



21 NOVEMBER 2022

Visie en activiteiten ggz

Werkgroep ggz

Alike Machielse, kaderarts ggz

Marloes Gerrits, kaderarts ggz

Annemarie Pucks, POH-GGZ

Kristel van Asselt, medisch directeur

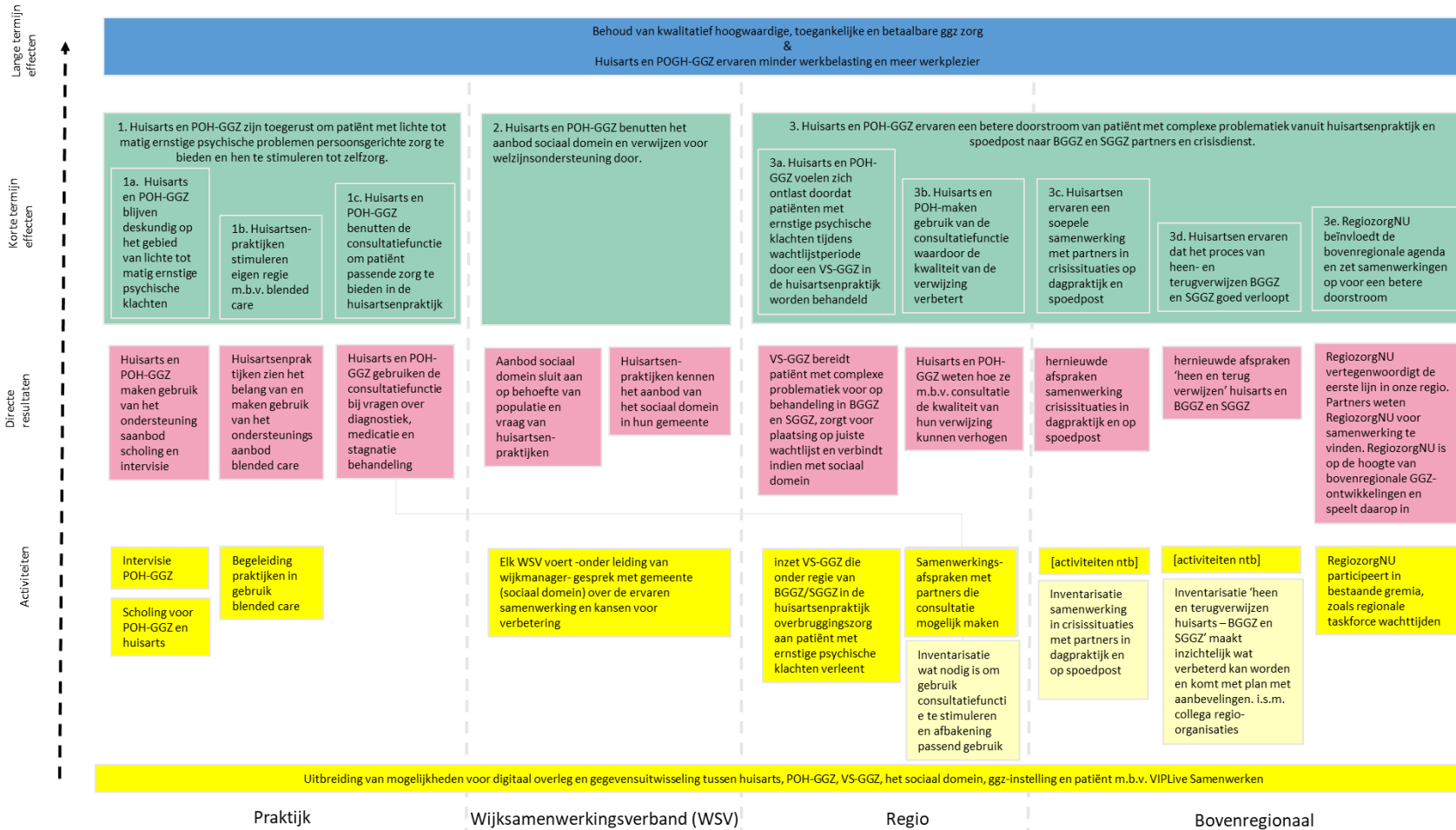
Doortje Boshuizen, programmaleider ggz

**REGIO
ZORG
NU**

INHOUDSOPGAVE

1	Samenvatting	3
2	Doel en achtergrond	4
3	Landelijke context	5
4	Regionale context	6
5	Beoogde langetermijneffecten	7
5.1	Korte termijneffect 1	8
5.2	kortetermijneffect 2	11
5.3	kortetermijneffect 3	12
6	Randvoorwaarden	15

1 Samenvatting



2 Doel en achtergrond

Zorgverleners, welzijnsmedewerkers en burgers zijn samen verantwoordelijk voor het behouden, versterken en herstellen van psychische gezondheid. Alleen door samen te werken kunnen wij met elkaar kwalitatief hoogwaardige, toegankelijke en betaalbare ggz bieden: nu en in de toekomst. RegiozorgNU ondersteunt huisartsenpraktijken bij het realiseren van deze ambitie. Wat betekent deze visie voor zorgverleners van RegiozorgNU en haar netwerkpartners? Welke effecten willen we bereiken en wat is daarvoor nodig? Dat brengen wij in beeld en lichten wij graag toe in dit document.

UITNODIGING: DENK EN DOE MEE!

Om onze visie in de praktijk te realiseren, hebben wij suggesties gedaan voor activiteiten. Graag benutten wij de denkkraft en creativiteit van zorgprofessionals aangesloten bij RegiozorgNU, samenwerkingspartners én patiënten die zorg en ondersteuning ontvangen, om een finaal activiteitenplan te maken. Deel jouw ideeën daarom graag met de werkgroep ggz.

3 Landelijke context

