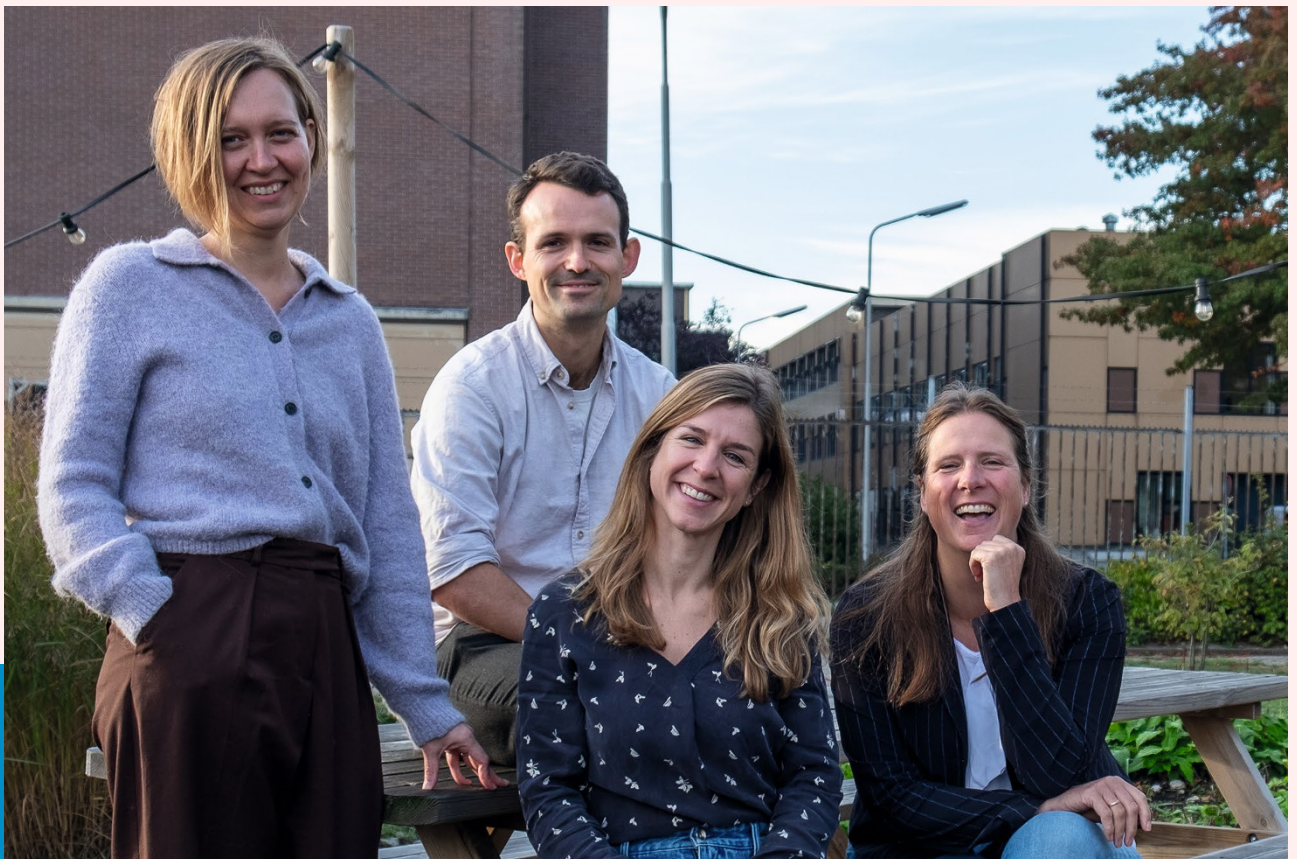


NIEUWE VISIE 'HUISARTSENZORG VOOR PATIËNTEN MET PSYCHISCHE PROBLEMATIEK'

InEen, LHV, NHG en psyHAG ontwikkelden gezamenlijk de nieuwe visie 'Huisartsenzorg voor patiënten met psychische problematiek'. De visie beschrijft hoe de kwaliteit van psychische huisartsenzorg ook in de toekomst geborgd blijft. Belangrijk is dat psychische huisartsenzorg bovenal huisartsenzorg moet blijven. Vanuit het NHG is huisarts en beleidsadviseur Nikki Claassen intensief bij de totstandkoming van de visie betrokken.

Huisartsen en POH's-ggz verlenen een groot deel van de psychische zorg in Nederland. Deze zorg staat echter onder druk, onder andere door de toegenomen vraag naar psychische zorg en de afgenomen capaciteit van de geestelijke gezondheidszorg (ggz). Huisartsen en POH's-ggz raken overbelast door de zorg voor patiënten met te zware problematiek voor de huisartsenzorg, die niet in de ggz terecht kunnen. De beschikbare capaciteit en deskundigheid binnen de psychische huisartsenzorg moeten zo efficiënt mogelijk worden ingezet in samenwerking met de ggz en het sociaal domein.

