



PATIENT

**TUSSEN
WAL
EN
SCHIP**

Hoe gebrek aan samenhang
vooral de kwetsbare patiënten treft

COLUMN
JOOST ZAAT

Huisartsen hebben last
van het disfunctioneren
van de rest van de zorg

ARBEIDSMARKT

'Personeel apotheek draait op voor
marktwerking zorg'

Huisartsenpost Houten
dicht door een tekort aan
triagisten

Ziekenhuizen werken inefficiënt en
zijn slecht gefinancierd, meent Wink
de Boer. Ze moeten zich specialiseren,
afdelingen afstoten en beter
samenwerken.

Zorgverleners ervaren de zorg als meer
versnipperd dan patiënten, die op hun
beurt kritischer zijn over de
persoonlijke benadering in hun zorg.

<

rouw

Aanbevelingen GGZ

Het moet anders, zegt
KPMG: anders loopt de
ggz vast

Patiënten herstellen
beter als iemand naar ze
luistert. Hoe krijgt dat
een plek in de zorg?

**DE GROENE
AMSTERDAMMER**

Onderzoek
Personeelstekort in de zorg

**Wie luistert er nog naar de
verpleegkundigen?**

Het personeelstekort in de zorg groeit. En dus wordt er
mensen te werven en op te leiden. Maar hoe zinvol is
afhaken omdat het werk vies tegenvalt?

Nieuws Zorg

Zorg in de zomer: geen bedden
meer en korter douchen door
personeelstekort

ZORG

'Stijgende personeelskosten
financieel risico voor
verpleeg- en thuiszorg'

**'Zorgaanbieders werken
nog onvoldoende samen
in de regio'**

De overheid moet niet
terugtrekken, maar
optreden in de
ziekenhuiszorg

EXPERT

Huisartsenzorg komt
in de gevarenzone

Expert | Pauline Meurs

Als het kaartenhuis
van de 85-plusser
thuis instort

Ouderenzorg Wie zorgt er voor de
groeïende groep 80-plussers? De
kinderen wonen ver weg, er zijn te
weinig verpleegkundigen en
verzorgenden. 'Er staan ook bedden
leeg. Niet omdat er geen wachtlijst is,
maar omdat we het niet meer
georganiseerd krijgen.'

Toch werken op je vrije
dag

Personeelstekort in de zorg

Ziekenhuis MST in Enschede nam een
week geen nieuwe patiënten op. Deze
zomer is duidelijk hoe kwetsbaar

**Podkreet in 'Nieuwlich
huisartsentekort dreigt
evens te kosten'**

tsen r... foute door tijdgebrek; maandag, 22.55 uur, NPO 2

Populair ziekenhuis
het te goed

Zorgverzekeraar Het Ikazia is zo in trek dat de zorg die verzekeraar VGZ
voor dit jaar inkoft, al op raakt. Artsen moeten patiënten doorverwijzen.

Zo lok je een huisarts
naar de regio

Gezondheidszorg De provincies
buiten de Randstad kampen met een
tekort aan huisartsen. Om die aan te
trekken, wordt van alles aangeboden:
van taalcursussen en wellness tot
werkvakanties met een huisje erbij.

op in de zorg is
1. Hoe houd je
verpleegkundigen
hinnenboord?

EXPERT
Goede geestelijke gezondheidszorg draait
om kennis delen en samenwerking

PATIE TUSSEN WAL EN SCHIP

**Hoe gebrek aan samenhang
vooral de kwetsbare patiënten treft**

Inhoud

	Inleiding: <i>Stem geven aan een stille ramp</i>	5
<i>Hoofdstuk 1</i>	<i>Van eiland naar eiland</i>	9
	Van kastje naar de muur	9
	En zo belandt de patiënt weer op mijn bordje	13
	Het moet toch niet zo moeilijk zijn...?	20
<i>Hoofdstuk 2</i>	<i>In het vacuüm van verantwoordelijkheid</i>	26
	Hoe ver gaat mijn verantwoordelijkheid?	26
	Thuis gaat het niet langer	34
<i>Hoofdstuk 3</i>	<i>Aan alles tekort</i>	40
	De organisatie doet het op het tandvlees	40
	Het verkeerde medicijn	46
	Allemaal extra werk door die wachtlijsten	50
	Bijlage 1: <i>Pamflet Zorg voor Samenhang!</i>	57
	Bijlage 2: <i>Het Manifest van de Bezorgde huisarts</i>	59
	<i>Colofon</i>	63

Inleiding

Stem geven aan een stille ramp

In hun spreekkamers zien de huisartsen van Nederland de stille ramp die zich in de samenleving voltrekt. Nauwelijks waarneembaar voor de buitenwereld, maar voor elke huisarts inmiddels aan de orde van dag. Duizenden kwetsbare ouderen, chronisch zieken met meerdere aandoeningen en jongeren met geestelijke problemen kunnen niet doorverwezen worden naar passende, juiste zorg van andere professionals om de huisarts heen. En blijven daardoor steken in de huisartsenzorg.

Geen plotseling opdoemend, nieuw probleem. Al tien jaar geleden signaleerden zorgverleners een groeiend gebrek aan samenhang in de zorg. Recent onderzoek onder onze eigen achterban (8400 collega's) laat zien dat praktisch elke huisarts (97%) bijna dagelijks (gemiddeld zes keer per week) tegen het compleet vastgelopen doorverwijzingssysteem aanloopt.¹ Een kwetsbare patiënt met complexe klachten verwijzen naar instanties waar hij verder geholpen kan worden, stuit in de dagelijkse praktijk heel vaak op onderbezetting, competentie- en verantwoordelijkheidsdiscussies, nog verder doorverwijzen en nog meer administratie. Energievretende en frustrerende inspanningen, die huisarts en team, zo laat ons onderzoek zien, gemiddeld 3 nodeloze uren per week kost. Om dan - om welke reden dan ook - de patiënt binnen de kortste keren weer terugverwezen te krijgen...

Inmiddels is de situatie onhoudbaar. Onhoudbaar voor de patiënt, die vaak vele maanden en soms meer dan een jaar op passende zorg moet wachten, met schrijnende situaties als gevolg. Onhoudbaar voor de huisarts, die veel te veel tijd kwijt is met soebatten, leuren

¹ Zie voor overzicht uitkomsten huisartsenenquête (november 2019): www.hetroermoetom.nu

en administreren voor deze groep patiënten en daardoor minder tijd en aandacht heeft voor de andere patiënten in zijn wachtkamer. Maatschappelijk onhoudbaar, omdat de gevolgen van die aanhoudende, ernstige gezondheidsproblemen bij deze groepen dagelijks in de samenleving gevoeld worden. En principieel onhoudbaar – zo vindt Het Roer Moet Om – omdat een beschaafd en rijk land als Nederland de zwaksten in haar samenleving niet zo schijnbaar achteloos aan hun lot over kan laten.

Daarom gaf Het Roer Moet Om afgelopen zomer al een noodsignaal af. In het pamflet ‘Zorg voor Samenhang!’ (zie Bijlage 1) roepen we alle betrokken partijen – politiek, zorgverzekeraars, en onszelf als zorgverleners – op om de samenhang in de basale zorg tussen huisarts en ‘omliggende’ zorginstanties in ere te herstellen. Al die instanties – de wijkverpleging, de spoedeisende hulpposten van ziekenhuizen, de geestelijke gezondheidszorg, de gemeentelijke jeugdzorg, de verpleeghuiszorg – zijn de afgelopen jaren op eilanden komen te staan. Niet uit onwil of onkunde, maar door verkokerde aansturing en financiering, door schrijnende capaciteitsproblemen, door kortzichtig en karig personeels- (wervings) beleid en bezuinigingen. En niet in de laatste plaats omdat de zorg de afgelopen decennia doordeesemd is van concurrentie denken: marktwerking is troef, niet samenwerking. Laat staan samenhang.

Terugbrengen van die samenhang kent geen eenvoudige oplossingen, daar zijn we van overtuigd. Sterker: het vraagt om oplossingen die de reikwijdte van onze spreek- en wachtkamers te boven gaan. Om de oplossingen helder te krijgen en aan te kunnen kloppen bij Kamer, kabinet, verzekeraars en zorgverleners hebben we denk- en actiekracht van de zorg in de volle breedte nodig. Half december brengen we die denkers en doeners bijeen op de Spaanse Trap in Den Haag om in de scherpte van een debat met elkaar te komen tot de essentie van wat er moet gebeuren.



Maar het roer omgooien begint bij die stille ramp een stem geven. Wat gaat er dag-in-dag-uit mis in de huisartsenpraktijk? Tegen welke frustratie en machteloosheid lopen huisarts en patiënt aan? We vroegen het aan onze achterban en ontvingen binnen enkele weken honderden mails met schrijnende voorbeelden. Dit boekje is een bloemlezing uit die misstanden. Zoals we ook in het voorjaar van 2015 de strijd aanbonden met de verstikkende bureaucratie in de huisartsenzorg door alledaagse praktijkervaringen te bundelen, te publiceren en aan politiek en zorgverzekeraars aan te bieden. Het bleek de start van een steeds breder en ingrijpender gevecht tegen het bureaucratische spook in de zorg, een gevecht waarin tot op de dag van vandaag resultaat geboekt wordt. Zo geven we

nu stem aan de stille ramp die juist de kwetsbare patiënten in onze praktijk raakt. Opdat die niet meer tussen wal en schip blijven vallen, maar straks in een geoliede samenwerking tussen huisartsen en collega-zorgverleners snel en samenhangend de zorg krijgen die ze nodig hebben.

*Actiecomité Het Roer Moet Om
Haarlem, november 2019*

Hoofdstuk 1

Van eiland naar eiland

Steeds meer lijken zorgverleners beland op hun eigen eilanden, met hun eigen regels, mogelijkheden en tekorten. Met alle frustraties van dien, bij patiënt en arts. In alle praktijkverhalen die huisartsen ons toestuurd vormen het eindeloze bellen, terugbellen, nogmaals beargumenteren en weer opnieuw beginnen de rode draad. Het gevoel continu 'van het kastje naar de muur' gestuurd te worden. Het gevoel om als huisarts, de spil in de basale zorg, ook altijd degene te zijn die de problemen weer op zijn bord krijgt. En *en passant* ook de taken oppakt die anders blijven liggen.

Van kastje naar de muur

Een 84-jarige blinde vrouw, met alcoholverslaving en een psychiatrische voorgeschiedenis, ligt dagelijks in haar eigen diarree. De uren zorg die zij thuis krijgt zijn ruim onvoldoende. Zeer schrijnende situatie, waar ik wakker van lig. Een verpleeghuis was acuut noodzakelijk. Maar geen enkel huis was bereid haar op te nemen: "Alcoholverslaving kunnen wij niet aan." "Ons huis is niet veilig voor blinde personen" (zij is bedlegerig!). "Psychiatrie valt buiten onze expertise." "Als iedereen haar weigert zal er wel iets niet kloppen aan de aanmelding." Een korte bloemlezing van de redenen waarom zij geweigerd werd. Drie weken lang dagelijks gebeld met verschillende partijen! De wanhoop nabij. Extra thuiszorg was niet mogelijk vanwege personele problemen. Mevrouw belde dagelijks in de avond en nacht ambulances als zij in paniek raakte. Na dreigen met meldingen aan inspectie en inschakelen van de burgemeester werd zij een week geleden dan eindelijk opgenomen in een

verpleeghuis 100 km verderop. Een zeer treurige en frustrerende geschiedenis.

