

Visie Huisartsenzorg
voor patiënten met
psychische problematiek

Toelichting op de visie

Inhoudsopgave van
de toelichting

- 1 Psychische zorg in
de huisartsenpraktijk
en daarbuiten
- 2 Randvoorwaarden
psychische huisartsenzorg
- 3 Kernpunten psychische zorg
in de huisartsenpraktijk
- 4 Zorg voor specifieke
doelgroepen
- 5 Extra aanbod
- 6 Totstandkoming van
de visie
- 7 Literatuurlijst

Visie Huisartsenzorg voor patiënten met psychische problematiek



Huisartsenzorg voor patiënten met psychische problemen

ROUW



De huisarts en praktijkondersteuner-ggz:

- hebben oog voor de samenhang tussen psychische, sociaal maatschappelijke en somatische factoren;
- doen een eerste beoordeling en diagnostiek bij psychische problematiek;
- geven voorlichting, wijzen patiënten op (online) zelfzorgmogelijkheden (bijvoorbeeld via Thuisartsen.nl) en mogelijkheden in het eigen netwerk;
- bieden behandeling bij milde psychische klachten en eenvoudige, veelvoorkomende psychische stoornissen;
- leveren beiden huisartsenzorg;
- kunnen patiënten verwijzen naar sociaal domein, de generalistische en specialistische ggz.



Sociaal domein

Als psychische klachten voortkomen uit sociale problematiek, dan biedt het sociaal domein van de gemeente hulp bijvoorbeeld via het WMO-loket, sociaal wijkteam of jeugdhulp.

STRESS



DEPRESSIE



Generalistische ggz

De generalistische ggz biedt behandeling aan patiënten met matig tot ernstige psychische stoornissen met geringe complexiteit. Als er een wachtlijst is, zorgt de generalistische ggz voor opvang tijdens de wachttijd.

OPVOED
PROBLEMEN



Regionale huisartsenorganisatie

De regionale huisartsenorganisaties (RHO's) ondersteunen huisartsen in de samenwerking met de ggz en het sociaal domein. Bijvoorbeeld bij het maken van regionale samenwerkingsafspraken, zodat niet alle huisartsenpraktijken dit individueel hoeven te doen.



Specialistische ggz

De specialistische ggz behandelt patiënten met ernstige en complexe psychische stoornissen. Als er een wachtlijst is, zorgt de specialistische ggz voor opvang tijdens de wachttijd.

Visie Huisartsenzorg voor patiënten met psychische problematiek

Toelichting op de visie

Inhoudsopgave van de toelichting

- 1 Psychische zorg in de huisartsenpraktijk en daarbuiten
- 2 Randvoorwaarden psychische huisartsenzorg
- 3 Kernpunten psychische zorg in de huisartsenpraktijk
- 4 Zorg voor specifieke doelgroepen
- 5 Extra aanbod
- 6 Totstandkoming van de visie
- 7 Literatuurlijst

Visie Huisartsenzorg voor patiënten met psychische problematiek

De zorg voor patiënten met psychische problematiek is een belangrijk deel van het werk van de huisarts, vaak met ondersteuning van de POH-ggz, en vindt plaats volgens de kernwaarden van de huisartsgeneeskunde: medisch-generalistisch, persoonsgericht, gezamenlijk en continu.

Daar waar de huisarts of POH-ggz een hulpvraag niet kan beantwoorden, is goede samenwerking en netwerkvorming met het sociaal domein en de ggz onmisbaar. Hiervoor is het belangrijk dat de basis op orde is: helderheid over elkaars rol, duidelijke afspraken over de samenwerking en voldoende verwijscapaciteit zijn belangrijke vereisten. Onder andere door vergrijzing zal zorg de komende jaren steeds meer een schaars goed zijn. Daarom is het noodzakelijk om de beschikbare capaciteit en deskundigheid zo efficiënt mogelijk in te zetten.

In deze visie beschrijven we wat de huisartsenzorg kan bieden aan patiënten met veelvoorkomende, milde psychische problematiek. Daarnaast beschrijven we wat de huisartsenzorg nodig heeft om ook de komende jaren in de samenwerking met andere zorgaanbieders goede psychische zorg te kunnen blijven bieden. In deze visie beschrijven we bewust de grenzen van de huisartsenzorg, als essentieel uitgangspunt voor de samenwerking met onder andere de ggz en het sociaal domein. Deze visie is richtinggevend, met ruimte voor regionale en lokale invulling.

Psychische zorg in de huisartsenpraktijk

- Psychische huisartsenzorg is de zorg voor patiënten met psychische, psychosociale en psychiatrische problematiek, als onderdeel van integrale generalistische huisartsenzorg. Deze integrale generalistische benadering houdt in dat de huisarts (of POH-ggz) structureel oog heeft voor het samenspel tussen enerzijds psychische, sociaal-maatschappelijke en somatische factoren en anderzijds persoonlijke coping, dat bij kan dragen aan de gepresenteerde klachten van de patiënt.

Rolverdeling in de psychische gezondheidszorg

- De overheid scheidt onder andere vanuit de publieke gezondheidszorg (Wet publieke gezondheid) voorwaarden voor een goede (mentale) gezondheid.
- Mensen met milde sociale of psychische klachten die 'bij het leven horen' (zoals levensfaseproblematiek, ongecompliceerde rouw of kortdurende depressieve klachten) starten met zelfzorg en vinden steun binnen hun sociale netwerk.
- Wanneer dit onvoldoende effect heeft, kan iemand bij sociale problematiek hulp krijgen binnen het sociaal domein (bijvoorbeeld via het WMO-loket, sociaal wijkteam of jeugdhulp).
- Bij psychische problemen die niet (meer) 'bij het leven horen' (zoals aanhoudende depressieve klachten of angstklachten) consulteert iemand de huisarts. De huisarts beoordeelt samen met de patiënt welke vervolgstap het beste bij de patiënt past.

Visie Huisartsenzorg voor patiënten met psychische problematiek

Toelichting op de visie

Inhoudsopgave van de toelichting

- 1 Psychische zorg in de huisartsenpraktijk en daarbuiten
- 2 Randvoorwaarden psychische huisartsenzorg
- 3 Kernpunten psychische zorg in de huisartsenpraktijk
- 4 Zorg voor specifieke doelgroepen
- 5 Extra aanbod
- 6 Totstandkoming van de visie
- 7 Literatuurlijst

- Voor inhoudelijke adviezen over het diagnostisch traject en de inschatting van de ernst van psychische klachten verwijzen we naar de **NHG-Standaarden** over specifieke psychische klachten en aandoeningen. Algemene uitgangspunten zijn:
 - Bij milde psychische klachten die 'bij het leven horen' zal een huisarts in eerste instantie proberen de klachten van de patiënt te normaliseren, voorlichting geven en alsnog wijzen op (online) zelfzorgmogelijkheden (bijvoorbeeld via Thuisarts.nl) en mogelijkheden in het eigen netwerk.
 - Milde psychische klachten waarvan de huisarts na beoordeling concludeert dat ze niet (meer) te duiden zijn als 'klachten die bij het leven horen' (zoals aanhoudende depressieve klachten of angstklachten) en eenvoudige veelvoorkomende psychische stoornissen worden behandeld door de huisarts of POH-ggz.
 - Matig tot ernstige psychische stoornissen met geringe complexiteit worden in de generalistische ggz behandeld.
 - Ernstige en complexe psychische stoornissen worden in de specialistische ggz behandeld.

Knelpunten in de psychische gezondheidszorg

- De zorg voor mensen met psychische klachten staat door diverse knelpunten onder druk:
 - toename vraag naar ggz (vooral voor mildere problematiek)
 - beperkte afstemming tussen huisartsenzorg, ggz en het sociaal domein
 - beperkte capaciteit ggz (personeels- en budgettekorten)
 - te lange wachttijden ggz

- versnippering van het zorgaanbod in de ggz of te weinig samenwerking tussen ggz-aanbieders bij meervoudige problematiek

- Momenteel leiden deze knelpunten tot een beperkte toegankelijkheid van de zorg voor patiënten met psychische problemen. Dit heeft tot gevolg dat er regelmatig oneigenlijke taken en verantwoordelijkheden in de huisartsenzorg belanden. Huisartsen en POH's-ggz raken overbelast door de zorg voor patiënten met te zware problematiek voor de huisartsenzorg, die niet in de ggz terecht kunnen. Hierdoor komt de zorg voor patiënten die wel in de huisartsenzorg behandeld kunnen worden in het gedrang.

Randvoorwaarden psychische huisartsenzorg

- De huisartsenzorg voorziet in een groot deel van de behoefte aan generalistische psychische zorg bij milde psychische problematiek. We willen deze zorg graag blijven leveren. Er zijn echter wel randvoorwaarden verbonden aan het leveren van kwalitatief goede zorg, nu en in de toekomst.
- De financiering van de (psychische) huisartsenzorg moet op orde blijven en er moet in de toekomst ook financiering komen voor domeinoverstijgende samenwerking (tussen huisartsenzorg, de ggz en het sociaal domein).

Visie Huisartsenzorg voor patiënten met psychische problematiek

Toelichting op de visie

Inhoudsopgave van de toelichting

- 1 Psychische zorg in de huisartsenpraktijk en daarbuiten
- 2 Randvoorwaarden psychische huisartsenzorg
- 3 Kernpunten psychische zorg in de huisartsenpraktijk
- 4 Zorg voor specifieke doelgroepen
- 5 Extra aanbod
- 6 Totstandkoming van de visie
- 7 Literatuurlijst

- Daarnaast zijn er inhoudelijke randvoorwaarden voor de samenwerking met andere partijen. Essentiële inhoudelijke randvoorwaarden voor het leveren van verantwoorde en kwalitatieve psychische huisartsenzorg zijn onder andere:

Publieke gezondheidszorg

- De landelijke en lokale overheid besteedt in haar beleid aandacht aan sociaal-economische (on)gelijkheid en kansen(on)gelijkheid op het gebied van mentale gezondheid.
- De overheid blijft openheid over psychische klachten stimuleren en stimuleert zelfredzaamheid en het versterken van veerkracht door hieraan in onderwijs, campagnes gericht op zelfzorg en collectieve preventie aandacht te besteden. Het doel is om de medicalisering van psychische klachten 'die bij het leven horen' tegen te gaan.

Sociaal domein

- Huisartsen kunnen in elke gemeente verwijzen naar een uniform breed georiënteerd basisaanbod binnen het sociaal domein.
- Het sociaal domein is voor huisartsen benaderbaar via een centraal punt waar kennis is over het lokale aanbod en waar afstemming plaats kan vinden over de meest passende zorg voor de patiënt. Dit centrale punt kan het sociaal wijkteam zijn, maar kan ook op andere manieren georganiseerd zijn (bijvoorbeeld via het WMO-loket of initiatieven zoals 'Waar is Wally?').
- De samenwerking tussen de huisartsenzorg en het sociaal domein wordt verstevigd. Zie hiervoor: *Continuïteit en samenwerking*.

Ggz

- Samenwerking tussen huisartsenzorg en ggz vindt plaats volgens de **Landelijke Samenwerkingsafspraken ggz** en de **samenwerkingsafspraken jeugd-ggz**.
- De ggz verricht alle mogelijke inspanningen om ervoor te zorgen dat de tijd voor beoordeling van een aanmelding en de wachttijden voor intake en behandeling binnen de generalistische en gespecialiseerde ggz worden teruggedrongen tot binnen de Treeknormen.
- Ggz-behandelaars zijn voor huisartsen laagdrempelig beschikbaar voor (direct) intercollegiaal overleg, analoog met de somatische zorg.
- De crisisdienst is 24/7 bereikbaar en heeft voldoende capaciteit om patiënten met acute psychische problematiek voldoende snel te beoordelen.
- Na intake binnen de ggz neemt de ggz-behandelaar de verantwoordelijkheid om binnen 4 weken (de Treeknorm) het meest passende zorgaanbod voor de patiënt te bepalen. Als de patiënt niet terecht kan bij de aanbieder waar hij in eerste instantie naar verwezen is, denkt deze aanbieder actief mee over een passend alternatief.
- Wanneer een patiënt binnen de ggz voor een intake gezien is, wordt de ggz-behandelaar regiebehandelaar en dus eindverantwoordelijk voor de geleverde zorg, analoog met de somatische zorg.

Visie Huisartsenzorg voor patiënten met psychische problematiek

Toelichting op de visie

Inhoudsopgave van de toelichting

- 1 Psychische zorg in de huisartsenpraktijk en daarbuiten
- 2 Randvoorwaarden psychische huisartsenzorg
- 3 Kernpunten psychische zorg in de huisartsenpraktijk
- 4 Zorg voor specifieke doelgroepen
- 5 Extra aanbod
- 6 Totstandkoming van de visie
- 7 Literatuurlijst

- Ggz-behandelaars verwijzen patiënten die in behandeling zijn genomen direct door naar andere ggz-behandelaars wanneer zij denken dat dit noodzakelijk is, zonder tussenkomst van de huisarts. Ggz-aanbieders accepteren hierbij ook verwijzingen van Gz-psychologen, zodat deze verwijzingen niet via de huisarts hoeven te lopen.
- De inhoudelijke samenwerking tussen de huisartsenzorg en ggz wordt verstevigd. Zie hiervoor: Continuïteit en samenwerking.

Preventie

- Veel mentale gezondheidsproblemen worden veroorzaakt door sociale problematiek, zoals onzekerheid van werk of inkomen, huisvestingsproblematiek of schulden.
- Het sociaal domein en de overheid hebben een belangrijke taak in de preventie van psychische problematiek door deze sociale problematiek aan te pakken en mensen te ondersteunen bij het verbeteren van hun sociale basis.
- De preventieve rol van de huisartsenzorg beperkt zich tot 'case-finding': wanneer een patiënt op het spreekuur is en er aanleiding toe is, gaat de huisarts (of andere praktijkmedewerker) het gesprek aan over mentale gezondheid.

Beoordeling en diagnostiek

- De huisartsenzorg is 24/7 beschikbaar voor het eerste contact en de beoordeling van patiënten (van jong tot oud) met psychische klachten, waarbij dit in de ANW-uren alleen voor spoedgevallen geldt.

