

NHG/LHV-STANDPUNT

Geestelijke gezondheidszorg in de huisartsenzorg



nederlands huisartsen
genootschap





nederlands huisartsen
genootschap



Landelijke Huisartsen Verenig

UITWERKING TOEKOMSTVISIE HUISARTSENZORG 2022

NHG/LHV-STANDPUNT GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG IN DE HUISARTSENZORG

*Vastgesteld door de Algemene Ledenvergadering van het NHG op 2 december 2015 en op
8 december door de LHV-Ledenraad.*

VOORWOORD

Dit Standpunt is een uitwerking van de Toekomstvisie Huisartsenzorg 2022¹ van NHG en LHV en laat zien hoe huisartsen de zorg voor patiënten met psychische problemen de komende jaren vorm kunnen geven op basis van de huisartsgeneeskundige kernwaarden: generalistisch, persoonsgericht en continu.² Dit document stelt geen normen, maar is een onderbouwde visie op de ontwikkeling van de huisartsenzorg op het gebied van de geestelijke gezondheidszorg. Hierbij is rekening gehouden met het in 2014 ingevoerde GGZ-stelsel.

Een belangrijk uitgangspunt van de Toekomstvisie Huisartsenzorg is dat patiënten zo veel mogelijk zorg op maat krijgen in de eigen woonomgeving. Dit wordt bereikt door optimaal gebruik te maken van de expertise van de huisarts en door samenwerking met andere zorgverleners. De huisarts houdt rekening met de eigen inbreng van de patiënt bij de besluitvorming over het behandelbeleid. Door aan te sluiten bij de eigen wensen bevordert hij zelfredzaamheid en zelfmanagement. De zorg voor patiënten met psychische problematiek maakt onderdeel uit van huisartsenzorg en kan niet los worden gezien van de persoonlijke voorgeschiedenis en context van de patiënt. De psychische problematiek is dikwijls met lichamelijke klachten verweven.

¹ Toekomstvisie Huisartsenzorg 2022. Modernisering naar menselijke maat. NHG/LHV in samenwerking met het Interfacultair Overleg Huisartsgeneeskunde. Utrecht, 2012.

² NHG-Standpunt Kernwaarden Huisartsgeneeskunde, NHG 2011/LHV 2012.

INHOUD

SAMENVATTING	5
VAN VISIE NAAR PRAKTIJK	7
TOELICHTING OP DE OPBOUW VAN HET STANDPUNT	8
1. DEFINIËRING GGZ, TERUGBLIK EN STAND VAN ZAKEN	9
1.1. Terugblik	9
1.2. Het GGZ-stelsel per 2014	10
1.3. Praktijkondersteuning van huisartsen	11
1.4. Jeugdhulp	11
2. UITGANGSPUNTEN GGZ IN DE HUISARTSENZORG	13
3. UITWERKING UITGANGSPUNTEN GGZ IN DE HUISARTSENZORG	15
3.1. Uitgangspunt 1 – Opvang en diagnostiek	15
3.2. Uitgangspunt 2 – Begeleiding en behandeling	17
3.3. Uitgangspunt 3 – Rol van de huisarts als poortwachter	19
3.4. Uitgangspunt 4 – Continuïteit en samenhang	22
3.5. Uitgangspunt 5 – Team huisarts en POH-GGZ	22
3.6. Uitgangspunt 6 – Acute psychische problematiek	25
3.7. Uitgangspunt 7 – Aandacht voor kwetsbaarheid	27
3.8. Uitgangspunt 8 – Jeugd	28
3.9. Uitgangspunt 9 – Overname van patiënten van de gespecialiseerde GGZ onder bepaalde voorwaarden	31
4. TOTSTANDKOMING VAN HET STANDPUNT	34

De geestelijke gezondheidszorg (GGZ) is sterk in beweging, mede door het in 2014 ingevoerde GGZ-stelsel. De huisartsenzorg heeft sindsdien een grotere rol in de opvang, begeleiding en behandeling van patiënten met psychische problematiek. De toegang tot de andere echelons in de GGZ is beperkt. Dit GGZ-stelsel heeft in de praktijk grote consequenties voor huisarts en patiënt. Samenwerking en afstemming tussen de verschillende echelons komt nog niet overal goed van de grond. Huisartsen worden geconfronteerd met een toename van patiënten met complexe problemen.³ Patiënten die worden verwezen naar de GGZ komen vaak op een wachtlijst, waardoor zij geen tijdige hulp krijgen. Het groeiende aantal POH's-GGZ in de huisartsenzorg vraagt om inhoudelijke uitgangspunten op basis waarvan deze ontwikkeling kan worden gestuurd en ondersteund.

De rol van de huisartsenzorg op het gebied van de GGZ is tegen deze achtergrond en op basis van de Toekomstvisie Huisartsenzorg 2022 uitgewerkt in negen uitgangspunten, die de visie geven op het werk van de huisarts en de POH-GGZ, en op de relatie met andere behandelaars in de GGZ. Ook de samenwerking met gemeenten komt aan bod. Gemeenten hebben door de transities in de zorg belangrijke verantwoordelijkheden en taken gekregen op het gebied van onder meer de sociaal-maatschappelijke ondersteuning en de jeugdzorg.

Huisartsgeneeskundige aanpak bij psychische problematiek

Het uitgangspunt in dit Standpunt is het behoud van de huisartsgeneeskundige aanpak bij patiënten met psychische problemen. De huisarts gaat niet uit van een ziekte, maar inventariseert samen met de patiënt het probleem. Dikwijls kennen zij elkaar al langere tijd en is de huisarts ook bekend met de achtergrond en de context van de patiënt. Bovendien beschikt hij⁴ over een patiëntendossier dat door de tijd heen is opgebouwd. De vertrouwensrelatie draagt bij aan de mogelijkheden en de kwaliteit van het gesprek over wat er aan de hand is. Regelmatig is sprake van een combinatie van psychische en lichamelijk problemen. Soms is een gesprek voor een patiënt al voldoende om zelf weer vooruit te kunnen. In andere situaties zal de huisarts de patiënt adviseren om naar een wijkteam of een andere gemeentelijke voorziening te gaan.

Een belangrijke voorwaarde is dat de huisarts de tijd blijft houden om naar zijn patiënt te luisteren en om hem te stimuleren op eigen kracht verder te gaan.

Als een behandeling nodig is, gaat de voorkeur uit naar de meest passende en minst ingrijpende interventie gezien de klachten en de lijdensdruk van de patiënt; zo veel mogelijk op basis van wetenschappelijk onderbouwde richtlijnen.

Poortwachtersrol

De huisarts vervult ook voor patiënten met psychische problematiek de rol van poortwachter. Het komt erop neer dat patiënten op de juiste tijd, van de juiste persoon en op de juiste plaats de zorg krijgen die nodig is. Het is het vak van de huisarts om op basis van vraagverheldering en zijn klinische blik in gesprek met de patiënt te besluiten of begeleiding binnen de huisartsenvoorziening passend is of dat directe verwijzing nodig is. Het gebruik van de DSM als verwijscriterium voor verzekerde zorg is oneigen-

³ De LHV monitort de ervaringen van de achterban met de ontwikkelingen in de zorg voor patiënten met psychische problematiek via ledenpeilingen. Deze informatie is gebaseerd op: www.lhv.nl/actueel/nieuws/huisarts-ziet-toename-zware-psychische-problematiek-sprekkamer.

⁴ Uit stilistische overwegingen worden de aanduidingen 'hij/zij' en 'hem/haar' in dit document vermeden. Waar dit van toepassing is worden met 'hij' en 'hem' beide geslachten bedoeld.

lijk en gaat voorbij aan factoren die essentieel zijn voor verwijzing naar passende zorg, zoals lijdensdruk, coping, context en de zorgbehoefte van de patiënt. De huisartsenzorg kan alleen goed functioneren als er voldoende en snel beschikbare verwijzingsmogelijkheden zijn in de GGZ.

Samenwerken

In de negen uitgangspunten van dit Standpunt is veel aandacht voor samenwerking. Een gedeelde visie op zorg en helderheid over de taakverdeling en verantwoordelijkheden vormen de basis van continue en samenhangende zorg. De POH-GGZ is lid van het team van de huisartsenzorg. Voorop staat dat de POH-GGZ de huisartsgeneeskundige uitgangspunten en werkwijze volgt, en dat de functie zich binnen die context verder ontwikkelt. De eindverantwoordelijkheid van de huisarts vergt onder meer deskundigheid op het gebied van veelvoorkomende psychische problemen en de behandeling ervan, en dat er heldere afspraken zijn met de POH-GGZ zijn over taakverdeling, verantwoordelijkheden en terugkoppeling.

In het huidige GGZ-stelsel is één van de doelen dat dat huisartsen en POH-GGZ meer mensen met chronische psychische problematiek begeleiden en behandelen. De huisarts is leidend in de overdracht van zorg vanuit de basis GGZ en gespecialiseerde GGZ. Een huisarts moet zich voldoende bekwaam achten zorg aan een patiënt te verlenen.

Daarnaast betekent overdracht van deze zorg een aanzienlijke taakverzwaring voor de huisartsenzorg, die niet zonder meer kan plaatsvinden. Er zijn onmisbare, noodzakelijke (rand)voorwaarden benoemd, onder meer de mogelijkheid om direct terug te verwijzen naar de behandelaar in de gespecialiseerde GGZ bij een crisis en instemming van de huisarts met overdracht van een patiënt naar de huisartsenzorg. Van overdracht van zorg voor patiënten met chronische psychiatrische problematiek naar de huisartsenzorg kan dus sprake zijn indien de huisarts hiermee heeft ingestemd.

De landelijke GGZ-samenwerkingsafspraken bieden een goed handvat om de samenwerking tussen huisartsenzorg en generalistische basis GGZ en gespecialiseerde GGZ vorm te geven.⁵

Aan de zorg voor patiënten met acute psychische problemen is een apart uitgangspunt gewijd, waarin de poortwachtersrol van de huisarts en de noodzakelijkheid van (tijdige) samenwerking met de crisisdienst en GGZ-instelling aan de orde komen. Een regionaal samenwerkingsprotocol is hiervoor raadzaam.

Aandacht voor kwetsbaarheid

De huisartsenzorg, jeugdgezondheidszorg en de gemeente hebben een gedeelde verantwoordelijkheid in de zorg voor kinderen en kwetsbare groepen als ouderen, mensen met een beperking en migranten. Huisartsen hebben vaak inzicht in de gezinsomstandigheden en hebben door hun positie als vertrouwd aanspreekpunt in de zorg de mogelijkheid om problemen van het kind of in het gezin te signaleren, te begeleiden of naar passende begeleiding of zorg te verwijzen. Hierover zijn aparte uitgangspunten uitgewerkt.

⁵ Deze Landelijke GGZ Samenwerkings Afspraken (gemaakt in opdracht van het Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGZ) zijn in de autorisatiefase op het moment dat dit Standpunt is vastgesteld. Na publicatie zijn deze te vinden op de NHG-website.

Onmisbare randvoorwaarden

Dit Standpunt is in de eerste plaats een inhoudelijke koersbepaling voor de huisartsgeneeskundige GGZ. Voor de implementatie zijn de komende tijd vervolgstappen nodig, onder meer op het gebied van randvoorwaarden. De beroepsgroep benadrukt dat een adequate, structurele investering nodig is om de beschreven visie waar te kunnen maken.

In hoofdstuk 3 zijn per uitgangspunt aanbevelingen en randvoorwaarden geformuleerd om die visie in praktijk te kunnen brengen, onder meer op het gebied van scholing, deskundigheidsbevordering en samenwerking.

Noodzakelijk onderzoek naar ontwikkelingen binnen de GGZ

Het is nodig dat de (onvoorziene) effecten van het nieuwe GGZ-stelsel op de voet worden gevolgd en in kaart worden gebracht. Door de nadruk op de GGZ in de eerste lijn en door substitutie wordt de huisartsenzorg geconfronteerd met een toenemend aantal taken. Onduidelijk is onder meer welke gevolgen de beperktere vergoeding van zorg in de generalistische basis GGZ en in de gespecialiseerde GGZ heeft voor de zorgvraag in de huisartsenpraktijk. Zo willen sommige patiënten vanwege de financiële consequenties geen verwijzing naar het juiste echelon.

Van belang is dat er komende jaren onderzoek wordt gedaan naar:

- de gevolgen van de stelselwijziging op de zorgvraag van patiënten met psychische problematiek in de huisartsenzorg;
- de invloed van het eigen risico voor behandeling in de generalistische basis GGZ en gespecialiseerde GGZ op de zorgvraag in de huisartsenzorg;
- de ontwikkeling van de functie POH-GGZ en de effecten ervan op de huisartsenzorg;
- de mate waarin patiënten uit de gespecialiseerde GGZ in de huisartsenzorg worden overgenomen. Bij substantiële substitutie zijn passende (personele) randvoorwaarden noodzakelijk.

TOELICHTING OP DE OPBOUW VAN HET STANDPUNT

Het document is als volgt opgebouwd.

