

WIE MAKEN ZICH HARD VOOR DE HUISARTSENZORG?

# DE AGENDA VAN JELLY HOGENDORP, SENIOR BELEIDSADVISEUR

Wachlijsten in de ggz, problemen rond jeugdhulp, kindermishandeling. Het zijn niet de makkelijkste onderwerpen die op het bord liggen van Jelly Hogendorp, senior beleidsadviseur bij de LHV. Misschien wel juist daarom vindt ze haar werk boeiend en zinvol. 'Ik wil er graag aan bijdragen dat zaken voor huisartsen zo goed mogelijk worden geregeld én dat kwetsbare patiënten niet tussen wal en schip vallen.'

TEKST: BERBER BIJMA // BEELD: MIRJAM VAN DER LINDEN

Jelly Hogendorp is in de weken voor de zomervakantie bezig met de laatste loodjes van haar studie aan de kunstacademie. Haar werk bij de LHV – vroeger vijf dagen, nu drie – wil ze gaan combineren met het maken van beeldende kunst. 'Het is heerlijk om twee totaal verschillende dingen te doen. De energie van het ene neem je mee naar het andere.'

Ze kwam zeventien jaar geleden bij de LHV terecht nadat ze in Groningen sociologie had gestudeerd. 'Ik was afgestudeerd in beleid en medische sociologie, met een scriptie over huisartsenzorg voor asielzoekers. Die scriptie heb ik als een soort open sollicitatie opgestuurd naar de LHV, die toen net op zoek was naar junior beleidsmedewerkers.' Zeventien jaar later is ze senior beleidsadviseur. 'Huisartsen zijn een ontzettend leuke beroepsgroep om mee te werken. Ze geven zorg waarvan iedereen gebruik maakt, staan dicht bij alle typen mensen en het is belangrijk dat hun zorg voor iedereen goed beschikbaar is.'

## ■ TAAIE GGZ-PROBLEMATIEK

De relatie tussen huisartsenzorg en geestelijke gezondheidszorg neemt een

groot deel van haar tijd in beslag. 'De ggz is een boeiende wereld, heel anders dan die van de huisartsen. Het gaat vaak om taaie problematiek, zoals de lange wachlijsten. Lastig om resultaat te boeken. Ik zou natuurlijk liefst willen dat iedereen snel en soepel doorstroomt naar precies de zorg die hij of zij nodig heeft. Zo gaat het in de praktijk niet. Overleggen en processen verlopen soms ontzettend stroperig. De ideale wereld zullen we nooit voor elkaar krijgen, maar het kan altijd beter dan het nu is. Kleine stapjes geven de burger – of de beleidsadviseur – moed.'

Dat geldt ook voor haar andere aandachtsgebieden: jeugdhulp en kindermishandeling. 'De samenwerking met andere organisaties is niet altijd optimaal, maar gezien de ernst van de thema's vind ik het belangrijk om onderwerpen als kindermishandeling of huiselijk geweld steeds hoog op de agenda te houden. Kwetsbare mensen komen er soms bekaaid af: ouderen, mensen met psychische problemen, kinderen. Daar kan ik me oprecht boos over maken. Tegelijk vind ik het fijn om ervoor te knokken dat huisartsen hun werk goed kunnen doen.'