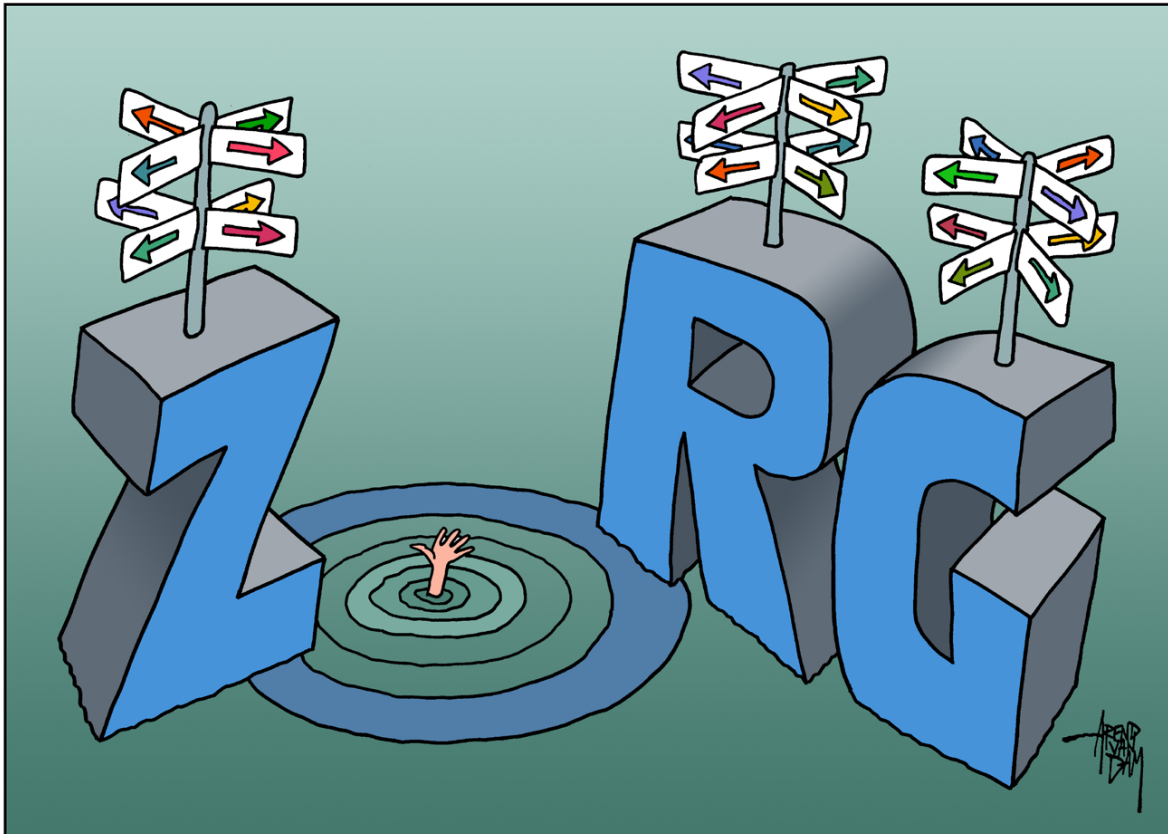
Een huisarts uit Leusden

Een jongen van 16 jaar heeft trauma's uit zijn eerste levensjaren, die zich uiten in somberheid, automutilatie en suïcidaliteit. Zijn pleegouders kunnen hem voor hun gevoel geen veiligheid meer bieden. Hij zal elders moeten gaan wonen met meer begeleiding. De voogd heeft meer dan 30 instellingen en organisaties gebeld, binnen en buiten de regio, maar niemand heeft plek. De dagbehandeling is wegbezuinigd in de regio, maar ook buiten de regio is er geen GGZ-behandel-groep meer voor jongens zoals hij. Jeugdzorg instellingen willen hem niet opnemen gezien de psychiatrische klachten, de licht verstandelijke beperking en ook past hij niet in een groep met vooral gedragsproblemen.

Het is een schrijnend voorbeeld dat helaas niet op zichzelf staat. Huisartsen en buurtteams zien steeds meer ernstige psychiatrie onder jongeren. Het is frustrerend dat het steeds vaker niet lukt passende zorg te kunnen bieden of te vinden. En als het is gevonden, dan is er meestal weer een lange wachtlijst. Inmiddels is er na ruim 3 weken intensief zoeken een plek voor deze jongen gevonden. Gelukkig ook nog in de regio. Hierdoor nemen de suïcidale gedachten en het automutilerend gedrag wat af. Ik moet er niet aan denken wat er anders zou zijn gebeurd.

Een GGZ-behandelaar, regio Gouda/Den Haag

Crisis met een dementerende patiënt. Gebeld met GGZ-ouderen-crisisdienst. Die vertellen mij: "Hij heeft al een indicatie voor opname in een instelling met beschermd wonen en intensieve dementiezorg, dus de instelling die zijn voorkeur had is verantwoor-



delijk”. Gebeld met deze instelling: “Nee hoor, zo werkt het niet. Wij kunnen een vraag uitzetten, maar verder moeten de familie en de huisarts het regelen.” Dit gedoe, deze tegenstrijdige uitleg en het terugkaatsen kost mij elke keer uren werk, tijd die ik graag aan andere patiënten zou willen besteden. De ellende is, dat wij ons verantwoordelijk voelen, omdat het onze patiënten zijn, die je niet in de kou wilt zetten, en bovendien is de familie óók patiënt bij me. Maar ik doe er steeds minder aan mee. Als ik geen NEE zeg, blijft het regionale kampioenschap schuttingwerpen mij als verliezer kennen.

Een huisarts uit Sprang-Capelle

Ik kan nog wel tien voorbeelden opnoemen, maar dit is er één die nu speelt. De hele middag bezig geweest met een speedopname

verslavingszorg. Van kastje naar de muur, nergens plek, eigen behandelaren helpen niet meedenken en verwijzen steeds verder. Al twee dagen meer dan 5 uur mee bezig geweest naast mijn dagelijkse praktijkvoering.

Een huisarts uit Nieuw-Vennep

Ik ben inmiddels twee dagen bezig om een meneer opgenomen te krijgen op een tijdelijk bed in een zorginstelling. Thuis loopt het van geen kant. Omdat hij smetvrees heeft en in het verleden een psychose heeft gehad, zou hij niet passen op een somatische afdeling en moet hij op een psychogeriatrische afdeling opgenomen worden. Daar zijn nog minder bedden, en bovendien is dit een meneer die daar niet hoort (mening huisarts doet er blijkbaar niet toe). Misschien is er nu voor aanstaande dinsdag een plaats. Dan zijn we een week verder! Deze acties komen naast ons “gewone werk” en worden dus vooral op vrije dagen geregeld. En zoals bij alles: als wij het niet doen, doet niemand het voor deze mensen, die toch al een beperkt zorgsysteem hebben.

Een huisarts uit Rotterdam

Een 36-jarige zwakbegaafde, autistische man is in verband met een psychotische episode opgenomen geweest bij GGZ-instelling X hier in de regio. Hij heeft hier nare herinneringen aan overgehouden. Uiteindelijk is hij in een begeleid wonen-instelling terecht gekomen waar hij in rustiger vaarwater kwam. Tot ik via zijn moeder en begeleiders hoor dat hij niet meer naar zijn sociale werkplek gaat, hij wast zich niet, eet ongezond en lijkt weer psychotisch. Ik merk inderdaad weer forse achterdocht en visuele hallucinaties bij hem. Hij is zich hier bewust van, maar geeft aan erg bang te zijn om terug te moeten naar de GGZ-instelling X. Ik vertel dat ik ga

proberen een andere instantie te benaderen, maar lukt dat niet dan is hij akkoord om alsnog naar GGZ-instelling X terug te gaan. Na overleg met de zes (!) andere instanties in de omgeving die specialistische GGZ bieden blijkt dat zij allemaal geen passende zorg kunnen bieden en verwijs ik hem alsnog naar instelling X. Na mijn uitgebreid toegelichte verwijzing word ik gebeld door de secretaresse van het intake-team van de instelling: waarom ik deze meneer naar hen verwijs? Wat is eigenlijk zijn hulpvraag? En waarom helpt de begeleid wonen-instelling hem niet? Ik leg het uit. De secretaresse vertelt mij doodleuk dat als de patiënt geen hulpvraag heeft ik voor deze “sociaal maatschappelijke problematiek” maar hulp via de begeleid wonen-instelling moet inschakelen! Ik leg uit dat die organisatie geen psychiaters in dienst heeft en dat ik niet bekwaam ben om hem de juiste psychiatrische medicatie voor te schrijven. De secretaresse heeft daar geen boodschap aan en weigert mijn verwijzing te accepteren. Ik bel opnieuw en verzoek een psychiater te spreken. Na uitleg van het hele verhaal geeft hij aan dat mijn patiënt beoordeeld zal worden. Hij is over twee maanden welkom voor een intake...

Een huisarts uit omgeving Eindhoven

En zo belandt de patiënt weer op mijn bordje

Eén van de meest zware onderdelen van het huisartsenvak voor mij is dat patiënten met een ernstige ziekte, bij wie het niet lukt in specialistische zorg te komen, toch onder mijn verantwoordelijkheid blijven vallen. De huisarts wordt nooit van zijn zorgplicht ontslagen, terwijl het onze pet soms ver te boven gaat. Denk aan een crackverslaafde jongeman met zeer ernstige gewichtsverlies en soms suïcidaliteit, maar onvoldoende voor de GGZ, want ‘eerst de verslaving aanpakken’. Uren en uren bellen met verschillende verslavingsinstanties, na een halfjaar leuren is er eindelijk een

afpraak. Nadat deze ernstig zieke man vervolgens eenmalig niet komt opdagen, volgt direct een briefje dat hij niet gemotiveerd is, de verantwoordelijkheid van de verslavingszorg stopt en wordt hij weer overdragen aan de huisarts...

Een huisarts uit Haarlem

Een patiënt, veertiger, zwakbegaafd, depressief en suïcidaal, gaat wonen in een zorginstelling in Hardenberg. De behandelende instelling waar hij verbleef, elders in Twente, schrijft een overdracht met o.a. advies aanmelding bij de GGZ. *Actie door huisarts*. De GGZ-instelling weigert behandeling in verband met een licht verstandelijke beperking. Advies: verwijzen naar één van de twee andere instellingen in de regio voor mensen met verstandelijke beperking. *Actie door huisarts*. De eerste meldt: niet de juiste plek, ze doen geen ambulante begeleiding van volwassenen. Naar de volgende instelling. *Actie huisarts*. De tweede: wil weten onder welke wet de indicatie valt (WLZ of ZV). Zij behandelen alleen patiënten tot een IQ van 85, mogelijk is mijn patiënt “te goed”. Wat nu...? De zorginstelling waar hij nu woont moet aan de slag met de indicaties. Inmiddels heb ik de vraag ook bij de gemeente neergelegd. Deze hele situatie heeft mij veel tijd gekost. Niemand binnen de GGZ en de zorg voor verstandelijk beperkten lijkt zich (mede)verantwoordelijkheid te voelen. Die wordt steeds netjes teruggegeven aan de huisarts.

Een huisarts uit Hardenberg

Wij krijgen echt over van alles uit het ziekenhuis opdracht om te controleren. Iedere aandoening die chronisch kan worden: huidafwijkingen, sclerose, na maagverkleiningsoperatie, de ziekte van Crohn (“Wilt u even twee keer per jaar lab prikken?”). Ik kan een

kwart van mijn tijd vullen met controles uit de tweede lijn (het ziekenhuis). Ik ben geen controle-instantie, het grote volume aan controles maakt dat ons gewone werk soms in de verdrukking komt.

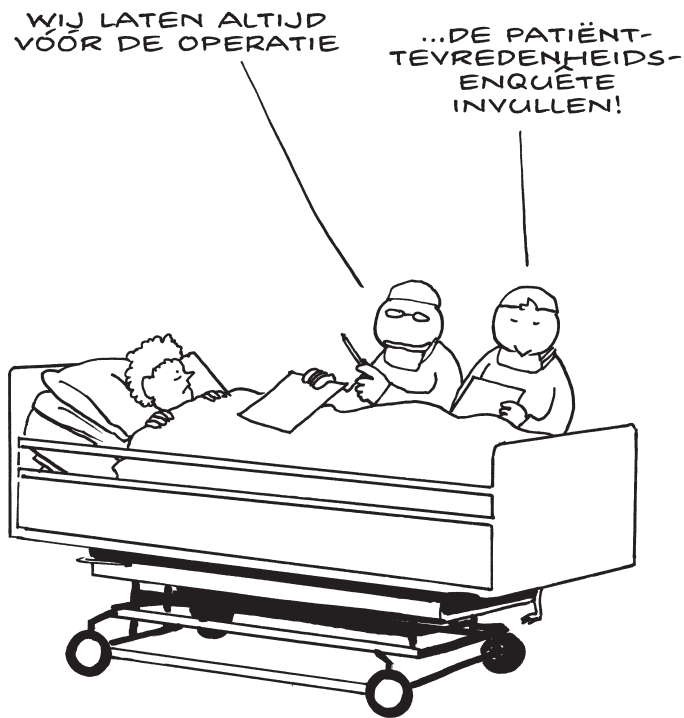
Een huisarts uit Assen

Vrijdagmiddag werd ik gebeld door de arts assistent neurologie van een academisch ziekenhuis in onze regio. Een patiënt van onze praktijk is er opgenomen na een val, waarschijnlijk vanwege een groeiende hersentumor. Ze lag inmiddels in coma. De assistent gaf aan dat hij de patiënt op zaterdag met 24-uurszorg naar huis wil laten gaan. Tevens omdat de familie de wens heeft dat de patiënt thuis komt te overlijden. Of onze praktijk de zorg thuis kon overnemen en of iemand hem zaterdagmiddag thuis kon komen bezoeken. Ik gaf aan dat ik vanwege de zomervakantieperiode de enige beschikbare huisarts van de praktijk ben. En dat ik die zaterdagmiddag dienst heb op de huisartsenpost, waardoor een bezoek op zaterdagmiddag niet gaat lukken. Bovendien: 24-uurszorg geregeld te krijgen in deze vakantie periode is lastig. Is het niet verstandiger het ontslag toch uit te stellen tot na het weekend? We spraken af dat ontslag op zaterdag alleen mogelijk zou zijn als alles goed geregeld was: 24-uurszorg, alle benodigde materialen en een schriftelijke overdracht naar de huisartsenpost (HAP).

Zaterdagochtend bij aanvang van mijn dienst meteen gevraagd of er al bericht binnen was gekomen over deze patiënt. Nee dus. Een uur later kwam er een verzoek aan de HAP om materialen bij de apotheek te regelen. De dienstdoende visitearts had gelukkig even geen visites staan en kon langs om de situatie in kaart te brengen. Er bleek géén afzuigapparatuur, katheterzakken, incontinentiemateriaal, geen pleisters tegen het transpireren of andere materialen geleverd te zijn. De visitearts heeft zijn ongenoegen geuit bij het ziekenhuis over de hele situatie en is ruim een uur gebleven.