Wij sluiten aan bij de Concept Visie Huisartsenzorg voor patiënten met psychische problematiek, die is opgesteld door InEen, LHV, NHG, PsyHAG van september 2022¹. Onderdelen van deze landelijke visie hebben wij in deze regionale visie overgenomen.

Ook onderschrijven we de ambitie in het Integraal Zorgakkoord (IZA) om de samenwerking tussen sociaal domein, huisartsenzorg en ggz te versterken. De komende tijd werken landelijke partijen concrete voorstellen uit. Wij zullen deze beoordelen en verkennen op welke wijze we daarop kunnen aansluiten.

Wij volgen de landelijke ontwikkelingen op de voet en werken parallel aan het behouden, versterken en herstellen van psychische gezondheid van de inwoners uit onze regio. Met onze visie ggz kleuren wij vanuit RegiozorgNU het landelijke beleid regionaal in. We doen dit in aansluiting op de wensen en behoeften van zorg- en welzijnsprofessionals en inwoners.

¹ <https://www.henw.org/artikelen/nieuwe-visie-huisartsenzorg-voor-patienten-met-psychische-problematiek>

4 Regionale context

De komende jaren wil RegiozorgNU een actieve rol innemen in de samenwerking tussen de verschillende betrokken organisaties. Er werken 115 gevestigde huisartsen in de regio. Binnen de ggz-volwassenenzorg is er één algemeen ziekenhuis met een specialistische afdeling Psychologie & Psychiatrie (St. Antonius Ziekenhuis), één grote ggz-instelling (Altrecht) met gebiedsteams, en een aantal middelgrote en kleine BGGZ- en SGGZ-instellingen en zelfstandigen. Samen leveren zij het ggz-aanbod voor circa 250.000 inwoners in de regio Noordwest-Utrecht.

