



TOEGANG: GGZ IN DE HUISARTSEN- PRAKTIJK



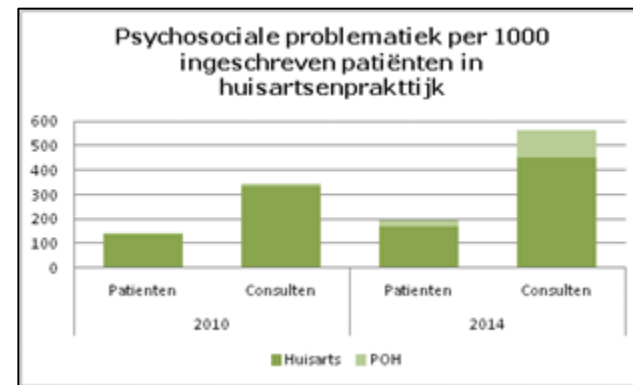
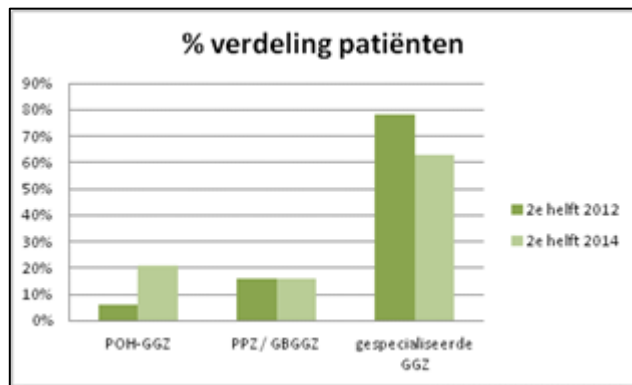
Toegang: GGZ in de huisartsenpraktijk

Signalering, triage, behandeling en ondersteuning

Peiling onder huisartsen door NHG/LHV (medio 2016):

- De problemen rond de zorg voor patiënten met ernstige psychische klachten worden alsmaar groter.
- Wachtijd tot gespecialiseerde zorg langer dan 8 weken. Ook ontstaan wachttijden bij de POH-GGZ in de huisartsenpraktijk.
- LHV/NHG en GGZ Nederland waarschuwen dat tijdige hulp voor kwetsbare patiënten onder druk staat.

Huisartspraktijken met POH³





Vragen uit het veld

- Welke GGZ-zorg levert de huisarts en de POH? En wat is de reikwijdte met betrekking tot de verantwoordelijkheid van de huisarts?
- Krijgt de huisarts de juiste/vereiste ondersteuning vanuit de generalistische basis GGZ en gespecialiseerde GGZ? Bijvoorbeeld bij consultatie, (informatie-)overdracht, et cetera?
- Worden psychische problemen juist en tijdig gesignaleerd?
- Wordt toegang tot de juiste zorg op het juiste moment gerealiseerd? Is er sprake van adequate triage en doorverwijzing?
- Welke belemmeringen treden er op bij verwijzing naar de generalistische en gespecialiseerde GGZ m.b.t. toegang, wachttijden, et cetera?



Samenhangende trajecten

- Ministerie van VWS, Rapport Monitor Generalistische Basis GGZ (2014) - in relatie tot wijziging indeling GGZ in 2014
- Agenda Gepast Gebruik m.b.t. Ketensamenwerking:
 - landelijke samenwerkingsafspraken
 - voornemen om in 2017 onderzoek uit te voeren naar de POH-functie (standaarden), zorgprogramma's in de huisartsenzorg, acute psychiatrie (samenwerking HAP/GGZ-crisisdienst), uitbreiding praktijkexperimenten samenwerking huisartsenzorg en GBGGZ
 - generieke module psychische klachten huisartsenpraktijk



OP- EN AFSCHALEN



Op- en afschalen

Op het juiste moment op de juiste plek de juiste behandeling starten en stoppen

“Bijna 40% van de uitgaven gaat naar de 13% patiënten waarvoor meer dan 3000 minuten per jaar wordt gedeclareerd. De kans op verbetering van het functioneren bij deze groep is zeker niet hoger dan voor patiënten die korter behandeld worden. Beschikbare tijd kan efficiënter ingezet worden.”

Bron: Oberjé Edwin, Tanke Marit, Dijk Wieteke van, et al. De relatie tussen behandelduur en behandelingsucces in de GGZ. Nijmegen: Celsus; 2016.

