

Landelijke samenwerkingsafspraken tussen huisarts, generalistische basis GGz en gespecialiseerde GGz (LGA)

1. Inleiding

1.1. Algemeen

In opdracht van het Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGz

Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGz: Het Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGz is een stichting opgericht door de NVvP, het NIP en het LPGGz. Het netwerk richt zich op de geestelijke gezondheidszorg voor kinderen en volwassenen, waaronder ook de verslavingszorg en de forensische geestelijke gezondheidszorg en haar doel is de planmatige, continue verbetering en innovatie van de beroepsuitoefening van professionals in de geestelijke gezondheidszorg.

zijn Landelijke GGz samenwerkingsafspraken (LGA) voor hulp aan volwassenen met psychische klachten opgesteld door een werkgroep met afgevaardigden van de Landelijke Vereniging van Vrijgevestigde Psychologen & Psychotherapeuten (LVVP),

Vereniging van Vrijgevestigde Psychologen & Psychotherapeuten (LVVP): De LVVP is ontstaan door een fusie van de Landelijke Vereniging van Eerstelijnspsychologen (LVE) en de Nederlandse Vereniging van Vrijgevestigde Psychologen & Psychotherapeuten (NVVP) in oktober 2014.

Nederlands Instituut van Psychologen (NIP), Vereniging voor Verslavingsgeneeskunde Nederland (VVGn), Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP), Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN), Landelijke Vereniging van Praktijkondersteuners Huisartsenzorg GGZ (LVPOH-GGZ), Landelijk Platform GGz (LPGGz), GGZ Expertgroep kaderhuisartsen (PsyHAG) en het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG).

[Voortvloeiend uit het Bestuurlijk Akkoord Toekomst GGZ 2013-2014](#) is een herziene structuur voor de GGz geïntroduceerd om kwaliteit en kostenbeheersing te waarborgen. De herziening heeft als doel een verschuiving van de patiëntenstromen tussen de echelons: meer zorg vanuit de gespecialiseerde GGz (S GGz)

(S GGz): Er bestaat geen consensus over de wijze van afkorten. Het Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGz kort de gespecialiseerde GGz af tot S GGz. Dit maakt beter onderscheid met GB GGz dan het afkorten tot G GGz.

naar de generalistische basis GGz (GB GGz) en naar de huisartsenzorg, naar de publieke gezondheidszorg en naar informele zorg en zelfmanagement.

De nieuwe GGz-structuur wijzigde de werkdomeinen van de verschillende echelons. De huisarts kan met de ondersteuning van een POH-GGZ en een verbreed aanbod van e-health en consultatiemogelijkheden bij de GB GGz en S GGz meer patiënten met psychische problemen in de huisartsenpraktijk behandelen en begeleiden. Ook patiënten met chronische psychische problematiek worden vaker door de huisarts ondersteund en begeleid. In de GB GGz worden mensen met ernstigere en complexere problematiek behandeld dan voorheen in de eerstelijns psychologische zorg. In de S GGz is de ambulantisering van de zorg, mede als gevolg van vereiste beddenreductie, meer op de voorgrond gekomen en heeft de patiënt ook

ernstigere en complexere problematiek dan eerder. Een onderdeel van de S GGz is de hoogspecialistische GGz (HS GGz), die richt zich op patiënten die vanwege de ernst, complexiteit en/of zeldzame aandoeningen onvoldoende resultaat hebben van behandeling in de S GGz en naar verwachting wel zullen profiteren van een behandeling in de HS GGz. De LGA geeft richtlijnen voor de samenwerking tussen de verschillende beroepsgroepen in en tussen deze echelons. Het gaat daarbij zowel om patiënten die bij één hulpverlener komen, als om patiënten die bij meerdere hulpverleners onder behandeling zijn. In deze LGA wordt rekening gehouden met de verschillen in taken en verantwoordelijkheden van betrokken beroepsgroepen, zodat een effectieve en efficiënte samenwerking tot stand komt tussen de huisarts en POH-GGZ, de behandelaars in de GB GGz en de S GGz. Het uitgangspunt hierbij is: de patiënt krijgt de juiste hulp, gebaseerd op professionele richtlijnen, op het juiste moment door de juiste professional met behoud van continuïteit van de zorg, in samenspraak met en afgestemd op de voorkeuren van de patiënt en naastbetrokkene(n).

De LGA geeft geen richtlijnen voor samenwerking met andere betrokken hulpverleners, zoals een wijkverpleegkundige en sociale wijkteams.

De LGA geeft richtlijnen aan professionals en informatie aan patiënten voor de zorgprocessen bij volwassenen en ouderen met psychische problemen. Kinderen en jeugdigen met psychische problemen worden in dit document buiten beschouwing gelaten; hiervoor worden in de nabije toekomst specifieke samenwerkingsafspraken ontwikkeld.

De LGA geeft aanbevelingen over de vorm en inhoud van consultatie, verwijzing en terugverwijzing, en over de taakafbakening, verantwoordelijkheidsverdeling, coördinatie en monitoring bij gedeelde zorg. Op basis van de LGA kunnen regionale en lokale samenwerkingsafspraken worden gemaakt.

2. Achtergrond

2.1. Begrippen

Omwille van de leesbaarheid schrijft de werkgroep alleen 'hij' waar 'hij/zij' wordt bedoeld. In de GGz wordt wisselend gebruik gemaakt van de term cliënt of patiënt. In dit document is voor de benaming patiënt gekozen.

2.1.1. Psychische aandoeningen

Psychische aandoeningen kunnen zowel DSM-classificeerbare stoornissen zijn als allerlei psychische, psychosociale, psychosomatische klachten die niet te classificeren zijn volgens de DSM-methodiek. Bij het bepalen welke zorg een patiënt nodig heeft staat de hulpbehoefte en -vraag centraal. Hierbij zijn overwegingen als voorgeschiedenis, persoonlijke context, mate van disfunctioneren, lijdensdruk, ernst van symptomen, gevaarsrisico en comorbiditeit uiterst relevant.

