



nederlands huisartsen
genootschap

Dit standpunt is vastgesteld in de Algemene Ledenvergadering van 13 december 2007.

NHG-Standpunt Toekomstvisie Huisartsenzorg

GGZ in de huisartsenzorg

Toelichting

De presentatie van geestelijke gezondheidsproblematiek in de eerste lijn neemt toe en de politieke wens is om meer van deze zorg in de eerste lijn op te vangen. De huisarts verleent generalistische, contextgerichte en continue zorg en vervult een gidsfunctie voor de patiënt en een spilfunctie in de gezondheidszorg. Dat geldt zowel voor somatische als voor psychische problematiek. Zeker in eerste instantie is het een vaak met het ander verbonden.

Als dokter voor het hele gezin staat de huisarts open voor somatische, psychische en sociale problemen, en weet hij deze te integreren. Door de begeleiding van patiënten met veelvoorkomende psychosociale problematiek, levensfaseproblemen of ingrijpende *life-events*, voorkomt hij onnodige medicalisering.

Dit NHG-Standpunt ‘GGZ in de huisartsenzorg’ is geformuleerd in het kader van de implementatie van de Toekomstvisie Huisartsenzorg.¹ Een NHG-Standpunt Toekomstvisie Huisartsenzorg is bedoeld als handreiking voor de innovatie in de huisartsenpraktijk en heeft betrekking op de patiëntenzorg en praktijkorganisatie. Of deze uitwerking van de Toekomstvisie kan worden gerealiseerd, hangt af van de mate waarin de beschreven randvoorwaarden aanwezig zijn.

Na de inleiding volgt in hoofdstuk 2 de probleemstelling van het Standpunt. Hoofdstuk 3 bevat de uitgangspunten van het Standpunt die in hoofdstuk 4 worden uitgewerkt.

De hoofdstukken 5, 6 en 7 gaan over wetenschappelijk onderzoek, over onderwijs en scholing, en over de randvoorwaarden. Een samenvatting van de uitgangspunten, aanbevelingen en randvoorwaarden is te vinden in hoofdstuk 8.

De huisartsenvoorziening heeft als kern de huisarts, de praktijkassistente en praktijkverpleegkundige.² Waar in dit document sprake is van ‘de huisarts’, wordt het geheel van de huisartsenvoorziening bedoeld.

¹ Toekomstvisie Huisartsenzorg 2012. Utrecht: NHG/LHV, 2002. Huisartsenzorg en Huisartsenvoorziening. Concretisering Toekomstvisie Huisartsenzorg 2012. Utrecht: NHG/LHV, 2004.

² Waar in dit document sprake is van praktijkverpleegkundige, wordt tevens praktijkondersteuner bedoeld. Deze functie zal de komende jaren steeds vaker worden vervuld door de op hbo-niveau opgeleide praktijkverpleegkundige (differentiatie Bachelor of nursing).

De huisarts ziet zich in de eerstelijns GGZ geconfronteerd met een weerbarstig maatschappelijk kader getuige het volgende citaat.

‘While the global burden of mental health disease slowly increases, there are two different tendencies with opposing results in terms of incidence and prevalence of disease.

Within Western Europe in particular, there is a tendency to consider unavoidable human suffering, like the loss of dear ones, as a disease episode and to diagnose this as mental illness because of the current system of counting symptoms. This is the medicalisation of stress and sadness. This is reinforced by pressures to prescribe medicines to people who go through a period of stress or mourning: these experiences are often labelled as “treatment required”, undermining people’s abilities to cope with normal stresses of life.

The opposing trend is that mental health problems often present through physical symptoms and are not recognized, neither by the person affected nor by the care provider whose assistance is asked. Also, mental health problems are often denied because of the stigma attached to mental illness, especially among the lower socio-economic groups. These trends deserve proper attention of researchers, policymakers and practitioners, but they should not divert our attention from the overall picture’³

³ Uit: Aarendonk D. Mental Health in Europe, role and contribution of Primary Care. Utrecht: European Forum for Primary Care, 2006.

Inhoudsopgave

1. Inleiding	4
2. Probleemstelling	6
2.1. Geen eenduidig aanbod huisartsenzorg	6
2.2. Nieuwe maatregelen ter versterking van de eerstelijns GGZ	6
2.3. De vraag van patiënten	6
3. Uitgangspunten GGZ in de huisartsenzorg	7
4. Uitwerking van de uitgangspunten GGZ in de huisartsenzorg	8
5. Wetenschappelijk onderzoek	17
6. Onderwijs en scholing	18
7. Randvoorwaarden	19
7.1. Gekwalificeerde ondersteunende GGZ-medewerkers	19
7.2. Inhoudelijke ondersteuning GGZ-preventie	19
7.3. Verbetering van de GGZ door ontwikkeling van kwaliteitsindicatoren en praktijkaccreditering	19
7.4. Beheer patiëntendossier en verbetering GGZ-classificatie en EPD	20
7.5. Samenwerking met partners in de eerste en tweede lijn	20
7.6. Voldoende tijd en financiering	20
8. Overzicht van uitgangspunten, aanbevelingen en randvoorwaarden	22
8.1. Uitgangspunten	22
8.2. Aanbevelingen	22
8.3. Randvoorwaarden	24

Bijlagen

1. Activiteiten die hebben plaatsgevonden in het kader van het landelijk thema kwaliteitsbeleid huisartsenzorg	25
2. Taken van de GGZ-ondersteuner huisartsenzorg, het AMW en de ELP	26
3. Overzicht van beschikbare NHG-producten op het terrein van de GGZ	28
4. Totstandkoming NHG-Standpunt	29
5. Gebruikte afkortingen	30
6. Geraadpleegde literatuur	31

1. Inleiding

Een groot deel van de zorgvraag in de huisartsenpraktijk betreft psychische, psychosociale of psychosomatische klachten. Zo behoren depressieve klachten tot de meest gepresenteerde klachten in de praktijk.⁴ Het aantal mensen met psychische problemen dat een beroep doet op de huisarts, groeit. Bovendien zal als gevolg van de vergrijzing de zorgvraag op het terrein van de psychische en psychosociale klachten toenemen.⁵

Het beroep op de huisarts zal dus blijven toenemen.⁶ De persoonsgerichte, integrale huisartsenzorg speelt vanouds een belangrijke rol in de GGZ. Psychosociale en somatische zorg zijn immers sterk aan elkaar gerelateerd. De huisartsenvoorziening is voor jong tot oud het eerste toegangspunt bij alle soorten gezondheidsproblemen. Daarnaast is de huisarts poortwachter bij de verwijzing van patiënten naar de tweede lijn.

In de Toekomstvisie wordt de huisartsenzorg beschreven als continu, persoons- en contextgericht. GGZ is en blijft daardoor een taakgebied van de huisarts. Hierbij speelt het voorkómen van medicalisering, preventie van psychische problematiek en het bevorderen van zelfredzaamheid een grote rol.⁷

Om de zorg voor psychische problemen in de toekomst toegankelijk te houden, wordt gewerkt aan de versterking van de eerstelijns GGZ. Om het zelfoplossend vermogen en een doelmatige zorg te bevorderen is het van belang dat deze GGZ zo dicht mogelijk bij de patiënt in de buurt wordt verleend.

Met gerichte subsidies is in de afgelopen jaren al een groot aantal activiteiten gestart om GGZ in de eerste lijn te stimuleren.

GGZ als eerste landelijk thema kwaliteitsbeleid huisartsenzorg

In de periode van 2001 tot en met 2004 was geestelijke gezondheidszorg in de huisartsenpraktijk het eerste landelijk thema in het kwaliteitsbeleid van NHG en LHV. Doel was kwaliteitsverbetering van het handelen van huisartsen in de GGZ, van de samenwerking binnen de eerste lijn (huisarts, algemeen maatschappelijk werk en eerstelijnspsycholoog) en van de samenwerking tussen de eerstelijns en gespecialiseerde GGZ. NHG en LHV ondersteunden de districten bij het opzetten en uitvoeren van kwaliteitsbevorderende activiteiten rond GGZ-thema's. Daarnaast werden diverse inhoudelijke producten ontwikkeld, zoals richtlijnen en implementatieproducten op het terrein van de GGZ. Zie bijlage 1 voor een overzicht van de activiteiten.

Ook hebben enquêtes, inventarisaties en effectonderzoeken plaatsgevonden. Eind 2004 lijken deze maatregelen tot een uitbreiding van het aanbod aan eerstelijns GGZ te hebben geleid. De onderlinge samenwerking wordt als minder problematisch ervaren. Het aantal verwijzingen naar het algemeen maatschappelijk werk (AMW), de eerstelijnspsychologen (ELP'en)⁸ en de tweedelijns GGZ is echter niet veel veranderd.

De stimuleringsregeling consultatiegelden GGZ (consultatieregeling) is een groot succes, zo blijkt uit NIVEL-onderzoek. Huisartsen blijken 90 procent van de consultatievragers te zijn, de

⁴ Van der Linden MW et al. 2004.

⁵ Depla M et al. Schatting van het gebruik van geestelijke gezondheidszorg en verslavingszorg door ouderen in 2010 en 2020. Utrecht: Trimbos-instituut, 2005.

⁶ Zie vooral: Landelijke Commissie Geestelijke Volksgezondheid 2002.

In het Nationaal Kompas Volksgezondheid van het RIVM wordt deze toename van bijvoorbeeld depressie genuanceerd. Gesteld wordt dat de incidentie van depressieve gevoelens en angststoornissen in de bevolking niet toeneemt; maar dat wel het aantal mensen dat zich bij de huisarts meldt met een depressie of angststoornis sterk groeit. http://www.rivm.nl/vtv/object_class/kom_psychstoor.html

⁷ Zie ook het NHG-Standpunt Huisartsgeneeskunde voor ouderen. Utrecht: NHG, 2007.

⁸ Waar in dit Standpunt sprake is van een eerstelijnspsycholoog, kan ook gezondheidspsycholoog worden gelezen, mits deze in de eerste lijn werkzaam is.

consultatiegevers zijn voornamelijk sociaal-psychiatrisch verpleegkundigen (SPV'en). Er zijn vele projecten ontstaan waarbij SPV'en in de eerste lijn werkzaam zijn. Daarbij wordt de patiënt steeds vaker naar de eerste of tweede lijn verwezen voor diagnostiek of begeleiding. De consultatieve functie van de SPV'en is meer gaan inhouden dan consultatie in engere zin. Er is vaak sprake van begeleiding en behandeling en bij 75 procent van de patiënten vindt dit gestalte in vijf tot zes gesprekken. Zowel huisartsen als patiënten zijn hierover tevreden.

Uit de metingen van het NIVEL naar de ervaren effecten van de genoemde maatregelen blijkt dat huisartsen zich minder zwaar belast voelen door hun werk. Dit vooral door de inzet van SPV'en vanuit de tweedelijns GGZ. Ook is de huisarts positief over de samenwerking met de eerstelijnspsycholoog en met de tweedelijns GGZ. Het aantal verwijzingen lijkt hetzelfde te zijn gebleven, zowel binnen de eerste lijn als naar de tweede lijn. Waarschijnlijk komt dit doordat meer mensen dan voorheen de huisarts consulteren voor psychische problematiek, zodat het aantal verwijzingen per saldo niet daalt maar procentueel wel. Opvallend daarbij is dat de huisarts minder lijkt te investeren in het persoonlijk behandelen van psychische problematiek, en meer in een goede samenwerking met GGZ-hulpverleners.

De huisarts is niet de enige hulpverlener in de eerstelijns GGZ. Andere spelers in dit veld zijn vooral de tweedelijns SPV/de nieuwe GGZ-ondersteuner huisartsenzorg (zie paragraaf 4.4 en bijlage 2), het AMW en de ELP.