Veel behandelaren staan positief tegenover het doelmatig ‘afschalen’ van zorg.

Tegelijkertijd noemen ze ook een aantal barrières:

- het is onduidelijk wanneer een behandeling (blijvend) effectief is;
- huidige richtlijnen bieden weinig houvast voor het afsluiten van een behandeling;
- zowel behandelaar als patiënt zijn er niet altijd gerust op dat een patiënt terug kan komen;
- niet alle langdurige behandelingen ‘zonder’ gezondheidswinst zijn ineffectief. Het behandeldoel kan namelijk ook zijn dat er *geen gezondheidsverlies* optreedt of dat zorgwekkende neveneffecten worden voorkomen.



Vragen uit het veld

- Is het mogelijk de richtlijnen en zorgstandaarden van concretere handvatten voor het op- en afschalen van de behandeling te voorzien?
- Kunnen de drempels tussen de basis GGZ en specialistische GGZ over en weer verlaagd worden?
- Welke kennis is er beschikbaar over de effectiviteit van behandelingen in relatie tot de duur?
- Hebben standaard evaluatiemomenten gedurende de behandeling voldoende effect?



Samenhangende trajecten

- Agenda Gepast Gebruik m.b.t. ontwikkelen van criteria voor op- en afschalen (als onderdeel van de zorgstandaarden)
- Nieuwe bekostigingsstructuur biedt aanknopingspunten voor de (tussentijdse) evaluatie/review van het behandeltraject
- ROM: periodiek meten bij patiënten ter ondersteuning van de behandeling
- Stichting Topklinische GGZ: decision tools verwijsproces naar gespecialiseerde en hoogspecialistische GGZ (o.a. voor persoonlijkheidsstoornissen en de unipolaire depressie). Een transdiagnostische decision tool is in ontwikkeling.



E-MENTAL HEALTH BIJ BEHANDELING



e-Mental Health bij behandeling

Wel aangeboden, maar nog niet door veel cliënten gebruikt

Gebruik

- POH's-GGZ: 10% van de cliënten
- GGZ-hulpverleners: 9% van de cliënten
- behandelprogramma's via internet: 5% van de cliënten

Aanbod

- huisartsenpraktijken: 80%
- POH's-GGZ: 92%
- psychiaters: 30%

Meest genoemde belemmeringen

- cliënten hebben voorkeur voor face-to-face behandeling;
- toepassingen sluiten niet goed aan bij klachten cliënt;
- onvoldoende zicht op de vele toepassingen en hun effectiviteit.



Bron: Nictiz. Meer dan techniek. eHealth-monitor 2016 [infographic]. Den Haag: Nictiz; 2016.

"Nederland (...) koploper (...) in Europa op het gebied van e-health in de ggz."
Bron: Beurden Puck van. Nederlandse ggz leidt groot e-health-project. Zorgvisie Website; 1 november 2016.



Vragen uit het veld

- Hoe krijgen zorgverleners en zorgverzekeraars meer zicht op effectieve toepassingen?
- Wat hebben cliënten nodig om e-Mental Health te gaan gebruiken?
- Hoe verbeter je de aansluiting op het gebruik door de patiënten en hun klachten?



Samenhangende Trajecten

- Agenda Gepast Gebruik m.b.t. ontwikkeling generieke module e-Health, ontwikkelen koppeltaal, beschikbaar maken van informatie e-Health, PGD
- De Nieuwe GGZ: proeftuinen waar cliënten in de wijk én online ondersteund en behandeld worden
- Subsidies ten behoeve van anonieme e-Mental Health door VWS en Zorginstituut
- eMEN project: e-Mental Health innovation and transnational implementation platform North West Europe



SHARED DECISION MAKING (SDM)



Shared decision making

Patiënt voelt zich nog onvoldoende betrokken

Panel Psychisch Gezien LPPGz: "Er wordt onvoldoende geluisterd en we kunnen niet meebeslissen over eigen zorg en hulp" (77% van respondenten)

Wat zijn mijn mogelijkheden?

Wat zijn de voordelen en nadelen van die mogelijkheden?

Wat betekent dat in mijn situatie?





Vragen uit het veld

- Hoe kun je SDM verder versterken?
- Hoe betrekken we het systeem (de naasten) van de patiënt in de behandeling?
- Is er voldoende aandacht voor psychosociale problemen?