In de DSM-5 wordt een psychische stoornis gedefinieerd als: 'een syndroom, gekenmerkt door klinisch significante symptomen op het gebied van de cognitieve functies, de emotieregulatie of het gedrag van een persoon, dat een uiting is van een disfunctie in de psychologische, biologische, of ontwikkelingsprocessen die ten grondslag liggen aan het psychische functioneren. Psychische stoornissen (inclusief verslavingsproblematiek) gaan gewoonlijk gepaard met significante lijdensdruk of beperkingen in het functioneren op sociaal of beroepsmatig gebied of bij andere belangrijke bezigheden.

Bron: APA. DSM-5 Handboek voor de classificatie van psychische stoornissen. Nederlandse vertaling. Boom, Amsterdam 2014.

De drempel voor het vaststellen van een psychische stoornis in termen van de DSM is het generieke classificatiecriterium over lijdensdruk of disfunctioneren. Het feit dat sommige mensen niet de symptomen

vertonen die duiden op een bepaalde classificatie, is geen rechtvaardiging om iemand de toegang tot de juiste zorg te ontzeggen. Classificeren volgens de DSM-methodiek is niet gelijk aan het stellen van een diagnose. De DSM-classificatie is ontwikkeld om met een gemeenschappelijke taal te communiceren tussen professionals en te gebruiken bij onderzoek en beleid. Bij een diagnose worden onder meer sociale, psychologische en biologische factoren mee in beschouwing genomen.

2.1.2. Algemene bevolking

Psychische stoornissen komen frequent voor. In het Nemesis-2-onderzoek

Nemesis-2-onderzoek: Nemesis-2 (Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study-2) is de tweede meting (2007 tot 2009) in een longitudinaal onderzoek naar de geestelijke gezondheid van volwassenen (18 - 64 jaar) Nederlanders uit de algemene bevolking. Er werden 5303 'face to-face'-interviews gehouden. Deze meting onderzocht hoe vaak de volgende DSM-IV-geclassificeerde psychische stoornissen voorkomen: stemmingsstoornis, angststoornis, middelenstoornis, aandachtstekort- of gedragsstoornis en antisociale persoonlijkheidsstoornis.

werd in totaal bij 43,5 procent van de volwassen Nederlandse bevolking ooit in het leven een psychische aandoening gevonden. Van de deelnemers gaf 18 procent aan het voorafgaande jaar een psychische aandoening te hebben gehad. Eenderde hiervan heeft 2 of meer psychische aandoeningen.

Angststoornissen en depressie staan respectievelijk op de derde en vierde plaats van de top tien van aandoeningen met de grootste ziektelast. In Nederland is het percentage mensen met een psychische stoornis dat hiervoor ooit in het leven formele of informele hulp krijgt relatief hoog in vergelijking met andere Europese landen.

Ongeveer 8 procent van de volwassen Nederlanders zoekt op jaarbasis wel enige vorm van steun of hulp bij informele hulpverleners, zoals een traditionele genezer, alternatieve therapeut, dominee, past(o)r of bij een psychiater, psycholoog of huisarts voor emotionele of psychische problemen, zonder dat er bij deze mensen een psychische stoornis is gemeten in onderzoek. Hiermee behoort Nederland tot de koplopers: alleen in Zuid-Afrika en de Verenigde Staten ligt dit percentage hoger (respectievelijk 13,4 en 9,7 procent).

Bron: Veerbeek et al. GGZ in tabellen Trimbos 2014.

2.1.3. Huisartsenzorg

Volgens de NIVEL Zorgregistraties eerste lijn waren in de huisartsenzorg de drie meest gediagnosticeerde psychische problemen bij volwassenen depressie, slapeloosheid en een angstig, nerveus of gespannen gevoel.

Bron: Veerbeek et al. GGZ in tabellen Trimbos 2014.

Het percentage patiënten waarbij enigerlei psychische aandoening werd gesteld was in 2010 12 procent. De huisarts verwees het meest naar een eerstelijnspsycholoog (7,6 procent van de patiënten met een psychische reden, reden voor contact), de toenmalige tweedelijns-GGz (4,6 procent) en RIAGG (1,7 procent). Het percentage verwijzingen naar het RIAGG is laag. De RIAGG's waren in 2010 vrijwel allemaal opgegaan in grotere GGz-instellingen.

2.1.4. Generalistische basis GGz

Volgens de [NIVEL Zorgregistraties](#) eerste lijn was in 2013 67 procent van de patiënten bij de eerstelijnspsycholoog verwezen door een huisarts; 27 procent kwam op eigen initiatief. De meest door de psycholoog gestelde diagnoses waren stemmingsstoornissen (36 procent) en angststoornissen (29 procent). Twaalf procent van de patiënten werd alsnog doorverwezen, vooral naar de tweedelijns-GGz (67 procent), maar ook naar een collega-psycholoog (8 procent) of huisarts (10 procent).

2.1.5. Gespecialiseerde GGz

Gegevens uit een rapportage van GGZ Nederland uit 2010 toonden dat in hun lidinstellingen stemmingsstoornissen, angststoornissen en aanpassingsstoornissen de meest behandelde diagnosegroepen in de gespecialiseerde GGz voor volwassenen waren. Veruit het grootste deel van de behandelingen vond ambulante plaats. Bij nagebootste stoornissen, schizofrenie en andere psychotische stoornissen, aan middelen gebonden stoornissen en dissociatieve stoornissen is ten opzichte van andere psychische stoornissen het vaakst sprake van een klinisch zorgtraject. Een klein deel van de patiënten die in de GGz in zorg zijn heeft een hoogspecialistische zorgvraag. Het gaat om patiënten die vanwege hun ernst, complexiteit en/of zeldzame aandoening onvoldoende baat hebben bij een reguliere behandeling in de S GGz.

2.1.6. Chroniciteit

Mensen met psychische problematiek die daarvoor langdurige begeleiding nodig hebben nemen een speciale positie in. Hieronder vallen ook mensen met ernstige psychiatrische aandoeningen (EPA).