- **Definiëring GGZ in de huisartsenzorg, terugblik en stand van zaken**
In hoofdstuk 1 definiëren we het begrip geestelijke gezondheidszorg (GGZ) in de huisartsenzorg. We kijken kort terug op de GGZ in de afgelopen jaren en geven een toelichting op de rol van de huisarts(enzorg) in het nieuwe GGZ-stelsel dat in 2014 is ingevoerd.
- **Uitgangspunten**
Hoofdstuk 2 beschrijft de inhoudelijke uitgangspunten van de zorg voor patiënten met psychische problematiek als onderdeel van integrale huisartsenzorg.
- **Uitwerking uitgangspunten**
In hoofdstuk 3 geven we een toelichting op en onderbouwing van ieder uitgangspunt. Tevens zijn hier aanbevelingen en randvoorwaarden voor implementatie beschreven.
- **Totstandkoming**
De samenstelling van de werkgroep die dit Standpunt heeft ontwikkeld en een toelichting op de totstandkoming van dit Standpunt staan in hoofdstuk 4.

1. DEFINIËRING GGZ, TERUGBLIK EN STAND VAN ZAKEN

Psychische problemen komen frequent voor in de Nederlandse bevolking.⁶ Van alle Nederlanders ervaart 43,5% eens in zijn leven een psychisch probleem. Op jaarbasis kampt bijna 20% van de volwassenen met psychische problematiek.

In 2012 werd bij 12% van de patiënten in de huisartsenzorg een psychische aandoening vastgesteld. 'Depressie', 'slapeloosheid' en 'angstig, nerveus of gespannen gevoel' waren de meest gecodeerde psychische problemen bij volwassenen.⁶ Depressie staat in de top 15 van meest voorkomende diagnoses in de huisartsenpraktijk.⁷ Angst- en stemmingsstoornissen zijn, naast hart- en vaatziekten en kanker, verantwoordelijk voor de grootste ziektelast in Nederland.⁸

Comorbiditeit komt veel voor, zowel een combinatie van psychische problemen als een lichamelijke aandoening in combinatie met psychische problematiek. De huisarts heeft bij uitstek de expertise om aandacht te besteden aan de onderlinge samenhang en hierover met de patiënt in gesprek te gaan.

Definitie Geestelijke gezondheidszorg in de huisartsenzorg

Geestelijke gezondheidszorg (GGZ) in de huisartsenzorg is de zorg voor patiënten met psychische, psychosociale en psychiatrische problematiek, als onderdeel van integrale generalistische huisartsenzorg.

In dit Standpunt wordt, omwille van de leesbaarheid, gesproken over zorg voor patiënten met psychische problemen.

1.1. Terugblik

Of mensen met psychische problemen de juiste zorg op de juiste plaats krijgen is vooral afhankelijk van de toegankelijkheid van de GGZ.⁹ De prevalentie van psychische problematiek was de afgelopen 25 jaar constant, maar de vraag naar GGZ nam sterk toe. In Nederland ligt de drempel om hulp te zoeken voor psychische of emotionele problemen relatief laag in vergelijking met andere landen.⁸

Rond de eeuwwisseling is geïnvesteerd in het versterken van de eerstelijns GGZ door de eerstelijnszorgverleners (huisarts, maatschappelijk werker en eerstelijns psycholoog) toe te rusten om psychische problematiek beter te herkennen en te behandelen, en door de samenwerking met de tweedelijns GGZ te verbeteren. De huisarts kon op grond van de consultatieregeling (1999-2005) advies krijgen van een sociaalpsychiatrisch verpleegkundige (SPV) over de omgang met de patiënt en over mogelijke verwijzing.

Het afgelopen decennium hebben huisartsen veel aandacht besteed aan de ontwikkeling en uitvoering van de programmatische zorg voor patiënten met chronische somatische aandoeningen. Daardoor hebben niet alle huisartsen even veel geïnvesteerd op het gebied van GGZ en is de poortwachtersrol daar wellicht minder sterk ontwikkeld.^{10,11}

⁶ Verbeek M, Knispel J, Nuijen J. GGZ in tabellen. Trimbos Instituut, 2014.

⁷ www.nivel.nl/NZR/top-20-diagnoses-bij-contacten-met-de-huisarts.

⁸ Een gezonder Nederland. Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2014. RIVM 2014.

⁹ Bijenhof AM et al. Kostenontwikkeling GGZ. RIVM, 2012.

¹⁰ Versterken van de GGZ in de huisartsenpraktijk. Terugblik, stand van zaken en vooruitblik. Trimbos-instituut 2014.

¹¹ Advies Functie eerstelijns Geestelijke Gezondheidszorg. Nederlandse Zorgautoriteit. December 2011. www.nza.nl/104107/139830/465987/Advies_Basis_GGZ.pdf.

In 2008 werd de curatieve GGZ van de AWBZ overgeheveld naar de Zorgverzekeringswet, waarmee acht sessies van de eerstelijns zorg in de basisverzekering werden opgenomen. Dit heeft de toegankelijkheid van de GGZ vergroot. Door de liberalisering van de zorgmarkt traden de afgelopen jaren nieuwe aanbieders toe en werd het bestaande aanbod uitgebreid, voor met name voor lichte problematiek. In 2013 belandde ongeveer 20% van patiënten met lichte psychische klachten in de toenmalige tweede lijn, waar behandeling tot de DBC-gefinancierde zorg behoorde. Hierdoor ontstond overbehandeling van lichte problematiek. Tegelijkertijd kwamen er wachtlijsten voor mensen met een ernstige psychische aandoening die intensieve zorg nodig hebben.¹² Sinds 2014 is de psycholoog niet meer vrij toegankelijk als onderdeel van vergoede zorg en vervult de huisarts de poortwachtersrol.

1.2. Het GGZ-stelsel per 2014

In 2014 werd een nieuw GGZ-stelsel ingevoerd waarin, naast de nulde lijn, drie echelons worden onderscheiden: huisartsenzorg, generalistische basis GGZ en gespecialiseerde GGZ.¹³

Nulde lijn

Zoals alle transitie in de zorg¹⁴ beoogt het GGZ-stelsel de versterking van zelfredzaamheid van mensen. Hierbij wordt een grote rol toegekend aan zelfhulp. In de huisartsenzorg draagt onder meer www.Thuisarts.nl hieraan bij met betrouwbare en onafhankelijke publieksinformatie over psychische klachten en aandoeningen, met links naar online vragenlijsten en zelfhulpprogramma's. In dit verband zijn ook het algemeen maatschappelijk werk, geestelijke verzorgers en de sociale wijkteams van belang. Gemeenten richten deze (op verschillende wijzen) in om te voldoen aan hun verantwoordelijkheden op het gebied van preventie, zorg en welzijn. De wijkteams stimuleren en ondersteunen mensen om hun eigen kracht in te zetten.

Huisartsenzorg

De huisarts zorgt voor de opvang, begeleiding en behandeling van patiënten met de meest voorkomende psychische problemen en (milde) stoornissen. Daarnaast kan hij patiënten met een chronische psychische aandoening begeleiden als zij in een stabiele fase zijn. Hierbij is het patiëntperspectief leidend: psychische klachten zijn onderdeel van het levensverhaal en zijn ingebed in actuele en vroegere omstandigheden. De huisarts werkt klacht- en probleemgericht.

Binnen de huisartsenzorg kan de POH-GGZ worden ingezet bij de zorg voor patiënten met psychische en psychosociale problematiek. De huisarts heeft de poortwachtersrol en beoordeelt welke patiënten in aanmerking komen voor een verwijzing naar de generalistische basis GGZ of de gespecialiseerde GGZ. Bij vragen met een sociaal-maatschappelijk karakter zal de huisarts de patiënt wijzen op het aanbod binnen de nulde lijn. Een voorwaarde om passende zorg op de juiste tijd en door de juiste zorgverlener te realiseren, is dat er voldoende verwijsmogelijkheden beschikbaar zijn.

Generalistische basis GGZ

De generalistische basis GGZ is ingericht voor patiënten met matige tot ernstige problematiek van geen tot geringe complexiteit. In dit echelon zijn met name psychologen en psychotherapeuten werkzaam.⁵

Gespecialiseerde GGZ

De gespecialiseerde GGZ is bedoeld voor de behandeling van patiënten met ernstige, complexe problematiek, al dan niet in multidisciplinaire setting. Hier zijn onder meer psychiaters, psychotherapeuten, klinisch (neuro)psychologen, verslavingsartsen en sociaalpsychiatrische verpleegkundigen (SPV) werkzaam.

¹² <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2012/06/18/bestuurlijk-akkoord-toekomst-ggz-2013-2014>

¹³ www.invoeringbasisggz.nl

¹⁴ <https://www.loketgezondleven.nl/gezonde-gemeente/gezondheidsbeleid-maken/wettelijke-kaders-gezondheidsbeleid/decentralisatie>

De herstructurering van de GGZ is bedoeld om de kosten voor deze zorg te beperken door gespecialiseerde GGZ te verplaatsen naar de generalistische basis GGZ, generalistische basis GGZ te verplaatsen naar de huisartsenzorg, psychosociale huisartsenzorg te verplaatsen naar de informele zorg (nulde lijn) en door zelfmanagement te versterken.¹⁵

De huidige generalistische basis GGZ kent een uniforme bekostiging op basis van vier zorgvraagzwaarte-prestaties (kort, middel, intensief, chronisch).¹⁶ De indicatiestelling voor de zorgzwaarte gebeurt aan de hand van een aantal kenmerken, onder meer: ernst, risico (laag of matig), complexiteit en beloop.

De nieuwe GGZ-structuur heeft grote gevolgen voor patiënten. De voorwaarden voor verwijzing naar generalistische basis en gespecialiseerde GGZ zijn aangescherpt en de vergoedingen voor behandelingen zijn beperkt. Voor de behandeling in de generalistische basis GGZ en in de gespecialiseerde GGZ betalen patiënten een eigen risico, voor de huisartsenzorg niet.

Huisartsen zien als gevolg van het nieuwe GGZ-stelsel meer patiënten met psychische klachten. De economische crisis en de toenemende individualisering, die een grote impact kan hebben op mensen, is daar mogelijk mede debet aan. Het aantal patiënten dat de huisarts raadpleegde vanwege psychische problemen nam in de eerste helft van 2014 met 15% toe in vergelijking met de eerste helft van 2013.¹⁷ De huisartsenvoorziening staat voor de uitdaging om invulling te geven aan zijn nieuwe rol in het GGZ-stelsel. Uiteraard heeft dat ook grenzen: er is voldoende tijd, kennis, ondersteuning en budget nodig om de toenemende stroom patiënten te kunnen opvangen. Daarnaast kan de huisartsenzorg alleen goed functioneren als de GGZ voldoende en tijdige verwijsmogelijkheden beschikbaar heeft.

1.3. Praktijkondersteuning van huisartsen

Binnen de huisartsenzorg kan de POH-GGZ worden ingezet voor de zorg voor patiënten met psychische en psychosociale problematiek. Deze functie van POH-GGZ bestaat sinds 2008 en is in 2014 flink uitgebreid. Inmiddels werkt in 88% van de huisartsenpraktijken een POH-GGZ.¹⁸ De functie wordt vervuld door professionals met verschillende achtergronden, opleidingen en competenties, waardoor soms onduidelijk is in welke mate wordt voldaan aan het competentieprofiel dat door huisartsen is opgesteld. De POH-GGZ werkt onder de regie en verantwoordelijkheid van de huisarts. Het is van belang dat de huisarts, de POH-GGZ én de POH-S samenwerken op basis van een gemeenschappelijke visie en de uitgangspunten van generalistische, personsgerichte en continue huisartsenzorg. Hierop wordt in dit Standpunt ingegaan.

1.4. Jeugdhulp

Met ingang van 2015 is de Jeugdwet van kracht. Met deze nieuwe wet hebben de gemeenten de verantwoordelijkheid gekregen voor de inhoud, financiering en uitvoering van de zorg voor de jeugd. Het gaat hierbij om de hulp en zorg bij opgroei- en opvoedingsondersteuning, GGZ voor kinderen en jongeren en crisisopvang, maar ook om de (geïndiceerde) jeugdzorg, afdelingen gesloten jeugdzorg, jeugd met een lichte verstandelijke beperking, en GGZ in het kader van het jeugdstrafrecht, jeugdbescherming en jeugdreclassering.

Met de nieuwe wet wordt een grotere samenhang in de zorg voor de jeugd beoogd. Om de jeugdhulp op dorp- of wijkniveau te organiseren zijn in veel gemeenten (sociale) wijkteams ingericht, die naast de Centra voor Jeugd en Gezin bestaan.

Met de overheveling van verantwoordelijkheden naar de gemeenten zijn tevens bezuinigingen doorgevoerd.

¹⁵ <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2012/06/18/bestuurlijk-akkoord-toekomst-ggz-2013-2014>.

¹⁶ Bakker P, Jansen, P. Generalistische basis GGZ. Verwijsmodel en productbeschrijvingen. Bureau HHM, 2013.

¹⁷ www.nivel.nl/nieuws/forse-toename-psychische-klachten-in-de-huisartsenpraktijk

¹⁸ www.nivel.nl/nieuws/praktijkondersteuner-ggz-ziet-steeds-meer-pati%C3%ABnten.

