

In de *Landelijke ggz-samenwerkingsafspraken* vindt u aanbevelingen voor de samenwerking met de generalistische basis-ggz en de gespecialiseerde ggz bij de zorgverlening aan volwassenen met psychische problematiek. Hieronder zijn de afspraken die relevant zijn voor de huisarts voor u samengevat.

In opdracht van het Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGZ maakte het NHG samen met de betreffende patiëntenvereniging en behandelaren de *Landelijke ggz-samenwerkingsafspraken*. Deze bevatten aanbevelingen voor verwijzing en terugverwijzing, en vorm en inhoud van de consultatie bij de hulpverlening aan volwassenen met psychische problematiek. Aan de orde komen ook de afbakening van taken en verantwoordelijkheden, de coördinatie en de monitoring bij gedeelde zorg door de huisartsenpraktijk, de generalistische basis-ggz en de gespecialiseerde ggz. Tot slot is er aandacht voor het maken van regionale en lokale samenwerkingsafspraken.

De Landelijke ggz-samenwerkingsafspraken bieden hulpverleners houvast, maar het eigen professionele inzicht blijft altijd van belang. Soms is het gewenst om, in samenspraak met de patiënt, beargumenteerd af te wijken van de afspraken.

ZORG BIJ PSYCHISCHE PROBLEMATIEK

Psychische problematiek behelst zowel stoornissen volgens de DSM-classificatie als niet classificeerbare psychische, psychosociale en psychosomatische klachten. Het streven is dat de patiënt zo snel mogelijk hulp krijgt geboden door de juiste zorgverlener op de juiste plek. Drie vragen komen daarbij altijd aan de orde:

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

De hulpverlener verstrekt gerichte informatie, zodat de patiënt een weloverwogen keuze kan maken aangaande de gewenste soort zorg en ondersteuning. Voor de patiënt spelen drie vragen over de behandeling een rol:

- Wat zijn mijn (keuze)mogelijkheden?
- Wat zijn de voor- en nadelen van deze mogelijkheden?
- Wat betekent dit in mijn situatie?

Als hulpverlener en patiënt in het gesprek over deze vragen tot overeenstemming komen, volgt eventueel een consultatievraag of indicatie voor verwijzing.

LANGDURIGE BEGELEIDING

Mensen die langdurige begeleiding nodig hebben, nemen een speciale positie in. Hun zorgbehoefte wordt bepaald door de ernst en complexiteit van hun problematiek, goede of slechte ervaringen van eerdere behandelingen, de inbreng van andere maatschappelijke partners en van eventuele steunende naasten. De zorgbehoefte van mantelzorgers bepalen mede de ernst en complexiteit van de zorgvraag. In gevaarlijke situaties kan – ook als de patiënt geen zorgbehoefte heeft – een gedwongen behandeling nodig zijn.

VERWIJZING

De huisarts beoordeelt welke patiënten in aanmerking komen voor verwijzing naar generalistische basis-ggz (gb-ggz) of gespecialiseerde ggz (s-ggz). De overheid formuleerde hiertoe criteria:

- (het vermoeden van) een stoornis volgens de DSM-classificatie;
- de ernst van de problematiek;
- het risico, de complexiteit en het beloop van de klachten.

Deze criteria zijn meegenomen in de afspraken over verwijzing. De werk-

De huisartsenpraktijk kan zelf patiënten begeleiden met:

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

De huisartsenpraktijk verwijst patiënten naar de generalistische basis-ggz bij:

- psychische problematiek (vermoedelijk) conform de DSM-classificatie met:
 - een matige tot ernstige lijdensdruk en disfunctioneren;
 - (somatische) comorbiditeit of problemen in het persoonlijk of psychosociaal functioneren die *niet* met de behandeling van de hoofddiagnose interfereren;
 - enig risico op gevaar maar met beschermende factoren, zoals adequate coping, werk, structurele daginvulling of een systeem van dagelijkse ondersteuning;
- uitblijven van verbetering bij behandeling in de huisartsenpraktijk (indicatie: na twee maanden);
- een stoornis in het gebruik van middelen met gering disfunctioneren en weinig lijdensdruk, of gebruik dat is gestart op jonge leeftijd;
- stabiele chronische problematiek met risico op terugval (bijvoorbeeld een depressie of angststoornis in combinatie met persoonlijkheidsstoornissen).

groep maakt hierbij de kanttekening dat een op de patiënt en naasten gericht verwijzingsadvies nodig is voor een weloverwogen keuze tussen geschikte behandelingen en behandelaren. Verder spelen een rol:

- deskundigheid van de huisarts;
- wensen van de patiënt en diens naasten;
- behandelingsvoorgeschiedenis;
- beschikbaarheid en toegankelijkheid;
- contextuele factoren van de patiënt, zoals motivatie, comorbiditeit, zelfmanagementvaardigheden en financiële situatie.

De huisarts formuleert bij elke verwijzing een verwijsbrief conform het format in de herziene richtlijn *Informatie-uitwisseling huisarts-ggz* (www.nhg.org) > hasp ggz).

