

EINDELOOS GEPINGPONG MET PATIËNTEN MOET STOPPEN

Voer de acceptatieplicht ook in de ggz in

Huisartsen moeten vaak vele uren leuren met ggz-patiënten die om allerlei redenen tussen de wal en het schip vallen. Een acceptatieplicht – zoals ook in de curatieve zorg bestaat – lost dit op.

Ggz-instellingen weigeren geregeld mensen met ernstige psychiatrische aandoeningen in behandeling te nemen. Het gaat dan vaak om mensen met complexe psychiatrische multimorbiditeit waar weinig eer aan te behalen valt. De ggz heeft het recht dit te doen, maar patiënten blijven door dit beleid in de kou staan. De eerste lijn moet onnodig leuren met zieke mensen. De maatschappij draait op voor extra kosten en overlast.

De oplossing is acceptatieplicht met gestructureerd overleg tussen de instellingen en verwijzers. Een belangrijk onderdeel daarvan is een bindend advies een patiënt te accepteren.

Casus

Een 40-jarige man heeft een posttraumatische stressstoornis en een niet nader omschreven persoonlijkheidsstoornis. Zijn klachten zijn ontstaan nadat hij betrokken is geweest bij een vuurgevecht met de politie. Hij is daarbij gearresteerd en is later veroordeeld. Na vrijlating staakt hij zijn criminele activiteiten. Hij heeft last van angsten en nachtmerries die verband houden met deze gebeurtenis. Ze belemmeren hem zijn leven verder op de rit te krijgen. Twee instellingen weigeren hem te behandelen, omdat zij zeggen de benodigde expertise te missen. Een toelichting of advies over geschiktere verwijzing geven zij niet. Na veel telefonisch overleg lukt het eindelijk een ggz-instelling te vinden. Na therapie voor PTSS gaat het aanzienlijk beter.

Gevolgen

Huisartsen hebben regelmatig te maken met ggz-instellingen die verwezen patiënten afwijzen. Het gaat in de regel om mensen met

niet vrolijk makende combinaties van diverse verslavingen, lichte verstandelijke beperking, chronische depressie, schizofrenie en antisociale of borderlinepersoonlijkheidsstoornissen. De argumentatie voor de afwijzing luidt meestal dat ‘onze instelling zich richt op mensen met aandoening A, maar geen expertise heeft in aandoening B’. Vervolgens wordt de patiënt aan zijn lot overgelaten. Advies over welke instelling dan wel de benodigde expertise heeft, ontbreekt. Volgens de regels kan dit allemaal: de ggz kent geen acceptatieplicht.

De gevolgen van deze gang van zaken zijn groot, in de eerste plaats voor de patiënt zelf. Deze gaat gebukt onder een ziektelast waarvoor wellicht een goede therapie is. Ook voor de samenleving zijn de consequenties aanzienlijk. De psychiatrie is trots op een groot aantal effectieve behandelingen, maar onthoudt deze tegelijkertijd aan mensen die daar baat bij zouden kunnen hebben. De patiënt van de casus overwoog terug te keren naar het criminele circuit. Hij hoopte dat hij met het fortuin dat hij zou gaan verwerven, voor altijd gelukkig zou worden. Dat leek hem effectiever dan hulpverleners die ‘het beste met hem voor hadden, maar in deze specifieke situatie helaas niets konden doen’.

Maar ook de eerste lijn is slachtoffer van deze situatie. Het is demotiverend dat mensen met ernstige klachten geen hulp kunnen krijgen, terwijl die er wel is. In de somatische gezondheidszorg is zoiets ondenkbaar. Een patiënt die voor buikpijn verwezen wordt naar de chirurg, gaat probleemloos naar de gynaecoloog, als dat nodig is. Uit een enquête van Het Roer Moet Om bleek dat een huisarts drie uur per week bezig is met nabellen van ggz-instellingen om patiënten verwezen te krijgen. Dat is bijna een dagdeel, dat veel beter besteed had kunnen worden.¹

Onverwijsbaar

De oorzaken van deze misère moeten we zoeken in de financiering van de ggz, de kenmerken van de moeilijk verwijsbare patiënt en de toenemende specialisatie van de ggz-instellingen.

