

Stakeholdersbijeenkomst ZZ-project 'Mensen met een LVB en een gezondheidsprobleem' **12 april 2021**

Aanwezigen: IederIn: Marjolein Schipper; KansPlus: José Laheij; NVO: Els Snijders; NIP: Nicole Bonsel en Anne Kole; NVAVG: Marijke Meijer; VGN: Beatrijs van Riessen en Marion Kersten; ZN: Marleen Relouw; BPSW: Jan Willem Bruins.

Vertegenwoordiging Zorginstituut Nederland: Ineke van der Voort (voorzitter); Lianne Warmerdam; Ron van Asselt; Anne Marie le Cocq; Henriette Sandvoort; Albertine van Diepen. Afwezig: LFB, NHG, V&VN.

De LHV is zeer betrokken geraakt bij dit ZZ project maar kan helaas door persoonlijke omstandigheden niet aanwezig zijn bij deze bijeenkomst.

Doel van de bijeenkomst:

- a) de gemaakte afspraken zo SMART mogelijk maken, en
- b) met elkaar bepalen of het geheel van afspraken toereikend is om de zorg voor mensen met een LVB te verbeteren.

De energie en urgentie zijn voelbaar en er is gedeelde verantwoordelijkheid, maar doel is nu om afspraken te maken, de schouders eronder te zetten en antwoorden te vinden op het 'hoe'. Doel is om wat geogst is tijdens de gesprekken met de stakeholders te bestendigen.

Reacties bij de eerste dia's van de presentatie

Convenant medisch generalistische zorg

Het Convenant is de aanleiding geweest voor contact met de LHV. De LHV heeft aangegeven de verbetermogelijkheden te onderschrijven.

Behandeling (medisch) versus begeleiding (sociaal)

BPSW: Het moet behalve over behandelen ook over *begeleiden* gaan. Het gaat enerzijds namelijk niet zozeer om lichamelijke problematiek, maar vooral om sociale problematiek: het gaat om betere samenwerking met het sociale domein door problematiek als schuldhulpverlening en uithuiszetting.

Kansplus: Anderzijds wil je ook als patiënt met een (mogelijke) LVB een goede medische diagnose hebben. Te vaak wordt in de huisartsen-/AVG-praktijk te snel geïnterpreteerd richting emotionele en sociale problematiek. Het risico op gemiste medische diagnoses is aanwezig bij vermoeden van of gediagnosticeerde LVB.

VGN: V.w.b. de niet medische kant moet vooral ook gekeken worden naar het meer betrekken van de AVG en leefstijlaspecten, zoals vermeld in het Rapport van Raad voor de Volksgezondheid.

NVO: Behalve *begeleiders* moeten ook gedragsdeskundigen worden betrokken. Over het Convenant is in dit verband op te merken dat het vooral medisch georiënteerd is.

NVAVG: Het Convenant is met name ontstaan door knelpunten in de medische zorg. De erin gemaakte afspraken zijn zacht. Mooi zou daarom zijn om, ook binnen het kader van dit Zinnige Zorg-project, te komen tot uitwerking van concrete voorbeelden of pilots.

IederIn: De relatie met begeleiding is erg belangrijk, die verbinding versterkt de oplossingen.

Doelgroepbepaling

KansPlus: Terwijl het toch meer over Wmo-gerelateerde dan Wlz-zorg of hulp gaat, wordt gesproken over zorginstellingen. Hoe zien jullie dat? Maak duidelijk welke zorg en welke groepen we precies bedoelen. Verder is het belangrijk dat de cliënten zelf worden ondersteund zodat zij hun kennis over gezondheidszorg kunnen verbeteren en zichzelf beter verstaanbaar kunnen maken. De vraag van de doelgroep is nog onbeantwoord. Daar zouden we in het vervolgoverleg meer op kunnen focussen.

Registratie

VGN: V.w.b. het bespreekbaar maken en registreren van een LVB, is de vraag wat uit het onderzoek onder ervaringsdeskundigen komt.

ZIN: Dat bleek heel lastig uit te vragen. Dit lijkt inherent aan de LVB; mensen met een LVB hebben moeite om goed te overzien wat de implicaties kunnen zijn van registratie.

