

Visie Huisartsenzorg voor patiënten met psychische problematiek Mentale gezondheid – huisartsen Zuid-Hollandse Eilanden (ZHE)

De nieuwe visie ‘Huisartsenzorg voor patiënten met psychische problematiek¹’ beschrijft de rol van de huisartsenzorg in de zorg voor mensen met psychische klachten en wat er nodig is om deze rol goed te kunnen uitvoeren. De essentie: psychische huisartsenzorg moet bovenal huisartsenzorg blijven. De visie is gezamenlijk ontwikkeld door InEen, LHV, NHG en psyHAG.

Dit document bevat onze reactie op deze visie met de belangrijkste aandachtspunten in onze regio. We zien een belangrijke rol voor de huisartsenorganisaties en taskforce ggz Zuid-Hollandse Eilanden om deze punten gezamenlijk op te pakken.

Wij staan inhoudelijk achter deze nieuwe visie. De visie is herkenbaar en helder beschreven. Het schetst het *wenselijke* beeld met een herkenbare indeling en duidelijke grenzen wat bij ons, huisartsen, zou moeten horen en wat bij de andere echelons, namelijk het sociaal domein, basis ggz en gespecialiseerde ggz. Uitgangspunt: op het moment dat het geen huisartsengeneeskundige psychische zorg meer is, dan hoort het niet bij ons de huisartsen, ongeacht wie het wel/niet uitvoert.

1. Psychische zorg in de huisartsenpraktijk

De huisarts én POH-ggz biedt integrale generalistische huisartsenzorg.

Definitie Psychische huisartsenzorg is de zorg voor patiënten met psychische, psychosociale en psychiatrische problematiek, als onderdeel van integrale generalistische huisartsenzorg. Deze integrale generalistische benadering houdt in dat de huisarts (of POH-ggz) structureel oog heeft voor het samenspel tussen enerzijds psychische, sociaal-maatschappelijke en somatische factoren en anderzijds persoonlijke coping, dat bij kan dragen aan de gepresenteerde klachten van de patiënt.

2. Normaliseren en demedicaliseren

Een patiënt komt vaak eerst bij de huisarts met zijn klachten of problemen, waaronder psychische klachten of lijden. Het is belangrijk dat we bewust zijn en blijven dat lijden bij het (normale) leven hoort en we eerst bekijken of de aanpak van het probleem buiten het medisch domein is (demedicaliseren). Wat kan een patiënt zelf en kan hun sociale netwerk steun bieden. Verder zijn er platformen en/of het sociaal domein die deze mensen mee kunnen helpen bij hun mentale gezondheid.

3. Globale indeling van mensen met psychische klachten

Mensen met psychische klachten kunnen globaal in de volgende groepen ingedeeld worden:

- 1) *Mensen zonder sociale problemen en geen psychiatrische diagnose.*
Het zijn de ongecompliceerde mensen met over het algemeen wat stemmings- of angstklachten. Huisarts en praktijkondersteuner kunnen deze patiënten zelf handelen.
- 2) *Mensen met sociale problemen en geen psychiatrische diagnose.*
Huisarts heeft idealiter tenminste een samenwerking of contact met sociaal domein.
- 3) *Mensen met verdenking op een psychische/psychiatrische diagnose zonder sociale problemen.*
In veel gevallen is het een meerwaarde wanneer patiënt zorg krijgt van de basis- of gespecialiseerde-ggz, afhankelijk van de ernst van de complexiteit.
- 4) *Mensen met een psychische diagnose en sociale problemen.*
Deze mensen hebben zowel het sociale domein als gespecialiseerde ggz nodig.

