



GGZ Handreiking Huisartsenpraktijk

Ron Glotzbach, GGZ kaderhuisarts
Marianne Pruijssers, projectleider ZEL
Juni 2016

INLEIDING	3
DEFINIËRING GGZ, TERUGBLIK EN STAND VAN ZAKEN	5
TERUGBLIK.....	5
STAND VAN ZAKEN	5
<i>GGZ in de huisartsenpraktijk.....</i>	5
<i>Rol van de huisarts.....</i>	5
<i>Rol van de POH GGZ.....</i>	6
REGIONALE UITWERKING UITGANGSPUNTEN GGZ IN DE HUISARTSENZORG.....	8
EERSTE OPVANG EN DIAGNOSTIEK	8
<i>Signalering.....</i>	8
<i>Probleemverheldering en triage.....</i>	8
<i>Triage</i>	8
<i>Verwijshulp GGZ bij klachten en/of (vermoeden van) een stoornis.....</i>	9
BEGELEIDING EN BEHANDELING	10
<i>Individueel behandelplan.....</i>	10
<i>Basisinterventies.....</i>	11
<i>Psycho-educatie & advisering</i>	11
<i>E-mental health.....</i>	11
<i>Kortdurende begeleiding of behandeling.....</i>	11
<i>Farmacotherapie.....</i>	12
<i>Terugvalpreventie.....</i>	12
<i>Beëindiging behandeling.....</i>	13
ROL VAN DE HUISARTS ALS POORTWACHTER	13
<i>Doorverwijzen.....</i>	13
<i>consultatie.....</i>	14
<i>informatieuitwisseling.....</i>	14
CONTINUÏTEIT EN SAMENHANG.....	14
<i>Overname van patiënten van de specialistische GGZ onder bepaalde voorwaarden.....</i>	14
SAMENWERKING BIJ ACUTE PSYCHISCHE PROBLEMEN	14
TEAM HUISARTS EN POH GGZ	15
<i>Samenwerking huisarts en POH GGZ</i>	15
<i>Overleg huisarts – POH GGZ.....</i>	15
<i>Juridische verantwoordelijkheid.....</i>	15
<i>Samenwerking POH GGZ en POH-S bij somatische aandoeningen.....</i>	16
DESKUNDIGHEIDSBEVORDERING	16
FINANCIËN.....	16
BIJLAGEN	18

INLEIDING

De geestelijke gezondheidszorg (GGZ) is sterk in beweging mede als gevolg van het in 2014 ingevoerde GGZ-stelsel. In het GGZ-stelsel worden, naast de nulde lijn, drie echelons onderscheiden: huisartsenzorg, generalistische basis GGZ (GBGGZ) en specialistische GGZ (SGGZ). De huisartsenzorg heeft daarin een grotere rol gekregen in de opvang, begeleiding en behandeling van patiënten met een psychische problematiek. De toegang tot de andere echelons in de GGZ is beperkt. Daarnaast is er voor de behandeling in de GBGGZ en SGGZ sprake van een eigen risico, voor de huisartsenzorg niet. Het werken binnen dit GGZ stelsel heeft grote consequenties voor huisarts en patiënt. Deze consequenties staan beschreven in de Toekomstvisie Huisartsenzorg 2022¹ en in het Standpunt GGZ in de huisartsenpraktijk², de regionale vertaalslag staat beschreven in dit zorgprogramma.

Uitgangspunten van de Toekomstvisie huisartsenzorg

De patiënt krijgt laagdrempelig, zonder wachttijden, zorg op maat in de eigen woonomgeving door optimaal gebruik te maken van de expertise van de huisarts en, indien aanwezig, de praktijkondersteuner GGZ (POH GGZ).

De huisarts houdt daarbij rekening met de eigen inbreng, en wensen van de patiënt bij de diagnosestelling en het behandelbeleid. Door aan te sluiten bij de eigen mogelijkheden bevordert hij zelfredzaamheid en zelfmanagement. De zorg voor patiënten met psychische problematiek maakt onderdeel uit van huisartsenzorg en kan niet los worden gezien van de persoonlijke voorgeschiedenis en context van de patiënt. Indien de problematiek ernstig en/of gecompliceerd is en behandeling niet of niet alleen binnen de huisartsenpraktijk kan plaatsvinden wordt de patiënt verwezen. Er is met de samenwerkingspartners afstemming over de behandeling, afspraken over verwijzen, verwijsbrief, terugrapportage en terug verwijzing.

Hoewel deze verandering een grotere belasting betekent voor de huisartsenpraktijk en daarbij hogere eisen stelt aan de kennis, vaardigheden en capaciteit binnen de huisartsenpraktijk is een aantal voordelen van deze verandering te noemen. Zo betekent het voor de patiënt dat laagdrempelige integrale zorg zonder lange wachttijden geboden wordt waarbij het eigen risico niet wordt aangesproken. Voor de huisarts is het voordeel dat patiënten met ingewikkelde, soms ernstige psychische/psychiatrische problematiek, die voorheen niet verwezen wilden worden, toch geholpen kunnen worden. Voor de achtergrond van de veranderende rol verwijst dit zorgprogramma naar bovengenoemde documenten. Hierin staat tevens het in 2014 ingevoerde GGZ stelsel beschreven.

Doelstelling GGZ handreiking in de huisartsenpraktijk

Doel van deze handreiking is behulpzaam te zijn bij het versterken van de geïntegreerde eerstelijns zorg voor mensen met psychosociale, psychische en psychiatrische problematiek in regio DWO/NWN. Door afstemming en stroomlijning aan te brengen in de al ontwikkelde regionale afspraken en waar nodig doorontwikkeling te stimuleren wordt verwacht deze doelstelling te realiseren.