FOKKE & SUKKE

SCOREN IN DE RANGLIJSTEN



RGvT

Wat bovenstaande casus zo schrijnend maakt, is dat de familie zich thuis niet rustig heeft kunnen wijden aan het afscheid van de patiënt, omdat er nog zo veel geregeld moest worden. De brief over het ontslag van patiënt uit het ziekenhuis kwam uiteindelijk ruim een week na overlijden digitaal binnen bij onze praktijk

Een huisarts uit Ifmuiden

Een ervaring die ik de afgelopen 26 jaar zéér regelmatig meege- maakt heb. Een patiënt wordt ontslagen uit het ziekenhuis en voor thuis is er te weinig of niets geregeld. De operatiewond is nog vers, de patiënt kan amper op zijn benen staan, zichzelf aan- of uitkle- den, wassen, enzovoort. Probeer dán eens om kwart voor vijf in de

middag een wijkverpleging voor diezelfde avond of de andere ochtend te regelen. Smekend bij het vijfde telefoontje, of er alsjeblieft iemand vanavond wil gaan kijken bij patiënt X, want er zijn geen kinderen, of die wonen te ver weg of zijn zelf ook niet in staat... De wijkverpleegkundigen doen hun stinkende best, maar op een gegeven moment is de rek er uit. En dan???

Een doktersassistente uit Haarlem

Een demente dame van 94 wordt toenemend onrustig in de avond en nacht. De specialist ouderen (SO) die wordt geconsulteerd, adviseert medicatie. Alleen moet ik die voorschrijven, want dat mag een SO in de eerste lijn niet. Elke wijziging in de medicatie wordt daarna niet met de SO maar met mij overlegd, mijn naam staat er immers op. Patiënte gaat achteruit, gedwongen opname is nodig. SO beoordeelt dat er een gedwongen opname moet worden aangevraagd. Ik mag de verwijzing maken, want SO heeft geen toegang tot ons digitale verwijssysteem. En wie wordt er gebeld voor toelichting? Mijn naam staat er onder...

Een huisarts uit Helmond

Een complex, wat sociaal-arm, jong gezin: vader 30 jaar, autistisch, ernstige suikerziekte en MS; moeder 30 jaar, Borderline en ADHD. Kinderen 1 en 3 jaar.

Vader mijdt zorg en wil geen behandeling voor zijn suikerziekte of bij de GGZ.

Moeder heeft bij de GGZ gelopen en via hen antidepressiva gekregen, maar is daarmee gestopt. Ze komt bij me met klachten dat ze somber is en wil graag andere medicatie. Ik schrijf een ander antidepressivum voor, maar de volgende keer dat ze komt blijkt ze daarmee gestopt. Ze slikt nu de medicijnen tegen psychose van haar

man. Dit gaat veel beter, ze is rustiger. Ze wil een eigen recept. Ik geef aan dat dit niet de bedoeling is, de verantwoordelijkheid van dit soort medicatie ligt bij de psychiater en adviseer haar terug te gaan naar de GGZ voor begeleiding en eventuele indicatiestelling van deze antipsychotica. Het lijkt mij ook goed dat de GGZ daarmee een ingang heeft in het hele gezin. Dit beschrijf ik in mijn verwijsbrief en bespreek het ook mondeling met de GGZ-inta-ker. Vervolgens krijg ik de patiënte weer terugverwezen, “omdat ze geen hulpvraag heeft”... Die had ze wel; ze wilde antipsychotische medicijnen. En zo belandt zij en haar gezin weer op mijn bordje. Is dit wat Nederland met de zorg voor kwetsbare gezinnen wil? Begeleiding van dit soort complexe gezinnen met persoonlijkheidsproblematiek en psychiatrisch aandoeningen, dat gaat mij vaak echt boven mijn pet. Geldt een “zorgplicht” alleen voor huisartsen of ook voor anderen? Wie houdt er zicht op dergelijke patiënten en gezinnen??

Een huisarts uit Enkhuizen

Vanochtend gebeld door assistent chirurgie uit ziekenhuis. Een 60-jarige patiënte is gisteren binnengebracht na een val met haar fiets. Ze blijkt een knie fractuur te hebben. Er is alleen geen opnameplek in het ziekenhuis, dus is ze met de ambulance naar huis gestuurd en door de brandweer naar binnen getakeld! Met de vraag of de huisarts de thuiszorg kan regelen. Over vijf dagen kan zij weer terug komen ter herbeoordeling... Haar partner belde me net, in wanhoop. Ze heeft veel pijn, kan helemaal niets. Het ziekenhuis adviseerde om thuis een luier om te doen, zodat zij in nood in bed kon plassen en poepen...

Ik heb de collega uitgelegd dat dit zo absoluut niet kan. Regelen van thuiszorg op zo'n korte termijn door de huisarts is vrijwel onmogelijk en hoort het ziekenhuis te doen. Bovendien schat ik in dat de thuiszorg aan zal geven dat de thuissituatie niet verantwoord

is. De assistent chirurgie heeft - ere wie ere toe komt - erg zijn best gedaan en de patiënte is weer opgenomen. Weer met behulp van brandweer en ambulance....

Een huisarts in Amsterdam

Een niet mobiele en niet-zelfredzame, 87-jarige patiënte met longkanker komt na drie maanden thuis van verblijf in een verpleeghuis vanwege een gebroken heup. Er blijkt helemaal niets geregeld. Niet alleen mij, maar ook de thuiszorg die het uiteindelijk oppakt, kost het waanzinnig veel tijd om passende (uiteindelijk 24 uren) zorg te regelen. Mevrouw bleek ook nog een luchtweginfectie en een laag zoutgehalte te hebben. Wat een debacle en wat een slechte zorg !

De onvrede en boosheid over de gang van zaken rond dit ontslag en de situatie in het verpleeghuis werd daarna door de familie ook nog eens op ons, huisartsen afgereageerd..

Een huisarts uit Hendrik Ido Ambacht

Een 27-jarige mevrouw Z vertelt me op mijn spreekuur dat het niet goed met haar gaat. Ze is in 2017 door onze praktijkondersteuner GGZ verwezen naar specialistische GGZ vanwege de verdenking van een depressie, bij mogelijk een autisme spectrum stoornis. Ze krijgt, zo blijkt uit haar dossier, sinds anderhalf jaar antidepressiva en sinds een half jaar ook ADHD-medicijnen. Het laatste verslag van een psychiater dateert van november 2017 en meldt dat er sprake is van een posttraumatische stress stoornis (PTSS) en een depressieve stoornis. Desgevraagd bevestigt de psycholoog van de GGZ instelling dat mevrouw Z al bijna 2 jaar bij hen onder behandeling is, maar de behandeling moeizaam verloopt. Er zijn meerdere diagnoses gesteld. Eerst PTSS, daarna een

depressie, een autisme-gerelateerde stoornis en later ook nog een borderline persoonlijkheidsstoornis. De allerlaatste diagnose was ADHD, waarvoor ze de methylfenidaat slikt. Ze komen niet zoveel verder met mevrouw Z, zegt de psycholoog, ze willen haar terugverwijzen naar de huisarts en praktijkondersteuner. Ik was met stomheid geslagen. Het gaat niet goed met mevrouw, naar mijn idee is ze een complexe psychiatrische patiënte. Als huisarts kan ik haar niet helpen en ook mijn praktijkondersteuner heeft hiervoor niet de deskundigheid in huis. Hoe moet het dan verder met de voorgeschreven medicatie? Wie gaat dat vervolgen? Dat wist de psycholoog ook niet, maar enkele dagen later belde de psychiater: “ADHD-medicijnen gewoon blijven gebruiken, en de antidepressiva kunnen worden afgebouwd als het een half jaar goed gaat. Maar dat kan dus ook levenslang zijn”. En tot slot: “Een ontslagbrief volgt spoedig”. Ik heb nog steeds geen brief ontvangen.... Mw. Z is naar mijn idee een complexe psychiatrische patiënte. Als huisarts kan ik haar niet helpen en ook mijn praktijkondersteuner GGZ heeft hiervoor niet de deskundigheid in huis. Helaas kan ik me niet aan de indruk onttrekken dat het welzijn van mevrouw Z. de GGZ instelling niet zo veel uitmaakt . Tenslotte verbaast het me dat iemand met zulke complexe problematiek zonder enige overdracht uit GGZ behandeling ontslagen wordt.

Een huisarts uit Ifmuiden

Het moet toch niet zo moeilijk zijn...?

De huisarts vraagt mij of ik een katheter wil regelen voor een patiënt. Het is een patiënt met longkanker, die verzorgd wordt door zijn vrouw. Ik bel met de apotheek, normaal gesproken de eerste stap, die antwoordt dat patiënt niet is verzekerd voor katheters via de apotheek. Na wat uitzoeken kom ik uit bij een apotheek die wel een

contract heeft met zijn verzekeraar, en dus wel zal kunnen vergoeden. Gebeld met deze apotheek, de situatie uitgelegd. Ze vergoeden inderdaad, maar alleen met een machtiging van de huisarts, met duidelijk een indicatie waarom patiënt dit vergoed moet krijgen. Blijkbaar is alleen een recept niet voldoende... Toch geregeld. Paar minuten later belt deze apotheek dat de patiënt eerst een account bij hen moet aanmaken. Situatie uitgelegd (man ziek, vrouw regelt alles, zware periode) of het misschien mogelijk was dat ik dit voor hen regel. “Nee dit moet patiënt zelf doen”. Echtgenote gebeld of zij contact wil opnemen om een account aan te maken. Ook geregeld. Uiteindelijk de machtiging in orde gemaakt en gefaxt naar de apotheek, die in Maarssen zit. Volgende stap: hoe komt deze katheter nu naar Hengelo, met spoed... ? Uiteindelijk terug naar de eigen apotheek van patiënt: kunnen zij een katheter ‘uitlenen’? Dat kan wel, maar daarvoor moest zij ook eerst een ronde langs verschillende apotheken maken, of ze dit op voorraad hebben en hoe het gaat met de vergoeding. Inmiddels is een middag verstreken, maar heeft patiënt uiteindelijk een katheter gekregen. Ontzettend druk mee geweest dus, terwijl ik ondertussen ook nog bezig ben met andere werkzaamheden. Vervelende ervaring en vooral voor patiënt. Het gaat maar om een katheter, het moet toch niet zo moeilijk zijn?

Een doktersassistente uit Hengelo

Een jonge vrouw was met onregelmatig bloedverlies verwezen naar OLVG West. Ze bleek een baarmoederhalskanker te hebben en werd doorverwezen naar het Antoni van Leeuwenhoek ziekenhuis (AvL). Maar wat bleek, omdat mevrouw een budgetpolis had, kon ze alleen via een gecontracteerde aanbieder verwezen worden naar het AvL anders zou het niet vergoed worden en het OLVG bleek geen gecontracteerde aanbieder. Mevrouw moest dus eerst nog een keer in een ander ziekenhuis (het Boven IJ) bij een gynaecoloog op de poli komen om daarna pas verwezen te kunnen worden naar het AvL.

Omdat het AvL gelukkig een korte wachttijd had en er ook een invoelende gynaecoloog was die haar op een spoedplek wilde zien viel de vertraging achteraf gelukkig nog mee..

Waarom kan er in zo'n geval niet afgeweken worden van de regels, zij heeft net een slechte diagnose te horen gekregen, maar ze moet mij bellen, ik moet een nieuwe spoedverwijzing regelen en een gynaecoloog in een ander ziekenhuis moet een zinloos consult doen (een plek bovendien waar iemand anders een zinvolle afspraak had kunnen hebben). Wat een verspilde tijd en moeite!

Een huisarts uit Amsterdam

Een 89-jarige vrouw met botbreuken door botontkalking waarbij de thuissituatie vastloopt en er een zorgprobleem ontstaat. Oplossing: tijdelijke opname op de revalidatie afdeling van het nabijgelegen verpleeghuis. Er is zowaar een bed beschikbaar. Probleem: mevrouw kan alleen opgenomen worden als ze onder behandeling is van de internist ouderengeneeskunde of andere medisch specialist. Hiertoe moet zij totaal overbodig verwezen naar de internist en uiteindelijk zelfs opgenomen worden in het ziekenhuis, om vervolgens de dag erna verplaatst te kunnen worden naar de gewenste revalidatieafdeling. Verspilling van de tijd van de huisarts, geldverkwisting door overbodige verwijzing met ziekenhuisopname en tenminste één keer overbodig ambulancevervoer.

Een huisarts uit Veldhoven

Vandaag moest ik een kortverblijf-bed aanvragen voor een dame van 96 die de avond ervoor haar voet had gebroken en was gegipt op de spoedeisende hulp van het ziekenhuis. Het ging nog nooit zo snel, maar toch kostte het me zeker een uur bellen... Eerst moest ik zeker weten of mevrouw veilig of niet veilig een transfer

kon maken. Telefoontje naar de thuiszorg. Die zouden gaan kijken. En ook nog overlegd met chirurg of ze voet in gips mocht belasten tijdens de transfer. Bij een transfer mocht het. Mevrouw van het kortverblijf-loket gebeld en geïnformeerd of er een bed vrij was en gevraagd of het laag of hoog-complex was. Opnieuw telefoneren met thuiszorg. Weer kortverblijf-loket gebeld. Mevrouw kon gelukkig meteen terecht. Familie gebeld of ze akkoord waren met plaatsing in een gemeente verderop. Ja, akkoord. De derde huisarts die ik daar bel is akkoord met overnemen van de zorg voor deze patiënte. Gebeld naar kortverblijf-loket dat alles geregeld was. Zij pakten het verder op met familie.

