

GGZ

Standaarden

Deze pdf is gepubliceerd op 02-04-2020 om 16:55. Bekijk de meest actuele versie op <https://www.ggzstandaarden.nl/generieke-modules/landelijke-samenwerkingsafspraken-tussen-huisarts-generalistische-basis-ggz-en-gespecialiseerde-ggz-lga>

Autorisatiedatum 31-03-2016 Beoordelingsdatum 31-03-2016

Generieke module

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

Inhoudsopgave

Inhoudsopgave	2
1. Introductie	4
1.1 Introductie	4
2. Samenvatting	6
2.1 Samenvatting	6
2.1.1 Achtergronden	6
2.1.2 Verwijzing	6
3. 1. Inleiding	8
3.1 1.1 Algemeen	8
3.2 Deze standaard staat in het Register	9
3.2.1 Opname in het Register per 9 juli 2019	9
4. 2. Achtergrond	10
4.1 2.1 Begrippen	10
4.1.1 Psychische aandoeningen	10
4.1.2 Algemene bevolking	10
4.1.3 Huisartsenzorg	11
4.1.4 Generalistische basis GGz	12
4.1.5 Gespecialiseerde GGz	12
4.1.6 Chroniciteit	12
4.1.7 Echelons en ketens	13
4.2 2.2 Taakomschrijving beroepsgroepen	15
5. 3. Afspraken	18
5.1 3.1 Inleiding	18
5.2 3.2 Verwijzing	18
5.2.1 Patiënten die begeleid kunnen worden in de huisartsenpraktijk zijn patiënten met:	19
5.2.2 Verwijzing van patiënten naar de GB GGz bij:	19
5.2.3 Verwijzing van patiënten naar de S GGz bij:	19
5.3 3.3 Verwijsbrief	20
5.4 3.4 Overleg	20
5.4.1 De GB GGz neemt contact op met de huisarts voor overleg:	20
5.4.2 De S GGz neemt contact op met de huisarts voor overleg:	20
5.4.3 De huisarts neemt contact op met de S GGz over patiënten die langdurig in zorg bij de S GGz zijn:	21
5.4.4 De huisarts neemt contact op met de GB GGz over patiënten die langdurig in zorg bij de GB GGz zijn:	21
5.5 3.5 Consultatie	21
5.6 3.6 Terugrapportage	22
5.7 3.7 Gedeelde begeleiding/regionale en lokale zorgafstemming	23

6. 4. Totstandkoming	25
6.1 4. Totstandkoming	25
7. 5. Implementatieplan	26
7.1 Kwaliteitsstandaarden	26
7.2 Gebruik van kwaliteitsstandaarden	27
7.2.1 Monitoring van de implementatie	28
7.3 Bestaande praktijk en vernieuwingen	28
7.4 Bestaande afspraken	28
7.5 Algemene implementatie thema's	29
7.5.1 Bewustwording en kennisdeling	29
7.5.2 Samenwerking	30
7.5.3 Capaciteit	31
7.5.4 Behandelaanbod	32
7.5.5 Financiering	32
7.5.6 ICT	33
7.6 Specifieke implementatie thema's	34

1. Introductie

Autorisatiedatum 02-04-2020 Beoordelingsdatum 02-04-2020

1.1 Introductie

In de zorg aan volwassenen met psychische problemen zijn vaak meerdere professionals betrokken. Die werken onderling samen. Wie doet wat en wanneer is wie aan zet? In de Landelijke samenwerkingsafspraken vind je:

- aanbevelingen voor de samenwerking tussen de huisartsenpraktijk met de generalistische basis GGZ en de gespecialiseerde GGZ en
- aandachtspunten voor regionale afstemming.

Kern van de afspraken is dat de patiënt zo snel mogelijk de juiste zorg krijgt, door de juiste zorgverlener op de juiste plek. De zorgverlener vraagt zich (zo mogelijk) samen met de patiënt altijd het volgende af:

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

De Landelijke samenwerkingsafspraken kom je tegen in alle zorgstandaarden en generieke modules. Ze vormen de basis van hoe professionals met elkaar samenwerken in de Nederlandse ggz.



2. Samenvatting

Autorisatiedatum 31-03-2016 Beoordelingsdatum 31-03-2016

2.1 Samenvatting

De Landelijke samenwerkingsafspraken geven aanbevelingen voor de samenwerking tussen de huisartsenpraktijk met de generalistische basis GGZ en de gespecialiseerde GGZ bij de zorgverlening aan volwassenen met psychische problematiek en aandachtspunten voor regionale afstemming.

Van deze generieke module kunt u [hier de samenvattingskaart downloaden](#). Deze behandelt de volgende onderwerpen:

1. Achtergronden
2. Verwijzing
3. Overleg
4. Aandachtspunten voor regionale afstemming

2.1.1 Achtergronden

Psychische problematiek behelst zowel stoornissen volgens de DSM-classificatie als psychische, psychosociale en psychosomatische klachten die niet volgens DSM classificeerbaar zijn. Het streven is de patiënt zo snel mogelijk hulp te bieden door de juiste zorgverlener op de juiste plek. Drie vragen die de zorgverlener zich, (zo mogelijk) samen met de patiënt, altijd moet stellen:

1. Kunnen we tijdelijk afwachten?
2. Kunnen we effectief ingrijpen?
3. Kunnen we zinvol overdragen?

Verstrek 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:

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

2.1.2 Verwijzing

De huisartsenpraktijk kan 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 niet-crisisgevoelige problematiek met een laag risico op terugval;
- een noodzaak voor geïndiceerde of zorggerelateerde preventie;
- 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 slaagt, tenzij er een ernstig gevaarscriterium is.