¹ Toekomstvisie huisartsenzorg 2022. Modernisering naar menselijke maat. NHG/LHV in samenwerking met het Interfacultair Overleg Huisartsengeneeskunde. Utrecht 2012

² Uitwerking toekomstvisie Huisartsenzorg 2022, Standpunt Geestelijke gezondheidszorg in de huisartsenzorg, NHG, 2015

Deze handreiking richt zich op alle leeftijden en is ter ondersteuning voor de praktiserende huisarts en POH GGZ in de regio. Het biedt een actueel overzicht van onder andere de samenwerkingsafspraken en regionale protocollen die in de dagelijkse praktijk toepasbaar zijn. De negen uitgangspunten uit het Standpunt GGZ in de huisartsenpraktijk vormen de leidraad. Nieuwe afspraken en ontwikkelingen worden in de handreiking vastgelegd en zijn daardoor altijd toegankelijk voor de zorgverleners.

Naast de handreiking zal een beleidsvisie ontwikkeld worden waarmee inzichtelijk wordt waar we naar toe willen groeien in de regio, welke lacunes er zijn en hoe we deze stapsgewijs kunnen wegnemen.

Deze handreiking is ontwikkeld door ZEL in samenspraak met Ron Glotzbach, kaderhuisarts GGZ. Daarnaast hebben de andere GGZ kaderhuisartsen en GGZ instellingen een bijdrage geleverd aan deze handreiking.

DEFINIËRING GGZ, TERUGBLIK EN STAND VAN ZAKEN

Definitie Geestelijke gezondheidszorg in de huisartsenzorg

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

TERUGBLIK

In de jaren negentig heeft de huisartsengeneeskunde zich vooral op somatische zorg gericht. Psychiatrische stoornissen en psychosociale problematiek werden tot het domein van de GGZ instellingen gerekend. Echter, de huisarts kreeg ook toen al veel patiënten met GGZ gerelateerde problematiek op het spreekuur. De verwijsmogelijkheden waren beperkt en daarbij hadden de GGZ instellingen bij zowel de huisartsen als bij een meerderheid van de patiënten een slechte naam. Op initiatief van wijlen minister Borst werd het consultatieproject opgestart. Sociaal psychiatrisch verpleegkundigen (SPV) deden vanuit hun GGZ instelling (GGZ Delfland en Riagg Rijnmond) wekelijks een aantal uren spreekuur op de huisartsenpraktijk. Dit project was een groot succes; in de regio had het merendeel van de huisartsenpraktijken een SPV'er die laagdrempelige hulp bood. Hiermee werd het consultatieproject structurele zorg in de huisartsenpraktijk, geleverd door de specialistische GGZ instellingen. De patiënt die de SPV'er op het spreekuur kreeg had soms lichte problematiek, er werden echter altijd specialistische tarieven in rekening gebracht. De oplossing van deze te dure zorg werd gezocht in de POH GGZ onder regie van de huisarts.

STAND VAN ZAKEN

In het in 2014 ingevoerde GGZ stelsel worden, naast de nulde lijn, drie echelons onderscheiden: huisartsenzorg, generalistische basis GGZ (GBGGZ) en specialistische GGZ (SGGZ). De toelichting op deze echelons kunt u teruglezen in o.a. het Standpunt GGZ in de huisartsenpraktijk.

GGZ IN DE HUISARTSENPRAKTIJK

De combinatie huisarts en POH GGZ in de huisartsenpraktijk is inmiddels niet meer weg te denken. De vraag is toegenomen, deels doordat de drempel lager is en er minder taboe op rust. Mogelijk is dit deels veroorzaakt door maatschappelijke ontwikkelingen, zoals de economische crisis. In hoofdlijnen zijn in de huisartsenpraktijk de rollen als volgt van elkaar te onderscheiden:

ROL VAN DE HUISARTS

Rol	Toelichting
Hoofdbehandelaar	<ul style="list-style-type: none">In de huisartsenzorg is de huisarts hoofdbehandelaar van patiënten die binnen de huisartsenpraktijk worden behandeld voor psychische problematiek. De POH GGZ werkt onder verantwoordelijkheid van de huisarts.De huisarts kan geen hoofdbehandelaar zijn in de GBGGZ, wel medebehandelaar.
Medebehandelaar	<p>In de volgende situaties is de huisarts medebehandelaar van patiënten die in behandeling zijn van de GBGGZ:</p> <ul style="list-style-type: none">De patiënt krijgt de medicatie voorgeschreven door de huisarts;De patiënt wordt in verband met een crisissituatie beoordeeld door de huisarts;

Poortwachter	<ul style="list-style-type: none"> • De huisarts is bij uitstek in staat tot het maken van een goede eerste inschatting van klachten en het benodigde vervolgtraject. De huisarts kent de patiënt en zijn voorgeschiedenis, biedt generalistische zorg en kan daarmee de relatie tussen somatische en psychische klachten inschatten. • De huisarts maakt een inschatting van de klachten naar ernst en/of complexiteit. De huisarts besluit of de patiënt binnen de huisartsenpraktijk behandeld kan worden of moet worden doorverwezen naar GBGGZ of SGGZ. De eventuele verwijzing van de patiënt zal, naast ernst en complexiteit, afhangen van de expertise binnen de huisartsenpraktijk.
---------------------	---

Bron: Notitie 'aanbod huisartsenzorg voor patiënten met psychische problematiek', LHV 2014.

