

# **Aanbod huisartsenzorg voor patiënten met psychische problematiek**

**Definitieve versie**

**Vastgesteld in de LHV Ledenraad  
D.d. 15 april 2014**

## Inleiding

De huisartsenzorg heeft een sleutelrol in de geestelijke gezondheidszorg (GGZ) als vertrouwensarts, eerste aanspreekpunt, poortwachter en behandelaar. Veel psychische klachten worden als eerste aan de huisarts gepresenteerd. De huisarts maakt een inschatting van de aard en ernst van de problematiek waarmee de patiënt naar het spreekuur komt. Zo mogelijk wordt de patiënt binnen de huisartsenzorg behandeld, door de huisarts met eventueel ondersteuning van een POH GGZ. Zo nodig wordt de patiënt door de huisarts verwezen naar maatschappelijk werk, eerstelijns psychologische zorg (vanaf 2014 de basis generalistische GGZ) of de tweedelijns GGZ (vanaf 2014 de gespecialiseerde GGZ).

Voor de beroepsgroep zelf en voor andere partners en partijen is het belangrijk te weten wat de huisartsenzorg biedt op het gebied van GGZ. Zeker nu de GGZ vanaf 2014 op een andere manier georganiseerd wordt. Daarom beschrijven we in deze notitie, in het verlengde van het Aanbod Huisartsgeneeskundige Zorg (NHG/LHV, 2009), het aanbod van de huisartsenzorg in de zorg voor mensen met psychische, psychosomatische of psychosociale problematiek.

De notitie is mede tot stand gekomen op basis van:

- de themabijeenkomst van de Ledenraad over GGZ (LHV, juni 2013);
- de peiling onder LHV leden over de ontwikkelingen in de GGZ (LHV, juni 2013);
- de ambities zoals geformuleerd in de Toekomstvisie Huisartsenzorg 2022 (LHV/NHG, 2012);
- het NHG Standpunt GGZ in de huisartsenzorg (NHG, 2007);
- de NHG Richtlijn Informatie-uitwisseling huisarts - tweedelijns GGZ (NHG, 2011);
- ook is gekeken naar de Trimbos rapporten 'GGZ in de eerste lijn' en 'Werkelijke en wenselijke eerstelijns depressiezorg' (Trimbos, 2013).

De opbouw van de notitie is als volgt:

- We beschrijven eerst de context van de geestelijke gezondheidszorg en de veranderingen die vanaf 2014 in de organisatie van de GGZ plaats vinden.
- Vervolgens beschrijven we de rol van de huisarts in de GGZ en gaan we in op de psychische en sociale klachten die aan de huisarts worden gepresenteerd.
- Daarna volgt een beschrijving van de mogelijke modellen voor een aanbod voor patiënten met psychische problematiek in de huisartsenpraktijk: basis en aanvullend aanbod. (NB huisartsen zijn niet gebonden aan deze modellen).
- Vervolgens gaan we in op de samenwerking met andere zorgverleners in en buiten de GGZ.

## Context

Vanaf 2014 vinden wijzigingen plaats in de organisatie van de GGZ. Dit is beschreven in de bestuurlijke akkoorden die zijn gesloten tussen het ministerie van VWS, Zorgverzekeraars Nederland, GGZ-aanbieders en cliëntenorganisatie. De LHV is geen medeondertekenaar van de GGZ akkoorden. Wel zijn in het akkoord tussen LHV en VWS afspraken gemaakt over de rol van de huisartsenzorg in de GGZ en de extra financiële ruimte die er is voor ondersteuning van de huisarts door een POH GGZ.

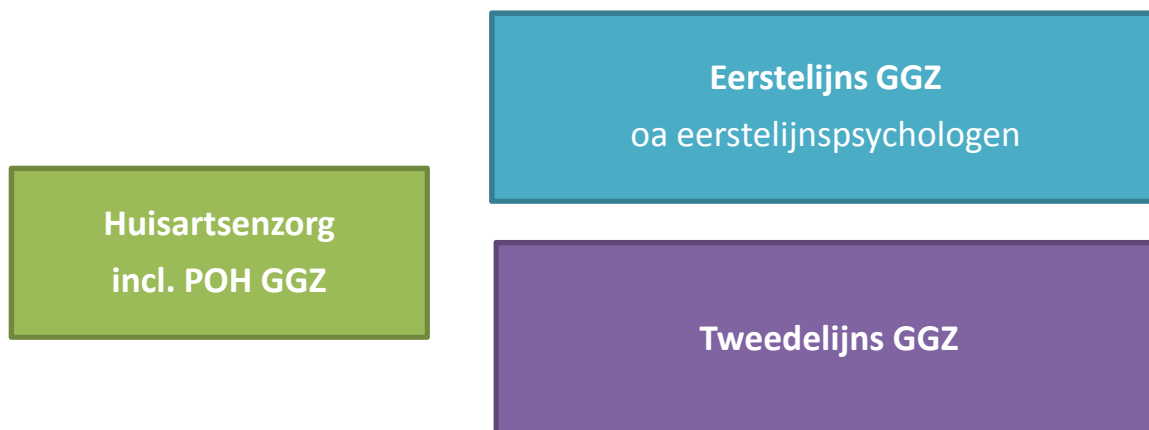
De GGZ wordt vanaf 2014 ingedeeld in drie echelons:

- De huisarts, eventueel met POH GGZ  
De huisarts is onafhankelijk poortwachter, die mensen met psychische problematiek herkent, zelf behandelt of verwijst naar maatschappelijk werk, de basis generalistische GGZ of de gespecialiseerde GGZ.

- Basis generalistische GGZ (hierna genoemd de basis GGZ)  
Dit is een uitbreiding van de huidige eerstelijns GGZ. In de basis GGZ worden mensen behandeld met lichte tot matige, niet complexe problematiek. Deze zorg is alleen na verwijzing van de huisarts toegankelijk. De minister heeft een lijst van mogelijke hoofdbehandelaars vastgesteld voor de basis GGZ<sup>1</sup>. De huisarts kan geen hoofdbehandelaar zijn in de basis GGZ<sup>2</sup>.
- Gespecialiseerde GGZ  
Dit betreft zorg voor mensen met ernstige psychische problemen, waarbij complexe behandeling nodig is met een zwaar beroep op specialistische kennis. Ambulante behandeling (in de wijk) is het uitgangspunt, klinische behandeling alleen als het onontkoombaar is. Ook deze zorg is alleen na verwijzing door de huisarts toegankelijk. De minister heeft een lijst van mogelijke hoofdbehandelaars vastgesteld voor de gespecialiseerde GGZ<sup>3</sup>.

Zie ook figuur 1 en 2.