EPA): EPA is een ernstige psychische aandoening, die zorg noodzakelijk maakt, met ernstige belemmeringen in het functioneren, die niet van voorbijgaande aard is en waarbij gecoördineerde zorg in zorgnetwerken geïndiceerd is om het behandelplan te realiseren.

In welk echelon de begeleiding van deze patiënt plaatsvindt, is vooral afhankelijk van de ervaren zorgbehoefte van de patiënt en/of zijn omgeving. De zorgbehoefte zal bepaald worden door de ernst en complexiteit van de problematiek, goede of slechte ervaringen van eerdere behandeltrajecten (effect van de behandeling, relatie met de hulpverlener), de inbreng van andere maatschappelijke partners (bijvoorbeeld het sociaal wijkteam) en de aanwezigheid van steunende familie en naasten. De zorgbehoefte van de mantelzorgers kunnen mede bepalen of zorgvragen complex en ernstig worden, dan wel zijn. Indien de patiënt geen zorgbehoefte heeft, maar er wel een gevaarscriterium

gevaarscriterium: Gevaarscriterium: er bestaat direct gevaar voor de persoon of zijn omgeving.

aanwezig is, kan een gedwongen behandeling noodzakelijk zijn. Het vaststellen van instabiliteit van chronische problematiek is afhankelijk van de onderliggende aandoening en de context van de patiënt.

Een hulpverlener biedt hulp bij symptoomverlichting, persoonlijk herstel en bevordert arbeidsparticipatie en maatschappelijke participatie.

Bron: Over de brug. Plan van aanpak voor behandeling, begeleiding en ondersteuning van mensen met EPA. Utrecht: Kenniscentrum Phrenos. September 2014.

Ook heeft hij aandacht voor rouw- en traumaverwerking, leren omgaan met klachten, versterken van zelfmanagement en hulp bij het hernemen/innemen van sociale en maatschappelijke rollen. Daarbij is de integratie met de zorg voor somatische comorbiditeit en verslavingszorg van groot belang. Bovendien geeft hij goede, begrijpelijke voorlichting aan de patiënt over eventuele keuzemogelijkheden.

Voor de hulpverlener zullen verschillende factoren bepalend zijn voor het besluit of hij de langdurige begeleiding op zich kan nemen, zoals de stabiliteit van de problematiek, ervaren kennis en expertise en beschikbare consultatiemogelijkheden bij andere behandelaren. Er zijn doorgaans meerdere hulpverleningsinstanties (zorg en welzijn) betrokken. Het is essentieel om vast te stellen wie het totale zorgaanbod coördineert en om samen met de patiënt, zijn naasten en andere formele en informele hulpbronnen met regelmaat de gekozen begeleiding te evalueren.

2.1.7. Echelons en ketens

De huisarts dient te beoordelen welke patiënten in aanmerking komen voor de GB GGz of de S GGz. In opdracht van het Ministerie van VWS zijn door bureau HHM, met behulp van een aantal experts, criteria opgesteld aan de hand waarvan men kan bepalen of verwijzing naar de GB GGz of S GGz gerechtvaardigd is.

Bron: Bakker P, Jansen P. HHM Basis generalistische GGZ. Verwijsmodel en productbeschrijvingen. 2012

Het gaat om de volgende criteria: (het vermoeden van) een DSM-benoemde stoornis, de ernst van de problematiek, het risico, de complexiteit en het beloop van de klachten. Binnen de GB GGz en S GGz wordt de behandeling alleen door de basisverzekering vergoed als er een DSM-classificatie is. De huisarts kan verwijzen als een DSM-classificatie niet aanwezig is, mits de patiënt hier de voorkeur voor heeft en deze zorg zelf kan betalen. In de GB GGz is het behandelaanbod ingedeeld op basis van vier zorgvraagzwaarten (kort, middel, intensief, chronisch). De indicatiestelling voor de zorgvraagzwaarte gebeurt door de behandelaren in de GB GGz.

Het uitgangspunt voor de keuze van zorg is de behoefte en voorkeur van de patiënt en naastbetrokkene(n). Het streven is dat de patiënt zo snel mogelijk op de juiste plek door de juiste hulpverlener wordt geholpen. Zo mogelijk wordt hulp geboden in de huisartsenpraktijk. In andere gevallen wordt verwezen naar de GB GGz of S GGz. Bij onvoldoende resultaat in de huisartsenpraktijk of GB GGz wordt verwezen naar de GB GGz of S GGz.

De volgende drie vragen moeten bij elke patiënt gesteld worden:

- Kunnen we tijdelijk afwachten?
- Kunnen we effectief ingrijpen?
- Kunnen we zinvol overdragen?

Bij de zorgverlening aan en de behandeling van een patiënt met psychische aandoeningen zijn zoals eerder aangegeven regelmatig verschillende hulpverleners, uit dezelfde en verschillende echelons, betrokken. Een goede samenwerking tussen deze hulpverleners is van groot belang. Daarbij moeten zij zorgen voor een duidelijke taak- en verantwoordelijkheidsverdeling, en is het noodzakelijk dat zij effectief met elkaar communiceren, afspreken wie de zorg coördineert en hun werkzaamheden en informatie onderling afstemmen. Dat zijn belangrijke randvoorwaarden voor het bieden van verantwoorde zorg.

Bron: KNMG Handreiking Verantwoordelijkheidsverdeling in de zorg. 2010.

Bij afstemming staat de patiënt en naastbetrokkene(n) centraal. Voorwaarde voor informatieverstrekking aan andere hulpverleners is dat de patiënt gerichte toestemming geeft, met uitzondering van acute situaties.