RegiozorgNU wil hét aanspreekpunt zijn voor huisartsen, POH's-GGZ en andere betrokkenen op het gebied van organisatie van psychische zorg in de eerste lijn. Als regionale organisatie hebben wij de mogelijkheid om praktijk- en disciplineoverstijgend te inventariseren welke initiatieven er zijn en welke ontwikkelkansen er liggen. De werkgroep ggz van RegiozorgNU fungeert daarmee als vraagbaak en sparringpartner. Hiermee willen we een open klimaat creëren waarin zorgaanbieders elkaar inspireren en tot nieuwe oplossingen komen.

5 Beoogde langetermijneffecten

Wij streven naar de volgende langetermijneffecten:

- I. behoud van kwalitatief hoogwaardige toegankelijke en betaalbare ggz
- II. huisarts en POH-GGZ ervaren minder belasting en meer werkplezier

De zorg voor mensen met psychische klachten staat onder druk. Knelpunten:

- toename vraag naar ggz (vooral voor mildere problematiek).
- beperkte afstemming tussen huisartsenzorg, ggz en sociaal domein.
- beperkte capaciteit ggz (personeels- en budgettekorten).
- te lange wachttijden ggz.
- versnippering van het zorgaanbod of te weinig samenwerking tussen ggz-aanbieders bij meervoudige problematiek.

Het gevolg is dat er regelmatig oneigenlijke taken en verantwoordelijkheden in de huisartsenzorg belanden. 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. Hierdoor komt de zorg voor patiënten die wel in de huisartsenzorg behandeld kunnen worden, in het gedrang.

5.1 Korte termijneffect 1

Huisarts en POH-GGZ zijn toegerust om patiënt met lichte tot matig ernstige psychische problemen persoonsgerichte zorg te bieden en hen te stimuleren tot zelfzorg.

Huisartsenpraktijken bieden zorg aan patiënten met veelvoorkomende psychische problematiek. Het gaat dan om milde psychische klachten waarvan de huisarts na beoordeling concludeert dat ze niet (meer) 'bij het leven horen' en eenvoudige veelvoorkomende psychische stoornissen. Waar mogelijk wordt blended care gebruikt.

In de huisartsenpraktijk werken we met het stepped care model². Uitgangspunt is dat de patiënt niet zwaarder wordt behandeld dan strikt noodzakelijk is. Gestart wordt dus met de eenvoudigste interventie die past bij de aandoening of de klachten.

Bij milde psychische klachten die 'bij het leven horen' (zoals levensfaseproblematiek, ongecompliceerde rouw of kortdurende depressieve klachten) is het de taak van de huisarts om deze klachten te normaliseren en voorlichting te geven. De huisartsenpraktijk biedt psycho-educatie, wijst de patiënt in deze gevallen in eerste instantie op (online) zelfhulpmogelijkheden en de mogelijkheden in het eigen netwerk. Sociale steun kan gevonden worden bij bijvoorbeeld familie, vrienden of binnen de werkomgeving, maar ook via lotgenotencontact, bijvoorbeeld via supportgroepen of zelfregie- en herstelprogramma's. Indien nodig kan de huisarts doorverwijzen naar het Algemeen Maatschappelijk werk (AMW).

Stappen bij stepped care

Stap 0	Watchful waiting
Stap 1a	Psycho-educatie
Stap 1b	Advisering (dagstructurering, activiteitenplanning, bewegingsadviezen, ontspanningsoefeningen)
Stap 2a	(Begeleide) zelfhulp
Stap 2b	(Verwijzing voor) hulp bij psychosociale problemen
Stap 3	(Verwijzing voor) kortdurende begeleiding
Stap 4a	Medicatie
Stap 4b	Verwijzing voor intensieve psychotherapie naar eerstelijnspsycholoog of specialistische ggz
Stap 5	Combinatie van medicatie en psychotherapie

Bij matig ernstige klachten biedt de huisartsenpraktijk zelf kortdurende begeleiding. Vaak doet de huisarts dit in samenwerking met de POH-GGZ. De consultatiefunctie kan worden benut om deze patiënten passende zorg te bieden in de huisartsenpraktijk. Indien de gezondheidssituatie niet verbetert, kan een verwijzing naar BGGZ of SGGZ nodig zijn.