*Figuur 1 - Indeling GGZ voor 2014*

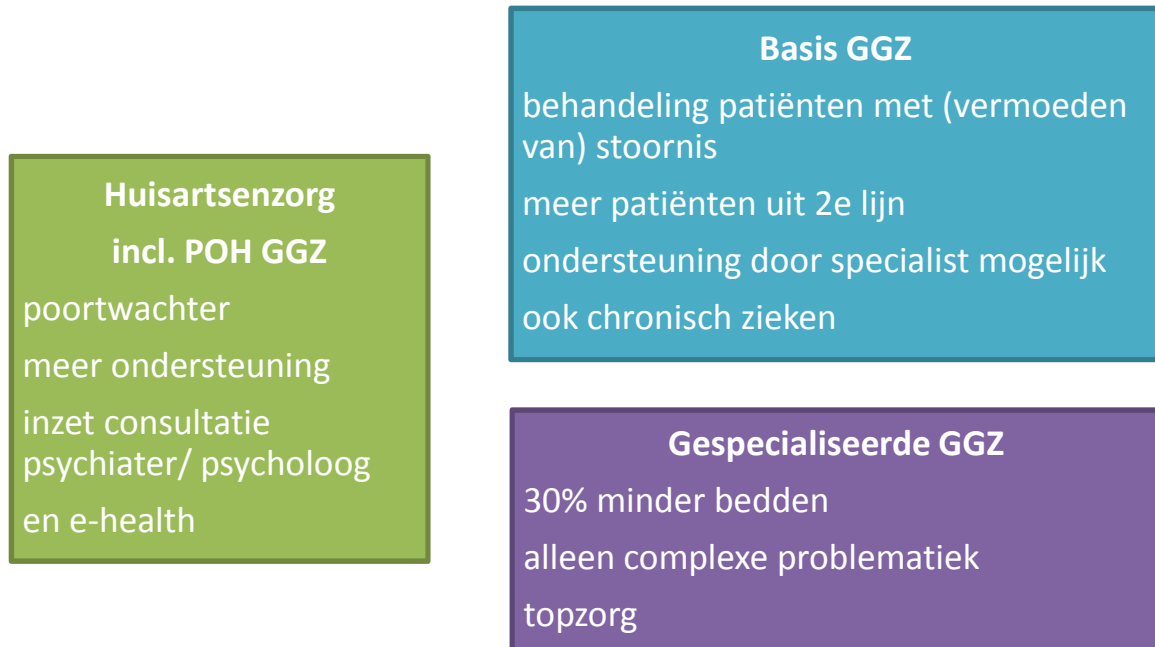


<sup>1</sup> Brief minister van VWS aan de Tweede Kamer, 2 juli 2013

<sup>2</sup> De uitsluiting van de huisarts als hoofdbehandelaar in de basis GGZ heeft de LHV zeer verbaasd gezien de functionele omschrijving van de zorg die voorheen altijd is gehanteerd. Dit heeft de LHV ook laten weten aan het ministerie van VWS. In de brief van de minister wordt deze functionele omschrijving ineens los gelaten en worden specifieke hoofdbehandelaren aangewezen.

<sup>3</sup> Eveneens beschreven in de brief minister van VWS aan de Tweede Kamer, 2 juli 2013

Figuur 2 - Indeling GGZ vanaf 2014



In de GGZ-akkoorden is kort gezegd afgesproken dat de uitgavengroei wordt gestopt (was 8% jaarlijks, nu 1% in 2014-2017) en er meer GGZ rond de patiënt, zo mogelijk in de wijk, zal worden geboden.

Dat betekent:

- *Minder bedden in GGZ-instellingen*  
In de komende jaren een afname van zorg in de tweedelijns GGZ-instellingen door vermindering van het aantal bedden in GGZ-instellingen met 30% ten opzichte van het jaar 2008, in de periode tot 2020.
- *Ambulantisering*  
Gespecialiseerde GGZ wordt zo mogelijk dicht bij de patiënt, in de wijk, geboden. Denk daarbij aan de FACT-teams<sup>4</sup>.
- *Meer patiënten behandelen in de eerste lijn*  
Patiënten worden zo mogelijk behandeld binnen de eerste lijn: huisartsenzorg en basis GGZ. Ook het maatschappelijk werk heeft hierin (idealiter) een belangrijke rol.
- *Meer preventie en zelfmanagement*  
Er wordt ingezet op meer preventie en het vroegtijdig herkennen van potentiële problemen. Daarnaast wil men zelfmanagement en herstelvermogen van de patiënt stimuleren.

Deze beweging levert de komende tijd naar verwachting een toename op van het aantal patiënten met psychische problematiek dat een beroep doet op de huisartsenzorg. Huisartsen kunnen daarvoor ondersteuning aan trekken in de vorm van een Praktijkondersteuner Huisarts (POH) GGZ. De huisartsenzorg neemt daarbij vooral de rol van poortwachter op zich.

<sup>4</sup> FACT = Functie Assertive Community Treatment. Het is een bewezen effectieve werkwijze waarbij er in teamverband GGZ wordt geboden. Het gaat hierbij om ambulante wijk- of gebiedsgerichte zorg: rehabilitatie, crisiszorg, behandeling en hulp bij herstel door verschillende mensen die in één team samenwerken, het FACT-team.

Als sprake is van een (vermoeden van) een stoornis kan de huisarts verwijzen naar de basis GGZ of de gespecialiseerde GGZ.

Vanuit de basis GGZ kan niet rechtstreeks worden verwezen naar de gespecialiseerde GGZ, dit gaat via de huisarts. Bij de verwijzing hoeft de huisarts zijn vermoeden van een stoornis niet DSM te classificeren. Ook maakt de huisarts geen inschatting van de verwachte zorgzwaarte in de GGZ (kort, middel, intensief, chronisch).

De vraag die in deze notitie wordt beantwoord is: wat doet de huisarts binnen dat eerste echelon precies? Wat houdt het poortwachterschap voor de GGZ in en welke taken nemen de huisarts en POH GGZ op zich? In de volgende paragrafen gaan we hier nader op in.

## Psychische klachten bij de huisarts

In deze paragraaf willen we een beeld geven van de psychische klachten waarmee de huisarts te maken heeft. De huisarts krijgt een veelheid aan klachten en vragen gepresenteerd die betrekking hebben op psychische of psychosociale problematiek. Deze zijn te vinden in de International Classification of Primary Care (ICPC<sup>5</sup>) in hoofdstuk P (Psychische problemen) en Z (Sociale problemen).

Onder de psychische problemen (hoofdstuk P) vallen problemen als angst, dementie, slapeloosheid, depressie, drugsmisbruik, suïcidepoging.

Onder de sociale problemen (hoofdstuk Z) vallen bijvoorbeeld eenzaamheid, burn-out, financiële problemen, relatieproblemen, verlies partner of kind, probleem met werk of werkloosheid.

Dat hiervoor een codering bestaat in de ICPC betekent dat deze klachten in de huisartsenpraktijk voorkomen, maar het betekent uiteraard niet dat de huisarts al deze patiënten ook zelf kan behandelen. Naarmate de ernst, complexiteit en risico's groter zijn, zal de huisarts extra zorg of ondersteuning moeten inschakelen. Dat kan bij sommige problemen het maatschappelijk werk zijn of instanties als MEE. Bij andere of zwaardere psychische problematiek zal dat de basis GGZ of gespecialiseerde GGZ zijn.