De huisarts blijft poortwachter en heeft een verwijfsunctie. De gemeenten kopen de zorg in en bepalen welke zorg wordt vergoed. Als de huisarts specifieke zorg nodig acht, moet de gemeente daarin voorzien. De huisarts zal dus meer samenwerken met de gemeente, die voor de uitdaging staat om op adequate wijze invulling te geven aan haar nieuwe verantwoordelijkheden. In deze situatie is het van belang op de hoogte te zijn van elkaars rol en aanbod. VNG en LHV hebben een handreiking gemaakt ter ondersteuning van de samenwerking op lokaal niveau.¹⁹

In dit Standpunt beschrijven we de inhoudelijke uitgangspunten van de beroepsgroep op het gebied van de zorg voor kinderen en jeugdigen en hun gezinnen met psychische en psychosociale problemen.

¹⁹ https://vng.nl/files/vng/201406_addendum_jeugd_huisarts_en_gemeente.pdf.

2. UITGANGSPUNTEN GGZ IN DE HUISARTSENZORG

Hieronder staan de uitgangspunten van de GGZ vanuit huisartsgeneeskundig perspectief. In het volgende hoofdstuk zullen we deze uitgangspunten nader toelichten en onderbouwen.

1. Eerste opvang en diagnostiek

De huisartsenzorg is 24 uur per dag beschikbaar voor de opvang van alle patiënten (van jong tot oud) met psychische klachten. Deze opvang gebeurt vanuit een generalistisch perspectief: de huisarts bekijkt de lichamelijke, psychische en sociale aspecten van de vraag van de patiënt en maakt een eerste inschatting van de (ernst van de) problematiek. Hierbij houdt hij zo goed mogelijk rekening met de individuele kenmerken van de patiënt, zijn achtergrond en levensloop en zijn leef- en werkomgeving. De huisarts integreert deze factoren met de lichamelijke, psychische en sociale aspecten die het welbevinden en de gezondheid kunnen bedreigen.

2. Begeleiding en behandeling

De patiënt wordt behandeld met de minst ingrijpende interventie die past bij de aandoening of de klachten en de lijdensdruk van de patiënt. De behandeling is zo veel mogelijk gebaseerd op wetenschappelijk onderbouwde richtlijnen waarbij rekening wordt gehouden met de wensen, motivatie en mogelijkheden van de patiënt. De huisarts kan zorg binnen de huisartsenzorg delegeren aan de POH-GGZ.

3. Rol van de huisarts als poortwachter

De huisarts vervult de rol van poortwachter voor generalistische basis GGZ en gespecialiseerde GGZ. Hij verwijst patiënten zo veel mogelijk op grond van vigerende richtlijnen, zorgstandaarden en samenwerkingsafspraken met de andere echelons en maakt gebruik van zijn klinische blik.

4. Continuïteit en samenhang

De huisarts wordt, met het oog op continue en samenhangende zorg, na verwijzing van de patiënt op de hoogte gehouden van het behandelbeleid in de generalistische basis GGZ of gespecialiseerde GGZ.

5. Team huisarts en POH-GGZ

De POH-GGZ maakt deel uit van het team van de huisartsenpraktijk en ondersteunt de huisarts in de zorg voor patiënten met psychische problemen. De eindverantwoordelijkheid van de huisarts maakt het belangrijk dat de huisarts deskundig is op het terrein van de veelvoorkomende psychische problemen, samenwerkt met de POH-GGZ en deze kan aansturen.

6. Acute psychische problemen

De huisarts zorgt zo nodig voor de eerste opvang bij acute psychische problematiek en beslist dan welke nadere diagnostiek en behandeling noodzakelijk zijn, rekening houdend met de context en het mogelijke gevaar voor de patiënt zelf en voor zijn omgeving. Zo nodig schakelt de huisarts hierbij de GGZ-instanties/crisisdienst in.

7. Aandacht voor kwetsbaarheid

De huisarts heeft aandacht voor psychisch kwetsbare patiënten op basis van kennis van de voorgeschiedenis, familiale factoren en sociale context van de patiënt. Samen met de POH-GGZ kan de huisarts vroegtijdig hulp bieden, waarbij zo mogelijk gebruik wordt gemaakt van beschikbare effectieve interventies of verwijzing naar preventieve hulp binnen de wijk. Voldoende tijd en ondersteuning zijn hiervoor voorwaardelijk.

8. Jeugd

De huisarts signaleert, zo veel als mogelijk, bedreiging van de ontwikkeling en gezondheid van de kinderen die hij ziet op het spreekuur. Hij betreft de achtergronden en omstandigheden van het gezin bij de zorg voor een kind met psychische problemen. De huisarts verwijst zo nodig door naar andere zorgverleners voor opgroei- en opvoedondersteuning of jeugdhulp.

9. Overname van patiënten van de gespecialiseerde GGZ onder voorwaarden

Onder bepaalde voorwaarden kan de huisartsenvoorziening de begeleiding van patiënten met chronische psychische problematiek van de gespecialiseerde GGZ overnemen.

3. UITWERKING UITGANGSPUNTEN GGZ IN DE HUISARTSENZORG

3.1. Uitgangspunt 1 – Opvang en diagnostiek

De huisartsenzorg is 24 uur per dag beschikbaar voor de opvang van alle patiënten (van jong tot oud) met psychische klachten. Dit gebeurt vanuit een generalistisch perspectief: de huisarts kijkt naar de lichamelijke, psychische en sociale aspecten van de vraag van de patiënt en maakt een eerste inschatting van de (ernst van de) problematiek. Hierbij houdt hij zo goed mogelijk rekening met de individuele kenmerken van de patiënt, diens achtergrond en levensloop en de leef- en werkomgeving. De huisarts integreert deze factoren met kennis van lichamelijk, psychische en sociale aspecten die het welbevinden en de gezondheid kunnen bedreigen.

Voor veel patiënten is de huisarts als vast aanspreekpunt in de zorg een vertrouwenspersoon met wie zij ook psychische problemen, verslavingsproblematiek en seksuele problemen kunnen bespreken. De huisarts kan, met toestemming van de patiënt, ook op eigen initiatief dergelijke problemen aan de orde stellen.²⁰ De huisarts is voor de mensen met psychische problemen veelal de eerste zorgaanbieder die men raadpleegt.

De huisarts vraagt de patiënt naar zijn klachten om deze in zijn persoonlijke context te begrijpen. Lichamelijke en psychische klachten zijn sterk met elkaar verweven. Het is een kerntaak van de huisarts om die verwevenheid te ontrafelen, om de mogelijke samenhang tussen klachten en psychische problemen uit te leggen en om de patiënt passende zorg te bieden. De huisarts heeft een speciale taak op het snijvlak van lichamelijke en psychische klachten, en bij somatisch onvoldoende verklaarde lichamelijke klachten.²¹

Buiten kantooruren is de zorgverlening gericht op patiënten in een crisis en patiënten met spoedeisende klachten die niet kunnen wachten tot het reguliere spreekuur (zie ook paragraaf 3.5).

Psychische problematiek is het gevolg van uiteenlopende factoren, zoals karaktertrekken, persoonlijke omstandigheden, stress, copingsmogelijkheden en de voorgeschiedenis van de patiënt. Ingrijpende gebeurtenissen zoals overlijden, echtscheiding, een ernstige ziekte of problemen op het werk kunnen mensen uit balans brengen. Werknemers die onzeker zijn over het behoud van een baan blijken twee keer zo veel kans te hebben op een psychische aandoening.²² Ingrijpende gebeurtenissen in iemands leven kunnen gepaard gaan met klachten als vermoeidheid, slapeloosheid, gespannenheid en sombere stemming.

Snelle en laagdrempelige hulpverlening voorkomt verergering van de klachten en helpt mensen om in balans te blijven of hun balans te hervinden. Bij een groot deel van de mensen die psychische klachten en problemen ter sprake brengen gaat het om tijdelijke klachten, inherent aan het leven, die zij zelfstandig kunnen oplossen als ze op weg worden geholpen. De huisarts houdt zich vaak bezig met de opvang en begeleiding van patiënten die kampen met het omgaan met ingrijpende gebeurtenissen, levensfaseproblemen en rouwverwerking en kent meestal de verhoogde incidentie van specifieke problematiek in de eigen patiëntenpopulatie.

²⁰ De huisarts-patiëntrelatie anno 2011. Kramer, P. TNS/NIPO onderzoek in opdracht van het NHG, 2011.

²¹ NHG-Standaard Somatisch onvoldoende verklaarde klachten (SOLK).

²² Have M ten, Dorselaer S van, Graaf R de. The association between type and number of adverse working conditions and mental health during a time of economic crisis (2010–2012). DOI 10.1007/s00127-015-1009-2.

De huisarts maakt zo goed mogelijk een inschatting van de problematiek met aandacht voor lijdensdruk, de mate van disfunctioneren, stemming, cognities, sociaal netwerk, coping, draagkracht en veerkracht. Samen met de patiënt brengt de huisarts de sterke en kwetsbare kanten en oplossingsvaardigheden in kaart (zie ook uitgangspunt 2 over begeleiding en behandeling).

Het aansluiten bij en stimuleren van de intrinsieke motivatie van de patiënt is een belangrijke factor in de begeleiding vanuit eigen verantwoordelijkheid. Hiermee sluit de huisarts aan bij de moderne visie op gezondheid: het vermogen zich aan te passen en zelf regie te voeren in het licht van fysieke, emotionele en sociale uitdagingen van het leven.²³

De huisarts heeft andere uitgangspunten bij het diagnosticeren van psychische klachten dan de psychiater en heeft bovendien te maken met een andere patiëntenpopulatie. Daardoor ziet hij andere zaken en indiceert hij anders. Zo blijkt uit een onderzoek naar de aanpak bij patiënten met depressieve klachten dat huisartsen vaker kiezen voor een lichtere behandeling in de eerste lijn, terwijl psychiaters bij dezelfde patiënt in de tweede lijn vaker kiezen voor een zwaardere behandeling.²⁴

De huisarts maakt in de regel een werkdiagnose en legt deze via de ICPC-classificering vast in het huisartsinformatiesysteem (HIS). Online vragenlijsten kunnen de fase van probleemverheldering ondersteunen, maar vervangen het normale psychiatrische onderzoek niet.

De impact van werkloosheid, armoede en schulden op het welbevinden van mensen is groot. Verwijzing naar sociale wijkteams, welzijnsorganisaties en maatschappelijke ondersteuning is aan de orde bij patiënten met sociaal-maatschappelijke problematiek. Een adequaat gemeentelijk aanbod op sociaal-maatschappelijk gebied voorkomt dat de huisartsenvoorziening worden aangesproken om dit type vragen op te vangen; zij is daarvoor niet passend.

Bij de samenwerking met en toeleiding naar de sociale wijkteams is het borgen van de privacy van de patiënten een belangrijk aandachtspunt.²⁵

Afstemming en samenwerking met de bedrijfsarts kan aan de orde zijn indien er sprake is van werk gerelateerde psychische problematiek.

De huisarts biedt de patiënt zorg op maat waarbij hij zo veel mogelijk rekening houdt met persoonskenmerken, sekseverschillen, levensloop en culturele achtergrond. Dat is bij uitstek van belang in de omgang van patiënten met psychische problemen. De huisarts stemt zijn communicatie af op de patiënt en heeft daarbij speciale aandacht voor de communicatie met kwetsbare ouderen, kinderen, migranten en patiënten met een verstandelijke beperking. De opvang van patiënten met psychische problemen vraagt mede daardoor veel van de huisarts, ook wat betreft attitude en communicatief vermogen. Dat geldt ook voor de POH-GGZ, doktersassistente en de triagist op de huisartsenpost. Het is daarom belangrijk dat huisartsen en hun team deskundig zijn op het gebied van eerste opvang en diagnose van patiënten met psychische problemen.

Telefonische hulpdiensten (zoals Korrelatie²⁶, Sensor²⁷, 113 (onlinehulp voor suïcide preventie)²⁸, de Kindertelefoon en patiëntenverenigingen kunnen eveneens van betekenis zijn voor de opvang van mensen met behoefte aan contact en/of acute vragen. Geadviseerd wordt om patiënten in de praktijkinformatie attent te maken op de mogelijkheid van telefonische hulpdiensten en lotgenotencontact.

Voor patiënten met levensvragen en zingevingproblematiek kan verwijzing naar een geestelijk verzorger op zijn plaats zijn.

²³ www.gezondheidsraad.nl/nl/taak-werkwijze/werkerrein/preventie/verslag-internationale-conferentie-wat-is-gezondheid.

²⁴ Hutschemaekers, G. Witteman C, Rutjes J, Claes L, Lucassen P, Kaasenbrood A. Huisarts versus psychiater bij depressieve klachten. Huisarts Wet 2015;58(3):126-9.

²⁵ Voor nadere informatie wordt verwezen naar de praktijkkaart van de LHV:

https://www.lhv.nl/sites/default/files/content/lhv_nl/uploads/nieuws/notitie_sociale_wijkteams.pdf

²⁶ www.korrelatie.nl.

²⁷ www.sensor.nl.

