

‘Haal expertise de wijk in’

Visies LHV en InEen

De uitdagingen die met de ggz op de huisartsenzorg afkomen zijn flink. Daarmee is samenwerking tussen de eerste en tweede lijn en het sociaal domein niet langer vrijblijvend, maar noodzaak. Guus Jaspar (LHV) en Maarten Klomp (InEen) schetsen beiden hun toekomstvisie op de ggz in de huisartsenzorg. En vertellen welke rol zij daarin zien voor zowel de regionale huisartsenorganisaties als de individuele huisartsen.

TEKST: BETTY VAN WIJNGAARDEN FOTO: STOCKSNAP / PIXABAY

“De ggz is momenteel een *stand alone* in elk domein voor zich’, constateert Guus Jaspar, algemeen bestuurslid van de LHV. “Voor de toekomst is het belangrijk dat we de zorg goed rondom de ggz-patiënt regelen, over de domeinen heen. Daarbij is het nodig om te weten wat ieders rol en kunde is en welke ggz-vraag bij wie hoort.”

InEen-bestuurslid Maarten Klomp vult aan: “We moeten niet alleen maar mopperen over de wachtlijstproblematiek in de specialistische ggz, hoe vervelend die ook is. Ook wij, als huisartsen, moeten onze zorg moderniseren. Vanuit de regionale huisartsenorganisaties werk maken van eHealth en digitale zorg. Ook groepszorg door poh’s kan goed werken, bijvoorbeeld bij verslaving. En mensen die zelf ggz hebben gehad hun ervaringsdeskundigheid laten inzetten in de eerste lijn. Zodat wij sneller, beter, en meer mensen kunnen helpen.”

Wachtlijsten struikelblok

Op dit moment is de wachtlijstproblematiek in de specialistische ggz nog een groot struikelblok. Jaspar: “Door de bezuinigingen in de tweedelijns-ggz zien wij als LHV dat capaciteitsproblemen en wachtlijstproblematiek van de sggz bij de huisarts worden neergelegd.” Hierbij gaat het vaak mis tijdens de ANW-uren, waarbij de goed bereikbare huisarts het eerste aanspreekpunt is. “Voor huisartsen is het belangrijk dat de spoedzorg goed bereikbaar voor hen is, bijvoorbeeld bij EPA-patiënten. Dit gaat om complexe zorg waarbij ruggenspraak houden belangrijk is. Bijvoorbeeld om te kunnen schakelen met medicatie, maar ook snel terug te kunnen verwijzen. Maar doorgaans is het lastig om een ggz-behandelaar aan de telefoon te krijgen.”

Klomp: “De poh-ggz en poh-jeugd zijn een enorme aanwinst in de huisartsenpraktijk, maar een deel van deze capaciteit is inmiddels opgesoupeerd door de

wachtlijstoverbrugging. Als huisarts wil je mensen toch niet laten vallen. Daardoor zijn wij als huisartsen onvoldoende bereikbaar voor mensen met lichte tot matige klachten, waar we eigenlijk voor bedoeld zijn. Juist in deze coronatijden zijn er meer mensen die zich slechter voelen en daarom een beroep doen op huisartsen.” Ook volgens de ideeën van ‘De Nieuwe GGZ’ zou er juist meer zorg moeten worden verleend vanuit de wijk. Klomp: “Aanpakken in plaats van onnodig lange diagnostische trajecten, en daarbij ingeving en socialisatie centraal. Dat kan beter in de wijk dan in duurdere tweedelijnsinstellingen. Haal deze expertise de wijk in, samen met de huisartsen, de praktijkondersteuners en het sociaal wijkteam, en bied samen zorg dicht bij de mensen.”

Meer voor elkaar zorgen

Hoewel de knelpunten bekend zijn, is het oplossen daarvan makkelijker gezegd dan gedaan, vindt Jaspar. “Binnen onze samenleving zijn er diverse netwerken en zuilen weggevallen. Als iemand psychische ondersteuning zoekt, bij wie kan hij of zij dan nog aankloppen? Het opzetten van wijkinitiatieven kan hier inderdaad als oplossing aan bijdragen. Maar ook de inzet van ervaringsdeskundigen die ooit zelf psychische problemen hebben gehad, kan hierin ondersteunen. Zodat we weer iets meer voor elkaar zorgen, zoals dat vroeger bijvoorbeeld gebeurde binnen een kerkgemeente of de dorpscohesie.”