Voor behandeling van veel voorkomende psychische of sociale problemen zijn door het NHG standaarden opgesteld:

- Angst;
- Depressie;
- Stoornis in gebruik van alcohol;
- Slaapproblemen en slaapmiddelen;
- Dementie;
- Somatisch onvoldoende verklaarde lichamelijke klachten (SOLK);
- Delier bij ouderen;
- Overspanning en burn-out (LESA samenwerkingsrichtlijn huisarts-psycholoog-bedrijfsarts);
- ADHD (publicatie in 2014).

Of een vraag binnen de huisartsenpraktijk beantwoord kan worden is afhankelijk van de mate van ernst van de klacht of stoornis, het risico (op bijvoorbeeld verwaarlozing, suïcide, huiselijk geweld), beloop en complexiteit van de klachten. Het afwegen van deze criteria bepaalt of een vraag binnen het aanbod van de huisarts valt of dat extra zorg nodig is. Een voorbeeld: een patiënt met een lichte depressie kan in eerste instantie door de huisartsenzorg worden behandeld op basis van de NHG standaard Depressie.

---

<sup>5</sup> Verwijzing/ link naar ICPC invoegen

Is er echter sprake van een ernstige depressie dan zal verwijzing naar de basis of gespecialiseerde GGZ vaak nodig zijn. De verwijscriteria zijn onderdeel van de NHG standaard<sup>6</sup>. Naast de bovenstaande veelvoorkomende klachten en aandoeningen, zijn er een aantal speciale patiëntengroepen waarmee huisartsen te maken hebben. Voor bepaalde patiënten geldt dat verschillende psychische of sociale klachten tegelijkertijd spelen of dat niet meteen duidelijk is wat er precies aan de hand is. Vraagverheldering kan dan door de huisarts of de POH GGZ worden gedaan, maar soms moet daarvoor hulp worden ingeroepen van deskundigen (bijvoorbeeld door consultatie van een psycholoog of psychiater).

Ook zijn er in veel huisartsenpraktijken patiënten met psychische of sociale klachten waarbij geen sprake is van een specifieke aandoening, maar die wel relatief vaak bij de huisarts komen. Denk bijvoorbeeld aan patiënten met een belast verleden of een bepaalde vorm van een persoonlijkheidsstoornis. Het gaat dan om problematiek waarvoor de huisarts en ook de GGZ niet meteen een oplossing kunnen bieden. De werkwijze van deze groep patiënten is beschreven in de NHG-Standaard Somatisch onvoldoende verklaarde lichamelijke klachten (SOLK).

Nu we een beeld hebben van de problematiek waarmee de huisarts te maken heeft, beschrijven we de rol van de huisarts voor de GGZ.

## **Rol van de huisarts voor de GGZ**

We kunnen een aantal rollen onderscheiden van de huisartsenzorg in de zorg voor patiënten met psychische problematiek:

### Vertrouwensrol

De vertrouwensrol van de huisarts is, juist in het kader van de GGZ, heel belangrijk. Patiënten, en zeker ook patiënten met psychische of sociale problemen, willen dit in vertrouwen kunnen bespreken en ervan op aan kunnen dat de huisarts hen naar een vertrouwd adres verwijst als dat nodig is. Het vertrouwen dat de patiënt heeft in de huisarts en het vertrouwen van de huisarts in degene waarna hij verwijst, zijn bepalend voor de mate van succes van een behandeling.

Het vertrouwen dat patiënten hebben in hun huisarts maakt ook het belang van een onafhankelijke verwijzing en onafhankelijk poortwachterschap duidelijk. De patiënt moet erop kunnen vertrouwen dat de huisarts geen ander belang heeft dan het belang van goede zorgverlening voor de patiënt en dat de huisarts onafhankelijk van andere organisaties of personen een inschatting maakt van de klachten en de benodigde vervolgstappen.

### Behandelaar

De huisarts behandelt en begeleidt de patiënten met veelvoorkomende psychische klachten, zo mogelijk met ondersteuning van de POH GGZ. De huisartsenzorg baseert zich hierbij op de medisch-inhoudelijke richtlijnen van het NHG, zoals hierboven beschreven. In de volgende paragraaf beschrijven we drie verschillende modellen voor het aanbod van de huisartsenpraktijk voor patiënten met psychische problematiek.

---

<sup>6</sup> In opdracht van het ministerie van VWS is een verwijzingsmodel opgesteld dat de huisarts kan helpen bij de verwijzing naar de GGZ

[http://www.nza.nl/104107/138040/HHM\\_rapportage\\_generalistische\\_basis\\_GGZ.pdf](http://www.nza.nl/104107/138040/HHM_rapportage_generalistische_basis_GGZ.pdf).

Daarnaast is op dit moment overleg gaande tussen LHV, NHG en Zorgverzekeraars Nederland over een zo mogelijk betere aansluiting van het HHM verwijzingsmodel op de praktijk van de huisarts. .

In de huisartsenzorg is de huisarts hoofdbehandelaar van de patiënten die binnen de huisartsenpraktijk worden behandeld voor psychische problematiek. De POH GGZ werkt ondersteunend aan en onder verantwoordelijkheid van de huisarts.

De huisarts is eindverantwoordelijk. De minister heeft bepaald dat de huisarts geen hoofdbehandelaar kan zijn in de basis GGZ. De huisarts kan wel medebehandelaar in de basis GGZ zijn.

#### Poortwachter

Zoals hierboven beschreven zal de huisarts voor wat betreft GGZ-problematiek vooral de rol van poortwachter op zich nemen. De huisarts maakt een inschatting van de klachten en behandelt indien mogelijk de patiënt zelf. Naarmate de ernst, risico's en complexiteit van de klachten toenemen, zal de huisarts een inschatting maken of verwijzing naar de basis of gespecialiseerde GGZ noodzakelijk is. Deze rol van poortwachter is belangrijk, omdat de huisarts de patiënt en zijn voorgeschiedenis kent, generalistische zorg biedt en daarmee de relatie tussen somatische en psychische klachten kan inschatten. De huisarts is daardoor bij uitstek in staat tot het maken van een goede eerste inschatting van klachten en het benodigde vervoltraject.

## **Twee modellen**

In het Aanbod Huisartsgeneeskundige Zorg (NHG/LHV, 2009) is het aanbod van de huisartsenzorg uitgebreid beschreven. Over de aan GGZ gerelateerde zorg staat in paragraaf 5.9 het aanbod bij psychische problemen beschreven en in 5.17 het aanbod bij sociale problemen. Daarbij wordt onderscheid gemaakt tussen basis, aanvullend en bijzonder aanbod.

In deze notitie bouwen we hierop voort. We werken het GGZ gerelateerde aanbod uit in twee modellen: basis en aanvullend. Deze modellen voor de zorg voor patiënten met psychische problematiek in de huisartsenzorg sluiten aan bij het Aanbod Huisartsgeneeskundige Zorg. Er is geen model voor bijzondere GGZ huisartsenzorg beschreven, omdat deze zorg buiten het aanbod van de huisartsenzorg valt. De modellen bieden een denkrichting voor de keuzes die huisartsen willen maken. Huisartsen zijn uiteraard niet gebonden aan de twee modellen die we beschrijven.