In de werkgroep zaten (v.l.n.r.): Jelly Hogendorp, senior beleidsadviseur LHV, David Smeekes, huisarts n.p. en beleidsmedewerker InEen, Nikki Claassen, huisarts en beleidsadviseur NHG en Nelly van der Gaarden, huisarts, namens PsyHag. Foto: Lieke Claassen



Nee zeggen tegen oneigenlijke taken

‘De huisartsenpraktijk is bij uitstek geschikt voor de eerste beoordeling en diagnostiek bij psychische problematiek. Of om milde psychische klachten en eenvoudige, veelvoorkomende psychische stoornissen te behandelen’, vertelt Nikki Claassen. ‘Dit geldt zowel voor de zorg door de huisarts als door de POH-ggz. Overige zorgtaken, zoals de behandeling van complexe problematiek of het bieden van overbruggingszorg bij wachttijden, horen niet in de huisartsenpraktijk thuis. Huisartsen mogen en moeten soms dus nee zeggen tegen oneigenlijke taken om de basis huisartsenzorg te kunnen blijven bieden aan patiënten die wel in de huisartsenpraktijk behandeld kunnen worden.’

Ook wordt in de visie benadrukt dat het belangrijk is om te bepalen of psychische zorg wel de beste oplossing is voor iemands probleem. ‘Een patiënt bij wie financiële zorgen een belangrijke oorzaak zijn van de klachten, verwijs ik bijvoorbeeld liever naar het sociaal wijkteam.’

Meer ondersteuning door Regionale Huisartsen Organisaties

In de samenwerking tussen huisartsenpraktijken, ggz en sociaal domein kunnen de Regionale Huisartsen Organisaties (RHO) een grotere rol vervullen. RHO's kunnen huisartsen bijvoorbeeld ondersteunen bij het maken van samenwerkingsafspraken met ggz-aanbieders, bijvoorbeeld over zorgaanbod. Ook kunnen huisartsen hun RHO inschakelen voor beoordeling of een verzoek om extra zorg binnen of buiten verantwoorde huisartsenzorg valt. Claassen: ‘Bijvoorbeeld de vraag van een ggz-instelling om het voorschrijven van medicatie over te nemen of om bloedonderzoek te doen. Krijg je vaak verzoeken die je niet in

‘Huisartsen mogen en moeten soms nee zeggen tegen oneigenlijke taken’

de huisartsenzorg vindt horen? Of twijfel je over een verzoek? Neem dan contact op met de RHO.’

Beschikbare ggz voor wie het nodig heeft

De capaciteitsproblemen binnen de ggz hebben gezorgd voor lange wachttijden en soms zelfs ontoegankelijke specialistische zorg. Ook huisartsen kunnen bijdragen aan het terugdringen van deze wachttijden, door onnodige inzet van de ggz zoveel mogelijk te voorkomen. Zij kunnen op basis van de NHG-Standaarden bepalen welke zorg het beste bij de patiënt past:

1. voorlichting en/of zelfzorg
2. behandeling binnen het sociale domein
3. behandeling door huisarts of POH-ggz
4. behandeling binnen de (gespecialiseerde) ggz

Bij milde problematiek die ‘bij het leven hoort’ ligt het voor de hand om aan te sturen op zelfzorg of een beroep op het sociale netwerk. Claassen: ‘Hierbij valt te denken aan bijvoorbeeld ongecompliceerde rouw of levensfaseproblematiek.’ Bij sociale problematiek is het logisch om dit binnen het sociale domein op te lossen.

Tegelijkertijd is het essentieel dat er meer ggz-capaciteit beschikbaar komt voor patiënten die wel verwezen worden, analoog aan de somatische zorg. Bovendien moeten huisartsen 24/7 de mogelijkheid hebben tot direct overleg, zeker bij spoed. Daarnaast zijn snelle intakes (< 4 weken) en advisering en actief hoofdbehandelaarschap vanuit de ggz na de intake essentieel.

Duidelijke grenzen nodig voor betere samenwerking

De beschreven grenzen van de huisartsenzorg vormen de basis voor verantwoorde zorg. Ze vormen duidelijke uitgangspunten waar vanuit gewerkt kan worden aan betere samenwerking met de ggz en het sociaal domein. Versteving van deze samenwerking kan plaatsvinden door verbindende initiatieven tussen de verschillende sectoren. Hier zijn al diverse goede voorbeelden van, zoals regionale overleg- of transfertafels of initiatieven als krachtige basiszorg. Het is de wens dit soort vormen van samenwerking uit te

‘Psychische huisartsenzorg moet bovenal huisartsenzorg blijven’

breiden. Passende financiering vormt hierbij een randvoorwaarde voor succes.

Eens over de kern

‘Tijdens het maken van de visie kwamen we erachter dat we het vanuit verschillende invalshoeken van de koepelorganisaties allemaal eens zijn over de kern’, vertelt Claassen. ‘We moeten grenzen stellen om de kwaliteit van de psychische huisartsenzorg te blijven borgen. Huisartsenzorg moet huisartsenzorg blijven. Vanuit deze rode draad is de visie geschreven.’ Volgens Claassen waren er verrassend weinig onderlinge discussiepunten. ‘Wel zijn we ons bewust dat er een spanningsveld gezien kan worden tussen enerzijds het aangeven van grenzen en anderzijds het juist willen verbeteren van de samenwerking met de ggz en het sociaal domein. Toch zien wij duidelijke grenzen juist als een essentieel uitgangspunt voor samenwerking. Pas bij helderheid over elkaars rol en verantwoordelijkheden kun je onderling goede afspraken maken.’

Lees meer over de visie op nhg.org (tabblad NHG-Standaarden) of scan de QR-code.