NVAVG: De code P85 maakt het lastig, het is een zwaar label. Het is de vraag of er iets met codering te doen is.

Focus op herkenning

ZIN: Er zijn meerdere registratiemogelijkheden met meerdere codes, notities en memo's, maar onze focus ligt juist op de herkenning of liever gezegd op 'de lastigheid' om LVB te herkennen en niet zozeer op de coderings- en registratieproblematiek. Immers, wat je niet herkent kunt je ook niet noteren/registreren. Per persoon kan de LVB zich op een andere manier uiten. Ook is het lastig om mensen met een LVB duidelijk te laten beseffen wat de consequenties van registratie zijn.

KansPlus: Vooral ook omdat het om bijna 2 miljoen mensen gaat, is *registratie* een pittig instrument. Het is nu te stigmatiserend. Vooral belangrijk is dat er een bepaalde bejegening nodig is. Verder is het zo dat het individueel verschillend is. En dat het om algemene bewustwording gaat. Een LVB herkennen is niet eenvoudig. De inschatting is dat een op de 5 mensen een LVB heeft, waarvan we weten dat die goed verborgen kan zijn en/ of op vele manieren zich manifesteert.

Dit wetende, zo geeft Kansplus aan, is het veel belangrijker om de kennis over, alertheid voor signalen van LVB en de communicatievaardigheden van huisartsen met patiënten met een LVB te vergroten, dan vol in te zetten op een diagnose van LVB met testen. Met stigmatiseren en formaliseren is niemand geholpen. Gezien de grote verscheidenheid aan uitingsvormen en mogelijkheden bij mensen met LVB is een individuele benadering en weten hoe te communiceren veel helpender dan een diagnose, waarbij het risico bestaat van hokjesdenken.

VGN: Vanuit de cliënt gaat het erom wat mensen met een LVB zelf vinden van een LVB 'label'.

Reacties stakeholders bij de bespreking van de voorgestelde verbeterafspraken

LVB-gerelateerde zorg wordt vaak gezien als 'extra' voor huisartsen, bovenop de toch al volle agenda. Wij denken dat verbetering van LVB-gerelateerde zorg het werk van huisartsen juist zal verlichten. Enerzijds omdat door herkenning van een (mogelijke) LVB patiënten beter bejegend, ondersteund en begeleid kunnen worden, waardoor gezondheidswinst optreedt. Anderzijds omdat huisartsen door herkenning van een mogelijke LVB t.a.v. de zorg voor deze mensen kunnen samenwerken met andere (zorg)professionals en zorg kunnen overdragen aan anderen.

Daarom zoeken we in dit ZZ project naar verbeterafspraken die juist daaraan bijdragen. Op basis van de onderzoeksresultaten en van de gesprekken de afgelopen maanden met de individuele stakeholders komt ZIN tot de hiernavolgende voorstellen.

- 1) Hoe zorgen we voor (bij)scholing POH-er en assistenten huisartsenpraktijk over herkenning van een LVB?

1^e Verbeterafpraak: Opstellen Plan van Aanpak (bij)scholing POH's en assistenten in de huisartsenpraktijk

BPSW: Het sociale perspectief zit met BPSW al aan tafel en BPSW kan een rol spelen. Maar het is de vraag of het niet breder getrokken moet worden via de ontschotting. (Bij)Scholing blijft van belang, zowel van professionals in het medische domein, zoals bij deze verbeterafpraak, maar ook van professionals in het sociale domein. Het is nodig dat men zich daar bijvoorbeeld realiseert dat doorverwijzing naar het medische domein noodzakelijk kan zijn om een bril te laten aanmeten. Doorverwijzing over en weer blijft belangrijk: het vraagt om een complementair perspectief. De verbeteracties moeten we breder trekken, bijvoorbeeld door ook wijkteams en de schuldhelpverlening erbij te betrekken.

BPSW wil in ieder geval het initiatief nemen om e.e.a. uit te werken.

ZIN wil ondersteunen bij de eerste stap in het Plan van Aanpak.