Samenhangende Trajecten

- Agenda Gepast Gebruik: onderdeel van zorgstandaarden, ook in Kwaliteitsstatuut elementen informatievoorziening patiënt
- Jaar van de Transparantie 2016: Samen Beslissen
Subsidieregeling van ZIN is toegekend aan twee GGZ-projecten:
 - LPGGz: keuzewebsite voor cliënten
 - NIP: 'drie goede vragen' en 'handy-card' o.b.v. ROM-uitkomsten en kwaliteitsstandaarden als informatiebron
- Diverse regionale projecten, zoals "SamenKeuzesMaken"
- GGZ-NHN, Trimbos & andere GGZ-instellingen zijn bezig met de ontwikkeling van een computerprogramma: ervaringsverhalen, 'personal medicine', vragenlijsten ter voorbereiding gesprek psychiater



TOEGANG: DIAGNOSTIEK GBGGZ/GGZ



TOEGANG: DIAGNOSTIEK GBGGZ/GGGZ

Nog veel winst te behalen?

Opgehaald in de gespreksronde:

- “In de GGZ krijgt indicatiestelling en diagnose te weinig aandacht, met als gevolg dat mensen niet juist of tijdig de benodigde zorg krijgen”.
- “In de GGZ ligt focus ligt vooral op onderzoek naar de effectiviteit van interventies:
 - Er is weinig tot geen goed onderzoek naar differentiële diagnostiek/indicatiestelling en patiënt-behandeling matching.
 - Veel professionele kennis over differentiële diagnostiek/indicatiestelling en patiënt-behandeling matching, maar weinig consensus en de kennis is beperkt toegankelijk”.
- “In de GGZ wordt het principe “de beste mensen aan de poort” niet voldoende toegepast, o.a. als gevolg van structuur, bekostiging en tekort aan psychiaters en klinisch psychologen”.
- “De nadruk ligt teveel op de DSM-classificatie met alle consequenties van dien (te lang doorbehandelen, te veel nadruk op reduceren symptomen, e.d.) in plaats van inzetten op eigen regie/herstel”.
- “Verbetering van diagnostiek is vooral bij complexe zorgvragen van toegevoegde waarde (zoals bijv. bij persoonlijkheidsstoornissen); ontwikkeling en implementatie van een multidisciplinaire zorgstandaard verdient nadrukkelijk de aandacht”.



Samenhangende trajecten

- NVvP: Richtlijn psychiatrische diagnostiek (2015)
- Agenda Gepast gebruik: Ontwikkeling diverse zorgstandaarden met aandacht voor diagnostiek
- Stichting Topklinische GGZ: decision tools verwijzproces naar gespecialiseerde en hoogspecialistische GGZ o.a. voor persoonlijkheidsstoornissen en de unipolaire depressie. Een transdiagnostische decision tool is in ontwikkeling.



Vragen uit het veld

- Wordt de richtlijn psychiatrische diagnostiek voldoende toegepast?
- Zou er geen multidisciplinaire richtlijn/zorgstandaard diagnostiek moeten zijn?
- Wordt er voldoende deskundigheid bij de voordeur ingezet?
- Wordt er bij de diagnostiek gebruik gemaakt van de juiste instrumenten?
- Wordt er voldoende rekening gehouden met persoonsgerichte factoren?
- Wordt er voldoende gelet op problematiek zoals LVB en somatiek?
- Is herdiagnostiek bij patiënten met een lang verleden in de GGZ van belang mede als gevolg van nieuwe behandelinzichten?



SAMENWERKING TUSSEN DOMEINEN



Samenwerking tussen domeinen

Eén loket voor de patiënt?

- Regionale inbedding is noodzakelijk:
Aansluitend op WMO-regio's wordt hard gewerkt aan het tot stand brengen van de samenwerking om deze zorg mogelijk te maken zowel met betrekking tot de jeugd als volwassenen.
- Landelijke Monitor Ambulantisering en Hervorming Langdurige GGZ, Trimbos
Peilingen onder klantenpanel laten zien dat:
 - de kwaliteit van leven van patiënten met een ernstige psychiatrische aandoening in doorsnee ver achterblijft bij die van de algemene bevolking;
 - de maatschappelijke participatiegraad laag is en onder andere de eenzaamheidsproblematiek groot;
 - samenwerking nog onvoldoende tot stand komt.
 - er grote complexiteit bestaat bij de bestuurlijke samenwerking;
 - professionele samenwerking hapert: zo is er vanuit GGZ ingezet op FACT, IHT en VIP, maar groei stagneert als gevolg van financieringsstructuren, een toenemende productiedruk en het ontbreken van regie en afstemming op regionaal niveau.