Zodra een patiënt behandeld wordt in de GGz is het belangrijk dat er een gelijkwaardige relatie tussen patiënt en naastbetrokkene(n), huisartsenvoorziening en GGz-hulpverlener bestaat, waarbij afstemming en samenwerking geregeld moeten zijn. Bij patiënten met chronische problemen is dit van extra belang. Wanneer zij gestabiliseerd en uitbehandeld zijn in de GGz, kan de intensiteit van de zorg geleidelijk en behoedzaam worden verminderd. Dit afschalen van zorg kan alleen als dat in nauw overleg met de betrokkenen gebeurt en er geformaliseerde afspraken zijn over de samenwerking. Bovendien dient de keten toegankelijk te blijven voor het, indien noodzakelijk, opschalen van de zorg. Het blijft nodig om laagdrempelig toegang te houden tot

gespecialiseerde behandeling, begeleiding en ondersteuning bij ernstige psychische aandoeningen. Dit moet vanzelfsprekend zijn in crisissituaties, maar ook op andere momenten waarbij winst te halen valt in symptoomverlichting, maatschappelijke participatie en persoonlijk herstel.

De huisartsenpraktijk

Huisartsgeneeskunde is generalistische, persoonsgerichte en continue zorg. De huisarts combineert zijn medische kennis en vaardigheden met de kennis van de levensloop en de medische voorgeschiedenis van de patiënt in zijn leef- en werkomgeving en sociale context. De zorg richt zich op alle klachten, problemen en vragen over gezondheid en ziekte. In de huisartsenpraktijk heeft de huisarts meestal het eerste contact met een patiënt met psychische problemen. De huisarts is eindverantwoordelijk voor de huisartsgeneeskundige zorg. Hij is verantwoordelijk voor de, tot de huisartsenzorg behorende, veelvoorkomende psychische problematiek, en beschikt over competenties om diagnostiek te doen, behandeling in te stellen en te bepalen wie de best aangewezen behandelaar is. Een deel van de patiënten zal hij zelf begeleiden en behandelen, een deel zal hij laten begeleiden en behandelen door de praktijkondersteuner (POH)-GGZ en een deel zal hij verwijzen, dikwijls in overleg met de POH-GGZ. De verwijzing kan naar de GGz zijn, maar ook een verwijzing naar welzijnsactiviteiten/sociale wijkteams is vaak opportuun. In 70 procent van de huisartspraktijken is een POH-GGZ werkzaam.

Bron: LHV peiling, Mei 2014

De huisarts is organisatorisch en beroepsmatig verantwoordelijk. De POH-GGZ met een BIG-registratie heeft de eigen beroepsmatige verantwoordelijkheid. De POH-GGZ werkt zelfstandig en in afstemming met het beleid van de huisarts en werkt dus eveneens generalistisch. Hij kan patiënten met verschillende soorten klachten op psychiatrisch, psychisch, psychosomatisch en psychosociaal gebied (langer durend) ondersteunen en begeleiden of kortdurend behandelen.

Hij kan patiënten met verschillende soorten klachten op psychiatrisch, psychisch, psychosomatisch en psychosociaal gebied (langer durend) ondersteunen en begeleiden of kortdurend behandelen.:

Zie POH-GGZ: functie- en competentieprofiel voor praktijkondersteuner ggz.

[Meer informatie](#)

GGz

In de GGz, zowel de GB GGz als de S GGz, is de gerichtheid op het bevorderen van het functioneren (participatie en herstel) essentieel. Het elimineren van stoornis en ziekte is hierbij niet altijd het uitgangspunt.

Binnen de GB GGz zijn vaak vrijgevestigde (eerstelijns) GZ-psychologen werkzaam, maar ook psychotherapeuten, sociaalpsychiatrische verpleegkundigen, verpleegkundig specialisten GGz en klinisch psychologen. In de GB GGz wordt generalistisch, eclecticisch en vanuit de herstelvisie gewerkt. De kerntaken zijn diagnostiek, indicatiestelling en behandeling van matige tot ernstige problematiek van geen tot geringe complexiteit. Er is brede kennis van het hele veld van psychische problemen.

In de S GGz zijn psychiaters, geriater, verslavingsartsen KNMG, (klinisch, neuro- en GZ-) psychologen, (sociaalpsychiatrische) verpleegkundigen, verpleegkundig specialisten GGz, (psycho)therapeuten, vaktherapeuten, ervaringsdeskundigen, agogen en activiteitenbegeleiders werkzaam. De meeste beroepsgroepen zijn werkzaam in een GGz-instelling, maar er zijn ook vrijgevestigde klinisch psychologen, psychotherapeuten en psychiaters, die veelal ingebed zijn in een professioneel netwerk met andere disciplines. De kerntaken zijn diagnostiek, indicatiestelling, begeleiding en behandeling van ernstige en complexe psychische problematiek. Binnen de S GGz kan deze zorg zowel mono- als multidisciplinair worden aangeboden.

2.2. Taakomschrijving beroepsgroepen

Hieronder worden de taken van beroepsgroepen omschreven die vooral betrokken zijn bij de hulpverlening bij mensen met psychische aandoeningen. Er zijn meerdere beroepsgroepen die niet genoemd worden, maar hierbij ook betrokken kunnen zijn.

De **huisarts** herkent, diagnosticeert, begeleidt en behandelt patiënten met (chronische) somatische, psychiatrische, psychische, psychosociale en psychosomatische klachten. Hij gaat daarbij uit van de hulpvraag van de patiënt. De behandeling en begeleiding zijn zo veel mogelijk klachtgericht en niet stoornisgericht. De huisarts heeft kennis van mogelijke psychische, sociaalmaatschappelijke en somatische uitlokkende factoren. Hij is poortwachter en beoordeelt of en waarheen hij een patiënt moet verwijzen. Een kaderhuisarts GGZ is een huisarts met extra expertise op het gebied van de GGz. Hij kan zijn collega-huisartsen adviseren, consultatie geven en supervisie geven aan de POH-GGZ.