KansPlus: Vooral belangrijk zijn de beweging tussen de verschillende schotten én de ervaringskennis. Voor het ervaringsperspectief spelen KansPlus en LFB een rol. Waar verder naar gekeken moet worden zijn 'Sterk op eigen benen' en de academische werkplaatsen. In de bijscholing zou KansPlus samen met LFB een actieve rol willen spelen. Kansplus biedt aan om samen met LFB huisartsen en POH'ers te trainen in het communiceren met mensen met een LVB. Het perspectief van cliënten (en naasten) is volgens Kansplus in de bijscholing noodzakelijk. Meer aandacht voor LVB in de huisartsenopleiding en de opleiding tot verpleegkundige praktijkondersteuner is noodzakelijk.

NIP: Vanuit de inhoud kunnen gedragsdeskundigen een belangrijke rol spelen bij scholing. Om het te kunnen organiseren is gezamenlijkheid nodig.

BPSW: Om op 'het hoe' een antwoord te vinden, is het belangrijk om te realiseren dat ook in het sociale domein veel netwerkpartners en andere kennisinstellingen zoals Movisie zitten. In relatie tot de vraag of er een Plan van Aanpak is op te stellen, moet dus ook vooral naar Movisie worden gekeken. Movisie doet namelijk al wat op dit gebied, vooral vanuit het idee dat het naast de lichamelijke gezondheid om mentale en sociale gezondheid gaat. Lichamelijke gezondheid is in dit kader niet het meest relevante. De oproep vanuit BPSW is daarom om te inventariseren en te versterken.

IederIn: POH's en doktersassistenten hebben ook eigen beroepsverenigingen (NVvPO, NVDA). Behalve die beroepsverenigingen zouden ook de ervaringsdeskundigen erbij betrokken moeten worden.

ZN: NVDA (vereniging doktersassistenten) en NVvPO (vereniging POH's) vragen op welke manier zij aandacht besteden aan LVB en of ze daar zo nodig aanpassingen voor willen doen in de opleiding.

VGN: Naast het accent op scholing is ook kennisdeling belangrijk – denk aan het *Kennisplein Kennisplein gehandicaptensector | Kennisplein Gehandicaptensector*). Ook Steffie.nl is voor artsen een leerzame website. Het zou bijvoorbeeld goed zijn om thematiek zoals 'LVB en verslavingsproblematiek' in te zetten voor bijscholingen. Daarnaast is het LVB-programma dat bij VGN loopt relevant.

NVO: Het is wel belangrijk om ervoor te waken dat we LVB niet als label gaan zien.

- 2) Hoe zorgen we dat huisartsen op geëigende plaatsen meer aandacht en informatie krijgen voor LVB?

2e Verbeterafspraken: Opnemen herkenning van mogelijke LVB bij eerstvolgende geplande herziening van de NHG-Standaard SOLK

Het NHG heeft toegezegd dit op te pakken bij de eerstvolgende revisie van de NHG-standaard SOLK.

- 3) Hoe zorgen we dat in de eerste lijn screeningsinstrumenten voor LVB meer bekend en gebruikt gaan worden?

3e Verbeterafspraken: SCIL toegankelijk maken voor de huisartsenpraktijk

Op dit moment heeft ZIN contact met de makers van de SCIL. Vraag aan stakeholders is wie van de stakeholders, of wie vanuit hun achterban, zich hiervoor wil inzetten.

- 4) Hoe zorgen we dat huisartsen meer tijd en aandacht kunnen maken voor LVB-gerelateerde zorg?

4e Verbeterafspraken: Zoeken naar uitbreiding vergoeding van LVB-gerelateerde huisartsenzorg

ZN: Om te bepalen of de huidige vergoedingen voor huisartsen voor LVB-gerelateerde zorg toereikend zijn, gaat het erom eerst helder te krijgen wat nodig is om te doen. Eerste stap hierin is een gesprek met de NZa om te bespreken hoe dat kan worden aangevlogen en wie daarbij betrokken dient te worden. De NZa weet welke partijen zij bij vraagstukken over huisartsenbesteding kunnen betrekken. ZN hoort daarbij, maar zeker ook de beroepsgroepen.