ROL VAN DE POH GGZ

De functie van POH GGZ is voortgekomen uit het consultatietraject waarbij sociaal psychiatrisch verpleegkundigen (SPV'ers) spreekuur hielden in de huisartsenpraktijk. POH GGZ hebben verschillende achtergronden zoals SPV, maatschappelijk werker, HBO-v of psychologie. Voor al deze disciplines geldt de voorwaarde van een eenjarige aanvullende HBO-opleiding. Er is nog geen eenduidig beleid over de inhoud en het kwaliteitsniveau van de opleiding en de daarbij behorende eisen aan de stage.

De functie van POH GGZ biedt zorginhoudelijke ondersteuning van de huisartsenzorg aan patiënten van jong tot oud met klachten van (mogelijk) psychische, psychiatrische, psychosociale of psychosomatische aard. Binnen de functie vallen de volgende zorgactiviteiten:

- Patiëntgebonden activiteiten: ongeveer 75% van de werkzaamheden
- Indirecte en niet-patiëntgebonden activiteiten: ongeveer 25% van de werkzaamheden.

In de tabel hieronder wordt een verdere toelichting gegeven op de zorgactiviteiten van de POH GGZ. In bijlage 1 is het competentieprofiel POH GGZ 2014 opgenomen.

Zorgactiviteit	Toelichting
Patiëntgebonden activiteiten	
Probleemverheldering en uitvoeren van screeningsdiagnostiek	Nader analyseren en uitdiepen van psychische, (psycho)sociale en (psycho)somatische klachten, de oorzaken hiervan en de zelfredzaamheid van de patiënt.
Opstellen en bespreken van een vervolgadvis	Vervolgadvies m.b.t. diagnostiek of behandeling buiten de huisartsenzorg.
Geven van psycho-educatie	Geven van voorlichting en verstrekken van informatie aan de patiënt over klachten of stoornis, de oorzaken en mogelijke oplossingen.
Begeleiden / ondersteunen van zelfmanagement	Bijv. beantwoorden van vragen, bespreken van vorderingen of mogelijke aanpassingen van de begeleiding. Hieronder valt ook de begeleiding van e-mental health trajecten.
Overige begeleiding	Begeleiding in geval van: <ul style="list-style-type: none"> • Overbruggen van een wachttijd; • Terugverwijzing vanuit de SGGZ of GBGGZ; • Afgebroken behandeling elders; • Stabiël chronische patiënt die geen intensieve begeleiding nodig

	<p>heeft;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Patiënten die om redenen (nog) niet te motiveren zijn voor een verwijzing naar een GGZ instelling.
Interventies gericht op verbetering in functioneren	Bij patiënten met psychische klachten is vaak geen sprake van een psychische ziekte maar van een vastlopen in het functioneren als gevolg van psychosociale problematiek. Kortdurende behandeling binnen de huisartsenzorg kan dan aangewezen zijn. De interventies richten zich op gedragsverandering en (begeleide) zelfhulp.
Geïndiceerde preventie	Het doel van geïndiceerde preventie is het voorkomen van het ontstaan van een psychische ziekte of verdere gezondheidsschade bij een risicopatiënt. De POH GGZ richt zich onder andere op depressieve klachten, angstklachten en alcoholproblematiek.
Zorggerelateerde preventie	Richt zich op patiënten met een (chronische) psychische ziekte of één of meerdere gezondheidsproblemen. Deze preventie heeft tot doel: <ul style="list-style-type: none"> • Begeleiden en ondersteunen bij zelfredzaamheid; • Ziekte last reduceren; • Verergering op tijd signaleren c.q. voorkomen. Dit kan ook betrekking hebben op somatische co-morbiditeit.
Terugvalpreventie	Handelingen gericht op het voorkómen van terugkeer van de klachten en/of vroeg herkennen daarvan door de patiënt zelf. Terugvalpreventie vormt vaak de laatste fase van de behandeling.
Indirecte en niet-patiëntgebonden activiteiten	
Indirect patiëntgebonden activiteiten	Het gaat om indirect patiëntgebonden activiteiten die wél praktijkgebonden zijn. Onder andere: <ul style="list-style-type: none"> • Overleg met het netwerk van de patiënt; • Overleg met een betrokken professional over een patiënt; • Registratie; • Doelgroepgerichte initiatieven, waaronder screenen op antidepressiva, huiselijk geweld, ouderenzorg etc.
Niet-patiëntgebonden activiteiten	Het gaat om niet-patiëntgebonden activiteiten die wél praktijkgebonden zijn. Onder andere: <ul style="list-style-type: none"> • Op de hoogte zijn en blijven van deskundigheid van andere professionals; • Op de hoogte zijn en blijven van het aanwezige hulpaanbod in de omgeving/regio op het gebied van GGZ (sociale kaart); • Op de hoogte blijven en ontwikkelingen deskundigheid eigen functie; • Inhoudelijke bij- en nascholing • Intervisie • (structureel) overleg huisartsen over organisatorische en ontwikkelzaken, gericht op visie POH GGZ in algemene en specifieke in deze praktijk; • Actief opbouwen en onderhouden van netwerkcontacten; • Implementeren van de Handreiking GGZ in de huisartsenpraktijk.

EERSTE OPVANG EN DIAGNOSTIEK

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

SIGNALERING

Bij (vroeg)signalering gaat het om het tijdig oppikken van signalen die kunnen duiden op psychische problemen. Het doel is het voorkomen van (een verergering van) psychische problematiek. Preventie binnen de GGZ is een taak van de huisarts en de POH GGZ. De huisarts vormt de poortwachter voor de GGZ en kan bij contacten met de patiënt preventief naar de geestelijke gezondheid kijken. De POH-somatiek, wijkteams (maatschappelijk werk), thuiszorg en paramedici hebben ook een taak in de signalering van psychische problemen en verwijzen zo nodig naar de huisarts voor verdere analyse. Zorgverlener kunnen (na toestemming van de patiënt) ook zelf contact opnemen met de huisarts.

