

Passende zorg na behandeling in de specialistische ggz in de regio Noord-Holland Noord

Wat kan er beter volgens cliënten,
professionals en andere betrokkenen?



Waarom deze publicatie?	3
Aanpak	4
Wie zijn er geïnterviewd?	4
Bevindingen uit de interviews	5
Welke bevorderende en belemmerende factoren worden genoemd?	5
Aandachtspunten en verbetermogelijkheden per fase	8
Afschaling van sggz naar huisartsenzorg	8
Opvolging in de huisartsenzorg	10
(Her)opschaling van huisartsenzorg naar sggz	11
Algemene aandachtspunten en verbetermogelijkheden	12
Aandacht voor contextfactoren: toenemende zorgvraag en organisatorische knelpunten	16
Tot slot	17
Bronnen	18





Jaarlijks maakt ruim een half miljoen Nederlandse volwassenen gebruik van de specialistische geestelijke gezondheidszorg (sggz) (NZA, 2023; De Nederlandse ggz, 2022). Wanneer de cliënt¹ en behandelaar het wenselijk vinden om met de behandeling te stoppen, wordt de cliënt uitgeschreven. De huisarts wordt dan weer het eerste aanspreekpunt. Tijdig afronden van de behandeling en waar nodig doorverwijzen of overdragen, wordt veelal gezien als wenselijk voor zowel cliënt als behandelaar. Aangenomen wordt dat het normaliserend werkt als de cliënt vanuit eigen regie verder kan werken aan herstel. De ggz-behandelaar krijgt ruimte voor nieuwe cliënten, wat bijdraagt aan het verminderen van de druk op de ggz (terugdringen van de wachttijden).

In de regio Noord-Holland Noord (NHN) is GGZ NHN de grootse aanbieder van ggz. Sinds enkele jaren werkt GGZ NHN met ambulante, specialistische ggz-teams, een samenvoeging van de oorspronkelijke FACT-teams en specialistische centra. De sggz-teams werken wijkgericht (gebaseerd op postcode grenzen) en bedienen circa 35.000 inwoners en gemiddeld 300-400 cliënten. Als gevolg van deze andere aanpak is de cliëntenpopulatie van de sggz-teams veranderd. Er wordt geen onderscheid meer gemaakt tussen cliënten die voorheen tot de EPA-groep (ernstige psychiatrische aandoeningen) gerekend werden en de cliënten die binnen de specialistische centra behandeld werden.

GGZ NHN, huisartsenorganisaties (HKN, WHFO en HONK)² en Vicino NHN³ hebben afspraken op hoofdlijnen vastgelegd over de overdracht naar de huisartsenpraktijk van cliënten die geen behandeling meer wensen en/of behoeven van sggz-teams. Deze afspraken moeten een passende overgang naar, en opvolging in de huisartsenzorg ondersteunen. Signalen uit de praktijk wijzen er echter op dat deze afspraken ruimte laten voor interpretatie en niet altijd worden nageleefd. Oftewel: er is verbeterruimte in de overdracht vanuit sggz-teams naar de huisarts en vice versa. Om hier meer zicht op te krijgen, hebben we interviews gehouden met (vertegenwoordigers van) cliënten en naasten, huisartsen, praktijkondersteuners huisarts GGZ (POH's-ggz), (s)ggz professionals, en andere betrokken professionals en stakeholders, zoals managers en de verzekeraar. Dit als onderdeel van een project waarin gewerkt wordt aan het ontwikkelen van een nieuwe werkwijze om de overgang van sggz naar huisartsenzorg te helpen verbeteren (zie kader). In deze publicatie beschrijven we de belangrijkste bevindingen uit de interviews.

1 In de ggz en het sociaal domein wordt wisselend gebruik gemaakt van de term cliënt of patiënt. In de huisartsenzorg is de term patiënt gebruikelijk. In deze publicatie is voor de benaming cliënt gekozen.

2 HKN: Huisartsenorganisatie Kop van Noord-Holland; WHFO: Westfriese Huisartsenorganisatie; en HONK: Huisartsen Organisatie Noord Kennemerland.

3 Vicino NHN organiseert zorgverlening voor mensen met lichte tot matige psychische en/of sociale klachten door praktijkondersteuners GGZ (POH's-ggz) aan te bieden aan huisartsen. In 2022 maakten in totaal 198 huisartspraktijken onderdeel uit van een van de drie genoemde huisartsorganisaties. Daarvan waren er 168 (85%) aangesloten bij Vicino NHN.