Samenhangende trajecten

- Ministerie van VWS: Monitoring transitie langdurige zorg
- Ministerie van VWS en VGN: Taskforce Verwarde Personen
- Publicatie Goede GGZ: nieuwe concepten voor aangepaste taal en betere organisatie/proeftuinen (2016)
- Rapport Phrenos: Over de brug (2014)
Herstel voor iedereen, initiatief van meerdere GGZ-instellingen, actieplannen per instelling om herstelgerichte zorg te bevorderen
- Duidingen Zorginstituut:
 - Bevorderen van participatie van cliënten met een psychische stoornis (2016)
 - Medisch noodzakelijk verblijf in de geneeskundige GGZ (verwacht begin 2017)



Vragen uit het veld

- Hoe kan de samenwerking tussen de verschillende domeinen worden verbeterd?
- Wat kunnen we daarbij van elkaar leren?



IMPLEMENTATIE RICHTLIJNEN EN ZORGSTANDAARDEN



Implementatie richtlijnen en zorgstandaarden

Implementatie van richtlijnen/zorgstandaarden is belangrijk aandachtspunt

Huisartsen:

Jaco Burgers, NHG: "In de praktijk hebben zorgprofessionals echter te maken met tientallen en soms meer dan 100 richtlijnen. (...) Bovendien wordt elk jaar circa 15% van de richtlijnen herzien. Het is vrijwel onmogelijk om dit allemaal bij te houden."

Bron: Burgers Jako S. Valkuilen bij onderzoek naar richtlijnimplementatie. Ned Tijdschr Geneeskd 2016; 160: D151.

"Vooral bij ouderen schrijven huisartsen regelmatig mirtazapine voor, een antidepressivum dat volgens de richtlijn geen meerwaarde heeft."

Bron: Lambooj Anke, Essink Rob, Metz Joost de, et al. Monitor Voorschrijfgedrag Huisartsen 2016. Utrecht: IVM; 2016.

GGZ, toepassing richtlijn angststoornissen:

Zelfs op afdelingen met een bovengemiddeld positieve houding t.a.v. richtlijnen, krijgt rond de 60% van de patiënten met een angststoornis niet de eerste keus behandeling.

"Binnen de ggz is er wel systematisch aandacht voor ontwikkelen van richtlijnen, maar er is weinig erkenning voor de systematische aanpak van de implementatie."

Bron: Splunteren, P van. Doet de ggz de juiste dingen? Implementatie van richtlijnen in de ggz. Kwaliteit in de zorg 2016; 2: 12-4.



Vragen uit het veld

- Hoe bevorderen we de toepassing van de richtlijnen en toekomstige zorgstandaarden bij huisartsen en GGZ-behandelaars?
- Welke hulpmiddelen kunnen worden ingezet om huisartsen en GGZ-behandelaars vaker gebruik te laten maken van richtlijnen en zorgstandaarden?
- 2017/2018: 40+ nieuwe zorgstandaarden en modules in de GGZ → hoe kan de toepassing daarvan worden gerealiseerd?



Samenhangende Trajecten

- Agenda Gepast Gebruik: ontwikkeling en implementatie zorgstandaarden en modules
- Wetenschapsagenda Gepast Gebruik: onderzoek naar de implementatie van de richtlijnen en standaarden
- Richtlijnontwikkeling en richtlijnherziening bij diverse partijen



GGZ EN LVB



Licht Verstandelijke Beperking (LVB)

Vaak niet herkend, behandeling niet adequaat of tijdig

Cliëntengroep

- IQ tussen 70-85:
 - 2,2 miljoen mensen in Nederland;
 - naar schatting 10-40% van de GGZ-cliëntenpopulatie.
- LVB:
 - 2 á 3 keer vaker psychische stoornissen;
 - vaak ook psychosociale problemen;
 - herkenning LVB door GGZ-behandelaars: hoogstens 50%.