Wij willen bereiken dat:

- Huisarts en POH-GGZ deskundig blijven op het gebied van lichte tot matig ernstige psychische klachten;
- Huisartsenpraktijken eigen regie stimuleren met behulp van blended care;
- Huisarts en POH-GGZ de consultatiefunctie benutten om patiënten passende zorg te bieden in de huisartsenpraktijk;

Niveau van samenwerking: praktijk (1a, 1b en 1c) en regio (1c). Wij lichten hieronder voor deze kortetermijneffecten toe welke directe resultaten wij verwachten en welke activiteiten wij ontplooiën om deze te bereiken.

² https://www.nhg.org/sites/default/files/content/nhg_org/images/thema/stepped_care.pdf

a. Huisarts en POH-GGZ blijven deskundig op het gebied van lichte tot matig ernstige psychische klachten

Direct resultaat: huisarts en POH-GGZ maken gebruik van het ondersteuningsaanbod scholing en intervisie

RegiozorgNU zet zich in voor het bevorderen en behouden van deskundigheid. Omdat de huisarts eindverantwoordelijk is voor het juist functioneren van de ggz binnen de huisartsenpraktijk, moet hij deskundig zijn op het terrein van de veelvoorkomende psychische problemen en stoornissen, samenwerken met de POH-GGZ en deze kunnen aansturen. De POH-GGZ werkt volgens de huisartsgeneeskundige kernwaarden (generalistische, persoonsgerichte en continue zorg) en op basis van het functie- en competentieprofiel voor POH-GGZ³. Het streven is om elke POH-GGZ in de regio de kans te geven te voldoen aan het functie- en competentieprofiel.

Activiteiten

- Intervisie bieden aan POH's-GGZ. RegiozorgNU faciliteert intervisiegroepen voor POH'sGGZ, verzorgd door een kaderhuisarts ggz. Deze komen maandelijks bijeen en behandelen casuïstiek. Er is ook tijd om persoonlijke en professionele ontwikkeling te bespreken.
- Scholing bieden voor huisarts en POH-GGZ. Elk jaar organiseert RegiozorgNU diverse scholingen op het gebied van ggz voor eerstelijnszorgverleners in de regio.

b. Huisartsenpraktijken stimuleren eigen regie m.b.v. blended care

Direct resultaat: huisartsenpraktijken zien het belang en maken gebruik van het ondersteuningsaanbod blended care.

Online zorg kan een aanvulling zijn op de begeleiding en behandeling van patiënten met psychische problemen. Zowel als vorm van zelfzorg of als ondersteuning van psychische behandeling binnen de huisartsenpraktijk. 'Blended care' is de term voor vormen van zorg waarin online zorg gecombineerd wordt met face to face-zorg. In onze regio kan dat met Mijntherapieland en Karify. Waar passend, maken huisarts en POH-GGZ gebruik van blended care. Dit doen we vanuit de overtuiging dat blended care de patiënten de kans geeft meer regie te nemen over hun gezondheid en het de praktijk kansen biedt voor een efficiënte praktijkvoering.

Activiteiten

- Begeleiding van praktijken bij gebruik blended care. We bieden hen de mogelijkheid om gebruik te maken van een ondersteuningsaanbod. Een POH-GGZ die veel ervaring heeft met blended care, kan op uitnodiging huisartsen en POH's-GGZ in hun praktijk wegwijs maken in het programma en vragen beantwoorden.

c. Huisarts en POH-GGZ benutten de consultatiefunctie om patiënt passende zorg te bieden in de huisartsenpraktijk

Direct resultaat: huisarts en POH-GGZ gebruiken de consultatiefunctie bij vragen over diagnostiek, medicatie en stagnatie behandeling.

