

## Advies

Overdracht patiëntinformatie door GGZ  
Ingeest (factteams en poli) aan huisarts.

## Advies

Overdracht patiëntinformatie door GGZ Ingeest (factteams en poli) aan huisarts  
Doelgroep meervoudige problematiek (EPA)

Opgesteld door:

- Lena Apeldoorn (huisarts en vz werkgroep GGZ Amstelland)
- Nadine Berkhof (psychiater GGZ InGeest)
- Gert Jan Kessler (manager factteam GGZ inGeest).
- John Kusters (POH GGZ en SPV-er FACT team)
- Karin Wittkampf (huisarts en kaderarts GGZ i.o.)

Organisaties:

- GGZ inGeest
- Stichting Amstelland Zorg (namens eerste lijn)

Versie en datum	Wijziging	Status	Verspreid aan
V0.1 30-09-2021		Opgesteld	Werkgroep GGZ Amstelland
V1.0 31-10-2022	Inhoudelijke wijzigingen	Vastgesteld	Nieuwsbrief HCA, website Amstelland Zorg, intern GGZ inGeest

## Doel

Met dit advies beogen we afspraken in te voeren die zorgen dat de huisarts en de gespecialiseerde GGZ samenwerken in de behandeling voor patiënten met chronische kwetsbaarheid.

## Doelgroep

De patiënten die het hier betreft hebben chronische psychische kwetsbaarheid en ernstige psychiatrische aandoeningen (EPA). Er wordt van 'ernstige psychische aandoeningen' gesproken wanneer:

- er sprake is van een psychiatrische stoornis (inclusief middelenmisbruik en verslaving) die zorg/behandeling noodzakelijk maakt (niet in symptomatische remissie);
- die met ernstige beperkingen in het sociaal en/of maatschappelijk functioneren gepaard gaat (niet in functionele remissie);
- waarbij de beperking oorzaak en gevolg is van een psychiatrische stoornis;
- die niet van voorbijgaande aard is (structureel c.q. langdurig, ten minste enkele jaren);
- en waarbij gecoördineerde zorg van professionele hulpverleners in zorgnetwerken geïndiceerd is om het behandelplan te realiseren. (Bron GGZstandaarden)

## Samenwerking huisarts en behandelaar GGZ bij start behandeling, tussentijds en bij beëindiging GGZ behandeling

De huisarts en behandelaar GGZ maken afspraken over hun samenwerking bij patiënten met chronische kwetsbaarheid. We zien meerdere mogelijkheden:

1. Patiënt wordt behandeld door de gespecialiseerde GGZ. De behandelaar GGZ houdt periodiek (maatwerk afspraak met de huisarts) de huisarts op de hoogte van de psychische gezondheid van de patiënt. De behandelaar GGZ en huisarts maken afspraken over de samenwerking op het gebied van de somatische zorg (bijv. de CVRM zorg).
2. Patiënt is langere tijd psychisch stabiel geweest en er heeft een periode geen interventie plaatsgevonden vanuit de specialistische GGZ. De behandelaar GGZ maakt afspraken met de huisarts over hoe de psychische zorg aan de patiënt wordt voortgezet:
  - a. De huisarts kan de psychische zorg overnemen, mits de huisarts zich hiertoe bevoegd en bekwaam voelt. De huisarts heeft de vrijheid om nee te zeggen. Als de huisarts de psychische zorg overneemt, is het nodig dat er goede samenwerkingsafspraken zijn met de GGZ, zodat bij verergering van de klachten of bij crisis onmiddellijke consultatie of zo nodig behandeling binnen de GGZ mogelijk is. Onderdeel van de samenwerkingsafspraken zijn de toegangstijd tot consultatie (binnen 1 week) en contact en overname van zorg bij suïcidaliteit (dezelfde dag).

- b. De huisarts herhaalt geen gespecialiseerde ggz-medicatie voor patiënten met een chronische psychiatrische aandoening, mits hij zich daartoe voldoende bekwaam acht, een overdracht met (controle)instructie van de behandelend psychiater ontvangt en de mogelijkheid heeft om op korte termijn laagdrempelig te overleggen en terug te verwijzen. De NHG raadt het huisartsen af om zelf lithium en/of clozapine voor te schrijven (over te nemen) aangezien er actieve monitoring, laboratoriumcontroles en voldoende kennis voor nodig is terwijl prevalentie in de huisartsenpraktijk laag is. Zie ook bijlage 2 voor het NHG standpunt over herhalen gespecialiseerde GGZ medicatie en informatie over clozapine en lithium.
- c. De huisarts neemt de psychische zorg niet over. Behandelaar GGZ en huisarts herijken de afspraken over de psychische en de somatische zorg. Ook maken zij afspraken over waar de huisarts alert op moet zijn bij gespecialiseerde GGZ medicatie in verband met complicaties en het zo nodig overleg hierover.