- De SPV is meestal gedetacheerd vanuit de tweedelijns GGZ. De SPV richt zich in de huisartsenvoorziening op probleemverhelderen, adviseren, begeleiden, behandelen en zo nodig verwijzen binnen de eerste lijn (AMW en ELP) of naar de tweede lijn.
- Het AMW richt zich vooral op psychosociale problemen en biedt begeleiding, ondersteuning en probleemverheldering. De meest voorkomende problemen zijn relationeel en psychisch van aard. Zie verder bijlage 2.
- De ELP biedt vooral psychologische begeleiding, maar diagnostiek en ondersteuning maken ook deel uit van de behandelingen. De hulpverlening is vaak inzichtgevend of klachtgericht. Bij de cliënten van eerstelijnspsychologen komen relatie- en psychische problemen zoals depressiviteit, spanningsklachten en burn-out veel voor.⁹ Zie verder bijlage 2.

⁹ Meijer SA, Zantinge EM, Verhaak PFM 2004.

2. Probleemstelling

2.1. Geen eenduidig aanbod huisartsenzorg

GGZ maakt deel uit van de kerntaken van de huisartsenzorg. Versterking van de competenties van de huisarts en het GGZ-aanbod in de huisartsenzorg is nodig om de toenemende vraag naar GGZ goed te kunnen opvangen. Op dit moment zijn er regionale verschillen in de aanpak van psychische klachten door huisartsen. Een eenduidig basisaanbod in de huisartsenzorg is wenselijk; reden waarom ook verheldering van het zorgaanbod nodig is. Net als bij de klinische zorg kan de huisarts op het terrein van de GGZ een poortwachterrol vervullen.

2.2. Nieuwe maatregelen ter versterking van de eerstelijns GGZ

De overheid heeft twee maatregelen genomen om de verwachte toename van psychische problematiek in de eerste lijn op te vangen. De huisartsenzorg moet daarop inspelen. Daarvoor is naast verheldering van het zorgaanbod ook aanvullende capaciteit in de huisartsenvoorziening nodig.

- *Geneeskundige GGZ naar basisverzekering*

Met ingang van 1 januari 2008 zijn de kosten van consultatie en kortdurende psychologische behandeling van de AWBZ overgeheveld naar de zorgverzekering. De zorg van de ELP is deel gaan uitmaken van de basisverzekering. Daarbij wordt meer marktwerking beoogd. Ook kunnen diverse partijen eerstelijns GGZ gaan aanbieden.

De nieuwe financieringssystematiek kan voor de huisartsenvoorziening een stimulans vormen om het basisaanbod van de eerstelijns GGZ verder te ontwikkelen. Verder kan een groeimarkt ontstaan voor een aanvullend huisartsgeneeskundig GGZ-zorgaanbod.

- *Introductie POH-GGZ*

Op initiatief van de overheid wordt een nieuwe functie praktijkondersteuner huisartsenzorg GGZ (POH-GGZ) ingevoerd. De POH-GGZ richt zich op de ondersteuning van de huisarts bij de zorg voor patiënten met psychische problemen. De nieuwe ondersteunende functie is bedoeld voor:

- vergroting van het oplossend vermogen van de eerste lijn door een efficiëntere inzet van de beschikbare capaciteit en kwaliteit;
- een zo snel mogelijke doorsluiting van de patiënt naar de juiste hulpverlener(s), onder andere door een goede probleemverheldering;
- het voorkomen van onnodige verwijzingen naar de gespecialiseerde GGZ;
- vergroting van de bekendheid van het GGZ-aanbod, in zowel de eerste als de tweede lijn;
- kostenbeheersing.¹⁰

2.3. De vraag van patiënten

Ook patiënten willen liefst met hun psychische problemen terecht kunnen bij de huisarts.¹¹ Alleen bij ernstige problemen verwachten zij een verwijzing. Patiënten vinden dat de kwaliteit van de huisartsenzorg - en ook van de GGZ - verbeterd kan worden.

Vanwege de beschreven ontwikkelingen is herpositionering van de huisarts in de eerstelijns GGZ noodzakelijk. Het gaat hierbij om de invulling van de basistaken, uitbreiding dan wel overname van taken die nu in de tweede lijn worden uitgevoerd en een uitbreiding van de taken op het gebied van preventie. De gestructureerde primaire preventie van psychische problemen vindt vooral buiten de eerste lijn plaats. Er is steeds meer wetenschappelijk bewijs beschikbaar over effectieve preventieve strategieën. Samenhang met de huisartsenzorg ontbreekt echter nog.

¹⁰ LVG 2007 (1)

¹¹ Laurent 2004

3. Uitgangspunten GGZ in de huisartsenzorg

Hieronder is het NHG-Standpunt kort samengevat. Deze uitgangspunten worden in het volgende hoofdstuk uitgewerkt.

1. De huisarts is alert op psychische problematiek, ook bij somatische klachten. Hij verheldert psychische klachten vanuit een generalistische benadering, rekening houdend met de context van de patiënt. Hij definieert het probleem en gaat over tot begeleiding en behandeling. De triage is een kerntaak van de huisarts zelf. *Zie verder 4.1, pag. 8.*
2. De huisarts herkent (acute) psychische problemen en verleent GGZ zowel tijdens de reguliere praktijken als tijdens de avond-, nacht- en weekenddiensten. *Zie verder 4.2, pag. 10.*
3. De huisarts heeft de regie over de contextgerichte binnen de eerste lijn verleende zorg voor de bij hem ingeschreven patiënten. *Stepped care* is hierbij het uitgangspunt. De zorg wordt zo mogelijk dicht bij de patiënt in de buurt verleend en bevordert diens zelfoplossend vermogen. *Zie verder 4.3, pag. 10.*
4. Een GGZ-ondersteuner huisartsenzorg (GOH) maakt deel uit van het team van de huisartsenvoorziening om de toegenomen GGZ-vraag op te vangen en de kwaliteit van deze zorg te waarborgen. *Zie verder 4.4, pag. 11.*
5. De huisarts identificeert patiënten - onder wie ook kinderen - met risicofactoren voor psychische problematiek. Hij zet effectieve preventie-interventies in of verwijst de patiënt daarvoor. *Zie verder 4.5, pag. 12.*
6. Chronische patiënten met psychische problemen die niet (meer) terecht kunnen in de tweede lijn, worden begeleid vanuit de huisartsenvoorziening. *Zie verder 4.6, pag. 13.*
7. De huisartsenvoorziening heeft samenwerkingsafspraken over verwijzing, consultatie, terugverwijzing en verslaglegging met AMW, ELP, jeugdzorg, opvoedingsondersteuning, consultatiebureau, wijkverpleging, schoolarts, gespecialiseerde thuishulp en zorgverleners in de tweede lijn. *Zie verder 4.7, pag. 14.*
8. De huisarts voert de regie in de eerstelijns GGZ voor die patiënten die hij in behandeling heeft. Het elektronisch patiëntendossier bevat daarom ook de relevante gegevens van andere GGZ-hulpverleners in de eerste en tweede lijn. *Zie verder 4.8, pag. 14.*
9. In de eerstelijns GGZ is veelal sprake van een diagnose op basis van klachten. Voor de samenwerking met andere GGZ-hulpverleners wordt zoveel mogelijk eenduidige terminologie overeenkomstig de DSM-IV gebruikt. De huisarts moet de DSM-IV-terminologie dus in grote lijnen kennen. *Zie verder 4.9, pag. 15.*
10. Afhankelijk van de behoefte van de patiëntenpopulatie en de beschikbare competenties en interesses van het team van de huisartsenvoorziening, kan het GGZ-aanbod worden uitgebreid met een aanvullend of bijzonder aanbod. *Zie verder 4.10, pag. 15.*

4. Uitwerking van de uitgangspunten GGZ in de huisartsenzorg

4.1. De huisarts is alert op psychische problematiek, ook bij somatische klachten. Hij verheldert psychische klachten vanuit een generalistische benadering, rekening houdend met de context van de patiënt. Hij definieert het probleem en gaat over tot begeleiding en behandeling. De triage is een kerntaak van de huisarts zelf.

Als gezinsarts weet de huisarts somatische, psychische en sociale problemen te integreren. De combinatie van somatische en psychische klachten komt vaak voor. Voorbeelden zijn verwerkings- en aanpassingsproblemen en lichamelijk onverklaarde klachten. Het gaat daarbij om pathologie op symptoom- en niet op stoornisniveau. Draagkracht en draaglast zijn bij deze patiënten vaak door gebrek aan copingvaardigheden uit balans.

Vanuit zijn helikopterperspectief heeft de huisarts een goede ingang bij onwelbevinden en psychische problemen. Vraagverheldering en probleemdefiniëring zijn hierbij belangrijker dan diagnostiek. Communicatieve vaardigheden zijn onontbeerlijk. De gespreksvoeringstechnieken kunnen toegespitst zijn op specifieke patiëntengroepen, zoals allochtonen en verstandelijk gehandicapten. De huisarts is zich bewust van de rol van sekseverschillen.

De huisarts kan helpen met betrekkelijk korte interventies, zoals informeren, steun geven, psycho-educatie en probleemoplossende strategieën. Soms kan een GGZ-ondersteuner huisartsenzorg (GOH) (zie voor nadere toelichting op deze functie 4.4) de problemen nader exploreren.

De huisartsenvoorziening levert een basisaanbod¹² in de zorg voor patiënten met meest voorkomende psychische en (psycho)sociale problematiek. De huisarts vervult voor de zorg een regierol, in elk geval aangaande de LINH-toptien en Diabolo-toptwaalf (zie de twee kaders). De huisarts baseert deze zorg waar mogelijk op de NHG-Standaarden. Het terrein van de GGZ is bovendien uitgewerkt in LESA's, nascholingsmodules, patiëntenbrieven, communicatie- en attitudecahiers en nascholingsmateriaal (zie bijlage 3).

LINH-toptien van psychische of psychosociale diagnoses in de huisartsenpraktijk¹³

- Depressie
- Slapeloosheid/andere slaapstoornis
- Angstig/nerveus/gespannen gevoel
- Angststoornis/angsttoestand
- Down/depressief gevoel
- Neurasthenie/surmenage
- Crisis/voorbijgaande stressreactie
- Relatieprobleem met partner
- Tabaksmisbruik
- Verlies/overlijden partner

Depressie en slapeloosheid behoren in de LINH-registratie tot de topvijf van de diagnoses bij patiënten met algemene klachten die een of meerdere keren in één jaar de huisartsen bezochten.¹⁴

¹² De in dit Standpunt gehanteerde termen basisaanbod en aanvullend aanbod hebben betrekking op taken en verantwoordelijkheden van de huisarts en diens financiering hiervoor. Er is geen enkele relatie met de ziektekostenverzekeringen en de daar gehanteerde indeling van basispakket en aanvullende verzekering. Het basisaanbod is beschreven in Aanbod huisartsgeneeskundige zorg 2004. Utrecht: LHV/NHG, 2004. Dit wordt herzien.

¹³ Linden MW van der e.a. 2004

¹⁴ Linden MW van der e.a. 2004

Deze toptien is gebaseerd op de LINH-gegevens uit 2004. Bij een vergelijking met de toptwaalf van het Diabolo-project lijken de Z-diagnoses in de LINH wat ondervertegenwoordigd. Volgens de Diabolo-registratie wordt de huisarts meer geconfronteerd met zingeving- en identiteitsvraagstukken, zoals bij rouwverwerking, gevoelens van eigenwaarde, assertiviteit en levensfaseproblematiek.

Diabolo-toptwaalf van meest gescoorde klachten in de huisartsenpraktijk¹⁵

- Depressieve klachten
- Stress- en surmenageklachten
- Verwerkingsproblematiek (rouw, trauma)
- Gevoel van eigenwaarde
- Angstklachten
- Huwelijks-/relatieproblemen
- Problemen met ouders/kinderen
- Problemen op het werk
- Problemen met de assertiviteit
- Levensfaseproblemen
- Panieklachten
- Slaapklachten

Voor kinderen geldt een andere epidemiologie; bij hen gaat het vooral om leer-, gedrags- en opvoedingsproblemen. In bepaalde groepen patiënten komen sommige psychische problemen meer voor zoals PTSS onder vluchtelingen en inburgeringsproblemen bij allochtonen.