¹ De landelijke visie Huisartsenzorg voor patiënten met psychische problematiek (nov. 2022) is te downloaden via <https://www.lhv.nl/thema/huisarts-patient/ggz-in-de-praktijk/>

4. De realiteit

4.1 'verkeerde bedden' problematiek op z'n ggz

We hebben te maken met veel patiënten die niet in de huisartsenpraktijk horen en voor wie we de zorg niet kunnen leveren die zij nodig hebben. Het zijn patiënten die niet terecht kunnen bij de basis- of gespecialiseerde ggz-organisaties, vanwege het niet voldoen aan de treeknormen en door wachtlijsten. Daarnaast worden patiënten soms oneigenlijk terugverwezen, terwijl ze eigenlijk te zware problematiek hebben voor de huisartsenzorg. Bij wie ligt het hoofdbehandelaarschap? De landelijke visie geeft aan dat wanneer een patiënt binnen de ggz voor een intake gezien is, de ggz-behandelaar regiebehandelaar en dus eindverantwoordelijk voor de geleverde zorg wordt. Er is in de realiteit sprake van een soort overbruggingsperiode, waarbij huisartsen tools missen of niet hebben om ondersteuning te bieden. Dit geeft druk op de praktijk bij de gesprekken van de huisartsen en praktijkondersteuners ggz en maakt ons vak en onze poortwachterfunctie soms zo zwaar. Onze poortwachterfunctie is ook zwaar doordat bij inventarisatie zware problematiek (acuut) niet opgevolgd kan worden en de grenzen lijken soms vaag wanneer sprake is van matige en ernstige problematiek.

4.2 Het ontbreken van een goed functionerende overlegstructuur

Het ontbreekt aan een goed functionerende overlegstructuur met het sociale domein, de basis-ggz en de gespecialiseerde ggz. Huisartsen zien frequent patiënten tussendoor op hun spreekuur die ook gezien worden door het de basis- of gespecialiseerde ggz. Dit vanwege hun psychische klachten en/of somatische klachten, waardoor ze laagdrempelig contact met de huisartsenpraktijk opnemen. Mensen met een psychisch probleem hebben bovengemiddeld bijkomende somatische klachten. In de praktijk is het niet makkelijk om een dienstdoende psychiater of regiebehandelaar te bereiken om laagdrempelig te overleggen over bijvoorbeeld een behandelplan. Dit geldt voor volwassenen en jeugd. *“Het is een idealisme dat er zo mooi staat in de visie dat we samen optrekken met de patiënt, maar wij weten eigenlijk niet goed met wie we samen optrekken.” “Als wij willen overleggen met iemand dan ga je een algemeen nummer bellen en hopen dat je iemand kan vinden die iets over de patiënt weet.”*

Voorbeeld 1 Ik stuur ze naar loket A en na enkele weken wachten zegt loket A doodleuk “u hoort niet bij ons, u hoort bij loket B te zijn” en dan begint het hele wachtcircus weer opnieuw en als het een beetje tegenzit word ik daar ook niet over geïnformeerd. Ik ben dus soms kwijt waar iemand wel/niet in contact is en mensen weten het soms zelf ook niet.

Voorbeeld 2 Een vrouw in de 70 bekend met bipolaire stoornis en niet altijd stabiel. Daarbij heeft zij ook af en toe lichamelijke klachten, waarvoor ze naar ons huisartsensprekuur komt. Zij is al jaren bekend in de tweedelijns ggz en wordt begeleid door een outreach team. Dit team komt ook bij haar thuis en waarschijnlijk ziet de psychiater haar ook om de zoveel tijd, vanwege de grote hoeveelheid medicatie. Periodieke laboratoriumcontroles horen bij de medicatie die mevrouw slikt. “Ik heb als huisarts niet eens zicht of er laboratoriumcontroles worden gedaan en wie ik kan bellen voor informatie of overleg. Als ik de ggz-locatie in de buurt bel, is deze informatie ook niet op te halen en/of een mogelijkheid om snel inhoudelijk af te stemmen met medebehandelaar, bijv. een psychiater. Uiteindelijk weten we als huisarts de weg wel te vinden, maar dat zou niet nodig moeten zijn.