## 1. Basis aanbod huisartsenzorg voor patiënten met psychische klachten

In het Aanbod Huisartsgeneeskundige Zorg (NHG/LHV 2009) staan de kenmerken van het basisaanbod van de huisartsenzorg beschreven.

Het basisaanbod:

- voldoet aan de essentiële kenmerken (kernwaarden) van huisartsgeneeskundige zorg;
- betreft de eerste opvang van alle klachten en symptomen die samenhangen met gezondheid of ziekte;
- betreft nadere diagnostiek en behandeling van veelvoorkomende klachten en medische aandoeningen (indicatie: een prevalentie groter dan 2/1000);
- betreft verwijzing voor nadere diagnostiek en behandeling van relatief zelden voorkomende klachten en medische aandoeningen;
- is waar mogelijk gebaseerd op de inhoud van huisartsgeneeskundige richtlijnen en standaarden.

Deze kenmerken zijn onverkort van toepassing op het basismodel zoals we dat in deze notitie beschrijven. In dit basismodel biedt de huisartsenpraktijk het basisaanbod huisartsgeneeskundige zorg aan de patiënten met psychische, psychosomatische of psychosociale problematiek die bij de huisarts zijn ingeschreven. Dit aanbod wordt door iedere huisartsenpraktijk geboden. Iedere patiënt in iedere huisartsenpraktijk kan op dit aanbod rekenen. Een groot deel van de zorgvraag vangt de huisarts zelf op, met ondersteuning van de praktijkassistente en eventueel de praktijkondersteuner GGZ.

Huisartsen en hun team hebben een belangrijke rol om een juiste inschatting te maken van de aard en ernst van de klachten van de patiënt, ook als dit psychische klachten betreft. Diagnostiek van psychische of sociale problemen zoals beschreven in het Aanbod Huisartsgeneeskundige Zorg behoort grotendeels tot het basisaanbod van de huisartsenzorg.

De klachten waarmee patiënten naar het spreekuur komen zijn niet altijd meteen duidelijk. Een belangrijke taak van de huisarts is dan ook om onderscheid te maken tussen:

- psychische klachten die slechts deels of nauwelijks zijn te vatten in diagnostische categorieën en
- psychische klachten die wél zijn te vatten in diagnostische categorieën, zodat door expliciteren van de vraag deze klachten toegankelijk worden voor een meer gerichte of specifieke behandeling.

De huisarts is bij uitstek in staat tot het behandelen en begeleiden van patiënten met lichte en veel voorkomende aandoeningen. Wat betreft psychische en sociale problemen zijn dat in de huisartsenpraktijk vooral angst of angststoornissen, depressieve gevoelens en depressie. Op die aandoeningen richt de huisarts zich als hij kiest voor het basismodel. Patiënten met (in de huisartsenpraktijk) meer zeldzame psychische aandoeningen zal de huisarts in overleg met de patiënt verwijzen naar de juiste hulpverlener. Naar wens kan de huisarts kiezen voor ondersteuning door een POH GGZ.

De belangrijkste kenmerken van het basismodel:

### Aanbod

- De huisarts biedt - indien gewenst samen met de POH GGZ - generalistische basis huisartsgeneeskundige zorg aan de patiënten met psychische en sociale problemen, zoals omschreven in het Aanbod Huisartsgeneeskundige Zorg (2009).



- Dat betekent dat patiënten met psychische en sociale problemen worden behandeld volgens de kernwaarden van de huisartsgeneeskunde: generalistisch, persoonlijk en continue. De huisarts biedt goede signalering en inschatting van klachten, behandeling binnen de huisartsenpraktijk indien mogelijk en verwijzing indien noodzakelijk.
- De huisarts is een vertrouwd aanspreekpunt voor patiënten met psychische klachten, die laagdrempelig beschikbaar en bereikbaar is voor hun vragen over ziekte en gezondheid.
- De huisarts werkt vraag gestuurd en ziet vooral patiënten met veelvoorkomende aandoeningen waarvoor NHG Standaarden beschikbaar zijn. De huisarts richt zich wat behandeling betreft ook op deze veel voorkomende aandoeningen.
- Bij weinig voorkomende en/of complexe problematiek verwijst de huisarts door naar andere zorgverleners in de basis GGZ of gespecialiseerde GGZ. Bij de verwijzing omschrijft de huisarts of sprake is van een (vermoeden van) een stoornis. De huisarts hoeft zijn vermoeden van een stoornis niet DSM te classificeren. Ook maakt de huisarts geen inschatting van de verwachte zorgzwaarte in de GGZ, dat is een taak van de GGZ.

#### Organisatie

- Realiseren dat er voldoende randvoorwaarden zijn voor het maken van heldere samenwerkingsafspraken tussen huisarts en de partners in de GGZ-keten, waaronder in ieder geval maatschappelijk werk, psychologen, psychiaters.

#### Voorwaarden

- Er zijn goede voorwaarden om de samenwerking tussen huisarts en partners in de GGZ-keten te organiseren.
- Er zijn duidelijke samenwerkingsafspraken in de GGZ-keten. Waar mogelijk zijn er vaste verwijsrelaties en korte lijnen tussen huisarts en de partners in de GGZ, waaronder in ieder geval de psychiatrie.
- Er zijn goede en snelle verwijsmogelijkheden gerealiseerd voor patiënten die extra begeleiding of (gespecialiseerde) geestelijke gezondheidszorg nodig hebben.
- Er is een actuele sociale kaart beschikbaar voor de huisarts.

NB Het hier beschreven basismodel voor de huisartsenzorg moet niet worden verward met de term 'basis GGZ'. De basis GGZ is een echelon binnen de GGZ, zie ook figuur 1. Het basisaanbod van de huisartsenzorg is geen onderdeel van de GGZ maar van de huisartsenzorg.

## **2. Aanvullend aanbod huisartsenzorg voor patiënten met psychische klachten**

In het aanbod Huisartsgeneeskundige Zorg is beschreven dat aanvullende zorg wordt gegeven aan specifieke groepen patiënten. Het betreft de behandeling van specifieke klachten of aandoeningen. Het kan een breder aanbod aan huisartsenzorg zijn of het realiseren van een basisaanbod voor een bovengemiddeld aantal patiënten in een specifieke groep. Niet iedere huisartspraktijk biedt deze aanvullende zorg, dit is de keuze van de huisarts.

Vertalen we dit naar de aan GGZ gerelateerde huisartsenzorg dan biedt de huisartsenpraktijk in deze aanvullende variant de zorg zoals omschreven bij het basismodel, maar dan uitgebreid met:

- a. Programmatische zorg voor patiënten met specifieke psychische klachten of aandoeningen zoals patiënten met een matig ernstige depressie of angststoornis (bijv. ondersteunende gesprekstherapie) of patiënten met een verslaving.
- b. Begeleiding van chronische psychiatrische patiënten in een stabiele fase, in nauw overleg met de behandelaar in de basis of gespecialiseerde GGZ.

*Ad a. Programmatische huisartsenzorg voor patiënten met psychische problematiek*

Huisartsen kunnen ervoor kiezen een uitgebreider, extra aanbod aan zorg te organiseren voor patiënten met in de huisartsenpraktijk veelvoorkomende psychische problematiek zoals een angststoornis of matig ernstige depressie. Dat zal dan op programmatische basis worden georganiseerd.

