar goed te begrijpen. Tegelijkertijd zijn er steeds minder huisartsen. Dat merk je al in een aantal regio's en over een aantal jaar in het hele land."

En niet alleen is er een tekort aan huisartsen, dat geldt ook voor praktijkondersteuners, vermoedt Van der Horst. "De toegang tot de opleiding voor ggz psycholoog is beperkt. Veel afgestudeerden willen die kant op, maar komen er niet in. Als je een grotere inzet van de poh-er wil, moet je ook hiernaar kijken."

Het gebrek aan tijd en mensen zijn niet de enige grenzen waar het sinds 2013 ontstane samenspel tussen huisarts en poh-ggz tegenaan loopt. Van der Horst ziet dat veel huisartspraktijken simpelweg te krap behuisd zijn. Een recent rapport van de Landelijke Huisartsen Vereniging toonde dat een fors deel van de praktijkhouders ruimtegebrek heeft. "De gemiddelde poh-er werkt nu een dag in de week bij een huisarts. Het is niet zo dat de kamer waar die poh-er dan werkt de rest van de week leeg staat. Stel dat je de praktijkondersteuner 2,5 dag wil laten werken, dan moet je daar ruimte voor hebben. Die ontbreekt nu." Van der Horst ziet bovendien dat patiënten die worden doorverwezen nogal eens bij de verkeerde behandelaar terecht komen. De ambitie van het huidige kabinet zou geholpen zijn met een specialist in complexe psychische problemen die één keer in de twee weken meekijkt bij

de huisarts. "Je kunt dan samen dossiers bespreken of patiënten zien. Dat helpt bij het voorkomen van onnodige verwijzingen naar de tweede lijn."

Rol sociaal domein

Elnathan Prinsen, voorzitter van de Nederlandse Vereniging van Psychiatrie, wees in zijn reactie op het kabinetsvoornemen op de rol die het sociaal domein kan spelen. Van der Horst is het met hem eens. "Het is natuurlijk bekend dat een deel van de klachten waarmee patiënten zich melden in de praktijk voortkomt uit sociale problemen. Schulden, eenzaamheid, slechte behuizing, relaties. In de huidige eerste lijn loop je het risico dat dat die problemen gepyschologiseerd worden terwijl de oplossing met name op een ander terrein ligt."

Maar dan moet dat 'terrein' voor de huisarts wel bekend en beschikbaar zijn en dat geldt des te meer voor de mensen met die problemen. "Ik vind het sociaal domein wel een lastige. Je stuurt als huisarts patiënten op dit terrein toch vaak het bos in." Van der Horst vertelt met lichte weemoed over "de wekelijkse gezamenlijke werklunch in het buurthuis van wijkverpleegkundigen, maatschappelijk werkers en huisartsen waarin besproken werd wat er speelde en wie wat zou kunnen doen." Dat contact met het sociaal werk is verwaterd "Hun werk staat ook onder druk. Ik zou willen dat je als professionals die werken in dezelfde wijk een keer in de twee weken samen casuïstiek bespreekt, maar overleggen met elkaar wordt maar beperkt vergoed. Terwijl juist zoiets kan bijdragen aan de afname van de druk op de specialistische ggz." <<



'In combinatie met de inzet op passende zorg en een praktijkondersteuner 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 Eerstelijns belicht in de komende maanden deze ambitie. Is het een juist voornemen? Wat is ervoor nodig? Wat zijn gezien deze ambitie interessante praktijken in het land? Dit is het tweede artikel in deze serie. Het eerste is het interview met Elnathan Prinsen, voorzitter van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie "Ook in de eerste lijn is een tekort aan mensen".