Ontwikkeling werkwijze

In de regio NHN wordt een werkwijze ontwikkeld en getest om de overgang vanuit de sggz naar, en opvolging in de huisartsenzorg in goede banen te leiden. Beoogd wordt een praktisch toepasbare werkwijze te maken die bijdraagt aan beter passende zorg voor cliënten en aan een zorgvuldiger gebruik van de sggz. Dit sluit aan op het streven uit het Integraal Zorgakkoord naar betere samenwerking tussen ggz, huisartsenzorg en sociaal domein. Het Trimbos-instituut ontwikkelt de nieuwe werkwijze samen met Vicino NHN, GGZ NHN en huisartsenorganisatie HKN. De werkwijze wordt gezamenlijk gemaakt met cliënten(vertegenwoordigers), professionals en andere betrokkenen. Beoogd wordt dat de ontwikkelde werkwijze ook benut kan worden door andere regio's.

Het ontwikkeltraject bestaat uit de volgende vijf fasen:

1. Deskresearch en inventarisatie bestaande werkwijzen in andere regio's.
2. Procevaluatie: inventariseren ervaringen en perspectieven van (vertegenwoordigers van) cliënten en naasten, (s)ggz professionals en andere stakeholders.
3. Ontwikkelfase: in co-creatie met betrokkenen ontwikkelen van een pilotversie van de werkwijze.
4. Proefimplementatie: het testen van de pilotversie van de werkwijze in de praktijk in Kop van Noord-Holland.
5. Definitieve versie werkwijze en implementatieplan voor gehele regio NHN.

In deze publicatie worden de kernbevindingen uit fase 2 beschreven.

Aanpak

Om een beeld te krijgen van de ervaringen, wensen en behoeften van betrokkenen, gebruikten we in de interviews een topiclijst. We vroegen naar het verloop van de overdracht van sggz naar huisartsenzorg, de opvolging in de huisartsenzorg, en de eventuele (her)opschaling van huisartsenzorg naar sggz. Daarnaast informeerden we naar factoren die de overgang van sggz naar huisartsenzorg bevorderen dan wel belemmeren. Ook vroegen we naar negatieve en positieve ervaringen, bijvoorbeeld rondom samenwerkingsafspraken en taakverdeling.

Wie zijn er geïnterviewd?

We hebben in de regio NHN in totaal met 38 personen gesproken: zes cliënten, zes cliënt- en naastenvertegenwoordigers, drie huisartsen, vier POH's-ggz, vier regiebehandelaren werkzaam in sggz-teams, twee casemanagers werkzaam in sggz-teams, twee behandelaren werkzaam in de basis ggz, drie professionals werkzaam in een sociaal wijkteam, twee professionals werkzaam bij de GGD en zes overige stakeholders (uitvoerend en management). Alle respondenten zijn geworven via onze contactpersonen bij Vicino NHN en GGZ NHN, met uitzondering van de zes cliënten. Zij zijn geworven via de geïnterviewde cliëntvertegenwoordigers en professionals uit de sggz-teams. De verslagen van de interviews zijn geanalyseerd met behulp van het softwareprogramma MAXQDA.



"Voor het grootste deel van de cliënten zijn er natuurlijk helemaal geen problemen. Dus die terugverwijzing loopt meestal wel goed, behalve dan dat het niet altijd bekend is wat er met de medicatie moet gebeuren." – Huisarts



"In het begin was er eigenlijk helemaal geen contact met de ggz en kwam de uitbehandelde cliënt zich gewoon melden bij ons: 'Ik ben uitbehandeld bij de sggz en ik moet hier naartoe.' Ik ben er blij mee dat dat inmiddels verbeterd is. Nu is er eerst een belmoment en daarna een warme overdracht. Dus ik merk wel dat daar verandering in zit en dat het wel echt een verandering ten goede is, wat mij betreft." – POH-ggz

Welke bevorderende en belemmerende factoren worden genoemd?

Aan de geïnterviewden is gevraagd wat zij als bevorderende en belemmerende factoren ervaren rondom de overgang van sggz naar huisartsenzorg. Zij brachten een variëteit aan beïnvloedende factoren naar voren, waarvan de belangrijkste in tabel 1 worden weergegeven. Hierbij wordt een verdeling naar vier fasen gehanteerd: (1) tijdens de behandeling in de sggz, (2) afschaling van sggz naar huisartsenzorg, (3) opvolging in de huisartsenzorg, en (4) (her)opschaling van huisartsenzorg naar sggz. Daarnaast zijn ook algemene factoren onderscheiden die in elk van deze fasen een rol spelen.