MAANDAG 10.30 UUR

## De kwaliteit van de POH-GGZ borgen

De functie van POH-GGZ in de huisartsenpraktijk is relatief nieuw en is aanvankelijk vooral ingevuld door sociaal-psychiatrisch verpleegkundigen. POH-GGZ is een functie, geen beroep. We zien inmiddels ook maatschappelijk werkers, psychologen, verpleegkundigen en anderen die POH-GGZ zijn. Er is veel diversiteit ontstaan. Deels gewenst, deels ongewenst. Daardoor is er behoefte aan kwaliteitsborging door één onafhankelijk register voor de POH-GGZ, gelinkt aan het functieprofiel dat er al is en aan bepaalde opleidingseisen. Dat geeft de beroepsgroep zelf, maar ook huisartsen en verzekeraars duidelijkheid: wie is ingeschreven, voldoet aan de gestelde eisen. Over zo'n register zijn we regelmatig in gesprek met veel partijen: InEen, NHG, PsyHag – de kaderhuisartsen ggz – en vijf verenigingen van de kant van de POH-GGZ, waaronder de beroepsvereniging van POH's-GGZ, maar ook die van maatschappelijk werkers en spv'ers. Er is al een register, maar dat is verbonden aan één van deze verenigingen. Het is lastig om een nieuw, onafhankelijk register van de grond te krijgen. We sturen erop aan dat zo'n register er op 1 januari 2022 toch is.



MAANDAG 15.30 UUR

## Persoonsgericht, wat houdt dat in?

Nog maar kortgeleden hebben we binnen de LHV een brainstormgroep met vier collega's gevormd om te praten over een van de kernwaarden van de huisartsenzorg: persoonsgerichte zorg. Hoe geven we dat handen en voeten? Een van ons zit in een gezamenlijk overleg met NHG en InEen hierover. We willen huisartsen ondersteunen om in de spreekkamer nog meer aandacht te kunnen geven aan de mens achter de patiënt. Een belangrijke voorwaarde daarvoor is natuurlijk: meer tijd voor de patiënt. Onze gesprekken hierover zijn nog in een beginstadium, maar nu al erg leuk om te doen. We zijn alle vier erg enthousiast over het thema.

MAANDAG 14.00 UUR

## Patiënten met dubbele problematiek: lastig verwijzen

Voor huisartsen is het vaak lastig om patiënten met een psychiatrische stoornis én een ander probleem – bijvoorbeeld verslaving – goed doorverwezen te krijgen. Stuur je de patiënt eerst door voor de depressie, dan krijg je te horen: nee, het verslavingsprobleem moet eerst worden aangepakt. En andersom. Met de ggz voeren we overleg om die doorverwijzingen soepeler te laten verlopen. Een groep psychiaters heeft een mooie matrix gemaakt, inclusief motivatie, die een heel praktisch hulpmiddel kan worden voor huisartsen. Akwa, de Alliantie Kwaliteit in de geestelijke gezondheidszorg, maakt daar nu een handreiking van met een soort stroomschema. Die handreiking verschijnt waarschijnlijk in het vroege najaar. Alles valt of staat met de vraag of partijen aan ggz-kant ook goed geïnformeerd worden over zo'n stroomschema en zich daaraan gaan houden. Anders hebben we er in de praktijk weinig aan. Dan zal er een formele samenwerkingsrichtlijn moeten komen, met een veel langer voorbereidingstraject. We hopen dat we eruit komen met het handige hulpmiddel dat nu in de maak is, maar gaan dus goed monitoren of dat in de praktijk echt werkt.

DINSDAG 9.30

## De ggz-wachttijsten moeten korter

Huisartsen hebben soms te maken met heel nijpende situaties van een patiënt die maar blijft wachten op een ggz-behandeling. Zolang de ggz het intakegesprek niet doet, blijft de patiënt onder verantwoordelijkheid van de huisarts. Die wordt zo gedwongen zorg te geven die hij of zij helemaal niet kan geven. In die discussie kan ik heel fel worden, want de kwetsbare patiënt en uiteindelijk ook de huisarts worden de dupe van de problemen in de ggz.

In de Stuurgroep Wachttijden praten we over een oplossing voor die lange wachttijden, met VWS, zorgverzekeraars en diverse andere zorgpartijen. We zijn onlangs gebrouilleerd geweest toen de stuurgroep zonder medeweten van de LHV een brief naar de staatssecretaris stuurde waarin stond dat huisartsen medeverantwoordelijk zijn voor het oplossen van de wachttijden in de ggz. Dat is uitgepraat en er zijn afspraken over de samenwerking gemaakt. Nu zitten we weer aan tafel.