Verwijs 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 persoonlijkheid 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.

Verwijs 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/of 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 bemoeizorg;
- uitblijven van verbetering bij behandeling in generalistische basis 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 generalistische basis GGZ ongeschikt maken;
- instabiele chronische problematiek;
- noodzaak tot onvrijwillige behandeling.

De huisarts formuleert bij een verwijzing een verwijsbrief conform [het format in de richtlijn Informatieuitwisseling huisarts-GGZ](#).

3. 1. Inleiding

Autorisatiedatum 31-03-2016 Beoordelingsdatum 31-03-2016

3.1 1.1 Algemeen

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

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

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

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

(S GGz): Er bestaat geen consensus over de wijze van afkorten. In deze tekst is GGz afgekort tot S GGz. Dit maakt beter onderscheid met GB GGz dan het afkorten tot G GGz.

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

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

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

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

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

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

3.2 Deze standaard staat in het Register

3.2.1 Opname in het Register per 9 juli 2019

Op 9 juli 2019 is deze kwaliteitsstandaard opgenomen in het Register van het Zorginstituut Nederland. Dit is de centrale plek voor informatie over kwaliteit van zorg in Nederland. Het Register vind je op www.zorginzicht.nl.

Het Register bevat alle kwaliteitsstandaarden, meetinstrumenten en informatie-standaarden die voldoen aan het [Toetsingskader](#). Dit kader toetst of een kwaliteitsstandaard kan worden aangemerkt als een verantwoorde beschrijving van de kwaliteit van een zorgproces of een verantwoord middel om te meten of goede zorg is geleverd.

4. 2. Achtergrond

Autorisatiedatum 31-03-2016 Beoordelingsdatum 31-03-2016

4.1 2.1 Begrippen

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

4.1.1 Psychische aandoeningen

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

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

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

De drempel voor het vaststellen van een psychische stoornis in termen van de DSM is het generieke classificatiecriterium over lijdensdruk of disfunctioneren. Het feit dat sommige mensen niet de symptomen vertonen die duiden op een bepaalde classificatie, is geen rechtvaardiging om iemand de toegang tot de juiste zorg te ontzeggen. Classificeren volgens de DSM-methodiek is niet gelijk aan het stellen van een diagnose. De DSM-classificatie is ontwikkeld om met een gemeenschappelijke taal te communiceren tussen professionals en te gebruiken bij onderzoek en beleid. Bij een diagnose worden onder meer sociale, psychologische en biologische factoren mee in beschouwing genomen.

4.1.2 Algemene bevolking

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

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

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

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

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

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

4.1.3 Huisartsenzorg

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

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

Het percentage patiënten waarbij enigerlei psychische aandoening werd gesteld was in 2010 12 procent. De huisarts verwees het meest naar een eerstelijnspsycholoog (7,6 procent van de patiënten met een psychische reden, reden voor contact), de toenmalige tweedelijns-GGz (4,6

procent) en RIAGG (1,7 procent). Het percentage verwijzingen naar het RIAGG is laag. De RIAGG's waren in 2010 vrijwel allemaal opgegaan in grotere GGz-instellingen.

4.1.4 Generalistische basis GGz

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

4.1.5 Gespecialiseerde GGz

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

4.1.6 Chroniciteit

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

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

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

Een hulpverlener biedt hulp bij symptoomverlichting, persoonlijk herstel en bevordert

arbeidsparticipatie en maatschappelijke participatie.

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

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

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

4.1.7 Echelons en ketens

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

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

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

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

De volgende drie vragen moeten bij elke patiënt gesteld worden:

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

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

Bron: KNMG Handreiking Verantwoordelijkheidsverdeling in de zorg. 2010.

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

Zodra een patiënt behandeld wordt in de GGz is het belangrijk dat er een gelijkwaardige relatie tussen patiënt en naastbetrokkene(n), huisartsenvoorziening en GGz-hulpverlener bestaat, waarbij afstemming en samenwerking geregeld moeten zijn. Bij patiënten met chronische problemen is dit van extra belang. Wanneer zij gestabiliseerd en uitbehandeld zijn in de GGz, kan de intensiteit van de zorg geleidelijk en behoedzaam worden verminderd. Dit afschalen van zorg kan alleen als dat in nauw overleg met de betrokkenen gebeurt en er geformaliseerde afspraken zijn over de samenwerking. Bovendien dient de keten toegankelijk te blijven voor het, indien noodzakelijk, opschalen van de zorg. Het blijft nodig om laagdrempelig toegang te houden tot gespecialiseerde behandeling, begeleiding en ondersteuning bij ernstige psychische aandoeningen. Dit moet vanzelfsprekend zijn in crisissituaties, maar ook op andere momenten waarbij winst te halen valt in symptoomverlichting, maatschappelijke participatie en persoonlijk herstel.

De huisartsenpraktijk

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

een verwijzing naar welzijnsactiviteiten/sociale wijkteams is vaak opportuun. In 70 procent van de huisartspraktijken is een POH-GGZ werkzaam.

Bron: LHV peiling. Mei 2014

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

Hij kan patiënten met verschillende soorten klachten op psychiatrisch, psychisch, psychosomatisch en psychosociaal gebied (langer durend) ondersteunen en begeleiden of kortdurend behandelen.: Zie POH-GGZ: functie- en competentieprofiel voor praktijkondersteuner ggz.

[Meer informatie](#)

GGz

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

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

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

4.2 2.2 Taakomschrijving beroepsgroepen

Hieronder worden de taken van beroepsgroepen omschreven die vooral betrokken zijn bij de

hulpverlening bij mensen met psychische aandoeningen. Er zijn meerdere beroepsgroepen die niet genoemd worden, maar hierbij ook betrokken kunnen zijn.