Tabel 1. Bevorderende en belemmerende factoren rondom de overgang van sggz naar huisartsenzorg

Bevorderend	Belemmerend
Tijdens behandeling in de sggz	
<ul style="list-style-type: none"> • Regelmatig een update sturen aan huisarts over voortgang in behandeling • Inventariseren wat nodig is aan ondersteuning in sociaal domein • Informatie verstrekken over aanbod van herstelacademies • Transparantie naar cliënt toe en hanteren van uitgangspunten van samen beslissen • Aandacht voor afbouw van medicatie indien mogelijk • Goed contact tussen sggz en basis ggz 	<ul style="list-style-type: none"> • Geen contact tussen de huisarts en sggz • Bij sggz vaak geen kennis over aanbod sociaal domein • Bij sggz niet altijd verwijzing naar aanbod herstelacademie • Geen POH-ggz werkzaam in huisartsenpraktijk
Afschaling van sggz naar huisartsenzorg	
<ul style="list-style-type: none"> • Vooroverleg tussen sggz en huisarts/POH-ggz • Warme overdracht/overdrachtsbrief met adviezen en afspraken, waar nodig inclusief medicatieoverdracht • Cliënten krijgen concrete tools mee vanuit behandeling of peeromgeving (WRAP⁴) voor vervolg • Opstellen/ updaten van een crisis-/signaleringsplan 	<ul style="list-style-type: none"> • Geen of onvoldoende overdracht • Overdrachtsbrief met onvoldoende informatie • Afsluiting behandeling niet in overleg/afstemming met cliënt • Visieverschillen over taken en verantwoordelijkheden tussen sggz en huisartsenzorg/POH-ggz • Uitwisseling tussen ggz en huisarts/POH-ggz verloopt vaak geautomatiseerd via zorgmail, elektronisch patiëntendossier, etc. Dit geldt ook voor overdrachtsbrieven. Na verzending komen deze terecht in systeem van huisarts/POH-ggz. Dat betekent niet automatisch dat de huisarts/POH-ggz een overdrachtsbrief ook leest • Verschillen van inzicht tussen huisarts/POH-ggz en ggz-behandelaar over de meest geschikte ondersteuning/behandeling

Bevorderend

Belemmerend

Opvolging in de huisartsenzorg

- Mogelijkheid van laagdrempelig contact voor overleg en consultatie
- Huisarts heeft kennis van, en maakt verbinding met aanbod in sociaal domein, herstelacademies en regionale cliëntenorganisaties
- Aandacht voor/ monitoring van medicatie

- Bij huisarts/ POH-ggz niet altijd voldoende kennis van (afbouw van) specialistische medicatie en/of combinatiegebruik van medicatie
- Bij huisarts/POH-ggz niet altijd voldoende kennis over sociaal domein/ aanbod herstelacademies

(Her)opschaling van huisartsenzorg naar sggz

- 'Terugkeergarantie'/ drempelloze opschaling binnen een jaar
- Helderheid over elkaars rollen en verantwoordelijkheden
- Mogelijkheid van laagdrempelige afstemming en consultatie
- Samenwerkingsafspraken zodat bij verergering van de klachten of crisis, onmiddellijke consultatie of behandeling met de ggz mogelijk is

- Onvoldoende bekend dat als consultatie niet volstaat en opnieuw behandeling bij GGZ NHN geïndiceerd is, binnen het jaar drempelloze opschaling naar het oorspronkelijke sggz -team mogelijk is
- Verschil van mening over noodzaak van (her)opschalen naar sggz. Soms leidt dit tot moeizame gesprekken en/of 'afhouden' van cliënt
- Verschil van mening tussen betrokken partijen of er wel of niet sprake is van een crisis of een acute situatie

Algemeen

- Korte lijnen/ elkaar kennen/ laagdrempelig contact
- Voldoende verwijs capaciteit
- Ambities uit Integraal Zorgakkoord ter versterking 'driehoek' ggz – sociaal domein – huisarts/POH-ggz
- Betrekken van naasten
- Versterken zelfregie van cliënt met herstelondersteunende training / zelfhulpgroepen

- Lange wachttijden
- Hoge werkdruk
- Capaciteitstekorten en hoog personeelsverloop

Aandachtspunten en verbetermogelijkheden per fase

In de interviews worden verschillende aandachtspunten en verbetermogelijkheden genoemd omtrent de huidige overgang van cliënten van sggz-teams naar de huisartsenzorg. In deze paragraaf bespreken we de belangrijkste bevindingen per fase (afschaling van sggz naar huisartsenzorg, opvolging in de huisartsenzorg en (her)opstapeling naar de sggz).