De vergoeding voor de behandeling van eenvoudige zorg is relatief hoog, terwijl die voor complexe patiënten tekortschiet.²

Ggz-instellingen zijn daarom niet geneigd complexe patiënten te accepteren.

Ook de kenmerken van de moeilijk verwijsbare patiënt spelen een



ROOS KOOLE/ANP

Patiënten met de kenmerken *young, attractive, verbal, intelligent, successful* krijgen makkelijker toegang tot de geestelijke gezondheidszorg.

rol. William Schofield, grondlegger van de klinische psychologie, onderscheidde mensen met de kenmerken YAVIS (*young, attractive, verbal, intelligent, successful*). Het is bekend dat deze categorie makkelijker toegang krijgt tot geestelijke gezondheidszorg en daar ook met meer succes behandeld wordt. Dat is begrijpelijk: een behandelaar kan met geringe inspanning in korte tijd een goed resultaat halen. Wie geen YAVIS-kenmerken heeft, is in het algemeen slechter verwijsbaar. De ggz-behandelaar zal met meer inspanning een minder goed resultaat behalen, met bovendien een risico voor zichzelf. Pederson vond in haar onderzoek in Denemarken dat huisartsen in achterstandswijken meer kans hadden op burn-outklachten.³ Hiermee ontstaat een vicieuze cirkel waarin hulpverleners burn-out raken van hun patiënten, die vervolgens geen hulp kunnen krijgen voor hun problemen. Tot slot is er de tendens van ggz-instellingen om zich op één soort aandoening te richten. In de hele ggz komt multimorbiditeit veel

Ggz-instellingen willen zich op één soort aandoening richten

voor. Moeilijk verwijsbare patiënten lijden daar altijd aan, zodat de ggz-instellingen een prima extra handvat hebben om ze buiten de deur te houden. Ze gaan vrijuit omdat acceptatieplicht en nazorg ontbreken. Beeres beschreef dit probleem al in 2017.⁴ Er is daarna niets veranderd.

Structureel overleg

Er zal iets moeten veranderen om de nu onverwijsbare patiënten een passende behandeling in een ggz-instelling te bieden. Dat zal in ieder geval een acceptatieplicht moeten zijn. Het is te gek voor woorden dat die in de ggz niet bestaat. In de somatische gezondheidszorg bestaat zo'n plicht al jaren en dat werkt goed. Om dit in de ggz vorm te geven moet er regionaal een structureel overleg komen om afgewezen patiënten te bespreken met vertegenwoordigers (met mandaat) van ggz-instellingen. In dit overleg worden de beschikbare behandelmogelijkheden besproken, waarna een van de deelnemers de patiënt zal moeten accepteren. Hiermee voorkom je het eindeloze gepingpong met ernstig zieke mensen. De beschikbare zorg komt daarmee terecht bij wie deze het meest nodig heeft. Dit idee krijgt steun uit onverwachte hoek: Jacobine Geel, voorzitter van GGZ Nederland, pleit voor een collectief waarin ggz-aanbieder, huisarts en een wijkteam bij elkaar zitten om de beste verwijsmogelijkheid te bespreken.⁵ Overheden en verzekeraars zullen hiervoor hun geloof in markt-

werking in de gezondheidszorg moeten relativeren. Voor de moeilijk verwijzbare patiënt heeft de markt namelijk geen oplossing. Een regionaal samenwerkingsverband heeft meer te bieden. Instellingen kunnen daarin beter met elkaar samenwerken in plaats van te concurreren. Ze kunnen van elkaars expertise gebruikmaken in plaats van hun specialisatie te gebruiken om verwezen patiënten af te wijzen.

Voor huisartsen is dit geen taak erbij, al kan dat zo lijken. Als we al drie uur per week bezig zijn vruchteloos rondbellen voor complexe ggz-patiënten, dan kunnen we die tijd beter besteden aan gestructureerd overleg. Van doelloos rondbellen is nog nooit iemand beter geworden, van goed overleg wel. ■

contact

h.m.kole@planet.nl
cc: redactie@medischcontact.nl

web

De voetnoten en meer over dit onderwerp vindt u bij dit artikel op medischcontact.nl/artikelen.