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

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

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

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

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

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

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

De **GGz-verpleegkundige** kan GGz-zorgbehoefte op complexiteit en urgentie inschatten en kan de aard en omvang van de zorg die nodig is organiseren en uitvoeren. Hij biedt zorgvragers in

uiteenlopende woon- en leefomgevingen en met unieke gezondheid- en bestaanssituaties ondersteuning en begeleiding bij de gevolgen van hun psychiatrische ziekte en de voorkomende beperkingen en mogelijkheden die daarvan het gevolg zijn.

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

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

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

5. 3. Afspraken

Autorisatiedatum 31-03-2016 Beoordelingsdatum 31-03-2016

5.1 3.1 Inleiding

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

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

Bron: Patiëntenfederatie NPCF en de Orde van Medisch Specialisten.

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

5.2 3.2 Verwijzing

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

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

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

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

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

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

5.2.2 Verwijzing van patiënten naar de GB GGz bij:

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

5.2.3 Verwijzing van patiënten naar de S GGz bij:

- psychische problematiek met (vermoeden van een) DSM-classificatie met:
- ernstige lijdensdruk en disfunctioneren OF;
- recidiverende ernstige problematiek OF;
- (somatische) comorbiditeit en/of problemen in persoonlijkheid of psychosociaal functioneren die met de behandeling van de hoofddiagnose interfereren OF;
- complexe problematiek die om behandeling in een multidisciplinair samengesteld professioneel netwerk vraagt OF;
- hoog risico op (zelf)verwaarlozing, (huiselijk) geweld, suïcide of automutilatie, of (kinder)mishandeling;

- ernstige of langdurige stoornis in het gebruik van middelen in combinatie met een psychische stoornis, inzet medicatie voor terugvalpreventie;
- indicatie voor bemoeizorg (bijvoorbeeld F-ACT);
- uitblijven van verbetering bij de behandeling in GB GGz (indicatief drie tot vier maanden);
- uitblijven van verbetering bij de behandeling in de huisartsenvoorziening (indicatief twee maanden), waarbij de ernst en complexiteit behandeling in GB GGz niet geschikt maakt;
- instabiele chronische problematiek;
- bij wie onvrijwillige behandeling noodzakelijk is.

5.3 3.3 Verwijsbrief

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

5.4 3.4 Overleg

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

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

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

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

- na effectieve behandeling waarbij patiënt voldoende is hersteld;
- voor verdere begeleiding en ondersteuning van een stabiele patiënt met chronische problematiek;
- voor verdere controle van medicamenteuze behandeling;
- bij verandering van beleid of medicatie;
- zo nodig voor somatische controles bij patiënt die in behandeling in S GGz is;

- voor doorgeven en bespreking van een noodplan;
- als er geen DSM-classificatie aanwezig is;
- als GB GGz geïndiceerd is.

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

Op indicatie:

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

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

Op indicatie:

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

5.5 3.5 Consultatie

De huisarts kan behandelaars in de GGz consulteren in verschillende vormen: een schriftelijke casusbespreking, een 'face-to-face' consult met of zonder de patiënt en naastbetrokkene(n), of de consulent kan de patiënt en naastbetrokkene(n) zien en het consult dan nabespreken met de huisarts (in de vorm van bijvoorbeeld een telefonische consultatie, e-mailconsultatie of patiëntgebonden multidisciplinair overleg). Ook behandelaars in de GB GGz en S GGz kunnen de ander consulteren voor specifieke vragen of medebehandeling. Consultatie vindt alleen plaats als de patiënt hiervoor toestemming geeft.

Kenmerken van een consultatie zijn:

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

Het is van belang onderscheid te maken tussen consultatie en intercollegiaal overleg. Een

intercollegiaal overleg is een kortdurende vraag over bijvoorbeeld medicatie of noodzaak tot verwijzing. Hiervoor is geen toestemming van de patiënt vereist, mits de patiënt anoniem wordt besproken.

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

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

De huisarts overweegt consultatie van de S GGz bij:

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

5.6 3.6 Terugrapportage

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

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

De rapportage **na de intake** bevat:

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

Het **ontslagdocument** bevat de volgende gegevens:

- problematiek, diagnose en beloop tot nu toe;
- behandelgeschiedenis: soorten therapieën, medicatie (indien van toepassing) en resultaat;
- eventueel controlebeleid door GGz en/of huisartsenpraktijk;
- eventueel medicatie-advies en bijbehorende controle, laatste laboratoriumuitslagen en beleid;
- eventueel advies voor doorverwijzing voor vervolgbehandeling en het bedoelde echelon:

huisartsenpraktijk, GB GGz of S GGz;

- plan bij terugval/crisisplan (bijvoorbeeld crisiskaart);
- persoonlijke wensen en doelen van de patiënt;
- wat besproken is met patiënt en naastbetrokkene(n), de visie van de patiënt en naastbetrokkene(n) en of er sprake was van gedeelde besluitvorming;
- hoofdbehandelaar en contactgegevens.

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

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

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

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

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

5.7 3.7 Gedeelde begeleiding/regionale en lokale zorgafstemming

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

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

- Wat zijn de bestaande afspraken?
- Welke begeleidings-, ondersteunings- en behandelmogelijkheden zijn er aanwezig?
- Zijn betrokken hulpverleners bereikbaar voor overleg?
- Hoe zijn de consultatiemogelijkheden ingericht?