Afschaling van sggz naar huisartsenzorg

Tijdens de behandeling

Om de afschaling van sggz naar huisartsenzorg goed te laten verlopen is het volgens meerdere geïnterviewden van belang dat er al tijdens de behandeling contact is tussen behandelaar, huisarts/POH-ggz en cliënt over de afsluiting van het behandeltraject en over wat er nodig is voor de vervolgfase. Ook wordt genoemd dat het belangrijk is om al tijdens de behandeling de huisarts regelmatig op de hoogte te houden van het verloop van de behandeling in de sggz:



"Wij vergeten vaak dat de huisarts die cliënten tussendoor ook ziet. Vanwege problemen met een teen of iets anders. En wij [ggz] laten vaak tijden niks horen. De huisarts heeft geen idee wat er gebeurt. Terwijl, als we aan het begin duidelijk zeggen van hé, dit is waar we het over gaan hebben, dan wordt de huisarts wat meer meegenomen. ... Dat moet ergens gestandaardiseerd worden, dat die informatie ook naar de huisarts gaat, zonder dat het heel uitgebreid hoeft. Dat moet geen moeite kosten." – Regiebehandelaar sggz



"We hebben het niet over tientallen cliënten per maand, maar in de grote praktijken komt dat toch wel enkele keren per jaar voor dat zo'n overdracht niet goed gaat, dat dus niet gecommuniceerd wordt. Ja, en dan krijg je weerstand, want een huisarts moet altijd even meekijken. Die wil graag een collegiaal overleg met een regiebehandelaar van de sggz." – Ondersteuning Vicino NHN

Cliëntvertegenwoordigers vinden het verder wenselijk dat tijdens de behandeling actief informatie wordt gegeven over ondersteuningsmogelijkheden in het sociaal domein en het herstelondersteunend aanbod; zoals de WRAP methode⁵ en het aanbod van herstelacademies.

Afsluiting en overdracht

De interviews geven de indruk dat het rondom de afsluiting van behandeling en overdracht vaak goed gaat: behandelaar en cliënt maken over het algemeen duidelijke afspraken over de afsluiting en het vervolg. Er zijn echter ook ervaringen van cliënten bij wie het afsluiten van de behandeling niet in wederzijds overleg of niet met wederzijdse instemming is gebeurd. Vrijwel alle geïnterviewden wijzen op het belang van een vorm van 'warme' overdracht, waar nodig. De meningen lopen uiteen over wat hier precies onder verstaan wordt: voor welke cliënten is dat wel of niet nodig, welke partijen moeten daarbij betrokken zijn, wanneer in het proces moet de overdracht gestart worden (zie ook hieronder bij Vooroverleg), enzovoorts. Volgens cliëntvertegenwoordigers is voor een 'warme' overdracht wenselijk dat minimaal telefonisch contact/overdracht plaatsvindt tussen de ggz-behandelaar en de huisarts, idealiter samen met de cliënt. Uit de interviews komt het beeld naar voren dat de wijze waarop invulling gegeven wordt aan het proces van afsluiting en overdracht varieert, zowel wat betreft logistiek als berichtgeving (communicatie tussen betrokken professionals uit de verschillende domeinen en communicatie met cliënt) en de consultatiemogelijkheden bij (nieuwe) problemen (bijvoorbeeld afspraken over beleid bij crisis / terugval, signalerings- en crisisplan).



"Nou ja, ik zou het eigenlijk nog mooier vinden als de client zichzelf overdraagt aan de huisarts.[...] Ik vind eigenlijk dat wij cliënten zo ver moeten ondersteunen dat ze dat kunnen. Dus dat ze ook bij hun huisarts duidelijk kunnen maken van: nou, dit is wat ik heb geleerd en dit is wat ik nodig heb. En dat hij ook zelf weet waar de valkuilen liggen, samen met de naastbetrokkenen." – Manager herstelacademie



"We vragen vaak aan de casemanager om contact te leggen met de POH-ggz via de huisarts. Het liefst als er een overdrachtsmoment kan plaatsvinden, bijvoorbeeld bij het zorgafstemmingsgesprek. Dus het liefst met een POH-ggz erbij. Maar het komt eigenlijk niet vaak voor dat dat lukt." – Regiebehandelaar sggz-team

Interviewer: 'Had je verwacht dat er na de afsluiting van jouw behandeling nog een soort terugkoppeling was geweest richting de huisarts?'