- Op basis van deze beoordeling bepaalt de huisarts met behulp van de NHG-Standaarden welke zorg het beste bij de patiënt past: voorlichting en/of zelfzorg, behandeling binnen het sociaal domein, behandeling door huisarts of POH-ggz of behandeling binnen de (gespecialiseerde) ggz.
- De beoordeling en diagnostiek gebeuren vanuit een generalistisch huisartsgeneeskundig perspectief: de huisarts bekijkt de lichamelijke, psychische en sociaal-maatschappelijke aspecten van de vraag van de patiënt en maakt een eerste inschatting van de (ernst van de) problematiek. Hierbij houdt de huisarts zo goed mogelijk rekening met de individuele kenmerken van de patiënt, de achtergrond, coping, levensloop en leef- en werkomgeving.
- Huisartsen maken in het diagnostisch proces onder andere gebruik van DSM-criteria, maar beoordelen de gehele patiënt klachtgericht en in de persoonlijke context. Wanneer ze patiënten verwijzen naar de ggz gebeurt dit op basis van deze integrale huisartsgeneeskundige diagnostiek, waarbij ze indien passend de vermoedelijke DSM-diagnose vermelden. Er vindt binnen de huisartsenzorg geen uitgebreide specialistische DSM-classificatie plaats.

Begeleiding en behandeling in de huisartsenpraktijk

- De huisarts of POH-ggz behandelt patiënten met de minst ingrijpende generieke interventie die past bij de aandoening of de klachten en de lijdensdruk van de patiënt.

Visie Huisartsenzorg voor patiënten met psychische problematiek

Toelichting op de visie

Inhoudsopgave van de toelichting

- 1 Psychische zorg in de huisartsenpraktijk en daarbuiten
- 2 Randvoorwaarden psychische huisartsenzorg
- 3 Kernpunten psychische zorg in de huisartsenpraktijk
- 4 Zorg voor specifieke doelgroepen
- 5 Extra aanbod
- 6 Totstandkoming van de visie
- 7 Literatuurlijst

- De behandeling is zo veel mogelijk gebaseerd op wetenschappelijk onderbouwde richtlijnen voor de huisartsenzorg (van **NHG** en de **GGZ Standaarden**), waarbij de huisarts of POH-ggz rekening houdt met de wensen, motivatie en mogelijkheden van de patiënt. Hierbij wordt waar mogelijk en gewenst ook gebruik gemaakt van effectieve ondersteunende e-health modules.
- De huisarts kan psychische zorg binnen de huisartsenvoorziening delegeren aan de POH-ggz.
- Afstemming en samenwerking met de bedrijfsarts kan aan de orde zijn bij werkgerelateerde of werk-relevante psychische problematiek.

Rol van de huisarts als poortwachter ggz

- De huisarts vervult de rol van poortwachter voor de generalistische en gespecialiseerde ggz.
- De huisarts verwijst patiënten alleen indien nodig en zo veel mogelijk op grond van vigerende richtlijnen, zorgstandaarden en samenwerkingsafspraken met zorgverleners in de ggz.

Continuïteit en samenwerking

- Goede structurele samenwerking tussen de huisartsenzorg, het sociaal domein en de ggz is essentieel voor de continuïteit van zorg. Passende financiering vormt hiervoor een essentiële randvoorwaarde. Zie: *Randvoorwaarden psychische zorg in de huisartsenpraktijk*.
- Samenwerking kan versterkt worden door verbindende initiatieven tussen de verschillende sectoren. Hiervan bestaan al diverse regionale goede voorbeelden:

- Structurele samenwerking tussen huisartsenpraktijken en het sociaal domein door structureel overleg tussen huisartsen en sociale wijkteams, inzet van een ondersteuner jeugd vanuit de gemeente, die een linking pin kan vormen, of initiatieven als '**welzijn op recept**', '**krachtige basiszorg**' of '**blauwe zorg**'.
- Structurele samenwerking tussen huisartsenpraktijken, ggz (en soms ook het sociaal domein) in de vorm van laagdrempelige onderlinge consultatie, regionale transfer- of overlegtafels met alle betrokken disciplines.
- Samenwerking kan laagdrempeliger gemaakt worden door de uitbreiding van ICT-mogelijkheden voor digitaal overleg of gegevensuitwisseling tussen de huisartsenzorg, ggz en het sociaal domein.
- De regionale huisartsenorganisaties (RHO's) ondersteunen huisartsen in de samenwerking met de ggz en het sociaal domein, bijvoorbeeld bij het maken van regionale samenwerkingsafspraken, zodat niet alle huisartsenpraktijken dit individueel hoeven te doen. Hierbij baseren zij zich op de kernwaarden en -taken van de huisartsenzorg.
- Het is met het oog op continue en samenhangende zorg voor de patiënt belangrijk dat:
 - de huisarts zorgt voor een duidelijke verwijfsbrief, conform **de landelijke samenwerkingsafspraken ggz**;
 - de ggz-behandelaar aansluit bij de eventuele behandeling die al in de huisartsenpraktijk heeft plaatsgevonden;
 - de ggz-behandelaar de huisarts na verwijzing van de patiënt (schriftelijk of telefonisch) op de hoogte houdt van het behandelbeleid.

Visie Huisartsenzorg voor patiënten met psychische problematiek

Toelichting op de visie

Inhoudsopgave van de toelichting

- 1 Psychische zorg in de huisartsenpraktijk en daarbuiten
- 2 Randvoorwaarden psychische huisartsenzorg
- 3 Kernpunten psychische zorg in de huisartsenpraktijk
- 4 Zorg voor specifieke doelgroepen
- 5 Extra aanbod
- 6 Totstandkoming van de visie
- 7 Literatuurlijst

In geval van wachttijden adviseert de huisarts de patiënt contact op te nemen met de ggz-aanbieder en zorgverzekeraar. De zorgverzekeraar heeft de verantwoordelijkheid om een passend aanbod te leveren en te zoeken naar alternatieven (al dan niet in overleg met de huisarts of RHO, bijvoorbeeld met behulp van een overlegtafel) en zo nodig zorg te bieden ter overbrugging van de wachttijd.

Team huisarts en POH-ggz

- De POH-ggz maakt deel uit van het team van de huisartsenpraktijk en ondersteunt de huisarts in de generalistische huisartsenzorg voor patiënten van alle leeftijden met psychische problemen.
- Wanneer de huisarts verwacht dat een patiënt een (beperkt) aantal aanvullende gesprekken binnen de huisartsenzorg nodig heeft om weer mentaal zelfredzaam te zijn, kan de huisarts de POH-ggz inschakelen.
- De huisarts draagt eindverantwoordelijkheid voor de zorg van de POH-ggz. Dit maakt het belangrijk dat de huisarts en POH-ggz deskundig zijn op het terrein van de veelvoorkomende psychische problemen en onderling goed samenwerken. Vaste overlegmomenten tussen huisarts en POH-ggz zijn wenselijk.
- De POH-ggz biedt generalistische psychische huisartsenzorg voor patiënten van alle leeftijden met milde, veelvoorkomende klachten en stoornissen. Daarom achten wij het in het algemeen niet noodzakelijk dat huisartsenpraktijken verder gespecialiseerde POH's inzetten, zoals POH's-jeugd.

- Afhankelijk van de samenstelling van de praktijkpopulatie (bijvoorbeeld bij relatief veel jeugd in de praktijk) kunnen huisartsenpraktijken hier in individuele gevallen van afwijken. Het uitgangspunt blijft dat de POH-ggz zorg levert die past binnen de huisartsenzorg.

Zorg voor specifieke doelgroepen

Kwetsbare groepen en sociaal-maatschappelijke problematiek

- De huisarts heeft aandacht voor psychisch kwetsbare patiënten (onder andere patiënten met een lage sociaal-economische status, (licht) verstandelijke beperking, verslaving of suïcidale gedachten, kinderen in moeilijke omstandigheden, ouderen, en chronisch psychiatrische patiënten) en maakt hierbij gebruik van beschikbare kennis van de voorgeschiedenis, familiale factoren en specifieke context van de patiënt.
- POH-ggz en huisarts kunnen bij deze groep tijdens consulten actief problemen signaleren ('case-finding') en passende hulp aandragen, waarbij ze waar mogelijk zelfzorg, steun van naasten en verwijzing naar preventieve hulp binnen het sociaal domein stimuleren.

Acute psychische problematiek

- De huisartsenzorg is 24/7 beschikbaar voor het eerste contact en beoordeling bij acute psychische problematiek van patiënten die nog niet in behandeling zijn bij een ggz-aanbieder.
- Na beoordeling beslist de huisarts welke nadere diagnostiek en behandeling noodzakelijk zijn, rekening houdend met de context en het mogelijke gevaar voor de patiënt zelf en voor zijn omgeving.

Visie Huisartsenzorg voor patiënten met psychische problematiek

Toelichting op de visie

Inhoudsopgave van de toelichting

- 1 Psychische zorg in de huisartsenpraktijk en daarbuiten
- 2 Randvoorwaarden psychische huisartsenzorg
- 3 Kernpunten psychische zorg in de huisartsenpraktijk
- 4 Zorg voor specifieke doelgroepen
- 5 Extra aanbod
- 6 Totstandkoming van de visie
- 7 Literatuurlijst

- Zo nodig verwijst de huisarts hierbij naar de ggz of crisisdienst.
- Bij indicatiestelling van dwangmaatregelen (verplichte ggz) heeft de huisarts een signalerende rol en verstrekt de huisarts indien nodig informatie aan bevoegde specialisten, zoals psychiater, specialisten ouderengeneeskunde en verslavingsartsen.

Jeugd

- De huisarts signaleert, indien mogelijk, bedreiging van de ontwikkeling en gezondheid van kinderen op het spreekuur.
- De huisarts betreft, indien mogelijk, de achtergronden en omstandigheden van het gezin bij de zorg voor een kind met psychische problemen.
- Net als de huisarts kan de POH-ggz ook kinderen en jongeren begeleiden en, bij milde en veelvoorkomende problematiek, kortdurend behandelen.
- Bij vermoedens van kindermishandeling werken de huisarts en POH-ggz op basis van de KNMG-meldcode Kindermishandeling en huiselijk geweld.
- De huisarts verwijst zo nodig door naar andere zorgverleners voor opgroei- en opvoedondersteuning of jeugdhulp, indien mogelijk ondersteund door een 'ondersteuner jeugd' vanuit de gemeente.

Extra aanbod

- In principe is er binnen de psychische huisartsenzorg geen plaats voor extra aanbod, omdat er geen expertise is op het gebied van complexe, ernstige of chronische psychiatrische aandoeningen.

- Activiteiten als het verrichten van aanvullend (lab-/ecg-)onderzoek voor een ggz-behandelaar (nadat de voor de verwijzing benodigde huisartsgeneeskundige diagnostiek al volledig is afgerond) of het leveren van overbruggingszorg bij wachttijden zijn geen huisartsenzorg. De verantwoordelijkheid hiervoor ligt bij ggz-behandelaar (bij aanvullend onderzoek) en verzekeraar (bij overbruggingszorg).
- Een uitzondering hierop wordt gevormd door de zorg voor stabiele chronisch psychiatrische patiënten. Huisartsen kunnen bij deze patiëntengroep in sommige gevallen de begeleiding van de ggz overnemen. Dit betreft substitutie van zorg en kan alleen als:
 - de huisarts zich bekwaam genoeg voelt;
 - de huisartsenpraktijk over de zorgcapaciteit beschikt om de verantwoordelijkheid voor de betreffende zorg te dragen;
 - er aan vooraf vastgestelde randvoorwaarden en samenwerkingsafspraken wordt voldaan, analoog met **substitutie vanuit de somatische zorg**, bijvoorbeeld rondom (medicatie)veiligheid en bereikbaarheid en drempelloze toegankelijkheid van de ggz bij verslechtering van de klachten).

Wanneer een huisarts vindt dat er niet (voldoende) aan de genoemde voorwaarden voldaan kan worden, mag de huisarts de overname van zorg altijd weigeren.

- RHO's kunnen huisartsen ondersteunen bij het beoordelen of een verzoek tot het bieden van extra aanbod binnen of buiten verantwoorde huisartsenzorg kan vallen. Ook kunnen RHO's ondersteuning bieden bij de afstemming met ggz-aanbieders en het maken van samenwerkingsafspraken.

Toelichting op de visie

Inhoudsopgave van de toelichting

- 1 Psychische zorg in
de huisartsenpraktijk
en daarbuiten
- 2 Randvoorwaarden
psychische huisartsenzorg
- 3 Kernpunten psychische zorg
in de huisartsenpraktijk
- 4 Zorg voor specifieke
doelgroepen
- 5 Extra aanbod
- 6 Totstandkoming van
de visie
- 7 Literatuurlijst

Toelichting op de visie

Toelichting vanuit de auteurs

Deze visie is een herziene versie van het 'standpunt ggz' uit 2015. De ontwikkelingen in de geestelijke gezondheidszorg (ggz) en de gevolgen hiervan voor de huisartsenzorg vormen de aanleiding voor deze herziening. De toegankelijkheid, kwaliteit en betaalbaarheid van de ggz in Nederland staan onder hoge druk. De vraag naar ggz is groot en groeit sneller dan de sector aankan. Het ggz-aanbod is door vergaande specialisatie steeds meer versnipperd over verschillende aanbieders. Dit leidt tot lange wachttijden en vertraagde of soms zelfs ontoegankelijke hulp voor patiënten met complexe zorgvragen. De afgenomen toegankelijkheid van de ggz resulteert in een verhoogde druk op de huisartsenzorg. Huisartsen en praktijkondersteuners (POH's) raken overbelast door de zorg voor patiënten met te zware problematiek voor de huisartsenzorg, die niet in de ggz terecht kunnen. Hierdoor komt de zorg voor patiënten die wél in de huisartsenpraktijk behandeld kunnen worden in het gedrang.

Deze nieuwe positie van de huisartsenzorg brengt nieuwe vraagstukken met zich mee. Bijvoorbeeld: welke zorg hoort in de huisartsenpraktijk en welke niet? En: welke rol speelt de huisartsenzorg rondom wachttijden en/of overbruggingszorg?

Deze visie heeft als doel om duidelijke kernpunten en kaders te beschrijven voor de rol van de huisartsenzorg in de aanpak van psychische problematiek.