Ten slotte heeft de huisarts de zorg voor patiënten die wel een indicatie voor verwijzing hebben, maar (nog) niet verwezen kunnen of willen worden of die uitbehandeld zijn. Dit vergt van de huisartsenvoorziening een actievere aanpak. Indien nodig wordt 'bemoeizorg' geleverd (volgens het drang-en-dwang-principe) aan patiënten met ernstige psychiatrische stoornissen. Bij hen wordt rekening gehouden met verstandelijke vermogens, toerekeningsvatbaarheid, humanitaire overwegingen, respectvolle omgang en de privacy van de patiënt. Deze bemoeizorg betreft ook thuiswonende patiënten die of op een wachtlijst staan of behandeling niet aankunnen dan wel weigeren, of patiënten bij wie specialistische behandeling slechts gedeeltelijk effect heeft gehad maar nog extra aandacht nodig is. Andere hulpverleners kunnen de bemoeizorg (tijdelijk) van de huisarts overnemen, al dan niet als gevolg van een gedwongen opname. Samenwerkingsafspraken zijn dan noodzakelijk voor de afstemming van de verantwoordelijkheden. Met de invoering van de Wet maatschappelijke ondersteuning (WMO) is samenwerking met de gemeente rondom bijvoorbeeld de verslavingszorg en ouderenzorg steeds meer aan de orde.

De huisarts kent de grote lijnen van de DSM-IV-terminologie. Dit is vooral van belang voor de samenwerking met andere professionals in de GGZ (zie ook 4.9).

Aanbevelingen voor de huisarts

- De huisarts baseert de zorg bij psychische of psychosociale problematiek op de NHG-Standaarden en andere (samenwerkings-)richtlijnen.
- De huisarts herkent de onderliggende psychische en psychosomatische problemen bij somatische klachten.
- De huisarts heeft een taak bij bijvoorbeeld levensfaseproblemen en rouwverwerking.
- De huisarts herkent (acute) problemen zowel tijdens de reguliere praktijkturen als tijdens de avond-, nacht- en weekenddiensten.
- De huisarts vervult een regierol in de zorg bij psychische en/of sociale problematiek. Hij bewaakt

¹⁵ Boer C 2005

de continuïteit van zorg bij verwijzing naar andere eerstelijns disciplines, jeugdzorg, opvoedkundige hulp of naar de tweedelijns GGZ.

- Indien nodig levert de huisartsenvoorziening een vorm van ‘bemoeizorg’ (volgens het drang-en-dwang-principe) bij ernstige psychiatrische stoornissen. Andere hulpverleners kunnen deze bemoeizorg (tijdelijk) van de huisarts overnemen, al dan niet als gevolg van een gedwongen opname. Samenwerkingsafspraken zijn dan noodzakelijk voor de afstemming van de verantwoordelijkheden.
- De huisarts is op de hoogte van verhoogde incidentie van specifieke problematiek binnen de eigen patiëntenpopulatie, van de wijze waarop deze gepresenteerd wordt en van daarop toegesneden hulpverleningsmogelijkheden. Het gaat bijvoorbeeld om inburgeringsproblemen bij allochtonen en PTSS bij vluchtelingen.
- De huisarts beheerst de DSM-IV-terminologie in grote lijnen.
- De huisarts heeft kennis van door de tweede lijn en in de geriatrie voorgeschreven geneesmiddelen.

4.2. De huisarts herkent (acute) psychische problemen en verleent GGZ zowel tijdens de reguliere praktijken als tijdens de avond-, nacht- en weekenddiensten.

De huisarts biedt de hierboven genoemde zorg aan tijdens de reguliere praktijken en zijn zorg omvat tevens acute psychische problemen. Ook tijdens de avond-, nacht- en weekenduren is de huisarts - veelal via het grootschaliger verband van de huisartsenpost - in urgente gevallen hiervoor aanspreekbaar. Continuïteit van zorg is hierbij van belang. Dit vereist toegankelijkheid van het medische dossier voor de (waarnemende) huisarts op een huisartsenpost en tijdige signalering en overdracht van patiënten met voorziene hoge risico's voor GGZ-problematiek en terugrapportage door anderen. Hierbij wordt de wetgeving omtrent privacy in acht genomen.

Aanbevelingen voor de huisarts

- De huisarts draagt zorg voor tijdige overdracht van patiënten met risico's voor acute GGZ-problemen buiten de reguliere praktijken.

4.3. De huisarts heeft de regie over de contextgerichte binnen de eerste lijn verleende zorg voor de bij hem ingeschreven patiënten. *Stepped care* is hierbij het uitgangspunt. De zorg wordt zo mogelijk dicht bij de patiënt in de buurt verleend en bevordert diens zelfoplossend vermogen.

De continue, persoons- en contextgerichte huisartsenzorg sluit goed aan op de problemen en leefsituatie van de patiënt. De contextuele factoren zijn veelal bepalend voor de begeleiding en behandeling van psychische problemen. *Stepped care* - ofwel getrapte zorg - is de meest effectieve, minst belastende, goedkoopste en kortste vorm van behandeling die mogelijk is gezien de aard en ernst van de problematiek. Pas als een interventie onvoldoende effect heeft, wordt op een intensievere behandeling overgegaan. Dit veronderstelt adequate diagnostiek of triage zodat als dat nodig is ook direct gespecialiseerde zorg wordt ingezet. Vaak is hierbij de inzet van een GOH in de huisartsenvoorziening GOH (zie 4.4) nodig.

Aanbeveling voor de huisarts

- De huisartsenpraktijk beschikt over gekwalificeerde ondersteunende medewerkers om *stepped care* te kunnen waarborgen.

4.4. Een GGZ-ondersteuner huisartsenzorg (GOH) maakt deel uit van het team van de huisartsenvoorziening om de toegenomen GGZ-vraag op te vangen en de kwaliteit van deze zorg te waarborgen.

De begeleiding van patiënten met psychische problematiek vergt veel tijd van de huisarts. Structurele inzet van gekwalificeerde ondersteunende medewerkers is nodig voor:

- het opvangen van de toenemende vraag naar GGZ in de eerste lijn;
- een eenduidig, kwalitatief goed GGZ-aanbod, waarbij verschillen per praktijk en per regio verdwijnen en overal een optimaal basisaanbod wordt gewaarborgd;
- het waarborgen van de zorg voor patiënten met chronische psychopathologie (in een stabiele fase);
- realisatie van een uitbreiding van de taken op het terrein van preventie en casemanagement. Het gaat hierbij om de zorg voor kwetsbare patiënten, zoals dak- of thuislozen, (ex-) verslaafden, ouderen met psychische problematiek, zorgmijders of mensen die anderszins door hun maatschappelijke positie minder goed door de huisarts zijn te bereiken (of vice versa).

De naam van de nieuwe functie POH-GGZ is niet de vlag die de lading dekt. Deze zou namelijk de indruk kunnen wekken dat het om de 'bekende', generalistisch werkende praktijkondersteuner gaat. Maar voor deze functie is er sprake van specifieke functie-eisen, inschaling en opleiding.

In dit Standpunt wordt daarom de voorkeur gegeven aan de naam GGZ-ondersteuner huisartsenzorg (GOH). Het gaat om een post-hbo-functie met specialisatie in de generalistische eerstelijns GGZ. Het competentie- en deskundigheidsniveau van de huidige - vanuit de tweede lijn in de huisartsenpraktijk gedetacheerde - SPV dient bij de introductie van de nieuwe functie te worden behouden. Nadere scholing betreft diagnostiek, generalistisch perspectief en meer specifieke kennis van GGZ-problemen bij onder meer kinderen en ouderen.

De hbo-opleidingen kunnen op de behoefte van de huisartsenzorg inspelen. Het is wenselijk dat de GGZ-kaderhuisartsen hierbij betrokken worden. Al in de zorg werkzame mensen die de functie van GOH willen gaan vervullen (bijvoorbeeld tweedelijns SPV'en, maatschappelijk werkers of eerstelijnspsychologen), dienen een applicatiecursus te volgen.

De eerste triage is een kerntaak van de huisarts zelf. De GOH kan de probleemverheldering voortzetten als voorbereiding op verwijzing of zorgen voor een kortdurende begeleiding. Een belangrijk aspect van de functie is ook het casemanagement bij chronische pathologie; niet alleen psychische/psychosomatische problematiek, maar ook multimorbiditeit waarbij er naast psychiatrische ook somatische aandoeningen zijn (deze functie wordt nu gemist). Zo ook kan de GOH de liaisonfunctie naar de tweedelijns GGZ vervullen, maar nu vanuit een generalistisch eerstelijns perspectief.

Bij het casemanagement kan de GOH een rol spelen in de samenwerking binnen de wijk in het kader van de Wet maatschappelijke ondersteuning (WMO). Denk daarbij aan het bevorderen van maatschappelijke participatie en opvang (de prestatievelden 5 en 7 van de WMO). Bij de maatschappelijke opvang raakt de eerstelijns GGZ ook de openbare geestelijke gezondheidszorg.¹⁶

De GOH vervult onder regie van de huisarts de volgende taken:¹⁷

- probleemverheldering/inventarisatie;
- advisering aan de huisarts;
- (kortdurende) behandeling/begeleiding;
- processturing, mede op basis van kennis van het netwerk;
- casemanagement;
- liaisonfunctie naar de tweede lijn.

¹⁶ LVG 2007 (2)

¹⁷ Zie voor een uitgebreide uitwerking van deze taken LVG 2007 (1).

Op basis van de functionele omschrijving van de taken van de GOH kan het kerncompetentieprofiel en vervolgens het scholingsprogramma worden opgesteld.

De taken van de ELP en het AMW hebben een raakvlak met die van de GOH, maar een grote meerwaarde van laatstgenoemde zal juist liggen bij het casemanagement en bij de liaisonfunctie naar de tweede lijn. In bijlage 2 staat een overzicht van de taken van de GOH, het AMW en de ELP.

De huisartsenvoorziening hoeft niet te kiezen tussen de verschillende functies. Afhankelijk van de patiëntenpopulatie en de lokale omstandigheden kan een GOH in dienst worden genomen en/of worden samengewerkt met het AMW en de ELP.

Huisarts en GOH dienen erop toe te zien dat er geen wachtlijsten ontstaan.

Aanbevelingen voor de huisarts

- De huisarts voert bij patiënten met complexe psychische, psychosomatische en/of en psychosociale problematiek de eerste probleemverkenning uit. De huisarts kan verdere probleemverheldering en eventuele kortdurende begeleiding aan een GOH delegeren, of hiervoor verwijzen naar het AMW of de ELP.
- De huisarts en/of de GOH begeleidt patiënten met psychische of psychosociale problematiek in een kortdurend traject. Is uitgebreidere zorg nodig, dan wordt doorverwezen naar een andere eerste- of een tweedelijns GGZ-zorgverlener.

Aanbevelingen voor de beroepsverenigingen en de HBO-raad

- Het hbo ontwikkelt in samenspraak met de beroepsgroep huisartsen een opleiding voor de generalistische GGZ-ondersteuning in de huisartsenzorg.
- Er wordt een applicatiecursus ontwikkeld voor al in de zorg werkzame mensen die de functie van GOH willen gaan vervullen (SPV, AMW, eventueel ELP).

Aanbeveling voor de GGZ-kaderartsen

- De GGZ-kaderhuisartsen worden ingezet bij de opleiding van gekwalificeerde ondersteunende medewerkers.

4.5. De huisarts identificeert patiënten - onder wie ook kinderen - met risicofactoren voor psychische problematiek. Hij zet effectieve preventie-interventies in of verwijst de patiënt daarvoor.