Deelsessies:

Op de vraag *Waarom moet de vergoedingswijze voldoen om de juiste prikkel te geven?* komen als reacties: een speciale POH voor verstandelijke beperking, uitbreiding van de coderingen, extra tijd consult. Opgemerkt wordt dat uitbreiding van bekostiging ook om aparte codering/registratie vraagt.

De LHV heeft eerder al aangegeven geen voorstander te zijn van een kaderarts LVB omdat een dergelijk specialisme niet strookt met de generalistische zorg die de huisarts biedt. De essentie is dat de huidige huisartsen betere zorg kunnen verlenen aan gemiddeld 20% van hun patiënten.

Kansplus pleit voor de nu gangbare methode van dubbel consult bij vermoeden/diagnose LVB. Met screenen en registreren is naar de mening van Kansplus veel extra tijd gemoeid die beter besteed kan worden aan extra communicatietijd met de patiënt. Een goed 'fingerspitzengevoel' van de arts moet voldoende zijn net als een aanwijzing van naasten of andere hulpverleners. Van toegevoegde waarde zou ook kunnen zijn om extra tijd voor nazorg in te plannen, dit om te kunnen bespreken of informatie begrepen is en therapieën gevolgd worden.

- 5) Hoe zorgen we dat (professionals bij) zorginstellingen een consultatiefunctie lokaal/regionaal gaan inrichten en de doorverwijsfunctie vormgeven?

5^e Verbeterafpraak: Opzetten pilot van ambassadeursrol van zorginstelling

6^e Verbeterafpraak: Opstellen Plan van Aanpak voor het inrichten spreekuur bij huisartsenpraktijk van een AVG en GZ-psycholoog

ZIN: Het gaat in feite om een ambassadeursfunctie voor kennisdeling. Hoe kan de bestaande kennis die bij zorginstellingen aanwezig is, ook benut worden voor huisartsen en het sociaal domein? Hoe gaat kennis beter beschikbaar, vindbaar worden?

KansPlus: De AVG's zijn heel moeilijk vindbaar voor huisartsen.

NVO: De vraag is in ieder geval ook of huisartsen wel gedragsdeskundigen kunnen vinden.

NIP: Er zijn veel initiatieven en de vraag is daarom meer hoe je die kunt stroomlijnen. Iets nieuws optuigen zou niet hoeven.

IederIn: Omdat blijkt dat er al heel veel is, wordt geadviseerd om te investeren in wat er al is en in de vraag wat meer aandacht nodig heeft. Het gaat dus om het stimuleren en benutten wat er al is en om de betere verbinding.

ZIN: De vraag is niet zozeer dat het huidige aanbod moet worden vergroot of gestimuleerd. Punt is dat er bereidheid is en ook beschikbaarheid, maar dat de huisartsen en de AVG, en de huisarts en de gedragskundige en Gz-psycholoog, elkaar nog niet genoeg vinden. En die 'niet vindbaarheid' geldt ook voor sociaal werkers in het sociaal domein.

ZN: De inzet van de AVG is sinds 1 januari 2020 vanuit de Zvw mogelijk. Het is goed om dit verder te versterken. Geneeskundige zorg voor specifieke patiëntgroepen is nog onvoldoende bekend. Het gaat erom dat hier meer bekendheid aan wordt gegeven. Wat geneeskundige zorg voor specifieke patiëntgroepen inhoudt, is beschreven in de door de NZa opgestelde beleidsregel.

IederIn: Verbeterafpraak 5 spreekt van het inrichten bij zorginstellingen van de consultatiefunctie m.b.t. kennisdeling over LVB en de doorverwijsfunctie. In plaats van 'inrichten' gaat het om het bekender maken van de wegen en om het feit dat er iets aan de schaarste aan AVG's moet worden gedaan.

ZIN: Doel is om de huisarts goed geïnformeerd goede zorg te kunnen laten leveren. Wat een huisarts nodig heeft is kennis over (het herkennen van) een LVB en bekendheid met de verwijsmogelijkheden voor diagnostiek, ondersteuning en begeleiding. Doel is om bekender te maken van wat er al is d.m.v. bijvoorbeeld een pilot met de NVAVG en de LHV. Daarbij zou er gebruik kunnen worden gemaakt van de aanknopingspunten die in het Convenant staan.

