

Tweede Kamer der Staten-Generaal
Tav de leden van de Vaste Kamercommissie van VWS
Mw. H.Post, griffier
Postbus 20018
2500 EA 'S GRAVENHAGE

LHV-bureau Utrecht
Domus Medica
Mercatorlaan 1200
Postbus 20056
3502 LB Utrecht

(085) 048 0000
lhv@lhv.nl
www.lhv.nl

Datum 30 november 2018
Uw kenmerk -
Ons kenmerk 2018/880036/GP/JH
Betreft Brief ten behoeve van AO GGZ d.d. donderdag 6 december 2018

Geachte Kamerleden,

Voor het Algemeen Overleg over de GGZ op 6 december informeren we u graag over de rol van de huisarts in de zorg voor mensen met psychische problematiek. De Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV) en InEen, de vereniging voor eerstelijnsorganisaties, merken in gesprekken dat de rol van de huisartsenzorg voor patiënten met ggz problematiek vaak verheldering vraagt. De verwachtingen richting de huisartsenzorg zijn soms hoog gespannen en niet altijd realistisch. Zie ook <https://www.lhv.nl/actueel/nieuws/ggz-verwacht-teveel-van-de-huisarts>.

Daarom beginnen we deze brief met een samenvatting van de mogelijkheden die de huisartsenzorg biedt voor patiënten met psychische problematiek. Daarbij wordt onderscheid gemaakt tussen het basisaanbod en het aanvullende aanbod huisartsenzorg. Vervolgens signaleren wij enkele knelpunten en zorgen die we hebben over ontwikkelingen in de ggz en de consequenties die ze kunnen hebben voor de huisarts.

Aanbod huisartsenzorg

Basisaanbod

De huisarts biedt - vaak samen met de praktijkondersteuner huisarts ggz (POH-GGZ) - huisartsgeneeskundige zorg aan haar patiënten met psychische en sociale problemen. Het gaat dan om veelvoorkomende, lichte problematiek. In de huisartsenzorg wordt een inschatting gemaakt van de aard en ernst van de psychische klachten en de huisarts of POH-GGZ beslist samen met de patiënt over het vervolgtraject. De huisarts en POH-GGZ zijn hiermee een laagdrempelig eerste aanspreekpunt en kunnen in het geval van veelvoorkomende, lichte problematiek huisartsenzorg bieden.

De POH-GGZ biedt *huisartsenzorg*, ondersteunend aan de huisarts en onder eindverantwoordelijkheid van de huisarts. De POH-GGZ houdt zich bezig met de veelvoorkomende, lichtere ggz problematiek. De POH-GGZ is een zeer waardevolle aanvulling in de huisartsenpraktijk gebleken en het bevreedt ons dat de financiering van de POH-GGZ nog altijd behoudend wordt ingestoken door zorgverzekeraars. *We pleiten voor ruimere mogelijkheden voor inzet van de POH-GGZ in die huisartspraktijken waar dat nodig lijkt.*

Aanvullend aanbod

Het is mogelijk dat huisartsenpraktijken aanvullende zorg bieden op het gebied van psychische klachten. Dat is niet bij elke praktijk het geval; de keuze hiervoor is aan de huisarts. Dat aanvullende aanbod kan een breder aanbod van huisartsenzorg zijn of kan bestaan uit het

realiseren van een basisaanbod voor een bovengemiddeld aantal patiënten in een specifieke groep. Te denken valt aan:

- a. Programmatische zorg voor specifieke groepen patiënten. Bijvoorbeeld een programma voor patiënten met een matig ernstige depressie of angststoornis of patiënten met een verslaving.
- b. Begeleiding van chronisch psychiatrische patiënten in een stabiele fase, in nauw overleg met de behandelaar in de generalistische basis ggz of gespecialiseerde ggz.
- c. Initiatieven voor het ontwikkelen van zorgprogramma's waarin huisartsenzorg wordt gecombineerd met de generalistische basis ggz, en soms verslavingszorg.

Er zijn extra randvoorwaarden nodig om deze zorg te kunnen organiseren. Deze ruimte moet in de contractering met de zorgverzekeraar worden afgesproken. Het hoofdlijnenakkoord GGZ biedt deze ruimte en *wij vragen de commissie er bij de staatssecretaris op aan te dringen te bevorderen dat deze ruimte in de praktijk ook wordt benut door zorgverzekeraars.*

Patiënten met een (ernstige) chronische aandoening

Er bestaan hoog gespannen verwachtingen over de rol die de huisarts en de POH-GGZ kunnen spelen in de zorg voor patiënten met chronische psychische aandoeningen. Voor huisartsenzorg kunnen patiënten uiteraard bij de huisarts en POH-GGZ terecht. Maar voor de behandeling of begeleiding van mensen met een chronische psychische aandoening kan dat alleen in huisartsenpraktijken waar extra zorg wordt georganiseerd.

De huisarts die aanvullend aanbod biedt, kan een patiënt met ernstige psychische problematiek begeleiden die na een behandeling door een specialist goed is ingesteld en stabiel is. Voorwaarden zijn onder andere dat de huisarts expliciet instemt met overname van de patiënt, een goede overdracht inclusief informatie over medicatiegebruik plaatsvindt en de huisarts de patiënt meteen kan terug verwijzen als de klachten verergeren (dus zonder wachtlijst).

Overbrugging van wachttijden

De huisartsenzorg merkt iedere dag de gevolgen van de lange wachtlijsten in de ggz voor hun patiënten. De situatie is al jaren schrijnend: patiënten die op korte termijn basis ggz of gespecialiseerde ggz nodig hebben staan niet zelden maandenlang op een wachtlijst voor intake dan wel de start van de behandeling.

