

Reactie LHV en InEen op de Discussienota Zorglandschap GGZ

30 juni 2021

De Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV) en InEen reageren graag gezamenlijk op de discussienota van VWS over het zorglandschap ggz. De discussienota laat goed zien waar de problemen zitten. We herkennen de probleemanalyse zoals geschetst door VWS en onderschrijven het belang om naar oplossingen te zoeken. We hechten er waarde aan om hierin het perspectief van de huisartsenzorg te betrekken.

In onze reactie lichten we eerst de rol van de huisartsenzorg toe. Vervolgens gaan we specifiek in op een aantal aspecten uit de discussienota.

ROL HUISARTSENZORG

Huisartsen en hun ondersteunend team bieden huisartsenzorg, dat betekent dat zij kortdurende zorg kunnen bieden bij lichtere, veelvoorkomende problematiek op basis van de richtlijnen van het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG). Huisartsenzorg bestaat voor een aanzienlijk deel uit de zorg voor mensen met psychische problematiek.

De POH-GGZ is deel van het huisartsenteam en werkt ondersteunend aan de huisarts. Dat betekent dat hij/zij ook huisartsenzorg biedt en géén ggz. Dat is een belangrijk verschil dat we graag nog eens willen benadrukken. Zie ook het functie- en competentieprofiel POH-ggz dat is opgesteld door de veldpartijen (<https://www.lhv.nl/service/poh-ggz-functie-en-competentieprofiel-voor-praktijkondersteuner-ggz>).

De huisarts en de POH-GGZ zorgen ervoor dat kwantitatief meer mensen met lichtere problematiek in de huisartspraktijk terecht kunnen. De Vektis cijfers m.b.t. de inzet van de POH-GGZ laten zien dat dat de laatste jaren volop gebeurt. Daar waar de huisartsenzorg geen uitkomst kan bieden verwijzen huisartsen hun patiënten door naar de ggz. Dit is gelijk aan de situatie in de somatische zorg. Het is belangrijk dat ze hun patiënten goed en tijdig kunnen verwijzen als zij hulp nodig hebben in de ggz. Dat verloopt nog niet altijd goed door te lange wachttijden (zie ook onze opmerking hieronder m.b.t. de probleemanalyse).

Regionale huisartsen- en eerstelijns organisaties hebben een ondersteunende en faciliterende rol richting huisartsen. Deze rol pakken zij ook op het gebied van ggz. Namens de huisartsen kunnen zij in de regio samenwerkingsafspraken maken met andere organisaties en zorgverleners in de ggz-keten, inclusief het sociaal domein.

Huisartsen en huisartsenorganisaties willen graag nauwer samenwerken met de ggz. Bij triage is het bijvoorbeeld goed om samen te werken. De huisartsenzorg formuleert de vraag aan de ggz, eventueel met behulp van intercollegiaal overleg of consultatie. Vervolgens is de ggz aan zet om de triage in de ggz te doen en het juiste aanbod te vinden bij de vraag.

REACTIE OP ELEMENTENTEN DISCUSSIONOTA

Hieronder reageren we op een aantal specifieke onderdelen van de discussienota.

1. Probleemanalyse

Voor de samenwerking in de keten is het van belang dat huisartsen hun patiënten goed en tijdig kunnen verwijzen naar de ggz. Dat verloopt nog niet altijd goed door te lange wachttijden. We vinden het dan ook een belangrijke constatering (p.4) dat wordt geschreven: "Het is van belang wanneer het nodig is, voldoende klinische capaciteit beschikbaar te hebben". Het gebrek aan plekken voor mensen met ernstige psychische problematiek wordt al jaren dagelijks ervaren door huisartsen.

Ook de beschreven knelpunten (p.5-6) onderschrijven we, waarbij we herkennen dat in de ggz niet altijd naar de mens als geheel gekeken wordt. In ieder geval niet aan het begin van het zorgtraject in de ggz. We pleiten al langer voor een bredere toegang tot de ggz, waarbij de ggz breder kijkt wat een patiënt nodig heeft en een passend aanbod kan formuleren. Zeker bij multi-morbiditeit en complexe zorgvragen is dat een urgent punt.

2. Preventie, zorg en ondersteuning rondom de mens

Preventie

De aandacht voor preventie onderschrijven we volledig! Als er een goed overzicht is van de beschreven laagdrempelige voorzieningen, is dat voor de huisarts ook een belangrijke mogelijkheid om naar te verwijzen bij sociale problematiek, zodat mensen sneller op de juiste plek terecht komen.

Toegang tot ggz: organisatie van nieuwe screenteams

"De screenteams vormen hét schakelpunt tussen verschillend zorgaanbod (denk ook aan aanbod voor complexe casuïstiek) in een regio en ondersteunen en ontlasten huisartsen. Regionale screenteams werken op basis van een verwijzing of adviesvraag van een huisarts of sociaal wijkteam."