De visie is gebaseerd op de **kernwaarden van de huisartsgeneeskunde**: medisch-generalistisch, persoonsgericht, gezamenlijk en continu. De visie beschrijft hoe huisartsenpraktijken en regionale huisartsenorganisaties de zorg voor patiënten met psychische problemen vorm kunnen geven volgens deze kernwaarden. Dit document stelt geen normen, maar is een visie op de rol en ontwikkeling van de huisartsenzorg voor patiënten met psychische problematiek, met ruimte voor regionale en lokale invulling.

De visie is bedoeld om richting en duidelijkheid te bieden aan de individuele huisarts, huisartsenpraktijken en eerstelijns- en huisartsenorganisaties. Het vormt een basis voor samenwerking in de regio (tussen huisartsen, regionale huisartsenorganisaties, regionale ggz-aanbieders en aanbieders in het sociale domein) als ook op landelijk niveau (binnen de beroeps- en brancheverenigingen zelf en in afstemming met andere (ggz-)partijen). Hierbij was ons uitgangspunt dat het belangrijk is het aanbod van de huisartsenzorg te beschrijven, als essentieel uitgangspunt voor samenwerking.

De 3 huisartsenkoepels (InEen, LHV en NHG) hebben deze visie gezamenlijk ontwikkeld, aangevuld met afgevaardigde kaderhuisartsen van de PsyHag, de huisartsgeneeskundige expertisegroep psychische zorg.

Inhoudsopgave van de toelichting

Visie Huisartsenzorg
voor patiënten met
psychische problematiek

Toelichting op de visie

Inhoudsopgave van de toelichting

1	Psychische zorg in de huisartsenpraktijk en daarbuiten
2	Randvoorwaarden psychische huisartsenzorg
3	Kernpunten psychische zorg in de huisartsenpraktijk
4	Zorg voor specifieke doelgroepen
5	Extra aanbod
6	Totstandkoming van de visie
7	Literatuurlijst

1	Psychische zorg in de huisartsenpraktijk en daarbuiten	12
	1.1. Psychische zorg in de huisartsenpraktijk	12
	1.2. Rolverdeling in de psychische gezondheidszorg	12
	1.3. Knelpunten psychische gezondheidszorg	16
2	Randvoorwaarden psychische huisartsenzorg	18
3	Kernpunten psychische huisartsenzorg	20
	3.1. Kernpunt 1 – Geen preventie, wel case-finding	20
	3.2. Kernpunt 2 – Beoordeling en diagnostiek	20
	3.3. Kernpunt 3 – Begeleiding en behandeling in de huisartsenpraktijk	22
	3.4. Kernpunt 4 – Rol van de huisarts als poortwachter voor de ggz	22
	3.5. Kernpunt 5 – Continuïteit en samenwerking	24
	3.6. Kernpunt 6 – Team huisarts en POH-ggz	29
4	Zorg voor specifieke doelgroepen	30
	4.1 Kwetsbare groepen en sociaal-maatschappelijke problematiek	30
	4.2 Acute psychische problematiek	32
	4.3 Jeugd	33
5	Extra aanbod	35
6	Totstandkoming van de visie	37
7	Literatuurlijst	39

Visie Huisartsenzorg
voor patiënten met
psychische problematiek

Toelichting op de visie

Inhoudsopgave van
de toelichting

1 Psychische zorg in de huisartsenpraktijk en daarbuiten

2 Randvoorwaarden psychische huisartsenzorg

3 Kernpunten psychische zorg in de huisartsenpraktijk

4 Zorg voor specifieke doelgroepen

5 Extra aanbod

6 Totstandkoming van de visie

7 Literatuurlijst

1 Psychische zorg in de huisartsenpraktijk en daarbuiten

1.1 Psychische zorg in de huisartsenpraktijk

Psychische problemen komen frequent voor. Op jaar-basis kampt bijna 20% van de volwassenen met psychische problematiek (Oosterberg 2016). De behoefte aan psychische behandelingen neemt toe. In 2019 hebben 1,4 miljoen Nederlanders van ≥ 18 jaar gebruik gemaakt van een behandeling in de ggz, en dit aantal stijgt al jaren hard (NZA 2019, Vektis 2019).

Psychische klachten zijn, naast hart- en vaatziekten, kanker, en aandoeningen van het bewegingsapparaat, verantwoordelijk voor de grootste ziektelast in Nederland (VTV 2018). In 2020 was de prevalentie van een door de huisarts vastgestelde depressie in de huisartsenpraktijk 31 (per 1000 patiëntjaren) en van een angststoornis 24 (per 1000 patiëntjaren) (Nivel 2020). Depressie en angst staan hiermee in de top 10 van meest voorkomende diagnoses in de huisartsenpraktijk (Nielen 2020). Anders dan soms wordt gedacht, maakt de zorg voor mensen met psychische klachten altijd al een belangrijk deel uit van de huisartsenzorg.

Psychische en somatische comorbiditeit komen vaak voor, evenals samenhangende sociaal-maatschappelijke 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. Met de komst van de POH-ggz in 2008 en de uitbreiding van de functie in 2014 is de capaciteit op dit gebied binnen de huisartsenzorg uitgebreid. Inmiddels werkt in 87% van de huisartsenpraktijken een POH-

ggz (Kenter 2021). De POH-ggz houdt zich, net als de huisarts, bezig met de begeleiding en behandeling van veelvoorkomende, milde psychische problematiek.

DEFINITIE PSYCHISCHE HUISARTSENZORG

Psychische huisartsenzorg is de zorg voor patiënten met psychische, psychosociale en psychiatrische problematiek, als onderdeel van integrale generalistische huisartsenzorg.

Deze integrale generalistische benadering houdt in dat de huisarts (of POH-ggz) structureel oog heeft voor het samenspel tussen enerzijds psychische, sociaal-maatschappelijke en somatische factoren en anderzijds persoonlijke coping, dat bij kan dragen aan de gepresenteerde klachten van de patiënt.

1.2 Rolverdeling in de psychische gezondheidszorg

In 2014 werd een nieuwe indeling in de zorg voor mensen met psychische problemen ingevoerd. Naast de algemene publieke gezondheidszorg, zelfzorg en het sociaal domein worden sindsdien 3 echelons in de curatieve zorg onderscheiden: de huisartsenzorg, de generalistische ggz en de gespecialiseerde ggz (Bestuurlijk akkoord toekomst GGZ 2013-2014). In dit hoofdstuk lichten we de taken en verantwoordelijkheden per echelon verder toe.

Visie Huisartsenzorg
voor patiënten met
psychische problematiek

Toelichting op de visie

Inhoudsopgave van
de toelichting

1 Psychische zorg in de huisartsenpraktijk en daarbuiten

2 Randvoorwaarden psychische huisartsenzorg

3 Kernpunten psychische zorg in de huisartsenpraktijk

4 Zorg voor specifieke doelgroepen

5 Extra aanbod

6 Totstandkoming van de visie

7 Literatuurlijst

1.2.1 Algemene publieke gezondheidszorg

Mentaal welzijn van de individuele patiënt begint bij het maatschappelijke welzijn van de samenleving waarin we leven. Het is de taak van de (landelijke en lokale) overheid om aandacht te schenken aan het belang van psychische gezondheid, en aan manieren om op populatieniveau de psychische gezondheid en mentale veerkracht te verbeteren (bijvoorbeeld door publiekscampagnes).

Sociaal-economische achterstand (op basis van armoede, schulden, huisvestingsproblematiek, scholingsachterstand of discriminatie) vormt een grote risicofactor voor het ontstaan van psychische gezondheidsproblemen. Van de mensen met een lage sociaal-economische status (SES) lijdt 21% aan chronische stress, angst of depressie, vergeleken met 9% van de mensen met een hoge SES (CBS cijfers gezondheid en zorggebruik, maart 2022). De overheid heeft als taak om aandacht te besteden aan sociaal-economische ongelijkheid en kansen(on)gelijkheid op het gebied van mentale gezondheid.

Daarnaast heeft de overheid een directe verantwoordelijkheid in de publieke gezondheid, vastgelegd in de **wet publieke gezondheid (WPG)**. Vanuit de WPG dient de overheid op structurele basis de gezondheidssituatie van de bevolking te analyseren en te evalueren. (Mentale) gezondheidsaspecten worden bewaakt in bestuurlijke beslissingen. Ook initieert de overheid de opzet, uitvoering en afstemming van preventieprogramma's, zoals het **meerjarenprogramma depressiepreventie** of de landelijke aanpak mentale gezondheid (Duenk 2022, nog in ontwikkeling).

1.2.2 Zelfzorg en steun vanuit netwerk

De transitie in de ggz beoogt de veerkracht en zelfredzaamheid van mensen te vergroten (Bestuurlijk akkoord toekomst GGZ 2013-2014). Vanuit deze transitie dient iemand met milde sociale of psychische klachten die 'bij het leven horen' gestimuleerd te worden om in eerste instantie zelfstandig met deze klachten aan de slag te gaan. Hierbij gaat het om de volgende type klachten:

- klachten die een normale psychische reactie op een recente levensgebeurtenis vormen (zoals levensfaseproblematiek of ongecompliceerde rouw)
- zeer kortdurende klachten die nog weinig invloed hebben op het functioneren in het dagelijks leven (zoals kortdurende depressieve klachten)
- preventieve psychische hulpvragen (bijvoorbeeld gericht op het psychisch fitter of weerbaarder worden)
- hulpvragen gericht op mentale zelfontplooiing

De overgrote meerderheid van de patiënten met milde psychische klachten herstelt zonder hulp van zorgverleners binnen een half jaar (Hosman 2020). Het geslaagd inzetten van zelfzorg leidt tot een grotere zelfredzaamheid in de toekomst. Een groter gevoel van zelfredzaamheid is weer een beschermende factor voor de ontwikkeling van psychopathologie. Bovendien voorkomt zelfzorg onnodige inzet van zorgmedewerkers.

Visie Huisartsenzorg
voor patiënten met
psychische problematiek

Toelichting op de visie

Inhoudsopgave van
de toelichting

1 Psychische zorg in de huisartsenpraktijk en daarbuiten

2 Randvoorwaarden psychische huisartsenzorg

3 Kernpunten psychische zorg in de huisartsenpraktijk

4 Zorg voor specifieke doelgroepen

5 Extra aanbod

6 Totstandkoming van de visie

7 Literatuurlijst

Er zijn veel instrumenten die gebruikt kunnen worden voor (zelf)hulp bij milde psychische klachten. Enkele voorbeelden:

- **Thuisarts.nl**
- online informatie of trainingen (bijvoorbeeld van **Mentaal Vitaal** of **Snel beter in je vel**)
- telefonische hulplijnen (bijvoorbeeld van **MIND Korrelatie**, de **luisterlijn** of **113 Zelfmoordpreventie**)
- zelfhulp via de overzichtswaarsite van **MIND**
- loopbaancoaching of andere werkgerichte coaching via de werkgever.

Naast zelfzorg is het belangrijk dat patiënten met milde psychische klachten steun vinden binnen hun eigen netwerk. Een steunend netwerk beschermt tegen de verergering van psychische klachten en de ontwikkeling van psychische stoornissen. Sociale steun kan gevonden worden bij bijvoorbeeld familie, vrienden of binnen de werkomgeving, maar ook via lotgenotencontact, bijvoorbeeld via **supportgroepen** of **zelfregie- en herstelprogramma's**.

1.2.3 Sociaal domein

Sinds 2015 is **de wet maatschappelijke ondersteuning (WMO)** van kracht. Gemeenten zijn verplicht om te voorzien in ondersteuning op het gebied van begeleiding bij onder andere sociaal-maatschappelijke zelfredzaamheid en dagbesteding.

Veel gemeenten werken met een WMO-loket, waar burgers terecht kunnen met hun vragen. Ook zijn er in de meeste gemeentes (82-90%) sociale wijkteams (Van Arum 2020). In een sociaal wijkteam zitten professionals van meerdere disciplines en/of organisaties, die hun zorg en ondersteuning op elkaar

afstemmen en zo bewoners beter kunnen ondersteunen. Door lokale verschillen tussen gemeenten kunnen er grote verschillen zijn in het aanbod tussen sociale wijkteams. In 2019 had 46% van de wijkteams een breed integraal team voor alle hulpvragen; andere teams boden bijvoorbeeld alleen domein-/doelgroepspecifieke hulp (23%), of alleen hulp gericht op complexe of meervoudige hulpvragen (10%) (Van Arum 2020). Ook buiten de sociale wijkteams is het aanbod binnen het sociaal domein zeer verschillend tussen gemeenten, bijvoorbeeld ook op het gebied van herstelacademies, lotgenotencontact of contact met ervaringsdeskundigen.

Jeugdhulp

Sinds 2015 is **de Jeugdwet** van kracht. Met deze 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, -bescherming en -reclassering.

Doordat de gemeente bepaalt welke zorg ingekocht en vergoed wordt, is de samenwerking tussen de huisarts en gemeente op het gebied van jeugdzorg toegenomen. Gemeenten en huisartsen geven deze samenwerking op verschillende wijze vorm (zie ook hoofdstuk 3.5).

Visie Huisartsenzorg
voor patiënten met
psychische problematiek

Toelichting op de visie

Inhoudsopgave van
de toelichting

1 Psychische zorg in de huisartsenpraktijk en daarbuiten

2 Randvoorwaarden psychische huisartsenzorg

3 Kernpunten psychische zorg in de huisartsenpraktijk

4 Zorg voor specifieke doelgroepen

5 Extra aanbod

6 Totstandkoming van de visie

7 Literatuurlijst

1.2.4 Huisartsenzorg

De huisartsenzorg zorgt voor de beoordeling, begeleiding en behandeling van patiënten met de meest voorkomende psychische problemen en (eenvoudige) stoornissen. De huisarts heeft een poortwachtersrol en beoordeelt samen met de patiënt welke vervolgstap het meest passend is. Zie voor meer algemene informatie over het diagnostisch proces in de huisartsenpraktijk **hoofdstuk 3.2**. Voor medisch-inhoudelijke adviezen over het diagnostisch proces en de inschatting van de ernst van psychische klachten verwijzen we naar de **NHG-Standaarden** over specifieke psychische klachten en aandoeningen.