5. Belangrijkste aandachtspunten

5.1 POH ggz biedt huisartsenzorg vanuit een eenduidig werkkader

De praktijkondersteuner is bedoeld voor het leveren van huisartsengeneeskundige zorg bij (ongecomplieerde) psychische klachten voor zowel jeugd als volwassenen. Ze is in principe niet bedoeld voor psychiatrische problematiek. Op dit moment wordt door de praktijkondersteuners gemiddeld zwaardere problematiek gezien dan de bedoeling was. Er zijn praktijkondersteuners die uit het ggz-werkveld komen, maar dat is niet het basisaanbod vanuit de huisartsenzorg. Het scheidt verwachtingen die niet haalbaar zijn.

5.2 Gespecialiseerde praktijkondersteuner, zoals poh jeugd is géén huisartsenzorg

We zijn in principe geen voorstander van het inzetten van een poh jeugd onder verantwoordelijkheid van de huisarts. Organisatorisch, financieel en de inhoudelijke taken van de jeugd ggz is de verantwoordelijkheid van de gemeente. Een constructie waarbij de huisartsenpraktijk een gemeentemedewerker gelegenheid geeft in de praktijk jeugdzorg te leveren kan wel tot de mogelijkheden horen. Deze ondersteuner kan tijd besteden aan een zorgvuldige intake, weet goed de mogelijkheden binnen het sociaal domein en kan een goede verbinding zijn tussen huisarts en het jeugdteam/wijkteam.

5.3 Eén voordeur/contactpersoon sociaal domein voor de huisarts

Er zijn veel mogelijkheden binnen het sociale domein om mensen met psychische problematiek te ondersteunen. Helaas is het sociaal domein voor veel huisartsen ondoorzichtig. Verder is niet altijd bekend met welke casemanager of coördinator laagdrempelig contact opgenomen kan worden voor vragen en afstemming. We hebben behoefte aan een centraal punt waar kennis is over het lokale aanbod van het sociale domein en waar afstemming plaats kan vinden over de meest passende zorg voor de patiënt. Het is belangrijk dat inwoners weten en gebruik kunnen maken van een uniform breed georiënteerd basisaanbod binnen het sociaal domein (bestaand uit bijvoorbeeld maatschappelijk werk, financiële ondersteuning, systeemtherapeuten en gezinscoaches).

5.4 Een functionerend samenwerkings- en overlegstructuur met ggz-organisaties

Dit punt is een van onze belangrijkste punten. We willen dat ggz-behandelaars voor huisartsen laagdrempelig beschikbaar zijn voor (direct) intercollegiaal overleg, digitaal of face-to-face. Duidelijke afspraken over heen- en terugverwijzen en een vaststaande structuur voor overlegmogelijkheden, analoog met de medisch specialistische somatische zorg.

De huisarts heeft op dit moment vaak geen zicht op relevante informatie over de patiënt, omdat de verslaglegging vaak ontbreekt. Waar is een patiënt in zorg? Dit geldt vooral bij patiënten verwezen zijn naar een ggz-organisatie en intern of extern doorverwezen worden. Met welke behandelaar kan laagdrempelig contact opgenomen worden voor vragen of afstemming? Daarbij is het niet makkelijk om een dienstdoende psychiater of regiebehandelaar te bereiken om laagdrempelig te overleggen. Is er een vangnet van zorgprofessionals voor mensen die terugverwezen zijn en bij wie het escaleert? Kan er zo snel mogelijk opgeschaald worden via zij- of achterdeur? Er zijn wachtlijsten. Zijn er personen die mee kunnen denken dat mensen met de juiste zorg op de juiste plek komen?

Januari 2023

Tanneke Gerritse, *huisarts met affiniteit ggz Zorggroep Hoeksewaard*

Marloes Tack, *huisarts, voorzitter huisartsenbestuur met portefeuille ggz Cohaesie*

Han Gloudemans, *huisarts / directeur bestuurder Zorggroep Haringvliet*