Onderlinge consultatie van huisarts, POH-GGZ en behandelaars in de generalistische en

³ <https://www.lhv.nl/product/functie-en-competentieprofiel-voor-poh-ggz/>

gespecialiseerde ggz draagt bij aan samenhangende en afgestemde zorg. Ook kaderhuisartsen ggz kunnen een consultfunctie voor huisartsen en POH-GGZ vervullen binnen de regionale huisartsenorganisatie, vergelijkbaar met de consultfunctie van kaderhuisartsen op andere klinische deelgebieden. Het gaat hierbij om consultatie in situaties waarin patiënten milde tot matig ernstige psychische problemen ervaren.

Activiteiten

- Inventariseren wat nodig is om het gebruik van de consultatiefunctie te stimuleren en afbakening van passend gebruik.
- Samenwerkingsafspraken maken met partners die consultatie mogelijk maken.

5.2 kortetermijneffect 2

Huisarts en POH-GGZ benutten het aanbod sociaal domein en verwijzen voor welzijnsondersteuning door.

Veel mentale gezondheidsproblemen worden veroorzaakt door sociale problematiek, zoals onzekerheid over werk of inkomen, huisvestingsproblematiek of schulden. Het sociaal domein en de overheid hebben een belangrijke taak in de preventie van psychische problematiek door deze sociale problematiek aan te pakken en mensen te ondersteunen bij het verbeteren van hun sociale basis. Gemeenten zijn verplicht om te voorzien in ondersteuning op het gebied van begeleiding bij onder andere sociaal-maatschappelijke zelfredzaamheid en dagbesteding.

Binnen de psychische zorg beperkt de preventieve rol van de huisartsenzorg zich tot 'case-finding'. Als de huisarts of POH constateert dat er vragen zijn met een sociaal-maatschappelijk karakter, dan zullen huisarts en POH-GGZ de patiënt verbinden met het aanbod binnen het sociaal domein, bijvoorbeeld via 'Welzijn op recept'.

Vanuit RegiozorgNU hebben de wijkmanagers de taak om wijksamenwerking in de eerste lijn en met o.a. gemeenten op te zetten en samenwerking met lokale partijen in het sociaal domein⁴ te stimuleren⁵.

Niveau van samenwerking: wijksamenwerkingsverbanden.

Direct resultaat: Het aanbod van het sociaal domein sluit aan op behoefte van populatie en vraag van huisartsenpraktijken.

Direct resultaat: Huisartsenpraktijken kennen het aanbod van het sociaal domein in hun Gemeente.

Wij onderschrijven de visie van InEen, LHV, NHG, PsyHAG dat huisartsen in elke gemeente moeten kunnen verwijzen naar een uniform breed georiënteerd basisaanbod binnen het sociaal domein. Om te kunnen verwijzen is kennis op hoofdlijnen noodzakelijk van het lokale aanbod. Ook sluiten we aan op de visie dat het sociaal domein voor huisartsen benaderbaar is via een centraal punt waar kennis is over het lokale aanbod en waar afstemming plaats kan vinden over de meest passende zorg voor de patiënt. Dit centrale punt kan het sociaal wijkteam zijn, maar kan ook op andere manieren georganiseerd zijn, bijvoorbeeld via een WMO-loket. Van wijksamenwerkingsverbanden vragen wij dat zij -onder leiding van een wijkmanager- investeren in hun relatie met de gemeente, zodat er optimale verbinding en samenwerking mogelijk wordt tussen huisartsenpraktijk en sociaal domein.

Activiteiten

- In elk wijksamenwerkingsverband vinden -onder leiding van een wijkmanager- gesprekken plaats tussen wijksamenwerkingsverband & gemeente (sociaal domein) over de ervaren samenwerking en kansen voor verbetering.