Meest genoemde knelpunten

- herkenning LVB vaak pas na uitblijven resultaat van behandeling(en);
- 'gewone' GGZ-behandelaars sturen deze cliënten vaak door naar gespecialiseerde centra;
- lange wachtlijsten bij LVB-gespecialiseerde centra.

psychiater Jannelien Wieland: "Wie deze groep behandelt, moet de communicatie aanpassen en de behandeling anders uitvoeren."
Bron: Oosterom Rianne. GGZ-behandelaren herkennen een lager IQ slecht. Trouw; 10 januari 2017



Vragen uit het veld

- Hoe kan LVB in een eerder stadium herkend worden, zodat deze cliënten een passende behandeling krijgen?
- Is speciale deskundigheid en ervaring van GGZ-behandelaars noodzakelijk om LVB-clieënten effectief te behandelen?
- Hoe kan de samenwerking met gemeenten verbeterd worden voor de psychosociale ondersteuning van GGZ/LVB-clieënten?



Samenhangende Trajecten

- Agenda Gepast Gebruik, NKO: generieke module psychische stoornissen en lichte verstandelijke beperkingen
- VWS: Gewoon Bijzonder, nationaal programma gehandicapten
- Kwaliteitsagenda Gehandicaptenzorg: richtlijn LVB met ernstige gedragsstoornissen



GGZ EN SOMATIEK



GGZ en somatiek

Te weinig aandacht en deskundigheid

- Mensen met ernstige psychische aandoeningen overlijden vaak 20 jaar eerder ten gevolge van de verhoogde somatische morbiditeit.
- Veel patiënten hebben zowel somatische als psychische aandoeningen.
- Veel GGZ-professionals hebben onvoldoende (actuele) kennis over somatische aandoening; omgekeerd geldt hetzelfde.



Vragen uit het veld

- Hoe kunnen we somatiek beter onderdeel laten uitmaken van de zorg aan GGZ-patiënten?
- Hoe kunnen we de deskundigheid vergroten dan wel inschakelen?
- Hoe kunnen we bestaande goede aanbevelingen laten landen in de praktijk?



Samenhangende trajecten

- Agenda Gepast Gebruik: vervolg project 'Aandacht leefstijl en somatische gezondheid' en project 'Zelfmanagement LPGGz' (speerpunt Somatiek en leefstijl)
- Regionale initiatieven, zoals het Regionaal Expert Team (RET): onderzoek optimale somatische zorg in de GGZ
- Trimbos/Netwerk Infectieziekten en Harm Reduction: somatisch onderzoek bij opiaatverslaving
- NVvP: Richtlijn psychiatrische diagnostiek (2015)
- Trimbos (i.o. VWS en V&VN): Richtlijn Somatische screening bij mensen met een ernstige psychiatrische aandoening en Richtlijn Leefstijl bij mensen met een ernstige psychiatrische aandoening (2014)



FARMACOTERAPIE



Farmacotherapie

Vaak geneesmiddelen en veel langdurig gebruik

Aantal geneesmiddelgebruikers 2015

antidepressiva:	1.011.000
anxiolytica:	302.610
antipsychotica:	309.660
psychostimulantia:	216.290

NVvP: 'Gotzsche zaait onnodig angst en wantrouwen onder onze patiënten'

Bron: NVvP Website (19 december 2016)

Gotzsche: 'Antidepressiva zijn nutteloos en schadelijk'

Bron: Trouw (17 december 2016)

(Langdurig) gebruik antidepressiva

- in huisartsenpraktijk: 52% vanwege depressieve klachten;
- in huisartsenpraktijk: 30% langer dan een jaar en slechts een minderheid stopt de medicatie in de jaren hierna, ook al zijn de klachten verdwenen;
- antidepressivagebruikers met self-reported indicatie depressie: 37% heeft daadwerkelijk klinische depressie (CES-D).

Depressie Vereniging: "Huisartsen en andere behandelaars bouwen vaak te snel af en volgens eigen methoden."

Bron: 'Aandacht voor afbouw antidepressiva hard nodig'. Groningen: De Nationale Zorggids; 23 december 2016.



Vragen uit het veld

- Wat kunnen cliënten, zorgverleners en zorgverzekeraars (samen) doen om het langdurig gebruik tegen te gaan?
- Kunnen we meer inzicht krijgen in gebruik van psychofarmaca?
- Wanneer is er sprake van overbehandeling met psychofarmaca?
- Welk medicijn werkt bij wie (fenotype/genotype)?



Samenhangende Trajecten

- Agenda Gepast Gebruik: wetenschapsagenda, Personalized Medicine
- NHG: richtlijnherziening NHG-Standaard Depressie, met meer aandacht voor het 'niet-starten', de bijwerkingen en het afbouwen van antidepressiva
- VWS/Zorginstituut: kiesBeter.nl als mogelijk portaal van geneesmiddelinformatie voor burgers