PROBLEEMVERHELDERING EN TRIAGE

Het doel is om door middel van screening en triage een beeld te krijgen van de klachten van de patiënt en te verhelderen, om vervolgens de gepaste zorg te bepalen.

Probleemverheldering

Het doel is een beeld te krijgen van de klachten, oorzaken en zelfredzaamheid van de patiënt. De problemen worden vanuit verschillende invalshoeken belicht (onder andere wonen, werk, inkomen, welzijn en familie).

Onderdeel	Zorgverlening	Zorgverlener
Probleemverheldering	<p>Gesprekken met de patiënt om beeld te vormen van:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Psychische, (psycho)sociale en (psycho)somatische klachten uitvragen aan de hand van 4DKL en/of SGEES. • Mogelijke oorzaken; • De zelfredzaamheid van de patiënt; • Het sociale netwerk. 	HA / POH GGZ

Triage

Het doel van de zorgverlening is te komen tot een voorlopige beschrijving van de klachten en het stellen van een eerste diagnose na het opstellen van een beleid. Het beleid kan zijn afwachten, behandelen/begeleiden binnen de huisartsenpraktijk of verwijzen naar GBGGZ of SGGZ. Het standpunt van het NHG wordt gevolgd om voorlopig af te zien van een triage-instrument, omdat er nog geen gevalideerde instrumenten voor de eerste lijn zijn.

De overheid heeft besloten dat een verwijzing alleen wordt vergoed indien er sprake is van of verdenking is op een **DSM-5**. De DSM is een classificatiesysteem dat ontwikkeld is voor onderzoek. Een DSM classificatie is geen diagnose, omdat het niets zegt over de ernst en samenhang van de problemen die iemand heeft. De systematiek wordt gebruikt in de 2^e lijn, maar is minder geschikt voor de huisartsenpraktijk.

Daar waar de verzekeraars graag hebben dat de verwijzers gebruik maken van een verwijsinstrument zijn de LHV en psyHAG van mening dat screenings niet gevalideerd zijn en daarom het gebruik ervan niet verplicht mag worden.

Daarbij is triageren een van de kernkwaliteiten van de huisarts waarbij de ernst, diagnose en ingewikkeldheid van het probleem van belang is, maar daarnaast ook contextuele factoren zoals financiële aspecten, wens van de patiënt, wachtlijsten, sociale kaart etc.

De **4 DKL** is een goed hulpmiddel bij het stellen van de diagnose en is gevalideerd voor de huisartsenpraktijk.

Onderdeel	Zorgverlening	Zorgverlener
Screening	Afnemen van de 4-DKL screeningslijst, tenzij dit geen aanvullende informatie geeft voor de triage. Afhankelijk van de klachten wordt de screening aangevuld met specifieke lijsten zoals BDI-II, five-shot etc. ³	HA / POH GGZ
Voorlopige diagnose	Na het afnemen van de anamnese, psychiatrisch onderzoek zo nodig ondersteund door een screenende vragenlijst wordt een voorlopige diagnose gesteld.	HA / POH GGZ
Verwijzing	Op basis van de voorlopige diagnose komen tot een gepast hulpaanbod op basis van de verwijshulp (zie hieronder). Aan de hand van de sociale kaart wordt bekeken naar welke organisatie binnen de regio verwezen kan worden.	HA

Verwijshulp GGZ bij klachten en/of (vermoeden van) een stoornis

In de regio wordt gewerkt met de *verwijshulp*, welke is opgenomen in bijlage 2.

³ Nadrukkelijk is het niet de bedoeling om uitsluitend naar aanleiding van de uitslag van screeningslijsten een diagnose te stellen. Het screeningsinstrument is een hulpmiddel in het verhelderen van de klacht.

BEGELEIDING EN BEHANDELING

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

Indien de patiënt voldoet aan één van de volgende voorwaarden wordt deze behandeld in de huisartsenzorg:

1. Geen vermoeden van DSM-benoemde stoornis;
2. Vermoeden DSM-benoemde stoornis:
 - a. Met licht of subklinische ernst,
 - b. Laag risico,
 - c. Complexiteit laag of afwezig,
 - d. Duur (beloop) van de symptomen, beantwoordt (nog) niet aan de criteria uit de richtlijn voor het betreffende ziektebeeld;
3. Stabiele chronische problematiek, niet crisisgevoelig en met een laag risico;
4. Patiënten die volgens de verwijscriteria naar de GBGGZ of SGGZ kunnen worden verwezen, maar de voorkeur geven aan behandeling / begeleiding door de huisartsenpraktijk. De huisarts en POH GGZ dienen hier duidelijke afspraken over te maken, waarbij motiveren voor een verwijzing onderdeel uitmaakt van de begeleiding.

INDIVIDUEEL BEHANDELPLAN

Landelijk ziet men in de gezondheidszorg de introductie van het individueel behandelplan. Doel hiervan is om zoveel mogelijk aan te sluiten bij de situatie en wensen van de cliënt. Advies in deze handreiking is om voor iedere patiënt een individueel behandelplan op te stellen en vast te leggen in het HIS. Het individueel behandelplan heeft de volgende doelen:

- De afspraken en het behandeldoel zijn duidelijk vastgelegd;
- De verschillende behandelaars worden geïnformeerd over de stappen die zijn gezet;
- De zorg is meer patiëntgericht waardoor de therapietrouw toeneemt;
- Het werken met een individueel behandelplan nodigt de patiënt uit tot meedenken, vragen stellen en rapporteren.