VGN: Het Kennisplein biedt vooral informatie voor begeleiders.

ZIN: Huisartsen kijken doorgaans niet op dergelijke kanalen om zich te informeren. Huisartsen werken zeer pragmatisch en regionaal. De missie van ZIN is om de toegankelijkheid van goede zorg te borgen. Met dat in het achterhoofd, is het dus de vraag waar het goed is geregeld en wat de succesfactoren zijn. We moeten vaststellen dat regionale optuiging nodig is en dat we het met het vermelde 0800-nummer niet gaan redden. De vraag is echt hoe je

elkaar kunt vinden. De conclusie is dat er al veel gebeurt, maar dat veel niet bekend is. Kunnen we iets met de goede voorbeelden? Hoe kunnen we de energie die er al is benutten? Hoe kunnen we daar een pilot van maken?

VGN: VGN maakt goede lokale praktijken zichtbaar. VGN kan hierin een rol spelen en kan hierbij worden betrokken.

KansPlus: We noemen de AVG 'en andere professionals'. Belangrijk is dat hieronder ook de begeleiders worden verstaan. Die moeten er namelijk ook bij worden betrokken. Het is belangrijk om naar het primaire proces te kijken en naar de kennis van de individuele en dagelijkse begeleiders. Belangrijk aandachtspunt is dat er gemakkelijke verbindingen gelegd kunnen worden tussen hulpverleners. Het gaat minder om het opzetten van nieuwe samenwerkingsgroepen in de regio, als wel om het even telefonisch of per mail kunnen raadplegen van een collega over een individuele patiënt in een ander domein. Daarbij moet niet worden vergeten om de kennis die bij begeleiders en naasten aanwezig is mee te nemen in de raadpleging. Het zicht hebben op het sociale en hulpverleningscircuit van een individuele patiënt kan daar behulpzaam bij zijn.

ZN: V.w.b. de concrete afspraken doet ZN de suggestie om de tekst concreet via de mail voor te leggen.

ZIN: Belangrijk is ook om heel pragmatisch te zijn en ook dat de schoenmaker zich bij zijn leest moet houden. Vanuit het sociale domein kunnen bijvoorbeeld zorgmijders worden gesignaleerd en verwezen naar de huisarts voor medische zorg. Andersom kan de huisarts sociale problematiek herkennen en daarvoor verwijzen naar het sociale domein. Essentie is dat je elkaar kent, elkaar weet te vinden en weet wat je aan elkaar hebt. Een voorbeeld uit de praktijk is een orthopedagoog van het CJG die 1 dagdeel per week in de huisartsenpraktijk aanwezig is en daar kinderen ziet die door de huisartsen worden verwezen.

Planning en vervolg

VGN en NVO geven aan het een gemis te ervaren dat V&VN, NHG en LHV niet aanwezig zijn. ZIN geeft aan dat huisartsen wel trekker zijn van een verbeterafspraken. Op de vraag wat de planning van de acties in de tijd is, stelt de voorzitter dat planning inderdaad cruciaal is maar dat daarvoor wel input nodig is vanuit de stakeholders. Er komt dus nog een tussenstap om dat met elkaar vast te stellen. Bij het verslag zal ZIN de planning van het verbeteringsproces over LVB en dat van het Zinnige Zorg project Mensen met een verstandelijke beperking en probleemgedrag opnemen.

Reactie V&VN

1 op de 8 Nederlanders heeft een LVB heeft. Dat zou voor een eenmanshuisartsenpraktijk van zo'n 2400 patiënten betekenen dat er minimaal 300 mensen met een LVB in zo'n praktijk zijn.

Het lijkt V&VN zeker dat dergelijke aantallen van een bepaalde categorie patiënten echt vragen om structurele aandacht al vanaf de opleiding voor deze doelgroep.