In het algemeen geldt:

- Bij milde psychische klachten die 'bij het leven horen' (zoals levensfaseproblematiek, ongecompliceerde rouw of kortdurende depressieve klachten) is het de taak van de huisarts om deze klachten te normaliseren en voorlichting te geven. De huisarts wijst de patiënt in deze gevallen in eerste instantie op (online) zelfzorgmogelijkheden (bijvoorbeeld via **Thuisarts.nl**, zie **hoofdstuk 1.2.2**) en de mogelijkheden in het eigen netwerk.
- Bij vragen met een sociaal-maatschappelijk karakter zal de huisarts de patiënt wijzen op het aanbod binnen het sociaal domein.
- Bij milde psychische klachten waarbij de huisarts na beoordeling concludeert dat ze niet (meer) te duiden zijn als 'klachten die bij het leven horen' (zoals aanhoudende depressieve klachten of angstklachten) en eenvoudige veelvoorkomende psychische stoornissen wordt de patiënt in de huisartsenpraktijk behandeld, door de huisarts of POH-ggz.

- Matig tot ernstige psychische stoornissen met geringe complexiteit worden in de generalistische ggz behandeld.
- Ernstige en complexe psychische stoornissen worden in de gespecialiseerde ggz behandeld.

In dit hele proces 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 en zoekt samen met de patiënt naar de meest passende vervolgstap.

Regionale huisartsenorganisaties (RHO's)

De landelijke huisartsenorganisaties InEen, LHV en NHG staan voor verregaande structurele samenwerking en organisatievorming in de huisartsenzorg en de eerste lijn, ook op het gebied van psychische zorg. Regionale Huisartsen- en Eerstelijns Organisaties (RHO's) creëren door meer eenheid en kortere lijnen in de regio en in de wijk efficiëntie en slagkracht van de huisartsenzorg en de eerste lijn, onder andere in samenwerking met de ggz en het sociaal domein (Visie Hechte Huisartsenzorg 2022). Zie voor meer informatie over de rol en mogelijke activiteiten van RHO's **hoofdstuk 3.5**.

1.2.5 Generalistische ggz

De generalistische 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, zowel vrijgevestigd als in instellingen (Landelijke Samenwerkingsafspraken GGZ 2016).

Visie Huisartsenzorg
voor patiënten met
psychische problematiek

Toelichting op de visie

Inhoudsopgave van
de toelichting

1 Psychische zorg in de huisartsenpraktijk en daarbuiten

2 Randvoorwaarden psychische huisartsenzorg

3 Kernpunten psychische zorg in de huisartsenpraktijk

4 Zorg voor specifieke doelgroepen

5 Extra aanbod

6 Totstandkoming van de visie

7 Literatuurlijst

1.2.6 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, grotendeels in instellingsverband.

1.3 Knelpunten in de psychische gezondheidszorg

De psychische gezondheidszorg staat door diverse knelpunten onder druk (De Visser 2021).

Toenemende vraag naar ggz

De prevalentie van psychische stoornissen was de afgelopen 25 jaar constant, maar de vraag naar ggz nam sterk toe, met name voor mildere psychische problematiek. Dit wordt ook in de huisartsenzorg gezien. POH's-ggz begeleiden in 2019 samen met de huisarts 600.000 van de 1,4 miljoen patiënten die hulp zochten voor psychische problematiek (NZA 2019). Het aantal zorgcontacten van de POH-ggz neemt ook al jaren toe. Ten opzichte van 2019 is het aantal consulten bij de POH-ggz in 2020 met 8,6% toegenomen (naar 163 contacten per 1000 geregistreerde patiënten) (Nielen 2020).

Er zijn verschillende oorzaken voor deze toegenomen zorgvraag. Ten eerste spelen factoren als vergrijzing en immigratie een rol: ouderen en mensen met een migratieachtergrond hebben meer risico op psychische problematiek. Ten tweede is er sprake van medicalisering van levensfaseproblematiek (zoals keuzes rondom studie/werk of het uit huis gaan van kinderen) en 'psychische klachten die bij het leven horen' (zoals

omgaan met rouw, verlies of ziekte) (Coalitieakkoord 2021). Ten derde is er steeds minder een taboe op het zoeken van ggz-hulp. Overheidscampagnes, zoals 'Hey het is oké, maak depressie bespreekbaar', en meer openheid in bijvoorbeeld de media hebben dit ook gestimuleerd. In Nederland ligt de drempel om hulp te zoeken voor psychische of emotionele problemen relatief laag in vergelijking met andere landen (De Visser 2021).

Beperkte afstemming tussen huisarts, ggz en sociaal domein

Bij milde psychische klachten en samenhang met sociaal-maatschappelijke problematiek verwijst de huisarts regelmatig naar hulpverleners binnen het sociaal domein. De structuren voor onderlinge afstemming tussen de huisartsenzorg en het sociaal domein zijn echter nog niet zo doorontwikkeld als binnen de somatische gezondheidszorg. Dit komt onder andere doordat het aanbod aan sociale hulpverlening sterk wisselt tussen gemeenten en wijken, waardoor de huisarts en hulpverleners elkaar moeilijk weten te vinden. Ook vindt in lang niet alle gevallen structureel onderling overleg plaats tussen huisartsen en hulpverleners binnen het sociaal domein, of terugkoppeling na een verwijzing (Van Arum 2020). Ook de afstemming tussen de huisartsenzorg en ggz verloopt vaak suboptimaal. Huisartsen willen op zowel incidentele als structurele basis overleg kunnen voeren met de ggz-behandelaars van hun patiënten. Op dit moment is dit niet mogelijk, mede doordat de financieringsstructuur in de ggz dit niet toelaat.

Visie Huisartsenzorg
voor patiënten met
psychische problematiek

Toelichting op de visie

Inhoudsopgave van
de toelichting

1 Psychische zorg in de huisartsenpraktijk en daarbuiten

2 Randvoorwaarden psychische huisartsenzorg

3 Kernpunten psychische zorg in de huisartsenpraktijk

4 Zorg voor specifieke doelgroepen

5 Extra aanbod

6 Totstandkoming van de visie

7 Literatuurlijst

Beperkte capaciteit ggz

Binnen de ggz kampt men met personeels- en budgettekorten. Met name bij de instellingen die gespecialiseerde ggz aanbieden is een groot capaciteitsprobleem. Oorzaken zijn bezuinigingen, het schrappen van bedden en een onaantrekkelijk werkklimaat (door de hoge werkdruk). Ook is de afgenomen klinische capaciteit niet volledig gecompenseerd, doordat de ambulante capaciteit onvoldoende is toegenomen (Algemene Rekenkamer 2020). Tot slot zijn er steeds meer ggz-aanbieders die niet met alle verzekeraars een contract hebben afgesloten, wat de toegankelijkheid verder beperkt.

Wachttijden

De toegenomen vraag en beperkte capaciteit leiden tot lange wachttijden, met name in de gespecialiseerde ggz (Vektis 2022). In de gespecialiseerde ggz overschrijdt 33% van de zorginstellingen de Treeknorm, de maximaal aanvaardbare wachttijd die is afgesproken met zorgaanbieders en -verzekeraars (Kwartaalcijfers Vektis en NZA derde kwartaal 2021).

Versnippering

Binnen de ggz vindt steeds meer specialisatie plaats, waardoor het zorgaanbod versnipperd is geraakt. Steeds meer ggz-aanbieders richten zich op een specifieke aandoening of specifiek zorgaanbod, waardoor patiënten aan specifieke eisen moeten voldoen om in behandeling te komen. Zaken als psychiatrische comorbiditeit (bijvoorbeeld een verslaving of verstandelijke beperking) zijn steeds vaker een reden voor afwijzing van de patiënt. Dit is problematisch, omdat comorbiditeit bij patiënten met psychische problematiek juist erg vaak voorkomt

(Van Oudheusden 2015). Zo komt het vaak voor dat patiënten met milde problematiek relatief snel geholpen worden, terwijl voor patiënten met complexere problematiek geen geschikte hulp te vinden is (Beeres 2017). Als deze patiënten met complexe problematiek in behandeling komen, is dit vaak bij verschillende behandelaars, die onderling weinig samenwerken, met inefficiënte zorg tot gevolg. Tot slot leidt de verdere specialisatie ertoe dat het binnen de huisartsenpraktijk moeilijk is om overzicht te hebben en houden van de beschikbare expertise per aanbieder.

1.3.1 Gevolgen knelpunten voor huisartsenzorg

De huisartsenzorg is slechts 1 van de schakels in de zorg voor patiënten met psychische problematiek. Voor een adequate uitoefening van de huisartsenrol binnen de psychische zorg is de samenhang met de andere echelons essentieel. Wanneer de zorg in een ander echelon stagneert, heeft dit consequenties voor (onder meer) de huisartsenzorg.

De beperkte toegankelijkheid van de ggz maakt bijvoorbeeld dat huisartsen hun rol als poortwachter en verwijzer niet goed kunnen vervullen en soms noodgedwongen te lang te zware zorg binnen de eigen setting moeten blijven verlenen. Huisartsen en POH's-ggz raken overbelast door de zorg voor patiënten met te zware problematiek voor de huisartsenzorg, die niet in de ggz terecht kunnen. Hierdoor komt de zorg voor patiënten die wel in de huisartsenzorg behandeld kunnen worden in het gedrang.

2 Randvoorwaarden psychische huisartsenzorg

De huisartsenzorg voorziet in een groot deel van de behoefte aan generalistische psychische zorg bij milde psychische problematiek. We willen deze zorg graag blijven leveren. Er zijn echter wel randvoorwaarden verbonden aan het leveren van kwalitatief goede zorg, nu en in de toekomst.

In algemene zin geldt dat de financiering van psychische huisartsenzorg op orde moet blijven en dat er in de toekomst ook financiering komt voor domeinoverstijgende samenwerking (tussen huisartsenzorg, ggz en het sociaal domein).

Daarnaast zijn er inhoudelijke randvoorwaarden voor de samenwerking met andere partijen.

Publieke gezondheid

- De landelijke en lokale overheid besteedt aandacht aan sociaal-economische (on)gelijkheid en kansen(on)gelijkheid op het gebied van mentale gezondheid.
- De overheid blijft openheid over psychische klachten stimuleren, maar stimuleert daarbij ook zelfredzaamheid en het versterken van veerkracht door bijvoorbeeld aandacht hiervoor in onderwijs, campagnes gericht op zelfzorg en collectieve preventie. Het doel hiervan is om de medicalisering van psychische klachten die 'bij het leven horen' tegen te gaan.

Sociaal domein

- Huisartsen kunnen in elke gemeente verwijzen naar een uniform breed georiënteerd basisaanbod binnen het sociaal domein (bestaand uit bijvoorbeeld maatschappelijk werk, financiële ondersteuning en gezinscoaches).
- Het sociaal domein is voor huisartspraktijken benaderbaar via een centraal punt waar kennis is over het lokale aanbod en waar afstemming plaats kan vinden over de meest passende zorg voor de patiënt. Dit centrale punt kan het wijkteam zijn, maar kan ook op andere manieren georganiseerd zijn (bijvoorbeeld via het WMO-loket of initiatieven zoals **'Waar is Wally?'**)
- Samenwerking tussen de huisartsenzorg en het sociaal domein wordt verstevigd. Zie hiervoor **hoofdstuk 3.6.**

Ggz

- Samenwerking tussen de huisartsenzorg en ggz vindt plaats volgens de Landelijke Samenwerkingsafspraken ggz en jeugd-ggz (Landelijke Samenwerkingsafspraken 2016; Landelijke Samenwerkingsafspraken Jeugd-ggz 2019).
- De ggz verricht alle mogelijke inspanningen om ervoor te zorgen dat de tijd voor beoordeling van een aanmelding en de wachttijden voor intake en behandeling binnen de generalistische en gespecialiseerde ggz worden teruggedrongen tot binnen de Treeknormen.

Visie Huisartsenzorg voor patiënten met psychische problematiek

Toelichting op de visie

Inhoudsopgave van de toelichting

1 Psychische zorg in de huisartsenpraktijk en daarbuiten

2 Randvoorwaarden psychische huisartsenzorg

3 Kernpunten psychische zorg in de huisartsenpraktijk

4 Zorg voor specifieke doelgroepen

5 Extra aanbod

6 Totstandkoming van de visie

7 Literatuurlijst

- Ggz-behandelaars zijn voor huisartsen laagdrempelig beschikbaar voor (direct) intercollegiaal overleg, analoog met de somatische zorg.
- De crisisdienst is 24 uur per dag bereikbaar en heeft voldoende capaciteit om patiënten met acute psychische problematiek voldoende snel te beoordelen.
- Na de intake binnen de ggz neemt de ggz-behandelaar de verantwoordelijkheid om binnen 4 weken (de Treeknorm) het meest passende zorgaanbod voor de patiënt te bepalen. Als de patiënt niet terecht kan bij de aanbieder waar in eerste instantie naar verwezen is, denkt deze aanbieder actief mee over een passend alternatief.
- Wanneer een patiënt binnen de ggz voor een intake gezien is, wordt de ggz-behandelaar regiebehandelaar en dus eindverantwoordelijk voor de geleverde zorg, analoog met de somatische zorg.
- Ggz-behandelaars verwijzen patiënten die in behandeling zijn genomen direct door naar andere ggz-behandelaars wanneer zij denken dat dit noodzakelijk is, zonder tussenkomst van de huisarts. Ggz-aanbieders accepteren hierbij ook verwijzingen van Gz-psychologen, zodat deze verwijzingen niet via de huisarts hoeven te lopen.
- De inhoudelijke samenwerking tussen de huisartsenzorg en ggz wordt versterkt. Zie **hoofdstuk 3.5**.

Visie Huisartsenzorg
voor patiënten met
psychische problematiek

Toelichting op de visie

Inhoudsopgave van
de toelichting

1 Psychische zorg in
de huisartsenpraktijk
en daarbuiten

2 Randvoorwaarden
psychische huisartsenzorg

**3 Kernpunten psychische zorg
in de huisartsenpraktijk**

4 Zorg voor specifieke
doelgroepen

5 Extra aanbod

6 Totstandkoming van
de visie

7 Literatuurlijst

3 Kernpunten psychische zorg in de huisartsenpraktijk

3.1 Kernpunt 1: Geen preventie, wel case-finding

Veel mentale gezondheidsproblemen worden veroorzaakt door sociale problematiek, zoals onzekerheid van werk of inkomen, huisvestingsproblematiek of schulden. Het sociaal domein en de overheid hebben een belangrijke taak in de preventie van psychische problematiek, door het aanpakken van deze sociale problematiek en het ondersteunen van mensen bij het verbeteren van hun sociale basis. Binnen de psychische zorg beperkt de preventieve rol van de huisartsenzorg zich tot 'case-finding'.