De voorwaarde voor een succesvolle behandeling is een goede relatie tussen behandelaar en patiënt en daarnaast goede communicatie tussen huisarts en POH GGZ en eventuele andere behandelaars. Zowel patiënt als behandelaar(s) moeten overeenstemming hebben over de diagnose en welke behandeling ingezet gaat worden. In de praktijk kunnen huisarts en POH GGZ niet op elk moment met elkaar afstemmen, daarom moeten de diagnose, het onderzoek en het behandelplan helder in het HIS beschreven staan. In bijlage 3 is beschreven hoe episode gericht geregistreerd kan worden met behulp van SOEP-systeem en ICPC-codering. Een belangrijke randvoorwaarde is dat de POH GGZ toegang heeft tot het HIS. In de bijlage Registratie in een HIS wordt tevens verwezen naar bijlage 4 van DSM V naar ICPC.

BASISINTERVENTIES

Psycho-educatie & advisering

Psycho-educatie is een basisinterventie die bij alle patiënten wordt uitgevoerd, ongeacht de ernst van de aandoening of co-morbiditeit. Er worden individuele adviezen gegeven die de patiënt activeren en een gezonde leefstijl bevorderen. De informatie is afgestemd op de kennis en belevingswereld van de patiënt en zijn naasten. Het kan gaan om mondelinge of schriftelijke informatie.

E-mental health

Met de term e-mental health wordt bedoeld: het gebruik van ICT om gezondheid en gezondheidszorg te ondersteunen en/of verbeteren. Hieronder vallen o.a. online behandelprogramma's, op basis van een combinatie van internet- en face to face contacten. Online zelfhulpprogramma's vallen hierbuiten.

Doelgroep: Een e-mental health programma is geschikt indien bij een patiënt sprake is van lichte problematiek en de patiënt het vermogen heeft (semi) zelfstandig de problematiek aan te pakken. Een e-mental health programma is niet bedoeld voor patiënten die:

- de problematiek niet zelfstandig kunnen aanpakken;
- onervaren zijn met computers;
- de Nederlandse taal niet voldoende beheersen.

Methodiek: Binnen het zorgprogramma GGZ wordt ervaring opgedaan met e-mental health programma's van ZorgIQ en Ksyos. Het is aan de huisartsenpraktijk welke aanbieder zij kiezen in de begeleiding bij deze nieuwe vorm van zorgaanbod. In bijlage 5 staat meer informatie over e-mental health in onze regio en het aanbod van de twee aanbieders.

De e-mental health programma's worden blended aangeboden, dat wil zeggen met begeleiding en ondersteuning van de POH GGZ of huisarts. Er vindt regelmatig contact plaats om de vorderingen en obstakels te bespreken en om de patiënt te motiveren.

Kortdurende begeleiding of behandeling

Kortdurende begeleiding of behandeling met als doel het verminderen van psychische klachten en het versterken van zelfredzaamheid. Hiervoor zijn meerdere gespreksmethoden toepasbaar, met een verschil in duur en uitvoering.

Methodie	Indicatie	Aanpak	Duur	Uitvoerder
Problem solving therapy	depressie, burn out, aanpassingsstoornissen	de patiënt bedenkt de oplossing en voert oplossingen zelf uit	3 tot 6 gesprekken van 20-30 minuten	Huisarts of POH GGZ
CGT	effectieve behandeling bij depressie, angstklachten en solk.	het uitdagen van negatieve gedachtepatronen en deze vervangen door helpende gedachtes.	maximaal 12 gesprekken van 30 minuten	Huisarts of POH GGZ (met cgt opleiding). Niet elke POH GGZ is hierin opgeleid.
5 gesprekken model	Stress gerelateerde klachten, depressie, overspanning, burn out		maximaal vijf gesprekken	POH GGZ of HA die een training hebben gevolgd

Farmacotherapie bij depressie, angststoornissen, ernstige psychiatrische aandoeningen en ADHD

Farmacotherapie is altijd slechts een onderdeel van de behandeling van patiënten met psychische problemen of een psychiatrische stoornis.

Naast de diagnose is de lijdensdruk bepalend voor de keus tussen gesprekstherapie en/of behandeling met medicatie. Daarbij is er de afweging tussen het beoogde effect en de bijwerkingen. Ook is kennis nodig om te komen tot de juiste keuze van bepaalde startmedicatie, bijvoorbeeld bij vrouwen met een kinderwens.

Van belang is te beseffen dat wetenschappelijk onderzoek bij psychiatrische stoornissen moeilijk is en dat daardoor de werking van psychofarmaca niet altijd goed wetenschappelijk onderbouwd is.

Wat is wel bekend:

- Sommige patiënten hebben baat alleen maar vanwege het placebo-effect;
- Sommige patiënten zijn niet therapietrouw;
- Sommige patiënten krijgen onnodige combinaties;
- De verschillen in effect tussen de medicamenten binnen dezelfde groep zijn over het algemeen klein;
- Hoger doseren van SSRI's vaak niet zinvol is en meer bijwerkingen geeft;
- Bij depressie is zowel sprake van overbehandeling als van onderbehandeling, binnen de 1e lijn en de specialistische zorg. Een antidepressivum heeft alleen zin als sprake is van een matige tot ernstige depressie;
- Antipsychotica hebben vaak ernstige bijwerkingen.

In bijlage 6 wordt dieper ingezoomd op farmacotherapie per doelgroep per veelvoorkomende aandoeningen.