Veel problemen zijn van sociale aard, maar ook veel problemen komen voort uit het niet begrijpen van de relatief eenvoudige zaken die een huisarts aangeeft. Tel daarbij op dat (generaliserend, maar wel erg herkenbaar) veel mensen met een LVB allergisch zijn voor extra moeten / extra aandacht, dan is in beginsel de beste ingang wel gewoon de eigen huisarts. Omdat veel cliënten juist vragen hebben op sociaal vlak, begeleidingsvlak, leefstijl e.d. zou je hier juist de POH-GGZ kunnen gebruiken. De POH-GGZ is namelijk al bekend in de huisartsenpraktijk en daarmee vrij normaal voor een huisarts. Ook kan je in grotere praktijken kijken naar samenwerking met zorgorganisaties voor vooral verpleegkundige vragen, omdat die er het meest zijn, bijvoorbeeld over leefstijl. Het zou mooi zijn als er over en weer tussen huisartsenpraktijken en zorgorganisaties meer kennisoverdracht komt en dat zij ook meer gebruik maken van elkaars kennis. Het gaat eigenlijk niet zozeer meer om vragen voor de AVG, maar om meer tijd en vaardigheden bij de huisarts, die de huisarts zeker niet allemaal zelf hoeft uit te voeren. V&VN schat in dat er veel te weinig verpleegkundigen zijn, en dat er daarmee een hiaat m.b.t. signalering van (medische)/ verpleegkundige problemen ontstaat. Alleen meer AVG's gaat dan zeker niet helpen. Signaleren en uitvoeren is belangrijk.

Reactie huisartsenorganisaties LHV en NHG op verbetertraject Zorginstituut Zorg voor mensen met een LVB

Om te beginnen onderschrijven wij het belang van goede zorg voor mensen met een LVB en zien wij het verbeterpotentieel. Toch zien we in de analyse en verbeterafspraken een te grote rol voor de huisarts. Enkele andere stakeholders vinden dit ook, getuige het verslag van de bijeenkomst.

1. Het hebben van een LVB is geen medische klacht of aandoening.

De definitie van een LVB is dat het IQ tussen de 50 en 70 ligt, de problematiek voor het 18e levensjaar is ontstaan, en de persoon moeite heeft om zich op sociaal, praktisch en emotioneel gebied in de maatschappij te redden. Mensen met een LVB hebben dus problemen op velerlei terrein juist ook buiten de medische zorg (school, werk, contact met instanties). Meestal zijn deze problemen al hun hele leven aanwezig. Huisartsen zijn maar een kleine schakel in de zorg voor mensen met een LVB en zeker niet de enige die dergelijke problematiek kan signaleren. We missen in de analyse dan ook de rol van de school, de GGD, andere overheidsinstanties etc.

LVB is dus geen medische aandoening met specifieke medische klachten. Wel kunnen mensen met een LVB, net als alle anderen, medische klachten hebben. Dan gaan zij, net als andere mensen, in eerste instantie naar de huisarts. Huisartsen kunnen een LVB vermoeden bij multi/draaideurproblematiek, problemen met medicatie-inname of opvolgen van andere medische adviezen). Het is voor de huisarts, net als voor elke andere zorg- of hulpverlener, of overheidsinstantie, vervolgens belangrijk om te beseffen dat mensen met een LVB vaak een aangepaste communicatie en behandelplan nodig hebben (bijvoorbeeld eenvoudiger taalgebruik, meer gebruikmaken van beeld in plaats van tekst, minder informatie tegelijk, vaker toetsen of informatie is begrepen etc).

2. Huisartsen stellen nadrukkelijk niet de ‘diagnose’ LVB. De rol van huisartsen is het herkennen van LVB

Hierbij signaleren we de volgende knelpunten:

- Als de GGD of AVG-arts de ‘diagnose’ stelt, wordt de huisarts op dit moment niet standaard geïnformeerd. Ook is er geen codering van LVB in het HIS beschikbaar, mocht de patiënt hiermee akkoord gaan.
- Als je als huisarts een vermoeden hebt op LVB en formele bevestiging nodig is (IQ-test), is het op dit moment onduidelijk naar wie je kunt verwijzen. (MEE? AVG-artsen? Deze laatste zijn maar beperkt beschikbaar)

3. Om een patiënt met een LVB te herkennen, is kennis nodig.

Deze kennis is beschikbaar¹, maar mogelijk niet bij alle huisartsen bekend. Het gaat hierbij om NHG-standaardoverstijgende informatie. Om tot een werkwijze te komen qua plan van

¹ 1 Zorg voor Laaggeletterden, sociaal kwetsbaren en migranten in de huisartsenpraktijk | NHGen Pharos

aanpak bij dit soort problematiek, waarnaar verwezen kan worden (bijv in de NHG-standaard SOLK), is financiering nodig.