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

6. 4. Totstandkoming

Autorisatiedatum 31-03-2016 Beoordelingsdatum 31-03-2016

6.1 4. Totstandkoming

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

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

7.5. Implementatieplan

Autorisatiedatum 09-07-2019 Beoordelingsdatum 09-07-2019

7.1 Kwaliteitsstandaarden

Volgens de definitie van Zorginstituut Nederland beschrijft een kwaliteitsstandaard in algemene termen wat goede zorg is vanuit het perspectief van de patiënt. Zowel richtlijnen, zorgstandaarden als generieke modules vallen onder de verzamelnaam 'kwaliteitsstandaard'.

'kwaliteitsstandaard': Kwaliteitsstandaarden zijn niet statisch maar worden periodiek beoordeeld of aanpassing c.q. uitbreiding nodig is. Vanaf publicatie van een standaard vindt jaarlijks een eenvoudige beoordeling plaats waarbij (kleine) aanpassingen waar nodig worden verwerkt. Eens in de 4 jaar start een volledige revisiebeoordeling van iedere standaard.

Een zorgstandaard biedt voor álle professionals, patiënten en hun naasten een kapstok door te beschrijven hoe integrale zorg bij een bepaalde aandoening er uit ziet vanuit het perspectief van de patiënt (beschrijving optimale zorg). Een zorgstandaard beschrijft het complete zorgcontinuüm (ofwel alle fases waar een patiënt mee te maken krijgt of kan krijgen) voor een bepaalde psychische aandoening. In een zorgstandaard komt niet alleen een groot aantal mogelijke zorgproblemen aan de orde, maar wordt ook expliciet de organisatie van het zorgproces beschreven. Dat alles gezien vanuit het perspectief van de patiënt.

Een richtlijn is een document met aanbevelingen voor de diagnostiek en behandeling van patiënten met psychische aandoeningen, gebruikmakend van wetenschappelijk onderzoek aangevuld met expertise en ervaringen van professionals, patiënten en naasten. Voor specifieke situaties gebruiken professionals de richtlijnen die relevant zijn voor hun specifieke beroepsgroep en specifiekere dan de zorgstandaard ingaan op wat er op dát moment aan zorg geleverd kan worden (beschrijving minimale zorg). Aan één zorgstandaard kunnen dus meerdere richtlijnen ten grondslag liggen (bijvoorbeeld de NHG-richtlijnen van huisartsen, een MDR opgesteld en geautoriseerd door psychiaters en psychologen, richtlijnen voor verpleegkundigen, etc.).

Een generieke module biedt, net als een zorgstandaard, professionals, patiënten en naasten een kapstok door te beschrijven hoe integrale zorg er uit ziet vanuit het perspectief van een patiënt. Het verschil tussen een zorgstandaard en een generieke module is dat een zorgstandaard stoornis specifiek is en een generieke module juist zorgcomponenten of zorgonderwerpen beschrijft die relevant zijn voor meerdere psychische aandoeningen. De zorg die wordt beschreven in een generieke module kan, afhankelijk van de aandoening, in één of meerdere fases van het zorgproces van toepassing zijn.

Zorgstandaarden, richtlijnen en generieke modules vormen een eenheid. Hiermee kunnen de

professional en de patiënt samen de behandeling vormgeven.

7.2 Gebruik van kwaliteitsstandaarden

Zorgstandaarden en generieke modules vormen samen met multidisciplinaire richtlijnen, wet- en regelgeving en beroepsethiek de basis voor de zorgprofessional om tot goede zorg te komen (de professionele standaard).

(de professionele standaard): De professionele standaard in de gezondheidszorg is het geheel van professionele medische normen dat beschrijft wat in een bepaalde situatie 'goed handelen' is. De professionele standaard zorgt ervoor dat zorgverleners goede, veilige en verantwoorde zorg leveren. De professionele standaard is als zodanig geen regel, maar een 'kapstok', die nader is uitgewerkt in wetten, richtlijnen, protocollen, beroepscode, uitspraken van de tuchtrechter, kwaliteitsstandaarden, gedragsregels en handreikingen. De professionele standaard kan dus gezien worden als de gedeelde waarden en normen binnen een beroepsgroep.

[Meer informatie](#)

De zorgprofessional kan er beargumenteerd van afwijken als - naar zijn oordeel en in samenspraak met de patiënt - de belangen van de patiënt daarmee beter zijn gediend vanwege diens specifieke situatie en voorkeuren.

De toepassing van professionele standaarden komt voort uit het [Burgerlijk wetboek, artikel 453](#). Daarin staat dat de hulpverlener bij zijn werkzaamheden 'de zorg van een goed hulpverlener in acht moet nemen en daarbij handelt in overeenstemming met de op hem rustende verantwoordelijkheid, voortvloeiende uit de voor hulpverleners geldende professionele standaard.'

professionele standaard.: Artikel 1 van de Zorgverzekeringswet geeft de definitie van een professionele standaard: een richtlijn, module, norm, zorgstandaard dan wel organisatiebeschrijving, die betrekking heeft op het gehele zorgproces of een deel van een zorgproces. Een professionele standaard legt vast wat noodzakelijk is om vanuit het perspectief van de patiënt goede zorg te verlenen en is in een openbaar register opgenomen.

[Meer informatie](#)

Een kwaliteitsstandaard beschrijft in algemene termen wat goede zorg is vanuit het perspectief van de patiënt. Kwaliteitsstandaarden zijn echter geen doel op zich. Zij hebben een functie in het proces van kwaliteitsbevordering. Kwaliteitsstandaarden vervullen een onmisbare functie in de kwaliteitscyclus. In die context bevorderen ze de [kwaliteit en doelmatigheid van de zorg](#). Op welke wijze zorgaanbieders en financiers, maar ook patiënten/burgers en zorgverzekeraars kwaliteitsstandaarden gebruiken in de respectievelijk zorginkoopmarkt en zorgverzekeringsmarkt, is

aan hen om in te vullen.