²⁸ www.113online.nl

Aanbevelingen voor de huisarts

- De huisarts maakt samen met de patiënt een inschatting van de ernst van psychische problematiek van de patiënt. Hij werkt zo veel mogelijk op basis van de richtlijnen en besteedt aandacht aan lijdensdruk, disfunctioneren, stemming, cognities, sociaal netwerk, coping, draagkracht en veerkracht.
- De huisarts verwijst de patiënt indien nodig en passend naar ondersteuningsaanbod in de wijk of buurt of naar een andere zorgverlener in de GGZ (zie 3.3. over de poortwachtersrol).
- Wanneer er een relatie is met werk verwijst de huisarts de patiënt naar de bedrijfsarts en zorgt de huisarts voor afstemming met de bedrijfsarts.
- Goede communicatieve vaardigheden en gesprekstechnieken zijn van belang om adequaat te kunnen omgaan met uiteenlopende patiëntengroepen.

Aanbeveling voor de huisartsenvoorziening

- Om patiënten goed te kunnen verwijzen is het raadzaam dat de huisartsenvoorziening korte lijnen heeft met wijkteams en welzijnsorganisaties in de gemeente.

Scholing

- De huisartsopleiding heeft aandacht voor GGZ-diagnostiek waarin ruimte is voor de context van de zorgvraag van de patiënt en zijn levensgeschiedenis en motivatie.

Randvoorwaarden

- De huisarts wordt in staat gesteld om bij de vraagverheldering en probleemanalyse voldoende tijd en aandacht te hebben voor de privé- en werksituatie van de patiënt, waardoor onderliggende psychische problemen bij somatische klachten kunnen worden herkend.
- De gemeente heeft voldoende aanbod op het gebied van sociale en maatschappelijke ondersteuning.
- De gemeente informeert de huisartsenpraktijken over het aanbod op gebied van welzijn, maatschappelijke ondersteuning en jeugdhulp.

3.2. Uitgangspunt 2 – Begeleiding en behandeling

De patiënt wordt behandeld met de minst ingrijpende interventie die past bij de aandoening of de klachten en de lijdensdruk van de patiënt. De behandeling is zo veel mogelijk gebaseerd op wetenschappelijk onderbouwde richtlijnen, waarbij rekening wordt gehouden met de wensen, motivatie en mogelijkheden van de patiënt. De huisarts kan zorg binnen de huisartsenvoorziening delegeren aan de POH-GGZ.

De huisartsenvoorziening biedt zorg aan patiënten met veel voorkomende psychische problematiek. GGZ in de huisartsenpraktijk heeft de laatste decennia een belangrijke impuls gekregen door het verschijnen van diverse NHG-Standaarden, samenwerkingsafspraken en bijbehorende implementatiematerialen.²⁹ De begeleiding en behandeling in de huisartsenzorg vinden plaats op basis van deze richtlijnen en de klinische ervaring van de huisarts. Kenmerkend hierbij is de evidence based en niet-medicaliserende aanpak die aansluit bij de mogelijkheden en omstandigheden van de patiënt.

De huisarts en POH-GGZ streven naar de meest effectieve behandeling die mogelijk en gepast is gezien de aard en ernst van de problematiek: weinig zorg als het kan en veel als het moet. Zij passen gedeelde besluitvorming toe waarbij wordt uitgegaan van de eigen inbreng, mogelijkheden, behoeften, wensen en motivatie van de patiënt bij de keuze voor begeleiding en behandeling. Goede communicatie en een goede arts-patiëntrelatie zijn hiervoor essentieel.

²⁹ www.nhg.org/actueel/dossiers/dossier-geestelijke-gezondheidszorg-ggz.

De huisarts kent vaak het hele gezin. Als een kind (mogelijk) schade ondervindt van de (psychische) ziekte of problemen van de ouder(s), dan wordt de huisarts aangeraden hierover in gesprek te gaan met betrokkenen en passende ondersteuning van bijvoorbeeld het wijkteam te adviseren. Zo nodig verwijst de huisarts direct naar de generalistische basis GGZ of de gespecialiseerde GGZ. De afspraken over de behandeling worden vastgelegd in het HIS.

E-health

De overheid en zorgverzekeraars hebben hoge verwachtingen van zelfmanagement en de implementatie van e-mental health. Over de (kosten)effectiviteit van e-health programma's in vergelijking met persoonlijke begeleiding van patiënten in de huisartsenzorg is nog te weinig bekend.

Op dit terrein moet ook rekening worden gehouden met kwetsbare groepen voor wie de mogelijkheden van zelfmanagement en e-health beperkt zijn. Ongeveer 10% van de Nederlanders is laaggeletterd en 29% beschikt over weinig gezondheidsvaardigheden.³⁰

E-health kan een aanvulling zijn op de behandeling mits dit is ingebed in een relatie met huisarts of POH-GGZ en passend bij de patiënt wordt ingezet. Eerste ervaringen met pilots in de huisartsenpraktijk laten zien dat de inbedding van e-health in het persoonlijke contact met huisarts of POH-GGZ (*blended zelfhulp*) kan bijdragen aan de effectiviteit. Voorwaarde is dat de patiënt over voldoende vaardigheden en mogelijkheden beschikt om met digitale informatie om te kunnen gaan. In een aantal NHG-Standaarden is gewezen op e-health toepassingen waarvan de effectiviteit is aangetoond.³¹

Het verdient aanbeveling om onderzoek te doen naar (de voorwaarden voor) (kosten)effectieve toepassingen van e-health in de huisartsenzorg, zowel in de diagnostische als behandelfase, alvorens over te gaan tot brede implementatie van e-health in de huisartsenzorg. Ook wordt aangeraden de effectiviteit van e-health op gebied van GGZ in de nulde lijn te onderzoeken.

Diagnoseproblemen vastleggen in het HIS

De (internationale) ICPC-codering voor het vastleggen van psychische problematiek in het HIS is niet in alle opzichten eenduidig. Denk bijvoorbeeld aan autisme en dementie. Dit is nadelig voor de communicatie tussen de huisarts en de POH-GGZ. Het gebrek aan eenduidige registratie is ook een knelpunt bij het onderzoek naar het voorkomen en de behandeling van psychische problemen in de huisartsenzorg, wat voor de ontwikkeling van de huisartsenzorg belangrijk is. Daarom wordt aanbevolen dat het NHG ondersteuning gaat bieden om dit probleem op te lossen.

Aanbevelingen voor de huisarts en POH-GGZ

- De huisarts en POH-GGZ baseren het advies aan en de behandeling van patiënten met psychische problemen zo veel mogelijk op de NHG-Standaarden.
- Bij de begeleiding en het opstellen van het plan van aanpak zijn de eigen inbreng, mogelijkheden en motivatie van de patiënt van belang. Uitgangspunt is om de principes van gedeelde besluitvorming toe te passen.
- Huisarts en POH-GGZ maken afspraken met de patiënt over het plan van aanpak en leggen deze vast in het HIS.
- E-health programma's die bij toepassing in de eerste lijn effectief zijn gebleken kunnen door huisarts en POH-GGZ worden aangeboden als onderdeel van het zorgaanbod.

Aanbevelingen voor het NHG

- Het NHG zorgt voor de ondersteuning van huisartsen en POH-GGZ bij het eenduidig gebruik van de ICPC-codes voor het vastleggen van psychische problemen in het HIS.
- Het NHG brengt in samenwerking met andere partijen, zoals het Trimbos-instituut, de (randvoorwaarden voor) effectieve e-health programma's in kaart en ondersteunt implementatie in de praktijk.

³⁰ Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2014. Een gezonder Nederland. RIVM, 2014.

³¹ NHG-Standaard Depressie en NHG-Standaard Problematisch alcoholgebruik.

Scholing

- De huisartsopleiding en de opleiding voor POH-GGZ zorgen voor scholing en deskundigheid op het gebied van behandeling van veelvoorkomende psychische problemen.

Onderzoek

- Het is van belang dat de komende jaren onderzoek wordt gedaan naar (kosten)effectieve e-health toepassingen bij patiënten met GGZ-problematiek in de huisartsenzorg.

Randvoorwaarden

- Zorgverzekeraars stellen het inzetten van een e-health programma niet verplicht.
- Als uit onderzoek blijkt dat de e-health toepassingen bij GGZ-problematiek in de huisartsenpraktijk effectief zijn, zijn investeringen nodig om ze te kunnen implementeren.

3.3. Uitgangspunt 3 – Rol van de huisarts als poortwachter

De huisarts vervult de rol van poortwachter voor de generalistische basis GGZ en gespecialiseerde GGZ. Hij verwijst patiënten zo veel mogelijk op grond van vigerende richtlijnen, zorgstandaarden en samenwerkingsafspraken met zorgverleners in de andere echelons en maakt gebruik van zijn klinische blik.

De poortwachtersfunctie wordt sinds 2014 beïnvloed door maatregelen die de overheid heeft genomen om de verwijzing naar generalistische basis GGZ en gespecialiseerde GGZ af te remmen. Daartoe is de vergoeding van een aantal behandelingen uit het basispakket gehaald, waaronder die voor de aanpassingsstoornis, seksuele problematiek, relatieproblematiek, werkgerelateerde problematiek en aan somatisch lijden verbonden problematiek. Bovendien is het eigen risico verhoogd en is een voorwaarde voor vergoeding dat de huisarts verwijst op basis van (een vermoeden van) een stoornis die voldoet aan de DSM IV-criteria. Dit laatste is een onjuiste beleidskeuze omdat de DSM hiervoor niet is bedoeld. Het labelen van psychische klachten op basis van de DSM zegt niets over de lijdensdruk, contextuele factoren en de zorgbehoefte van de patiënt. Bovendien sluit het DSM-denken niet aan op het probleem- en klachtgericht werken van de huisarts op basis van het klinisch beeld en wetenschappelijke richtlijnen.

Van diverse kanten (overheid en zorgverzekeraars) worden instrumenten aangereikt en soms zelfs opgelegd op basis waarvan de huisarts zou moeten beslissen om wel of niet te verwijzen. Deze instrumenten zijn tot op heden niet gevalideerd voor patiënten in de eerste lijn, noch zijn de praktische bruikbaarheid en de meerwaarde voldoende aangetoond. Het onjuist gebruik van de DSM als criterium voor bekostiging van gezondheidszorg is ondermijnend en maakt het instrument als classificatie-instrument onbetrouwbaar. Een door verzekeraars verplichte vragenlijst om te besluiten over verwijzing is strijdig met de professionele autonomie van de huisarts.

Het is de verantwoordelijkheid en taak van de huisarts om in te schatten waar de patiënt met psychische problemen het best op zijn plek is. Uitgangspunt is dat de huisarts globale kennis heeft over de DSM-classificatie van veelvoorkomende stoornissen.

In welk echelon de begeleiding/behandeling van de patiënt het beste past, hangt mede af van de lijdensdruk, mate van disfunctioneren, zorgbehoefte en de motivatie van de patiënt. De POH-GGZ kan hierbij een voorbereidende c.q. adviserende rol spelen. Directe verwijzing door de huisarts is aan de orde wanneer in het eerste contact duidelijk sprake is van ernstige psychische problematiek die deskundigheid over diagnostiek en behandeling vergt van andere zorgverleners in de GGZ.

De Landelijke GGZ Samenwerkingsafspraken bieden een inhoudelijk kader voor verwijzing. Deze afspraken geven aanbevelingen over de vorm en het proces van intercollegiaal overleg en consultatie, verwijzing en terugverwijzing, en over de afbakening van taken, verantwoordelijkheden en monitoring bij gedeelde zorg. In het onderdeel verwijsafspraken wordt beschreven in welk echelon welke patiënten begeleid kunnen worden. Deze samenwerkingsafspraken zijn een handvat voor het maken van lokale

afspraken. Vaste samenwerkingsrelaties dragen bij aan kennis over elkaars deskundigheid en wederzijds vertrouwen.

Essentiële randvoorwaarden voor goede zorg zijn een beschikbaar passend aanbod en tijdige verwijsmogelijkheden.

Het verdient aanbeveling om bij verwijzing gebruik te maken van de richtlijn *Informatie-uitwisseling huisarts - tweedelijns GGZ*. Deze ICT-richtlijn wordt regelmatig aangepast.

Consultatie op basis van samenwerkingsafspraken

Onderlinge consultatie van huisarts, POH-GGZ en behandelaars in de generalistische basis GGZ en gespecialiseerde GGZ draagt bij aan samenhangende en afgestemde zorg. Ook kaderhuisartsen GGZ kunnen een consultfunctie voor huisartsen en POH-GGZ vervullen binnen de huisartsgroep of zorggroep, vergelijkbaar met de consultfunctie van kaderhuisartsen op andere klinische deelgebieden. Een goede en eenvoudige financieringsregeling is daarvoor noodzakelijk.

Het is van belang onderscheid te maken tussen consultatie en intercollegiaal overleg. Een intercollegiaal overleg is een korte vraag over bijvoorbeeld medicatie of noodzaak tot verwijzing. Hiervoor is geen toestemming van de patiënt vereist, mits de patiënt anoniem wordt besproken. Het is wenselijk en vaak ook al gebruikelijk dat huisarts en GGZ-aanbieders altijd kortdurend (vaak telefonisch) kunnen overleggen, analoog aan de somatische zorg.