Wanneer een patiënt in de huisartsenpraktijk op het spreekuur komt en er aanleiding toe is, gaat de huisarts (of een andere praktijkmedewerker) het gesprek aan over mentale gezondheid. De huisarts geeft voorlichting, stimuleert gedrag dat de (mentale) gezondheid bevordert en wijst de patiënt op de toegang tot het sociaal wijkteam of eventuele preventieve programma's in de regio of in de wijk. De huisartsenzorg speelt geen verdere proactieve preventieve rol in bijvoorbeeld screenings- en/of voorlichtingscampagnes (Toekomstvisie Huisartsenzorg 2012).

3.2 Kernpunt 2: Beoordeling en diagnostiek

De huisartsenzorg is 24/7 beschikbaar voor het eerste contact en beoordeling van patiënten (van jong tot oud) met psychische klachten, waarbij dit in de ANW-uren alleen voor spoedgevallen geldt. Op basis van deze beoordeling bepaalt de huisarts met behulp van de NHG-Standaarden welke zorg het beste bij de patiënt past: voorlichting en/of zelfzorg, behandeling

binnen het sociaal domein, behandeling in de huisartsenzorg door huisarts of POH-ggz of behandeling binnen de (gespecialiseerde) ggz.

De beoordeling en diagnostiek gebeuren vanuit een generalistisch huisartsgeneeskundig perspectief: de huisarts bekijkt de lichamelijke, psychische en sociaal-maatschappelijke aspecten van de vraag van de patiënt en maakt een eerste inschatting van de (ernst van de) problematiek. Hierbij houdt de huisarts zo goed mogelijk rekening met de individuele kenmerken van de patiënt, de achtergrond, coping, levensloop en de leef- en werkomgeving.

Huisartsen maken in het diagnostisch proces onder andere gebruik van DSM-criteria, maar beoordelen bovenal de gehele patiënt klachtgericht en in de persoonlijke context. Wanneer ze patiënten naar de ggz verwijzen, gebeurt dit op basis van deze integrale huisartsgeneeskundige diagnostiek, waarbij ze indien passend de vermoedelijke DSM-diagnose vermelden. Er vindt binnen de huisartsenzorg geen uitgebreide specialistische DSM-classificatie plaats.

Voor veel patiënten is de huisarts als vast aanspreekpunt in de zorg een vertrouwenspersoon met wie zij ook psychische problemen, verslavingsproblemen en seksuele problemen bespreken. De huisarts kan, met toestemming van de patiënt, ook op eigen initiatief dergelijke problemen aan de orde stellen (Kramer 2011).

De huisarts vraagt de patiënt naar zijn klachten om deze in zijn persoonlijke context te begrijpen. Lichamelijke, psychische en sociaal-maatschappelijke klachten

Visie Huisartsenzorg voor patiënten met psychische problematiek

Toelichting op de visie

Inhoudsopgave van de toelichting

- 1 Psychische zorg in de huisartsenpraktijk en daarbuiten
- 2 Randvoorwaarden psychische huisartsenzorg
- 3 Kernpunten psychische zorg in de huisartsenpraktijk**
- 4 Zorg voor specifieke doelgroepen
- 5 Extra aanbod
- 6 Totstandkoming van de visie
- 7 Literatuurlijst

zijn vaak sterk met elkaar verweven. Het is een taak van de huisarts om die verwevenheid te ontrafelen, om de mogelijke samenhang tussen klachten en psychische of sociaal-maatschappelijke problemen uit te leggen en om de patiënt passende zorg te bieden.

Psychische problematiek kan het gevolg zijn van uiteenlopende factoren, zoals karaktertrekken, persoonlijke omstandigheden, stress, copingstijl en de voorgeschiedenis van de patiënt. Ingrijpende gebeurtenissen, zoals overlijden, echtscheiding, een ernstige ziekte of problemen op het werk, kunnen mensen uit balans brengen.

De huisarts maakt zo goed mogelijk een inschatting van de problematiek met aandacht voor lijdensdruk, de mate van disfunctioneren, stemming, cognities, het sociale netwerk, coping, draag- en veerkracht. Samen met de patiënt brengt de huisarts de sterke en kwetsbare kanten en oplossingsvaardigheden in kaart (zie ook **hoofdstuk 3.3**).

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 (Gezondheidsraad 2010).

De huisarts heeft andere uitgangspunten bij het diagnosticeren van psychische klachten dan de psychiater, mede doordat de huisarts te maken heeft met een andere patiëntenpopulatie. Huisartsen verrichten huisartsgeneeskundige diagnostiek gebaseerd op de

NHG-Standaarden. De huisarts (of POH-ggz) stelt in de regel een werkdiagnose en legt deze via de ICPC-classificering vast in het huisartsinformatiesysteem (HIS). De huisarts maakt hierbij onder andere gebruik van DSM-criteria. Bij vermoeden van een psychiatrische stoornis volgens DSM-criteria en verwijzing naar de ggz wordt de vermoedelijke DSM-diagnose genoemd. Uitgebreide specialistische DSM-classificatie is geen huisartsenzorg en vindt zo nodig in de ggz plaats (Landelijk Kwaliteitsstatuut GGZ 2020). Online vragenlijsten kunnen de fase van probleemverheldering ondersteunen, maar vervangen het normale huisartsgeneeskundige psychiatrische onderzoek niet.

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 contacten met patiënten met psychische problemen vraagt 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 effectieve communicatie met en de diagnostiek van patiënten met psychische problemen in de huisartsenvoorziening.

Inschatting ernst klachten en bijpassende behandeling

Op basis van het diagnostisch proces schat de huisarts de ernst van de psychische klachten in en bepaalt de huisarts welke zorg het beste bij de patiënt past: voorlichting en/of zelfzorg, behandeling binnen het sociaal domein, behandeling in de huisartsenzorg door huisarts of POH-ggz of behandeling binnen

Visie Huisartsenzorg voor patiënten met psychische problematiek

Toelichting op de visie

Inhoudsopgave van de toelichting

- 1 Psychische zorg in de huisartsenpraktijk en daarbuiten
- 2 Randvoorwaarden psychische huisartsenzorg
- 3 Kernpunten psychische zorg in de huisartsenpraktijk**
- 4 Zorg voor specifieke doelgroepen
- 5 Extra aanbod
- 6 Totstandkoming van de visie
- 7 Literatuurlijst

de (gespecialiseerde) ggz. In hoofdstuk 1.2 staat beschreven in welke gevallen verwijzing naar welke zorgverlener gepast is. Voor specifieke medisch-inhoudelijke adviezen over het diagnostisch proces, een inschatting van de ernst van de psychische klachten en behandeling verwijzen we naar de NHG-Standaarden over specifieke psychische klachten en aandoeningen.

Zie voor meer adviezen over verwijzing naar de ggz **hoofdstuk 3.4**.

3.3 Kernpunt 3: Begeleiding en behandeling in de huisartsenpraktijk

De huisarts of POH-ggz behandelt patiënten met de minst ingrijpende generieke 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 voor de huisartsenzorg, waarbij de huisarts of POH-ggz rekening houdt met de wensen, motivatie en mogelijkheden van de patiënt. Hierbij wordt waar mogelijk en gewenst ook gebruik gemaakt van effectieve ondersteunende e-health modules. De huisarts kan psychische zorg binnen de huisartsenvoorziening delegeren aan de POH-ggz. Afstemming en samenwerking met de bedrijfsarts kan aan de orde zijn indien er sprake is van werkgerelateerde of werkrelevante psychische problematiek.

De huisartsenzorg biedt zorg aan patiënten met veelvoorkomende psychische problematiek. Zowel milde psychische klachten waarvan de huisarts na beoordeling concludeert dat ze niet (meer) 'bij het leven horen' als eenvoudige veelvoorkomende psychische stoornissen worden in de huisartsenpraktijk behandeld.

Milde psychische klachten die 'bij het leven horen' worden niet in de huisartsenpraktijk behandeld. Hierbij wijst de huisarts op zelfzorgadviezen (zie **hoofdstuk 1.2**). Psychische huisartsenzorg heeft de laatste decennia een belangrijke impuls gekregen door het verschijnen van diverse **NHG-Standaarden**, samenwerkingsafspraken op wijk- en regioniveau en bijbehorende implementatiematerialen en **de komst van de POH-ggz**. De begeleiding en behandeling in de huisartsenzorg vindt plaats op basis van de 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, passend bij de aard en ernst van de problematiek: weinig zorg als het kan en veel als het nodig is. 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. Afstemming en samenwerking met de bedrijfsarts kan aan de orde zijn bij werkgerelateerde of werkrelevante psychische problematiek.

De huisarts kent vaak het hele gezin. Als een kind (mogelijk) schade ondervindt van de (psychische) ziekte of problemen van de ouder(s), wordt de huisarts aangeraden hierover in gesprek te gaan met de betrokkenen en passende ondersteuning van bijvoorbeeld het Centrum voor Jeugd en Gezin of het wijkteam te adviseren. In diverse gemeenten is de

Visie Huisartsenzorg voor patiënten met psychische problematiek

Toelichting op de visie

Inhoudsopgave van de toelichting

- 1 Psychische zorg in de huisartsenpraktijk en daarbuiten
- 2 Randvoorwaarden psychische huisartsenzorg
- 3 Kernpunten psychische zorg in de huisartsenpraktijk**
- 4 Zorg voor specifieke doelgroepen
- 5 Extra aanbod
- 6 Totstandkoming van de visie
- 7 Literatuurlijst

verbinding hiermee te leggen via de 'ondersteuner jeugd' van de gemeente, die expertise en nauwe contacten heeft met het gemeentelijk en sociaal domein op het gebied van jeugdzorg. De afspraken over de behandeling worden vastgelegd in het HIS.

E-health

E-health is het geheel van digitale informatie- en communicatietechnologieën gericht op het verbeteren van de gezondheid. In dit verband spreken we over 'e-mental health'.

Het toepassen van e-mental health kan een aanvulling zijn op de begeleiding en behandeling van patiënten met psychische problemen, als vorm van zelfzorg, of als ondersteuning van een psychische behandeling binnen de huisartsenpraktijk, mits het digitale programma is ingebed in een relatie met de huisarts of POH-ggz en passend bij de patiënt wordt ingezet. De effectiviteit van e-mental health is onder meer afhankelijk van de vaardigheden en mogelijkheden van de patiënt om met digitale informatie te kunnen omgaan en diens motivatie. Ongeveer 2,5 miljoen Nederlanders zijn laaggeletterd en 29% beschikt over weinig gezondheidsvaardigheden (Stichting Lezen en Schrijven 2021). Het is belangrijk om hier rekening mee te houden.

In een aantal NHG-Standaarden is gewezen op e-health-toepassingen waarvan de effectiviteit is aangetoond (**richtlijn Depressie** en **richtlijn Problematisch alcoholgebruik**). Het is zinvol deze toepassingen aan te bieden binnen het reguliere zorgaanbod.

3.4 Kernpunt 4: Rol van de huisarts als poortwachter voor de ggz

De huisarts vervult de rol van poortwachter voor de generalistische ggz en gespecialiseerde ggz. De huisarts verwijst patiënten alleen als dat nodig is en zo veel mogelijk op grond van vigerende richtlijnen, zorgstandaarden en samenwerkingsafspraken met zorgverleners in de ggz.

De poortwachtersfunctie wordt sinds 2014 beïnvloed door maatregelen die de overheid heeft genomen om de verwijzing naar de generalistische en gespecialiseerde ggz af te remmen. Om voor vergoeding in aanmerking te komen moet de huisarts verwijzen op basis van (een vermoeden van) een stoornis die voldoet aan de DSM IV-criteria (zie ook **hoofdstuk 3.2**). 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.

In welke behandelsetting 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/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 de diagnostiek en behandeling van andere zorgverleners in de ggz vergt.

De landelijke ggz-samenwerkingsafspraken bieden een inhoudelijk kader voor verwijzing (Landelijke samenwerkingsafspraken ggz 2016). Deze afspraken geven aanbevelingen over de vorm en het proces

Visie Huisartsenzorg voor patiënten met psychische problematiek

Toelichting op de visie

Inhoudsopgave van de toelichting

- 1 Psychische zorg in de huisartsenpraktijk en daarbuiten
- 2 Randvoorwaarden psychische huisartsenzorg
- 3 Kernpunten psychische zorg in de huisartsenpraktijk**
- 4 Zorg voor specifieke doelgroepen
- 5 Extra aanbod
- 6 Totstandkoming van de visie
- 7 Literatuurlijst

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.

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

Regionale huisartsenorganisaties (RHO's) spelen op wijk- en regioniveau een belangrijke rol om met mandaat van de zorgprofessionals de verbinding te leggen met ggz-aanbieders en namens de aangesloten huisartsen samenwerkingsafspraken te maken en te zorgen voor passende randvoorwaarden.

3.5 Kernpunt 5: Continuïteit en samenwerking

Goede structurele samenwerking tussen de huisartsenzorg, het sociaal domein en de ggz is essentieel voor de continuïteit van zorg. Passende financiering vormt hiervoor een essentiële randvoorwaarde (zie hoofdstuk 2). De samenwerking kan verstevigd worden door verbindende initiatieven tussen de verschillende sectoren. Hiervan bestaan al diverse regionale goede voorbeelden.

Samenwerking kan laagdrempeliger gemaakt worden door de uitbreiding van ICT-mogelijkheden voor digitaal overleg of gegevensuitwisseling tussen huis-

artsenzorg, ggz en het sociaal domein. De RHO's ondersteunen huisartsen in de samenwerking met de ggz en het sociaal domein, bijvoorbeeld bij het maken van regionale samenwerkingsafspraken, zodat niet alle huisartsenpraktijken dit individueel hoeven te doen. Hierbij baseren zij zich op de kernwaarden en -taken van de huisartsenzorg.

Het is, met het oog op continue en samenhangende zorg voor de patiënt, belangrijk dat:

- de huisarts zorgt voor een duidelijke verwijsbrief, conform de landelijke samenwerkingsafspraken ggz (Landelijke samenwerkingsafspraken ggz 2016);
- de behandelaar in de ggz aansluit bij de eventuele behandeling die al in de huisartsenpraktijk geleverd is;
- de behandelaar in de ggz de huisarts na verwijzing van de patiënt (schriftelijk of telefonisch) op de hoogte houdt van het behandelbeleid.