Een huisarts uit Renkum

FOKKE & SUKKE

SLUITEN EEN CONTRACT AF NAMENS
DE GEMEENTE

MAAR KAN
HET DAN NIET
GOEDKOPER?

ER IS EEN ROEMEENSE
JEUGDZORG DIE HET VOOR
MINDER DAN DE HELFT
DOET!



RGvT

De gemeente beheert het geld voor jeugdzorg en heeft hiervoor hulpverleners gecontracteerd (of niet). Alleen heeft de huisarts geen zicht op de contractering en wachttijden. Ouders met een hulpvraag komen zoals altijd bij de huisarts en die weet zich dan geen raad, aangezien de zorg nu moet komen vanuit het gemeentelijk zorgloket. Ouders willen niet met hun hulpvraag naar een loket maar gewoon hulp van hun huisarts. Daarbij: sociale teams zijn opgericht om hulp te bieden aan complexe gezinsproblemen, maar stellen de huisarts niet op de hoogte van hun behandeling. Geen informatie-uitwisseling van zorg, dus veel dubbel werk en langs elkaar heen werken.

Een huisarts uit Amstelveen

Begin januari verwijs ik een patiënte naar een fysiotherapeute vanwege zwellingen na haar operatie tegen borstkanker. De verzekeraar heeft mijn verwijsbrief viermaal afgekeurd omdat het niet de juiste inhoud bevatte: er moesten persé termen en details in worden vermeld zoals oedeem, weefseldestructie, mijn discipline, mijn codenummer, noem het maar op. In juni is de zorgverzekeraar eindelijk akkoord, maar dit heeft iedereen veel tijd gekost. Wie is hier nu mee gebaat?

Een huisarts uit Hendrik Ido Ambacht

Stoppen met roken. Elke verzekeraar hanteert andere voorwaarden om medicatie hiervoor te vergoeden. Soms via de eigen apotheek, soms via de Nationale Apotheek. Soms moet er op het recept staan dat patiënt in de praktijk begeleid wordt. Soms moet er SMR (Stoppen Met Roken) op staan, alsof je deze medicatie ooit voor iets anders voorschrijft. Het toppunt was die keer dat de verzekeraar het recept niet accepteerde omdat er “stoppen met ro-

ken” op stond. Dat was niet goed; er moest SMR op staan. Behalve dat dit erg onhandig is voor ons, bevordert het ook de motivatie van de patiënt om te stoppen met roken niet.

Een huisarts uit Veldhoven

Tweeling van 8 jaar via het digitaal verwijssysteem naar de basis-GGZ verwezen in verband met vermoeden ADHD. Twee weken later telefoon van moeder dat de instelling een te lange wachttijd heeft. Verzoek nieuwe verwijzing naar andere instelling, dit keer moet het een papieren verwijzing zijn. Vier weken later telefoon van moeder, instelling heeft verwijzing nodig voor specialistische GGZ, dus of ik een nieuwe verwijzing wil maken voor S-GGZ. Dus zes verwijzingen naar de GGZ voor twee kinderen met hetzelfde probleem.

Een huisarts uit Kortenhoef

Hoofdstuk 2

in het vacuüm van verantwoordelijkheid

Met het afkalven van de samenwerking tussen zorgverleners onderling, neemt het vacuüm van verantwoordelijkheid toe. Wie is aansprakelijk voor een suïcidale patiënt die nog maanden op een wachtlijst staat? Wie zoekt oplossingen voor dementerende ouderen die het weekend echt niet meer thuis kunnen blijven? Al snel is de huisarts, als anker en kompas voor de patiënt, de eerst aangewezene. Maar tot hoe ver gaat die verantwoordelijkheid? En tot hoe ver is die rol verantwoord? Zoals een huisarts verzucht: "Het is wachten tot het fout gaat...".

Hoe ver gaat mijn verantwoordelijkheid?

Gisteravond op de huisartsenpost. Ambulance is onderweg van ziekenhuis naar huis met een mevrouw van 74 jaar. Een hersenbloeding is uitgesloten, maar mevrouw is suf, de familie vindt dat ze niet naar huis kan. Wat nu? Het ziekenhuis gebeld, de neuroloog wilde haar niet opnemen. Ze heeft een blaasontsteking en is vermoedelijk daardoor verward. Noodbed verpleeghuis gebeld, is vrij. Even mijn vinklijstje nalopen, zegt de verpleegkundige: is er een verstandelijke handicap? Ja, ze is zwakbegaafd. Is er sprake van psychiatrie? Ja, 'oh dan kan ze niet op het crisisbed, dan moet ze naar de GGZ'. Maar die nemen niet op bij een lichamelijk probleem.

We zijn al anderhalf uur verder, ze heeft inmiddels koorts gekregen. Mijn collega die de dienst om 23.00 uur overneemt heeft haar uiteindelijk i.v.m. de koorts weer teruggestuurd naar het ziekenhuis, nu naar de internist. Hier zijn een ambulance,

drie dokters en de doktersassistente twee uur mee bezig geweest! Dit had voorkomen kunnen worden als er meer met elkaar meegedacht zou zijn.

Een huisarts uit Almelo

Zeven uur moeten bellen en leuren om een man, in alles afhankelijk, op een verpleeghuisbed te krijgen omdat zijn vrouw plotse-ling naar het ziekenhuis moest. Niemand leek er over te gaan of we werden verwezen naar een andere instelling. Ofwel was er geen plek, ofwel was meneer niet ziek genoeg of te ziek... Resultaat was dat ik zeven uur geen ander werk kon doen. Of thuis kon zijn bij mijn kinderen.

Een huisarts uit Hellevoetsluis

Op zoek naar een logeerplek voor een zwakbegaafde, chronisch schizofrene, van oorsprong Marokkaanse vrouw van zestig, van wie de moeder van tachtig al jaren de verzorging vrijwel alleen doet. Moeder wil dit jaar na 14 jaar nog één keer een maand naar Marokko, maar wie vangt dan dochter op? Sinds januari talloze instellingen gebeld hiervoor: GGZ, arts voor verstandelijk gehandicapten, beschermd wonen, thuiszorg die al betrokken is, andere thuiszorgorganisaties die plekken hebben, logeeropvang plekken in Amsterdam en elders, via allerlei instanties waar ze zeggen te weten waar het juiste loket is. En allemaal zeggen ze dat ze bij hen niet op de juiste plek is: omdat zij te oud is, zwak begaafd, niet goed Nederlands sprekend, altijd is er wat. Ondanks dat ik veel hulp kreeg van het algemeen maatschappelijk werk in onze buurt en van de CIZ-arts (stelt de indicaties), die bereid was veel spoed te maken met de aanvraag, lukt het maar niet om een plek te vinden. Er zijn nu nog negen dagen over. Kan een moeder van 80 jaar, die

onze gemeenschap geweldig veel geld heeft bespaard, na 14 jaar niet eens één maand de zorg loslaten?

Een huisarts uit Amsterdam

Alleenstaande moeder die niet goed voor haar drie kinderen kan zorgen krijgt hulp van maatschappelijke organisaties. We vermoeden al heel lang een verstandelijke beperking en persoonlijkheidsproblematiek. Moeder wil zich liever niet laten testen uit angst voor een stigma. Na weer een verbroken relatie gaat het echt niet langer. Eindelijk stemt ze toe in onderzoek en nu lopen we tegen de stalen deur van de GGZ aan. GGZ organisatie A wil haar niet in behandeling nemen in verband met de complexe problematiek. Instantie B wijst haar af vanwege het vermoeden van verstandelijke beperking en verwijzen naar gespecialiseerde instellingen voor mensen met een beperking. Deze organisaties wijzen haar vervolgens af want ze kunnen haar pas in behandeling nemen als is vastgesteld dat het daadwerkelijk gaat om een verstandelijke beperking. Niemand neemt de verantwoordelijkheid. Intussen loopt de druk in het gezin op en worden de kinderen onder toezicht geplaatst. Er zijn alleen maar slachtoffers.

Een huisarts uit Tilburg

Een man van 70+ is blind en verstaat en spreekt geen Nederlands. Zijn echtgenote, ook 70+, krijgt een hersenbloeding en wordt opgenomen in het ziekenhuis. Schoonzus die mantelzorg geeft kan de zorg niet aan en vraagt mijn interventie. Ik heb gedurende tien dagen vele uren besteed om mijn patiënt op een logeerplek geplaatst te krijgen en bij de uiteindelijke plek gaf de verzorging vanaf het begin aan dat de man er niet hoorde. Op mijn vraag “waar dan wel?” kwam geen eensluidende betere suggestie. Echtgenote is

nu, na 10 weken, weer terug en redelijk hersteld en de zoon heeft de zorg overgenomen. Man is nu weer thuis.

In mijn zoektocht ben ik niet geholpen, maar tegengewerkt. Het probleem lag bij mij en werd niet tot een gezamenlijk probleem gemaakt. Zo kan ik als huisarts niet functioneren. Massieve tijds-investering. Dat laat je een volgende keer wel uit je hoofd en dat betekent dat je de kruik te water laat totdat-ie barst: met zieken-huisopname als gevolg...

Een huisarts uit Helmond

Een 50-jarige zwakbegaafde man, met een IQ ooit getest op 50, woont sinds kort in onze regio met zijn vriendin. Hij raakt toene-mend in de problemen. Snuift zijn weekdosis ADHD-medicatie in een keer op en gebruikt de rest van de week wiet en speed. Zijn vriendin dreigt hem op straat te zetten, hij kan alleen een paar nachten terecht bij zijn moeder in het verzorgingstehuis, omdat hij geen ander sociaal netwerk heeft. Aanmelding bij de reguliere GGZ-instelling kan niet, daar is zijn IQ te laag voor. Ook niet bij een instelling voor licht verstandelijk beperkten, tenzij zijn IQ op-nieuw wordt getest en die toch boven de 60 is. Dan kan daar – met de juiste wettelijke indicatie - behandeling wel. Er is een IQ-test nodig van een paar honderd euro. Patiënt kan dit zelf niet beta-len. Er moet een aanvraag gedaan worden, wat hij met zijn be-perking niet kan. De maatschappelijk werker die ik bel voor hulp geeft aan “meneer moet mij zelf bellen want anders is er geen hulpvraag”. Maar hij ligt depressief op de bank en kan en gaat de maatschappelijk werker niet bellen. De thuiszorgorganisatie mag de indicatie niet aanvragen. Onze assistent doet het dan maar, on-danks de kans dat zijn IQ weer lager dan 60 getest wordt, en de instelling hem alsnog niet aanneemt. Wie is er voor mensen met GGZ-problemen en een IQ lager dan 60?!

‘Gelukkig’ is meneer recent opgenomen met een verdenking her-

senbloeding en is er een psychiater bijgehaald die WEL zijn verantwoordelijkheid neemt en nu meekijkt en denkt. Wie weet is er toch een kansje...

Een huisarts uit Heerlen

Een twintiger, rondzwervend in Haarlem en Amsterdam, leeft sinds ruim anderhalf jaar weer bij zijn ouders thuis. Ze zijn blij dat ze daarmee meer zicht op hem hebben, hoe moeilijk er ook een gesprek met hem te voeren is, hij soms bizar gedrag en bizarre denkbeelden heeft, soms zelfs dreigend, en zichzelf slecht verzorgt. Ik heb hem al lang geleden aangemeld bij de GGZ. Hij staat nu ruim een jaar op de wachtlijst voor het psychiatrisch team. Gaat nog maanden duren.

Nu weer gebeld met de GGZ-instelling, want inmiddels móet er echt een psychiater thuis komen voor; de ouders houden dit niet meer vol. Omdat zijn ouders hem wel blijven opvangen, duurt het maar voort. Een chronische crisis.

Nu is toegezegd dat we binnen drie weken wat horen. Eerst moet weer intern worden overlegd welk team het beste bij hem past.

Naar mijn idee is bemoeizorg nodig.

Wel het verzoek aan mij om opnieuw een verwijzing te maken. Hij staat zeker nog op de wachtlijst, maar omdat de verwijsbrief ouder is dan 9 maanden moet er wel weer een nieuwe...

Een huisarts uit Haarlem

Op een zeer drukke visitedienst van de huisartsenpost kom ik bij een suïcidale man in Zetten. Ik vraag crisisdienst Arnhem om een beoordeling en word na ruim een half uur teruggebeld: de postcode valt niet onder Arnhem, maar onder crisisdienst Tiel. Ook daar is geen dienstdoende direct bereikbaar en word ik na een half uur



teruggebeld. Ze zullen telefonisch contact opnemen met patiënt. Na een uur word ik weer gebeld: ze krijgen patiënt telefonisch niet te pakken, dus crisisdienst “kan de verantwoordelijkheid niet dragen”. Weer een half uur later -gelukkig- opnieuw telefoontje crisisdienst: ze hebben hem telefonisch weten te bereiken en gaan hem beoordelen. Dus: 6 telefoontjes met de crisisdienst over één patiënt tijdens een zeer drukke visitedienst. En wat als de crisisdienst hem niet telefonisch had weten te bereiken? Hoever was mijn en hun verantwoordelijkheid dan gegaan?