De **POH-GGZ** is opgeleid als onder andere sociaalpsychiatrische verpleegkundige, verpleegkundige, psycholoog of maatschappelijk werker met veelal een aanvullende POH-GGZ-opleiding. De POH-GGZ biedt vraagverheldering, diagnostiek, (langer durende) ondersteuning en begeleiding of kortdurende behandeling aan patiënten met klachten van psychische, psychiatrische, psychosociale of psychosomatische aard onder verantwoordelijkheid van de huisarts. Uitgangspunt hierbij is dat niet zozeer de aandoening centraal staat, maar het aanpassingsvermogen van de patiënt en zijn vermogen tot zelfmanagement. De focus ligt niet op de symptomen van een ziekte, maar bij veerkracht, gedrag en gezondheid.

De **GZ-psycholoog** is generalistisch opgeleid en kan zelfstandig werkzaam zijn in alle echelons. De GZ-psycholoog behandelt – kortdurend, eclecticisch en uitgaande van de geldende richtlijnen – lichte tot matig ernstige psychische problematiek. Hij diagnosticeert en behandelt psychische aandoeningen en psychische aspecten van lichamelijke ziekten, invaliditeit en aandoeningen in de persoonlijke levenssfeer. Een eerstelijnspsycholoog is een GZ-psycholoog met extra opleiding en ervaring voor het verlenen van psychologische zorg in de eerste lijn.

De **klinisch psycholoog** is expert op het terrein van de psychodiagnostiek en behandeling. Dit betreft met name de complexe psychodiagnostiek, psychopathologie en psychotherapie, op het snijvlak van somatiek en psyche. Hij heeft kennis van en ervaring met toegepast wetenschappelijk onderzoek, management, beleid en organisatie.

De **klinisch neuropsycholoog** is specialist in het diagnosticeren, indiceren en behandelen van patiënten met een aangeboren of verworven aandoening aan het brein, die gevolgen hebben voor cognitie en gedrag.

De **psychotherapeut** diagnosticeert en behandelt patiënten met complexe psychische problematiek en indiceert en behandelt hen met daartoe geëigende psychotherapie. Daarnaast kan hij ook kortdurend en protocollair werken.

De **psychiater** is een medisch specialist, die op basis van onderzoek van biologische, psychologische en maatschappelijke factoren een diagnose stelt en complexere psychiatrische problematiek behandelt, met of zonder farmacotherapie. Verder stelt hij zich beschikbaar als consulent op het gebied van diagnose, indicatiestelling en behandeling.

De **GGz-verpleegkundige** kan GGz-zorgbehoefte op complexiteit en urgentie inschatten en kan de aard en omvang van de zorg die nodig is organiseren en uitvoeren. Hij biedt zorgvragers in uiteenlopende woon- en leefomgevingen en met unieke gezondheid- en bestaanssituaties ondersteuning en begeleiding bij de gevolgen van hun psychiatrische ziekte en de voorkomende beperkingen en mogelijkheden die daarvan het gevolg zijn.

De **verpleegkundig specialist GGz** is een verpleegkundige die, op het niveau van expert, wordt ingezet voor een omschreven groep patiënten waarmee hij individuele behandelrelaties aangaat. Op basis van klinisch redeneren komt de verpleegkundig specialist GGz tot diagnostiek, waarna hij interventies toepast. Ook kan hij in beperkte mate welomschreven voorbehouden geneeskundige handelingen indiceren en verrichten.

De **sociaalpsychiatrische verpleegkundige (SPV)** is een gespecialiseerde verpleegkundige die generalistisch werkt en die mede gericht op de sociale context, patiënten en hun systemen behandelt en begeleidt en nauw samenwerkt met diverse professionals. De SPV richt zich op triage, preventie, kortdurende

of acute zorgvragen, crisissituaties en op langer durende behandeling van zorgvragen.

De profielgeregisteerde **verslavingsarts KNMG** diagnosticeert en behandelt het veelal chronisch verlopend ziektebeeld van een verslaving. Op de deelgebieden waarin hij competent is, diagnosticeert en behandelt hij ook psychiatrische en somatische aandoeningen of hij draagt zorg voor een gerichte doorverwijzing. Hij is expert op het gebied van medicamenteuze ondersteuning van de detoxificatie, het voorkómen van terugval en zorg voor de chronische verslaafde.

3. Afspraken

3.1. Inleiding

Bij het indiceren voor verwijzing en consultatie is het van belang dat het perspectief van de patiënt wordt meegenomen. Inbreng van de patiënt heeft vaak een positieve invloed op herstel. Ook afstemming en het betrekken van naastbetrokkene(n) heeft hierbij aandacht, mits de patiënt hiertegen geen bezwaar heeft. Zorgbehoefte van een patiënt wordt met name bepaald door de lijdensdruk en het persoonlijk, sociaal en beroepsmatig disfunctioneren. Het aanwezig zijn van lijdensdruk en disfunctioneren hangt niet automatisch samen met het voldoen aan een minimaal aantal symptomen om als DSM-stoornis te worden geclassificeerd.

De hulpverlener geeft tijdige en gerichte informatie aan de patiënt zodat hij een keuze kan maken voor de soort zorg en ondersteuning die hij wenst. De hulpverlener kijkt samen met de patiënt wie en welke zorg het beste past. De patiënt moet de antwoorden krijgen op de volgende vragen betreffende zijn behandeling: 'Wat zijn mijn (keuze)mogelijkheden? Wat zijn de voor- en nadelen van deze mogelijkheden? Wat betekent dit in mijn (concrete) situatie?'

Bron: Patiëntenfederatie NPCF en de Orde van Medisch Specialisten.

Als hulpverlener en patiënt hierover in gesprek gaan en tot afstemming komen, zal daarna eventueel een consultatievraag of indicatie voor verwijzing volgen.

3.2. Verwijzing

Bij het bepalen van de verwijsafspraken zijn de verwijscriteria, uit het eerder genoemde verwijsmodel, meegenomen. Hierbij heeft de werkgroep aangetekend dat voor een weloverwogen keuze over welke behandelaar in welk echelon de meest geschikte behandeling kan bieden, een op de patiënt gericht verwijsadvies nodig is waarbij met de volgende aspecten rekening moet worden gehouden: de eigen deskundigheid van de huisarts, de wens van de patiënt en zijn omgeving, behandelvoorgeschiedenis, beschikbaarheid en toegankelijkheid, en contextuele factoren van de patiënt (bijvoorbeeld motivatie, comorbiditeit, mogelijkheden van zelfmanagement, financiële situatie).