Wat betreft verslavingsproblematiek: er zijn NHG standaarden voor stoornissen in het gebruik van alcohol en slaapproblemen/slaapmiddelen. De (programmatische) behandeling van overmatig slaapmiddelengebruik en/of gebruik van tranquillizers behoort tot het aanvullend aanbod. Evenals systematische interventies bij alcoholmisbruik en tabaksmisbruik.

*Ad b. Begeleiding van chronisch psychiatrische patiënten in stabiele fase*

Voorwaarde hiervoor is dat de huisarts zich bevoegd en bekwaam voelt dit goed te doen. Daarnaast is het nodig dat er goede samenwerkingsafspraken zijn met de basis GGZ en gespecialiseerde GGZ, zodat bij verergering van de klachten of bij crisis onmiddellijke consultatie of zo nodig behandeling binnen de GGZ mogelijk is.

De POH GGZ kan een belangrijke rol vervullen bij de uitvoering van dit model. Mogelijke taken van de POH GGZ zijn<sup>7</sup>:

- **Probleemverheldering**  
*Probleemverheldering betreft nader analyseren en uitdiepen van psychische, (psycho)sociale en (psycho)somatische klachten en de oorzaken van die klachten, aan de hand van één of meer gesprekken met de patiënt. Doorgaans zal het hierbij gaan om patiënten die zich recent hebben gemeld met nieuwe klachten.*
- **Het opstellen en bespreken vervolgstappenplan**  
*Vervolgstappen kunnen betrekking hebben op verwijzing voor diagnostiek of behandeling buiten de huisartsenzorg, waarover de verantwoordelijk (huis)arts uiteindelijk moet beslissen.*
- **Het geven van psycho-educatie**  
Het geven van voorlichting en het verstrekken van informatie aan de patiënt over klachten of een stoornis, de oorzaken ervan, en mogelijke oplossingen.
- **Begeleiding of ondersteuning van zelfmanagement**  
Wanneer met de patiënt overeengekomen wordt dat zelfmanagement een afdoende c.q. de beste aanpak is van de psychische klachten, kunnen contacten tussen GGZ-ondersteuner en patiënt nodig zijn ter begeleiding of ondersteuning van het zelfmanagement-programma, bijvoorbeeld om vragen te beantwoorden of vorderingen en mogelijke aanpassingen van het programma te bespreken. Hieronder valt ook de begeleiding van e-health trajecten.
- **Interventies gericht op verbetering in functioneren van de patiënt**  
Bij patiënten met psychische klachten is vaak geen sprake van een psychische ziekte maar wel van een vastlopen in het functioneren als gevolg van de problematiek. Kortdurende behandeling binnen de huisartsenzorg kan dan aangewezen zijn. Uitvoeren van interventies binnen dergelijke behandeling behoort tot de functie POH-GGZ. Deze interventies richten zich veelal op gedragsverandering en (begeleide) zelfhulp.
- **Geïndiceerde preventie**  
Dit is preventie met het doel het ontstaan van een psychische ziekte of verdere gezondheidsschade te voorkomen. Denk aan geïndiceerde preventie bij een patiënt met een hoog risico op een depressie, paniekstoornis of bij problematisch alcoholgebruik.
- **Zorggerelateerde preventie**  
Deze vorm van preventie heeft tot doel de patiënt te begeleiden en ondersteunen bij zelfredzaamheid, ziektebelasting te reduceren en verergering op tijd te signaleren of zo mogelijk te voorkomen. Dit kan ook betrekking hebben op somatische co-morbiditeit. Zorggerelateerde preventie kan ook de vorm van casemanagement aannemen.

<sup>7</sup> Beschrijving taken POH GGZ in de NZA beleidsregel POH GGZ 2014

#### - **Terugvalpreventie**

Terugvalpreventie betreft een of enkele handelingen / gesprekken met individuen die samenhangen met een behandeling die zij hebben ondergaan voor een psychische ziekte, gericht op het voorkomen en/of vroeg herkennen door het individu zelf van terugkeer van de klachten. Terugvalpreventie vormt vaak de laatste fase van de behandeling.

Hieronder de belangrijkste kenmerken van het aanvullende aanbod:

#### Aanbod

- Zie aanbod onder basismodel, aangevuld met:
- Afhankelijk van de populatie biedt de huisarts met de POH GGZ een aanvullend aanbod aan specifieke groepen patiënten of aan patiënten met een chronische psychiatrische aandoening in een stabiele fase.

#### Organisatie

- Er zijn heldere samenwerkingsafspraken over de aanvullende zorg tussen huisarts en de relevante partners in de GGZ-keten, waaronder psychologen, maatschappelijk werk, psychiaters.
- Er zijn heldere afspraken over de begeleiding van patiënten met een stabiele chronische psychische aandoening. Belangrijk daarbij is dat wanneer sprake is van verergering van klachten of een crisissituatie, de huisarts een patiënt meteen kan verwijzen naar de basis of gespecialiseerde GGZ.
- De huisarts en POH GGZ hebben een breed netwerk opgebouwd op GGZ-gebied. De POH GGZ is aanspreekpunt voor de partners in dit netwerk.

#### Voorwaarden

- Zie de randvoorwaarden zoals geformuleerd bij het basisaanbod, aangevuld met:
- Adequate aanvullende financiering om deze substitutie van taken te organiseren.
- Ondersteuning van de huisarts door een POH GGZ.
- Er zijn toereikende en structurele middelen om een POH GGZ te contracteren binnen de huisartsenpraktijk.
- De huisarts organiseert, met ondersteuning van de POH GGZ, korte lijnen met de partners in de GGZ-keten en bijvoorbeeld het maatschappelijk werk en de thuiszorg. De POH GGZ is contactpersoon voor het netwerk.
- De huisarts kan een psycholoog of psychiater consulteren. Naast de gebruikelijk consultatie 'om niet', parallel aan het reguliere overleg tussen huisartsen en medisch specialisten in de somatische zorg, is er financiering beschikbaar voor extra, specifieke consultatie van psycholoog of psychiater in het kader van het aanvullend aanbod.
- De huisarts voelt zich bevoegd en bekwaam om het aanvullend aanbod te bieden. Er is een goed nascholingsaanbod.

## **Terminologie**

De terminologie is soms aanleiding tot verwarring, daarom zetten we hier nog eens de termen onder elkaar. Daarbij maken we zoals hierboven ook beschreven onderscheid tussen de huisartsenzorg en de GGZ.

### Huisartsenzorg

- Basis aanbod voor patiënten met psychische problematiek  
De zorg voor patiënten met psychische problematiek die in principe door iedere huisartsenpraktijk wordt geboden.
- Aanvullend aanbod voor patiënten met psychische problematiek  
Meer uitgebreide, programmatische huisartsenzorg voor patiënten met psychische problematiek waarvoor de huisarts wel of niet kan kiezen.