Behandelaars in de GGZ worden bij voorkeur op basis van samenwerkingsafspraken geconsulteerd over vragen rond diagnostiek, medicatie, stagnatie van de behandeling in de huisartsenpraktijk en verwijzing. De huisarts kan behandelaars in de GGZ consulteren in de vorm van een schriftelijke casusbespreking of een 'face-to-face'-consult met of zonder de patiënt en naastbetrokkene(n). Een andere vorm is dat de consulent de patiënt en naastbetrokkene(n) zelf spreekt en het consult vervolgens nabespreekt met de huisarts, bijvoorbeeld met een telefonische consultatie, een emailconsultatie of in een patiëntgebonden multidisciplinair overleg.

Ook behandelaren in de generalistische basis GGZ en de gespecialiseerde GGZ kunnen de ander consulteren voor specifieke vragen of medebehandeling. Consultatie vindt alleen plaats als de patiënt hiervoor toestemming geeft.

Kenmerken van een consultatie zijn:

- het betreft problemen die de behandelaar ervaart met de patiënt, bijvoorbeeld over diagnostiek, beleid, dilemma's in de omgang met de patiënt;
- het is incidenteel;
- het vindt plaats op basis van vertrouwelijkheid en gelijkwaardigheid;
- het levert iets op: een concreet advies, nieuw inzicht of perspectief;
- het is vrijblijvend in de zin dat de consulent advies geeft en niet verantwoordelijk is voor de behandeling.

Onafhankelijkheid

De onafhankelijkheid van de huisarts en POH-GGZ is belangrijk voor het vertrouwen van de patiënt. Het is niet wenselijk dat de huisarts en POH-GGZ een belang heeft of verplichtingen is aangegaan die de onafhankelijke beoordeling beïnvloeden en afbreuk doen aan zijn functie als betrouwbare gids voor de patiënt. De poortwachtersrol kan dus alleen goed worden vervuld als er onafhankelijkheid bestaat ten opzichte van zorgverzekeraars en van de zorgverleners naar wie wordt verwezen.

Aanbevelingen voor de huisarts

- De huisarts maakt bij de verwijzing van patiënten naar de generalistische basis GGZ of gespecialiseerde GGZ zo veel mogelijk gebruik van NHG-Standaarden, zorgstandaarden en samenwerkingsafspraken.
- De huisarts maakt bij de verwijzing bij voorkeur gebruik van de richtlijnen voor gegevensuitwisseling en het format voor de verwijsbrief huisarts – GGZ. Het verdient aanbeveling dat dit format wordt opgenomen in de verwijsapplicaties in het HIS, zoals zorgdomein.
- De huisarts kan overleggen met een collega in de GGZ (intercollegiaal overleg) of een kaderhuisarts GGZ of zorgverlener in de generalistische basis GGZ / gespecialiseerde GGZ consulteren.
- De huisarts kan lokale samenwerking met de generalistische basis GGZ en gespecialiseerde GGZ vormgeven op grond van de landelijke GGZ samenwerkingsafspraken.

Aanbeveling voor de huisartsenvoorziening

- Regionale of lokale huisartsengroepen kunnen een beroep doen op kaderhuisartsen GGZ voor consultatie en deskundigheidsbevordering van de huisarts en POH-GGZ.

Aanbeveling voor GGZ instellingen/zorgverleners

- Zorgverleners in de generalistische basis GGZ en gespecialiseerde GGZ kunnen gebruik maken van de landelijke GGZ samenwerkingsafspraken om de samenwerking met huisartsenvoorzieningen lokaal vorm te geven.

Scholing

- In de huisartsenopleiding en opleiding POH-GGZ wordt aandacht besteed aan de DSM, zodat huisartsen en POH-GGZ hiervan globale kennis hebben wat betreft veelvoorkomende psychische aandoeningen en weten dat de DSM een classificatiesysteem en geen diagnostisch systeem is.

Voor LHV, NHG en InEen

- De beroepsorganisaties blijven de belangen behartigen wat betreft de onafhankelijke poortwachtersrol van de huisarts in de GGZ.

Randvoorwaarden

- De huisarts moet onafhankelijk (kunnen) verwijzen.
- De DSM-classificatie is geen doorslaggevend uitgangspunt voor de verwijzing van de patiënt naar GGZ door de huisarts.
- Om de poortwachtersrol goed in te kunnen vullen moet de huisarts beschikken over korte verwijslijnen en verwijsmogelijkheden naar de generalistische basis GGZ en de gespecialiseerde GGZ (zowel tijdens kantooruren als tijdens ANW-uren).
- De huisarts hoort na verwijzing naar de generalistische basis GGZ of gespecialiseerde GGZ wie de behandelaar is van zijn verwezen patiënt.
- Er is een passende financieringsregeling voor het consulteren van kaderhuisartsen GGZ, zorgverleners in de generalistische basis GGZ en gespecialiseerde GGZ.

3.4 Uitgangspunt 4 – Continuïteit en samenhang

De huisarts wordt, met het oog op continue en samenhangende zorg, na verwijzing van de patiënt op de hoogte gehouden van het behandelbeleid in de generalistische basis GGZ of gespecialiseerde GGZ.

Patiënten die verwezen zijn naar de generalistische basis GGZ of gespecialiseerde GGZ blijven in zorg bij de huisarts voor andere gezondheidsklachten of aandoeningen. Het is essentieel dat de huisarts en de GGZ-behandelaars elkaar informeren bij belangrijke gebeurtenissen of wijzigingen in het (medicatie) beleid en indien nodig overleggen om de zorg af te stemmen.³² Het is wenselijk dat de GGZ-behandelaar met de huisarts overlegt voordat hij de patiënt naar een behandelaar in een ander GGZ-echelon verwijst. Bij langdurige behandeltrajecten is het wenselijk dat de huisarts ten minste eenmaal per jaar een rapportage krijgt vanuit de GGZ-instelling. De in de vorige paragraaf genoemde landelijke GGZ samenwerkingsafspraken bieden een handvat om hierover lokale afspraken te maken.

Goede samenwerking met de gemeente en het sociale domein is essentieel voor de advisering van patiënten over sociaal maatschappelijke (gezins)ondersteuning door het wijkteam. Het belang van goede afstemming met gemeenten en zorgverleners in de GGZ rechtvaardigt een financieringsregeling voor het organiseren van de samenwerking.

Aanbeveling voor de huisartsenvoorziening

- Om continuïteit en samenhang in de zorg te borgen zijn afspraken nodig met zorgaanbieders in de generalistische basis GGZ en gespecialiseerde GGZ. De landelijke GGZ samenwerkingsafspraken bieden een handvat voor deze afspraken.

Randvoorwaarden

- De huisarts wordt door behandelaar in de GGZ geïnformeerd over wijzigingen in het behandelbeleid van de doorverwezen patiënt.
- Er is een passende financieringsregeling voor het organiseren van de samenwerking tussen de huisartsenzorg en gemeenten (wijkteams) en overleg en consultatie tussen huisarts/POH-GGZ en behandelaars in de generalistische basis GGZ en gespecialiseerde GGZ.

3.5. Uitgangspunt 5 – Team huisarts en POH-GGZ

De POH-GGZ maakt deel uit van het team van de huisartsenvoorziening en ondersteunt de huisarts in de zorg voor patiënten met psychische problemen. Omdat de huisarts eindverantwoordelijk is, moet hij deskundig zijn op het terrein van de veelvoorkomende psychische problemen en stoornissen, samenwerken met de POH-GGZ en deze kunnen aansturen.

Met de invoering van het nieuwe GGZ-stelsel heeft de functie van POH-GGZ een sterke impuls gekregen. De Nederlandse Zorgautoriteit heeft wijzigingen in de regeling POH-GGZ doorgevoerd om deze functie in de huisartsenzorg te versterken en te laten groeien.³³ Hiermee moet rekening worden gehouden in het macro huisartsenbudget. Uitbreiding van de POH-GGZ mag niet ten koste gaan van andere elementen in de financiering van de huisartsenzorg.

Profiel POH-GGZ

Er bestaat lokaal en regionaal variatie in de manier waarop de rol van de POH-GGZ is ingevuld en wordt georganiseerd. Dat heeft te maken met in- en uitstroomeisen van de opleidingen POH-GGZ en de sturing van zorgverzekeraars. De POH's GGZ zijn ook op verschillende manieren gecontracteerd binnen de huisartsenzorg; via detacheringen vanuit GGZ-instellingen, door zorggroepen of rechtstreeks door een huisartsenvoorziening of -groep.

³² Van Hasselt, Oud MJT, Loonen AJM. Practical recommendations for improvement of the physical health care of patients with severe mental illness. *Acta Psychiatrica Scand.* 2014; 1-10.

³³ www.nza.nl/133167/137700/CI-13-34c.pdf.

De functie van POH-GGZ is gericht op vraagverheldering, begeleiding en kortdurende behandeling. Belangrijk is dat de POH-GGZ werkt volgens de huisartsgeneeskundige kernwaarden (generalistische, persoonsgerichte en continue zorg) en op basis van de NHG-Standaarden. Een POH-GGZ gedetacheerd vanuit de tweede lijn kan een meer specialistische oriëntatie hebben die niet met deze kernwaarden spoort. Om de kwaliteit van de functie te waarborgen, is uniformiteit in de vereiste beginsituatie (vooropleiding en werkervaring) en functiegerichte scholing tot POH-GGZ noodzakelijk. Het is daarom belangrijk dat het generalistische *Functie- en competentieprofiel POH-GGZ* door alle aanbieders van de opleiding tot POH-GGZ wordt toegepast.³⁴

Het competentieprofiel zal de komende jaren worden aangepast op basis van de groeiende kennis, ervaring en mogelijkheden voor deze functie als onderdeel van het team van de huisartsenzorgvoorziening.

Samenwerken

De POH-GGZ werkt in de huisartsenzorgvoorziening onder verantwoordelijkheid van de huisarts, maar beschikt tegelijkertijd over een eigen professionele verantwoordelijkheid. De samenwerking kan per huisartsenzorgvoorziening op verschillende wijzen worden vormgegeven.

Voor een goed functionerend team is het nodig dat huisarts en POH-GGZ heldere afspraken maken over de werkwijze, taakverdeling, verantwoordelijkheden en over de informatieverstrekking bij het doorsturen van de patiënt naar de POH-GGZ en de terugkoppeling naar de huisarts. Om goed te kunnen samenwerken is het van belang dat de mate van autonomie van de POH-GGZ duidelijk is. Het verdient daarom aanbeveling deze rolverdeling vast te leggen. De wijze waarop de POH-GGZ is gecontracteerd mag het onafhankelijk functioneren niet in de weg staan.

Een peiling onder een groep POH's GGZ en huisartsen onderstreept het belang van een gemeenschappelijke visie, structurele werkafspraken (ook over grenzen aan de zorg) en de mogelijkheid van laagdrempelig contact en wederzijds vertrouwen.³⁵

De eindverantwoordelijkheid die de huisarts heeft ten aanzien van de POH-GGZ vergt een goede werkerelatie met de POH-GGZ. De huisarts moet op de hoogte zijn van de kennis en kunde van de POH-GGZ, zodat hij optimaal gebruik kan maken van deze deskundigheid. Afstemming en overleg met de POH-S kan bij patiënten met comorbiditeit op zijn plaats zijn. De samenwerking tussen huisarts en POH-GGZ is gediend met registratie door de POH-GGZ in het HIS.

Bij vragen over de diagnose, behandeling, farmacotherapie en bejegening kunnen de huisarts en POH-GGZ gebruikmaken van intercollegiaal overleg of de consultatieregeling. Ook kan de huisartsenzorgvoorziening de kaderhuisarts GGZ inzetten voor consultatie en ter ondersteuning van het kwaliteitsbeleid.

Jeugd

Net als de huisarts kan de POH-GGZ in principe patiënten van alle leeftijden begeleiden en kortdurend behandelen. De opleidingen POH-GGZ moeten ook met dit generalistische aspect rekening houden. Afhankelijk van de praktijkpopulatie kan worden gekozen voor een aanvullend of bijzonder aanbod³⁶ op het gebied van jeugd- of ouderenzorg (zie ook uitgangspunt 8).

³⁴ Functie- en competentieprofiel POH-GGZ 2014; www.lhv.nl/service/poh-ggz-functie-en-competentieprofiel-voor-praktijkondersteuner-ggz.

³⁵ Peiling Symposium Huisarts en POH-GGZ: samen sterker, Nieuwegein 22 januari 2015.

³⁶ Aanvullend aanbod is een aanvulling op het basisaanbod en voldoet aan de essentiële kenmerken van huisartsgeneeskundige zorg en gericht op de specifieke behoeften van de populatie van de huisartsenzorgvoorziening. Bijzonder aanbod grenst aan huisartsgeneeskundige zorg en is een aanvulling op het basis en aanvullend aanbod. Hiervoor zijn bijzondere competenties vereist. Zie Aanbod Huisartsgeneeskundige zorg, LHV 2015.