⁴ Onder sociaal domein valt ook het voorliggend veld. Het gaat daarbij om alle voorzieningen voor (hulp)vragen zonder indicatie

⁵ Document wijkmanagement, RegiozorgNU

5.3 kortetermijneffect 3

Huisarts en POH-GGZ ervaren een betere doorstroom van patiënt met complexe problematiek vanuit huisartsenpraktijk en spoedpost naar BGGZ en SGGZ partners en crisisdienst.

Soms is de psychische situatie van de patiënt te complex voor behandeling in de huisartsenzorg en is verwijzing naar generalistische ggz (BGGZ) en gespecialiseerde ggz (SGGZ) nodig. Matig tot ernstige psychische stoornissen met geringe complexiteit worden in de generalistische ggz behandeld. Ernstige en complexe psychische stoornissen worden in de gespecialiseerde ggz behandeld. Samenwerking tussen huisartsenzorg en ggz vindt plaats volgens de Landelijke Samenwerkingsafspraken ggz⁶ en jeugd-ggz⁷.

Wij willen bereiken dat:

- a. Huisarts en POH-GGZ zich ontlast voelen, doordat patiënten met ernstige psychische klachten tijdens wachttijdperiode door een VS-GGZ in de huisartsenpraktijk worden behandeld;
- b. Huisarts en POH-GGZ gebruikmaken van de consultatiefunctie waardoor de kwaliteit van de verwijzing verbetert;
- c. Huisarts een soepele samenwerking ervaart met partners in crisissituaties op dagpraktijk en spoedpost;
- d. Huisarts ervaart dat het proces van heen en terugverwijzen BGGZ en SGGZ goed verloopt;
- e. RegiozorgNU de bovenregionale agenda beïnvloedt en samenwerkingen opzet voor een betere doorstroom.

Niveau van samenwerking: regio (3a en 3b) en bovenregionaal (3c, 3d en 3e).

- a. **Huisarts en POH-GGZ voelen zich ontlast, doordat patiënten met ernstige psychische klachten tijdens wachttijdperiode door een VS-GGZ in de huisartsenpraktijk worden behandeld.**

Direct resultaat: VS-GGZ bereidt patiënt met complexe problematiek voor op behandeling in BGGZ en SGGZ, zorgt voor plaatsing op juiste wachttijd en verbindt indien relevant met sociaal domein.

In september 2022 heeft de werkgroep ggz een aanvraag bij ZonMw ingediend om een project te financieren gericht op de inzet VS'en-GGZ in 20 huisartsenpraktijken. In december 2022 vernemen wij of dit project wordt gehonoreerd. Wanneer een patiënt met typerende ernstige zorgzwaarte verwezen moet worden buiten de huisartsvoorziening en er sprake is van een (lange) wachttijd, dan voert de VS-GGZ steungesprekken en draagt zij zorg voor het regelen van juiste vervolgzorg. Tijdens overbruggende steungesprekken worden patiënten actief uitgenodigd te reflecteren op -en zich te committeren aan- de doelen die zij via behandeling elders willen effectueren. Ook worden basale interventies gericht op preventie van verslechtering ingezet (leefstijl, slapen) en doelen geformuleerd die de startpositie bij aanvang van therapie elders vergemakkelijken. Verder onderzoekt de VS-GGZ welke maatschappelijke ondersteuning (WLZ of WMO: bijvoorbeeld Welzijn op Recept) al geboden kan worden en hoe ervaringsdeskundigheid ingezet kan worden als ondersteuning tijdens wachttijd. Dit is belangrijk omdat mensen met complexe psychische klachten of stoornissen regelmatig ook andere problemen ervaren, zoals eenzaamheid of schulden. Sociaal domein kan al tijdens wachttijd voor SGGZ-patiënten op die punten ondersteuning bieden. Deze interventie sluit goed aan op het

⁶ <https://richtlijnen.nhg.org/landelijke-transmurale-afspraken/landelijke-ggz-samenwerkingsafspraken>

⁷ <https://richtlijnen.nhg.org/landelijke-transmurale-afspraken/landelijke-samenwerkingsafspraken-jeugd-ggz>

'verkennend gesprek' dat in het Integraal Zorgakkoord (IZA) wordt genoemd. Ondertekenaars van het IZA werken tot 2025 aan een concrete werkwijze voor een 'verkennend gesprek'. Dit houdt in dat binnen 1-2 weken een gesprek met een patiënt wordt gevoerd om een goede inschatting te maken welke hulp er nodig is. Hierbij kan meteen hulp vanuit het sociaal domein worden ingeschakeld als dit nodig is.