Respondent: 'Ja, dat was misschien wel inderdaad echt afrondend geweest. Als ik weer bij de huisarts was gekomen, en we de klachten van toen erbij hadden gepakt. En dat we dan even hadden vergeleken, of het wel echt beter is geworden sindsdien? Dat had wel de cirkel rondgemaakt.' – Cliënt

Vooroverleg

Geïnterviewden wijzen op het belang van overleg, voorafgaand aan overdracht, tussen sggz en huisarts/POH-ggz. Aandachtspunten die hierbij worden genoemd zijn onder meer: wat zijn de overwegingen om de behandeling af te sluiten, in hoeverre is de cliënt hierin betrokken, aan welke voorwaarden moet worden voldaan om de overgang voor de cliënt zo soepel mogelijk te laten verlopen, enzovoorts. Van belang is om alle betrokkenen te informeren over afsluiting en overdracht.



"Mensen met ernstige problematiek van wie de behandeling is afgerond die belanden dan gewoon een keer op mijn spreekuur. En dan komt het regelmatig voor dat ik daar niet van weet. Het liefst zou je hebben dat je even contact hebt met de behandelaar van deze cliënt. Deze is nu uitbehandeld, wat wordt er van de huisarts verwacht, wat gaan we doen." – Huisarts.

Vanuit Vangnet en Advies⁶ van de GGD wordt speciale aandacht gevraagd voor situaties waarin afsluiting niet een afgestemde beslissing is, maar zorg beëindigd wordt doordat iemand uit beeld raakt. Juist dan is afstemming belangrijk om escalatie, overlast en uiteindelijk gedwongen zorg te voorkomen:

"Wij komen vaak in beeld omdat de zaken toch niet helemaal op orde zijn. Er ontstaat weer overlast, maar dat kan ook zijn dat de ggz meldt van: we proberen contact te krijgen, maar het lukt gewoon niet. Dat signaal, dat zou ik graag vaker willen horen. Ja, want we krijgen dat dan toch weer in beeld vaak via de crisisketen of een huisarts belt ons radeloos op en zegt: 'Ik weet het niet'. Bij de ernstige kwetsbare groep -met een langdurige voorgeschiedenis veelal in de ggz- als die uit zorg dreigt te raken, zou ik oproepen tot een snellere verbinding. Misschien moet een huisarts daar onderdeel van zijn of de POH-ggz medewerker. Daar kan wat mij betreft nog wel winst gemaakt worden." – Medewerker Vangnet en Advies GGD



⁶ Meldpunt Vangnet & Advies van GGD Hollands Noorden is actief in de Openbare Geestelijke Gezondheidszorg. Het meldpunt is er voor iedereen die zich zorgen maakt over mensen in zijn of haar omgeving. Het team Vangnet & Advies draagt zorg voor mensen die daar meestal zelf niet om vragen, maar deze zorg wel nodig hebben. Het team leidt de cliënt toe naar passende hulpverlening of kan hierover adviseren.

Opvolging in de huisartsenzorg



"Het is moeilijk in zijn algemeenheid te zeggen hoe de opvolging verloopt, omdat het heel erg kan verschillen per huisartsenpraktijk. Er zijn huisartsen die veel meer 'ggz minded' zijn, die nemen die cliënten veel makkelijker ook over."

– Regiebehandelaar sggz-team

Medicatie

Geïnterviewden wijzen op diverse knelpunten rondom (specialistische) ggz-medicatie (psychofarmaca). Het is bij de overdracht van een cliënt van de sggz naar de huisarts niet altijd duidelijk wie de medicatie van de cliënt het beste kan voorschrijven en controleren. Wenselijk is dat duidelijke afspraken gemaakt worden over wie verantwoordelijk is voor de medicatie en medicatiecontrole. Huisartsen en POH's-ggz hebben niet altijd ervaring met (afbouw van) gespecialiseerde ggz-medicatie. Uit de interviews komt naar voren dat dit soms leidt tot een onveilig gevoel en handelingsverlegenheid bij huisartsen en POH's-ggz.