Verschillende instanties hebben instrumenten (triage-, screening- of verwijstools) ontwikkeld om behulpzaam te zijn bij het bepalen van de diagnose en het echelon waar de patiënt naar toe verwezen kan worden. De uitkomst van deze ondersteunende instrumenten is nooit beslissend. Het zijn slechts hulpmiddelen die ingezet kunnen worden als de huisarts of de patiënt behoefte hebben aan meer informatie.

Het gebruik van een instrument, dan wel het daadwerkelijk opvolgen van het advies kan in geen geval verplicht worden gesteld.

Met medeneming van bovengenoemde toevoegingen maken de patiënt en de hulpverlener de keuze op basis van de volgende verwijsafspraken.

3.2.1. Patiënten die begeleid kunnen worden in de huisartsenpraktijk zijn patiënten met:

- psychische problematiek, al dan niet DSM-geclassificeerd;
- met lichte tot matige lijdensdruk en disfunctioneren EN;
- relatief korte ziekte duur;
- verlies-, aanpassings-, werk- en relatieproblemen;
- stabiele chronische problematiek die niet crisisgevoelig is en met een laag risico op terugval;
- de noodzaak voor geïndiceerde of zorggerelateerde preventie (bijvoorbeeld bij mensen die kwetsbaar zijn voor terugval in een depressie);
- een (chronische) somatische ziekte waarbij psychische ondersteuning nodig is;
- een eigen voorkeur voor begeleiding in de huisartsenpraktijk en bij wie motiveren voor behandeling in de GGz vooralsnog niet succesvol is, mits er geen ernstig gevaarscriterium aanwezig is.

3.2.2. Verwijzing van patiënten naar de GB GGz bij:

- psychische problematiek met een (vermoeden van een) DSM-classificatie met:
- matig tot ernstige lijdensdruk en disfunctioneren OF;
- (somatische) comorbiditeit en/of problemen in persoonlijk of psychosociaal functioneren die NIET met de behandeling van de hoofddiagnose interfereren OF;
- een zekere mate van gevaarsrisico, maar er zijn beschermende factoren aanwezig: adequate coping, werk of structurele daginvulling en dagelijks steunsysteem;
- uitblijven van verbetering bij de behandeling in de huisartsenvoorziening (indicatief na twee maanden);
- stoornis in het gebruik van middelen met weinig disfunctioneren en lijdensdruk en/of gestart op jonge leeftijd;
- stabiele chronische problematiek waarbij sprake is van een hoger risico op terugval (bijvoorbeeld depressie of angststoornis in combinatie met persoonlijkheidsstoornissen).

3.2.3. Verwijzing van patiënten naar de S GGz bij:

- psychische problematiek met (vermoeden van een) DSM-classificatie met:
- ernstige lijdensdruk en disfunctioneren OF;
- recidiverende ernstige problematiek OF;
- (somatische) comorbiditeit en/of problemen in persoonlijkheid of psychosociaal functioneren die met de behandeling van de hoofddiagnose interfereren OF;
- complexe problematiek die om behandeling in een multidisciplinair samengesteld professioneel netwerk vraagt OF;
- hoog risico op (zelf)verwaarlozing, (huiselijk) geweld, suïcide of automutilatie, of (kinder)mishandeling;
- ernstige of langdurige stoornis in het gebruik van middelen in combinatie met een psychische stoornis, inzet medicatie voor terugvalpreventie;
- indicatie voor bemoeizorg (bijvoorbeeld F-ACT);
- uitblijven van verbetering bij de behandeling in GB GGz (indicatief drie tot vier maanden);
- uitblijven van verbetering bij de behandeling in de huisartsenvoorziening (indicatief twee maanden), waarbij de ernst en complexiteit behandeling in GB GGz niet geschikt maakt;
- instabiele chronische problematiek;
- bij wie onvrijwillige behandeling noodzakelijk is.

3.3. Verwijsbrief

Bij elke verwijzing formuleert de huisarts een verwijsbrief voor de behandelaar. Het format voor de verwijsbrief van de huisarts naar de GGz bevindt zich in de herziene [richtlijn informatie-uitwisseling](#) huisarts-GGz.

3.4. Overleg

Elke patiënt die is verwezen naar de GB GGz of S GGz blijft ook in zorg bij de huisarts. Daarom is het van belang om bij belangrijke gebeurtenissen of wijzigingen in het beleid met elkaar te overleggen (afhankelijk van de situatie: telefonisch, schriftelijk, per mail, e.d.), met als doel om elkaar te informeren en/of de zorg af te stemmen, mits de patiënt en/of naastbetrokkene(n) hiervoor toestemming geeft. Als de verwijzer een andere behandelaar (bedrijfsarts, medisch specialist) is dan de huisarts, wordt deze ook geïnformeerd. Als er verschillende hulpverleners betrokken zijn bij een patiënt, zorgen de hulpverleners dat er afgesproken is wie verantwoordelijk is voor de coördinatie van het proces.

3.4.1. De GB GGz neemt contact op met de huisarts voor overleg:

- na effectieve behandeling waarbij patiënt voldoende is hersteld of voldoende handvatten ervaart om zelf verder te gaan;
- voor verdere begeleiding en ondersteuning van een stabiele patiënt met chronische problematiek;
- als er geen/onvoldoende effect van de behandeling is;
- voor aanhoudende controle van de medicamenteuze behandeling;
- voor aanvullende somatische diagnostiek;
- instellen/overleg over medicamenteuze behandeling;
- medebeoordeling van psychische problematiek;
- als er geen DSM-classificatie aanwezig is;
- als S GGz geïndiceerd is.