Activiteit

- VS-GGZ inzetten die onder regie van BGGZ/SGGZ in de huisartsenpraktijk overbruggingszorg aan patiënt met ernstige psychische klachten verleent.

b. Huisarts en POH-GGZ maken gebruik van de consultatiefunctie waardoor de kwaliteit van de verwijzing verbetert.

Direct resultaat: Huisarts en POH-GGZ weten hoe ze m.b.v. consultatie de kwaliteit van hun verwijzing kunnen verhogen.

Onderlinge consultatie van huisarts, POH-GGZ en behandelaars in de generalistische en gespecialiseerde ggz draagt bij aan samenhangende en afgestemde zorg. Ook kaderhuisartsen ggz kunnen een consultfunctie voor huisartsen en POH-GGZ vervullen binnen de regionale huisartsenorganisatie, vergelijkbaar met de consultfunctie van kaderhuisartsen op andere klinische deelgebieden.

Behandelaars in de ggz worden bij voorkeur op basis van samenwerkingsafspraken geconsulteerd. De huisarts kan behandelaars in de ggz consulteren in de vorm van een schriftelijke casusbespreking of een face-to-faceconsult met of zonder de patiënt en naastbetrokkene(n). Een andere vorm is dat de consultant de patiënt en naastbetrokkene(n) zelf spreekt en het consult vervolgens nabespreekt met de huisarts, bijvoorbeeld via een telefonische consultatie, een e-mailconsultatie of in een patiëntgebonden multidisciplinair overleg. Consultatie vindt alleen plaats als de patiënt hiervoor toestemming geeft.

Activiteiten

- Inventariseren wat nodig is om het gebruik van de consultatiefunctie te stimuleren en afbakening van passend gebruik.
- Samenwerkingsafspraken maken met partners die consultatie mogelijk maken. We continueren bestaande en maken nieuwe samenwerkingsafspraken.

c. Huisartsen ervaren een soepele samenwerking met partners in crisissituaties op de dagpraktijk en spoedpost.

Direct resultaat: hernieuwde afspraken samenwerking crisissituaties in dagpraktijk en op spoedpost.

De huisarts is in veel gevallen het eerste aanspreekpunt voor patiënten met acute ggz-problematiek, zowel tijdens de reguliere praktijkuren als tijdens de avond-, nacht- en weekenddiensten. De huisarts fungeert ook in deze gevallen als poortwachter, maakt een inschatting van de urgentie en beoordeelt waar en wanneer de patiënt het best kan worden opgevangen. Om vanuit de huisartsenvoorziening goede zorg te kunnen leveren aan patiënten is het belangrijk dat de crisisdienst 24 uur per dag bereikbaar is en voldoende capaciteit heeft om patiënten met acute psychische problematiek voldoende snel te beoordelen. Huisartsen kunnen te maken krijgen met onregelde psychiatrische en verslaafde psychiatrische patiënten. Er zijn aanwijzingen dat de samenwerking met de crisisdienst niet

altijd goed verloopt. In welke mate er structurele verbeteringen nodig zijn, moet worden verkend. Bij enkele spoedposten in Nederland maken op gezette tijden een POH-GGZ of een SPV'er deel uit van het team. Dit is één van de oplossingsrichtingen die onderdeel is van onze verkenning.

Activiteit

- Inventariseren van de ervaren samenwerking in crisissituaties met partners in dagpraktijk en op spoedpost.

d. Huisartsen ervaren dat het proces van heen en terugverwijzen BGGZ en SGGZ goed verloopt.