Recent zijn de 3 huisartsenorganisaties NHG, LHV en InEen zo'n standaardoverschrijdend project gestart gericht op het meer handvatten geven aan persoonsgerichte zorg, met als titel 'het Gesprek op maat'. In dit gesprek worden facetten van gezondheid geadresseerd, niet alleen de medische en psychologische, maar ook sociale en omgevingsfactoren. Begrijpelijke communicatie en meer aandacht voor welbevinden en functioneren geeft huisarts en patiënt de mogelijkheid om samen te beslissen welke zorg het beste past. Juist bij patiënten met laaggelettertheid, multiproblematiek en/of vermoeden LVB zijn dit soort gesprekken essentieel. Bij multiproblematiek of vastlopende zorg kan gedacht worden aan een LVB. De bedoeling is dat, waar relevant, naar deze richtlijnoverstijgende informatie wordt verwezen en deze op die manier makkelijk vindbaar is voor huisartsen.

4. Structurele begeleiding van mensen met een LVB is geen huisartsenzorg, maar sociaal werk.

Een POH levert huisartsenzorg en kan in die hoedanigheid bijdragen aan *het signaleren* van een vermoeden van LVB en het *inventariseren van de hulpbehoefte*. Daarnaast biedt een POH alleen *kortdurende behandeling* bij lichte psychische klachten.

Een speciale POH-LVB onder supervisie van de huisarts is dus niet aan de orde. Voor *begeleiding* verwijst de huisarts/POH door naar MEE of andere hulpverleners in het sociale domein.

Randvoorwaarden voor goede zorg voor licht verstandelijk beperkte patiënten

1. Juist voor patiënten waar huisartsen een LVB vermoeden is 'het kunnen voeren van een gesprek op maat' essentieel. Daarvoor is tijd nodig. De LHV pleit al langer voor bekostiging van Meer tijd voor de patient/ langere consulten juist om dit soort gesprekken mogelijke kunnen maken. Meer tijd voor consulten met een aangepaste consultvoering levert bewezen minder onnodige verwijzingen naar de 2e lijn, minder medicatievoorschriften en tevredener patiënten en huisartsen op.
2. Om goed te kunnen verwijzen is vindbare en beschikbare vervolgzorg nodig. Er is nu wel een betaaltitel voor medisch-generalistische zorg aan specifieke patiëntengroepen in de Zvw (om zorg door o.a. AVG-artsen aan thuiswonende patiënten zonder Wlz indicatie mogelijk te maken), maar er is een tekort aan AVG-artsen en AVG-poli's zijn niet in alle regio's beschikbaar. Consultatie is dan niet goed mogelijk, of patiënten moeten ver reizen. Juist voor deze groep patiënten is dat ingewikkeld. Ook voor hulp in de GGZ zijn er vaak wachtlijsten, en soms worden patiënten met een verstandelijke beperking in de gewone GGZ geweigerd juist vanwege hun beperking (dubbele diagnose). Huisartsen kunnen niet verantwoordelijk zijn voor wachtlijsten en tekorten elders, maar hebben er wel last van omdat patiënten met een onbeantwoorde, specialistische hulpbehoefte wel altijd bij hen terecht kunnen (zorgplicht).

Hulpverlening in het sociale domein is niet altijd goed vindbaar voor huisartsen want erg versnipperd en zonder vast aanspreekpunt per wijk of gemeente. Regionale huisartsenorganisaties zien een rol voor zichzelf in het leggen van de verbinding tussen individuele huisartspraktijken en andere zorg/hulpverleners anderzijds, maar gemeenten moeten zelf ook zorgen voor een goede vindbaarheid en bestendig aanbod.