TERUGVALPREVENTIE

Bij voldoende herstel op de behandeling en bij het bereiken van stabiele remissie dient altijd terugvalpreventie plaats te vinden. Terugvalpreventie betreft een of enkele handelingen / gesprekken met individuen die samenhangen met een behandeling die zij hebben ondergaan voor een psychische

ziekte, gericht op het voorkomen en/of vroeg herkennen door het individu zelf van terugkeer van de klachten. Terugvalpreventie vormt vaak de laatste fase van de behandeling.

Risicodoelelgroepen voor terugval:

- patiënten met zowel een somatische als psychische aandoening;
- patiënten met een psychiatrische aandoening;
- stabiele EPA patiënten;
- patiënten met een recidiverende chronische psychoses, verslaving, bipolaire stoornis, angststoornis, persoonlijkheidsstoornis
- depressie en suïcidaliteit in vg.

In de GGZ zijn diverse preventiegroepen mogelijk, in bijlage 7 is een overzicht opgenomen. GGZ Delfland biedt bij voldoende vraag deze groepen.

BEËINDIGING BEHANDELING

De behandeling of begeleiding binnen de huisartsenpraktijk wordt in overleg met de patiënt afgesloten als de doelen behaald zijn. Als gebleken is dat de problematiek te ingewikkeld of te ernstig is en een behandeling elders noodzakelijk is wordt verwezen. Bij kwetsbare patiënten is het zinvol een vinger aan de pols contact af te spreken.

Het is hierbij zinvol onderscheid te maken tussen kortdurende zorg en chronische zorg. Kortdurende zorg is gericht op “genezing” door middel van behandeling, terwijl chronische zorg gericht is op voorkomen van terugval door middel van ondersteuning en begeleiding.

Niet alleen een diagnose is bepalend voor het beleid, maar ook het doel dat nagestreefd wordt. Hierbij is van belang dat patiënt en behandelaar het eens zijn over diagnose, doel en beleid.

ROL VAN DE HUISARTS ALS POORTWACHTER

De huisarts vervult de rol van poortwachter voor generalistische basis GGZ en specialistische GGZ. Hij/zij verwijst patiënten zoveel mogelijk door op grond van vigerende richtlijnen, de klinische blik, zorgstandaarden en samenwerkingsafspraken met de andere echelons.

DOORVERWIJZEN

De huisarts/POH GGZ bepalen in overleg met de patiënt welke zorg nodig is. Afhankelijk van de ernst of complexiteit van het beeld zal de huisarts/POH GGZ, na het stellen van een diagnose, zo nodig de patiënt doorverwijzen. Daar is voor nodig dat onderscheid gemaakt wordt tussen GBGGZ, SGGZ en psychosociale hulpverlening. Waar mogelijk maakt de huisarts bij verwijzing gebruik van zorgdomein. De POH GGZ heeft zicht op de sociale kaart op lokaal niveau. In deze kaart staan naast de disciplines de verwijzvoorwaarden en hoe de zorg gefinancierd (eigen risico) is. Hierbij kan de POH GGZ o.a. gebruik maken van de [sociale kaart](#) van ZEL en de [app van Psydzorg Hoflanden](#). De GBGGZ wordt geboden door de vrijgevestigde psychologen of GZ psychologen en door teams van de GGZ instellingen. Regionaal uitgangspunt is dat de patiënt binnen maximaal zes weken een eerste gesprek krijgt, waarbij de intake en behandeling door dezelfde persoon gebeurt. Als de behandelaar na de intake van oordeel is dat de patiënt beter elders behandeld kan worden, zal dit alleen na overleg met de verwijzers gebeuren. In bijlage 8 is het stroomschema voor verwijzing huisarts – GGZ Delfland opgenomen.

CONSULTATIE

GGZ consultatie is een zo gericht mogelijke vraagstelling van de huisarts of POH GGZ aan een GGZ-specialist (= psychiater, psycholoog) over een individuele patiënt betreffende diagnostiek, behandeling en/of verwijzing. De uitkomst hiervan is een medisch advies van de consultatiegever aan de consultatievrager. Het betreft geen medebehandeling. Vormen van consultatie actief in de regio:

- Psyzorg biedt kosteloze **telefonische consultatie** van een psycholoog.
- GGZ Delfland biedt kosteloze **telefonische consultatie** van een psychiater (bijlage 9 zorgkaart).
- GGZ Delfland biedt **eenmalige face-to-face consultatie** (aan te vragen via zorgdomein) van een psychiater. Dit verloopt via een DBC en komt ten laste van het eigen risico van de patiënt.
- GGZ kaderartsen zijn beschikbaar in de vorm van een telefonische consultatie of door middel van face tot face contact samen met of zonder de vraagsteller. Het voordeel voor de patiënt is dat het niet ten koste gaat van het eigen risico. Er is echter geen financiering voor de GGZ kaderhuisarts.

De consultatievrager: consultatie kan worden aangevraagd door de huisarts of door de POH GGZ onder regie van de huisarts.

De consultatiegever: consultatie kan worden gegeven door een BIG-geregistreerde GGZ aanbieder, vrijgevestigd of verbonden aan een GGZ instelling.

INFORMATIEUITWISSELING

In de regio is de afspraak Verwijzing & informatie-uitwisseling tussen huisarts en GBGGZ en SGGZ van kracht. Dit praktische document heeft als doel om elkaar makkelijker te vinden in de regio, zie bijlage 10.