Een waarnemend huisarts uit regio Arnhem

Man van 74 jaar, thuis wonend samen met echtgenote, ontwikkelt in korte tijd een progressieve dementie. Eerder al had hij aangegeven niet meer naar een ziekenhuis te willen en ook niet meer gereanimeerd en beademd te willen worden. Na polibezzoek aan de geriater krijgt hij een proefbehandeling met donepezil². Hij wordt

² Donepezil vertraagt bij sommige mensen de achteruitgang van het geheugen

overdag suffer en 's nachts juist onrustiger. Ouderen psychiatrie wordt ingeschakeld, hij komt op een wachtlijst. Thuiszorg is al betrokken, zij zien ook dat hij verwarder wordt en zijn geheugen verslechtert. Na overleg met de geriater verlaag ik de dosis donepezil en start ik met haldol³.

De situatie verergert en meneer wordt nu ook bedreigend voor zijn vrouw. De geriater adviseert nu risperidon⁴. Ik bel opnieuw met ouderen psychiatrie en leg de urgentie uit. Ik krijg te horen dat een spoedbeoordeling niet mogelijk is. De ouderen psychiatrie stelt opname in een ziekenhuis voor, hoewel er geen aanwijzingen voor een lichamelijke onderliggende oorzaak zijn en meneer bovendien duidelijk had gezegd dat hij dit niet wilde.

De zaak escaleert thuis, meneer schreeuwt, is steeds bedreigender, zeer onrustig en verward. Weer vraag ik om een spoedbeoordeling, maar ouderenpsychiatrie kan om logistieke redenen niet komen. Na het weekend belt een totaal uitgeputte echtgenote. Uiteindelijk doet de crisisdienst de beoordeling en gaat meneer met een gedwongen opname naar een GGZ-instelling.

Voor de echtgenote een drama, voor mij was deze situatie ook zeer intensief. Vanwege de tegenstrijdige adviezen van geriater en ouderen psychiater en het wijzen naar elkaars verantwoordelijkheden, zonder enig onderling overleg. Als huisarts zit je er eindeloos belend tussenin.

Een huisarts uit Ifmuiden

Een nieuwe patiënt, met een zeer beperkt sociaal systeem, heeft in toenemende mate smetvrees. Zo erg inmiddels, dat hij de straat niet meer op durft en al een paar weken niet op zijn werk is verschenen. Op aanraden van zijn werkgever heeft hij zich bij ons gemeld. Ik heb hem met spoed doorgestuurd voor een intake bij de

3 Remt wanen en hallucinaties

4 Remt eveneens wanen en hallucinaties

GGZ. Ik krijg bericht dat hij in behandeling is genomen, verder blijft het stil. Ik krijg geen contact met patiënt zelf, daarom bel ik met de GGZ-instelling. Hij blijkt verwezen te zijn naar de angstpoli van het AMC met een wachttijd. Geen antwoord op mijn vraag of hij in de tussentijd nog begeleiding krijgt en wie hem begeleidt naar de afspraak in Amsterdam (hij durfde niet meer met OV of taxi en heeft zelf geen auto.). Ik bel met het AMC: de man blijkt niet op de afspraak verschenen, is telefonisch noch schriftelijk te bereiken en ze staan op het punt hem uit te schrijven. Ze wisten niet wie zijn huisarts was. Als ik bij zijn huis langs ga, blijkt de brievenbus dichtgeplakt en doet niemand open. Het regionaal team gespecialiseerd in 'zorgmijders' is daarop ingeschakeld en treft een totaal verwaarloosde, angstige man aan. Uiteindelijk is hij met opgespoorde familie begeleid naar zijn geboorteland, om daar behandeld te worden.

Een huisarts uit Haarlem

Jongen van 15 jaar met uitgebreide gedragsproblematiek en depressie, woont in een gezinshuis. Drie weken geleden thuisgekomen van een opname van 10 weken in een jeugd-GGZ instelling, die hem heeft behandeld voor deze klachten. Hij krijgt daarnaast ambulante ondersteuning van een jeugdhulpinstelling in de buurt. Nu belt de begeleidster van het gezinshuis: het escaleert. Hij is weer toenemend depressief, heeft zich opgesloten in zijn kamer en dreigt met zelfmoord. Ze heeft de GGZ- en de jeugdhulpinstelling gebeld, maar die zeggen geen hulp te kunnen bieden. Ze moet de huisarts bellen. Ik neem contact op hoewel ik mijzelf niet de meest aangewezen persoon vind; deze jongen is met dit complexe beeld volledig onder behandeling bij voornoemde instellingen.

Ik bel de GGZ instelling. Zij geven aan dat als hij nu een terugval heeft, dat hun behandeling geen succes heeft gehad en zij geen behandeling meer bieden. De jeugdhulpinstelling zegt alleen de op-

voeders te kunnen ondersteunen met adviezen op afstand. Ik spreek de jongen en zijn begeleidster uiteindelijk langdurig en maak een plan voor het weekend. Gelukkig was het vrijdagmiddag, was ik eigenlijk al vrij en had ik geen spreekuur meer gepland, want dit geheel kostte ruim anderhalf uur.

Een waarnemend huisarts uit Nijmegen

Thuis gaat het niet langer

Oud echtpaar, waarbij meneer ziek wordt en verward, bij al bestaande geheugen problemen. Hele nachten moet zijn 95-jarige vrouw naast hem zitten om hem rustig te houden terwijl hij agressief is. De slaapkamerdeur doet zij maar op slot tegen het weglopen. Er is voor hem geen kortverblijf-bed te regelen en maar mondjesmaat thuiszorg. De medische specialist ziet geen reden voor opname en laat meneer thuis. Uiteindelijk valt hij een paar keer met een hersenschudding en een heupfractuur tot gevolg. Toen was er wel een plekje voor hem. In het ziekenhuis...

Een huisarts uit Etten-Leur

Een meisje van 14 jaar met ernstige gedragsproblemen. Spijbelen, alcohol, veel contact met politie. Vorige week nog een zelfmoordpoging en daarna automutilatie. GGZ-jeugd vond dit onvoldoende spoed, ze kon op de wachtlijst van drie à 4 maanden. Ik was verbijs-terd, maar kreeg haar daar niet ondergebracht. Ze was eerder door de gemeente verwezen naar een andere instelling, maar die gaf aan dat deze problematiek te zwaar voor hen was en verwees weer terug naar de huisarts. Na contact gemeente, advies andere GGZ-instelling te bellen, wederom afgewezen, niet in hun regio... Vervol-

gens nog een instelling gebeld die haar wel konden zien. Intake is nu geweest, maar er is nog geen passende zorg, ook hiervoor weer lange wachtlijst. Wie is er verantwoordelijk voor een crisissituatie en waar kunnen wij naar verwijzen? Dit is ouders niet uit te leggen als er een kind in het nauw is.

Huisartsen en praktijkondersteuner GGZ uit de regio Amstelveen

Een dementerende, angstige man, thuis wonen gaat nog net, met veel mantelzorg en thuiszorg van organisatie A met de juiste benadering. Anticiperend is een wettelijk indicatie voor langdurige intensieve zorg aangevraagd en afgegeven, maar de wens is zolang mogelijk thuis te blijven. Echter, thuiszorg A krijgt van het zorgkantoor in de regio geen contract bij deze indicatie en moet dus noodgedwongen stoppen zorg te leveren. Thuiszorg organisatie B komt nu, maar zij kennen deze meneer totaal niet, waardoor grote kans op escalatie thuis door angst voor nieuwe mensen en grote kans op eerdere opname in het verpleeghuis.

Een specialist ouderengeneeskunde uit regio Amstelland

Gisteravond dienst op de huisartsenpost. 2,5 uur bezig geweest om een door de partner mishandelde jonge vrouw in een ‘blijf van mijn lijf huis’ onder te brengen. Ze had honger, was angstig en alleen en had meer zorg nodig dan ik op de huisartsenpost kon bieden. Daarbij heeft het mij veel telefoontjes en overtuigingskracht gekost. Ik heb het verhaal vier keer moeten doen aan verschillende mensen en daarna bleek het nog moeizaam. Gelukkig voor mevrouw is het uiteindelijk gelukt.

Een huisarts uit Dieren

Zaterdag visitedienst op de huisartsenpost. Alléén maar huisbezoeken aan mensen van 80+ van wie de omgeving vond 'dat het zo niet langer meer kon thuis'. Of ik 'even' een plek in een verpleeghuis of opname kan regelen. Iedereen weet dat dit niet lukt in het weekend. Ga er maar aanstaan.

Een huisarts uit Helvoirt

Een oudere mevrouw met Alzheimer woont nog zelfstandig thuis, samen met haar partner en krijgt thuiszorg. Partner heeft een voorgeschiedenis met veel hartproblemen en komt onverwachts te overlijden. Mevrouw kan dit niet onthouden en gaat op zoek naar haar partner. Ze gaat dwalen, met name 's nachts, en wordt door de politie teruggebracht. Overdag proberen wij een spoedplek op een psychogeriatrische afdeling te regelen. Nergens plek in de regio. Mevrouw heeft nog geen indicatie. De crisisdienst van de GGZ wil wel een in bewaring stelling afgeven, mits de huisarts reeds een plek in een verpleeghuis geregeld heeft. Uiteindelijk is er een plek in de regio, maar blijkt dat de zorgverzekering van mevrouw geen contract heeft met deze instelling. Uiteindelijk wordt er vijf dagen later een plek gevonden in een zorginstelling waar de zorgverzekering wel een contract mee heeft. Ondertussen is mevrouw meerdere malen door de politie van straat gehaald en thuisgebracht.

Een huisarts-in-opleiding uit Hoek van Holland

Een alleenwonende oudere heer krijgt een blaasontsteking en raakt hierdoor in de war, zodanig dat opname in het ziekenhuis noodzakelijk is. De blaasontsteking wordt behandeld, maar hij blijft in de war. Hulp bij wassen en aankleden blijft nodig. Hij kan de weg in

FOKKE & SUKKE
VINDEN DE ZORG GEEN LASTIG DOSSIER



RGvT

het ziekenhuis niet vinden en vergeet te eten. Toch wordt hij naar huis gestuurd. De thuiszorg kan hem helpen met aankleden, maar kan er niet bij blijven zitten als hij eet, want personeelstekort. Voor de voorzieningen voor dementerenden komt hij niet in aanmerking, want die diagnose heeft hij niet. Die kan hij ook niet krijgen, aangezien die niet gesteld mag worden in de eerste zes maanden na een delier⁵. Ik probeer een bed in een verpleeghuis voor hem te vinden, maar op de site waar ik lege bedden kan zoeken blijkt alles vol. Door toch maar instanties te gaan bellen, kan ik na een paar dagen een zogenaamd 'eerstelijnsbed' voor mijnheer regelen, maar ik moet wel verklaren dat hij binnen zes weken weer opgeknapt zal zijn. Dat is natuurlijk maar de vraag, maar goed, over zes weken zien we dan wel weer verder....

Een huisarts uit Veldhoven

⁵ Een verwardheid die ontstaat door één of meerdere lichamelijke oorzaken.

Een echtpaar van 87 jaar. Hij is nog vitaal, zij niet en toene-
mend achterdochtig. Ze slaat en schopt hem omdat hij andere
vrouwen zou hebben. Eerder al sloot ze hem op in de schuur
en moest hij bevrijd worden door zijn dochter. Ze weigert alle
hulp. Meneer slaapt niet meer, omdat zij er tot vier uur 's nachts
over door gaat. Ik bel het meldpunt huiselijk geweld, maar
dat kan alleen iets doen als ik het meld bij het echtpaar en dan
nog gaat hun actie enkele maanden duren. Wat te doen? Als ik
ga zeggen dat ik een melding maak, heeft die man geen leven
meer. Ik spar met de crisisdienst. "Het is niet crisis genoeg".
GGZ-ouderen wil alleen mevrouw beoordelen en omdat zij
weigert, doen ze niks. Ik bel bemoeizorg. Zij willen in eerste
instantie wel gaan en ik hoef dan geen toestemming te vragen.
Mooi, echter, week later, bemoeizorg heeft overleg gehad in het
team. Het meldpunt huiselijk geweld moet toch eerst een risico
inschatting maken. Grrrrr

Uiteindelijk besluiten we alles in gang te zetten, maar besluiten
we dat ik het pas meld aan mevrouw op het moment dat ze aan de
beurt zijn. Dit kan maanden duren. Alleen: als meneer dan ont-
kent of zegt dat het niet meer nodig is – uit angst zoals toen bij dat
schuurincident - wordt er alsnog niets gedaan, omdat het volwasse-
nen betreft. Ik word hier zo moe van, van het kastje naar de muur
en er gebeurt niets.

Een huisarts uit Rijen.

