

Samenwerking tussen huisarts en poh-ggz in de praktijk

Tanja Veenstra

Huisarts Lilian Gruppings en poh-ggz Anita van Ingen zijn respectievelijk huisarts en poh-ggz in aanpalende praktijken in de Achterhoek. Daarnaast werken ze als kaderhuisarts en consulent ggz. Doel is de samenwerking tussen huisarts en poh-ggz in de regio beter op de kaart te zetten, nu de geestelijke gezondheidszorg steeds meer bij de huisarts terecht komt. Waar lopen zij tegenaan? Wat gaat goed en wat kan beter?

Wat is jullie rol in de transitie van de ggz, van tweede naar eerste lijn?

Gruppings: “Wij denken mee met onze regio-organisatie over hoe we die een zachte landing kunnen geven en zijn betrokken bij inhoudelijke beslissingen, bijvoorbeeld over invoering van de poh-Jeugd, vervoer van verwarde personen en wachtlijsten. We zitten aan tafel met partijen als gemeente, politie en tweede lijn. Daarbij zijn we woordvoerder voor de huisartsen en poh’s-ggz en geven aan wat voor hen wel en niet haalbaar is. We vangen ook noodkreten op van huisartsenpraktijken en koppelen zo nodig terug naar de tweede lijn. We organiseren verder scholing en intervisie voor huisartsen en poh’s-ggz. En we houden contact met de huisartsenpraktijken door ze jaarlijks te bezoeken.”

Van Ingen: “We geven ook vorm aan de consultatie, dus we regelen contracten met derden, zoals psychologen en psychiaters, met wie huisartsen kunnen samenwerken of die ze kunnen raadplegen. Een belangrijke taak die op mijn bordje ligt, is de implementatie van e-health en ondersteuning daarbij. Daar geven we regelmatig scholing over. Onze rol is kortom vooral faciliterend.”

Hoe ervaren jullie die transitie, welke geluiden komen er uit het veld?

Gruppings: “Het algemene beeld is dat de huisarts overbelast is. Die heeft het gevoel er wéér iets bij te krijgen. Daar voelen we dus veel weerstand. Maar als je een en ander in goede banen weet te leiden, levert het juist werkvermindering op. Daarom streven we sterk naar de juiste patiënt op de juiste plek. Gelukkig lukt het redelijk om dat uit te

leggen: als huisarts en poh-ggz ben je prima in staat om stabiele ggz-patiënten te begeleiden, maar als iemand een crisis heeft of de medicatie moet worden gewijzigd, dan is het van belang om korte lijntjes te hebben met de specialistische ggz. In die korte lijnen zijn we fors aan het investeren en dat begint zijn vruchten af te werpen. Wat daarbij helpt, is dat iedereen elkaar hier kent en er maar weinig ggz-partijen zijn: het is allemaal heel kleinschalig.” Van Ingen: “Mij valt op dat er veel diversiteit is onder poh’s-ggz. Het zijn allemaal professionals die prima hun rol kunnen vervullen in de huisartsenpraktijk, maar met name voormalig sociaalpsychiatrisch verpleegkundigen (SPV) hebben – vanuit hun grote kundigheid en ervaring – weleens de neiging om ‘tweedelijns’ te blijven denken.” Gruppings: “Waarbij ze zichzelf zien als aparte entiteit. Daar sturen we continu op, want zulke ontwikkelingen zijn niet wenselijk. Je hoort wel geluiden over de poh-ggz als zelfstandig beroep, maar dat lijkt ons geen goed idee: je creëert daarmee alleen een extra laag tussen huisarts en tweede lijn. De kaderhuisartsen van de PsyHAG zijn daarom druk bezig om samen met de beroepsorganisaties voor de poh-ggz te zorgen dat we samen één koers blijven varen. Je wilt geen kamers verhuren in je praktijk: je wilt dat de poh-ggz fungeert als een verlengde arm van de huisarts.”

Hoe zorg je ervoor dat je samenwoont in plaats van dat je alleen kamers verhuurt?

Gruppings: “Allereerst moet de huisarts de deur voor de praktijkondersteuner steeds open hebben staan. Dat promoten wij voortdurend, want vaak is het overleg met de poh-ggz het sluitstuk van de agenda. Juist omdat praktijkondersteuning zo’n vak is waarin je heel zelfstandig werkt. We horen overigens ook terug dat de poh-ggz zich vaak – professioneel – eenzaam voelt, vooral in de kleine praktijken. In groepspraktijken, waar meer poh’s-ggz werken, gaat dat beter.”

Van Ingen: “Essentieel is in elk geval dat huisarts en poh-ggz intensief samenwerken: ze moeten een geolied team vormen.”