Een belangrijke verbeterwens voor geïnterviewden is de mogelijkheid tot laagdrempelige consultatie en/of afstemming rondom medicatiebegeleiding. Wat ook van belang is hoe cliënten zelf omgaan met medicatie:



Interviewer: 'Waar zit het hem dan in dat je denkt van nou, dat kan wel of dat kan niet?' Respondent: 'Ja die cliënten ontregelen misschien minder snel en hebben gewoon al een heel stabiel leven. En die mensen slikken dat al enige tijd en die gaan daar zorgvuldig consequent mee om. En door de nodige ervaringen weten ze gewoon wat ze wel en wat ze niet moeten doen.' – Casemanager sggz-team

Mogelijkheid van consultatie en overleg

Uit de interviews komt naar voren dat huisartsen en POH's-ggz soms onvoldoende terecht kunnen bij behandelaren van het sggz-team voor consultatie en overleg (bijvoorbeeld over medicatie, signalen van crisis, noodzaak van verwijzing, enzovoorts). Mogelijke verklaringen hiervoor zijn dat huisartsen/POH's-ggz en ggz-behandelaren elkaar niet goed kennen en/of elkaar niet goed weten te vinden. Er wordt gewezen op wederzijdse moeizame bereikbaarheid en er is onduidelijkheid over wie waarvoor geraadpleegd kan worden. Ook wordt opgemerkt dat er verschillen van mening kunnen zijn over de meest geschikte behandeling van, of ondersteuning voor de cliënt. Bijvoorbeeld als de huisarts van oordeel is dat opschaling naar sggz nodig is, maar de ggz-behandelaar niet. Dit geeft bij een deel van de geïnterviewde huisartsen en POH's-ggz soms de indruk dat een cliënt wordt afgehouden en/of 'over de schutting gegooid wordt'.



"De mogelijkheid om contact op te nemen met de regiebehandelaar verloopt heel wisselend. Als de cliënt in een bepaald postcodegebied woont, dan kun je alleen een beroep doen op de ggz-behandelaren die aan dat gebied verbonden zijn. De één is makkelijker benaderbaar dan de ander. Helaas gaat het wel vaak via de administratie, dus dan bel ik en dan wordt gezegd dat ze terugbellen, maar dan gebeurt dat niet." – Huisarts



"Dat vertrouwen heb je ook nodig aan de achterkant, zodat je natuurlijk ook goed kunt uitstromen en met vertrouwen elkaar weer goed weet te vinden als het even niet goed gaat. Want daar zit volgens mij de crux." – sggz - beleid

(Her)opstapeling van huisartsenzorg naar sggz

Drempelloze opstapeling

Een ander aandachtspunt is dat een deel van de betrokkenen in de regio NHN nog onbekend is met de afspraak dat binnen het jaar na afsluiting van de ggz-behandeling drempelloze opstapeling naar het oorspronkelijke sggz-team mogelijk is, als consultatie niet volstaat en opnieuw ggz-behandeling nodig is.⁷ Er zijn cliënten die het afsluiten van het behandeltraject in de sggz en de overgang naar de huisartsenzorg als een grote stap ervaren. Voor hen kan het helpend zijn om te weten dat (tijdelijke) opstapeling naar de sggz zonder drempels een optie is. Dit biedt een veilig vangnet. Omdat cliënten en ggz-behandelaren niet altijd op de hoogte zijn van de mogelijkheid van drempelloze (tijdelijke) opstapeling, kiezen zij soms voor voortzetting van de behandeling waardoor deze mogelijk langer duurt dan nodig. Volgens geïnterviewden is een ander nadelig effect van de onbekendheid met de opstapelmogelijkheid dat sommige cliënten hierdoor alsnog (onnodig) op de wachtlijst terecht komen.



"Binnen een jaar zou je iemand probleemloos terug moeten kunnen verwijzen, maar ik ervaar het toch vaak als moeizaam. Dat je toch je keuze erg moet verantwoorden, moet verdedigen naar de sggz. Of dat de cliënt er helemaal niet tevreden over is dat hij bij mij zit en het liefst meteen terug wilt naar de sggz. Dan moet het ook allemaal toch nog besproken worden in het team." – POH-ggz

Beoordeling crisissituaties

Ook rond mogelijke crisissituaties ontstaan soms discussies. Dat kan gaan over de inschatting of er bij een cliënt al dan niet sprake is van een crisis, of er al dan niet acute zorg nodig is, en of en wanneer de inzet van crisisdienst dan wel IHT (Intensive Home Treatment) noodzakelijk is. Onduidelijkheid over rollen en verantwoordelijkheden leidt soms tot moeizame gesprekken tussen betrokken professionals uit de verschillende domeinen.