De maatschappelijke en politieke aandacht voor preventie neemt toe. Dat geldt zowel voor de preventieve zorg voor volwassenen als voor die van kinderen.

Versterking van het team van de huisartsenvoorziening met een GOH kan bijdragen aan versterking van de eerstelijns GGZ.

Er is inmiddels veel informatie over effectieve preventiestrategieën.

Primaire of universele preventie richt zich op de gehele bevolking, ongeacht eventuele risicostatus.

Hierin ligt geen specifieke taak voor de huisarts.

Selectieve preventie richt zich op bevolkingsgroepen die een verhoogd risico hebben op GGZ-problemen. Hierin heeft de huisarts een signalerende taak. Met ondersteuning door een GOH kan de huisarts patiënten met risico's benaderen. Hij dient daarbij goed zicht te hebben op de contextuele factoren van zijn patiënten en de in zijn regio beschikbare effectieve preventie-interventies voor die betreffende patiëntengroep. Voorbeelden zijn mensen met een verhoogde kans op PTSS, zoals veteranen en vluchtelingen en mensen die een ongeval hebben meegemaakt.

Deze taak zal in de toekomst verder ontwikkeld worden.

Geïndiceerde preventie richt zich op vroege signalering van een beginnend psychisch probleem.

Vroeg ingrijpen kan een gang van kwaad naar erger voorkomen. Hierin ligt nadrukkelijk een taak voor de huisarts.

De huisarts identificeert patiënten met risicofactoren voor psychische problematiek. Denk hierbij aan:

- kinderen met potentiële psychische problemen of kinderen van ouders met psychische stoornissen of verslavingsproblematiek;
- partnergeweld;
- de gevolgen van (seksueel) misbruik, ook bij kinderen en ouderen;
- leden van gezinnen met inburgeringproblemen of met multiproblematiek;
- ouderen;
- patiënten met rouw door verlies van naasten of beëindiging van een relatie;
- patiënten met (ernstige) somatische klachten en aandoeningen;
- werkloosheid.

De huisarts heeft zicht op effectieve interventies en kan hulp aanbieden. Een verdere ontwikkeling van ICT en adequate personele middelen zijn hiervoor vereist. Inhoudelijk is dit al beschreven in onder meer de NHG-Standaarden *Depressie* en *Stoppen met roken*.

Voor de huisarts en de GOH is het van belang dat zij op de hoogte zijn van effectieve preventieve activiteiten in de omgeving van de praktijk. Dit omvat onder andere groepscursussen in de tweedelijns GGZ, verslavingszorg en AMW.

Aanbeveling voor de huisarts

- De huisarts is (evenals de GOH) alert op de risicofactoren voor psychische problematiek - ook bij kinderen - en begeleidt de patiënten met effectieve interventies of verwijst hen daarvoor tijdig naar andere zorgverleners. Voor de zorg voor kinderen zijn hierbij de nieuwe Centra voor Jeugd en Gezin van belang.

4.6. Chronische patiënten met psychische problemen die niet (meer) terecht kunnen in de tweede lijn, worden begeleid vanuit de huisartsenvoorziening.

Bij patiënten die behandeld werden voor een psychisch probleem en al dan niet geheel hersteld zijn, zijn terugvalpreventie en nazorg en rehabilitatie aan de orde. De GOH kan hierbij ondersteuning bieden. Aandacht voor risicofactoren en voor diversiteit en cultuurverschillen is hierbij belangrijk. De presentatie van psychische problemen is bij sommige bevolkingsgroepen anders en dit vergt dan uitgebreidere vraagverheldering en probleemdefinitie. Ook de begeleiding kan om een andere aanpak vragen. Regionale verschillen, bijvoorbeeld tussen grote stad en platteland, kunnen uitwerking hebben op de taakverdeling tussen de huisartsenvoorziening enerzijds en openbare en tweedelijns GGZ anderzijds.

Aanbeveling voor de huisarts

- De huisarts zorgt voor de nazorg bij chronische patiënten die niet meer worden behandeld in de tweede lijn. Het gaat hierbij om terugvalpreventie bij behandelde patiënten met een psychiatrische aandoening en om bemoeizorg bij chronische psychiatrische patiënten. De huisarts kan deze taak delegeren aan een GOH.

4.7. De huisartsenvoorziening heeft samenwerkingsafspraken over verwijzing, consultatie, terugverwijzing en verslaglegging met AMW, ELP, jeugdzorg, opvoedingsondersteuning, consultatiebureau, wijkverpleging, schoolarts, gespecialiseerde thuishulp en zorgverleners in de tweede lijn.

Om vanuit de huisartsenpraktijk goede ketenzorg volgens het principe van *stepped care* (zie 4.3) te kunnen bieden zijn (gestructureerde) samenwerkingsrelaties noodzakelijk met:

- AMW en ELP voor psychosociale en psychische problemen (zie ook bijlage 2);
- bedrijfsartsen voor arbeidsrelevante psychische problemen;

- opvoedingsondersteuning, jeugdzorg, consultatiebureau, wijkverpleging, schoolarts en gespecialiseerde thuishulp voor leer-/gedragsproblemen en opvoedingsproblemen;
- tweedelijns GGZ voor consultatie en verwijzing.

De huisarts bewaakt de continuïteit van zorg bij verwijzing naar andere zorgverleners, bijvoorbeeld bij somatische comorbiditeit en medicatie. Voor het farmacotherapiebeleid in de huisartsenzorg wordt verwezen naar het gelijknamige NHG-Standpunt.¹⁸

Over de samenwerking met eerstelijns zorgverleners in de GGZ bestaan verschillende LESA's.¹⁹ De ROS'en, met hun regionale GGZ-coördinatoren, en de GGZ-kaderhuisartsen kunnen hierbij ondersteuning bieden.

Ook in de jeugdzorg blijft voor de huisarts als gezinsarts een belangrijke rol weggelegd. Gestructureerde samenwerking met andere hulpverleners is hierbij een vereiste. Als meerdere hulpverleners betrokken zijn bij een gezin, dient de coördinatie van de zorg in goed overleg met de huisartsenvoorziening tot stand te komen. Het is wenselijk dat de huisartsenvoorzieningen betrokken worden bij de Centra voor Jeugd en Gezin.

Aanbevelingen voor de huisarts

- Er bestaan samenwerkingsafspraken met eerste- en tweedelijns zorgverleners voor verwijzing en consultatie.
- Het is van belang dat de huisartsenvoorziening betrokken is bij de nieuwe Centra voor Jeugd en Gezin.

Aanbeveling voor de ROS'en en GGZ-kaderhuisartsen

- De ROS'en en GGZ-kaderhuisartsen spelen een belangrijke ondersteunende rol bij het versterken van de samenwerking tussen huisartsen en andere zorgverleners in de eerste lijn.

4.8. De huisarts voert de regie in de eerstelijns GGZ voor die patiënten die hij in behandeling heeft. Het elektronisch patiëntendossier bevat daarom ook de relevante gegevens van andere GGZ-hulpverleners in de eerste en tweede lijn.

Tot de verantwoordelijkheid van de huisarts behoort het beheer van het elektronisch patiëntendossier, het beschikbaar stellen van relevante patiëntengegevens aan andere hulpverleners, de medicatiebewaking²⁰ en preventieve zorg²¹. De privacy van de patiënt wordt daarbij gerespecteerd. Binnen de jeugdzorg is een gezamenlijk elektronisch kinddossier belangrijk. Het verdient aanbeveling dat er een koppeling wordt gemaakt met het bestaande elektronisch patiëntendossier van de huisarts. Indien de jeugdzorg primair bij een kind of gezin betrokken is, draagt de huisarts zorg voor informatievoorziening richting de betrokken instanties conform de bestaande richtlijnen en samenwerkingsafspraken. Er is een NHG-Standpunt in ontwikkeling over de huisartsenzorg in relatie tot de jeugdzorg.

De centrale positie van de huisarts in de zorg impliceert ook het bewaken van het medicatiegebruik.²² Dit geldt onverkort voor eerstelijns GGZ-problematiek.

Aanbevelingen voor huisarts

- De huisarts beheert het elektronisch patiëntendossier. Goede afspraken over onderlinge informatievoorziening met andere zorgverleners in de eerste en tweede lijn zijn noodzakelijk.
- De huisarts zorgt voor de medicatiebewaking bij patiënten met GGZ-problematiek.

¹⁸ NHG-Standpunt Farmacotherapiebeleid in de huisartsenzorg. Utrecht: NHG, 2006.

¹⁹ Zie voor een overzicht van beschikbare LESA's op het terrein van de GGZ bijlage 3.

²⁰ Zie ook het NHG-Standpunt Farmacotherapiebeleid in de huisartsenzorg. Utrecht: NHG, 2006.

²¹ Zie Aanbod huisartsgeneeskundige zorg. Utrecht: LHV/NHG, 2004.

²² Zie ook het NHG-Standpunt Farmacotherapiebeleid in de huisartsenzorg. Utrecht: NHG, 2006.

Aanbeveling voor de overheid

- Het verdient aanbeveling dat er een koppeling komt tussen het elektronisch kinddossier en het elektronisch patiëntendossier van de huisarts.

4.9. In de eerstelijns GGZ is veelal sprake van een diagnose op basis van klachten. Voor de samenwerking met andere GGZ-hulpverleners wordt zoveel mogelijk eenduidige terminologie overeenkomstig de DSM-IV gebruikt. De huisarts moet de DSM-IV-terminologie dus in grote lijnen kennen.

In de huisartsenzorg kan vaak worden volstaan met ICPC-codering van een diagnose, omdat het meestal niet gaat om een psychische stoornis maar om een psychisch probleem. In de communicatie met andere GGZ-zorgverleners is echter een eenduidige terminologie en classificatie van belang. Uitgangspunt is daarom dat de huisarts de DSM-IV-terminologie in grote lijnen kent. De standaarden en de onderverdeling in mate van ernst zijn in lijn met de DSM-IV. In een studie van het project Tussen de Lijnen²³ komt naar voren dat de huisarts, psychiater en eerstelijnspsycholoog elkaars diagnostische omschrijvingen verstaan. Alleen in het AMW wordt ander jargon gehanteerd; daar wordt gesproken in termen van systeemproblematiek.

Aanbeveling voor de huisarts

- In de samenwerking met andere GGZ-hulpverleners wordt zoveel mogelijk gebruikgemaakt van eenduidige terminologie in overeenstemming met de DSM-IV.

4.10. Afhankelijk van de behoefte van de patiëntenpopulatie en de beschikbare competenties en interesses van het team van de huisartsenvoorziening, kan het GGZ-aanbod worden uitgebreid met een aanvullend of bijzonder aanbod.²⁴

De GGZ in de huisartsenvoorziening dient te zijn afgestemd op de behoeften van de patiëntenpopulatie. Daarnaast kan het zorgaanbod van de huisartsenvoorziening variëren naar gelang de beschikbare competenties en interesses van de huisarts en de GOH. Voor de patiënten moet helder zijn op welke GGZ zij in de huisartsenpraktijk kunnen rekenen.

- *Aanvullend aanbod*

De huisartsenvoorziening kan aanvullende zorg bieden die is afgestemd op de behoeften van de eigen patiëntenpopulatie. Dit aanvullend aanbod bestaat volgens het Aanbod Huisartsgeneeskundige zorg 2004 in elk geval uit de minimale interventiestrategie bij tabaksmisbruik. Daarnaast kan het aanvullend aanbod bijvoorbeeld bestaan uit:

- kortdurende cognitieve gedragstherapie;²⁵
- behandeling voor paniekaanvallen;
- korte oplossingsgerichte therapie;
- problem solving treatment (PST);²⁶
- casemanagement bij bijzondere groepen zoals chronische psychiatrische patiënten (in een stabiele fase), bewoners van verzorgingshuizen met psychogeriatrische problemen, verslaafden, cliënten in de maatschappelijke opvang, prostituees, bewoners van speciale woonvormen (bijvoorbeeld jongeren met gedragsproblemen of mensen in een resocialisatiefase bijvoorbeeld na detentie) en mensen met neurologische aandoeningen of verstandelijke handicaps;

²³ Sok K, Scholte M, Veen C van der, Voordouw I, 2005.