## Richtlijn voor overdracht

### Start behandeling

Wanneer de behandelaar met de patiënt het behandelplan heeft gemaakt (poli en FACT) en gaat starten, krijgt de huisarts altijd een brief.

### Tussentijds

Bij langdurige behandeling door FACT of poli of bij een inhoudelijke wijziging van het behandelplan, ontvangt de huisarts altijd een brief/telefonische overdracht over de voortgang dan wel wijziging van de behandeling.

### Bij naderende beëindiging van de zorg door FACT.

- Bij naderende beëindiging van de zorg bij FACT vindt er altijd een telefonisch overleg plaats met de huisarts: dit is voor de overdracht maar ook om te overleggen of ontslag bij het FACT haalbaar is. De patiënt, huisarts en de GGZ behandelaar kunnen dan samen de afweging maken of de voorwaarden in de thuissituatie van de patiënt voldoende geregeld zijn of kunnen worden. Samen met de patiënt nemen zij dan het besluit en maken daarover eventuele afspraken.
- Naast dit telefonische overleg vindt er ook altijd een schriftelijke overdracht plaats van behandelaar naar huisarts. In de bijlage is hiervoor een format opgenomen.
- De patiënt wordt altijd gevraagd om na 6 á 8 weken een afspraak met de huisarts/POH te maken indien de huisarts/POH de psychiatrische zorg overneemt.

### Na naderende beëindiging van de behandeling op poli.

- Bij naderende beëindiging van de zorg op de poli vindt er altijd een telefonisch overleg plaats met de huisarts: dit is voor de overdracht maar ook om te overleggen of beëindiging van de behandeling haalbaar is. De patiënt, huisarts en de GGZ-behandelaar kunnen dan samen de afweging maken of de voorwaarden voldoende geregeld zijn of kunnen worden. Samen met de patiënt nemen zij dan het besluit en maken daarover eventuele afspraken.
- Bij ontslag van een patiënt door GGZ (poli) vindt er altijd een schriftelijke overdracht plaats van behandelaar naar huisarts. In de bijlage is hiervoor een format opgenomen.
- De patiënt wordt altijd gevraagd om na 6 á 8 weken een afspraak met de huisarts/POH te maken indien de huisarts/POH de psychiatrische zorg overneemt.
- In bepaalde situaties vindt er daarnaast ook een telefonisch contact plaats tussen behandelaar en huisarts. Bijvoorbeeld wanneer
  - o monitoring van medicatie nodig is
  - o het een lang behandeltraject is geweest
  - o de verwachting is dat er na het ontslag spoedig een beroep op de huisarts gedaan zal worden
  - o Er ook somatische problematiek een rol speelt en hierover afgestemd moet worden.

**De volgende punten worden belangrijk gevonden bij de overdracht.**

- Houd de schriftelijke overdracht kort en concreet: geef het de aandacht die het nodig heeft.
- Behandelbaar is na ontslag bereikbaar voor overleg bij terugval: naam en contactgegevens staan in overdrachtsbrief.
- Geef advies voor vervolgbehandeling in de eerste lijn.
- Als behandeling onvoldoende resultaat heeft opgeleverd dan verwijst Ingeest naar een andere instelling en brengt de huisarts hiervan op de hoogte. De huisarts kan in de tussentijd geen overbrugging bieden. Het gaat immers om een patiëntengroep met complexe specialistische GGZ problematiek. Zie ook de landelijke verwijfsafspraken: <https://www.zorgprestatie.nl/shared/content/uploads/2022/10/Verwijsafspraken-GGZ.pdf>
- Voor overleg met de huisartsen kan er het beste tussen 12:00 en 14:00 of na 16.30 naar de praktijk gebeld worden. De huisarts is dan goed bereikbaar. Een alternatief kan zijn om de huisarts te benaderen via Siilo.
- Bij psychofarmaca aangeven hoe lang deze gebruikt moeten worden. Indien (vervolg) laboratoriumonderzoek geïndiceerd is, concrete adviezen over hoe vaak er laboratoriumonderzoek gedaan moet worden, en wat er dan bepaald moet worden.