Een van de ideeën is om regionale versnellers aan te stellen om de samenwerking in de regio vlot te trekken. Het probleem zit deels simpelweg in de capaciteit van de ggz, maar ook in de onderlinge samenwerking binnen de ggz. Veel instellingen behandelen mensen met een aantal specifieke stoornissen, dus huisartsen moeten heel precies verwijzen. Wij pleiten voor een bredere toegang, met daarna eventueel een interne verwijzing binnen de ggz. Een regionaal triagepunt kan mogelijk uitkomst brengen als vraag en aanbod niet bij elkaar passen. Tegelijk heeft het natuurlijk risico's om weer een nieuwe instantie op te tuigen. De Inspectie voor Gezondheidszorg en Jeugd volgt ook nauwgezet wat de stuurgroep bespreekt, want die wil weten waar ze uiteindelijk toezicht op kan houden.

In dit soort hoogover gesprekken probeer ik steeds de patiënt in te brengen om wie het uiteindelijk gaat, met concrete vragen als: wat gaat dit betekenen voor een patiënt met verslaving én depressie? En we blijven erop hameren dat de overbruggingszorg niet bij de huisarts moet liggen.

DINSDAG 11.00 UUR

## Nauwe banden tussen bureau en bestuur

Eens per maand stem ik alle ggz-onderwerpen af met Guus Jaspar, onze bestuurder die ggz in de portefeuille heeft. Soms kan ik op bureau niveau iets voorbereiden met andere organisaties dat Guus vervolgens op bestuurlijk niveau kan afmaken. Het is goed om door te spreken wat de kaders zijn waarbinnen we werken, zodat ik ook weet wanneer ik bij het bestuur aan de bel moet trekken, bijvoorbeeld als er knopen moeten worden doorgehakt of als iets dreigt mis te lopen. Met het POH-register lijkt die situatie te ontstaan. Dan is het belangrijk dat bureau en bestuur elkaar goed op de hoogte houden.

DINSDAG 14.30 UUR

## De POH-jeugd bestaat eigenlijk niet

Met VWS, Zorgverzekeraars Nederland en de Vereniging Nederlandse Gemeenten overleggen we over jeugdhulp. Gemeenten hebben enorme tekorten in de jeugdhulp en willen soms invloed uitoefenen op de verwijzingen door de huisarts, vooral als het gaat om specialistische – en dus dure – hulp. Zorgverzekeraars en gemeenten blijven ook touwtrekken als het gaat om wie de zorg voor jongeren betaalt. Huisartsen zien ondertussen dat veel gezinnen en kinderen niet goed worden geholpen en – oplossers als ze zijn – nemen zelf een POH-jeugd aan. Dat is eigenlijk een onmogelijke functie, want jeugdhulp valt niet onder de huisartsenzorg. Onder verantwoordelijkheid van de huisarts kunnen hooguit lichte klachten van kinderen en jongeren kortdurend worden behandeld.

Als LHV zijn wij op zich wel gecharmeerd van een intermediair tussen huisarts en wijkteam, omdat je dan een contactpersoon hebt die het hele jeugdveld kent. Dat kan eventueel ook wel iemand zijn die in de huisartsenpraktijk werkt, maar niet onder verantwoordelijkheid van de

huisarts, simpelweg omdat jeugdhulp geen huisartsenzorg is. Er zijn de afgelopen jaren allerlei constructies ontstaan van een POH-jeugd die op de ene plek wordt betaald door de gemeente en elders door de zorgverzekeraar. Dat levert soms complexe situaties op met risico's op het gebied van medische verantwoordelijkheid en privacy. VNG en VWS hebben onlangs 600 miljoen vrij gemaakt voor jeugdzorg, waarvan een deel bestemd is voor de POH-jeugd – een functie met allerlei haken en ogen dus. In dat besluit is de LHV niet gekend. Het is niet duidelijk of de POH-jeugd in de ogen van VWS en VNG valt onder de gemeente of onder de huisartsenzorg. In dit overleg pleiten we er daarom voor dat VWS en VNG duidelijk de kaders aangeven waaraan deze functionaris moet voldoen. Ik bekijk deze discussie ook in de bredere context van het huisartsenwerk. Het bord ligt al ontzettend vol, laten we er dan geen taken bij nemen die niet bij de huisarts horen. En laten we andere sectoren tegelijk wel zodanig ondersteunen dat zij hun werk goed kunnen doen.