"Kijk, wij weten ook vanuit ons werk dat niet iedere crisis een echte crisis is. Maar dat het soms is omdat het leven heel zwaar voelt et cetera. Maar eigenlijk zou een huisarts daar ook weet van moeten hebben, wanneer een crisis echt een crisis is." – Cliëntondersteuner



"Als jij als POH-ggz de inschatting maakt dat de cliënt op dat moment suïcidaal is. Daar schuurt het nog wel eens. Bij de crisisdienst moet de spv-er natuurlijk alles goed doorvragen, waar zit de crisis, waar zit de urgentie. Dan merk je wel eens dat huisarts of POH-ggz dat lastig vinden. Zij vinden zichzelf ook competent: 'Wij kennen die cliënt, die wordt niet voor niets aangemeld.' Dan ontstaat er soms wat frictie." – Ondersteuning Vicino NHN

Belangrijk is ook dat cliënten zijn voorbereid en weten wat ze kunnen doen op momenten dat het slechter gaat:



"Dat je mensen wel wat meegeeft waarop ze terug kunnen vallen, wat inzichtelijk maakt van 'als ik wat kwetsbaar word, moet ik deze stappen zetten' Dat kan het WRAP zijn, dan kan een signaleringsplan zijn, dat kan een crisiskaart zijn." – Casemanager sggz-team

⁷ Bron: Vicino Noord-Holland-Noord (z.d.). Notitie Overdracht van GGZ NHN naar huisartsen.

Algemene aandachtspunten en verbetermogelijkheden

Uit de interviews kwamen ook een aantal algemene aandachtspunten en verbetermogelijkheden naar voren omtrent de huidige overgang van cliënten van sggz-teams naar de huisartsenzorg.

Transparantie en gezamenlijke besluitvorming

Met name cliënten(vertegenwoordigers) merken op dat het belangrijk is dat betrokken professionals uit de verschillende domeinen transparant zijn over alle stappen in het proces. Dat wil zeggen: duidelijk en open zijn over bedoelingen, verwachtingen en handelingen. Essentieel is het betrekken en samen beslissen met cliënten (en naasten). Uit de interviews blijkt dat hier nog verbeterruimte is. Voorbeelden die cliënten(vertegenwoordigers) noemen zijn: niet (tijdig) of onvoldoende informeren over het beëindigen van een behandeltraject, geen inzage krijgen in overdrachtsbrieven, onvoldoende communicatie over vervolgstappen, onduidelijkheid over welke informatie tussen zorgaanbieders gedeeld wordt.

Interviewer: 'Dus het verbeteren van het overleg tussen de behandelaar en de huisarts is een aandachtspunt?'



Respondent: 'Nou, zij overleggen omdat ze denken dat ze daarmee de cliënten het beste kunnen helpen. Maar de cliënt zelf wordt niets gevraagd. Soms wordt op basis van dat overleg een cliënt ook niet gezien. Dan wordt de cliënt doorverwezen en dat kan prima zijn, maar ik zou zo graag willen dat die cliënt erbij betrokken is. En dat gebeurt niet altijd.' – Cliëntvertegenwoordiger Herstelacademie

Uiteenlopende ondersteuningsbehoeften na sggz-behandeling

Uit de interviews komt naar voren dat er situaties zijn waarbij de overgang van sggz naar huisartsenzorg zonder problemen verloopt, maar ook situaties waarbij dit minder soepel gaat. Het lijkt erop dat dit deels samenhangt met de mate van chroniciteit en complexiteit van de psychische kwetsbaarheid

van de betrokken cliënten. Ook voor een deel van de cliënten die specialistische en/of meerdere psychofarmaca gebruiken is de overgang lastiger, aangezien huisartsen hiermee veelal minder bekend of vertrouwd zijn. Andere relevante factoren zijn de mate van pro-activiteit van de cliënt (de mate waarin iemand eigen regie kan voeren) en de mate waarin de cliënt een steunend sociaal netwerk heeft. Een deel van de cliënten met chronische en/of complexere psychische kwetsbaarheid ervaart de overgang van sggz naar huisartsenzorg als een ingrijpende, kwetsbare fase. Geïnterviewden geven aan dat langdurige ondersteuning voor deze cliënten nodig lijkt. Of en in hoeverre deze cliënten de overgang van sggz naar huisartsenzorg als ingrijpend ervaren, is ook afhankelijk van factoren zoals kennis en vaardigheden van de betrokken (zorg)partijen. En hoe zij de geboden ondersteuning met elkaar afstemmen en onderling samenwerken. Er wordt ook opgemerkt dat de behoeften van deze cliënten niet altijd aansluiten op de taakopvatting en mogelijkheden van de huisartsenzorg.