### GGZ

- Basis generalistische GGZ of basis GGZ  
Nieuw echelon in de GGZ dat in plaats komt van de huidige term 'eerstelijnspsychologische zorg'.
- Gespecialiseerde GGZ  
Nieuw echelon in de GGZ dat in plaats komt van de term 'tweedelijns GGZ'.

**Tabel 1 - Basis en aanvullend aanbod voor patiënten met psychische problematiek**

<b>Model</b>	<b>Aanbod</b>	<b>Organisatie</b>	<b>Randvoorwaarden</b>
<b>Basis</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Generalistische basis huisartsgeneeskundige zorg (Aanbod, 2009)</li> <li>- Huisarts is poortwachter voor de GGZ</li> <li>- Vertrouwd eerste aanspreekpunt</li> <li>- Focus op veel voorkomende aandoeningen</li> <li>- Verwijzing bij zeldzamere, complexe problematiek</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Realiseren randvoorwaarden voor samenwerking met partners in de GGZ-keten</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Voorwaarden om samenwerking in de GGZ-keten mogelijk te maken</li> <li>- Duidelijke samenwerkingsafspraken</li> <li>- Goede verwijsmogelijkheden, ook in crisissituaties</li> <li>- Actuele sociale kaart</li> </ul>
<b>Aanvullend</b>	<p>Basisaanbod aangevuld met:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Extra aanbod van programmatische zorg aan specifieke groepen patiënten</li> <li>- Begeleiding van patiënten met een chronische psychiatrische aandoening in een stabiele fase.</li> </ul>	<p>Zie onder basis, aangevuld met:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ondersteuning huisarts door POH GGZ</li> <li>- Maken van heldere samenwerkingsafspraken in de GGZ-keten</li> <li>- Opbouw van breed netwerk op GGZ-gebied</li> </ul>	<p>Zie onder basis, aangevuld met:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mogelijk maken structurele inzet POH GGZ</li> <li>- Adequate aanvullende financiering voor realiseren substitutie van taken</li> <li>- Toereikende en structurele middelen voor inzet POH GGZ</li> <li>- Mogelijkheid psycholoog/ psychiater te consulteren in kader van aanvullend aanbod</li> <li>- Huisarts voelt zich bevoegd en bekwaam. Goed nascholingsaanbod</li> </ul>

## BIJLAGE 1

### Samenwerking huisarts

#### Binnen de praktijk

Om het huisartsen mogelijk te maken in de komende jaren een groter aantal patiënten met lichte psychische klachten en stoornissen in de huisartsenpraktijk op te vangen, zijn door het ministerie van VWS meer financiële middelen beschikbaar gesteld voor ondersteuning van de huisarts door een POH GGZ. Parallel aan de POH Somatiek ondersteunt de POH GGZ de huisarts. De LHV staat op het standpunt dat de huisarts met de POH GGZ kwantitatief wellicht meer mensen met lichte psychische klachten en patiënten met (stabiele) chronische problematiek kan opvangen. De zorg die huisarts en POH GGZ bieden blijft huisartsenzorg. Hierbij zal wel worden gekeken naar de mogelijkheden van innovaties in de zorg, zoals de inzet van e-health. Samenwerking met het maatschappelijk werk, de basis GGZ en de gespecialiseerde GGZ is in dit hele proces heel belangrijk.

*Hier zodra het kan het aantal huisartspraktijken dat met een POH GGZ werkt weergeven. Enige bron is vooralsnog het ROS netwerk of de zorgverzekeraars.*

#### Met kaderhuisartsen GGZ

Kaderhuisartsen GGZ hebben een extra opleiding gedaan op het vlak van GGZ en beschikken over specifieke kennis over psychopathologie. Daarnaast hebben kaderhuisartsen vaardigheden op het vlak van adviseren, organiseren en implementeren. Kaderhuisartsen GGZ houden zich bezig met het bevorderen van kennis en kunde van huisartsen op GGZ-gebied, versterking van de eerstelijns GGZ en het verbeteren van de samenwerking met de tweede lijn. Hiermee kunnen zij een belangrijke bijdrage leveren aan kwaliteitsverbetering van GGZ-zorg in de huisartsenpraktijk (bron CHBB). De taken van een kaderhuisarts GGZ zijn door het CHBB als volgt omschreven: De kaderhuisarts GGZ houdt zich bezig met:

- Ontwikkelen en geven van deskundigheidsbevordering aan huisartsen en andere GGZ hulpverleners
- Initiëren, coördineren en participeren in (regionale) verbeterprojecten op GGZ-gebied
- Aanspreekpunt voor diverse GGZ organisaties
- Deelname aan commissies, werkgroepen met als doel het verbeteren van de samenwerking binnen de eerste lijn of tussen de eerste en tweede lijn
- Deelname aan wetenschappelijk onderzoek en het schrijven van artikelen betreffende GGZ problematiek.

#### Met zorggroepen

Sommige huisartsen kiezen ervoor om gezamenlijk via de zorggroep (een) POH GGZ te contracteren. Zorggroepen kunnen in sommige regio's organisatorisch een ondersteunende rol bieden. Ook bij het aanbieden van programmatische, extra zorg kan de zorggroep mogelijk een ondersteunende rol vervullen voor huisartsen. Er zijn ook zorggroepen die het aanbieden van basis GGZ door hun leden (waaronder psychologen) faciliteren.

#### Met de basis GGZ

Samen met het NHG en GGZ partijen wordt de komende tijd gewerkt aan samenwerkingsrichtlijnen. Dit is een project in het kader van de uitwerking van het bestuurlijk akkoord GGZ. Nauwe samenwerking en korte lijnen tussen huisartsenzorg en GGZ zijn uiterst belangrijk om de beste zorg voor patiënten te kunnen organiseren. Afspraken over het verwijzen en terugverwijzen tussen de verschillende echelons zal van belang zijn om een 'vloeiende keten' te bereiken.

Het NHG heeft met verschillende beroepsgroepen al samenwerkingsrichtlijnen voor de eerste lijn ontwikkeld.

Dit zijn de volgende:

- LESA (Landelijke Eerstelijns SamenwerkingsAfspraak) Stoornissen in het gebruik van alcohol;
- LESA Psychosociale problematiek;
- LESA Depressieve stoornis;
- LESA Dementie met de (wijk)verpleegkundigen;
- LESA Dementie met specialisten ouderengeneeskunde;
- LESA Angststoornissen.

#### **Met de gespecialiseerde GGZ**

De LHV maakt zich sterk voor directere samenwerking en communicatie met de psychiaters in de gespecialiseerde GGZ parallel aan de samenwerking tussen huisarts en andere medisch specialisten in het ziekenhuis. Dit zal de komende tijd meer vorm krijgen onder andere door het opstellen van samenwerkingsrichtlijnen, samen met het NHG.

## BIJLAGE 2

### Publicaties

Hieronder volgt een korte weergave van de kern van enkele relevante publicaties over GGZ:

- **Bestuurlijk akkoord GGZ 2014-2017** (VWS, ZN, GGZ partijen, patiëntenorganisaties, 2013)

Kern: Uitgangspunt van het eerste bestuurlijk akkoord 2013-2014 was dat passende zorg op de juiste plek wordt verleend.