Reactie op de verbetermogelijkheden / afspraken

I Zorg dat huisartsen een LVB beter herkennen

1. Vergroot de kennis en vaardigheden van huisartsen over herkenning van een LVB en betrek daar de POH's en assistenten meer bij
 2. Breid de NHG standaard SOLK uit met informatie over de relatie tussen SOLK en LVB
- Reactie NHG/LHV:

- In aanvulling op punt 1 en 2 is de ontwikkeling van standaard-overstijgende informatie over een plan van aanpak bij een vermoeden op LVB in de huisartsenpraktijk waardevol. In de richtlijn SOLK kan daar naar verwezen worden, evenals in andere standaarden waar dit relevant is. Om dergelijke standaard-overstijgende informatie te kunnen ontwikkelen is financiering nodig.

II Maak meer gebruik van screeningsinstrumenten

3. Maak screeningsinstrumenten meer bekend en bevorder de toegankelijkheid ervan
- Reactie NHG/LHV:

- Voor het vergroten van de toegankelijkheid van screeningsinstrumenten in de huisartsenpraktijk is vergoeding van de test en de tijd die nodig is voor het afnemen ervan (conform de MMSE test) een voorwaarde. De huidige SCILL test kost geld, dat gaan huisartsen niet zelf financieren blijkt in de praktijk.

III Verbeter de communicatie en bejegening

4. Vergroot de kennis over juiste communicatie en bejegening
- Reactie NHG/LHV:

- Daarnaast is financiering nodig van de extra tijd die dit soort gesprekken op maat kosten (meer tijd voor de patiënt).

5. Laat huisartsen de AVG vaker consulteren
- Reactie NHG/LHV:

- Deze aanbeveling moet herschreven worden, want in veel regio's zijn er namelijk te weinig AVG-artsen. Verwijzing naar AVG artsen is dan ivm lange wachttijden of reistijd geen goede optie.
- Dit punt hoort wat ons betreft overigens bij IV, samenwerking

6. Maak de LVB en de registratie daarvan meer bespreekbaar
- Reactie NHG/LHV:

- Deze formulering is wat onduidelijk. Met wie moet de LVB meer bespreekbaar gemaakt worden? Met de patiënt? Of met zorgverleners/andere disciplines?
- Gaat het hier om registratie in het HIS (huisartsinformatiesysteem)?
- Randvoorwaardelijk hiervoor zijn afspraken mbt de registratie van LVB en onder welke voorwaarden deze informatie gedeeld kan worden.

IV Bevorder de samenwerking met andere disciplines en vergroot de bekendheid met het sociale domein

7. Laat huisartsen meer afspraken maken met andere disciplines en hulpverleners in het sociale domein over zorg voor mensen met een LVB en doorverwijsmogelijkheden.

Reactie NHG/LHV:

- Huisartsen spelen hierin geen leidende rol, aangezien LVB geen medische aandoening is. Huisartsen zijn verantwoordelijk voor de huisartsenzorg, en moeten om die reden goed kunnen communiceren met mensen met een LVB, evenals anticiperen op mogelijke uitdagingen mbt het opvolgend van adviezen. Maar huisartsen zijn niet de primaire zorgverlener mbt de LVB van de patiënt (zie ook de reactie van de andere stakeholders). De verantwoordelijkheid voor deze samenwerking bij de huisarts leggen strookt met de intentie de huisartsenzorg te ontlasten mbt de zorg voor patiënten met een LVB.

8. Laat huisartsen meer afspraken maken met de apotheek over zorg voor mensen met een LVB en laat ze meer aan periodieke medicatiebeoordeling doen bij polyfarmacie

Reactie NHG/LHV:

- Ook bij dit punt wordt de verantwoordelijkheid voor het maken van afspraken met de apotheek bij de huisarts gelegd, terwijl dit een gezamenlijke verantwoordelijkheid is. Apothekers vallen ook onder de zvw-zorg.
- Randvoorwaardelijk hiervoor zijn afspraken mbt de registratie van LVB en onder welke voorwaarden deze informatie gedeeld kan worden.