Aanbevelingen voor de huisarts

- De huisarts onderhoudt zijn kennis en vaardigheden op het terrein van de GGZ.
- De huisarts is op de hoogte van de kennis en kunde van de POH-GGZ en de ontwikkelingen binnen de functie POH-GGZ.
- De POH-GGZ werkt in de huisartsenpraktijk onder verantwoordelijkheid van de huisarts. Er worden daarom heldere afspraken gemaakt over de werkwijze, taakverdeling, verantwoordelijkheden en terugkoppeling.
- De huisarts en de POH-GGZ hebben regelmatig overleg over de diagnostiek en behandeling van patiënten.

Aanbeveling voor de POH-GGZ

- De POH-GGZ onderhoudt zijn kennis en vaardigheden op het terrein van de huisartsen-GGZ.

Scholing

- De opleidingen POH-GGZ gaan uit van de huisartsgeneeskundige kernwaarden en maken gebruik van de NHG-Standaarden op gebied van psychische problemen.
- NHG en LHV onderhouden relaties met de Landelijke Vereniging POH-GGZ, de V&VN en aanbieders van de opleidingen POH-GGZ met het oog op ontwikkeling en implementatie van uniforme eindtermen POH-GGZ.
- Het NHG en de huisartsopleiding ontwikkelen onderwijs en deskundigheidsbevordering voor de huisarts (in opleiding) over samenwerking met de POH-GGZ en het voeren van regie over GGZ binnen de huisartsenvoorziening.
- Kaderhuisartsen GGZ bieden ondersteuning bij scholing en deskundigheidsbevordering van huisartsen, POH-GGZ en zorggroepen.

Aanbevelingen voor NHG en LHV i.s.m. Landelijke Vereniging POH-GGZ en hogescholen

- Het competentieprofiel en de competenties van de POH-GGZ worden de komende jaren aangepast op basis van de groeiende kennis, ervaring en mogelijkheden voor deze functie als onderdeel van het team van de huisartsenvoorziening. Hierbij wordt rekening gehouden met de populatie van de huisartsenvoorziening: alle mensen en alle leeftijden.
- Er komt een structurele adviesraad voor de (ontwikkeling van de) opleiding POH-GGZ waarin de beroepsorganisaties ruim vertegenwoordigd zijn.

Randvoorwaarden

- Het ontwikkelde generalistische functie- en competentieprofiel POH-GGZ met bijbehorende eindtermen wordt door de aanbieders van de opleiding tot POH-GGZ geïmplementeerd.
- Er moet voldoende tijd zijn voor het vormgeven van goede samenwerking (overleg etc) tussen de huisarts en de POH-GGZ in de huisartsenvoorziening.
- De wijze waarop de POH-GGZ is gecontracteerd mag het onafhankelijk functioneren niet in de weg staan.
- De financiële basis voor de inzet van POH-GGZ moet afgestemd zijn op de gebleken behoefte.
- Uitbreiding van de functie POH-GGZ mag niet ten koste gaan van andere elementen in de financiering van de huisartsenzorg.

3.6. Uitgangspunt 6 – Acute psychische problematiek

De huisarts zorgt zo nodig voor de eerste opvang bij acute psychische problematiek en beslist dan welke nadere diagnostiek en behandeling noodzakelijk zijn, rekening houdend met de context en mogelijk gevaar voor de patiënt zelf en voor zijn omgeving. Zo nodig schakelt hij GGZ-instanties of de crisisdienst in.

De huisarts is in veel gevallen het eerste aanspreekpunt voor patiënten met acute GGZ-problematiek - zowel tijdens de reguliere praktijken 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 de patiënt het best kan worden opgevangen.

Spoedvragen kunnen onder meer wijzen op delier, suïcidaal gedrag of een psychose. De huisarts is in staat om te beoordelen of spoedeisende psychische problematiek bij de patiënt is uitgelokt door een (of meer) somatische oorzaken en/of onvoldoende therapietrouw. Als dat (vermoedelijk) het geval is, gaat de huisarts over tot een passende interventie.

Voor het handelen bij patiënten met (een risico op) delier en suïcide wordt respectievelijk verwezen naar de NHG-Standaard *Delier*³⁷ en de multidisciplinaire richtlijn *Diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag*.³⁸

Patiënten zijn soms door stress en ingrijpende situaties ernstig uit hun doen en/of in verwarring. Empathie en een luisterend oor kunnen dan al effectief zijn om de eerste crisis op te vangen.

Samenwerking met crisisdienst op basis van protocol

Patiënten en naasten kunnen in een heftige crisissituatie aankloppen bij de huisarts of de huisartsenpost. Soms is de patiënt een gevaar voor zichzelf, anderen of zijn omgeving (thuis, in de huisartsenpraktijk of op de huisartsenpost). In die situatie verwijst de huisarts direct naar de crisisdienst of GGZ-instelling. Het is dan zaak dat de patiënt direct gezien kan worden door de crisisdienst, of in de instelling / bij de zorgverlener waar de patiënt in behandeling is. In de praktijk blijkt dit een knelpunt. De GGZ-behandelaar moet ervoor zorgen dat de huisarts op de hoogte is van een signalerings- en crisisplan.

Jaarlijks vinden er 150.000 tot 175.000 beoordelingen plaats door de crisisdienst. Ongeveer 40% van deze patiënten is verwezen door de huisarts, 15% door de politie en 45% door de spoedeisende hulp, eigen behandelaar of ambulance.

Een ander knelpunt is de onduidelijkheid over wie tijdens de overdrachtsmomenten verantwoordelijk is voor het bieden van de acute zorg aan de patiënt. Ook blijken er interpretatieverschillen over wat een crisis is. Tot slot is de terugrapportage van de crisisdienst naar de huisartsenpost een knelpunt.³⁹

Huisartsenposten hebben te maken met onregelde psychiatrische en verslaafde psychiatrische patiënten. De POH-GGZ maakt geen deel uit van het team van de huisartsenpost. Samenwerkingsafspraken met crisisdienst en GGZ-instellingen zijn daarom voor de huisartsenpost extra noodzakelijk om tijdens de avond, nacht- en weekenddiensten adequaat zorg te kunnen bieden bij een acute of spoedeisende zorgvraag.

Het verdient aanbeveling dat de huisartsenzorg voor de opvang van patiënten met acute problematiek met de crisisdienst en GGZ-instellingen samenwerkt op basis van een protocol met afspraken over de bereikbaarheid, taakverdeling en samenwerking.

Patiënten die al onder behandeling zijn van een zorgverlener in een GGZ-instelling zouden in geval van een crisis hier rechtstreeks opgevangen moeten kunnen worden, zonder tussenkomst van de huisarts of (buiten kantooruren) de huisartsenpost.

³⁷ NHG-Standaard Delier, NHG 2014.

³⁸ Multidisciplinaire richtlijn Diagnose en behandeling van suïcidaal gedrag. NvVP/NIP, 2012. <http://www.veiligezorgiederszorg.nl/speerpunt-suicide/samenvatting-mdr-diagnostiek-en-behandeling-van-suicidaal-gedrag.pdf>.

³⁹ Acute geestelijke gezondheidszorg. Knelpunten en verbetervoorstellen in de keten. SiRM, 2015. www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2015/02/11/acute-geestelijke-gezondheidszorg-knelpunten-en-verbetervoorstellen-in-de-keten.

Uit het oogpunt van continuïteit van zorg is het van belang dat de huisarts de waarnemer en de huisartsenpost informeert over zijn instabiele patiënten met ernstige psychische problematiek. Relevant is informatie over de diagnose, medicatie, behandelaar in de GGZ en een omgangsadvies. Voorwaarde is dat de huisarts op de hoogte is bij wie de patiënt in gespecialiseerde GGZ in behandeling is, en dit ook meldt aan de waarnemer en huisartsenpost.

Samenwerking met de politie

De huisarts kan te maken krijgen met crisissituaties waarin overleg of samenwerking met de politie noodzakelijk is. Bij vragen over bijvoorbeeld huiselijk geweld, overlast of zedenzaken moet de huisarts op een veilige manier voor patiënt en arts kunnen overleggen met de politie. Dat geldt ook voor de situaties waarin de huisarts zelf bedreigd wordt.

De nationale politie is verdeeld in 10 eenheden. Iedere eenheid heeft een projectleider GGZ met wie de huisartsen kunnen overleggen over beleidsmatige vragen in de regio. De lokale contactpersoon is de wijkagent van de wijk waarin de praktijk is gesitueerd.⁴⁰

Wanneer de huisarts de patiënt niet veilig kan bezoeken of alleen kan laten in een crisissituatie, kan hij via 112 de politie inschakelen. Wanneer er geen vervangend toezicht is, zal de politie vaak besluiten om de patiënt mee te nemen naar een politievestiging en in te sluiten in een politiecel. Op die manier is de veiligheid van de patiënt gewaarborgd. De crisisdienst kan een patiënt dan daar beoordelen. Het is geen taak voor de politie om bij de patiënt in huis te wachten op de crisisdienst.

Aanbevelingen voor de huisarts

- De huisarts is bij patiënten met acute psychiatrische symptomatologie alert op mogelijke onderliggende somatische factoren. Bij een somatische oorzaak of mogelijke intoxicaties wordt hier direct naar gehandeld.
- De huisarts informeert in overleg met de betreffende patiënt de huisartsenpost over patiënten bij wie een grote kans bestaat dat zij de huisartsenpost raadplegen met vermelding van de essentie van de plan aanpak en de behandelaar in de GGZ.
- Wanneer het onverantwoord is om een patiënt die een gevaar is voor zichzelf, anderen of zijn omgeving alleen te laten, kan de politie worden ingeschakeld.

Aanbevelingen voor de huisartsenvoorziening

- Doktersassistenten zijn geschoold in het omgaan met psychische kwetsbare patiënten.
- Patiënten worden in de praktijkinformatie gewezen op de mogelijkheden van lotgenotencontact en telefonische hulpdiensten.
- De huisartsenvoorziening wordt aangeraden samenwerkingsafspraken te maken met de gespecialiseerde GGZ en de crisisdienst over de bereikbaarheid en directe toegankelijkheid van de opvang van patiënten met acute psychische problematiek.
- De huisartsenvoorziening wordt aangeraden contact te leggen met de wijkagent en afspraken te maken over de wijze waarop overleg kan plaats vinden en hoe gehandeld kan worden in crisissituaties, bij huiselijk geweld en bij zedenzaken.

Aanbevelingen voor de huisartsenpost

- De huisartsenpost heeft regionale samenwerkingsafspraken met de crisisdienst en GGZ-instellingen over de bereikbaarheid, beschikbaarheid, directe toegankelijkheid en informatie-uitwisseling bij de opvang van patiënten met een acute of spoedeisende zorgvraag.
- De triagist is geschoold in het omgaan met psychisch kwetsbare patiënten.

Aanbeveling voor de crisisdiensten

- Crisisdiensten hebben een samenwerkingsprotocol met huisartsen en huisartsenposten voor de opvang van patiënten met ernstige acute problematiek, waarin de rollen en de taken van de disciplines zijn beschreven.

⁴⁰ De wijkagent is te vinden via nummer 0900 8844 of via www.politie.nl: 'Mijn buurt'.

Aanbeveling voor het NHG

- Op Thuisarts.nl wordt in de publieksinformatie over psychische problemen gewezen op de mogelijkheden van lotgenotencontact en telefonische hulpdiensten.

Scholing

- De huisartsopleiding en deskundigheidsbevordering van huisartsen, POH-GGZ, praktijkassistenten en triagisten geven aandacht aan het ontwikkelen van attitude en competenties op het gebied van het contact maken met verwarde patiënten en triage van diagnostiek van acute GGZ-problematiek (onder wie patiënten met suïciderisico).

Randvoorwaarden

- Er is voldoende gespecialiseerde GGZ beschikbaar om patiënten naar te verwijzen, ook in geval van een crisis.
- De crisisdienst en GGZ-instanties zijn voor huisarts en POH-GGZ laagdrempelig toegankelijk voor overleg en directe verwijzing.
- Patiënten met acute ernstige psychische problematiek kunnen zo nodig binnen twee uur gezien worden gezien door een crisisdienst.

3.7. Uitgangspunt 7 – Aandacht voor kwetsbaarheid

De huisarts heeft aandacht voor psychisch kwetsbare patiënten op basis van zijn kennis van de voorgeschiedenis, familiale factoren en sociale context van de patiënt. Samen met de POH-GGZ kan de huisarts vroegtijdig hulp bieden, waarbij zo mogelijk gebruik wordt gemaakt van beschikbare effectieve interventies of verwijzing naar preventieve hulp binnen de wijk.

Verschillende patiëntengroepen zijn extra kwetsbaar voor psychische problematiek.

Door belastende omstandigheden en life-events

Kwetsbaarheid is vaak te zien bij patiënten die overbelast zijn, een chronische ziekte hebben of een trauma hebben meegemaakt; bij patiënten die eenzaam zijn, te maken hebben met scheidingsproblematiek of in rouw zijn (vooral na suïcide) en bij patiënten met een verstandelijke beperking.

Mensen met een lage sociale economische status (SES)

Volwassenen met een lage sociaal economische status zijn meer dan gemiddeld kwetsbaar voor psychische problematiek door belastende omstandigheden als (dreigende) werkloosheid en een gebrekkig sociaal netwerk. Voor deze patiënten is het eigen risico voor de generalistische basis GGZ en gespecialiseerde GGZ veelal een obstakel in verband met de beperkte beschikbare financiële middelen.