- Er vindt een omslag plaats – waar mogelijk - van klinisch naar ambulant, van tweede lijn naar eerste lijn, van eerste lijn naar huisarts en van huisarts naar meer zelfmanagement. Deze omslag vindt op een voor de patiënt verantwoorde en zorgvuldige manier plaats.
- Zorgverzekeraars en zorgaanbieders gaan de bedden capaciteit afbouwen (1/3). Dit betekent dat patiënten in plaats van in klinieken veel meer thuis worden geholpen met de juiste behandeling en ondersteuning.
- Preventie, zelfmanagement en het herstelvermogen van de patiënt zullen worden gestimuleerd. Het gebruik van dwangtoepassingen wordt verder teruggedrongen.
- De GGZ-sector wordt van de tijd- en geldrovende dubbele administratie verlost. De gehele tweedelijns-GGZ stapt over op prestatiebekostiging in plaats van budgetfinanciering.

In 2013 zijn nieuwe afspraken gemaakt. De belangrijkste afspraken uit het onderhandelaarsresultaat GGZ 2014-2017 zijn:

- Versnelling en aanscherping van de in 2012 gemaakte afspraken over zorg dichtbij de patiënt\*.
- Het bestaande kwaliteitsprogramma richt zich op transparantie voor de patiënt, zorgaanbieder en zorgverzekeraar over de behandeling en het behandelingsresultaat. Dit programma wordt geïntensiveerd. Hetzelfde geldt voor de bestaande afspraken over meer ambulantisering.
- Om een gelijk speelveld tussen GGZ-aanbieders onderling en tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars te realiseren, worden er afspraken gemaakt over contractering en informatievoorziening.
- Partijen hebben afgesproken om voor 2015-2017 de jaarlijkse uitgavengroei in de GGZ te beperken tot 1 procent per jaar. Voor 2014 is een landelijk maximum groeipercentage van 1,5% afgesproken.
- Het gebruik van e-health wordt bevorderd.

De komende jaren zullen de partijen de afspraken verder uitwerken. Hierbij zijn ook de Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN) en de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV) betrokken.

- **CVZ rapport Geneeskundige GGZ** (CVZ, 2013)

Kern: CVZ beschrijft in dit rapport welke zorg tot de geneeskundige GGZ behoort en wordt vergoed. CVZ kiest voor een sleutelrol voor de huisartsenzorg in de GGZ (p.37 'De huisarts als sleutelfiguur. De huisarts is de belangrijkste pijler van de Nederlandse gezondheidszorg'), daarbij aansluitend bij het bestuurlijk akkoord GGZ. CVZ vindt dat alle verwijzingen naar de basis en gespecialiseerde GGZ via de huisarts moeten verlopen.



- CVZ maakt onderscheid tussen klachten en stoornissen omdat zij zeggen dat verzekering is bedoeld voor zorg bij ziekte, niet voor hulp bij problemen. CVZ beschrijft dit wel veel genuanceerder dan in 1<sup>e</sup> concept en geeft aan dat dit onderscheid principieel is maar in de praktijk problematisch en kunstmatig kan zijn. Toch vinden zij het onderscheid voldoende bruikbaar.
  - CVZ vindt huisarts bij uitstek de aangewezen om te onderscheiden tussen ziekte en niet-ziekte. De behandeling van psychische klachten, zonder dat sprake is van een psychische stoornis, valt niet onder de Zvw, maar kan wel vergoed worden binnen de huisartsenzorg.
  - Diagnostiek kan complex zijn en daarom onderschrijft CVZ van harte de afspraak in Bestuurlijk Akkoord GGZ om voor de huisarts de mogelijkheid van consultatie van een psychiater te creëren incl. vergoedingsmogelijkheid.
  - CVZ adviseert vroegtijdige preventieve interventies binnen de huisartspraktijk bij hoog risico op depressie, problematisch alcoholgebruik en paniekstoornissen tot het verzekerde pakket van de huisartsenzorg te laten blijven behoren. Dit sluit volgens CVZ aan bij beleid om de positie van de huisarts en POH GGZ te versterken en stepped care te bieden volgens de standaarden van de huisartsgeneeskunde
  - Huisarts kan op 2 manieren bijdragen aan gepast gebruik: door zelf te behandelen of door zorgvuldig selecteren bij verwijzing. Stepped care en matched care zijn uitgangspunt.
  - Huisartsen moeten goed geïnformeerd zijn en blijven over de behandeling van hun patiënten, willen zij deze verwijzende rol goed kunnen spelen.
  - CVZ adviseert de verwijzing naar de 2<sup>e</sup> lijns GGZ uitsluitend via de huisarts te laten lopen
- **Toekomstvisie Huisartsenzorg 2022** (LHV/NHG, 2012)

De uitgangspunten en ambities voor de huisartsenzorg 2022 gelden uiteraard ook voor de patiënt met psychische problematiek. Bijvoorbeeld het uitgangspunt:

*Het leveren van kwalitatief goede en samenhangende zorg op maat dichtbij de patiënt. Goede kwaliteit uit zich in: patiëntgerichtheid, effectiviteit, veiligheid, doelmatigheid, tijdigheid, gepaste zorg en gelijkheid. De poortwachtersfunctie is daarbij essentieel.*

En de ambitie:

*De patiënt ontvangt zoveel mogelijk zorg in de eigen woonomgeving door maximaal gebruik te maken van de mogelijkheden van de huisarts, samenwerking met andere zorgverleners in de eerste lijn en het stimuleren van zorginnovatie.*

Een aantal passages over GGZ zoals geformuleerd in de Toekomstvisie Huisartsenzorg 2022

#### Dicht bij huis (pagina 10)

Door maximaal gebruik van de mogelijkheden van de huisarts en door samenwerking met andere zorgverleners in de eerste en tweede lijn, ontvangt de patiënt zoveel mogelijk zorg in zijn eigen woonomgeving. Complexe ouderenzorg, samenhangende chronische zorg, GGZ, oncologische nazorg en palliatieve zorg vormen daarbij een essentieel onderdeel van de huisartsenzorg.

Pagina 73 De derde factor is de te verwachten groei in aandoeningen op het gebied van de geestelijke gezondheid. Met de eerder beschreven groei van het aantal mensen met chronische aandoeningen neemt bij hen de kans op het ontwikkelen van een depressie met een factor twee toe. De complexiteit van de maatschappij neemt alsmaar toe en daarmee nemen de eisen die deze maatschappij aan haar burgers stelt ook toe. Deze ontwikkeling leidt tot een stijging van het aantal mensen met een surmenage. Het beleid van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) om meer GGZ-problematiek in de eerste lijn op te willen lossen versterkt de druk op de huisarts hierbij extra.

En: Uit de tabel is af te leiden dat op basis van deze enquête de ambitie om het aanbod aan huisartsenzorg te vergroten bij de beroepsgroep groot is. Zij kiest voor:

- het toevoegen van de monitoring van veelvoorkomende ziekten aan het basisaanbod;
- het uitbreiden van het aanbod met verlengde arm consulten van specialisten;
- uitbreiding van het GGZ aanbod op voorwaarde van meer ondersteuning door een praktijkondersteuner huisarts geestelijke gezondheidszorg (POH-GGZ).
- Hierbij spreekt men een voorkeur uit voor verkleining van de normpraktijk. Of met andere woorden minder patiënten per fte huisarts.