Twée oude dementerenden in één huis, beiden met ernstige zorg-
behoefte en een psychiatrische stoornis erbij. Mevrouw is er vast
van overtuigd dat haar man vreemd gaat. Hij eet zijn eten niet, zij
loopt van hem weg, ze praten niet meer. Maar willen wel samen
blijven wonen. Nergens is er plek voor gezamenlijke opname, ze
moeten uit elkaar. Mevrouw weigert dit. De situatie is niet erg ge-
noeg voor een gedwongen spoedopname. En een langdurig ge-

dwongen opname duurt twee maanden. Het is wachten tot dit fout gaat. Ouderenpsychiatrie bestaat niet meer. Kost enorm veel tijd met veel zorgen voor alle partijen. Zielig...

Een huisarts uit Nieuw-Vennep

Hoofdstuk 3

Aan alles tekort

Tekort aan verpleegkundigen, aan GGZ-medewerkers, aan doktersassistenten, aan huisartsen zelf. Het goed en tijdig doorverwijzen van kwetsbare patiënten lijdt stevig onder de schrijnende personeelstekorten in de zorg. Het is de reden voor ellenlange wachtlijsten, voor – soms plotselinge – patiëntenstops en zelfs sluiting van complete spoedeisende hulpposten. Een hele andere verschraling, maar net zo frustrerend zo blijkt in de praktijk, is het 'preferentiebeleid' van zorgverzekeraars, waardoor vaak zorgvuldig en specifiek voorgeschreven medicijnen niet meer beschikbaar zijn. Met alle gevolgen van dien voor de klachten van patiënten en de begeleiding door de huisarts.

De organisatie doet het op het tandvlees

Vrouw van 35 heeft acuut ontstane buikpijn, bij lichamelijk onderzoek sterk vermoeden van blinde darm ontsteking. Verwijzing naar spoedeisende hulp in dichtstbijzijnde ziekenhuis. Dat heeft acht wachtenden in de wachtzaal zitten, dus is er een patiëntenstop. Aan patiënte de keuze: over twee uur alsnog terugkomen of direct naar een ander ziekenhuis dertig kilometer verder op.... En dan te bedenken dat zo'n acute buik tot darmperforatie kan leiden.

Een huisarts uit Assen

Patiënt van 48 jaar, verstandelijk beperkt en worstelend met alcoholprobleem, komt thuis vanuit ziekenhuis. Eigenlijk niet ver-

antwoord, maar voor beschermd wonen via verslavingszorg is een lange wachtlijst. Aanvankelijk valt er met veel wijkverpleging en mantelzorg nog te stutten, maar als de thuiszorgorganisatie van de ene op de andere dag stopt (vanwege fraude) is er nauwelijks andere wijkverpleging mogelijk. De organisatie die uiteindelijk komt, doet het op het tandvlees (er is eigenlijk geen tijd) en voelt zich te kort schieten.

De man is thuis weer gaan drinken en wankelt met lekkend stoma naar de supermarkt om zijn bier te halen. Aan het poepspoor van voordeur tot winkel kan je de route volgen. Onnodig te beschrijven hoe het er bij hem thuis uit ziet.

Het probleem is de wachtlijst bij beschermd wonen (ongeveer een jaar) en de steeds grotere capaciteitsproblemen bij wijkverpleging, juist ook door de werkdruk en het gevoel tekort te schieten. Ik zie in Utrecht het probleem vooral het laatste jaar toenemen en voorziet dat wij straks onze “nieuwe taak” om ouderen en andere hulpbehoevenden zo lang mogelijk thuis te houden, onmogelijk kunnen uitvoeren, vanwege genoemd gebrek aan wijkverpleging.

Een huisarts uit Utrecht

Bij ons in Rijen is er nog plaats voor nieuwe patiënten. Echter in Tilburg loopt het helemaal vast. Dus patiënten die naar Tilburg verhuizen blijven bij ons in de praktijk. Dit is zeer onwenselijk, want het is buiten ons gebied en het betreft ook een andere huisartsenpost (HAP). Als zo’n patiënt in Tilburg de HAP nodig heeft, vindt HAP Tilburg dat ze toch in HAP Oosterhout gezien moeten worden, 20 tot 30 min rijden. Als ze dan ingestuurd moeten worden, kunnen ze vandaar weer terug naar Tilburg voor het ziekenhuis.

Een huisarts uit Rijen

De vakantieperiode is bij ons nog niet eens begonnen of er is al een patiëntenstop afgekondigd door de grote thuiszorgorganisaties! Je moet nu alle “kleintjes” afbellen en bedelen om wijkverpleging.

Een huisarts uit Nieuwegein

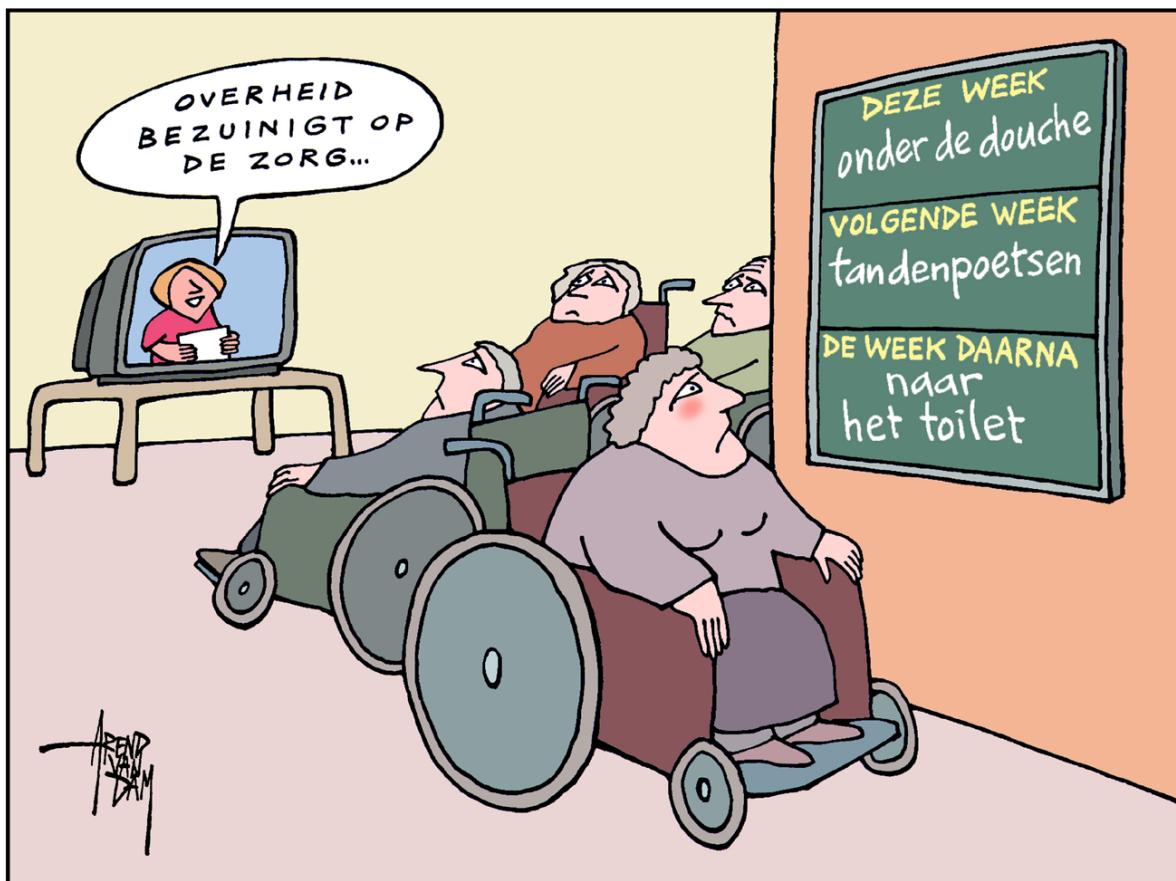
Sinds twee weken hebben de assistentes in mijn praktijk er een taak bij: het zwachtelen van benen. De drie thuiszorgorganisaties in ons dorp zitten zo tot over hun oren in het werk dat ze geen nieuwe patiënten meer aannemen. Dus mevrouw J. met een open been, de heer P. met veel zwelling na een wondroos infectie en mevrouw S. met een trombosebeen komen drie keer per week bij onze assistente die kan zwachtelen. Op zich gezellig dat ze komen, maar natuurlijk niet de taak van mijn assistentes...

Een huisarts uit Eersel

Patiënt met langer bestaande uitgezaaide longkanker wordt ineens slechter, verward. Hoogbejaarde partner kan het niet aan. Het is avond, 20 uur, ik ben supervisor op de huisartsenpost. Ondanks de beschikbare telefoonlijst toch zestig minuten bezig geweest om thuiszorg uit te breiden met nachtzorg. Daarnaast moesten de werkzaamheden op de post ook gewoon doorgaan. Assistentes konden niet helpen, te druk aan de telefoon.

Een huisarts uit Kortenhoef

Een zwakbegaafde patiënte woont zelfstandig in een instelling voor beschermd wonen. Door bezuinigingen bij deze instelling is de begeleiding minimaal. Het vervoer naar een sociale werkplaats



wordt niet meer vergoed, waardoor deze patiënt vrijwel geen dagbesteding heeft. Hierdoor belt zij gemiddeld drie tot vier keer per dag naar onze huisartsenpraktijk zonder hulpvraag (meestal met een mededeling dat zij bijvoorbeeld geen scheetjes kan laten...). En ze belt gemiddeld 10 keer per week met de huisartsenpost. Een telefonisch consult met de spoedpost is 25 euro, maal tien keer per week. Reken maar uit, wat er mis gaat!

Een huisarts uit Arnhem

Recent meldde ik een meisje van 14 aan bij een GGZ jeugdinstelling in verband met een depressie. Ze at, dronk en sliep bijna niet meer en had al twee weken suïcidale gedachten. Ik bel de dienstdoende psychiater om te overleggen op welke termijn dit meisje

gezien zou kunnen worden. Maar ik kwam niet voorbij de triagiste⁶, die vond dit een huisartsenprobleem. Als ik ‘met alle geweld’ naar de specialistische GGZ wilde verwijzen hadden ze over vijf maanden tijd om naar de verwijzing te kijken. Als ik het er niet mee eens was, moest ik bij de gemeente zijn. Niet bij hen! Toen ik vroeg wie ze nog wel als patiënt aannamen, gaf de triagiste aan dat het haar opdracht was niemand meer aan te nemen...

Een waarnemend huisarts uit Noord-Holland

Geen doktersassistenten te vinden bij zwangerschapsverlof en ziekte van onze vaste assistentes, dus naast spreekuren doen de huisartsen ook om de beurt telefoondienst aan de balie van de praktijk.

Een huisarts uit Kortenhoef

Spoedzorg in Utrecht: regionale posten sluiten wegens tekort aan personeel, steeds meer druk op de centrale huisartsenpost Utrecht Stad. Door een tekort aan triagisten werken medisch studenten als triagist. Zijn die bekwaam genoeg? Door de onderbezetting ligt er een zeer zware taak en verantwoordelijkheid voor de huisartsen die werken en coördineren. Vaak werken zij ook met een artsentekort. We houden dit zo niet meer leuk en al helemaal niet vol!

Een huisarts uit Utrecht

Eerste Pinksterdag, 6 uur 's ochtends. Man met uitgezaaide kanker. Houdt het niet van de pijn in de rug, ondanks hoge dosis morfine, die de vorige dag door de dienstdoende huisarts nog is

⁶ Iemand die de ernst van het probleem inschat

opgehoogd. Die had ook een bed beneden en een po-stoel geregeld. Maar het lukt patiënt niet om deze te gebruiken. Daarom draagt patiënt een luier, maar zijn vrouw kan die niet verschoenen, want dan gilt hij van de pijn. Het bed is inmiddels ook nat. Thuiszorg is nog niet in beeld, mevrouw dacht hem zelf te kunnen verzorgen, maar dit gaat boven haar vermogen. In het weekend thuiszorg regelen bleek niet mogelijk. Dat is ook heel moeilijk, weet ik uit ervaring, maar ik probeer het toch, na samen met de dienstchauffeur provisorisch een schoon laken onder de man gelegd te hebben. Gelukkig tref ik een verpleegkundige die ergens een gaatje in haar drukke dagschema weet te boren om dit echtpaar te helpen, waarbij ze ongetwijfeld een hele berg regels aan haar laars lapt.

Een huisarts uit Veldhoven

Een jongeman met een spierziekte, waardoor rolstoelafhankelijk, is ten val gekomen en heeft daarbij zijn rechterheup gebroken. Hij wordt opgenomen in het ziekenhuis, in afwachting van de operatie. Het duurt 30 (!) uur voordat hij wordt geopereerd. Tot die tijd ligt hij op de IC met veel pijn, ondanks de inspanningen van de intensivisten. Schrijnend en onmenselijk dat je door personeelsgebrek letterlijk moet creperen! Veel spoedoperaties maar onvoldoende OK-teams. Weer een nagel aan mijn doodskist en verdere demotivatie voor het toch zo mooie vak.

Een huisarts uit Leidschendam

In de 26 jaar dat ik doktersassistente ben, heb ik mijn vak enorm zien veranderen. In het begin had ik 's middags nog wel eens tijd om een Libelle uit de wachtkamer te pakken voor het laatste half uurtje. Maar nu is het zo, dat we ons een slag in de rondte werken

en om 17 uur nog altijd het idee hebben dat we wel veel brandjes hebben zitten blussen, maar niet aan een heleboel andere taken zijn toegekomen, bijvoorbeeld de ein-de-loze administratie. We hebben als doktersassistente steeds meer taken van de huisarts overgenomen, zoals het maken van uitstrijkjes, het controleren van de bloeddruk et cetera. Maar de druk op de huisartsen is alleen maar toegenomen, omdat er steeds meer taken bijkomen. Ook heel veel mensen met psychische problemen komen bij de huisarts terecht en moeten weken, nee vaak zelfs maanden wachten op psychische hulpverlening.