Anita van Ingen: “Een goede poh-ggz is een allrounder; met een brede achtergrond en een dito blik”



Lilian Gruppings: “Het belangrijkste vind ik dat je als huisarts en poh-ggz goed bij elkaar past, een team vormt”

Foto's: Margot Scheerder

Gruppings: “Dat betekent overleg, overleg en nog eens overleg. Structureel, maar ook gewoon regelmatig tussendoor. Een tip is om in de middagpauze samen te wandelen. Je hebt meteen je beweging, het praat makkelijk en je wordt niet gestoord door de telefoon. Verder kun je de elektronische agenda gebruiken voor eenvoudige vragen: ‘Wil je meneer Jansen nog even attenderen op zijn medicijngebruik?’ Of de praktijkondersteuner schrijft: ‘Deze patiënt wil ik eigenlijk verwijzen naar de psycholoog, ben je akkoord?’ Zo weet je altijd van elkaar welke acties je onderneemt, dat werkt heel efficiënt.”

Van Ingen: “Wat daarnaast helpt, is dat we de intervisie voor poh's-ggz de afgelopen twee jaar hebben geprofessionaliseerd. Voorheen betekende dat vooral netwerken, nu werken we met groepjes van vier poh's uit verschillende huisartsengroepen en een supervisor van het NHG uitsluitend aan persoonlijke ontwikkeling. Het gaat niet langer om vragen als: ‘Heb jij nog een adres voor iemand met een verstandelijke beperking die steeds aanloopt tegen depressie?’ Daarvoor organiseren we nu aparte netwerkbijeenkomsten. Want het blijft natuurlijk belangrijk dat we elkaar goed weten te vinden en elkaars expertise kunnen aanspreken.”

Wat vind je van het huidige profiel van de poh-ggz?

Gruppings: “Welk profiel? De praktijkondersteuners in deze regio waren aanvankelijk grotendeels afkomstig uit de tweede lijn, maar tegenwoordig weten steeds meer mensen uit het maatschappelijk werk en de eerstelijns psychologie hun weg naar de huisartsenpraktijk te vinden. Dat daarmee een soort smeltkroes ontstaat, ervaar ik niet als een probleem. Integendeel, want net als de huisarts heeft de poh-ggz een basispakket te bieden. Daarbovenop komt de achtergrond en de persoonlijkheid, het soort hulpverlener dat iemand is. Verreweg het belangrijkste vind ik dat je als huisarts en poh-ggz goed bij elkaar past, een team vormt. Daarnaast zorgen scholing, intervisie en netwerkbijeenkomsten voor stroomlijning.”

Van Ingen: “In mijn ogen is een goede poh-ggz een allrounder: iemand met een brede achtergrond en een dito blik. Dat zou voor elke huisartsenpraktijk een basisvoorwaarde moeten zijn, net als – minimaal – een hbo-opleiding in de ggz en een opleiding poh-ggz. We werken intussen hard aan een professionaliseringsslag en volgen de landelijke ontwikkelingen. Zo is straks de accreditatie de poh-ggz verplicht. Daarmee zal het aantal eisen waaraan je moet voldoen zeker toenemen.”

Welke ggz-zorg hoort thuis in de huisartsenpraktijk en welke niet? Zijn daar richtlijnen voor?

Gruppig: “Landelijk zijn er wel richtlijnen, maar regionaal moeten we die nog inkleuren. Zo voeren we momenteel gesprekken met de psychiaters van het FACT-team (*Flexible Assertive Community Treatment*). Dat zijn degenen die de moeilijke gevallen krijgen. We willen een experiment doen waarbij iemand uit dat team, een sp'èr of maatschappelijk werker, meedenkt met een huisartsengroep. Een huisarts die aanloopt tegen problematiek die vragen of twijfels oproept, kan die persoon dan snel consulteren. Of voorstellen dat het FACT-team de patiënt tijdelijk in zorg neemt, totdat hij weer stabiel is. We willen snel actie kunnen ondernemen, zoals je de wijkagent kunt bellen als je hangjongeren voor je deur hebt. En dat dan graag zonder verwijfsbrieven, want dat vertraagt het proces en je weet dan niet waar je patiënt blijft. Het gaat kortom steeds om korte lijnen: alles staat of valt bij het elkaar kennen van professionals. Maar ook om het vertrouwen van de zorgverzekeraar in ons, de huisarts en poh-ggz. Wij kunnen een goede inschatting maken naar complexiteit, ernst, risico en beloop. Dat zijn precies de richtlijnen waar het om gaat.”

Van Ingen: “We hebben hier heel veel problematiek achter de voordeur en lange wachttijden voor de specialistische ggz. Tegelijkertijd is er dus die neiging van de poh-ggz om veel binnenboord te houden. Alleen daarom al is het noodzakelijk dat we duidelijker definiëren waar de grens ligt tussen wat wel en niet in de huisartsenpraktijk thuishoort. Dat is een proces waar we in deze regio middenin zitten. Gelukkig hebben we er wat generalistische basis-ggz bij gekregen. Veel problematiek kan daarheen in plaats van naar de psychiater of een andere tweedelijnsvoorziening.”