In geval van wachttijden adviseert de huisarts de patiënt contact op te nemen met de ggz-aanbieder en zorgverzekeraar. De zorgverzekeraar is verantwoordelijk voor het leveren van een passend aanbod en dient naar alternatieven te zoeken (al dan niet in overleg met de huisarts/RHO, bijvoorbeeld met behulp van een overlegtafel) en zo nodig zorg te bieden ter overbrugging van de wachttijd.

Goede voorbeelden regionale samenwerking

Structurele samenwerking tussen de huisartsenzorg en het sociaal domein kan plaatsvinden door structureel overleg tussen huisartsen/RHO's en sociale wijkteams, inzet van een ondersteuner jeugd vanuit de gemeente, die een *linking pin* kan vormen, of initia-

Visie Huisartsenzorg voor patiënten met psychische problematiek

Toelichting op de visie

Inhoudsopgave van de toelichting

- 1 Psychische zorg in de huisartsenpraktijk en daarbuiten
- 2 Randvoorwaarden psychische huisartsenzorg
- 3 Kernpunten psychische zorg in de huisartsenpraktijk**
- 4 Zorg voor specifieke doelgroepen
- 5 Extra aanbod
- 6 Totstandkoming van de visie
- 7 Literatuurlijst

tieven als 'welzijn op recept', 'krachtige basiszorg' of 'blauwe zorg.' Ook zijn er goede voorbeelden van structurele samenwerking tussen huisartsenpraktijken of RHO's en ggz (en soms ook het sociaal domein) in de vorm van het organiseren van laagdrempelige onderlinge consultatie, regionaal ggz-overleg, of transfertafels met alle betrokken disciplines. Uitgangspunten bij al deze vormen van samenwerking zijn een brede blik op de problematiek, het centraal plaatsen van de behoeften van de patiënt en het bieden van de juiste zorg op de juiste plek.

Ook vanuit de ggz worden steeds meer initiatieven ontplooid die zich richten op de verbetering van de samenwerking en die aansluiten bij deze uitgangspunten. Voorbeelden zijn initiatieven als **GEM** (waarbij het doel is om vanuit een breder perspectief en veel meer in gezamenlijkheid een antwoord te formuleren op de vraag van de patiënt) en de **FIT-academy** (waarbij het doel is om behandelaars in de ggz trainingen aan te bieden gericht op de herstelvisie en het centraal plaatsen van de relatie met de patiënt).

Coördinatie op wijk- en regioniveau

Regionale Huisartsen- en Eerstelijns Organisaties (RHO's) creëren door meer eenheid en kortere lijnen in de regio efficiëntie en slagkracht van de huisartsenzorg en de eerste lijn. De ontwikkelingen in de zorg voor patiënten met psychische problematiek vormen 1 van de onderwerpen in een gedragen regiobeeld en regioplan, opgesteld door de RHO (Visie regionale samenwerking 2022). Zo'n regioplan vormt de basis voor de organisatie van de psychische zorg in de regio en de wijk.

RHO's spelen een belangrijke coördinerende rol op wijk- en regioniveau om met mandaat van de zorgprofessionals de verbinding te leggen met aanbieders van ggz, het sociaal domein, gemeenten en namens de aangesloten huisartsen samenwerkingsafspraken te maken en te zorgen voor de passende randvoorwaarden. Ook bij projecten die de samenwerking tussen de huisartsenzorg en de ggz en/of het sociaal domein beogen te verbeteren hebben RHO's een initiërende en participerende rol. Het belang van een goede afstemming met gemeenten, het sociaal domein en zorgverleners in de ggz rechtvaardigt een financieringsregeling voor het organiseren van deze samenwerking.

Consultatie op basis van samenwerkingsafspraken

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

Behandelaars in de ggz worden bij voorkeur op basis van samenwerkingsafspraken geconsulteerd over vragen over 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-faceconsult met of zonder de patiënt en naastbetrokkene(n). Een andere vorm is dat de consultant de patiënt en naastbetrokkene(n) zelf spreekt

Visie Huisartsenzorg voor patiënten met psychische problematiek

Toelichting op de visie

Inhoudsopgave van de toelichting

1 Psychische zorg in de huisartsenpraktijk en daarbuiten

2 Randvoorwaarden psychische huisartsenzorg

3 Kernpunten psychische zorg in de huisartsenpraktijk

4 Zorg voor specifieke doelgroepen

5 Extra aanbod

6 Totstandkoming van de visie

7 Literatuurlijst

en het consult vervolgens nabespreekt met de huisarts, bijvoorbeeld met een telefonische consultatie, een e-mailconsultatie of in een patiëntgebonden multidisciplinair overleg.

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

Kenmerken van een consultatie

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

Contact na verwijzing

Patiënten die verwezen zijn naar de generalistische of gespecialiseerde ggz blijven in behandeling bij de huisartsenpraktijk 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

(Van Hasselt 2014). Het is wenselijk dat de ggz-behandelaar met de huisarts overlegt voordat de patiënt naar een behandelaar in een ander ggz-echelon verwezen wordt. Bij langdurige behandeltrajecten is het wenselijk dat de huisarts ten minste eenmaal per jaar een rapportage krijgt vanuit de ggz-instelling. **De landelijke samenwerkingsafspraken** bieden een handvat om hierover lokale afspraken te maken.

Wachttijden

Als er wachttijden zijn, adviseert de huisarts de patiënt contact op te nemen met de ggz-aanbieder en zorgverzekeraar. Ggz-aanbieder en zorgverzekeraar zorgen voor contact met de patiënt. De zorgverzekeraar is verantwoordelijk voor het bieden van een passend aanbod ter overbrugging van de wachttijd. Het zoeken naar een behandelaar met een kortere wachttijd en/of het bieden van overbruggingszorg vormt geen onderdeel van de huisartsenzorg. Uiteraard kan vanuit de huisartsenzorg wel worden meegedacht wanneer casuïstiek besproken wordt in onderlinge overleggen, zoals bij een regionale overlegtafel.

3.6 Kernpunt 6: 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. Wanneer de huisarts verwacht dat een patiënt een (beperkt) aantal aanvullende gesprekken binnen de huisartsenzorg nodig heeft om weer mentaal zelfredzaam te zijn, kan de huisarts de POH-ggz inschakelen. De huisarts draagt eindverantwoordelijkheid voor de zorg van de POH-ggz. Dit maakt het belangrijk dat de huisarts en POH-ggz deskundig zijn op het terrein van de veelvoorkomende psychische problemen en onderling

Visie Huisartsenzorg voor patiënten met psychische problematiek

Toelichting op de visie

Inhoudsopgave van de toelichting

- 1 Psychische zorg in de huisartsenpraktijk en daarbuiten
- 2 Randvoorwaarden psychische huisartsenzorg
- 3 Kernpunten psychische zorg in de huisartsenpraktijk**
- 4 Zorg voor specifieke doelgroepen
- 5 Extra aanbod
- 6 Totstandkoming van de visie
- 7 Literatuurlijst

goed samenwerken. Vaste overlegmomenten tussen huisarts en POH-ggz zijn wenselijk.

De POH-ggz biedt generalistische psychische huisartsenzorg voor patiënten van alle leeftijden met milde veelvoorkomende klachten en stoornissen. Daarom achten wij het in het algemeen niet noodzakelijk dat huisartsenpraktijken verder gespecialiseerde POH's inzetten, zoals POH's-jeugd. Afhankelijk van de samenstelling van de praktijkpopulatie (bijvoorbeeld bij relatief veel jeugd in de praktijk) kunnen huisartsenpraktijken hier in individuele gevallen van afwijken. Het uitgangspunt blijft hierbij dat de POH-ggz zorg levert die past binnen de huisartsenzorg.

Met de invoering van het huidige ggz-stelsel in 2014 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. Hiermee moet rekening worden gehouden in het totale huisartsenbudget. Uitbreiding van de POH-ggz-capaciteit mag niet ten koste gaan van andere elementen in de financiering van de huisartsenzorg.

3.6.1 Profiel POH-ggz

De POH-ggz maakt deel uit van het huisartsteam en werkt ondersteunend aan de huisarts. Dat betekent dat de POH-ggz ook huisartsenzorg biedt. De POH-ggz biedt dus geen (basis of gespecialiseerde) ggz, maar houdt zich net als de huisarts bezig met de veelvoorkomende, milde psychische problematiek en eenvoudige psychische stoornissen bij patiënten van alle leeftijden. 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.

De taken zijn beschreven in het generalistische **functie- en competentieprofiel POH-ggz**, dat is opgesteld door de veldpartijen.

Er bestaat lokaal en regionaal variatie in de manier waarop deze rol 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 RHO's of rechtstreeks door een huisartsenvoorziening of -groep.

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 door alle aanbieders van de opleiding tot POH-ggz wordt toegepast. Ook is het essentieel dat de POH-ggz onafhankelijk is. Wanneer een POH-ggz gedetacheerd is vanuit een ggz-instelling, is het van belang dat de POH-ggz binnen de huisartsenpraktijk los van deze ggz-instelling kan acteren, ook met betrekking tot bijvoorbeeld verwijzadviezen.

Visie Huisartsenzorg
voor patiënten met
psychische problematiek

Toelichting op de visie

Inhoudsopgave van
de toelichting

1 Psychische zorg in
de huisartsenpraktijk
en daarbuiten

2 Randvoorwaarden
psychische huisartsenzorg

3 **Kernpunten psychische zorg
in de huisartsenpraktijk**

4 Zorg voor specifieke
doelgroepen

5 Extra aanbod

6 Totstandkoming van
de visie

7 Literatuurlijst

Begrenzing van taken

De functie POH-ggz is een functie binnen de huisartsenvoorziening c.q. huisartsgeneeskunde. De POH-ggz is daarom in staat de huisarts te ondersteunen bij de zorgverlening aan mensen met psychische, psychosomatische en psychosociale problematiek, zoals omschreven in NHG-Standaarden, relevante kwaliteitsstandaarden Akwa ggz en samenwerkingsafspraken (zoals LESA's). De POH-ggz dient zich dus bewust te zijn van de handelingsgrenzen. Mogelijk heeft de praktijkondersteuner competenties om vanuit opleiding en/of ervaring in andere functies bepaalde vormen van begeleiding of behandeling uit te voeren die niet primair tot de huisartsgeneeskunde behoren. Hoewel er altijd uitzonderingen mogelijk zijn, dient de POH-ggz de grenzen van de huisartsgeneeskunde te respecteren.

De reguliere POH-ggz is in staat huisartsgeneeskundige psychische zorg te leveren aan patiënten van alle leeftijden. Vanuit dit generalistische uitgangspunt wordt het niet noodzakelijk geacht dat er verder gespecialiseerde POH's ingezet worden. Dit vormt geen onderdeel van het basisaanbod in de huisartsenpraktijk. Afhankelijk van de samenstelling van de praktijkpopulatie kan hier in individuele gevallen van afgeweken worden en kan er worden gekozen voor een extra of bijzonder aanbod op het gebied van jeugd- of ouderenzorg. Het uitgangspunt is echter dat de POH-ggz zorg levert die past binnen de huisartsenzorg.

Consultduur en aantal consulten

De POH-ggz biedt huisartsenzorg, wat betekent dat niet dezelfde richtlijnen voor consultduur gelden als in de ggz. De consulten in de huisartsenzorg zijn

vaak korter, omdat het gaat om de begeleiding van veelvoorkomende, milde psychische problematiek die in de huisartsenpraktijk in een aantal gesprekken kan worden opgepakt.

In het functieprofiel van de POH-ggz staat helder beschreven wat verwacht wordt van de POH-ggz. Op pagina 14 staat:

'Het doel is dat de patiënt na een beperkt aantal gesprekken met de POH-ggz weer zelfredzaam is. In geval van stagnatie worden de klachten, symptomen en het individueel zorgplan heroverwogen en vindt zo nodig verwijzing plaats. Ook de begeleiding van stabiele, chronisch psychiatrische patiënten dient vanwege het karakter van de zorg in de huisartsenpraktijk in principe gelimiteerd van aard te zijn.' (zie voor meer informatie hierover **hoofdstuk 5**)

Verder staat qua tijdsaanduidingen in bijlage 4 van het functieprofiel:

Verwijs de patiënt naar de **generalistische ggz** bij:

- uitblijven van verbetering bij behandeling in de huisartsenvoorziening (indicatie: na 2 maanden);

Verwijs de patiënt naar de gespecialiseerde ggz bij:

- uitblijven van verbetering bij behandeling in generalistische ggz (indicatie: na 3 tot 4 maanden);
- uitblijven van verbetering bij behandeling in de huisartsenvoorziening (indicatie: na 2 maanden), waarbij de ernst en complexiteit van de problematiek behandeling in de generalistische ggz ongeschikt maken.

Visie Huisartsenzorg
voor patiënten met
psychische problematiek

Toelichting op de visie

Inhoudsopgave van
de toelichting

1 Psychische zorg in
de huisartsenpraktijk
en daarbuiten

2 Randvoorwaarden
psychische huisartsenzorg

**3 Kernpunten psychische zorg
in de huisartsenpraktijk**

4 Zorg voor specifieke
doelgroepen

5 Extra aanbod

6 Totstandkoming van
de visie

7 Literatuurlijst

3.6.2 Samenwerking huisarts en POH-ggz

De POH-ggz werkt onder verantwoordelijkheid van de huisarts, maar beschikt tegelijkertijd over een eigen professionele verantwoordelijkheid. De samenwerking kan per huisartsenvoorziening op verschillende wijze 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. Voor een goede samenwerking is het van belang dat de mate van autonomie van de POH-ggz duidelijk is. De wijze waarop de POH-ggz is gecontracteerd, mag het onafhankelijk functioneren niet in de weg staan.

De eindverantwoordelijkheid die de huisarts heeft ten aanzien van de POH-ggz vergt een goede werkrelatie met de POH-ggz, waarbij structureel overleg wenselijk is. De huisarts moet op de hoogte zijn van de kennis en kunde van de POH, zodat de huisarts 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.