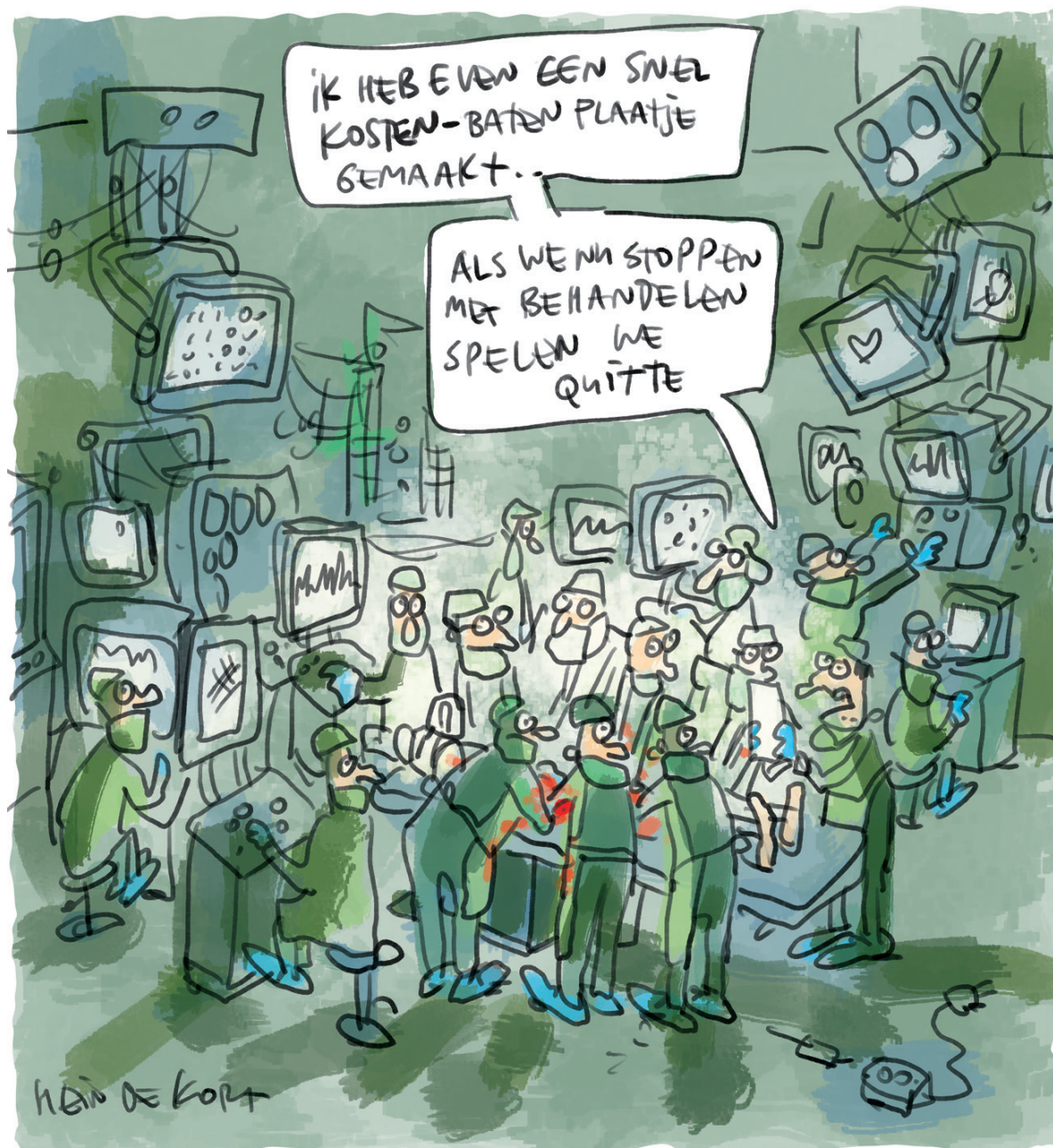
Een doktersassistente uit Haarlem

We hadden voorheen een psychiater, die consulten deed bij ons op de praktijk. Deze spreekuren hadden een grote preventieve werking, verwijzing naar de specialistische GGZ (met lange wachtlijst) werd voorkomen. De psychiater kreeg helaas een andere baan en zijn functie werd niet meer ingevuld. Door het ontbreken van goed en voldoende aanbod in het sociaal-maatschappelijk domein en (zeer) lange wachtlijsten in de GGZ neemt de druk op de huisartsenpraktijk toe. De praktijkondersteuner GGZ zit overvol. En dan komt het eind van het jaar er weer aan. Als ieder jaar koopt de zorgverzekeraar beperkt GGZ in bij de psychologen hier in de wijk. Bij hun kunnen de patiënten vanaf september-oktober dus ook niet meer terecht....

Een praktijkmanager van een huisartsenpraktijk in Den Haag

Het verkeerde medicijn

De eindeloze hoeveelheid gesprekken over veranderingen van pillen, andere kleur, vorm, doosje, fabriek. Ze zullen er vast op bezui-



nigen, maar de continue wisselingen en het niet leverbaar zijn en een alternatief moeten verzinnen, voorschrijven, uitleggen, opnieuw bijwerkingen etc. etc. Kost ons veel tijd en nog meer energie. Het is een totaal zinloze tijdsinvestering.

Een huisarts uit Assen

De veiligste en meest gebruikte anticonceptiepil is maanden niet voorradig, patiënten moeten noodgedwongen over op een andere soort die een groter tromboserisico heeft. Dagelijks hebben we contact met patiënten die weer van geneesmiddelmerk moesten switchen en er nu bijwerkingen van hebben. Dit kost erg veel tijd en irritatie.

Een huisarts uit Gorinchem

‘Preferentiebeleid’. Onze patiënten begrijpen niet dat de apotheek er niets aan kan doen als de grijze pil een roze dragee wordt of de anticonceptiepil maandenlang niet leverbaar is. Kost al met al meer dan het oplevert. Lange gesprekken met patiënten bij apotheek, doktersassistente en huisarts.

Een huisarts uit Rotterdam

Een medicatiefout in een zorginstelling, wat eindeloos veel telefoontjes oplevert.

Het betreft een 96-jarige mevrouw, die voor haar chronische medicatie een baxterrol⁷ heeft. Daarnaast had ze op dat moment los een antibioticum en een plastablet. Bij het uitdelen van de medicatie is de losse plastablet verwisseld met een antidepressie pil die opeens niet meer in de baxter zat. Navraag bij de apotheek leverde de volgende informatie: de baxterleverancier kon tijdelijk deze pil niet afleveren in de rol en dit werd dus in een los doosje geleverd. Hoe verwarrend! Op deze manier heeft een dure (veilige) baxterrol natuurlijk geen enkele zin en wij mogen de boel weer sussen en recht zetten.

⁷ Een medicatiezakje met dagdosering

Een huisarts uit Den Haag

Een diabetespatiënte wordt door een maatregel van de zorgverzekeraar verplicht van medicatie te veranderen. Dus ‘Lantus’ wordt omgezet in ‘Glargine’. De praktijkondersteuner ziet de patiënte regelmatig omdat haar suikers ontsporen. Wij schrijven een nieuw recept voor, de oude Lantus, met daarop “medische indicatie”.

Vervolgens worden we gebeld door de apotheek: die kan het niet leveren. Vervolgens moeten we patiënte inschrijven bij een andere apotheek, die het wel kan leveren, maar dan wel na ingevulde formulieren...

Praktijkondersteuner, huisarts, assistente: allemaal hebben we aan dit soort gevallen veel extra werk. Bij deze ‘kostenbesparing’ is het toch handig dat de huisarts ‘gratis’ is... De enige die hiermee wint is de zorgverzekeraar.

Een huisarts uit Enkhuizen

Er komt een man met een urineretentie⁸ op de praktijk. Hij heeft pijn en is onrustig. De spullen nodig voor de katheterisatie halen we, zoals altijd het gebruik was, bij onze aanpalende apotheek. Dan hebben we zelf geen dure spullen die liggen te verjaren of toch niet de juiste maat hebben. De apotheek heeft echter bijna niets meer op voorraad. De katheterspullen die zij leveren aan de patiënt (ook in deze acute situaties) worden nl. niet vergoed. Gevolg: niet de juiste keuze aan materiaal. En de kosten voor de materialen voor de patiënt zijn hoogst onwenselijk. En niet iets wat je rustig uitlegt aan deze oncomfortabele patiënt.

Een huisarts uit Den Haag

Een kwetsbare chronisch psychiatrische patiënt, diverse keren

8 Ophoping van urine in de blaas

psychotisch geweest en onder begeleiding van een psychiatrisch team belt ons voor medicatie, zoals afgesproken. Hij bestelt een antipsychoticum dat hij volgens onze gegevens al een half jaar niet gebruikt. Patiënt is er zelf van overtuigd dat hij het al die tijd wel gebruikt heeft. Mogelijk uit een oudere voorraad?

Daarop wordt contact opgenomen met het psychiatrisch team. Niemand kan daar in de documentatie vinden of het gestopt is of niet. Geadviseerd wordt om het voor alle zekerheid maar wel te geven, tot er meer helderheid is over de situatie. Nadat mijn assistente en ik in de daarop volgende dagen in totaal zo'n 2,5 uur frustrerend telefonisch contact te hebben gehad over deze situatie, komt pas na vijf dagen van de betrokken psychiater het verlossende bericht dat het inderdaad in januari gestopt is. Deze belangrijke medicatiewijziging is niet gecommuniceerd met ons, maar schijnbaar ook niet binnen de organisatie adequaat geregistreerd. De patiënt heeft vijf dagen een middel geslikt dat hij niet had moeten krijgen.

Een huisarts uit Haarlem

Allemaal extra werk door die wachtlijsten

Jongeman van 28 jaar, heeft een persoonlijkheidsstoornis, wanen en autistische trekjes, woont nog bij zijn moeder omdat hij niet zelfstandig kan functioneren. Hij weigert medicatie. De inzet van zorg en begeleiding vereist nauwgezet, geduldig manoeuvreren. Eerst door een in autisme gespecialiseerde instelling, toen door een psychiatrisch team en nu door een regionale instelling voor beschermd wonen (RIBW).

Sinds half mei is hij toenemend paranoïde met agressief gedrag en daarom naar de crisisdienst verwezen. Ik meldde hem aan maar er is een wachttijd van 70 dagen. In de verwijsbrief heb ik vermeld dat ik dat onacceptabel vond. Ik krijg de mededeling dat de wachttijd van twee à drie maanden gehandhaafd blijft mogelijk kan het

ook 6 maanden worden. Begin augustus loopt het uit de hand. Dan slaat hij een vaas stuk op het hoofd van z'n moeder. Via 112, politie en ambulance, wordt hij platgespoten en gedwongen opgenomen in een GGZ-instelling. 78 dagen na aanmelding. Droevig dat het zover heeft moeten komen.

Een huisarts uit Bennebroek

Mijn ervaring is: hoe lichter de psychische klachten, hoe sneller de hulp op gang komt (binnen een maand of maximaal twee maanden) en hoe zwaarder en complexer de klachten, hoe trager de hulp op gang komt. Voor angst en depressie in de specialistische GGZ kan men rekenen op 3 tot 5 maanden wachttijd, met pech meer dan 6 maanden. Voor een bipolaire stoornis kan dit 8 maanden duren en voor specialistisch onderzoek naar persoonlijkheidsstoornissen of autisme kan dit een jaar zijn. Meestal gaat het hier om mensen die niet zo lang op deze hulp kunnen wachten.

Een praktijkondersteuner GGZ uit Amstelveen

Een vrouw van 21 jaar, met een post traumatische stress stoornis na seksueel misbruik als kind, doorloopt een intensief psychiatrisch traject met goed resultaat. Maar ze heeft echt aansluitend een vervolgbehandeling nodig. Bij de GGZ-instelling kan ze echter pas in januari terecht omdat ze daar dit jaar geen patiënten van haar zorgverzekeraar meer kunnen zien. Het is nu juli...

Een huisarts uit Aarle-Rixtel

Een vrouw van 22 jaar, moeder van een 5-jarige dochter, is verwezen voor specialistische GGZ zorg vanwege vermoeden van per-

soonlijkheidsstoornis, een post traumatische stress stoornis en problemen met de impulsbeheersing. Er zijn zorgen om de veiligheid van dochter. Het meldpunt huiselijk geweld is vorig jaar al ingeschakeld na een melding. De vrouw zal vier (!) maanden na verwijzing uitgenodigd worden voor een INTAKE bij de GGZ. Partner belt radeloos op, scheldt mijn assistente de huid vol en dreigt “langs te komen”. Ik bel de GGZ om haar vervroegd te laten oproepen. Mij wordt verzocht een nieuwe verwijzing met nieuwe informatie te maken, dan kan ze binnen twee weken gezien worden. Dat is nutteloos: ik heb geen nieuwe informatie, behalve dat het systeem verder aan het ontsporen is. Ik check hoe het met mijn assistente is na de bedreigingen en of zij haar werk nog wel kan doen vandaag en laat de boze echtgenoot weten dat wij uitschelden en bedreigingen niet accepteren. Allemaal extra werk voor mij als huisarts door die te lange wachtlijsten bij de GGZ.