Direct resultaat: hernieuwde afspraken 'heen en terug verwijzen' huisarts en BGGZ en SGGZ

Het proces van heen en terug verwijzen lijkt in de praktijk niet optimaal te verlopen en kan verbeterd worden. Daarin hebben verschillende betrokkenen een rol. Zo zorgt de huisarts voor een duidelijke verwijsbrief, conform de landelijke samenwerkingsafspraken ggz. In het IZA staat ook dat er voor de huisarts een duidelijk overzicht moet zijn van de beschikbare GGZ-capaciteit, zodat de patiënt passend verwezen kan worden. Na verwijzing sluit de behandelaar in de ggz aan op de eventuele behandeling die al in de huisartsenpraktijk heeft plaatsgevonden. Hij houdt de huisarts na verwijzing van de patiënt (schriftelijk of telefonisch) op de hoogte van het behandelbeleid.

Bij stabiele chronisch psychiatrische patiënten kunnen huisartsen in sommige gevallen de begeleiding van de ggz overnemen. Dit betreft substitutie van zorg en kan volgens InEen, LHV, NHG, PsyHAG alleen als de huisarts zich bekwaam voelt, over voldoende zorgcapaciteit beschikt en er aan bepaalde randvoorwaarden en samenwerkingsafspraken is voldaan. Te denken valt aan drempelloze toegankelijkheid van de ggz bij verslechtering van de klachten. De kaderarts ggz van RegiozorgNU kan huisartsen ondersteunen bij het beoordelen of een verzoek tot het bieden van extra aanbod binnen of buiten verantwoorde huisartsenzorg kan vallen. Ook kan RegiozorgNU ondersteuning bieden bij de afstemming met ggz-aanbieders en het maken van samenwerkingsafspraken. Voordat we hiertoe overgaan, willen we met huisartsen en aanbieders van BGGZ en SGGZ het proces van heen en terugverwijzen in kaart brengen.

Activiteit

- Inventariseren 'heen en terugverwijzen huisarts – BGGZ en SGGZ'. Dit maakt inzichtelijk welke verbeteringen mogelijk zijn. We trekken hierin samen op met andere regio-organisaties. Dit resulteert, waar nodig, in een plan van aanpak met aanbevelingen en activiteiten.

e. RegiozorgNU beïnvloedt de bovenregionale agenda en zet samenwerkingen op voor een betere doorstroom.

Direct resultaat: RegiozorgNU vertegenwoordigt de eerste lijn in onze regio. Partners weten RegiozorgNU voor samenwerking te vinden. RegiozorgNU is op de hoogte van bovenregionale ggz-ontwikkelingen en speelt daarop in.

RegiozorgNU ondersteunt huisartsen in de samenwerking met de ggz door het maken van regionale samenwerkingsafspraken, zodat niet alle huisartspraktijken dit individueel hoeven te doen. Hierbij baseren wij ons op de kernwaarden en -taken van de huisartsenzorg.

Activiteit

- RegiozorgNU participeert in bestaande gremia, zoals de Regionale Taskforce wachttijden.

6 Randvoorwaarden

Digitaal overleg en gegevensuitwisseling

De samenwerking met onze partners in het sociaal domein, de ggz en met de patiënt willen we vergemakkelijken door de ICT-mogelijkheden voor digitaal overleg en gegevensuitwisseling uit te breiden. VIPLive kan geschikt gemaakt worden voor de ggz met inachtneming van AVG-wet. Hiermee kunnen de huisarts, de POH-GGZ, de VS-GGZ, het sociaal domein, de patiënt en de ggz-instelling elkaar makkelijker bereiken.

Activiteit

- Implementeren ICT-module van VIPLive Samenwerken om digitale communicatie tussen zorgverleners en welzijnsprofessionals en patiënt mogelijk te maken.