Dat moet dan wel kunnen, want je hoort veel over wachttijden in de ggz, zelfs bij de praktijkondersteuner...

Gruppig: “Ja, zelfs dat laatste komt helaas voor. Dat heeft alles te maken met de wachttijden in de specialistische en zelfs de basis-ggz: daardoor kan de praktijkondersteuner niet doorverwijzen en houdt zij patiënten langer in behandeling dan de bedoeling is (gemiddeld 5 consulten). Maar het komt ook voor dat praktijken te weinig ondersteuning inhuren. Voor huisartsen die merken dat er bovengemiddeld veel ggz-problematiek langskomt, is het de moeite waard om dat bespreekbaar te maken bij de zorggroep. Soms kan er dan wat meer worden ingekocht. Want twee weken wachttijd is wel de grens.”

Van Ingen: “Bovendien moet je altijd ruimte houden voor crisis- of spoedgevallen. En voor mensen die niet lang kunnen wachten met de intake.

Gruppig: “Ja, we moeten te allen tijde laagdrempelig blijven. Spoedgevallen zijn natuurlijk acuut en die verwijfs je meteen door naar een crisisdienst, maar je moet er wel zijn voor mensen met een tijdelijke terugval. In mijn praktijk regelen we in zo'n geval snel een 'aai-over-de-bol-gesprek'. Daarmee kun je veel ellende voorkomen; zo iemand moet je niet op een wachtlijst zetten.”

Heeft die laagdrempeligheid zelf niet ook een aanzuigende werking?

Van Ingen: “Dat denk ik wel. Ik merk dat patiënten het heel fijn vinden om snel bij de huisarts en de praktijkondersteuner terecht te kunnen. In de praktijk waar ik zelf werk zie ik mensen na jaren af en toe kort terug, want ze weten je te vinden! Dat is natuurlijk hartstikke fijn voor ze, want meestal kunnen ze snel weer zelfstandig verder. Je hoeft dan niet te verwijfsen. En daar ligt precies de kracht van de tandem huisarts-poh-ggz. Maar tegelijkertijd de valkuil. De grens daartussen moet iedere poh-ggz, samen met de huisarts, goed bewaken.”

Samenvattend: wat gaat goed en wat kan beter?

Van Ingen: “Typisch Achterhoeks is dat er bij elke verandering veel weerstand is. Maar op een zeker moment komt de omslag en dan kan het nieuwe plan niet meer stuk. Zoals Achterhoekers ook afwachtend kunnen zijn in contact met anderen, maar op een dag ben je ineens vrienden voor het leven. Zover zijn we wel: we hebben 100 procent poh-bezetting in de praktijken. En het 'kortelijnsbeleid' werkt steeds beter, zowel binnen als buiten de huisartsenpraktijk.”

Gruppig: “Wat ook goed gaat, is de intentie van alle partijen om samen te werken: we weten elkaar te vinden. Wat beter kan, is de mindset van huisartsen. Het moet tot ons doordringen dat we veel meer kunnen betekenen voor de ggz dan we zelf denken. Dat is echt een verbeterpunt. Gelukkig zie ik dat jonge huisartsen de ggz meer als onderdeel van het huisartsenvak beschouwen. Een ander verbeterpunt is de communicatie in het verwijfsen en terugverwijfsen. We moeten af van die verzuiling en de verplichte screeningslijsten in de specialistische ggz. Die blokkeren niet alleen de doorstroom, maar demotiveren patiënten en hulpverleners. Bovendien is ggz-zorg niet het soort zorg dat je kunt of wilt meten. Sowieso zitten de voorwaarden en de papierwinkel in de weg, want zowel in de eerste als de tweede lijn willen mensen echt wel, maar zijn ze vaak aan handen en voeten gebonden. Terwijl we het hier hebben over een heel kwetsbare groep mensen, die je snel wilt kunnen helpen.”

Nog een tip?

Van Ingen: “Tegen de poh's-ggz zeg ik: schroom niet om te blijven vragen en delen. Houd contact met je huisarts en collega-poh's en voorkom dat je een eilandje wordt!”

Gruppig: “Huisartsen, wees niet bang voor de ggz. Het is een interessant vakgebied en het hoort absoluut bij ons werk, dus houd vooral de regie!” ■

Lilian Gruppig is zelfstandig gevestigd als huisarts in Aalten en is daarnaast kaderhuisarts ggz. Anita van Ingen is poh-ggz in een huisartsenpraktijk in Lichtenvoorde, met gezondheidswetenschappen als achtergrond [specialisme: arbeid en gezondheid], en is daarnaast consulente ggz. Beiden werken een dag per week voor de coöperatie HuisartsenZorg Oost-Achterhoek [HZOA], die valt onder de regio-organisatie HuisartsenOrganisatie Oost-Gelderland [HOOG].