Visie Huisartsenzorg
voor patiënten met
psychische problematiek

Toelichting op de visie

Inhoudsopgave van
de toelichting

1 Psychische zorg in
de huisartsenpraktijk
en daarbuiten

2 Randvoorwaarden
psychische huisartsenzorg

3 Kernpunten psychische zorg
in de huisartsenpraktijk

4 **Zorg voor specifieke
doelgroepen**

5 Extra aanbod

6 Totstandkoming van
de visie

7 Literatuurlijst

4 Zorg voor specifieke doelgroepen

4.1 Kwetsbare groepen en sociaal- maatschappelijke problematiek

De huisarts heeft aandacht voor psychisch kwetsbare patiënten (onder andere patiënten met een lage sociaal-economische status, (lichte) verstandelijke beperking, verslaving of suïcidale gedachten, kinderen, ouderen, en chronisch psychiatrische patiënten) en maakt hierbij gebruik van beschikbare kennis van de voorgeschiedenis, familiale factoren en de specifieke context van de patiënt.

Huisarts en POH-ggz kunnen bij deze groep tijdens consulten actief problemen signaleren ('case-finding') en passende hulp aandragen, waarbij ze zo mogelijk zelfzorg, steun van naasten en verwijzing naar preventieve hulp binnen het sociaal domein stimuleren.

Verschillende patiëntengroepen zijn extra kwetsbaar voor psychische problematiek.

Mensen met belastende omstandigheden en levensgebeurtenissen

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 licht verstandelijke beperking.

Mensen met een lage sociaal-economische status (SES)

Volwassenen met een lage SES zijn meer dan gemiddeld kwetsbaar voor psychische problematiek, belastende omstandigheden als (dreigende) werkloosheid en een gebrekkig sociaal netwerk. Voor deze patiënten is de eigen bijdrage voor de generalistische en gespecialiseerde ggz veelal een obstakel in verband met de beperkte beschikbare financiële middelen. Deze problemen gelden zeker ook voor dak- en thuislozen. Samenwerking en afstemming met het sociaal domein is bij deze doelgroep van groot belang.

Mensen met een licht verstandelijke beperking (LVB)

Volwassenen met LVB zijn kwetsbaarder voor psychische en sociaal-maatschappelijke problematiek (Sheehan 2015). Bovendien is de zorg binnen de ggz doorgaans niet afgestemd op hun cognitieve vermogens of behoeften. Het kiezen van de juiste zorgrichting kan bij deze doelgroep een extra uitdaging zijn. Hierbij is afstemming met sociaal domein en eventueel de arts verstandelijk gehandicapten van groot belang. Regionale overlegvormen, zoals overlegtafels, kunnen hieraan bijdragen (zie **hoofdstuk 3.5**).

Mensen met een verslaving

Ook volwassenen met een verslaving zijn kwetsbaarder voor aanvullende psychische en sociaal-maatschappelijke problematiek (Oudejans 2020). Voor patiënten met een verslaving geldt dat verslavingszorg en andere psychiatrische zorg apart van elkaar georganiseerd zijn, waardoor integrale behandeling van zowel

Visie Huisartsenzorg
voor patiënten met
psychische problematiek

Toelichting op de visie

Inhoudsopgave van
de toelichting

- 1 Psychische zorg in
de huisartsenpraktijk
en daarbuiten
- 2 Randvoorwaarden
psychische huisartsenzorg
- 3 Kernpunten psychische zorg
in de huisartsenpraktijk
- 4 **Zorg voor specifieke
doelgroepen**
- 5 Extra aanbod
- 6 Totstandkoming van
de visie
- 7 Literatuurlijst

verslavings- als aanvullende psychische problematiek vaak niet mogelijk is. Ook voor deze doelgroepen is afstemming met het sociaal domein en eventueel een verslavingsarts van groot belang. Regionale overlegvormen zoals overlegtafels kunnen hier ook aan bijdragen (zie **hoofdstuk 3.5**).

Mensen met suïcidale gedachten

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. De **NHG-Standaard Depressie** en de multidisciplinaire richtlijn **Diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag** geeft handvatten voor de omgang met deze patiënten. Het verdient aanbeveling dat huisartsen en POH-ggz zich op dit gebied scholen.

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. Bij de psychische zorg voor ouderen kan daarom afstemming met de specialist ouderengeneeskunde of geriater van groot belang zijn.

Chronisch psychiatrische patiënten

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 ondersteunende activiteiten voor deze patiënten, zoals proactieve contacten.

Een ernstige psychische aandoening gaat ook 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. De huisarts is daarom bij patiënten met chronische en ernstige psychische problemen alert op mogelijke lichamelijke aandoeningen en verricht bij deze populatie onder andere periodieke CVRM-controles (zie NHG-Standaard Cardiovasculair risicomanagement).

Naast deze vormen van monitoring zijn de psychische behandelingsmogelijkheden voor mensen met een ernstige chronische psychische aandoening binnen de huisartsenzorg beperkt. De huisartsenzorg heeft geen expertise op dit gebied. De psychische begeleiding en behandeling zelf vinden dan ook onder verantwoordelijkheid van de ggz plaats, bijvoorbeeld door een FACT-

Visie Huisartsenzorg voor patiënten met psychische problematiek

Toelichting op de visie

Inhoudsopgave van de toelichting

- 1 Psychische zorg in de huisartsenpraktijk en daarbuiten
- 2 Randvoorwaarden psychische huisartsenzorg
- 3 Kernpunten psychische zorg in de huisartsenpraktijk
- 4 Zorg voor specifieke doelgroepen**
- 5 Extra aanbod
- 6 Totstandkoming van de visie
- 7 Literatuurlijst

team (een team dat wijkgerichte ambulante zorg binnen de ggz levert). Alleen bij stabiele patiënten kan onder strikte voorwaarden overdracht van deze zorg naar de huisartsenzorg plaatsvinden (zie **hoofdstuk 5**).

4.2 Acute psychische problematiek

De huisartsenzorg is 24/7 beschikbaar voor het eerste contact en de beoordeling bij acute psychische problematiek van patiënten die nog niet in behandeling zijn bij een ggz-aanbieder. Na beoordeling beslist de huisarts 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 verwijst de huisarts hierbij naar de ggz of crisisdienst.

Bij indicatiestelling van dwangmaatregelen (verplichte ggz) heeft de huisarts een signalerende rol en verstrekt de huisarts indien nodig informatie aan bevoegde specialisten, zoals psychiater, specialisten ouderengeneeskunde en verslavingsartsen.

De huisarts is in veel gevallen het eerste aanspreekpunt voor patiënten met acute ggz -problematiek – zowel tijdens de reguliere praktijkuren als tijdens de avond-, nacht- en weekenddiensten. De huisarts fungeert ook in deze gevallen als poortwachter, maakt een inschatting van de urgentie en beoordeelt waar en wanneer de patiënt het best kan worden opgevangen.

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 soma-

tische oorzaken en/of onvoldoende therapietrouw. Als dat (vermoedelijk) het geval is, gaat de huisarts over tot een passende interventie. De huisarts baseert zich hierbij op de NHG-Standaarden.

Samenwerking met crisisdienst op basis van protocol

Patiënten en naasten kunnen in een heftige crisis-situatie aankloppen bij de huisarts of de huisartsenpost (HAP). Soms is de patiënt een gevaar voor zichzelf, anderen of zijn omgeving (thuis, in de huisartsenpraktijk of op de HAP). In die situaties verwijst de huisarts direct naar de crisisdienst of een 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 generieke module **Acute psychiatrie** is de handelingswijze van de crisisdienst verder uitgewerkt. Deze module bevat een triagestandaard waarin beschreven staat welke actie de crisisdienst bij welke urgentie dient uit te voeren.

De ggz-behandelaar moet ervoor zorgen dat de huisarts op de hoogte is van een signalerings- en crisisplan. De terugrapportage van de crisisdienst naar de HAP blijkt een knelpunt (Van der Erf 20015).

HAP's hebben te maken met onregelde psychiatrische en verslaafde psychiatrische patiënten. Bij enkele posten maken op gezette tijden een POH-ggz of een SPV-er deel uit van het team van de HAP.

Uit het oogpunt van continuïteit van zorg is het van belang dat de eigen huisarts in het dossier van de patiënt of de HAP informeert over instabiele patiënten met ernstige psychische problematiek die mogelijk in een crisis raken. Relevant is informatie over de diagnose, medicatie, ggz-behandelaar en een omgangs-

Visie Huisartsenzorg voor patiënten met psychische problematiek

Toelichting op de visie

Inhoudsopgave van de toelichting

- 1 Psychische zorg in de huisartsenpraktijk en daarbuiten
- 2 Randvoorwaarden psychische huisartsenzorg
- 3 Kernpunten psychische zorg in de huisartsenpraktijk
- 4 **Zorg voor specifieke doelgroepen**
- 5 Extra aanbod
- 6 Totstandkoming van de visie
- 7 Literatuurlijst

advies. Voorwaarde is dat de huisarts op de hoogte is bij wie de patiënt in de gespecialiseerde ggz in behandeling is, en dit ook meldt aan de waarnemer en HAP volgens de landelijke samenwerkingsafspraken ggz (Landelijke samenwerkingsafspraken ggz 2016).

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.¹

Wanneer de huisarts de patiënt niet veilig kan bezoeken of alleen kan laten in een crisissituatie, kan de huisarts via 112 de politie inschakelen. In het **model melding verward gedrag** uit 2017 is uitgewerkt welke stappen de huisarts kan zetten bij patiënten met verward gedrag.

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

4.3 Jeugd

De huisarts signaleert, indien mogelijk, bedreiging van de ontwikkeling van kinderen. De huisarts betreft, indien mogelijk, de achtergronden en omstandigheden van het gezin bij de zorg voor een kind met psychische problemen. Net als de huisarts kan de POH-ggz ook kinderen en jongeren begeleiden en, bij

milde en veelvoorkomende problematiek, kortdurend behandelen. Bij vermoedens van kindermishandeling werken de huisarts en POH-ggz op basis van de **KNMG-meldcode Kindermishandeling en huiselijk geweld**. De huisarts verwijst zo nodig door naar andere zorgverleners voor opgroei- en opvoedondersteuning of jeugdhulp, al dan niet ondersteund door een 'ondersteuner jeugd' vanuit de gemeente.

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 gezinnen met meervoudige problematiek. 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.

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 (Zwaanswijk 2005). 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) (Tates 2008).

Visie Huisartsenzorg
voor patiënten met
psychische problematiek

Toelichting op de visie

Inhoudsopgave van
de toelichting

- 1 Psychische zorg in
de huisartsenpraktijk
en daarbuiten
- 2 Randvoorwaarden
psychische huisartsenzorg
- 3 Kernpunten psychische zorg
in de huisartsenpraktijk
- 4 **Zorg voor specifieke
doelgroepen**
- 5 Extra aanbod
- 6 Totstandkoming van
de visie
- 7 Literatuurlijst

Het is van belang dat communicatie met kinderen aandacht krijgt tijdens de huisartsopleiding en de opleiding POH-ggz.

Kindermishandeling

Kindermishandeling is een grote bedreiging voor de gezondheid en ontwikkeling van een kind. 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 houding en communicatieve vaardigheden om vermoedens aan de orde te stellen. Speciale aandacht vraagt in dit verband de zorg tijdens ANW-diensten. Ouders die kinderen mishandelen ontwijken dikwijls bewust de eigen huisarts en kloppen aan bij de HAP. Voor het handelen bij het vermoeden van kindermishandeling verwijzen we naar de **KNMG-meldcode** en de **toolkit Kindermishandeling**. 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 (zie ook **hoofdstuk 3.6**). 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.

Samenwerking Centrum voor Jeugd en Gezin (CJG) en sociaal domein

Huisartsenzorg, CJG, 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.

Het is daarom essentieel dat huisartsen en POH's-ggz op de hoogte zijn van de deskundigheid van het wijkteam en het lokale aanbod op het gebied van opvoeden en opgroei-ondersteuning, psychologische, psychosociale en psychiatrische zorg. Onderlinge samenwerking kan op verschillende manieren ingericht worden. Soms functioneert de POH-ggz als contactpersoon voor de huisartsenpraktijk naar andere partijen. Soms wordt gekozen voor een 'ondersteuner jeugd' vanuit de gemeente die een linking pin is tussen de huisartsenzorg en het sociaal domein (zie **hoofdstuk 3.5**). De opkomst van deze 'ondersteuners jeugd' vanuit de gemeente zien wij als een zeer zinvolle toevoeging binnen het sociaal domein, omdat dit de samenwerking tussen de huisartsenzorg en het sociaal domein versterkt. Aandachtspunt hierbij is dat deze ondersteuning door de gemeente gefinancierd en verleend dient te worden (en dus niet door (medewerkers van) de huisartsenpraktijk).

- 1 Psychische zorg in de huisartsenpraktijk en daarbuiten
- 2 Randvoorwaarden psychische huisartsenzorg
- 3 Kernpunten psychische zorg in de huisartsenpraktijk
- 4 Zorg voor specifieke doelgroepen
- 5 Extra aanbod
- 6 Totstandkoming van de visie
- 7 Literatuurlijst

5 Extra aanbod

In de basis is er binnen de psychische huisartsenzorg geen plaats voor extra aanbod op het gebied van psychische zorg, omdat er geen expertise is op het gebied van complexe, ernstige of chronische psychiatrische aandoeningen. Activiteiten als het verrichten van aanvullend (lab-/ecg-)onderzoek voor een ggz-behandelaar (nadat de voor de huisarts benodigde huisartsgeneeskundige diagnostiek al volledig is afgerond) of het leveren van overbruggingszorg bij wachttijden zijn geen huisartsenzorg. De verantwoordelijkheid hiervoor ligt bij ggz-behandelaar (bij aanvullend onderzoek) en verzekeraar (bij overbruggingszorg). Een uitzondering hierop wordt gevormd door de zorg voor stabiele chronisch psychiatrische patiënten. Huisartsen kunnen bij deze patiëntengroep in sommige gevallen de begeleiding van de ggz overnemen. Dit betreft substitutie van zorg en kan alleen als de huisarts zich bekwaam genoeg voelt en als er binnen de huisartsenpraktijk voldoende zorgcapaciteit is om de verantwoording voor de betreffende zorg te dragen. Ook moet er wanneer aan vooraf vastgestelde randvoorwaarden en samenwerkingsafspraken worden voldaan, analoog met **substitutie vanuit de somatische zorg**. Bijvoorbeeld rondom (medicatie)veiligheid en bereikbaarheid en drempelloze toegankelijkheid van de ggz bij verslechtering van de klachten. Wanneer een huisarts vindt dat er niet (voldoende) aan de genoemde voorwaarden voldaan kan worden, mag de huisarts overname van zorg altijd weigeren. RHO's kunnen huisartsen ondersteunen bij het beoordelen of een verzoek tot extra aanbod binnen

of buiten verantwoorde huisartsenzorg valt. Ook kunnen RHO's ondersteuning bieden bij de afstemming met ggz-aanbieders en het maken van samenwerkingsafspraken.