>>



‘Wij willen
samenwerking op
regionaal niveau
tussen sggz, bggz,
huisartsenzorg en
sociaal domein’

Oproep

InEen faciliteert haar leden door good practices met hen te delen. En door samen met de LHV te lobbyen voor betere O&I en over goede afspraken met de landelijke ggz. “Wij willen dat er samenwerking ontstaat op regionaal niveau waar deze er nog niet is, tussen sggz, bggz, huisartsenzorg en sociaal domein”, zegt Klomp. “Met goede afspraken over taakverdeling, digitale zorg, consultatie en het sturen daarop.” Op dit moment blijkt zo’n zestig procent van de InEen-leden plannen te hebben om dit georganiseerd op te pakken. Om in kaart te brengen wie de ggz-aanbieders zijn, welke problemen zich voordoen, hoe ondersteuning de kwaliteit van de eigen zorg kan verbeteren en om eHealth en blended care te implementeren, al dan niet samen met tweedelijnsaanbieders. “Wij vinden dat dit nu nog onvoldoende gebeurt en roepen onze leden – de huisartsen- en eerstelijnsorganisaties – op om dit verder op te pakken.”

Het probleem dat daar doorheen speelt, is financiering. Klomp: “De bij InEen aangesloten organisaties zijn zich aan het omvormen tot brede regionale ondersteuningsorganisaties voor huisartsen- en eerstelijnszorg, op tal van thema’s, waaronder natuurlijk ook ggz.¹ Daar hoort dan wel bij dat deze organisaties ook rond ggz mankracht hebben om dit op te pakken. De slagkracht van onze organisaties is op veel plaatsen niet op orde, omdat er onvoldoende gefinancierd en gefaciliteerd wordt door de zorgverzekeraars.”

Hij vervolgt: “Het voordeel van financiering middels een zorgprogramma ggz is dat niet alleen de zorgtijd huisarts-patiënt wordt betaald, want dat doe je ook als je het alleen in S1 financiert. Maar je betaalt dan ook de overlegtijd die nodig is om een keten goed te laten werken. En je betaalt de tijd die de regionale organisatie nodig heeft om het allemaal in te regelen. Om gezamenlijk samenwerkingsafspraken te kunnen maken met alle partners, ook die in het sociaal domein. En om elkaar op structurele basis te ontmoeten. Dat is echt nog geen gemeengoed. Het is belangrijk dat er oog is voor andere kosten dan alleen de directe tijd in de patiëntenzorg. Denk ook aan spiegelinformatie voor het kwaliteitsbeleid, aan goede en veilige digitale gegevensuitwisseling tussen eerste en tweede lijn en het sociaal domein. Dit zijn belangrijke randvoorwaarden voor goede gedeelde ggz-zorg. Een volwassen regionale organisatie is daarvoor een *must*. Dan kunnen we meters gaan maken.”

LHV biedt als belangenvereniging haar leden kaders en tools waarmee individuele huisartsen en huisartsenpraktijken zelf aan de slag gaan in hun regio om samenwerking te zoeken. “Voor individuele huisartsenpraktijken is het haast niet te doen om hier alléén afspraken over

te maken met partners in het veld”, zegt Jaspar. “Want we hebben het niet alleen over de ggz, maar ook over het sociaal domein. Daarom is het belangrijk dat zij zich organiseren in regionale huisartsenorganisaties die met alle regiopartners praten.”

Poh-ggz doorontwikkelen

Veel huisartsenpraktijken zijn de poh-ggz in de praktijk aan het doorontwikkelen, maar volgens Jaspar gebeurt dat nog niet overal. “Daarbij is het belangrijk dat er voldoende fte beschikbaar is voor de poh-ggz”, zegt hij, “maar verzekeraars kunnen nog weleens een punt maken over uitbreiden van meer uren poh boven de NZa-norm. Terwijl dit als randvoorwaarde voor goede ggz-zorg in de huisartsenpraktijk heel belangrijk is. Er ligt sinds recent een goede taakomschrijving voor de poh-ggz waarmee je heel goed het aantal benodigde fte kunt bepalen.” Dankzij het Kwaliteitsregister poh-ggz in wording wordt doorontwikkeling van de poh-ggz in de huisartsenpraktijk nog makkelijker (zie ook pagina 16 en 17). “Het helpt de huisarts straks bij het bepalen of een poh-ggz capabel is, zonder dat hij of zij dat allemaal zelf hoeft uit te zoeken. Het opzetten van dit register vergt nog de nodige afstemming.”

Ondersteunen

Op landelijk niveau blijven LHV en InEen samen optrekken om de uitdagingen in de ggz aan te pakken. Daarbij zoeken zij ook de samenwerking met de landelijke ggz-partijen, bijvoorbeeld in een Stuurgroep Wachtlijden. “Maar ook in de regio hebben wij elkaar nodig om de individuele huisartsenzorg te ondersteunen”, zegt Klomp. “Dat doen we vanuit een gezamenlijk gedragen regiovisie van LHV, NHG en InEen getiteld *Hechte Huisartsenzorg*¹ Hierin begeeft de LHV zich meer op het niveau van de individuele huisartsen en InEen meer op het niveau van de regionale huisartsenorganisaties. Maar dat zijn twee kanten van dezelfde zaak, dezelfde medaille. En daarin zijn we het eens over dezelfde oplossingsrichting.” <<

¹ Zie visie en bouwstenen Regionale samenwerking en organisatievorming in de huisartsenzorg, LHV, InEen, NHG: <https://www.hechtehuisartsenzorg.nl/>

NVvP-voorzitter Elnathan Prinsen

‘Structurele samenwerking tussen huisarts en psychiatrie nodig’

Met de komst van de poh-ggz is het aantal verwijzingen naar de basis-ggz en de specialistische ggz niet gedaald. Elnathan Prinsen, voorzitter van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP), wil daarmee zeker niet zeggen dat de poh-ggz geen waarde heeft in de huisartspraktijk of geen zinnig werk doet voor de patiënt. Maar er ligt wel een probleem.