Mensen met suïcidale gedachten

Het aantal suïcides in Nederland is de afgelopen jaren gestegen.⁴¹ In 2013 overleden 1850 mensen door zelfmoord. Jaarlijks bezoeken zo'n 14.000 mensen de spoedeisende hulp na een suïcidepoging. Huisartsen kunnen een belangrijke rol hebben in de suïcidepreventie. Uit onderzoek blijkt dat de helft van de patiënten die een suïcidepoging doen in de maand daarvoor de huisarts zien. Slechts bij 7% van hen stelt de huisarts eventuele suïcidale gedachten aan de orde.⁴² Depressie is de grootste risicofactor voor suïcide. Het risico is onder meer verhoogd bij een psychiatrische stoornis, eerdere suïcidepogingen en zelfdestructief gedrag in de voorgeschiedenis. De multidisciplinaire *richtlijn Diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag* geeft handvatten voor de omgang met deze patiënten.⁴³ Het verdient aanbeveling dat huisartsen en POH-GGZ zich op dit gebied scholen.

⁴¹ www.cbs.nl/nl-NL/menu/themas/bevolking/publicaties/artikelen/archief/2014/2014-4204-wm.htm

⁴² Dopper J. In gesprek met een suïcidale patiënt. Verschijnt in Huisarts Wet 2016:59;2

⁴³ <http://www.veiligezorgiederszorg.nl/speerpunt-suicide/samenvatting-mdr-diagnostiek-en-behandeling-van-suïcidaal-gedrag.pdf>

Kinderen in moeilijke omstandigheden

Kinderen die opgroeien in moeilijke omstandigheden hebben een verhoogd risico op psychische problemen. Denk bijvoorbeeld aan een gebroken gezin, een ouder met psychiatrische problemen (KOPP-kinderen) of huiselijk geweld en problemen op school.

Psychische kwetsbaarheid kan een familiale component hebben. Dat geldt bijvoorbeeld voor depressie, de kans op suïcide en de neiging tot problematisch alcoholgebruik.

Ouderen

Ouderen kunnen kwetsbaar zijn voor psychische problemen als gevolg van hun afnemende gezondheid, zorgtaken voor hun naaste, rouw en eenzaamheid. De cognitieve achteruitgang bij veel ouderen maakt differentiatie tussen somatische en psychische klachten lastig.

De huisarts en POH-GGZ hebben aandacht voor patiënten die kwetsbaar zijn voor psychische problematiek en begeleiden hen zo mogelijk met voorlichting en effectieve interventies. Het is belangrijk dat de huisarts en POH-GGZ op de hoogte zijn van preventieve activiteiten in de wijk om hiernaar te kunnen verwijzen.

Aanbevelingen voor de huisarts en POH-GGZ

- De huisarts en POH-GGZ zijn alert op patiënten met risicofactoren voor psychische problematiek (ook bij kinderen) en begeleiden hen met effectieve interventies of verwijzen hen naar preventieve activiteiten in de wijk of buurt.
- De huisarts en POH-GGZ zijn alert op patiënten met verhoogd risico op suïcidaal gedrag, stellen suïcidale gedachten aan de orde en gebruiken daarbij bestaande, onderbouwde protocollen.

Scholing

- Ontwikkel scholing en deskundigheidsbevordering voor diagnostiek en omgaan met patiënten met suïcidaal gedrag.

Randvoorwaarde

- De rijksoverheid en gemeenten zorgen voor voldoende en toegankelijke voorzieningen voor kwetsbare groepen.

3.8. Uitgangspunt 8 – Jeugd

De huisarts signaleert, zo veel als mogelijk, bedreiging van de ontwikkeling en gezondheid van kinderen die hij ziet op het spreekuur. Hij betreft de achtergronden en omstandigheden van het gezin bij de zorg voor een kind met psychische problemen. De huisarts verwijst zo nodig door naar andere zorgverleners voor opgroei- en opvoedondersteuning of jeugdhulp.

Huisartsen zien het grootste deel van de Nederlandse kinderen regelmatig. De groep kinderen tussen 0 en 4 jaar heeft jaarlijks ten minste drie keer contact met de huisartsenpraktijk; voor de 5- tot 17-jarigen is dat minstens twee keer per jaar.⁴⁴

In 2008 registreerden huisartsen bij 6,6% van de kinderen en bij 7,5% van de adolescenten een psychisch probleem.

Huisartsen hebben vaak inzicht in de gezinsomstandigheden, kennen de ouders en hebben door hun positie als vertrouwd aanspreekpunt in de zorg de mogelijkheid om problemen te signaleren en de patiënt te begeleiden of naar passende begeleiding of zorg te verwijzen. Denk hierbij ook aan ouders en kinderen van multiprobleem gezinnen. Bij hen is samenwerking met de jeugdgezondheidszorg en sociale wijkteams belangrijk. Bij vermoedens van kindermishandeling werken de huisarts en POH-GGZ op basis van de KNMG-Meldcode.

⁴⁴ NIVEL, 2015 www.nivel.nl/NZR/contacten-huisartsenpraktijk.

Achter somatisch onverklaarbare klachten als hoofdpijn, buikpijn en vermoeidheid, die een grote invloed hebben op schoolverzuim, kunnen psychische problemen schuil gaan die, afhankelijk van de ernst, kunnen worden begeleid in de huisartsenpraktijk of waarvoor moet worden verwezen. Het is zaak dat de huisarts en POH-GGZ op de hoogte zijn van gemeentelijk aanbod van opvoed- en opgroei-ondersteuning en andere vormen van (gespecialiseerde) jeugdhulp.

Kind centraal

In de praktijk blijken huisartsen psychische problemen bij kinderen niet altijd op te merken. Dit komt deels omdat de signalen van psychische klachten vaak ontbreken als een kind met lichamelijke klachten op het spreekuur komt, en omdat het kind dergelijke klachten niet snel benoemt.⁴⁵ Bovendien zal de huisarts minder geneigd zijn om psychische problematiek te signaleren wanneer er geen interventie of verwijfsstrategie voorhanden is.

Om een indruk te krijgen van de vaardigheden en de ontwikkeling van het kind helpt het om gedurende het hele consult het kind centraal te stellen en zo veel mogelijk zelf aan het woord te laten. Uit onderzoek blijkt dat niet iedere huisarts dit makkelijk vindt en dat de neiging bestaat om te veel 'over het hoofd van het kind' te communiceren met de ouder(s).⁴⁶ Het is van belang dat communicatie met kinderen aandacht krijgt tijdens de huisartsopleiding en de opleiding POH-GGZ.

Gedragsproblemen

De afgelopen jaren is discussie ontstaan over het groeiende aantal jongeren met psychische en gedragsproblemen, waaronder het aantal jongeren met de diagnose ADHD, autisme en specifieke leerproblemen. Toegenomen prestatiedruk en een kleinere bandbreedte van wat onder 'normaal' gedrag wordt verstaan, zijn hier volgens de Gezondheidsraad mede oorzaken van.⁴⁷ Kinderen kunnen op onveilige opvoedingssituaties reageren met lichamelijke klachten en gedragsproblemen.

Er zijn bijna drie keer zo veel jongens als meisjes die medicatie voor ADHD gebruiken. Het aantal gebruikers van 11 tot en met 20 jaar is in de afgelopen vijf jaar met 70% gestegen.⁴⁸ Inmiddels is de *NHG-Standaard ADHD bij kinderen* verschenen, die streeft naar de-medicalisering van de problematiek. Een belangrijke rol is weggelegd voor opvoedingsadviezen en ondersteuning voor ouders met kinderen met probleemgedrag. De jeugdgezondheidszorg, scholen en wijkteams kunnen hier een belangrijke rol bij spelen.⁴⁹

Belang van vroegtijdige onderkenning psychische problemen

Psychische problemen tijdens de jeugd vormen een risicofactor voor psychische stoornissen op volwassen leeftijd.^{50,51} Psychische problemen hebben meer negatieve invloed op de schoolprestaties dan lichamelijke gezondheidsklachten.^{52,53}

Vanuit preventief oogpunt is het dan ook belangrijk om (gezins)problemen vroegtijdig te herkennen, te begeleiden en zo mogelijk te behandelen of hiervoor te verwijzen naar het lokale aanbod dat door de gemeente is georganiseerd. Huisartsenzorg, jeugdhulp en sociaal maatschappelijke dienstverlening liggen in elkaars verlengde. Afstemming en samenwerking komt de zorg ten goede. Korte lijnen met de wijkteams zijn daarbij ondersteunend.

⁴⁵ Zwaanswijk, M. Pathways to Care. Help-seeking for child and adolescent mental health problems. [proefschrift] Erasmus Universiteit. 2005.

⁴⁶ Tates K. Consultvoering met kinderen vraagt om een helder gesprekskader. *Bijblijven* 2008;24:26-30.

⁴⁷ ADHD: medicatie en maatschappij. Gezondheidsraad. 2014.

⁴⁸ Stichting Farmaceutische kengetallen 2015.

⁴⁹ www.sfk.nl/nieuws-publicaties/PW/2015/de-jeugd-van-tegenwoordig-gebruikt-minder-antibiotica.

⁵⁰ NHG-Standaard ADHD bij kinderen.

⁵¹ Collishaw S, Maughan B, Goodman R, Pickles A. Time trends in adolescent mental health. *J Child Psychol Psychiatry*. 2004 Nov;45(8):1350-62.

⁵² Hofstra MB, van der Ende J, Verhulst FC. Child and adolescent problems predict DSM-IV disorders in adulthood: a 14-year follow-up of a Dutch epidemiological sample. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* (2002)Feb;41(2):182-9.

⁵³ www.nji.nl/Kindermishandeling-Probleemschets-Cijfers.

⁵⁴ Uiters, E, Maurits E, Droomers, M, Zwaanswijk, M, Verheij RA, Lucht F van der. The association between adolescents'

Het is daarom essentieel dat huisartsen en POH-GGZ op de hoogte zijn van de deskundigheid van het wijkteam en het lokale aanbod op het gebied van opvoed- en opgroei-ondersteuning, psychologische, psychosociale en psychiatrische zorg.

Kindermishandeling

Kindermishandeling is een grote bedreiging voor de gezondheid en ontwikkeling van een kind. Jaarlijks overlijden circa 15 kinderen als gevolg van mishandeling.⁵⁴

De huisarts heeft als vaste eerste aanspreekpunt in de zorg een belangrijke rol in het signaleren van tekenen die kunnen wijzen op kindermishandeling. Dit stelt eisen aan een proactieve attitude en communicatieve vaardigheden om vermoedens aan de orde te stellen.

In 2010 hadden bijna 120.000 kinderen tussen de 0 en 18 jaar te maken met een vorm van mishandeling. Bij de meerderheid van de kinderen betrof het emotionele verwaarlozing (waaronder getuige zijn van huiselijk geweld) en fysieke verwaarlozing.⁵⁵

Speciale aandacht vraagt in dit verband de zorg tijdens avond-, nacht- en weekenddiensten. Ouders die kinderen mishandelen ontwijken dikwijls de eigen huisarts bewust en kloppen aan bij de huisartsenpost. Voor het handelen bij het vermoeden van kindermishandeling verwijzen we naar de KNMG Meldcode en de toolkit *Kindermishandeling*.⁵⁶ De KNMG Meldcode biedt tevens een kindcheck op veiligheid wanneer sprake is van problematiek van ouders die zeer belastend is voor kinderen. Daarnaast kan de *Landelijke Eerstelijns Samenwerkings Afspraak voor Kindermishandeling* gebruikt worden om de lokale samenwerking op dit gebied vorm te geven.

Ondersteuning door POH-GGZ

De POH-GGZ werkt voor de hele patiëntenpopulatie. Kinderen en adolescenten zijn hierop geen uitzondering. De werkzaamheden van de POH-GGZ moeten passen bij het werk van de huisarts, namelijk generalistisch, vraagverhelderend, vraagverdiepend en begeleidend. De begeleiding en behandeling van complexe gezinssituaties, ernstige psychiatrische en sociale problematiek passen niet binnen de context van de huisartsenzorg. De POH-GGZ kan fungeren als contactpersoon voor de huisartsenpraktijk naar andere partijen, zoals het wijkteam of Centrum voor Jeugd en Gezin.

Aanbevolen wordt een methodiek te ontwikkelen die de huisarts en POH-GGZ houvast biedt en de werkzaamheden voor de jeugd begrenst.

Aanbevelingen voor de huisarts en POH-GGZ

- De huisarts zorgt voor de eerste opvang en begeleiding van psychische problemen van kinderen en jeugdigen (zo veel mogelijk op basis van NHG-Standaarden) en verwijst zo nodig naar het lokale zorgaanbod voor opgroei- en opvoedkundige ondersteuning, jeugdartsen en andere vormen jeugdhulp.
- De huisarts en POH-GGZ werken samen met jeugdgezondheidszorg en scholen in de zorg voor kinderen met gedragsproblemen.
- De huisarts en POH-GGZ werken samen met wijkteams in de zorg voor multiprobleem gezinnen.
- De huisartsenpraktijk heeft zicht op lokaal aanbod van zorg voor jeugd.
- De huisarts en POH-GGZ zijn deskundig op het gebied van voorkomen van kindermishandeling en maken gebruik van de KNMG Meldcode Kindermishandeling en de toolkit *Kindermishandeling*.