**‘De ideale wereld zullen we nooit voor elkaar krijgen, maar het kan altijd beter dan het nu gaat’**

DONDERDAG 9.30 UUR

## Vechtscheidingen: helaas blijvend actueel

Een aantal huisartsen is actief als ambassadeur voor de aanpak van kindermishandeling. Binnen de LHV hebben we een team van zes mensen dat eraan werkt meer aandacht aan dit onderwerp te besteden. Met de ambassadeurs hadden we eerder een verkennende scholing over vechtscheidingen. Nu overleg ik met de LHV Academie om die uit te werken tot een cursus die we al onze leden kunnen aanbieden. Dit is een onderwerp waar treurig genoeg iedere huisarts mee te maken heeft: als ouders er niet uitkomen, heeft het kind daar last van. Op de korte en op de lange termijn. Daarbij spelen lastige vragen, bijvoorbeeld op juridisch vlak: wat doe je als de ene ouder niet wil dat je medische informatie over het kind doorgeeft aan de andere ouder? Maar ook: hoe ga je ermee om als een kind een van de ouders niet wil zien? Een vechtscheiding maakt dat je als huisarts moet laveren. De scholing gaat ook over de instanties waarnaar je kunt doorverwijzen. Als de huisarts zijn of haar positie weet en als doorverwijzen in één keer goed gaat, kan dat veel ellende besparen.

DONDERDAG 15.00 UUR

## Brainstormen over De Dokter

Een van mijn favoriete besprekingen: de redactievergadering van De Dokter. Ik zit al jaren in de redactie, met veel plezier. Alle geledingen van de LHV zijn vertegenwoordigd, iedereen haalt onderwerpen op bij de eigen achterban en onder leiding van eindredacteur Nathalie Pol bespreken we wat in het komende nummer moet. Wat moeten huisartsen weten, waar maken ze zich druk om, hoe houden we het blad ook een beetje luchtig? Heerlijke vragen, waar ik ook mijn creatieve kant in kwijt kan. Ik probeer steeds weer fris naar ontwikkelingen te kijken. Bovendien een mooie gelegenheid om verbinding te krijgen met de andere geledingen van de organisatie.

DONDERDAG 11.00 UUR

## Melding van huiselijk geweld moet eenvoudig

De Meldcode huiselijk geweld van KNMG wordt momenteel aangepast. Daarover praten we onder meer met de artscoalitie: een samenwerkingsverband van kinderartsen, jeugdartsen, kinderpsychiaters, vertrouwensartsen van Veilig Thuis en SEH-artsen. De meldcode krijgt een nieuwe indeling en er komt nieuwe informatie in over gegevensuitwisseling met derden. Dat laatste is een belangrijk onderwerp, want bij tuchtzaken draait het nogal eens om gegevensuitwisseling. De Meldcode bestrijkt allerlei onderwerpen, van juridische aspecten tot gesprekstechnieken. Het is zo langzamerhand een heel boekwerk geworden, wat bij zo'n complex onderwerp onvermijdelijk is. Als LHV'er heb ik in dit overleg de taak zoveel mogelijk houvast voor huisartsen te organiseren. Ik wil ervoor zorgen dat er ook een bondige samenvatting en een praktische uitwerking komen. Een stappenplan is er al, mogelijk verschijnt bij de vernieuwde Meldcode ook nog een kernachtige handreiking.