**LEER EEN
OPINIESTUK
SCHRIJVEN
IN 3 AVONDEN**

DE DOKTER IN DE PEN

Stichting Dokters in Debat organiseert voor de tweede keer in samenwerking met Medisch Contact: De Dokter in de Pen. Een schrijftraining van drie avonden waarin deelnemers leren hoe zij een goed opiniestuk kunnen schrijven. De vorige aflevering werd gewonnen door huisarts Henk Kole, wiens artikel op deze pagina's is afgedrukt.

Dit voorjaar wordt de schrijftraining weer georganiseerd. Tijdens de cursus schrijft u een opiniestuk over een stelling. De stelling geeft u bij inschrijving al op, denk hier dus alvast goed over na! Ook dit jaar verschijnt het beste artikel uit de cursus in Medisch Contact.

Schrijf nú in via doktersindebat.com

PRAKTIJKPERIKEL

WINTERWONDERLAND

Op een donderdagmiddag, 16.00 uur, bellen haar ouders in paniek op: hun dochter (12) voelt sinds een kwartier plots haar benen niet meer en kan inmiddels niet meer lopen. Ik ken het gezin nog niet, besluit tot een spoedvisite en stof onderweg mijn neurologische kennis af. Guillain-barré, een ruggenmerginfarct, of...?

De zorgelijke blikken van de ouders staan in schril contrast met die van de dochter. Wat laconiek bevestigt ze dat haar benen het niet meer doen. Mijn lichamelijk onderzoek kan er niets anders van maken: volledige sensibele en motorische uitval van beide benen, hoewel het patroon mij niet bekend voorkomt. Vanuit de woonkamer overleg ik met de kinderarts, terwijl ik vanaf de zevende verdieping over Amsterdam uitkijk.

Op de SEH bevestigt de kinderarts het vermoeden: uitval zonder anatomisch substraat. Geen beeldvorming, geen labonderzoek, geen vervolg op de polikliniek. Diezelfde avond zit het gezin weer thuis met een heleboel vraagtekens. Wat nu?

Diezelfde vraag stel ik mijzelf de volgende ochtend. Wat volgt is een lange zoektocht naar hulpverleners met kennis van zaken die zich maar moeizaam laten mobiliseren. De kinderpsycholoog van het Ouder- en Kindteam wordt ingeschakeld, er volgt overleg met de kinderpsychiatrie, er wordt verwezen naar de specialistische ggz. Er wordt gegraven naar mogelijke verklaringen, van onderliggend autisme tot een dysfunctionele relatie met de ouders, maar er komt teleurstellend weinig boven. Of en wanneer dochter weer gaat lopen, is volstrekt onduidelijk. Inmiddels hebben ouders maar een rolstoel aangeschaft.

Na ruim een maand is het gezin wat meer gewend aan de nieuwe realiteit. De zorg is goed op de rit: er zijn frequente gesprekken met de psycholoog van het Ouder- en Kindteam, de psychosomatisch fysiotherapeut komt wekelijks langs. Die daagt uit en laat dochter met een truc ervaren hoe het voelt om weer te staan. Ik zie het gezin elke twee weken op mijn spreekuur om eventuele vooruitgang te monitoren. We parkeren de grote vragen, investeren in de vertrouwensband en hebben vooral geduld. Beetje bij beetje zijn er signalen dat er wat functie terug lijkt te komen.

Drie maanden later, Nederland is in 24 uur tijd veranderd in een Winterwonderland.

Vader en dochter vertellen uitgelaten op het spreekuur: het uitzicht thuis was adembenemend. Dochter zag de sneeuw buiten, en er verscheen een blik in haar ogen die vader nog nooit gezien had. Haar benen begonnen te tintelen, ze wiebelde haar tenen, stond op en liep zo naar buiten de sneeuw in.

Heeft u ook een perikel?

Stuur uw verhaal naar redactie@medischcontact.nl