7.2.1 Monitoring van de implementatie

Eén van de taken van Akwa GGZ is het evalueren van het gebruik van kwaliteitsstandaarden en het inzichtelijk maken hoe de kwaliteit van zorg in de ggz zich ontwikkelt. In de tweede helft van 2019 bouwt Akwa GGZ een structuur op waarmee de implementatiegraad van de kwaliteitsstandaarden kan worden gemeten.

7.3 Bestaande praktijk en vernieuwingen

Een kwaliteitsstandaard beschrijft grotendeels de bestaande praktijk ten aanzien van de zorg voor mensen met psychische klachten en aandoeningen. In de standaard zijn verwijzingen opgenomen naar onderliggende richtlijnen en veldnormen van de afzonderlijke beroepsgroepen. Zo is de standaard voor een groot deel al ingebed in het dagelijks werk van de zorgprofessional.

Deels bevat de kwaliteitsstandaard nieuwe elementen, of komen bestaande elementen prominenter naar voren in de inhoud en organisatie van zorg. De kwaliteitsstandaard is geschreven vanuit het perspectief van de patiënt en diens naaste. Aandacht voor herstel en eigen regie komen daardoor nadrukkelijker aan bod dan in bijvoorbeeld richtlijnen; gezamenlijke besluitvorming over de behandeling door patiënt en professional vormt in alle standaarden een kernelement. Andere elementen zijn bijvoorbeeld de wijze waarop de verschillende zorgonderwerpen met elkaar in verband gebracht worden (multidisciplinair en integraal), het betrekken van naasten en ervaringsdeskundigen en het monitoren van de behandeling. De opstellers van deze kwaliteitsstandaard zijn zich ervan bewust dat de implementatie van deze elementen een transitie betekent die een gemeenschappelijke inspanning vraagt van zorgverleners, zorgaanbieders, patiënten en financiers. Al deze partijen zetten zich gezamenlijk in om deze kwaliteitsstandaard zo goed en zo snel mogelijk te implementeren.

7.4 Bestaande afspraken

Zorgprofessionals en zorgaanbieders in de 'brede ggz' zijn nu aan zet. Zij moeten kennisnemen van de inhoud van deze kwaliteitsstandaard en vervolgens aan de slag gaan met de implementatie ervan. Zorgprofessionals en zorgaanbieders hebben een gezamenlijke verantwoordelijkheid voor implementatie in hun eigen organisatie. Koepel-, branche en beroepsorganisaties helpen hun leden hierbij.

Een aantal algemene thema's speelt bij de implementatie van (vrijwel) alle standaarden een rol. Dit zijn thema's waar in algemene zin aandacht voor moet zijn én aandacht voor moet blijven om de kwaliteit van de zorg steeds verder te verbeteren. Het gaat om de zes thema's bewustwording en kennisdeling, samenwerking, capaciteit, behandelaanbod, financiering en ICT. Dit zijn ook thema's waar in sommige gevallen zorgen over zijn en knelpunten worden gezien bij implementatie van de standaarden. Implementatie-activiteiten voor deze zes thema's moeten geen losstaande actiepunten zijn. In de meeste gevallen zijn deze actiepunten al onderdeel van bestaande afspraken zoals onder andere verwoord in het [Bestuurlijk akkoord geestelijke gezondheidszorg \(ggz\) 2019 t/m 2022](#) en [Bestuurlijk akkoord huisartsenzorg 2019 t/m 2022](#). Landelijke implementatie van de

kwaliteitsstandaarden in het veld is daarmee direct gekoppeld aan de planning en gemaakte afspraken in deze bestuurlijk akkoorden. Daarom koppelen we de planning van implementatie van deze standaard aan de looptijd van de bestuurlijk akkoorden.

Concreet betekent dit dat de partijen uit de brede ggz zich inzetten om alle kwaliteitsstandaarden voor de ggz op 31 december 2022 volledig geïmplementeerd te hebben.

7.5 Algemene implementatie thema's

De implementatie van de kwaliteitsstandaard vraagt tijd en energie van alle partijen. Maar dat is niet voor niks: werken volgens kwaliteitsstandaarden biedt ook kansen voor effectievere en doelmatiger behandelingen.

De afspraken in het algemene deel van het plan richten zich daarom vooral op uitvoerbaarheidsissues die een landelijke aanpak vragen om implementatie op lokaal/regionaal niveau mogelijk te maken. Iedere regio en iedere zorgaanbieder is anders. De mate van wat er nog geïmplementeerd moet worden en hoe dat het beste gedaan kan worden, verschilt per situatie. Op lokaal niveau moet implementatie verder worden ingevuld, bijvoorbeeld in de vorm van een (lokaal) uitvoeringsplan.

7.5.1 Bewustwording en kennisdeling

Verandering begint bij bewustwording. Ook in de ggz. De zorgstandaarden en generieke modules stellen, meer dan zorgverleners tot nu toe gewend waren van professionele standaarden, expliciet het perspectief van patiënten centraal. Dat kan misschien wel tot een ander gesprek in de behandelkamer leiden, waarin via gezamenlijke besluitvorming mogelijk ook andere keuzes voor behandeling en begeleiding worden gemaakt. Kennisdeling en bewustwording zijn de sleutelwoorden om deze verandering te realiseren.