Aanbevelingen voor de huisartsenvoorziening

- De huisarts overlegt met de gemeente over het gewenste aanbod jeugdhulp.
- De huisartsenvoorziening heeft zicht op de werkwijze van het wijkteam en het lokale aanbod van jeugdhulp.
- De huisartsenvoorziening kan in aansluiting op het basisaanbod de zorg aan kinderen en jeugdigen uitbreiden met aanvullend of bijzonder aanbod en maakt voor de financiering van een POH-Jeugd of POH-GGZ Jeugd (financierings)afspraken met de gemeente en/of zorgverzekeraar.

⁵⁴ Soerdjbalie-Maikoe V, Bilo RAC, van den Akker, E, Maes A. Niet natuurlijk overlijden door kindermishandeling, 18 november 2010 NtvG.

⁵⁵ www.nji.nl/Kindermishandeling-Probleemschets-Cijfers.

⁵⁶ https://www.nhg.org/sites/default/files/content/nhg_org/images/140904_toolkit_kindermishandeling_defdef_voor_publicatie2.pdf.

Scholing

- Er wordt aandacht besteed aan communicatie met kinderen.
- Er wordt aandacht besteed aan de eerste opvang van kinderen met psychische problemen.

Aanbevelingen voor de gemeente

- De gemeente heeft overleg met de huisartsenvoorzieningen over het wenselijke lokale aanbod voor zorg voor jeugd.
- De gemeente biedt een overzicht van het lokale aanbod van jeugdhulp.
- De wijkteams investeren in de relatie met de huisartsenvoorziening, zodat werkwijze en deskundigheid bekend zijn.
- De gemeente vraagt geen medische informatie of persoonlijke dossiers op via patiënten.

Voor het NHG

- Er wordt een methodiek ontwikkeld die houvast biedt en de grenzen aangeeft ten aanzien van de zorg voor de jeugd.

Randvoorwaarden

- De huisarts heeft voldoende verwijsmogelijkheden naar de door gemeente ingekochte jeugdhulp, ook tijdens avond-, nacht- en weekenddiensten.
- De huisarts heeft voldoende tijd voor samenwerking met wijkteams en overleg met gemeente.

3.9. Uitgangspunt 9 – Overname van patiënten van de gespecialiseerde GGZ onder bepaalde voorwaarden

Onder bepaalde voorwaarden kan de huisartsenvoorziening de begeleiding van patiënten met chronische psychische problematiek van de gespecialiseerde GGZ overnemen.

Door de veranderingen in het GGZ-stelsel zullen huisartsen en POH-GGZ meer mensen met een chronische psychische aandoening, waaronder ook verslavingsproblematiek, binnen de huisartsenzorg gaan begeleiden, monitoren en behandelen.

Voorwaarden voor begeleiding in de huisartsenzorg

Het overnemen van patiënten met een chronische, maar stabiele psychiatrische aandoening door de huisarts kan niet zonder meer plaatsvinden. Onmisbare voorwaarde is een goede afstemming en samenwerking tussen de huisartsenvoorziening en de gespecialiseerde GGZ op basis van een gedeelde visie op het belang, het doel en de aard van de zorg voor de patiënt.

Het is voor een goede substitutie essentieel dat de huisarts door de psychiater wordt geïnformeerd over het te verwachten beloop, het omgaan met de medicatie en het signalerings- en crisisplan met behandeladvies voor situaties waarin de patiënt niet stabiel is. De psychiater en GGZ-instelling moeten overdag en tijdens de ANW-uren beschikbaar zijn voor collegiaal overleg en om de patiënt zo nodig (tijdelijk) over te nemen. De toegankelijkheid zonder wachttijd moet dan ook gewaarborgd te zijn. De huisarts moet expliciet akkoord gaan met de overname van een patiënt.

De begeleiding van patiënten met een chronische psychische aandoening vraagt naast voldoende beschikbare tijd ook om competenties op gebieden waarop huisartsen zich niet altijd bekwaam voelen. Met name de vaak meervoudige complexe medicatie voor deze patiëntenpopulatie overstijgt in het algemeen de kennis van de huisarts. Daarin moet worden voorzien in de afstemming met de psychiater. Als een huisarts zich niet bekwaam acht om een patiënt te behandelen, moet hij het overnemen van een patiënt ook kunnen weigeren.

Begeleiding in de huisartsenzorg is ook afhankelijk van de omstandigheden van de patiënt.

De patiënt moet stabiel zijn en de samenwerkingsrelatie tussen de patiënt en de huisarts (of POH-GGZ) moet zodanig zijn dat er redelijk betrouwbare afspraken kunnen worden gemaakt. Bij deze patiënten zijn de vertrouwensrelatie en de begeleiding van de eigen huisarts extra belangrijk.

Patiënten met chronische psychische problemen hebben veelal verminderde vaardigheden om voor hun eigen gezondheid te zorgen. Er is dikwijls sprake van een ongezonde leefstijl en patiënten kunnen de neiging hebben om zichzelf te verwaarlozen en om hulp te mijden. De huisarts en POH-GGZ houden hiermee rekening in hun omgang met de patiënten. De POH-GGZ kan een belangrijke rol spelen bij het opzetten en uitvoeren van preventieve activiteiten voor deze patiënten.

Een ernstige psychische aandoening gaat vaak samen met lichamelijke gezondheidsproblemen en een verhoogd risico op hart- en vaatziekten, diabetes mellitus en COPD. De kwaliteit van leven is lager en de levensverwachting van deze patiënten is vele jaren korter dan die van de algemene bevolking.^{57, 58, 59} De huisarts is daarom bij patiënten met chronische en ernstige psychische problemen alert op mogelijke lichamelijke aandoeningen.

Bemoeizorg voor patiënten met ernstig psychiatrische aandoening

Patiënten met een ernstige psychiatrische aandoening (EPA) zijn gebaat bij bemoeizorg. FACT-teams (Functional Assertive Community Treatment) maken begeleiding en behandeling van (ernstige) psychiatrische patiënten in de eigen leefomgeving mogelijk. Waar dit heeft geleid tot een stabiele hulpverleningsrelatie is er veel aangelegen hier geen verandering in te brengen.

Aanbevelingen voor de huisarts

- De huisarts kan de zorg voor een patiënt met een chronische psychische aandoening in overleg met de zorgverlener van de gespecialiseerde GGZ overnemen, mits de huisarts instemt met het overnemen van de zorg en er een goede overdracht is met informatie over de diagnose en het beloop, de medicatie en het controlebeleid, een begeleidingsadvies en een plan bij terugval/crisisplan. Ook moeten er goede afspraken zijn gemaakt met de behandelaar over consultatie en de mogelijkheid van directe hulp aan de patiënt bij optredende crisis.
- In de zorg voor patiënten met een chronische psychische aandoening wordt prioriteit gegeven aan het contact tussen de eigen huisarts/POH-GGZ en de patiënt (persoonlijke continuïteit).
- De huisarts zorgt bij een dreigende crisis dat informatie over de patiënt vanuit de gespecialiseerde GGZ beschikbaar is op de huisartsenpost.
- De huisarts maakt afspraken met de crisisdienst over een directe terugverwijsmogelijkheid voor de patiënt voor wie de zorg is overgenomen.
- De huisarts en POH-GGZ zijn bij patiënten met een chronische of ernstige psychische aandoening alert op mogelijke lichamelijke aandoeningen. Zij worden, indien geïndiceerd, opgenomen in het protocol voor cardiovasculair risicomanagement.
- De doktersassistente, huisarts en POH-GGZ hebben een laagdrempelige en anticiperende attitude bij patiënten met een chronische psychische aandoening en maken afspraken over contacten.

Aanbevelingen voor de huisartsenvoorziening

- In huisartsenvoorzieningen met meerdere huisartsen en een gedifferentieerd takenpakket per huisarts valt te overwegen dat huisartsen met bijzondere affiniteit voor chronisch psychiatrische problematiek consultatief dan wel als behandelaar deze patiënten voor hun rekening nemen. Dit laat overigens onverlet dat het generalisme van iedere huisarts te allen tijde het uitgangspunt blijft.
- De POH-GGZ kan worden ingezet voor het opzetten en uitvoeren van preventieve activiteiten voor patiënten met chronische psychische problematiek.

⁵⁷ Hert M de, Correll CU, Bobes J, Cetkovich-Bakmas M, Cohen D, Asai I, et al. Physical illness in patients with severe mental disorders. I. Prevalence, impact of medications and disparities in health care. *World Psychiatry* 2011 Feb;10(1):52-77.

⁵⁸ Oud MJT, Meyboom-de Jong B. Somatic diseases in patients with schizophrenia in general practice: their prevalence and health care. *BMC Fam Pract.* 2009 May 9; 10: 32.

⁵⁹ Oud MJT, Schuling S, Slooff CJ, Groenier KH, Dekker JH, Meyboom-de Jong. Care provided by general practitioners to patients with psychotic disorders: a cohort study. *BMC Fam Pract.* 2010 Nov 25;11:92.

Aanbevelingen voor het NHG en beroepsorganisaties GGZ

- Het NHG en GGZ-beroepsorganisaties ontwikkelen landelijke GGZ-samenwerkingsafspraken met implementatiemateriaal voor de begeleiding van patiënten met een chronische psychische aandoening in de huisartsenzorg. Daarbij is aandacht voor de zorg overdag en tijdens ANW-uren.
- Het NHG ontwikkelt scholing voor de huisarts om de kennis over psychofarmaca (indicaties, werking en bijwerkingen, interacties en noodzakelijke controles) te verbeteren.

Randvoorwaarden

- De zorg voor een patiënt met een chronische psychische aandoening kan alleen vanuit de basis GGZ of de gespecialiseerde GGZ worden overgedragen naar de huisarts indien de huisarts hiermee instemt.
- De behandelaar in de gespecialiseerde GGZ zorgt voor een goede overdracht wanneer de begeleiding van een patiënt met een chronische psychische aandoening wordt overgedragen aan de huisarts. Daarbij is aandacht voor:
 - de diagnose en het beloop;
 - medicatiegebruik en controlebeleid;
 - begeleidingsplan en plan bij terugval/crisis;
 - bestaande afspraken met de mantelzorg;
 - contactgegevens van de behandelaar in de gespecialiseerde GGZ voor consultatie;
 - afspraken over directe overdracht bij een crisissituatie overdag en tijdens ANW-uren.
- Er wordt nagegaan hoe vaak patiënten uit de gespecialiseerde GGZ door de huisartsenzorg/voorziening worden overgenomen. Als er een substantieel aandeel in substitutie is, wordt voorzien in passende (personele) randvoorwaarden en voldoende budget.

4. TOTSTANDKOMING VAN HET STANDPUNT

Het Standpunt is voorbereid door een werkgroep met de volgende leden:

- Joop Dopper, huisarts/kaderhuisarts GGZ, voorzitter
- dr. Marielle van Avendonk, huisarts, senior wetenschappelijk medewerker NHG
- Chantal Emaus, huisarts
- drs. Jelly Hogendorp, senior beleidsadviseur LHV
- Hans Moolenburgh, huisarts Zorggroep Katwijk
- dr. Marian Oud, huisarts, namens PsyHag
- Teun van der Wijst, huisarts, Platform Generation Next
- drs. Anke ter Brugge, senior beleidsadviseur NHG, secretaris

Op 22 januari 2015 is tijdens het *Symposium Huisarts en POH-GGZ: Samen sterker!* in Nieuwegein een presentatie gehouden over de voorbereidingen van het Standpunt.

De deelnemers zijn via een vragenlijst geconsulteerd over de uitgangspunten voor de samenwerking tussen huisarts en POH-GGZ.

Op 16 april 2015 is de NHG-Verenigingsraad geconsulteerd over de voorbereidingen van het Standpunt. Het concept-Standpunt is op 22 september en 3 november 2015 oriënterend besproken in de Algemene Ledenvergadering van de LHV.

Een externe commentaaronde vond plaats van 18 juni tot 18 september 2015.

Er zijn 47 commentaren ontvangen van individuele huisartsen, universitaire afdelingen Huisartsgeneeskunde en de volgende externe organisaties:

- Artsen Jeugdgezondheidszorg Nederland
- InEen
- Nederlandse Vereniging van Psychiaters
- Landelijke vereniging POH-GGZ
- Landelijke Vereniging van Vrijgevestigde Psychologen & Psychotherapeuten
- Nederlandse Vereniging voor Arbeids Vraagstukken (NVAB)
- Netwerk GGZ Regionale Ondersteuningsstructuren (ROS'en)
- Nationale politie, projectleider GGZ
- Landelijke platform GGz
- Trimbosinstituut
- V&VN afdeling SPV
- Zorgverzekeraar CZ
- Zorgverzekeraar Menzis

Vermelding als referent betekent niet dat de referent het Standpunt op alle punten onderschrijft.