3.4.2. De S GGz neemt contact op met de huisarts voor overleg:

- na effectieve behandeling waarbij patiënt voldoende is hersteld;
- voor verdere begeleiding en ondersteuning van een stabiele patiënt met chronische problematiek;
- voor verdere controle van medicamenteuze behandeling;
- bij verandering van beleid of medicatie;
- zo nodig voor somatische controles bij patiënt die in behandeling in S GGz is;
- voor doorgeven en bespreking van een noodplan;
- als er geen DSM-classificatie aanwezig is;
- als GB GGz geïndiceerd is.

3.4.3. De huisarts neemt contact op met de S GGz over patiënten die langdurig in zorg bij de S GGz zijn:

Op indicatie:

- bij signalen van crisis, psychiatrische ontregeling of het niet opvolgen van medische adviezen en leefstijladviezen ter voorkoming van ontregeling;
- bij belangrijke levensgebeurtenissen, zoals bijvoorbeeld een zwangerschap;
- bij interfererende somatische aandoeningen;
- bij afwijkende laboratoriumuitslagen, zoals bloedspiegels van geneesmiddelen, lithium etc. (als in overleg is afgesproken dat de controle door de huisarts gebeurt);
- dan wel periodiek (als dit in overleg is afgesproken).

3.4.4. De huisarts neemt contact op met de GB GGz over patiënten die langdurig in zorg bij de GB GGz zijn:

Op indicatie:

- bij signalen van crisis, psychiatrische ontregeling of het niet opvolgen van medische adviezen en/of leefstijladviezen ter voorkoming van ontregeling;
- bij voorschrijven en wijzigen van psychofarmaca.

3.5. Consultatie

De huisarts kan behandelaars in de GGz consulteren in verschillende vormen: een schriftelijke casusbespreking, een 'face-to-face' consult met of zonder de patiënt en naastbetrokkene(n), of de consulent kan de patiënt en naastbetrokkene(n) zien en het consult dan nabespreken met de huisarts (in de vorm van bijvoorbeeld een telefonische consultatie, e-mailconsultatie of patiëntgebonden multidisciplinair overleg). Ook behandelaren in de GB GGz en S 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: concreet advies, nieuw inzicht of perspectief;
- het is in die zin vrijblijvend dat de consulent advies geeft en niet verantwoordelijk is voor de behandeling.

Het is van belang onderscheid te maken tussen consultatie en intercollegiaal overleg. Een intercollegiaal overleg is een kortdurende vraag over bijvoorbeeld medicatie of noodzaak tot verwijzing. Hiervoor is geen toestemming van de patiënt vereist, mits de patiënt anoniem wordt besproken.

De huisarts (of GB GGz en S GGz) overweegt consultatie van de GB GGz of S GGz bij:

- diagnostische vragen;
- advies ten aanzien van terugvalpreventie;
- advies vervolgtraject;
- advies ten aanzien van omgang met patiënt;
- (stagnatie) behandeling door huisarts en POH-GGZ voor advies over verdere aanpak.

De huisarts overweegt consultatie van de S GGz bij:

- vragen omtrent indicatie of gebruik van psychiatrische medicatie;
- somatische en/of psychiatrische comorbiditeit die van invloed is op de behandeling van de psychische aandoening;
- bij twijfel over wilsbekwaamheid;
- vragen omtrent een stoornis in het gebruik van middelen met daarbij een fysiek afhankelijkheidsbeeld;
- inzet medicatie voor terugvalpreventie waarbij verwijzing niet haalbaar is.

3.6. Terugrapportage

De behandelaar in de GGz maakt een rapportage voor de huisarts na een consultatie, na de intake en bij afsluiten van de behandeling, mits de patiënt hier toestemming voor geeft. De behandelaar legt het belang van het informeren en het betrekken van de huisarts uit. Bij een korte behandeling (maximaal vier contacten) is alleen een ontslagdocument voldoende. Bij beëindigen van de behandeling geeft de GGz-behandelaar hiervan, met toestemming van de patiënt, direct kort melding (schriftelijk, telefonisch) bij de huisarts. Als de patiënt er behoefte aan heeft, ontvangt hij ook het ontslagdocument van de GGz-behandelaar.

Soms is een schriftelijke terugrapportage onvoldoende en moet deze mondeling worden toegelicht. Bovendien kan overleg over het vervolg noodzakelijk zijn (zie de paragraaf Overleg).

De rapportage **na de intake** bevat:

- problematiek en (voorlopige) diagnose;
- (beknopt) behandelingsplan;
- hoofdbehandelaar en contactgegevens.

Het **ontslagdocument** bevat de volgende gegevens:

- problematiek, diagnose en beloop tot nu toe;
- behandelgeschiedenis: soorten therapieën, medicatie (indien van toepassing) en resultaat;
- eventueel controlebeleid door GGz en/of huisartsenpraktijk;
- eventueel medicatie-advies en bijbehorende controle, laatste laboratoriumuitslagen en beleid;
- eventueel advies voor doorverwijzing voor vervolgbehandeling en het bedoelde echelon: huisartsenpraktijk, GB GGz of S GGz;
- plan bij terugval/crisisplan (bijvoorbeeld crisiskaart);
- persoonlijke wensen en doelen van de patiënt;
- wat besproken is met patiënt en naastbetrokkene(n), de visie van de patiënt en naastbetrokkene(n) en of er sprake was van gedeelde besluitvorming;
- hoofdbehandelaar en contactgegevens.

Bij patiënten die **langer dan een half jaar** in zorg bij de GGz zijn ontvangt de huisarts, mits de patiënt hiervoor toestemming geeft, minimaal elk jaar een voortgangsverslag met:

- beloop;
- (gewijzigde) medicatie;
- (gewijzigd) controlebeleid door GGz en/of huisartsenpraktijk;
- eventueel crisisplan;
- aanspreekpunt en contactgegevens GGz.