- **NHG Standpunt GGZ in de huisartsenzorg** (2007, wordt herzien in 2014)

De ambities zoals in 2007 verwoord in het standpunt:

1. De huisarts is alert op psychische problematiek, ook bij somatische klachten. Hij verheldert psychische klachten vanuit een generalistische benadering, rekening houdend met de context van de patiënt. Hij definieert het probleem en gaat over tot begeleiding en behandeling. De triage is een kerntaak van de huisarts zelf.
2. De huisarts herkent (acute) psychische problemen en verleent GGZ huisartsenzorg zowel tijdens de reguliere praktijken als tijdens ANW.
3. De huisarts heeft de regie over de contextgerichte binnen de eerste lijn verleende zorg voor de bij hem ingeschreven patiënten. De zorg wordt zo mogelijk dicht bij de patiënt in de buurt verleend en bevordert diens zelf oplossend vermogen.
4. Een GGZ ondersteuner huisartsenzorg maakt deel uit van het team van de huisartsenvoorziening om de toegenomen GGZ-vraag op te vangen en de kwaliteit van deze zorg te waarborgen.
5. De huisarts identificeert patiënten – onder wie ook kinderen – met risicofactoren voor psychische problematiek. Hij zet effectieve preventie-interventies in of verwijst de patiënt daarvoor.
6. Chronische patiënten met psychische problemen die niet (meer) terecht kunnen in de tweede lijn, worden begeleid vanuit de huisartsenvoorziening.
7. De huisartsenvoorziening heeft samenwerkingsafspraken over verwijzing, consultatie, terugverwijzing en verslaglegging met AMW, ELP, jeugdzorg, opvoedingsondersteuning, consultatiebureau, wijkverpleging, schoolarts, gespecialiseerde thuishulp en zorgverleners in de tweede lijn.
8. De huisarts voert de regie in de eerstelijns GGZ voor die patiënten die hij in behandeling heeft. Het elektronisch patiëntendossier bevat daarom ook de relevante gegevens van andere GGZ-hulpverleners in de eerste en tweede lijn.
9. In de eerstelijns GGZ is veelal sprake van een diagnose op basis van klachten. Oor de samenwerking met andere GGZ-hulpverleners wordt zoveel mogelijk eenduidige terminologie overeenkomstig de DSM-IV gebruikt. De huisarts moet de DSM-IV-terminologie dus in grote lijnen kennen.
10. Afhankelijk van de behoefte van de patiëntenpopulatie en de beschikbare competenties en interesses van het team van de huisartsenvoorziening, kan het GGZ-aanbod worden uitgebreid met een aanvullend of bijzonder aanbod.

- **NHG Richtlijn Informatie-uitwisseling huisarts - tweedelijns GGZ (2011)**

Kern: Deze NHG/GGZ Nederland-richtlijn biedt huisarts en tweedelijns-GGZ de basis voor de overdracht van informatie rond het verwijzen van patiënten. De richtlijn geeft:

- het format voor de verwijsbrief die het de tweedelijns-GGZ in één oogopslag duidelijk maakt waarvoor de patiënt komt en wat de vraag van de huisarts is;
- het format voor de diverse retourbrieven (bericht na intake, bericht einde behandeling, voortgangsbericht) van de tweedelijns-GGZ die de huisarts direct inzicht geven in het antwoord op de vraagstelling, de behandeling en de nazorg die de GGZ voorstelt;
- het format voor een wederzijdse informatie-uitwisseling (bericht Wijziging somatiek/therapie/controles) waarmee huisarts en GGZ elkaar tussentijds kort informeren over wijzigingen in de behandeling (medicatie), de reden van wijziging en afspraken over eventuele controles vastleggen;
- de momenten van informatie-uitwisseling;
- de relatie met HIS respectievelijk GGZ informatiesysteem voor maximale geautomatiseerde ondersteuning.

In 2014 worden nieuwe richtlijnen opgesteld voor de samenwerking tussen huisartsenzorg, basis GGZ en gespecialiseerde GGZ. Mogelijk wordt naar aanleiding van deze afspraken de richtlijn voor de verwijzing aangepast. Voornamelijk is bovenstaande richtlijn het uitgangspunt. Deze is te vinden op de website van het NHG: [www.nhg.org](http://www.nhg.org) > actueel & tijdschriften > dossier GGZ.

<https://www.nhg.org/themas/artikelen/richtlijn-informatie-uitwisseling-huisarts-tweedelijns-ggz>

- **Trimbos rapporten 'GGZ in de eerste lijn' (Trimbos, 2013)**

Kern: GGZ in de eerste lijn over de rol van de huisarts en de eerstelijnspsycholoog. Op basis van LINH cijfers.

Over de huisartsenzorg voor volwassenen en ouderen met psychische problemen tussen 2002-2010:

Geconcludeerd kan worden dat bij volwassenen meer van de te verwachte ontwikkelingen hebben plaatsgevonden dan bij ouderen: in tegenstelling tot volwassenen, kregen ouderen met een gediagnosticeerd psychisch probleem niet minder vaak antidepressiva voorgeschreven en werden zij ook niet vaker doorverwezen binnen de eerste lijn. Daarentegen nam alleen bij ouderen tussen 2006 en 2010 het totaal aantal contacten met de huisartsenpraktijk vanwege een gediagnosticeerd psychisch probleem toe. Verwachte veranderingen die zowel bij volwassenen als bij ouderen uitbleven waren dat huisartsen veel voorkomende psychische problemen (depressie, angst en overspannenheid) niet vaker zijn gaan diagnosticeren en dat patiënten tussen 2008 en 2010 niet in toenemende mate contact hadden met een POH vanwege psychische problemen. Een onverwachte ontwikkeling in het licht van het streven naar een sterke eerstelijns-GGZ was dat huisartsen in de periode 2002-2010 zowel volwassenen als ouderen met een gediagnosticeerd psychisch probleem vaker zijn gaan doorverwijzen naar de tweedelijns-GGZ.

- **Trimbos verkennend onderzoek naar ‘Werkelijke en wenselijke eerstelijns depressiezorg’** (Trimbos, 2013)

Kern: verkennend onderzoek waar 6 huisartsenpraktijken 22 andere zorgverleners aan deel namen. Conclusie: Geconcludeerd kan worden dat er op een aantal gebieden een kloof bestaat tussen de verleende depressiezorg in de onderzochte huisartsenpraktijken en de wenselijke depressiezorg zoals omschreven in de concept Zorgstandaard Depressie. De bevindingen geven aanknopingspunten voor 1) het verbeteren van de kwaliteit van de depressiezorg in de eerste lijn, 2) de doorontwikkeling van de Zorgstandaard Depressie en 3) toekomstig onderzoek.

Suggesties voor verbetering:

- betere inbedding van elementen van stepped care aanpak;
- stimuleren van verdere samenwerking binnen de eerste lijn;
- stimuleren van communicatie en samenwerking tussen eerste lijn en tweedelijns GGZ.