²⁴ Voor de definiëring van aanvullend, basis- bijzonder aanbod huisartsgeneeskunde wordt verwezen naar de Toekomstvisie Huisartsenzorg 2012 en Huisartsenzorg en huisartsenvoorziening, concretisering Toekomstvisie Huisartsenzorg 2012. Utrecht: NHG/LHV, 2004.

²⁵ Deze cognitief gedragstherapeutische technieken zijn in Nederland wetenschappelijk bewezen effectief.

²⁶ Lucassen e.a. 2005

- extra zorg na rampen (zoals in Volendam en Enschede), of voor vluchtelingen met verhoogde kans op PTSS en bepaalde groepen allochtonen met ernstige aanpassingsproblemen.

Voorwaarde voor het aanvullend aanbod is voldoende menskracht, bijvoorbeeld in de persoon van een GOH.

- *Bijzonder aanbod*

De huisartsenzorg kan ook een bijzonder zorgaanbod op het terrein van de GGZ hebben. Het gaat hierbij om zorg die grenst aan het huisartsgeneeskundige domein, maar er niet exclusief toe behoort. Deze zorg vraagt om extra kwalificaties van de huisarts en kan verder reiken dan de eigen huisartsenzorg. Voorbeelden hiervan zijn gezinstherapie en uitgebreide seksuologische hulpverlening.

Een adequate consultatiemogelijkheid, bijvoorbeeld van het AMW, waar mogelijk op basis van een LESA, is hierbij een vereiste.

Aanbeveling voor de huisartsenzorg

- Afhankelijk van de behoefte van de patiëntenpopulatie en van de interesses van het team van de huisartsenzorg kan de GGZ worden uitgebreid met een aanvullend of bijzonder aanbod. Hiervoor zijn passende randvoorwaarden noodzakelijk.

5. Wetenschappelijk onderzoek

Aan verschillende universitaire afdelingen Huisartsgeneeskunde vindt wetenschappelijk onderzoek op het gebied van de eerstelijns GGZ plaats, veelal in samenwerking met de afdelingen Psychiatrie. Daarnaast doet het NIVEL vooral epidemiologisch onderzoek en het WOK implementatieonderzoek en beide evalueren landelijke programma's. Er zijn vele hiaten in de wetenschappelijk onderbouwning van eerstelijns GGZ-interventies. Dit betreft onder meer:

- actuele (langetermijn)beloopstudies van bijvoorbeeld depressie, angststoornissen en lichamelijk onverklaarde klachten;
- de betekenis van (over- en onder-)diagnostiek van depressie;
- (uitgebreider) effectiviteitsonderzoek van bijvoorbeeld het vijfgesprekken-model, RET-training, problem solving treatment, oplossingsgerichte gesprekstherapie en varianten hiervan, korte cognitief gedragstherapie;
- varianten van zorg vanuit de tweedelijns GGZ voor toepassing in de eerstelijns;
- gevolgen van partnergeweld, vluchtelingenstatus, sekseverschillen;
- farmacotherapie;
- comorbiditeit;
- uitgebreidere onderbouwning van standaarden;
- interventies die effectief zijn bij immigranten, rekening houdend met de mate van geletterdheid en het introspectief vermogen en toegesneden op culturele aspecten;
- bruikbaarheid van de DSM-IV (ook in relatie tot het EPD);
- terugvalpreventie bij chronische psychiatrische aandoeningen;
- toepassingsmogelijkheden van andere classificatiemodellen zoals ICD en ICF van de WHO die het functioneren van een persoon breed in kaart brengen aan de hand van diagnose en functioneren, waarbij omgevingsfactoren worden meegewogen in een beoogde gedragsverandering;
- evaluatie van de implementatie van preventieve strategieën;
- evaluatie van de effecten van inschakeling van de GOH.

Een leerstoel in de eerstelijns GGZ zou dit deelgebied van de huisartsgeneeskunde verder kunnen profileren en uitbouwen.

Aanbevelingen voor de universitaire afdelingen Huisartsgeneeskunde

- Nader onderzoek van de eerstelijns GGZ is gewenst (ook in het onderzoek door het NIVEL).
- Een hoogleraar in de eerstelijns GGZ is wenselijk.

6. Onderwijs en scholing

Het huidige onderwijs voor de huisarts op het gebied van eerstelijns GGZ bestaat uit:

- huisartsenopleiding, met differentiatiemogelijkheden;
- NHG-Kaderopleiding GGZ;
- nascholingscursussen;
- trainingen in problem solving treatment, cognitief gedragstherapeutische technieken, RET, paniekmanagement.

Zie voor de (bij)scholing van de GOH's paragraaf 4.4.

De nascholing op het gebied van het basis- en aanvullend aanbod is weinig gestructureerd en niet altijd als zodanig zichtbaar en toegankelijk.

In de huisartsenopleiding wordt onderwijs aangeboden over diagnostiek en - al dan niet medicamenteuze - behandeling van veelvoorkomende psychische stoornissen, inclusief vaardigheidstrainingen. Scholing in de preventieve taken, rekening houdend met de context van de patiënt, is gewenst.

De huisartsenopleiding van de VU heeft een differentiatie met enkele GGZ-onderdelen. Andere huisartsenopleidingen kunnen wellicht de eerstelijns GGZ ook een plaats geven.

Huisartsen die zich willen toelagen op een bijzonder aanbod GGZ moeten zich daartoe kunnen bijscholen. Ook moeten zij in aanmerking kunnen komen voor de titel 'huisarts met een bijzondere bekwaamheid'.

Er is een aparte opleiding over seksuologie die niet specifiek op de huisarts gericht is. Een uitwerking hiervan is gewenst, waarbij mogelijk onderdelen beschikbaar komen voor een aanvullend aanbod van de huisarts.

Zowel in de huisartsenopleiding als in de nascholing dient samenwerking met andere hulpverleners als vaardigheid te worden aangeleerd. Dit geldt zeker ook voor de scholing in aanvullende taken.

De GGZ-kaderhuisartsen zijn bij uitstek geschikt om bij de verschillende soorten (na)scholing een faciliterende rol te spelen.

Aanbevelingen aan het NHG, de universitaire afdelingen Huisartsgeneeskunde en de ROS'en

- Scholing in de preventieve taken, rekening houdend met de context van de patiënt, is gewenst.
- Overwogen dient te worden om binnen de differentiatiemogelijkheden van de huisartsenopleiding ook de eerstelijns GGZ een plaats te geven.
- De scholing voor het aanvullende aanbod moet verder verduidelijkt en geïntegreerd worden.
- Naast de seksuologieopleiding voor het bijzonder aanbod is scholing voor seksuologische hulpverlening binnen het aanvullend aanbod gewenst.
- Zowel in de opleiding als in de nascholing dient samenwerking met andere hulpverleners als vaardigheid te worden aangeleerd.
- De GGZ-kaderhuisartsen worden door de verschillende onderwijsinstanties ingezet bij de (na)scholing en de versterking van de eerstelijns GGZ.
- Voor verdere uitbouw van de eerstelijns GGZ is voortzetting van de NHG-Kaderopleiding GGZ gewenst.

7. Randvoorwaarden

7.1. Gekwalificeerde ondersteunende GGZ-medewerkers

Er moet voldoende goed gekwalificeerd ondersteunend personeel in de huisartsenvoorziening aanwezig zijn om de beschreven GGZ in de huisartsenzorg te kunnen realiseren. In lijn met de overheidsplannen valt te denken aan een POH-GGZ, met een voorkeur voor de functiebenaming GGZ-ondersteuner huisartsenzorg (GOH) (zie 4.4). Het gaat om een post-hbo-functie met specialisatie in de generalistische eerstelijns GGZ. Van belang hierbij zijn intervisie en bijscholing. Specifieke inhoudelijke (eerstelijns) expertise en kennis van de sociale kaart zijn belangrijke aandachtspunten. De inzet van de GGZ-kaderhuisartsen is op zijn plaats. Daarnaast is samenwerking met de tweedelijns GGZ van belang voor de verdere professionele ondersteuning van de GOH.

Werkafspraken over onderlinge taakverdeling en samenwerking tussen de huisarts, de praktijkassistente en de GOH zijn noodzakelijk. Een gezamenlijke dossiervorming ondersteunt de taakverdeling en maakt adequate regievoering mogelijk.

Randvoorwaarden

- Er moet voldoende gekwalificeerd - en adequaat gehonoreerd - ondersteunend personeel in de huisartsenvoorziening werkzaam zijn. Hierbij wordt gedacht aan een GGZ-ondersteuner huisartsenzorg (GOH).
- Er moet met de tweedelijns GGZ en GGZ-kaderopleiding worden samengewerkt voor professionele ondersteuning van de GOH.

7.2. Inhoudelijke ondersteuning GGZ-preventie

Preventie van psychische problematiek is van groot belang, zowel voor de patiënt als in maatschappelijk perspectief. Aanbevolen wordt om bij de richtlijnontwikkeling meer aandacht aan preventie te besteden.

Randvoorwaarde

- Bij de herziening van NHG-Standaarden en andere producten op het gebied van de eerstelijns GGZ moet de opname van effectieve preventieve activiteiten worden overwogen.

7.3. Verbetering van de GGZ door ontwikkeling van kwaliteitsindicatoren en praktijkaccreditering

De NHG-Praktijkaccreditering is een methode om de kwaliteit van de zorg in de huisartsenpraktijk zichtbaar te maken en verder te verbeteren. In het onderdeel Toetsing van de NHG-Praktijkaccreditering zijn nog geen GGZ-aspecten opgenomen. Gezien de omvang van de GGZ in de eerste lijn verdient het aanbeveling om goede kwaliteitsindicatoren op dit terrein te ontwikkelen, zodat op termijn GGZ-onderwerpen bij de praktijkaccreditering en de verbeteringsplannen kunnen worden betrokken.

Randvoorwaarde

- Het is wenselijk om kwaliteitsindicatoren voor de eerstelijns GGZ te ontwikkelen en vervolgens GGZ-taken op te nemen in de NHG-Praktijkaccreditering.

7.4. Beheer patiëntendossier en verbetering GGZ-classificatie en EPD

Bij eerstelijns GGZ is een gezamenlijke dossiervoering noodzakelijk. De huidige EPD's zijn slechts beperkt hierop ingesteld. Vraag is in hoeverre met de privacy van de patiënt rekening gehouden kan worden in de afscherming dan wel openstelling van dit dossier.

Het is goed een GGZ-module gekoppeld aan het HIS te ontwikkelen in overeenstemming met de modulering van diabetes mellitus en hart- en vaatziekten. Relevante gegevens dienen hierin een plek te krijgen, zoals risicofactoren en medicatie.

Communicatie met medewerkers binnen en buiten de huisartsenvoorziening, verwijzingen alsmede financiële verwerking zijn hierin aandachtspunten.

Binnen het EPD is veelal wel ruimte voor het vermelden van relevante kenmerken of gevoeligheden van patiënten zoals een voorgeschiedenis van depressie of schizofrenie, maar dit blijkt onvoldoende te garanderen dat van deze gegevens optimaal gebruik wordt gemaakt. Ook ontbreekt ruimte voor werkaantekeningen. Preventieve activiteiten zijn daardoor moeilijk uit te voeren. Integratie van de GGZ-module in het HIS kan dit vergemakkelijken.

Randvoorwaarden

- Er dient een geïntegreerde GGZ-module in het HIS te worden ontwikkeld.
- Aanpassing van het EPD is wenselijk voor:
 - de monitoring van preventieve activiteiten (betere identificatie van patiënten met risicofactoren voor GGZ-problemen door het toevoegen van contextuele en medische gegevens);
 - de regiefunctie van de huisarts en de informatie-uitwisseling met andere beroepsbeoefenaren in de eerstelijns GGZ.