CONTINUÏTEIT EN SAMENHANG

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

OVERNAME VAN PATIËNTEN VAN DE SPECIALISTISCHE GGZ ONDER BEPAALDE VOORWAARDEN

Door de specialistische GGZ (SGGZ) worden patiënten die zijn uitbehandeld voor begeleiding en/of nazorg verwezen naar de Basis GGZ: huisartsenpraktijk of Generalistische Basis GGZ (GBGGZ). Met GGZ Delfland zijn afspraken gemaakt over hoe deze patiënten op een zorgvuldige wijze en met de benodigde gegevens over te dragen. Doel is om de werkwijze bij de overdracht vanuit de SGGZ voor patiënten en zorgverleners duidelijk omschreven te hebben. In deze werkafpraak staat informatie over dit proces van ontslag en overdracht, zowel wat betreft logistiek als berichtgeving en de consultatiemogelijkheden bij (nieuwe) problemen. De volledige werkafpraak is te vinden in bijlage 11.

SAMENWERKING BIJ ACUTE PSYCHISCHE PROBLEMEN

De huisarts zorgt in voorkomende gevallen voor de eerste opvang van acute psychische problematiek en beslist dan welke nadere diagnostiek en behandeling noodzakelijk zijn, rekening houdend met de context en mogelijke gevaar voor de patiënt zelf dan wel voor zijn omgeving. Indien nodig maakt de huisarts gebruik van de GGZ instanties/crisisdienst. Zie bijlage 12 voor het protocol acute zorg buiten kantoortijden.

TEAM HUISARTS EN POH GGZ

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

SAMENWERKING HUISARTS EN POH GGZ

Als een patiënt vanuit de huisartsenpraktijk niet verwezen wordt, maar behandeling wel geïndiceerd is, kan de behandeling onder bepaalde voorwaarden gedaan worden door de huisarts, door de POH GGZ of door beiden. Daar de regie van de behandeling bij de huisarts ligt is een intensieve samenwerking tussen huisartsen en POH GGZ onmisbaar. Voor deze samenwerking is het nodig dat huisarts en POH GGZ elkaar verstaan.

De POH GGZ zal zich de huisartsendiagnostiek en het huisartsengeneeskundig handelen eigen moeten maken. Gezien de beperkte duur van de POH GGZ opleiding kan dat in de praktijk wel enige tijd kosten. De huisarts daarentegen zal op de hoogte moeten zijn van de verschillende therapievormen, de indicaties, de mogelijkheden en de beperkingen van de verschillende therapieën. Daarnaast moet de huisarts op de hoogte zijn van de kennis en vaardigheden van de POH GGZ.

De POH GGZ ziet een patiënt meestal op verzoek van de huisarts waarbij de huisarts een duidelijke vraag of een plan heeft opgesteld. Soms zal de vraag zijn om de patiënt te begeleiden of te behandelen, een volgende keer zal de vraag zijn om de problemen in kaart te brengen en een beleid te formuleren. Indien de POH GGZ de mate van ernst en/of complexiteit anders inschat dan de huisarts (bijv. in geval van suïcidaliteit of een ernstige psychiatrische aandoening) zal de POH GGZ overleggen met de huisarts. De POH GGZ onderzoekt in hoeverre de patiënt gemotiveerd en in staat is om iets aan zijn klachten te doen. In overleg met de patiënt kan de POH GGZ kiezen om de patiënt te ondersteunen of te behandelen. Als het gaat om het uiteindelijke resultaat is de behandelrelatie tussen patiënt en POH GGZ veelal belangrijker dan de aard van de behandelmethode.

OVERLEG HUISARTS – POH GGZ

Daar de huisarts verantwoordelijk is moet de huisarts te allen tijde laagdrempelig geconsulteerd kunnen worden. Naast de mogelijkheid van ad hoc overleg is het aan te raden om een structureel overleg tussen huisarts en POH GGZ te organiseren. In de praktijk varieert dit van nabespreking van elk spreekuur tot een maandelijkse patiëntenbespreking. Aanbeveling is om in ieder geval structurele afspraken te maken voor de volgende momenten:

- overdracht patiënt van huisarts naar POH
- plan POH GGZ: advies zelf behandelen of doorverwijzen
- evaluatie voortgang
- bespreken van patiënten langer in zorg (>5 contacten)

JURIDISCHE VERANTWOORDELIJKHEID

Bij wie de aansprakelijkheid ligt voor het handelen van een POH GGZ is per geval afhankelijk van de omstandigheden. Pas bij het analyseren van een casus kan worden geconcludeerd of de aansprakelijkheid ligt bij de POH GGZ, de huisarts of misschien bij beiden. Wel zijn in dit kader enkele algemene

opmerkingen te maken, waarbij ervan wordt uitgegaan dat de POH GGZ - met uitzondering van de SPV'er - geen voorbehouden handelingen uitvoert en niet valt onder de Wet BIG. Een en ander staat nader beschreven in bijlage 13.

SAMENWERKING POH GGZ EN POH-S BIJ SOMATISCHE AANDOENINGEN

Soma en psyche behoren per definitie tot het domein van de huisartsgeneeskunde. Er zijn drie groepen patiënten waarbij psychische stoornissen gepaard kunnen gaan met lichamelijke klachten en andersom.

- Patiënten met een chronische ziekte
- Patiënten met kanker
- Ouderen met somatische en psychische aandoeningen

Hoewel nog niet gebruikelijk kan samenwerking tussen POH GGZ, POH-s en huisarts bij deze patiëntengroepen een kwaliteitsverbetering opleveren. Een eventuele taak cq. samenwerking met de poh-s zal sterk samenhangen met de achtergrond (psychologie, spv, maatschappelijk werk) van de POH GGZ.

DESKUNDIGHEIDSBEVORDERING

Deskundigheidbevordering wordt in deze handreiking uiteen gezet in intervisie en nascholing. Nascholing is beschreven in bijlage 14.