Voorwaarden voor extra aanbod psychische zorg in de huisartsenpraktijk

In het algemeen stellen we dat voor substitutie van zorg vanuit de ggz dezelfde criteria gelden als voor **substitutie vanuit de somatische zorg**. De belangrijkste criteria zijn:

- De omstandigheden van de patiënt moeten overname van taken door de huisartsenpraktijk toelaten. De patiënt moet stabiel zijn en de huisarts en de ggz moeten de psychische situatie veilig genoeg achten.
- De samenwerkingsrelatie tussen de patiënt en de huisarts of POH-ggz moet zodanig zijn dat de patiënt openstaat voor overname van taken door de huisartsenzorg en er betrouwbare afspraken kunnen worden gemaakt.
- Vooraf vindt goede afstemming en samenwerking plaats tussen de huisartsenvoorziening en de ggz op basis van een gedeelde visie op het belang, het doel en de aard van de zorg voor de patiënt.
- De psychiater en ggz-instelling moeten overdag en tijdens de ANW-uren beschikbaar zijn voor collegiaal overleg en om de verantwoordelijkheid voor de zorg zo nodig (tijdelijk) terug te nemen.

Visie Huisartsenzorg voor patiënten met psychische problematiek

Toelichting op de visie

Inhoudsopgave van de toelichting

- 1 Psychische zorg in
de huisartsenpraktijk
en daarbuiten
- 2 Randvoorwaarden
psychische huisartsenzorg
- 3 Kernpunten psychische zorg
in de huisartsenpraktijk
- 4 Zorg voor specifieke
doelgroepen
- 5 **Extra aanbod**
- 6 Totstandkoming van
de visie
- 7 Literatuurlijst

- De huisarts moet zich voldoende bekwaam en comfortabel achten om de taken over te nemen. Ook moet de huisarts expliciet akkoord zijn gegaan met overname van de zorg voor de betreffende patiënt.
- Er moeten goede afspraken gemaakt zijn over de financiering van de geleverde zorg.

Specifieke aanvullende voorwaarden bij overname van zorg voor chronische psychiatrische patiënten

- De huisarts moet door de psychiater geïnformeerd zijn 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 toegankelijkheid moet zonder wachttijd gewaarborgd zijn.
- Als de patiënt meerdere of specialistische psychofarmaca gebruikt, moet de evaluatie van deze psychofarmaca geborgd zijn, bijvoorbeeld door halfjaarlijkse controles door de psychiater.

- 1 Psychische zorg in de huisartsenpraktijk en daarbuiten
- 2 Randvoorwaarden psychische huisartsenzorg
- 3 Kernpunten psychische zorg in de huisartsenpraktijk
- 4 Zorg voor specifieke doelgroepen
- 5 Extra aanbod
- 6 Totstandkoming van de visie**
- 7 Literatuurlijst

6 Totstandkoming van de visie

Werkgroep en stuurgroep

Deze visie is ontwikkeld door een werkgroep, die bestond uit de volgende leden:

- drs. David Smeekes, huisarts niet-praktiserend, beleidsmedewerker InEen
- drs. Jelly Hogendorp, senior beleidsadviseur LHV
- drs. Nelly van der Gaarden, huisarts niet-praktiserend, namens PsyHag
- dr. Nikki Claassen, huisarts, beleidsadviseur NHG

Geen van de werkgroepleden heeft belangenverstrengelingen gemeld.

De stuurgroep bestaat uit de directie/bestuurders van InEen, LHV, NHG en Psyhag.

Werkwijze

Dit proces betreft een herziening van het reeds bestaande 'standpunt GGZ', waarbij we de vorige versie als basis hebben gebruikt. De naam van het stuk is gewijzigd van 'standpunt' naar 'visie', omdat de werkgroep vindt dat dit de lading van het document beter dekt. Het document beoogt namelijk de huisartsgeneeskundige visie op psychische zorg in de huisartsenpraktijk te beschrijven en schetst hierbij duidelijke kernpunten, werkwijzen en randvoorwaarden.

Vorbereidingsfase

Tijdens de voorbereidingsfase hebben de werkgroepleden gezamenlijk het projectplan opgesteld. Vervolgens werd dit binnen de 3 betrokken partijen intern aan bureaumedewerkers met inhoudelijke expertise en/of betrokkenheid voorgelegd voor commen-

taar en afstemming. Tot slot werd het projectplan op 15 maart 2022 goedgekeurd door de tripartite besturen.

Ontwikkelfase

De werkgroepleden hebben in gezamenlijke verantwoordelijkheid gewerkt aan de totstandkoming van de visie en hebben er zorg voor gedragen dat de inbreng vanuit de verenigingen werd geborgd. Bureaumedewerkers met inhoudelijke expertise en/of betrokkenheid werden diverse malen geconsulteerd in het ontwikkelingstraject.

Commentaarfase

De leden(vergaderingen) van InEen, LHV en PsyHAG en de verenigingsraad van het NHG kregen het standpunt in de interne commentaarfase aangeboden met de vraag commentaar te leveren. Daarnaast is een aantal externe partijen uitgenodigd commentaar te geven (zie **tabel 1**).

Visie Huisartsenzorg
voor patiënten met
psychische problematiek

Toelichting op de visie

Inhoudsopgave van
de toelichting

1 Psychische zorg in
de huisartsenpraktijk
en daarbuiten

2 Randvoorwaarden
psychische huisartsenzorg

3 Kernpunten psychische zorg
in de huisartsenpraktijk

4 Zorg voor specifieke
doelgroepen

5 Extra aanbod

6 Totstandkoming van
de visie

7 Literatuurlijst

Tabel 1 Benaderde partijen commentaarfase

Benaderde partij	Commentaar geleverd
113 Zelfmoordpreventie	ja
De Nederlandse GGZ	ja
KNMG	nee
Landelijke Vereniging POH-GGZ	nee
Landelijke Vereniging van Vrijgevestigde Psychologen & Psychotherapeuten (LVVP)	ja
Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS)	nee
MIND	ja
Nederlands Instituut van Psychologen (NIP)	ja
Nederlandse Vereniging van Praktijkondersteuners (NVVPO)	nee
Nederlandse Vereniging van Psychiaters (NwvP)	ja
Sociaal Werk Nederland	ja
Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN), afdeling SPV	ja
Zorginstituut Nederland (ZIN)	nee
Zorgverzekeraars Nederland	ja

Autorisatiefase

Na verwerking van de commentaren uit de commentaarronde werd het standpunt ter goedkeuring voorgelegd aan de ALV van InEen en de ledenraad van LHV. Vervolgens werd het standpunt bekrachtigd door de besturen van InEen, LHV, NHG en de PsyHAG en gepubliceerd.

Financiering

InEen, LHV en NHG hebben de totstandkoming van deze visie gefinancierd.

Visie Huisartsenzorg
voor patiënten met
psychische problematiek

Toelichting op de visie

Inhoudsopgave van
de toelichting

- 1 Psychische zorg in
de huisartsenpraktijk
en daarbuiten
- 2 Randvoorwaarden
psychische huisartsenzorg
- 3 Kernpunten psychische zorg
in de huisartsenpraktijk
- 4 Zorg voor specifieke
doelgroepen
- 5 Extra aanbod
- 6 Totstandkoming van
de visie

7 Literatuurlijst

7 Literatuurlijst

Algemene Rekenkamer. **Geen plek voor grote problemen: aanpak van wachttijden in de specialistische GGZ.** Den Haag: Algemene Rekenkamer, juni 2020.

Aanbod Huisartsgeneeskundige zorg 2015. Factsheet uitgegeven door LHV. Utrecht: LHV, 2015. [Aanbod huisartsgeneeskundige zorg - LHV](#)

Beeres M. **Superspecialisatie maakt ggz vleugellam.** Medisch Contact. Juli 2017. <https://www.medischcontact.nl/nieuws/laatste-nieuws/artikel/superspecialisatie-maakt-ggz-vleugellam.htm>

Bestuurlijk Akkoord Toekomst GGZ 2013-2014. Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2012. https://www.eerstekamer.nl/overig/20120620/bestuurlijk_akkoord_toekomst_ggz/document

Coalitieakkoord 2021-2025. Omzien naar elkaar, vooruitkijken naar de toekomst. Den Haag: VVD, D66, CDA en ChristenUnie, december 2021. <https://www.kabinetformatie2021.nl/documenten/publicaties/2021/12/15/coalitieakkoord-omzien-naar-elkaar-vooruitkijken-naar-de-toekomst>

De Visser M, Boot AWA, Werner GDA, et al. **Kiezen voor houdbare zorg. Mensen, middelen en maatschappelijk draagvlak.** Den Haag: De Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid, 2021.

Duenk A, Schokker D, Storm I, et al. **Landelijke en lokale ambities mentale gezondheid en preventie.** Utrecht: Trimbos Instituut, 2022.

Gezondheidsraad. **Verslag Internationale Conferentie 'Wat is gezondheid?'**. Den Haag: Gezondheidsraad, 2010.

Hosman CMH, et al. **Generieke Module Vroege opsporing van psychische klachten en aandoeningen.** Utrecht: Akwa GGZ, 2020.

Kenter A, Wijnen B, Nuijen J, et al. **Factsheet functie POH-GGZ: succesfactoren en verbeterpunten.** Utrecht: Trimbos instituut, 2021. <https://www.trimbos.nl/kennis/poh-ggz/de-poh-ggz/>

Kramer P. **De huisarts-patiëntrelatie anno 2011:** een onderzoek in opdracht van het NHG, Utrecht: TNS/NIPO, 2011. Landelijk Kwaliteitsstatuut GGZ. Diemen: Zorginstituut Nederland, 2020.

GGZ Landelijk Kwaliteitsstatuut | Zorginzicht

Landelijke samenwerkingsafspraken jeugd-ggz. Utrecht: Akwa GGZ, 2019.

1. Introductie - Landelijke samenwerkingsafspraken jeugd-GGZ | GGZ Standaarden

Landelijke samenwerkingsafspraken tussen huisarts, generalistische basis GGZ en gespecialiseerde GGZ (LGA). Utrecht: Akwa GGZ, 2016. <https://www.ggzstandaarden.nl/generieke-modules/landelijke-samenwerkingsafspraken-tussen-huisarts-generalistische-basis-ggz-en-gespecialiseerde-ggz-lga/introductie>

Nederlandse Zorgautoriteit (NZA). Kerncijfers GGZ 2019. Kerncijfers ggz | Geestelijke gezondheidszorg (ggz) en forensische zorg (fz) | Nederlandse Zorgautoriteit (nza.nl)

Nielen M, Weesie Y, Davids R, et al. **Zorg door de huisarts:** Nivel Zorgregistraties Eerste Lijn: jaarcijfers 2020 en trendcijfers 2016-2020. Utrecht: Nivel, 2020.

Nivel. **Zorgregistraties Eerstelijns.** Utrecht: Nivel, 2020.

Nivel Zorgregistraties Eerste Lijn | Nivel

Oosterberg E. **GGZ in de huisartspraktijk.** Utrecht: Nederlands Huisartsen Genootschap, 2016.

Visie Huisartsenzorg voor patiënten met psychische problematiek

Toelichting op de visie

Inhoudsopgave van de toelichting

- 1 Psychische zorg in de huisartsenpraktijk en daarbuiten
- 2 Randvoorwaarden psychische huisartsenzorg
- 3 Kernpunten psychische zorg in de huisartsenpraktijk
- 4 Zorg voor specifieke doelgroepen
- 5 Extra aanbod
- 6 Totstandkoming van de visie

7 Literatuurlijst

Oudejans SCC, Spits M.E. **State of the Art Ernstige Psychiatrische Aandoeningen en Verslaving**. Utrecht: Kenniscentrum Phrenos, Verslavingskunde Nederland, 2020.

Sheehan R, Hassiotis A, Walters K, Osborn D, Strydom A, Horsfall L. Mental illness, challenging behaviour, and psychotropic drug prescribing in people with intellectual disability: UK population based cohort study. *BMJ* 2015;351:h4326.

Stichting Lezen en Schrijven. **Kennisblad laaggeletterdheid in Nederland**. Den Haag, 2021. **Informatie over Laaggeletterdheid in Nederland | Stichting Lezen en Schrijven**

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

Toekomstvisie Huisartsenzorg 2022. Utrecht: LHV en NHG, 2012. <https://www.lhv.nl/wp-content/uploads/2021/06/Kerndocument-toekomstvisie.pdf>

van Arum S., Broekroelofs R., van Xanten H. **Sociale Wijkteams: 5 jaar later**. Utrecht, april 2020. Movisie. **Rapport-Sociale-wijkteams-vijf-jaar-later-2020.pdf (movisie.nl)**

Van der Erf S., Boonzaaijer G, Heida JP. **Acute geestelijke gezondheidszorg: knelpunten en verbetervoorstellen in de keten**. Den Haag: Strategies in Regulated Markets B.V., februari 2015. **178_150211_Rapportage acute ggz (def) (sirm.nl)**

Van Hasselt FM, Oud MJT, Loonen AJM. **Practical recommendations for improvement of the physical health care of patients with severe mental illness**. *Acta Psychiatrica Scand* 2015;131(5):387-96.

Van Oudheusden LJB, Meynen G, Van Balkom AJLM. **Psychiatric comorbidity: theoretical and clinical dilemmas**. *Nederlands Tijdschrift voor Psychiatrie* 2015;57(9):664-71.

Visie regionale samenwerking en organisatievorming in de huisartsenzorg. Utrecht: NHG, InEen, LHV, 2022. **Hechte Huisartsenzorg - Werk structureel samen in de regio**

Vektis. **Factsheet ambulantisering in de GGZ**. 2019. **Feiten en cijfers over ambulantisering ggz | Vektis.nl**

Vektis. **Factsheet wachttijdinformatie GGZ**. 2022. **Feiten en cijfers over de wachttijden in de ggz | Vektis.nl**

Volksgezondheid Toekomst Verkenning (VTV). Verdeling van ziektelast over ziektegroepen. 2018.

Ziektelast in daly's | Ziektelast | Volksgezondheid en Zorg (vzinfo.nl)

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