## Bijlage 1 - Format Brief informeren huisarts

<b>Diagnose en behandeling</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- (hoofd)Diagnose,</li> <li>- Psychiatrische co-morbiditeit</li> <li>- Psychiatrische medicatie             <ul style="list-style-type: none"> <li>o Behaalde resultaten &amp; vervolgbeleid psychiatrie</li> <li>o Welke methodiek is toegepast</li> </ul> </li> <li>- Resultaat van de behandeling             <ul style="list-style-type: none"> <li>o (Eventuele) somatische problemen en medicatie; relevante (lab) uitslagen,</li> <li>o Sociaal-maatschappelijke situatie; benoemen van de zelfredzaamheden (eventueel) zorgmijdend gedrag; huisvesting, financiën en dergelijke.</li> </ul> </li> </ul>
<b>Huidige stand van zaken en afspraken</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Vervolgbeleid somatisch: welke controles zijn nodig? CVRM zorg geïndiceerd?</li> <li>- Afspraken: welke controles doet de psychiater en welke de huisarts/POH-ggz en POH-somatisch</li> <li>- Vervolg beleid besproken met patiënt (denk aan: hoe wil de cliënt zelf verder worden behandeld / wat heeft de cliënt nodig / werk, dagbesteding? (deel oppakken sociaal domein?)/ een alternatief zorgaanbod dat beter aansluit bij de behoefte van de cliënt, evt. advies over afbouw medicatie.</li> <li>- Patiënt geadviseerd na 6 á 8 weken een afspraak met de huisarts te maken.</li> </ul>
<b>Beleid bij terugval</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Is er terugvalpreventieplan? ja/nee ( inhoud bekend bij de patiënt)</li> <li>- Advies bij terugval</li> <li>- Samenwerkingsafspraken;             <ul style="list-style-type: none"> <li>o mogelijke acties bij escalatie of crisis</li> <li>o mogelijkheid tot consultatie bij bijv. medicatievragen</li> </ul> </li> <li>- Contactpersonen (binnen GGZ en netwerk) en contactgegevens</li> <li>- Signalerings- en crisisplan</li> <li>- Naastenbetrokkenheid (afspraken met zijn of haar netwerk)</li> </ul>

## **Bijlage 2 - Herhalen gespecialiseerde GGZ medicatie (samenvatting NHG standpunt)**

Het NHG adviseert om terughoudend om te gaan met het herhalen van gespecialiseerde ggz-medicatie. De huisarts is niet verplicht om recepten vanuit de gespecialiseerde ggz te herhalen. Huisartsen die deze recepten herhalen zijn verantwoordelijk voor de noodzakelijke controles en de medicamenteuze behandeling. Herhaal alleen gespecialiseerde ggz-medicatie voor stabiele patiënten en in geval u zich daartoe voldoende bekwaam acht, een overdracht met (controle)instructie van de behandelend psychiater ontvangt en de mogelijkheid heeft om op korte termijn laagdrempelig te overleggen en terug te verwijzen.

### **Clozapine**

#### Kernboodschappen

- De huisarts herhaalt bij voorkeur geen clozapine.
- Ook voor de huisarts die geen clozapine herhaalt, is alertheid op bijwerkingen, interacties en complicaties (zoals obstipatie met risico op ileus) raadzaam.
- De huisarts die clozapinerecepten herhaalt, is verantwoordelijk voor de noodzakelijke controles en de medicamenteuze behandeling.
- De huisarts kan clozapine voor patiënten die minimaal twee jaar stabiel zijn herhalen als hij zich daartoe bekwaam acht, een overdracht met (controle)instructie van de behandelend psychiater ontvangt en de mogelijkheid heeft om op korte termijn laagdrempelig te overleggen en terug te verwijzen.
- CVRM-controle wordt in principe gedaan door de arts die clozapine voorschrijft.