7.5. Samenwerking met partners in de eerste en tweede lijn

Een goede uitvoering en continuïteit van eerstelijns GGZ door de huisartsenvoorziening is mede afhankelijk van regionaal beleid en samenwerkingsafspraken met de overige eerstelijns GGZ-zorgverleners, de tweedelijns GGZ en de zorgverzekeraars. Hierin moet worden verdisconteerd dat de huisarts een andere optiek heeft op diagnostiek en classificatie dan GGZ-zorgverleners in de tweede lijn. Regionaal werkzame kaderhuisartsen zijn bij uitstek geschikt om te helpen de randvoorwaarden voor de samenwerking tussen de eerste- en tweedelijns GGZ vorm te geven.

Randvoorwaarde

- De huisartsenvoorziening maakt samenwerkingsafspraken met andere eerste- en tweedelijns GGZ-zorgverleners. De GGZ-kaderhuisartsen zijn bij uitstek geschikt om hierbij een faciliterende rol te spelen.

7.6. Voldoende tijd en financiering

Een goede uitvoering van de basistaken en de mogelijkheid om aanvullende eerstelijns GGZ te verlenen, vergen meer tijd van de huisarts. Bijvoorbeeld tijd voor het vormgeven van de zorg, waaronder het aangaan en onderhouden van samenwerkingsafspraken met de andere partners in de eerstelijns GGZ. Verwijzen en delegeren kunnen de individuele beroepsbeoefenaar wellicht minder tijd kosten, maar dan zal juist weer meer tijd gemoeid zijn met de centrale regiefunctie, waaronder de dossiervoering, medicatiebewaking, gestructureerd overleg en deelname aan kwaliteitsprojecten.

Bij aanvullende taken zal de tijdsbelasting ook bij feitelijke uitvoering door de andere partners in de huisartsenvoorziening (zoals de GOH) altijd groter zijn vanwege de benodigde regie.

Bovendien is scholing nodig voor deze deels nieuwe functies en ook dat kost tijd.

Voor het aanvullend en bijzonder aanbod van huisartsgeneeskundige zorg en de daarmee samenhangende extra menskracht, ruimte, tijdsinvestering en scholing is financiering nodig.

Randvoorwaarden

- De versterking van de eerstelijns GGZ vergt investering in capaciteit opdat de huisartsenvoorziening de GGZ zoals omschreven in het Standpunt kan realiseren.
- Voor aanvullend en bijzonder aanbod is een aparte financiering noodzakelijk vanwege de daarmee samenhangende extra menskracht, ruimte, samenwerking(stijd) en scholing.

8. Overzicht van uitgangspunten, aanbevelingen en randvoorwaarden

8.1. Uitgangspunten

1. De huisarts is alert op psychische problematiek, ook bij somatische klachten. Hij verheldert psychische klachten vanuit een generalistische benadering, rekening houdend met de context van de patiënt. Hij definieert het probleem en gaat over tot begeleiding en behandeling. De triage is een kerntaak van de huisarts zelf. *Zie verder 4.1, pag. 8.*
2. De huisarts herkent (acute) psychische problemen en verleent GGZ zowel tijdens de reguliere praktijken als tijdens de avond-, nacht- en weekenddiensten. *Zie verder 4.2, pag. 10.*
3. De huisarts heeft de regie over de contextgerichte binnen de eerste lijn verleende zorg voor de bij hem ingeschreven patiënten. *Stepped care* is hierbij het uitgangspunt. De zorg wordt zo mogelijk dicht bij de patiënt in de buurt verleend en bevordert diens zelfoplossend vermogen. *Zie verder 4.3, pag. 10.*
4. Een GGZ-ondersteuner huisartsenzorg (GOH) maakt deel uit van het team van de huisartsenvoorziening om de toegenomen GGZ-vraag op te vangen en de kwaliteit van deze zorg te waarborgen. *Zie verder 4.4, pag. 11.*
5. De huisarts identificeert patiënten - onder wie ook kinderen - met risicofactoren voor psychische problematiek. Hij zet effectieve preventie-interventies in of verwijst de patiënt daarvoor. *Zie verder 4.5, pag. 12.*
6. Chronische patiënten met psychische problemen die niet (meer) terecht kunnen in de tweede lijn, worden begeleid vanuit de huisartsenvoorziening. *Zie verder 4.6, pag. 13.*
7. De huisartsenvoorziening heeft samenwerkingsafspraken over verwijzing, consultatie, terugverwijzing en verslaglegging met AMW, ELP, jeugdzorg, opvoedingsondersteuning, consultatiebureau, wijkverpleging, schoolarts, gespecialiseerde thuishulp en zorgverleners in de tweede lijn. *Zie verder 4.7, pag. 14.*
8. De huisarts voert de regie in de eerstelijns GGZ voor die patiënten die hij in behandeling heeft. Het elektronisch patiëntendossier bevat daarom ook de relevante gegevens van andere GGZ-hulpverleners in de eerste en tweede lijn. *Zie verder 4.8, pag. 14.*
9. In de eerstelijns GGZ is veelal sprake van een diagnose op basis van klachten. Voor de samenwerking met andere GGZ-hulpverleners wordt zoveel mogelijk eenduidige terminologie overeenkomstig de DSM-IV gebruikt. De huisarts moet de DSM-IV-terminologie dus in grote lijnen kennen. *Zie verder 4.9, pag. 15.*
10. Afhankelijk van de behoefte van de patiëntenpopulatie en de beschikbare competenties en interesses van het team van de huisartsenvoorziening, kan het GGZ-aanbod worden uitgebreid met een aanvullend of bijzonder aanbod. *Zie verder 4.10, pag. 15.*

8.2. Aanbevelingen

Aanbevelingen voor de huisarts(envoorziening)

1. De huisarts baseert de zorg bij psychische of psychosociale problematiek op de NHG-Standaarden en andere (samenwerkings)richtlijnen.
2. De huisarts herkent de onderliggende psychische en psychosomatische problemen bij somatische klachten.
3. De huisarts heeft een taak bij bijvoorbeeld levensfaseproblemen en rouwverwerking.
4. De huisarts herkent (acute) problemen zowel tijdens de reguliere praktijken als tijdens de avond-, nacht- en weekenddiensten.
5. De huisarts vervult een regierol in de zorg bij psychische en/of sociale problematiek. Hij bewaakt de continuïteit van zorg bij verwijzing naar andere eerstelijns disciplines, jeugdzorg, opvoedkundige hulp of naar de tweedelijns GGZ.
6. Indien nodig levert de huisartsenvoorziening een vorm van 'bemoeizorg' (volgens het drang-en-dwang-principe) bij ernstige psychiatrische stoornissen. Andere hulpverleners kunnen deze bemoeizorg (tijdelijk) van de huisarts overnemen, al dan niet als gevolg van een gedwongen

- opname. Samenwerkingsafspraken zijn dan noodzakelijk voor de afstemming van de verantwoordelijkheden.
7. De huisarts is op de hoogte van verhoogde incidentie van specifieke problematiek binnen de eigen patiëntenpopulatie, van de wijze waarop deze gepresenteerd wordt en van daarop toegesneden hulpverleningsmogelijkheden. Het gaat bijvoorbeeld om inburgeringsproblemen bij allochtonen en PTSS bij vluchtelingen.
 8. De huisarts beheerst de DSM-IV-terminologie in grote lijnen.
 9. De huisarts heeft kennis van door de tweede lijn en in de geriatrie voorgeschreven geneesmiddelen.
 10. De huisarts draagt zorg voor tijdige overdracht van patiënten met risico's voor acute GGZ-problemen buiten de reguliere praktijken.
 11. De huisartsenpraktijk beschikt over gekwalificeerde ondersteunende medewerkers om stepped care te kunnen waarborgen.
 12. De huisarts voert bij patiënten met complexe psychische, psychosomatische en/of en psychosociale problematiek de eerste probleemverkenning uit. De huisarts kan verdere probleemverheldering en eventuele kortdurende begeleiding aan een GOH delegeren, of hiervoor verwijzen naar het AMW of de ELP.
 13. De huisarts en/of de GOH begeleidt patiënten met psychische of psychosociale problematiek in een kortdurend traject. Is uitgebreidere zorg nodig, dan wordt doorverwezen naar een andere eerste- of een tweedelijns GGZ-zorgverlener.
 14. De huisarts is (evenals de GOH) alert op de risicofactoren voor psychische problematiek - ook bij kinderen - en begeleidt de patiënten met effectieve interventies of verwijst hen daarvoor tijdig naar andere zorgverleners. Voor de zorg voor kinderen zijn hierbij de nieuwe Centra voor Jeugd en Gezin van belang.
 15. De huisarts zorgt voor de nazorg bij chronische patiënten die niet meer worden behandeld in de tweede lijn. Het gaat hierbij om terugvalpreventie bij behandelde patiënten met een psychiatrische aandoening en om bemoeizorg bij chronische psychiatrische patiënten. De huisarts kan deze taak delegeren aan een GOH.
 16. Er bestaan samenwerkingsafspraken met eerste- en tweedelijns zorgverleners voor verwijzing en consultatie.
 17. Het is van belang dat de huisartsenvoorziening betrokken is bij de nieuwe Centra voor Jeugd en Gezin.
 18. De huisarts beheert het elektronisch patiëntendossier. Goede afspraken over onderlinge informatievoorziening met andere zorgverleners in de eerste en tweede lijn zijn noodzakelijk.
 19. De huisarts zorgt voor de medicatiebewaking bij patiënten met GGZ-problematiek.
 20. In de samenwerking met andere GGZ-hulpverleners wordt zoveel mogelijk gebruikgemaakt van eenduidige terminologie in overeenstemming met de DSM-IV.
 21. Afhankelijk van de behoefte van de patiëntenpopulatie en van de interesses van het team van de huisartsenvoorziening kan de GGZ worden uitgebreid met een aanvullend of bijzonder aanbod. Hiervoor zijn passende randvoorwaarden noodzakelijk

Aanbevelingen voor de beroepsverenigingen en de HBO-raad

1. Het hbo ontwikkelt in samenspraak met de beroepsgroep huisartsen een opleiding voor de generalistische GGZ-ondersteuning in de huisartsenzorg.
2. Er wordt een applicatiecursus ontwikkeld voor al in de zorg werkzame mensen die de functie van GOH willen gaan vervullen (SPV, AMW, eventueel ELP).

Aanbevelingen voor ROS'en en GGZ-kaderhuisartsen

1. De GGZ-kaderhuisartsen worden ingezet bij de opleiding van gekwalificeerde ondersteunende medewerkers.
2. De ROS'en en GGZ-kaderhuisartsen spelen een belangrijke ondersteunende rol bij het versterken van de samenwerking tussen huisartsen en andere zorgverleners in de eerste lijn.

Aanbeveling voor de overheid

1. Het verdient aanbeveling dat er een koppeling komt tussen het elektronisch kinddossier en het elektronisch patiëntendossier van de huisarts.

Aanbevelingen voor de universitaire afdelingen Huisartsgeneeskunde met betrekking tot wetenschappelijk onderzoek

1. Nader onderzoek van de eerstelijns GGZ is gewenst (ook in het onderzoek door het NIVEL).
2. Een hoogleraar in de eerstelijns GGZ is wenselijk.