LHV en InEen vinden het goed dat d.m.v. een screenteam breder wordt gekeken wat een persoon nodig heeft aan zorg en ondersteuning, zowel in de ggz als in het sociaal domein. Het multidisciplinaire karakter hierin is voor de huisarts van groot belang. Voor goede samenwerking tussen het screenteam en de huisartsenzorg is het van belang dat:

- a. De inschatting van de huisarts wordt gerespecteerd en dat overleg plaats vindt als wordt afgeweken van dit advies.
- b. Rechtstreeks contact tussen huisarts en de behandelaar van patiënt wordt gefaciliteerd, dus het screenteam werkt niet als een (organisatorische, administratieve) tussenlaag die zorgt voor nog meer afstand tussen de huisarts en de ggz.
- c. De huisarts kan gebruik maken van het screenteam, maar is hiertoe niet verplicht.
- d. De werkwijze van de screenteams zo veel mogelijk aansluit bij de manier van werken van huisartsen. Dat betekent dat de verwijzing plaats vindt middels een verwijsbrief zoals huisartsen gewend zijn te doen.
- e. Er terugkoppeling plaats vindt naar de huisarts.

- f. Het uitgangspunt is dat het screenteam de patiënt betreft. Het screenteam praat niet over, maar met de patiënt.

In de ouderenzorg wordt op meerdere plekken gewerkt met vergelijkbare teams. De naamgeving en werkwijze varieert: geriatisch expertise team, coördinatiepunt ouderenzorg, etc. Wanneer VWS ervoor kiest om de screenteams in de ggz te implementeren kan er worden geleerd van de ervaringen in de ouderenzorg.

Uitstroom en ondersteuning

Belangrijk is dat er **meer ondersteuning vanuit het sociaal domein** komt voor mensen die uit de ggz komen. Daarom vinden we het heel goed dat in de discussienota de gemeente/ het sociaal domein in haar rol wordt geplaatst en versterkt.

Ook vinden we het belangrijk dat er **betere afspraken komen over op- en afschalen**. Daarvoor is wel nodig dat dit ook daadwerkelijk wordt georganiseerd in de ggz: zoals goede bereikbaarheid voor overleg en consultatie (ook voor de huisarts) en de mogelijkheid van direct opschalen zodra dat nodig is. Daarbij vragen we ons af wat de rol van de GB-ggz hierin kan zijn. Er wordt nu enkel over het sociaal domein gesproken.

We denken dat de huisarts niet de geschikte persoon is om het signaleringsplan (p. 13) op te stellen. Het lijkt meer voor de hand te liggen dat een patiënt die vanuit de specialistische ggz komt, met de ggz behandelaar een signaleringsplan opstelt. De huisarts en de POH-GGZ moeten wel op de hoogte zijn van het signaleringsplan.

Dat een **warme overdracht noodzakelijk** is naar een andere hulpverlener in de keten, is ook voor huisartsen van belang. De huisarts wil per individuele patiënt met chronische psychiatrische aandoening inschatten of hij/zij de patiënt kan begeleiden in de huisartspraktijk. Zie ook de LHV toolkit ggz over chronische zieke patiënten (<https://www.lhv.nl/product/toolkit-ggz/>).

3. Organisatie en regie

Voor huisartsen is het vaak een puzzel waar een patiënt met multiproblematiek terecht kan in de ggz. Het samenstellen van het juiste aanbod bij de vraag is de taak van de ggz. Huisartsen kunnen (indien mogelijk) helpen de vraag van de patiënt te verhelderen.

Het is goed te lezen dat er veel aandacht is voor de samenwerking tussen de GGZ en het sociaal domein. Ook voor de huisartsenzorg is verbinding met het sociaal domein van groot belang. Graag vragen we aandacht om hierin de huisartsenzorg te betrekken. Juist rondom mensen psychosociale vraagstukken hechten wij belang aan samenwerking in de driehoek "huisartsenzorg (inclusief POH-ggz) – sociaal domein/gemeente – ggz". De regionale huisartsenorganisaties kunnen worden betrokken bij het maken van afspraken binnen de ggz-keten. Het is te beperkt om de prikkels (p. 18/19) enkel te richten op gemeenten en ggz.

4. Vernieuwing en werkplezier

Werkplezier

Ook in de huisartsenzorg zien we de druk op huisartsen en ondersteunend team toenemen. We denken dat het bijdraagt aan werkplezier als professionals kunnen doen waar ze goed in zijn. Op die manier willen we ook graag bijdragen aan de samenwerking met de ggz. Ieder werkt wat ons betreft vanuit zijn eigen rol en professie mee aan goede zorg rond de mens met tijdelijke of langer durende psychische problematiek. Daarbij is het belangrijk elkaars mogelijkheden en grenzen goed te kennen en bespreken.

Digitalisering & innovatie

E-health wordt ook ingezet in de huisartsenpraktijk. Zorg bij de ontwikkeling van e-health in de ggz dat e.e.a. op elkaar aan sluit. Ontwikkel aanbod bij voorkeur in afstemming met de huisartsen zodat systemen en aanbod op elkaar aansluiten. Focus daarbij niet enkel op e-health gericht op specifieke aandoeningen, maar betrek daarbij de brede benadering (zie 1. probleemanalyse). Een goed voorbeeld is <https://www.betermetelkaar.org/>.

Tot slot

De LHV en InEen participeren in de landelijke Stuurgroep Wachttijden GGZ. Diverse thema's en oplossingsrichtingen die worden genoemd in de discussienota worden ook in deze Stuurgroep geadresseerd. Wellicht ten overvloede vragen we bij de uitwerken en het vervolg op de discussienota aansluiting te zoeken met de activiteiten van deze stuurgroep.

Voor vragen n.a.v. deze reactie:

LHV, Jelly Hogendorp, j.hogendorp@lhv.nl

InEen, Renske Neumann, r.neumann@ineen.nl