Een huisarts uit Assen

Een opsomming: voor een jongetje van vier jaar met een dwangstoornis bestaat een wachttijd van vier maanden. Voor autisme-onderzoek bij een zeventienjarige jongen is bij een andere GGZ-instelling in de regio vier tot vijf maanden wachttijd. Een instelling die ingewikkelde multi-problematiek doet rondom autisme heeft een wachttijd van halfjaar tot een jaar ...

Huisartsen en praktijkondersteuner GGZ uit de regio Amstelveen

Een chronisch psychiatrische patiënt met persoonlijkheidsproblematiek en stemmingsstoornissen is jaren redelijk stabiel gebleven. Ze deed aangepast werk. Door veranderingen in haar werksituatie is zij overbelast aan het raken, wat resulteert in toenemend teruggetrokken gedrag, licht psychotische verschijnselen en vervuiling



van haar huis. Bemoeienis van het sociaal wijkteam, begeleiding van haar betrokken werkgever en begeleiding van mijn praktijkondersteuner GGZ blijken onvoldoende om het tij te keren. We melden haar aan voor het psychiatrisch team. Er komt een ontvangstbevestiging en de schriftelijke mededeling dat patiënte gebeld wordt voor een intake. Als zij en wij na vier weken nog niets vernomen hebben, belt mijn praktijkondersteuner nogmaals. Dan blijkt dat er een wachtlijst is van minimaal 12 maanden. Ons wordt geadviseerd om contact op te nemen met de crisisdienst op het moment dat de situatie zo verslechtert dat het een crisis betreft. Verder kunnen ze niets voor ons betekenen...

Een huisarts uit Haarlem

Meisje van 9 wacht al één jaar op diagnostiek naar autisme. Extra complicerende factor is dat ze eerst in Diemen op school zat, terwijl ze in Amsterdam woonde...

Een huisarts uit Amsterdam

Patiënte van 33 jaar met psychiatrische problemen draagt zorg voor zoontje van vier. Ze geeft zelf aan dit door haar psychische klachten niet meer goed te kunnen doen. Onveilige situatie. Zoontje heeft achterstand in spraakontwikkeling. Ik doe melding bij het meldpunt huiselijk geweld, gezien de zorgelijke situatie. Nu, zes weken later, is nog steeds niets met de melding gedaan. Ze geven aan dat de wachttijden momenteel zo lang zijn, dat het nog wel een aantal weken kan duren voordat zij het kunnen gaan oppakken....

Een huisarts uit Den Bosch

Een jonge vrouw, heeft een eerste psychose en wordt via de crisisdienst opgenomen en op medicatie ingesteld. Ze kalmeert, maar dusdanig dat ze haar ene been letterlijk niet meer voor de andere kan krijgen. Na de korte opname, zou het psychiatrisch team haar en haar familie verder begeleiden. Het duurt 13 (!) maanden voordat het psychiatrisch team daadwerkelijk in actie komt. Ze wijzigen haar medicatie en enkele weken later kan ze eindelijk haar leven weer oppakken...

Een huisarts uit Haarlem

Bijlage 1

Zorg voor Samenhang!

Als huisarts ben ik een betrouwbaar anker en kompas in een complexe zorgwereld. Patiënten raken daarin zelf al gauw de weg kwijt. Wie echt kwetsbaar is, valt steeds vaker tussen de wal en het schip, zeker in de regio. Zonder verandering ziet de toekomst van de zorg voor de patiënt er somber uit. De tijd dringt! Als huisarts heb ik de overtuiging dat het anders moet en kan.

Alles zou er in ons zorgsysteem op gericht moeten zijn om samenwerking te versterken. In plaats daarvan staan we los van elkaar op smeltende ijsschotsen. Tijd, geld en kwaliteit lekken in rap tempo weg. Niet de opdracht tot concurrentie, maar de wil tot samenwerking moet leidend zijn.

Daarom deze oproep aan politiek, verzekeraars en zorgverleners. Maak samenhang door samenwerking het leidende principe in de zorg, voor én met de patiënt. Herken de blokkades en financiële schotten die samenwerking frus-

treren en bureaucratiseren;

Stop de leegloop van zorgprofessionals door meer erkenning van en vertrouwen in de kwaliteit van hun werk. Alleen zo kan adequate zorg beschikbaar en betaalbaar blijven;

Herpak het politieke mandaat. Zorg is gebaat bij een duurzame herinrichting en pijnlijke keuzes. Dat is het mandaat en de verantwoordelijkheid van de politiek.

Zonder regie geen gezamenlijkheid

Er is in Nederland regie nodig om tot een werkbare samenhang in de zorg te komen. Decennia van concurrentie- en productiegericht denken hebben de noodzaak van samenwerking weggedrukt. Om

die terug te krijgen is een plan nodig. Een plan van de minister van VWS en de Tweede Kamer hoe die samenwerking in de zorg in Nederland weer centraal te stellen, in een evenwichtig netwerk samen met ziekenhuizen, spoedposten, verpleeghuizen en thuiszorg. Erken de groeiende schaarste, en neem passende maatregelen die de zorg voor kwetsbare patiënten en regio's verbetert. Schrap de bureaucratie, versterk het vertrouwen in professionals en biedt hen ruimte voor de uitoefening van hun vak.

Zorgverzekeraars past een ondersteunende rol in financiering en ideeën. Luister en bespreek zonder te dicteren.

En tot slot wij zorgverleners zelf: denk en beslis mee, over samenhangende oplossingen die in de eigen regio gaan werken. Laten we niet afwachten maar elkaar aanspreken en de ongemakkelijkheid niet schuwen.

Als huisarts zie ik dit – mede namens mijn patiënten – als de enige zinnige weg voorwaarts. Samen met veel van mijn collega-zorgverleners. Dus collega's: teken mee!

Bijlage 2

Het Manifest van de Bezorgde Huisarts

Dit Manifest, opgesteld op 11 maart 2015 23:50h, is gericht aan:

De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

De Voorzitter van de Vaste Commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport

De Voorzitter van Zorgverzekeraars Nederland

De Raden van Bestuur van de vier grote zorgverzekeraars, CZ, Menzis, UVIT en Zilveren Kruis Achmea

Onze huisartsenzorg staat bekend om haar laagdrempeligheid en uitstekende kwaliteit tegen relatief lage kosten. Als huisarts bied ik duurzame zorg, op basis van vertrouwen, professionaliteit en het principe "samenhang door samenwerking". Met als doel optimale zorg, in samenspraak met de patiënt. Waarbij de patiënt als persoon meer is dan zijn ziekte.

Vanuit deze visie neem ik als huisarts mijn maatschappelijke én medische verantwoordelijkheid. Ik werk mee aan belangrijke verbeteringen in de zorg, werk mee aan het verder terugbrengen van medische kosten en pas mijn praktijkvoering aan op het overnemen van taken van de tweedelijns zorg. Maar nu zie ik dat al die positieve ontwikkelingen teniet gedaan worden. Het zorgstelsel in de eerste lijn is ernstig aan het ontsporen. "Product-denken" sloopt het zo succesvolle huisartsenmodel.

Ik moet als een marktkoopman concurreren met mijn collega's, in plaats van samen te werken. De patiënt is consument op de markt geworden. Het vertrouwen in mijn deskundigheid als arts is door de zorgverzekeraar ingeruild voor de laagst onderhandelde prijs door de inkoopmanager. Versnippering door concurrentie dus, in plaats van samenwerking. Ik weiger mij door de zorgverzekeraar in het keurslijf

van marktkoopman te laten drukken. En ik wil niet dat de zorgverzekeraar een zieke patiënt primair ziet als een schadelast.

Ik wil op korte termijn met de politiek en zorgverzekeraars uit de huidige impasse komen. Alleen dan kunnen we samen plannen maken om de zorg echt te verbeteren: meerjarige plannen die zich richten op gezondheidsproblemen in de regio en de wijk.

Ik daag de politiek en zorgverzekeraar uit om lef te tonen en de realiteit onder ogen te zien. Erken dat het huidig model van marktwerking in de eerstelijnszorg mislukt is. Erken dat het toepassen van de mededingingswet op de huisartsenzorg absurd is en samenwerking en constructief overleg blokkeert. Erken dat “samenhang door samenwerking” het enig juiste recept is voor de continuïteit en kwaliteit van onze zorg.

Als huisarts stel ik daarom de politiek en de verzekeraars de volgende drie eisen:

Haal de huisarts uit de greep van de Mededingingswet en herstel “samenhang door samenwerking” als leidend principe in de eerstelijns zorg.

Samenwerken en onderhandelen alleen op gelijkwaardige basis. Landelijk én regionaal. Dus geen schijnonderhandelingen meer met de zorgverzekeraar.

Toon vertrouwen in de deskundigheid van de beroepsgroep. Stop dan ook de grenzeloze verzameldrift van nutteloze data.

Als politiek en zorgverzekeraars niet bereid zijn op mijn eisen in te gaan heeft dit verstrekende gevolgen voor de te maken samenwerkingsafspraken en voor mijn motivatie als huisarts. Ik ben immers niet meer in staat om optimale huisartsenzorg te verlenen. En tweedelijns zorg zal niet verder verplaatst kunnen worden naar mijn praktijk.

Schippers en stuurliu, het roer moet om. Nu.

Colofon

'Patiënt tussen wal & schip' is een initiatief van 'Het Roer Moet Om', actiecomité van bezorgde huisartsen. De productie is mede tot stand gekomen dankzij financiële ondersteuning van de VvAA.



Samenstelling: Pascale Hendriks, Mai Neijens, Stan van den Buijs, Hans Padding en Maarten Bijl

Vormgeving: www.fielvanderveen.nl

Cartoons: copyright Fokke & Sukke, Arend van Dam en Hein de Kort. Met hartelijke dank voor het belangeloos beschikbaar stellen!

Overige illustraties binnenwerk en omslag:
Fiel van der Veen

Druk: www.multicopy.nl/haarlem

Uitgave: november 2019

COLUMN
JOOST ZAAT

Huisartsen hebben last
van het disfunctioneren
van de rest van de zorg

Huisartsenpost Houten
dicht door een tekort aan
triagisten

Ziekenhuizen werken inefficiënt en
zijn slecht gefinancierd, meent Wink
de Boer. Ze moeten zich specialiseren,
afdelingen afstoten en beter
samenwerken.

Zorgverleners ervaren de zorg als meer
versnipperd dan patiënten, die op hun
beurt kritischer zijn over de
persoonlijke benadering in hun zorg

'Personeel apotheek draait op voor
marktwerking zorg'

Patiënten herstellen
beter als iemand naar ze
luistert. Hoe krijgt dat
een plek in de zorg?

DE GROENE
AMSTERDAMMER

Onderzoek
Personeelstekort in de zorg

Wie luistert er nog naar de
verpleegkundigen?
Het personeelstekort in de zorg groeit. En r.
mensen te werven en op te leiden. M.
afhalen omdat het werk vies t.

irouw

Aanbevelingen GGZ

Het moet anders, zegt
KPMG: anders loopt de
ggz vast

Nieuws Zorg

Zorg in de zomer: geen bedden
meer en korter douchen door
personeelstekort

ZORG

'Stijgende personeelskosten
financieel risico voor
verpleeg- en thuiszorg'

'Zorgaanbieders werken
nog onvoldoende samen
in de regio'

EUW

EXPERT

Huisartsenzorg komt
in de gevarenzone

Expert | Pauline Meurs

Als het kaartenhuis
van de 85-plusser
thuis instort

Ouderenzorg Wie zorgt er voor de
groeien groep 80-plussers? De
kinderen wonen ver weg, er zijn te
weinig verpleegkundigen en
verzorgenden. 'Er staan ook bedden
leeg. Niet omdat er geen wachtlijst is,
maar omdat we het niet meer
georganiseerd krijgen.'

Toch werken op je vrije
dag

Personeelstekort in de zorg

Ziekenhuis MST in Enschede nam ee
week geen nieuwe patiënten op. Deze
zomer is duidelijk hoe kwet

odkreet in 'Nieuwlich
huisartsentekort dreigt
evens te kosten'

tsen m van fouten door tijdgebrek; maandag, 22.55 uur, NPO 2

Populair ziekenhuis
het te goed

Zorgverzekeraar

Het Ikazia is zo in trek dat de zorg die verzekeraar VGZ
voor dit jaar inkocht, al op raakt. Artsen moeten patiënten doorverwijzen.

Zo lok je een huisarts
naar de regio

Gezondheidszorg De provincies
buiten de Randstad kampen met een
tekort aan huisartsen. Om die aan te
trekken, wordt van alles aangeboden:
van taalcursussen en wellness tot
werkvakanties met een huisje erbi

op in de zorg is
n. Hoe houd je

verpleegkundigen
hinnenboord?

Ikazia in Rotterdam doet

EXPERT

Goede geestelijke gezondheidszorg draait
om kennis delen en samenwerking



HET ROER MOET OM