**Tabel 1. Laboratoriumcontrole bij clozapinegebruik (bij voorkeur dezelfde dag uitslagen beoordelen)**

Controle	Frequentie	Normaal waarden	Beleid
Leukocytentelling met differentiatie	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Maandelijks, na 18 weken, tot en met 4 weken na staken. De eerste 18 weken frequenter (opbouw in ggz)</li> <li>• Overweeg bij uitdrukkelijke wens van patiënt vanaf 2<sup>e</sup> behandelingsjaar 1 x per kwartaal</li> <li>• Bij koorts/keelpijn/griepachtige verschijnselen eerstvolgende werkdag na 18 weken (eerste 18 weken binnen 24 uur)</li> <li>• Bij koorts met ulcera in keel/anus of bij ernstige ziekte binnen 24 uur</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Leucocyten <math>&gt; 3,5 \times 10^9/l</math></li> <li>• Neutrofiële granulocyten <math>&gt; 2,0 \times 10^9/l</math></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bij leucocyten tussen <math>3,0</math> en <math>3,5 \times 10^9/l</math> of bij neutrofiële granulocyten tussen <math>1,5</math> en <math>2,0 \times 10^9/l</math> controlefrequentie van bloedbeeld verhogen naar 2 x per week</li> <li>• Bij leucocyten <math>&lt; 3,0 \times 10^9/l</math> of granulocyten <math>&lt; 1,5 \times 10^9/l</math>: <b>verwijs of overleg met spoed naar psychiater over stop clozapine</b></li> </ul>
Clozapinespiegel (= 12-uurs spiegel)*	Bij veranderingen in (of stoppen van) rookgedrag (voorafgaand aan stoppen en 4 dagen na stoppen met roken) of relevant meer of minder coffeïnegebruik	Therapeutische spiegel 300-700 microg/l, toxiciteit $> 1000$ microg/l, snelle spiegelstijging leidt vaak tot klachten, ook bij lagere spiegels	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verwijs of overleg met psychiater om de dosering aan te passen. De psychiater verlaagt bij plotseling stoppen met roken in de regel preventief de dosis gedurende de eerste vier dagen met 10% per dag</li> <li>• Waarschuw voor intoxicatieverschijnselen, zoals sufheid, duizeligheid en toename speekselvloed</li> <li>• Verwijs naar psychiater bij optreden van deze klachten</li> </ul>
Clozapinespiegel 12 uurs-spiegel inname*	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bij mogelijke tekenen van intoxicatie</li> <li>• Bij infectie of ontstekingsreacties</li> </ul>	Therapeutische spiegel 300-700 microg/l, toxiciteit $> 1000$ microg/l, snelle spiegelstijging leidt vaak tot klachten, ook bij lagere spiegels	<b>Verwijs met spoed:</b> actie afhankelijk van ernst van de intoxicatie

\* Om de clozapinespiegel te kunnen interpreteren en vergelijken is het noodzakelijk om de spiegel 12 uur na inname te prikken. Bloedspiegels  $< 11$  uur of  $> 13$  uur na inname geven geen betrouwbare waarden.

Bron: <https://richtlijnen.nhg.org//files/2021-11/Voorzorgen%20bij%20patienten%20die%20clozapine%20gebruiken.pdf>

## Lithium

### Kernboodschappen

- De huisarts herhaalt bij voorkeur geen lithium.
- Ook voor huisartsen die geen lithium herhalen is alertheid op bijwerkingen, interacties en complicaties raadzaam.
- De huisarts instrueert de patiënt om bij verschijnselen die kunnen leiden tot uitdroging contact op te nemen.
- De huisarts ontraadt het gebruik van NSAID's (zelfzorg) en adviseert lithiumgebruik te melden bij elk artsbezoek.
- De huisarts die lithiumrecepten herhaalt is verantwoordelijk voor de noodzakelijke controles en de medicamenteuze behandeling.
- De huisarts kan lithium herhalen voor patiënten die minimaal twee jaar stabiel zijn, als hij zich daartoe bekwaam acht, een overdracht met (controle-)instructie van de behandelend psychiater ontvangt en de mogelijkheid heeft om op korte termijn laagdrempelig te overleggen en terug te verwijzen.

**Tabel 1. Laboratoriumcontrole bij lithiumgebruik**

Labcontrole	Minimale frequentie	Referentiewaarden*	Toxische waarden
Lithiumspiegels 12 (11-13) uur** na inname (= 12-uurs spiegel)	2 x per jaar	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 0,6-0,8 mmol/L</li> <li>• 0,4-0,6 mmol/L voor oudere patiënten of in combinatie met anti-depressivum</li> <li>• soms tussen 0,8-1,0 mmol/L</li> </ul>	1,2 mmol/l: overleg direct met psychiater 1,5 mmol/l: doorsturen naar SEH i.v.m. acuut levensgevaar
Nierfunctie (eGFR)	2 x per jaar	> 60 ml/min/ 1,73m <sup>2</sup>	
TSH	1 x per jaar	0,4-4 mU/L	
Calcium	1 x per jaar	2,15-2,55 mmol/L	

\* Zie [LESA Rationeel aanvragen van laboratoriumdiagnostiek](#). Referentiewaarden lithiumspiegel zijn in de regel breder dan individuele streefwaarden voor de patiënt.

\*\* Bloed afnemen 12 uur na inname van lithium. Bloedspiegels < 11 uur of > 13 uur na inname geven geen betrouwbare waarden.

Bron: <https://richtlijnen.nhg.org//files/2021-11/Voorzorgen%20bij%20patienten%20die%20lithium%20gebruiken.pdf>