Kennisdeling draagt bij aan het beter begrijpen van de impact die psychische aandoeningen op een patiënt hebben, en van hun wensen en ideeën over behandeling en herstel. Kennis delen gebeurt op verschillende niveaus: in de (basis)opleiding tot zorgprofessionals, tijdens bij- en nascholing van professionals maar kan ook bijvoorbeeld via een landelijke campagne. Het delen van kennis kan hierdoor bijdragen aan bijvoorbeeld:

- het verminderen van stigma over mensen met psychische aandoeningen, in de zorg maar ook daarbuiten;
- het realiseren van een culturomslag in eigen organisatie;
- het creëren van draagvlak voor het gebruik en de inhoud van de standaard;
- oog hebben voor specifieke problematiek;
- oog hebben voor eventuele risico's.

Landelijke afspraken

Iedere professional zorgt ervoor dat hij de kwaliteitsstandaarden kent die voor uitoefening van zijn beroep nodig zijn. Zorgaanbieders faciliteren hun medewerkers, zodat zij deel kunnen nemen aan de benodigde bij- en nascholing.

Het bestuurlijk akkoord bevat een groot aantal actiepunten die kennisdeling over en bewustwording van de kwaliteitsstandaarden stimuleren:

- Partijen benadrukken dat het belangrijk is dat professionals kunnen werken volgens de geldende kwaliteitsstandaarden. Daartoe moeten professionals voldoende in de gelegenheid worden gesteld om bij- en nascholing te volgen. De financiering daarvan is onderdeel van de contracteringsafspraken tussen zorgverzekeraar en zorgaanbieder.
- Partijen hebben met elkaar afgesproken dat beroepsgroepen structureel de doorontwikkeling van opleidingen borgen die betrekking hebben op ggz en begeleiding (opleidingseisen en -structuren, onderwijsprogramma's en examinering). De zorgstandaarden worden ingebed in de opleidingen.
- Het akkoord bevat afspraken over bijvoorbeeld het beschikbaar stellen van extra opleidingsplaatsen voor gz-psychologen en het in beeld brengen van de personele capaciteitsbehoefte.

Deze afspraken ten aanzien van opleiding dragen bij aan het verankeren van kennis over en gebruik van kwaliteitsstandaarden in de praktijk. Onderstaande partijen zetten zich in voor uitvoering van deze afspraken op landelijk niveau.

Lokale oplossingsrichtingen

Professionals in de ggz hebben de 'verantwoordelijkheid' om hun collega's in aanpalende domeinen daar waar nodig kennis bij te brengen over psychische aandoeningen en over de (inhoud van) de daarbij behorende kwaliteitsstandaard. Denk hierbij aan het organiseren van een cursus of voorlichting over psychische aandoeningen aan collega's van de somatische afdelingen in het ziekenhuis of een informatie-bijeenkomst over jeugd-ggz aan gemeenten.

7.5.2 Samenwerking

Zorgverleners functioneren in professionele netwerken binnen de gezondheidszorg en het sociale domein. Vaak zijn er meerdere professionals betrokken bij de behandeling en is een duidelijke rolverdeling tussen die professionals (binnen en tussen organisaties) nodig. Voor een goede implementatie van kwaliteitsstandaarden maken professionals (in en buiten de ggz), aanbieders, financiers en andere betrokkenen duidelijke samenwerkingsafspraken zodat de continuïteit en kwaliteit van de zorg niet in het geding komt. Goede en snelle informatie-uitwisseling (met respect voor privacy-wetgeving) en toegankelijkheid van informatie zijn daarbij belangrijke randvoorwaarden om de samenwerking goed te laten verlopen. Het [Landelijk Schakelpunt](#), waarin zorgverleners met toestemming van de patiënt eenvoudig inzicht hebben in het medicatieoverzicht van de patiënt, is een voorbeeld van een hulpmiddel voor uitwisseling van en toegang tot informatie. Steeds meer GGZ-instellingen sluiten zich hier al bij aan.

Landelijke afspraken

Het bestuurlijk akkoord bevat een aantal actiepunten die de benodigde samenwerking in het kader van implementatie van de kwaliteitsstandaarden stimuleren: in de (door)ontwikkeling van opleidingen die betrekking hebben op ggz en begeleiding (opleidingseisen en -structuren, onderwijsprogramma's en examinering) wordt meer aandacht besteed aan samenwerking tussen verschillende domeinen en het organiseren van integrale zorg.

Ondertekende partijen schatten in dat de invoering van het kwaliteitsstatuut en de afspraken over

samenwerking in het bestuurlijk akkoord voldoende helder zijn en dat voor implementatie van de standaard geen aanvullende afspraken nodig zijn.

Lokale oplossingsrichtingen

Zowel zorgprofessionals, zorgaanbieders als samenwerkingspartners besteden nu al veel aandacht aan lokale en regionale samenwerking. Dankzij deze samenwerking kunnen zij onnodige en dure zorg voorkomen. Iedere professional werkt binnen de eigen lokale en regionale context uiteraard samen met collega's, maar ook met partners zoals huisartsen, jeugdzorg, wijkteams, gemeenten, ziekenhuis, school, woningcoöperaties of UWV.

Als leidraad voor deze samenwerkingafspraken dienen:

- De Landelijke GGZ Samenwerkingsafspraken: deze vormen de basis van afspraken tussen huisartsen, generalistische basis GGZ en gespecialiseerde GGZ.
- Het kwaliteitsstatuut: hierin staan werkafspraken die de zorgaanbieder maakt over het vormgeven van de afstemming en samenwerking tussen professionals, over op- en afschalen en over een goede overdracht.
- In het kader van het bestuurlijk akkoord maken gemeenten en zorgverzekeraars stapsgewijs regionale afspraken over beleid en financiering ten aanzien van integrale zorg: maatschappelijke ondersteuning, publieke gezondheid, zorg, jeugdzorg, welzijn en preventie. Zorgaanbieders en gemeenten maken afspraken over de betrokkenheid van ggz-hulpverleners bij het wijknetwerk.
- In het bestuurlijk akkoord is ook vastgelegd dat zorgverzekeraars en zorgaanbieders afspraken maken over de manier waarop de zorgprofessional voldoende ruimte en tijd krijgt voor goede samenwerking en afstemming.