TEKST: FRANK VAN WIJCK FOTO: JEROEN DIETZ

Eerst even terug naar tien jaar geleden. We zagen toen de opkomst van de poh-ggz in de huisartspraktijk. Wat was de inschatting van de NVvP over wat dit zou gaan betekenen voor de verwijzing naar de psychiatrie?

Elnathan Prinsen: “De hoop was natuurlijk dat daarmee de eerste lijn werd versterkt, zodat zorg werd weggevangen voor de tweede lijn. Dat was immers de inzet bij de komst van de poh-ggz. We wisten dat de ene huisarts meer affiniteit had met psychiatrie dan de andere, en het idee was dat de aanwezigheid van een poh-ggz in de praktijk die aandacht zou vergroten.”

Zijn de verwachtingen uitgekomen?

“Ik denk dat je moet constateren dat dit niet het geval is. Het aantal verwijzingen naar de specialistische ggz is niet gedaald, maar stabiel gebleven. Ook in de basis-ggz heeft de inzet van de poh-ggz niet tot een afname geleid. We hadden gehoopt dat de inzet van de poh-ggz tot gerichtere verwijzingen zou leiden en dat het helpend zou zijn in het kader van de wachtlijden voor de ggz, maar die verwachting is dus niet uitgekomen. De enige conclusie die dan overblijft, is dat door de poh-ggz meer mensen in behandeling zijn gekomen in de ggz. De vraag waarom geen verschuiving heeft opgetreden is een lastige. Het ggz-aanbod is met de komst van de poh-ggz groter geworden, de helft van de 1,2 miljoen mensen die ggz-zorg ontvangt krijgt die van de poh. De vraag of dit betekent dat de toegang voor de patiënt tot de ggz gemakkelijker is geworden, laat zich niet beantwoorden zonder de achterliggende vraag hoe breed je de ggz moet definiëren. We weten dat de epidemiologie van psychiatrische stoornissen heel stabiel is. Die is niet veranderd in de jaren sinds de komst van de poh-ggz. Toch stijgen de vraag naar en het aanbod van de ggz. Het budget voor de totale ggz is ook gegroeid. Daarbij zien we dat vooral het aanbod voor de lichtere psychiatrische

problematiek is gestegen, maar dat het voor de zwaardere zorg beperkter is geworden. Het is een feit dat er geen bezuinigingen zijn op het totale ggz-budget, maar de vraag rijst of de verdeling logisch is. Als je in de eerste lijn zorg inzet die als doel heeft zorg in de tweede lijn te voorkomen, is theoretisch gezien sprake van een heel heldere en lonende doelstelling. Maar als de feiten laten zien dat dit niet lukt, kun je vragen stellen bij de doelmatigheid van dat aanbod in de eerste lijn. En dan doet dat ook iets met de beeldvorming van de ggz.”

Betekent het feit dat meer mensen de weg naar geestelijke gezondheidszorg hebben gevonden niet dat de komst van de poh-ggz de drempel heeft verlaagd om de weg naar ggz-zorg te vinden?

“Ook die vraag leidt weer tot de vraag waar de grens van ggz-zorg ligt. Horen mensen met sociaal-maatschappelijke problemen zonder psychiatrische stoornis in de ggz? En als je daar ja op zou zeggen omdat je denkt daarmee op termijn psychiatrische problemen te voorkomen, dan hadden we inmiddels al lang moeten zien dat vroeg interveniëren tot minder doorstroming naar de specialistische ggz zou leiden.”

Is dit de ‘schuld’ van de ene of andere partij, of is dat te simpel geredeneerd?

“Dat is echt een ontzettend lastige vraag. Bij de komst van de poh-ggz was de verwachting van iedereen – ook van de tweedelijnsaanbieders en de zorgverzekeraars – dat de wachtlijsten in de tweedelijns-ggz zouden slinken. Als dat niet zo blijkt te zijn, moet je evalueren welke factoren daaraan ten grondslag liggen en dan heb je niet zoveel aan ‘schuld’. De vraag wat maakt dat mensen in even grote aantallen worden doorverwezen naar de tweede lijn, kan ik niet beantwoorden. En ik ga ook niet tegenspreken dat de poh-ggz zinnig werk doet voor deze mensen.” >>