Huisartsen en POH-GGZ doen vaak wat ze kunnen om tijdens de wachttijd patiënten te blijven zien, maar zij kunnen uiteraard niet de zorg vervangen die op dat moment nodig is en die tijdig geboden moet worden door de ggz. We steunen daarom de aanpak van de wachtlijsten in de ggz zoals nu is ingezet door VWS, NZa en veldpartijen. Echter, we zien al jaren geen directe verbetering in de wachttijden, daarom hopen we in het belang van patiënten nu echt op snelle verbetering en vertrouwen erop dat de Kamer daarop toeziet.

Acute ggz

We krijgen nog steeds signalen van huisartsen en huisartsenposten dat de samenwerking met de crisisdiensten, zowel overdag als in de avond-, nacht- en weekenduren, niet altijd goed verloopt. Patiënten die in acute psychische nood zijn moeten op korte termijn gezien worden door de ggz. Nu komt het voor dat de huisarts onacceptabel lang moet wachten totdat de crisisdienst arriveert. *Graag uw aandacht voor voldoende capaciteit, beschikbaarheid en bereikbaarheid van de acute ggz, overdag en in ANW.*

Wet verplichte ggz: geen rol voor huisartsenzorg

We hebben ernstige zorgen over de implementatie van de nieuwe Wet verplichte ggz. De huisarts is niet toegerust om de zorgverantwoordelijke te zijn in situaties waarin sprake is van gedwongen zorg in de thuissituatie. Deze patiënten en situaties komen heel weinig voor in een huisartspraktijk, een huisarts ziet heel weinig patiënten waarbij gedwongen zorg wordt toegepast. De huisartsenzorg houdt zich bezig met veelvoorkomende aandoeningen, de uitzonderlijke situaties waar het in deze wetten om gaat vallen daar nadrukkelijk niet onder.

Vooralsnog is dit onvoldoende vastgelegd in de wet en de concept AMvB's. *We pleiten er daarom voor om expliciet vast te leggen dat het hoofdbehandelaarschap voor de medische zorg in deze gevallen niet bij huisarts ligt, maar bij de psychiater.* De huisarts zal in deze gedwongen zorg geen rol spelen.

Samenwerking met het sociale domein

Bij de ambulantisering van de GGZ is het sociaal domein (o.a. sociale wijkteams en centra voor jeugd en gezin) een onmisbare samenwerkingspartner voor het organiseren van een passend zorgaanbod voor deze kwetsbare doelgroepen. De samenwerking met het sociaal domein komt niet vanzelf tot stand en vraagt voldoende capaciteit in het sociaal domein, tijd voor onderlinge afstemming en organisatie van de samenwerking tussen de GGZ, eerste lijn en het sociaal domein. Huisartsenorganisaties, zorggroepen en gezondheidscentra kunnen deze zorg organiseren. Ze maken gemandateerde afspraken met gemeenten en faciliteren o.a. de inzet van de POH-jeugd die specifieke kennis en deskundigheid heeft van de GGZ.

In sommige regio's bestaan al mooie voorbeelden van deze samenwerking. De gescheiden financieringssystemen van zorgverzekeraars en gemeenten moet beter op elkaar aansluiten om samenwerking met het sociaal domein ook op andere plekken te kunnen realiseren. Bijkomend vraagstuk is het privacy vraagstuk bij de uitwisseling van gegevens tussen de GGZ, eerste lijn en het sociaal domein.

Wij vragen de Kamer er bij de staatssecretaris op aan te dringen met oplossingen te komen voor de geconstateerde financierings- en privacyvraagstukken.

Samenvattend

De huisarts en POH-GGZ zijn een laagdrempelig eerste aanspreekpunt voor psychische problematiek en kunnen in het geval van veelvoorkomende, lichte aandoeningen huisartsenzorg bieden.

Er zijn hoge verwachtingen over de rol die de huisarts en de POH-GGZ kunnen spelen in de zorg voor patiënten met chronische psychische aandoeningen.

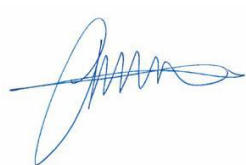
Huisartsen en POH-GGZ doen vaak wat ze kunnen om tijdens de wachttijd patiënten te blijven zien, maar zij kunnen niet de zorg vervangen die op dat moment nodig is en die tijdig geboden moet worden door de ggz.

Betere onderlinge afstemming en samenwerking draagt bij aan soepelere overgangen en kan helpen om de wachtlijsten te beteugelen. We verzoeken de commissie er bij de staatssecretaris op aan te dringen ruimte te blijven geven voor deze ontwikkelingen en – zoals afgesproken in het Bestuurlijk akkoord ggz - het voortzetten van zorgprogramma's waarin huisartsenzorg en generalistische basis ggz integraal worden bekostigd.

We vragen uw aandacht voor voldoende capaciteit, beschikbaarheid en bereikbaarheid van de acute ggz (overdag en in ANW) en de randvoorwaarden om de samenwerking met het sociale domein te kunnen organiseren.

In de gedwongen zorg (Wet verplichte ggz) zal de huisartsenzorg geen rol spelen, daar is de huisarts niet op toegerust. We vragen expliciet vast te leggen dat het hoofdbehandelaarschap van de medische zorg niet bij de huisarts ligt.

Met vriendelijke groet,



Garmt Postma
Bestuurslid
LHV



Jan Frans Mutsaers
Vice-voorzitter Bestuur
InEen