7.5.3 Capaciteit

Een succesvolle uitvoering van de kwaliteitsstandaarden vereist voldoende capaciteit en tijd van professionals. In de huidige praktijk staan beschikbare tijd en capaciteit van professionals onder druk. Waar in sommige gevallen sprake is van een personeelstekort, is in andere gevallen sprake van problemen met optimale inzet van bepaalde professionals. Het organiseren en leveren van de zorg zoals beschreven in de kwaliteitsstandaarden kan resulteren in extra druk op bepaalde beroepsgroepen, verschuiving van inzet van de ene naar de andere beroepsgroep, maar mogelijk ook in minder werkdruk doordat de standaard goed wordt uitgevoerd en/of professionals beter samenwerken.

Ook blijken er in de praktijk behoorlijk wat problemen te zijn bij verwijzingen, met name veel te lange wachttijden voor patiënten met ernstige psychische aandoeningen die verwezen worden naar de S GGZ.

Landelijke afspraken

In het bestuurlijk akkoord is benoemd dat op dit moment sprake is van (ernstige) arbeidsmarktproblematiek. Voor zorg en welzijn wordt in 2022 een groot personeelstekort verwacht. De bestuurlijk akkoorden (ggz en huisartsenzorg) bevatten hiervoor een aantal actiepunten:

- Bestaande (behandel)capaciteit kan beter ingezet via vermindering van administratieve lasten en

een betere taakverdeling, beter benutten van de mogelijkheden die functiedifferentiatie en taakherschikking bieden, alsook het opleiden van professionals in de ggz, bijvoorbeeld door het beschikbaar stellen van extra opleidingsplaatsen voor ggz-psychologen en het in gericht in beeld brengen van de personele capaciteitsbehoefte.

- (Tijdelijk) verruimen van capaciteit van regiebehandelaren en investeren in optimaal gebruik van (behandel)capaciteit door mee te werken aan actieprogramma 'werken in de zorg'.
- Meer inzet van praktijkondersteuners ggz of consultatie van ggz-expertise in de huisartsenpraktijk.

Met de acties zoals beschreven in de bestuurlijk akkoorden en inzicht in de juiste capaciteitsbehoefte, wordt een basis gelegd voor de aanpak van de arbeidsmarkt knelpunten in de ggz.

7.5.4 Behandelaanbod

Landelijke afspraken

De ggz-sector kent een divers zorgaanbod: grote en kleinere ggz-instellingen met eigen personeel en een groot aantal vrijgevestigde zorgverleners. Zorgaanbieders en zorgverzekeraars maken gezamenlijk afspraken over het benodigde behandelaanbod in de regio. Gemeenten bepalen zelf de omvang van het budget voor zorg maar ook de manier waarop zij de verschillende onderdelen van het sociaal domein willen organiseren. Als blijkt dat zorgaanbieders te maken hebben met capaciteitsproblemen of budgetplafonds, dan moet het voor patiënten helder zijn waar zij terecht kunnen voor zorg. Zorgaanbieders en financiers in de regio hebben gezamenlijk de verantwoordelijkheid om de wachttijden aan te pakken. Als er te weinig behandelaren zijn, dan is het de verantwoordelijkheid van zorgaanbieders om mensen te wijzen op de zorgbemiddeling

zorgbemiddeling: Zie hiervoor ook het document Q&A Wachttijden Geestelijke Gezondheidszorg en Verslavingszorg, november 2018.

[Meer informatie](#)

door hun eigen zorgverzekeraar. Hierover zijn ook afspraken gemaakt in het bestuurlijk akkoord.

Lokale oplossingsrichtingen

Betere samenwerking tussen ggz-instellingen in de regio, bijvoorbeeld als het gaat om het draaien van ANW-diensten. Een voorbeeld: in sommige regio's worden ANW-diensten bijna geheel door een klein clubje psychiaters in vaste dienst gedaan, terwijl ook psychiaters niet in vaste dienst bereid zijn mee te draaien in deze diensten. Door hier goede afspraken over te maken, kan er voldoende capaciteit en aanbod geregeld worden in de regio.

7.5.5 Financiering

Landelijke afspraken

In het 'Bestuurlijk akkoord geestelijke gezondheidszorg (GGZ) 2019 t/m 2022' hebben alle betrokken

partijen de ambitie uitgesproken om de kwaliteit van zorg in Nederland verder te verbeteren en eraan bij te dragen dat zorg zowel nu als op de lange termijn fysiek, tijdig én financieel toegankelijk blijft voor iedereen die dat nodig heeft. Ook is afgesproken er naar te streven op termijn de kosten in de zorg niet sneller te laten stijgen dan de economische groei.

Lokale oplossingsrichtingen

Het bestuurlijk akkoord regelt dat gemeenten en zorgverzekeraars samen met zorgaanbieders in de 'brede ggz' stapsgewijs regionaal afspraken maken over beleid en financiering ten aanzien van integrale zorg: maatschappelijke ondersteuning, publieke gezondheid, zorg, jeugdzorg, welzijn en preventie. Het cliënt- en familieperspectief is hierbij vertegenwoordigd. De volgende thema's zullen, afhankelijk van de regionale situatie, in meerdere of mindere mate aan de orde zijn:

- Preventie en vroegsignalering.
- De aanpak van personen met verward gedrag.
- Brede triage en consultatie.
- De opbouw van ambulante zorg en ondersteuning.
- De bekostiging van samenwerking tussen het zorgdomein en het sociaal domein.
- De benodigde aanpak met betrekking tot de (financiering van) EPA / multiproblematiek-doelgroep.
- Overgang 18-/18+.
- De invulling van crisis- en ANW-uren.
- De rol en bekostiging van herstelacademies en zelfregiecentra.