INTERVISIE

In de functieomschrijving van de POH GGZ staat dat de POH GGZ een vorm van intervisie moet volgen. Bij intervisie worden, binnen een groep van ongeveer 8 collega's, ingewikkelde situaties volgens een gestructureerde methode besproken. Afhankelijk van het probleem staat de inbrenger centraal of de patiënt. De intervisie moet geleid worden door een getrainde begeleider (bijvoorbeeld een GGZ kaderhuisarts) om het proces te bewaken en huisartsgeneeskundige visie en deskundigheid zo nodig in te brengen. In dit zorgprogramma wordt geadviseerd om intervisie maandelijks te organiseren. Elke POH GGZ heeft afhankelijk van het aantal uren van de aanstelling tussen 12-20 uur intervisie per jaar. Bij gedetacheerde POH GGZ regelt de instelling de intervisie. Als de POH GGZ in dienst is van de huisarts zal de huisarts en/of POH GGZ dit zelf organiseren en de voorwaarden te bespreken.

FINANCIËN

GGZ IN DE HUISARTSENPRAKTIJK

In 2007 is de beleidsregel voor de POH GGZ vastgesteld door de NZa. De belangrijkste elementen zijn:

- POH GGZ salaris (70%)
- Infrastructurele voorzieningen (10%)
- Managementtijd (20%)

Achter de elementen staat aangegeven wat de landelijke aanbeveling is qua verdeelsleutel. Managementtijd omvat zowel de casuïstiekbespreking tussen huisarts en POH GGZ als de ontwikkeling van een visie op GGZ in de praktijk.

De LHV heeft een rekenmodel POH GGZ waarmee u, naast het inzichtelijk maken van de kosten, inkomsten en resultaten, kunt berekenen wat de declarabele productie van de POH GGZ moet zijn om die kostendekkend in te kunnen schakelen. In deze regio hanteert DSW geen consulttarief, wat betekent dat het rekenmodel voor de inzet POH GGZ anders is opgebouwd. U kunt hierover contact opnemen met DSW.

In het geval van specifieke wensen van een huisartsenpraktijk met betrekking tot opleiding, methoden/technieken en vaardigheden, die niet direct tot de functionele eisen van een POH GGZ behoren, zal overleg gevoerd worden over de te maken kosten en declaratie daarvan door de instelling en de betreffende huisartsenpraktijk.

CAO POH GGZ

POH GGZ is een zelfstandige functie op HBO+ of academisch niveau. De Landelijke Vereniging voor POH GGZ heeft het volgende opgenomen betreffende het salaris:

Voor startende POH's GGZ zonder ervaring geldt als minimum – volgens de CAO huisartszorg – schaal 8. In bijlage 15 is de salaristabel terug te vinden.

Voor ervaren senior POH's GGZ doet de LV POH GGZ de aanbeveling voor schaal 9 of 10 of vergelijkbaar met schaal 55-60 [CAO GGZ](#).

Aanbeveling inzet POH GGZ per praktijk

Landelijk is er geen norm voor de consultduur vastgesteld. De tijd die een POH GGZ voor een consult heeft verschilt per praktijk. Ook zijn er praktijken waar de tijd voor een consult en een eerste gesprek verschilt. Reden hiervoor is dat in de SGGZ een eerste gesprek als intake geldt en hiervoor 1,5 uur beschikbaar is. In de huisartsenpraktijk heeft de huisarts al een of meerdere gesprekken gehad voordat de patiënt voor een eerste gesprek bij de POH GGZ komt. Dit betekent dat er, zeker met goede dossiervoering, informatie beschikbaar is. Aanbeveling in deze regio is dat de huisarts een gespreksduur afspreekt van gemiddeld 30 minuten. Belangrijk is dat je moet kunnen differentiëren. Een eerste gesprek vraagt mogelijk meer tijd, landelijk lijkt 45 minuten gebruikelijk, terwijl andere gesprekken minder tijd vragen. Ook dienen de inzet in uren en de achtergrond van de POH GGZ aan te sluiten op de behoefte van de praktijk. Tenslotte heeft een wijk met veel verzorgingsflats een andere vraag dan een praktijk in een achterstands- of nieuwbouwwijk. Ook is het kennisniveau en affiniteit met GGZ problematiek van de huisarts van invloed.

In de afspraken die gemaakt worden tussen de huisartsen en POH GGZ/werkgever dient rekening gehouden te worden met andere taken zoals spoed, telefonisch spreekuur, overleggen en projectmatige taken.

WERKGEVERSCHAP POH GGZ

Voor het starten met POH GGZ heeft de huisarts een aantal mogelijkheden. In hoofdlijnen komt het neer op de volgende varianten: huisarts als werkgever, ZZP of detachering. De toelichting op deze varianten is beschreven in bijlage 16.

BIJLAGEN

1	Competentieprofiel POH GGZ
2	Verwijshulp GGZ bij klachten en/of (vermoeden van) een stoornis
3	Registratie in een HIS door POH GGZ
4	Van DSM V naar ICPC
5	E-mental health in de regio
6	Farmacotherapie per doelgroep
7	Overzicht preventiegroepen
8	Zorgkaart GGZ Delfland
9	Stroomschema verwijzen huisartsen – GGZ Delfland
10	Regionale afspraak verwijzen en informatie-uitwisseling
11	Overdracht hoofdbehandelaarschap stabiel psychiatrische patiënten
12	Regionaal protocol acute zorg
13	Juridische verantwoordelijkheid
14	Nascholingscurriculum
15	Werkgeverschap POH GGZ
16	Salaristabel cao huisartsenzorg 2016
17	Interessante websites