Aanbevelingen aan het NHG, de universitaire afdelingen Huisartsgeneeskunde en de ROS'en voor onderwijs en scholing

1. Scholing in de preventieve taken, rekening houdend met de context van de patiënt, is gewenst.
2. Overwogen dient te worden om binnen de differentiatiemogelijkheden van de huisartsenopleiding ook de eerstelijns GGZ een plaats te geven.
3. De scholing voor het aanvullende aanbod moet verder verduidelijkt en geïntegreerd worden.
4. Naast de seksuologieopleiding voor het bijzonder aanbod is scholing voor seksuologische hulpverlening binnen het aanvullend aanbod gewenst.
5. Zowel in de opleiding als in de nascholing dient samenwerking met andere hulpverleners als vaardigheid te worden aangeleerd.
6. De GGZ-kaderhuisartsen worden door de verschillende onderwijsinstanties ingezet bij de (na)scholing en de versterking van de eerstelijns GGZ.
7. Voor verdere uitbouw van de eerstelijns GGZ is voortzetting van de NHG-Kaderopleiding GGZ gewenst.

8.3. Randvoorwaarden

1. Er moet voldoende gekwalificeerd - en adequaat gehonoreerd - ondersteunend personeel in de huisartsenvoorziening werkzaam zijn. Hierbij wordt gedacht aan een GGZ-ondersteuner huisartsenzorg (GOH).
2. Er moet met de tweedelijns GGZ en GGZ-kaderopleiding worden samengewerkt voor professionele ondersteuning van de GOH.
3. Bij de herziening van NHG-Standaarden en andere producten op het gebied van de eerstelijns GGZ moet de opname van effectieve preventieve activiteiten worden overwogen.
4. Het is wenselijk om kwaliteitsindicatoren voor de eerstelijns GGZ te ontwikkelen en vervolgens GGZ-taken op te nemen in de NHG-Praktijkaccreditering.
5. Er dient een geïntegreerde GGZ-module in het HIS te worden ontwikkeld.
6. Aanpassing van het EPD is wenselijk voor:
 - de monitoring van preventieve activiteiten (betere identificatie van patiënten met risicofactoren voor GGZ-problemen door het toevoegen van contextuele en medische gegevens);
 - de regiefunctie van de huisarts en de informatie-uitwisseling met andere beroepsbeoefenaren in de eerstelijns GGZ.
7. De huisartsenvoorziening maakt samenwerkingsafspraken met andere eerste- en tweedelijns GGZ-zorgverleners. De GGZ-kaderhuisartsen zijn bij uitstek geschikt om hierbij een faciliterende rol te spelen.
8. De versterking van de eerstelijns GGZ vergt investering in capaciteit opdat de huisartsenvoorziening de GGZ zoals omschreven in het Standpunt kan realiseren.
9. Voor aanvullend en bijzonder aanbod is een aparte financiering noodzakelijk vanwege de daarmee samenhangende extra menskracht, ruimte, samenwerking(stijd) en scholing.

Bijlage 1. Activiteiten die hebben plaatsgevonden in het kader van het landelijk thema kwaliteitsbeleid huisartsenzorg

- Ontwikkeling en actualisering van NHG-Standaarden en richtlijnen voor samenwerking en praktijkvoering.
- Het starten van de NHG-Kaderopleiding GGZ.
- Bijstellen van de GGZ-paragraaf in het takenpakket van de huisarts door LHV en NHG.
- Toename van de capaciteit van het AMW en eerstelijnspsychologen.
- Consultatieprojecten waarbij SPV'en in de huisartsenpraktijk werken.
- De projecten Korte Lijnen en Diabolo.
Het project Korte Lijnen heeft als doel de verbetering van de samenwerking binnen de eerstelijns GGZ, dat wil zeggen tussen de huisarts, het AMW en de ELP. Het is alleen mogelijk om cliënten zorg-op-maat te bieden als deze drie instanties van elkaar weten wie welke deskundigheid bezit, soepel naar elkaar doorverwijzen, overleggen en elkaar raadplegen. Het project Korte Lijnen wordt uitgevoerd door het NIZW en het Trimbos-instituut.
Van 2001 t/m 2005 is het Diabolo-project uitgevoerd met als doel de multidisciplinaire samenwerking binnen en tussen de lijnen van de GGZ te verbeteren. Het project werd geïnitieerd door het ministerie van VWS.

Bijlage 2. Taken van de GGZ-ondersteuner huisartsenzorg, het AMW en de ELP

GGZ-ondersteuner huisartsenzorg (GOH)

De GOH voert onder regie van de huisarts de volgende taken uit:

- probleemverheldering/inventarisatie;
- advisering aan de huisarts;
- (kortdurende) behandeling/begeleiding;
- processturing, mede op basis van kennis van het netwerk;
- casemanagement;
- liaisonfunctie naar de tweede lijn;

Naast de vaste taken is er ook ruimte voor een deel vrije invulling van de functie.²⁷

Algemeen maatschappelijk werk (AMW)²⁸

Het AMW biedt hulp bij psychosociale problemen. Het vormt de verbindingsschakel tussen gezondheidszorg en welzijn en participeert in veel lokale netwerken.

Het AMW:

- biedt psychosociale hulpverlening meestal in de vorm van kortdurende hulp (5 tot 15 gesprekken, gemiddeld 7,5);
- werkt vanuit een psychosociaal model en heeft een breed scala aan deskundigheden (op hbo-niveau) en aangeboden diensten:
 - begeleiding/behandeling;
 - bemiddeling/belangenbehartiging;
 - ondersteuning;
 - dienstverlening en consultatie;
 - toegang tot andere voorzieningen;
 - preventie;
 - signalering;
- biedt (veelal als enige in de eerste lijn) groepstrainingen en -cursussen;
- heeft tevens een publieke opdracht, namelijk het bijdragen aan de sociale zelfredzaamheid van burgers, met als uitgangspunt dat de persoon niet alleen zelf verantwoordelijk is omdat diens zelfredzaamheid mede wordt bepaald door de leefomgeving.

De door het AMW bestreken problematiek omvat:

- psychische en psychosociale problemen (bijvoorbeeld rouwverwerking, eenzaamheid, depressies en depressieve stemmingen);
- problemen met relaties (bijvoorbeeld met partner, met familie, op het werk);
- problemen met de opvoeding;
- sociaal-materiële problemen (bijvoorbeeld met financiën, huisvesting).

Het AMW is bij uitstek geschikt als verschillende soorten (materiële en niet-materiële) problemen verweven zijn. Het is ook een vangnet voor mensen die elders geen hulp (meer) kunnen krijgen of die hun problemen niet in geordend kunnen presenteren.

²⁷ Zie voor een uitgebreide uitwerking van deze taken LVG 2007.

²⁸ Zie de vorige noot.

Eerstelijnspsycholoog (ELP)²⁹

De ELP is speciaal opgeleid voor problematiek die in de eerste lijn te behandelen is (lichte tot matig ernstige psychische of psychosociale problemen). De ELP opereert op het snijvlak van de algemene eerstelijnsgezondheidszorg en de GGZ.

De ELP:

- kent een korte behandelingsduur (maximaal 10 tot 15 consulten, gemiddeld 7);
- heeft specifieke deskundigheid in het stellen van een diagnose en het inzetten van een hierop toegeneden kortdurende behandeling op grond van een adequate inschatting van de mogelijkheden (draagkracht) en beperkingen van de cliënt;
- hanteert een breed scala aan methodieken (van gedragstherapie tot inzichtgevende therapie, alsook het bieden van steun en structuur);
- hanteert een preventieve behandelingsaanpak die een sterk beroep doet op de gezonde kant van de cliënt om zodoende zwaardere problematiek te voorkomen;
- biedt consultatie aan huisarts en maatschappelijk werk over diagnose en behandelingsaanpak.

De problematiek die de ELP behandelt, bestaat in hoofdzaak uit:

- relatieproblemen;
- klachten in verband met depressiviteit;
- (psycho-)somatische klachten, zoals pijn en spanningsklachten;
- problemen in verband met werk, studie, burn-out, overspannenheid;
- fobieën, paniekaanvallen, specifieke angstklachten;
- trauma, rouw, scheiding.

²⁹ Bron: Van de Rijdt-van de Ven 2004

Bijlage 3. Overzicht van beschikbare NHG-producten op het terrein van de GGZ

Product	Doelgroep(en)	Onderwerpen
Standaarden over diverse GGZ-onderwerpen	Huisartsen en anderen	Angststoornissen, Delier bij ouderen, Dementie, Depressie, Problematisch alcoholgebruik, Slapeloosheid
Patiëntenbrieven over diverse GGZ-onderwerpen	Patiënten/consumenten	Angststoornissen, Bedplassen, Delier bij ouderen, Depressie, Overspanning, Problematisch alcoholgebruik, Slapeloosheid/slaapmiddelen, Tabaksverslaving
Cahiers voor communicatie en attitude over diverse GGZ-aspecten	Huisartsen, maar ook te gebruiken door andere professionals	Ingrijpende gebeurtenissen, Lichamelijk onverklaarde klachten, Persoonlijkheidsstoornissen, Suicide(poging)
Nascholingsmateriaal voor individuen en groepen over diverse GGZ-onderwerpen	Huisartsen, maar ook te gebruiken door andere professionals	Angststoornissen, Delier bij ouderen, Depressie, Overspanning, Problematisch alcoholgebruik, Slapeloosheid/slaapmiddelen, Tabaksverslaving
NHG-PraktijkWijzer GGZ	Huisartsen, praktijkondersteuners, SPV'en, AMW, ELP	Leidraad voor de organisatie van de GGZ
LESA's (raamwerk voor samenwerking op regionaal niveau)	Huisartsen en andere relevante betrokken professionals	Overspanning, Dementie, Depressieve stoornis, Angststoornissen
Nascholing van huisartsen en bedrijfsartsen	Huisartsen en bedrijfsartsen	Psychische klachten en arbeid
Cursus	Huisartsen	Cognitief-gedragstherapeutische technieken bij lichamelijk onverklaarde klachten
GGZ Huisartsen Advies Groep (= 13 huisartsen die GGZ-Kaderopleiding hebben gevolgd)	Huisartsen, GGZ-instellingen en beroepsgroepen in eerste- en tweedelijns GGZ	Het bevorderen van deskundigheid van de GGZ bij huisartsen en het bevorderen van de samenwerking op het gebied van de GGZ in de eerste lijn en met de tweede lijn. Taken: ontwikkelen en geven van nascholing op het gebied van de GGZ; bevorderen en organiseren van samenwerking in de GGZ; ontwikkelen en opzetten van kwaliteitsprojecten in de huisartsenpraktijk
Taak- en functieomschrijving voor de huisarts	Huisartsen en andere disciplines	Omschrijving taken/functies van huisartsen, ingedeeld per ICPC-hoofdstuk (P+Z)

Bijlage 4. Totstandkoming NHG-Standpunt

Dit Standpunt werd voorbereid door een werkgroep bestaande uit de volgende leden:

- mw.dr. E.van Weel-Baumgarten, huisarts, voorzitter
- J. Blaauw, huisarts
- dr. M.Cox, huisarts, op voordracht van de LHV
- dr. T. Drenthen, wetenschappelijk medewerker NHG
- Th. Lijding, huisarts
- mw. T. Sporrel, huisarts
- dr. R. Starmans, huisarts, NHG-secretaris

Medewerking verleenden mw.drs. A. ter Brugge en drs. R.S.M. Helsloot, senior-beleidsmedewerkers NHG.

Op 31 mei 2007 vond een inhoudelijke ledenbijeenkomst plaats waarin werd gesproken over de uitgangspunten en -aanbevelingen van de werkgroep.

Op 30 augustus 2007 vond voorafgaand aan de commentaarrronde een opiniërende bespreking van het concept-Standpunt plaats in de NHG-Verenigingsraad. Dit heeft tot enkele aanpassingen geleid.

In oktober/november 2007 vond de commentaarrronde plaats waarbij aselect uitgenodigde huisartsen en betrokken beroepsorganisaties reageerden op het concept-Standpunt. Dit leidde tot nuanceringen, en verduidelijkingen.

Op 5 oktober heeft de Verenigingsraad het Standpunt besproken.

Het Standpunt is op 21 november 2007 door het NHG-bestuur vastgesteld.