Hoewel afspraken zijn gemaakt om toe te werken naar regionale afspraken over integrale zorg en daaruit volgend een integrale bekostiging, zijn we daar nu nog niet. Dat is ook te merken aan de knelpunten ten aanzien van financiering die worden genoemd rondom implementatie van de kwaliteitsstandaarden:

- Hoe is de continuïteit van zorg én bekostiging te borgen, bijvoorbeeld bij de overgang 18-/18+, continueren van dagbesteding als de behandeling stopt of het financieren van contingentie management bij verslaving.
- Hoe kunnen we komen tot integrale bekostiging bij specifieke doelgroepen zoals kwetsbare ouderen, mensen met een ernstige psychische aandoening (EPA) of mensen met zowel somatische als psychiatrische problematiek?
- Hoe kunnen we komen tot een passende bekostiging voor bijvoorbeeld inzet ervaringsdeskundigen, inzet op preventie, zorg voor mensen met een lichte verstandelijke beperking (LVB) of zwakbegaafdheid (ZB), zorg aan patiënten met eetstoornissen in een gespecialiseerd centrum of inzet diëtist bij deze groep patiënten.

In het bestuurlijk akkoord zijn afspraken gemaakt over hoe deze vraagstukken de komende jaren kunnen worden opgelost. Zo hebben partijen zich gecommitteerd aan afspraken uit het actieprogramma Zorg voor de Jeugd voor wat betreft het inzetten van acties gericht op het soepel verlopen van de overgang naar volwassenheid (18-/18+). En subsidieert VWS op dit moment preventiecoalities, bedoeld om structurele samenwerking tussen zorgverzekeraars en gemeenten op het gebied van preventieactiviteiten voor risicogroepen te stimuleren en activeren.

7.5.6 ICT

(Goede en snelle) informatie uitwisseling en toegankelijkheid van informatie, waarbij de privacy van de patiënt optimaal wordt geborgd, zijn belangrijke randvoorwaarden voor samenwerking tussen zorgprofessionals binnen hun professionele netwerk. De implementatie van kwaliteitsstandaarden vraagt om verdere optimalisatie van gegevensuitwisseling via ICT.

Landelijke afspraken

In het zorgbrede '[Actieplan \(Ont\)Regel de zorg](#)' is een sectoraal actieplan curatieve ggz vastgesteld. Daar waar stroomlijning van gegevensuitwisseling bij ICT-toepassingen niet mogelijk of wenselijk is treden partijen met elkaar in overleg in het Informatieberaad Zorg en kunnen partijen gezamenlijk tot besluitvorming komen. Ook besteedt het actieplan aandacht aan vermindering van administratieve last als gevolg van het EPD en aan ICT-problematiek.

Daarnaast wordt er door het ministerie van VWS geïnvesteerd in het [Vernellingsprogramma Informatie-uitwisseling Patiënt en Professional \(VIPP\) GGZ](#). Het gaat om een budget voor instellingen die Zvw-zorg leveren om de informatievoorziening in de curatieve geestelijke gezondheidszorg te verbeteren, door het implementeren van standaarden voor gegevensuitwisseling tussen patiënt en professional, het beschikbaar stellen van deze informatie aan de patiënt, het veilig verstrekken van (informatie over) medicatie en de inzet van eHealth bij de behandeling.

Lokale oplossingsrichtingen

Welke informatie, voor welke professionals, bij welke doelgroepen, bij welke aanbieders nodig is, is een keuze die lokaal gemaakt dient te worden. Of informatie over een eerdere suïcidepoging of informatie over medicatiegebruik en mogelijke bijwerkingen bijvoorbeeld standaard beschikbaar moet zijn óf dat alle informatie over een patiënt ook voor vaktherapeuten en huisartsen via het ICT systeem van de instelling te raadplegen moet zijn, zijn keuzes die binnen het professionele netwerk en met betrokken zorgaanbieders worden gemaakt. Dát zorgprofessionals (snel) toegang moeten hebben tot (goede) informatie gegeven bestaande werkaafspraken (zie hiervoor het Kwaliteitsstatuut waar iedere zorgaanbieder over dient te beschikken) én beschikbare ICT toepassingen om de continuïteit én de kwaliteit van de zorg die men met elkaar nastreeft te waarborgen, is hierbij het uitgangspunt. Dit zou bijvoorbeeld gerealiseerd kunnen worden via een zorginfrastructuur of schakelpunt.

7.6 Specifieke implementatie thema's

Er zijn geen specifieke knelpunten gesignaleerd ten aanzien van de implementatie van de Landelijke GGZ samenwerkingsafspraken. Wel valt in het algemeen te stellen dat het van belang is, met betrekking tot de samenwerkingsafspraken, dat er duidelijkheid is over de wederzijdse verwachtingen. Hierbij dient in het bijzonder aandacht besteed te worden aan het nakomen van verwijs- en terugverwijsafspraken.

Voeg desgewenst nieuwe thema's toe

Wilt u zelf specifieke implementatie-activiteiten toevoegen die u belangrijk vindt voor goede implementatie van deze standaard? Bijvoorbeeld landelijke afspraken die u namens uw beroepsorganisatie met andere partijen wil maken over een thema; of goede lokale initiatieven die breder (of landelijk) kunnen worden toegepast? U kunt ze hier vermelden in het opmerkingenveld. En kunt u daarbij aangeven op welke termijn deze activiteiten kunnen worden gerealiseerd?