Bij een **terugverwijzing** van een chronische stabiele patiënt heeft een telefonische of persoonlijke 'warme' overdracht sterk de voorkeur. In de correspondentie worden de volgende gegevens extra toegevoegd:

- gegevens over persoonlijk herstel (persoonlijke wensen en doelen);
- gegevens over maatschappelijk herstel (sociaal netwerk: omgeving, werk, bezigheden, instanties: dagbesteding; Wmo-aanvraag geregeld?);
- signalerings- en crisisplan: symptomen die aangeven dat het niet goed gaat, welke acties kunnen de patiënt en zijn omgeving ondernemen om de situatie weer te stabiliseren, omschrijving van een crisis (wat zijn lichte, matige en ernstige symptomen van ontregeling?).

Zorg dat de patiënt, zijn omgeving en de huisarts een exemplaar van het signalerings- en crisisplan krijgen.

3.7. Gedeelde begeleiding/regionale en lokale zorgafstemming

Het initiatief voor het maken van regionale of lokale samenwerkingsafspraken kan komen van professionals zelf, een zorggroep, GGz-instelling of de regionale ondersteuningsstructuur (ROS). Nauwere samenhang en samenwerking tussen de huisartsenzorg inclusief de POH-GGz enerzijds en de generalistische basis GGz (en verslavingszorg) anderzijds zorgen voor een aansluitende keten in de geestelijke gezondheidszorg. Te denken valt hierbij bijvoorbeeld aan afgestemde nazorg van de patiënt bij terugkeer uit de GB GGz en gezamenlijke patiëntenbesprekingen.

De volgende aandachtspunten kunnen door middel van overleg lokaal of in de regio nader worden besproken en tot concrete werkafspraken worden uitgewerkt:

- Wat zijn de bestaande afspraken?
- Welke begeleidings-, ondersteunings- en behandel mogelijkheden zijn er aanwezig?
- Zijn betrokken hulpverleners bereikbaar voor overleg?

- Hoe zijn de consultatiemogelijkheden ingericht?
 - Welk aanbod is er voor hulp in het kader van preventie?
 - Is er duidelijkheid over mogelijke wachtlijsten?
 - Hoe controleert men in ernstige situaties of de patiënt ook daadwerkelijk is verschenen na doorverwijzing en wie is verantwoordelijk?
 - Heeft de huisarts aangegeven genoeg kennis en expertise te hebben om patiënten met chronische problematiek op te vangen?
 - Wie doet de somatische controles bij een patiënt die onder behandeling is in de S GGz?
 - Wie coördineert de zorg (verantwoordelijk voor de gecoördineerde voortgang van het proces, waarbij iedere betrokken behandelaar verantwoordelijk blijft voor de eigen inhoudelijke inbreng)?
 - Regelmatige uitwisseling/afstemming tussen patiënt en naastbetrokkene(n), huisarts, GB GGz en S GGz (mondeling, telefonisch/Skype en of schriftelijk).
 - Afspraken in de regio over het inschakelen van de crisisdiensten:
 - Voor welke aandoeningen/klachten/toestandsbeelden is de crisisdienst beschikbaar?
 - In welke gevallen kan een patiënt zélf de crisisdienst bellen?
 - In welke gevallen kan een arts naar de crisisdienst verwijzen zónder de patiënt eerst gezien te hebben?
 - Wie is na verwijzing, maar tijdens wachttijd, verantwoordelijk voor de zorg voor de patiënt?
 - Welke eisen worden gesteld aan de verwijzing?
 - Welke eisen worden gesteld aan de terugrapportage naar de huisarts?
 - Wie is verantwoordelijk voor de zorg na een crisisinterventie? Terugverwijzing naar de huisarts?
- Doorverwijzing naar reguliere GGz?
- Is het mogelijk te komen tot afspraken over een maximale wachttijd?

4. Totstandkoming

4.1. Totstandkoming

In juni 2014 startte een werkgroep met afgevaardigden van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP), Landelijke Vereniging van Vrijgevestigde Psychologen & Psychotherapeuten (LVVP), Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland (V&VN), Landelijke Vereniging van Praktijkondersteuners GGZ (LV POH-GGZ), Nederlands Instituut voor Psychologen (NIP), Vereniging voor Verslavingsgeneeskunde Nederland (VVGn), Landelijk Platform GGz (LPGGz) en het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) met de ontwikkeling van de Landelijke Samenwerkingsafspraken GGz. Het Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGz heeft het NHG opdracht gegeven dit project te leiden.

In de werkgroep zaten namens de NVvP: G.W.C. van den Berg, zelfstandig gevestigd psychiater te Utrecht, en M.Ch. Doorakkers, psychiater Máxima Medisch Centrum te Veldhoven; namens de LVVP: E.T.T. Lamers, zelfstandig gevestigd eerstelijnspsycholoog te Amsterdam, en S.G.M. Stomp-van den Berg, beleidsmedewerker; namens V&VN: J.W.T. Derks, docent en programmamanager bij de Hogeschool van Amsterdam; namens de LV POH-GGZ: J. Seeleman, SPV en POH-GGZ te Almere en bestuurslid; namens het NIP: M.D. Pulles-Hendriks, zelfstandig gevestigd eerstelijnspsycholoog en GZ-psycholoog te Nijmegen; namens de VVGn: W. Sliedrecht, verslavingsarts KNMG GGZ Delfland te Delft, thans de Hoop GGz te Dordrecht; namens de LPGGz: P.G. Ulrich en J.M. Kamevaar-Kegel; en namens het NHG en kaderhuisartsen GGZ: dr. M.J.T. Oud, (kader)huisarts te Groningen. Namens de LPGGz was S.H. Makkink meelezend lid. P.H.P. Spronken, voorheen huisarts, voorheen psychiater en voorheen voorzitter raad van bestuur van de Reinier van Arkelgroep was de voorzitter en dr. J.A. Vriezen, teamleider NHG, en dr. M.J.P. van Avendonk, senior wetenschappelijk medewerker NHG, begeleidden het proces en schreven de conceptafspraken.