Er werden externe commentaren ontvangen van:

- Achmea Zorg
- CBO
- GGZ Nederland
- Landelijke Vereniging van Eerstelijnspsychologen
- Landelijke Vereniging Georganiseerde eerste lijn
- Landelijk coördinator van het voormalig Diaboloproject
- Mogroep (brancheorganisatie voor Welzijn & Maatschappelijke Dienstverlening, Jeugdzorg en Kinderopvang)
- Nederlandse Vereniging van Vrijgevestigde Psychotherapeuten
- Nederlands Instituut van Psychologen
- Verplegende en Verzorgenden Nederland, sectie SPV'en
- NIVEL

Vermelding als referent betekent niet dat de referent het NHG-Standpunt op elk detail onderschrijft.

Bijlage 5. Gebruikte afkortingen

AMW	Algemeen maatschappelijk werk(ende)
DSM-IV	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Dit is een Amerikaans handboek voor diagnose en statistiek van psychische aandoeningen dat in de meeste landen als standaard in de psychiatrische diagnostiek dient.
ELP	Eerstelijnspsycholoog
EPD	Elektronisch patiëntendossier (het elektronisch medicatiedossier maakt hier onderdeel van uit)
GGZ	Geestelijke gezondheidszorg
GOH	GGZ-ondersteuner huisartsenzorg
Hagro	Huisartsengroep: samenwerkingsverband van huisartsen
ICPC	International Classification of Primary Care
KNMG	Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst
LESA	Landelijke Eerstelijns Samenwerkings Afspraak
LHV	Landelijke Huisartsen Vereniging
LTA	Landelijke Transmurale Afspraak
LVE	Landelijke Vereniging van Eerstelijnspsychologen
LVG	Landelijke Vereniging Georganiseerde eerste lijn
MDR	Multidisciplinaire richtlijn
NHG	Nederlands Huisartsen Genootschap
NIP	Nederlands Instituut van Psychologen
NIVEL	Nederlands Instituut voor Onderzoek van de Gezondheidszorg
NIZW	Nederlands Instituut voor Zorg en Welzijn
NVVP	Nederlandse Vereniging van Vrijgevestigde Psychotherapeuten
POH	Praktijkondersteuner huisartsenzorg
PST	Problem solving treatment
PTSS	Posttraumatische stress-stoornis
RET	Rationeel-emotieve therapie; ook wel rationele effectiviteitstraining
RIVM	Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu
ROS	Regionale ondersteuningsstructuur (voor de eerste lijn)
SPV	Sociaal-psychiatrisch verpleegkundige
UMC	Universitair Medisch Centrum
WMO	Wet maatschappelijke ondersteuning
WOK	Werkgroep Onderzoek Kwaliteit UMC St Radboud

Bijlage 6. Geraadpleegde literatuur

- Beekman ATF, Cuijpers P, Van Marwijk HWJ, Smit F, Schoevers RA, Hosman C. Preventie van psychiatrische stoornissen. *Ned Tijdschr Geneeskd.* 2006;150:419-23.
- Van den Berg J. Wie doet wat in de eerstelijns GGZ. *Korte Lijnen.* Utrecht: NIZW en Trimbos-instituut, 2003.
- Boer C. Rapportage Diabolo-project. 2004.
- Cox MF, Van Marwijk HWJ, De Haan M. Eindrapport kaderopleiding GGZ 2002-2004. Amsterdam: Vrije Universiteit, november 2004.
- Cox MF, Van Marwijk HWJ, Boer C. Wat heeft vijf jaar kwaliteitsbeleid GGZ voor de huisarts opgeleverd? *Huisarts Wet* 2006;49(5):266-9.
- Drenthen AM, Kwaliteitsbeleid GGZ door huisartsen 2001-2004. Utrecht: NHG, juni 2005.
- Emmen MJ, Verhaak PFM. NIVEL-Rapport monitoring van capaciteit, hulpverlening en patiëntenstromen in de eerstelijns GGZ. Utrecht: NIVEL, 2006.
- Emmen MJ, Meijer SA, Heideman JMC, Laurant MGH, Verhaak PFM. Versterking van de eerstelijns GGZ. Effecten op langere termijn. *Tijdschrift v Gezondheidswet* 85(2007),3 *in druk.*
- Feltz-Cornelis CM, Knispel A, Elfeddali I. Afbakening eerste en tweede lijns zorg voor psychische stoornissen. Utrecht: Trimbos-instituut, juli 2006.
- Heideman J, De Loos S, Laurant M, Grol R. De implementatie van de GGZ-huisartsdeskundige. Een kwalitatieve studie naar factoren die de implementatie beïnvloeden. Nijmegen: UMC St Radboud, Centre for Quality of Care Research (WOK), juli 2004.
- Heideman J, Laurant M, Schattenberg G, Grol R. Veranderingen in de rol van de huisarts op het terrein van de geestelijke gezondheidszorg. Een voor- en nameting. Nijmegen: UMC St Radboud, Afdeling Kwaliteit van Zorg (WOK), december 2004.
- Landelijke Commissie Geestelijke Volksgezondheid. *Zorg van velen, Eindrapport.* Den Haag: LCGV, februari 2002.
- Landelijke Huisartsen Vereniging en Nederlands Huisartsen Genootschap. *Aanbod huisartsgeneeskundige zorg 2004.* Utrecht: LHV/NHG, 2004.
- Landelijke Vereniging Georganiseerde eerste lijn. *Praktijkondersteuning GGZ in de eerste lijn. Een eerste beschrijving van de functie praktijkondersteuning GGZ in de eerste lijn.* Utrecht: LVG, april 2007 (1).
- Landelijke Vereniging Georganiseerde eerste lijn. *Wmo en eerstelijnszorg. Over samenwerking tussen gemeenten en eerstelijnsorganisaties.* Utrecht: LVG, april 2007 (2).
- Laurant M, Heideman J, Van Rijswijk E, Grol R. De visie van cliënten op de hulp bij psychische problemen. Nijmegen: UMC St Radboud Afdeling Kwaliteit van Zorg (WOK), december 2004.
- Lemmers L, Riper H (red). *Probleemdrinken aangepakt. Actieplan van het Partnership vroegsignalering Alcohol.* Utrecht: Partnership vroegsignalering Alcohol, januari 2007.
- Van der Linden MW, Westert GP, De Bakker DH, Schellevis FG. Tweede Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk: klachten en aandoeningen in de bevolking en in de huisartspraktijk. Utrecht/Bilthoven: NIVEL, RIVM, 2004.
- De Loos S, Laurant M. De taakopvatting van HAIIO's ten aanzien van psychische problematiek. De resultaten van een landelijke enquête. Nijmegen: UMC St Radboud, Centre for Quality of Care Research (WOK), april 2004.
- Lucassen P, Costa J, Franke LJA, Mynors-Wallis L, Van Weel-Baumgarten E. Problem solving treatment (PST) for emotional problems in primary care. (Protocol) *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2005, Issue 4. Art. No.: CD005561. DOI: 10.1002/14651858.CD005561.
- Van Marwijk H. Preventie van psychische problemen vanuit het perspectief van de huisartspraktijk. *T Soc Gezondh* 85(2007),2:62-3.

- Mercken Ch. Een gezamenlijke klus. Samenwerken aan een sterke eerstelijns GGZ. Utrecht: NIZW en Trimbos-instituut, 2006.
- Meeuwissen LAC. Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling GGZ. Multidisciplinaire richtlijnontwikkeling in de GGZ. Eindrapportage evaluatiestudie. Utrecht: Trimbos-instituut, februari 2006.
- Meijer SA, Zantinge EM, Verhaak PFM. Evaluatie versterking eerstelijns GGZ. Een onderzoeksprogramma om het beleid ter versterking van de eerstelijns GGZ te evalueren. Eindrapportage landelijk onderzoek. Utrecht: NIVEL, 2004.
- Meijer SA, Verhaak PFM. De eerstelijns GGZ in beweging. Resultaten, conclusies en beschouwing van het evaluatieonderzoek 'Versterking eerstelijns GGZ'. Integrale eindrapportage 2004. Utrecht: NIVEL, 2004.
- Meijer SA, Smit F, Schoemaker CG, Cuijpers P. Gezond verstand. Evidence-based preventie van psychische stoornissen. Bilthoven/Utrecht: RIVM, en Trimbos-instituut, 2006.
- Nederlands Huisartsen Genootschap en Landelijke Huisartsen Vereniging. Toekomstvisie Huisartsenzorg 2012. Utrecht: NHG/LHV, 2002.
- Nederlands Huisartsen Genootschap en Landelijke Huisartsen Vereniging. Huisartsenzorg en Huisartsenvoorziening. Concretisering Toekomstvisie Huisartsenzorg 2012. Utrecht: NHG/LHV, 2004.
- Nederlands Huisartsen Genootschap en Landelijke Huisartsen Vereniging. NHG/LHV- Standpunt Toekomstvisie Ondersteunend personeel in de huisartsenvoorziening. Utrecht: NHG/LHV, 2005.
- Nederlands Huisartsen Genootschap: NHG-Meerjarenbeleidplan 2006-2001. Utrecht: NHG, november 2006.
- Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie. Eerstelijnszorg voorop! Op weg naar geïntegreerde eerstelijnszorg vanuit patiëntenperspectief (herziene uitgaaf). Utrecht: NPCF, maart 2007.
- Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie. Website <http://www.npcf.nl/> raadpleging 17 april 2007.
- NIVEL. Rapport monitoring van capaciteit, hulpverlening en patiëntenstromen in de eerstelijns GGZ. Utrecht: NIVEL, 2006.
- Van de Rijdt-Van de Ven T. De *juiste* hulp op de *juiste* plaats de eerstelijns geestelijke gezondheidszorg in perspectief (2). Naar een betere samenwerking van en hulpverlening door de huisarts, het algemeen maatschappelijk werk en de eerstelijnspsycholoog. Amsterdam/Utrecht: Landelijke Huisartsen Vereniging, Landelijke Vereniging van Eerstelijnspsychologen, MOgroep, 2004.
- RIVM. Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid. Bilthoven: RIVM, <http://www.nationaalkompas.nl>, versie 3.10.1, 5 juli 2007.
- Schene A. Preventie en de multidisciplinaire GGZ-richtlijnen. T Soc Gezondh 85(2007),2:63-4.
- Schoemaker C, Smit F. Gezond verstand. Evidence-based preventie van psychische stoornissen. T Soc Gezondh 85(2007),2:60-1.
- Sok K, Scholte M, Veen C van der, Voordouw I. 5 jaar korte lijnen versterking eerstelijns GGZ. Evaluatierapport. Utrecht: NIZW en Trimbos-instituut, 2005.
- Verhaak PFM, Groenendijk J, Zantinge EM, Vonk E, Voordouw I, Veen C van de. GGZ-consultaties aan de eerstelijnszorg. Eindrapportage Steunpunt Tussen de lijnen. Utrecht: NIVEL, 2006.
- Verkleij H, Van Oers H. Preventie van psychische stoornissen. T Soc Gezondh 85(2007),2:59.
- Vollebergh WAM, De Graaf R, Ten Have M, Schoemaker CG, Van Dorselaer S, Spijker J, Beekman ATF [Psychische stoornissen in Nederland; overzicht van de resultaten van NEMESIS](#). Utrecht: Trimbos-instituut, 2003.
- Voorham T. Preventie van psychische stoornissen. Een taak voor de gemeenten en het basispakket. T Soc Gezondh 85 (2007),2:65-6.

- Van Weel-Baumgarten E, Mynors-Wallis L, Jané-Llopis E, Anderson P. A training manual for the prevention of mental illness. Managing emotional symptoms and problems in primary care. Nijmegen: St Radboud University of Nijmegen, 2005.
- *Werkaantekening* zie: <http://www.imhpa.net/index.php?id=10>
- Willems H. Preventiebeleid is te vrijblijvend. Gezonder en prettiger lever verlangt zwaardere middelen. Med Contact 62 (2007);24:1036-8.