OVERLEG

De huisarts neemt op indicatie contact op met de s-ggz over patiënten met ernstige psychiatrische aandoeningen die daar langdurig in zorg zijn bij:

- signalen van crisis, psychiatrische ontregeling of het niet opvolgen van leefstijl- en medische adviezen om ontregeling te voorkomen;
- belangrijke levensgebeurtenissen, bij-

De huisartsenpraktijk verwijst patiënten naar de gespecialiseerde ggz bij:

- psychische problematiek (vermoedelijk conform de DSM-classificatie met:
 - ernstige lijdensdruk en sterk disfunctioneren;
 - recidiverende ernstige problematiek;
 - (somatische) comorbiditeit en problemen in persoonlijkheid of psychosociaal functioneren die met de behandeling van de hoofddiagnose interfereren;
 - complexe problematiek die behandeling in een multidisciplinair professioneel netwerk vergt;
 - een hoog risico op (zelf)verwaarlozing, (huiselijk) geweld, suïcide, automutilatie of (kinder)mishandeling;
- een ernstige of langdurige stoornis in het gebruik van middelen in combinatie met een psychische stoornis of inzet van medicatie voor terugvalpreventie;
- een indicatie voor bemoezorg (bijvoorbeeld F-ACT);
- uitblijven van verbetering bij behandeling in gb-ggz (indicatie: na drie tot vier maanden);
- uitblijven van verbetering bij behandeling in de huisartsenpraktijk (indicatie: na twee maanden), waarbij de ernst en complexiteit van de problematiek behandeling in de gb-ggz ongeschikt maakt;
- instabiele chronische problematiek;
- noodzaak tot onvrijwillige behandeling.

voorbeeld zwangerschap;

- interfererende somatische aandoeningen;
- afwijkende laboratoriumuitslagen, zoals bloedspiegels van geneesmiddelen (als is afgesproken dat de huisarts controleert).

De huisarts kan dit ook periodiek doen als dit is afgesproken in overleg met de s-ggz.

De huisarts neemt op indicatie contact op met de gb-ggz over patiënten die daar langdurig in zorg zijn bij:

- signalen van crisis, psychiatrische ontregeling of het niet opvolgen van leefstijl- en medische adviezen om ontregeling te voorkomen;
- voorschrijven of wijzigen van psychofarmaca.

CONSULTATIE

Als de patiënt hiervoor toestemming geeft, kan de huisarts ggz-behandelaars consulteren in de vorm van een schriftelijke casusbespreking, een gezamenlijk gesprek (eventueel samen met de patiënt en naasten) of een nabespreking met de huisarts van een consult door de ggz-behandelaar.

Voor intercollegiaal overleg (een korte vraag over bijvoorbeeld medicatie of verwijzingsnoodzaak) is geen toestemming van de patiënt nodig, mits geanonimiseerd verwoord.

De huisarts overweegt consultatie van de gb-ggz of s-ggz bij:

- diagnostische vragen;
- adviesbehoefte over terugvalpreventie of vervolgtraject;
- adviesbehoefte over omgang met de patiënt;
- adviesbehoefte over de aanpak bij (stagnatie van) de behandeling in de huisartsenpraktijk.

De huisarts overweegt consultatie van de s-ggz bij:

- vragen over indicatie voor of gebruik van psychofarmaca;
- somatische of psychiatrische comorbiditeit die van invloed is op de behandeling;
- twijfel over wilsbekwaamheid;
- vragen over een stoornis in het gebruik van middelen met een fysiek afhankelijkheidsbeeld;
- inzet van medicatie voor terugvalpreventie als verwijzing niet haalbaar is.

REGIONALE ZORGFSTEMMING

In regionaal of lokaal overleg kunnen de volgende aandachtspunten worden uitgewerkt tot concrete werkafspraken:

- Welke begeleidings-, ondersteunings- en behandelingsmogelijkheden zijn er?
- Wat zijn de bestaande afspraken?

- Zijn de betrokken hulpverleners bereikbaar voor overleg?
- Hoe zijn de consultatiemogelijkheden georganiseerd?
- Welk hulpaanbod is er op het gebied van preventie?
- Zijn eventuele wachtlijsten bekend?
- Welke controle is er dat de patiënt daadwerkelijk is verschenen na doorverwijzing in crisissituaties? Wie is hiervoor verantwoordelijk?
- Heeft de huisarts voldoende kennis en expertise om patiënten met chronische problematiek op te vangen?
- Wie doet de somatische controles bij een patiënt die onder behandeling is van de s-ggz?
- Wie is verantwoordelijk voor de zorgcoördinatie in een traject waarbij iedere betrokken behandelaar verantwoordelijk is voor de eigen inhoudelijke inbreng?
- Is er een regelmatige uitwisseling en afstemming tussen de patiënt, diens naasten, de huisarts, gb-ggz en s-ggz?

Over het inschakelen van crisisdiensten kunnen de volgende afspraken worden gemaakt:

- In welke situaties is de crisisdienst beschikbaar?
- Wanneer kan een patiënt zelf de crisisdienst bellen?
- Wanneer kan een arts naar de crisisdienst verwijzen zonder eerst de patiënt te zien?
- Wie is tijdens wachttijden verantwoordelijk voor de zorg na verwijzing?
- Welke eisen gelden voor verwijzing door en terugrapportage aan de huisarts?
- Wie is verantwoordelijk voor de zorg na een crisisinterventie, terugverwijzing naar de huisartsenpraktijk en doorverwijzing naar de reguliere ggz?
- Zijn afspraken over een maximale wachttijd mogelijk?