"Dan zegt een cliënt: 'voor mij is het wel belangrijk dat ik de komende drie jaar om de paar weken jou een keer kan zien. Even kan praten over de bijwerkingen.' Dan zegt de huisarts: ja, maar ik heb zoveel cliënten, kom maar als het niet goed gaat. En dan ontstaat de discontinuïteit." – Manager GGZ NHN



"Ik kwam met een hulpvraag. Ik had een contactpersoon nodig om me door moeilijke periodes heen te helpen. [...] het is voor mij soms moeilijk te bepalen: wat is echt en wat is onecht. Daar heb ik dan echt even hulp bij nodig. [...] Ik ben gecrasht. [...] Mijn wantrouwen en frustratie, dat had allemaal voorkomen kunnen worden. Ik ga die POH-ggz echt niet elke dag bellen. Ik wilde alleen een vangnetje." – Cliënt



"We hebben natuurlijk vaak te maken met mensen bij wie het leven gewoon heel veel tegenslagen kent. En die vaak een heel kwetsbaar steunsysteem hebben, die eenzaam zijn. Waarvan je denkt dat als er niet wat ondersteuning is, dan kunnen mensen weer terugvallen in depressieve klachten. Of dat ze niet meer naar buiten komen. Dan zal misschien een ondersteuning van een POH-ggz net helpend zijn, zodat mensen toch overeind kunnen blijven." – Regiebehandelaar sggz-team

Passende ondersteuning: wie doet wat en voor hoe lang?

Er bestaan uiteenlopende opvattingen over hoe de ondersteuning voor cliënten met chronische en/of complexere psychische kwetsbaarheid er uit moet zien. Is de sggz tijdelijk of blijvend verantwoordelijk voor de begeleiding? Er zijn geïnterviewden die vinden dat deze cliënten zo lang als nodig begeleiding vanuit de sggz behoren te krijgen, ook als dat zeer langdurig is. Zij gaan uit van een cyclische benadering van een behandeling waarbij de relatie centraal staat en op verschillende momenten elementen van zorg uit eerdere fases (opnieuw) overwogen wordt, al naar gelang de behoefte van de cliënt en de (eventueel) gewijzigde omstandigheden:



"Je hebt nou eenmaal een aantal cliënten waarvan je weet: die gaan met mij mee tot mijn pensioen. En daarna gaan ze over naar iemand anders. Daar moet de ggz niet halsstarrig in zijn. Die uitzonderingen moeten wij met de psychiater bespreken en dan schrijven we in het dossier dat diegene dan laag frequent of amper contact heeft, dat je hem af en toe op straat ziet. Maar als de ggz eruit stapt en het gaat gedoe geven, dan is er zoveel dynamiek dat je binnen no time bij het veiligheidshuis zit met zes partners en dan mag je weer hetzelfde gaan uitleggen wat je drie jaar terug ook deed." – Casemanager sggz-team

Assertieve zorg (actief contact maken, motiveren, onderhandelen met de cliënt) maakt volgens hen onderdeel uit van de behandeling. Andere geïnterviewden zijn echter van mening dat als de betreffende cliënt zonder aantoonbare verbetering al meerdere behandeltrajecten heeft doorlopen, er op afsluiten van het behandeltraject moet worden gestuurd. Mede gezien de

lange wachtlijsten. Cliënten(vertegenwoordigers) merken op dat afsluiting van behandeling niet altijd wenselijk is, omdat een deel van cliënten erbij gebaat is als er duurzaam een vinger aan de pols gehouden wordt.

De interviews laten zien dat de rollen en taken van de betrokken professionals uit de verschillende domeinen nog niet volledig helder zijn. Welke rol heeft bijvoorbeeld de huisarts of POH-ggz in de ondersteuning, en welke cliënten kunnen zij wel of niet begeleiden? Niet alle huisartsen voelen zich voldoende toegerust voor de begeleiding van cliënten met chronische en/of complexere psychische kwetsbaarheid en/of mensen die bepaalde psychofarmaca gebruiken. Richtlijnen, visiedocumenten en beroepsprofielen (Functie- & competentieprofiel POH GGZ, 2020; Hogendorp, Smeekes, Claassen, Van der Gaarden, 2022; NHG, 2016;) geven aan dat huisartsen en POH's-ggz alleen beperkt en onder voorwaarden de begeleiding van 'stabiele chronisch psychiatrische cliënten' kunnen overnemen van de ggz.



"Een deel van de POH's-ggz zijn oudgediende spv-ers. Die hebben wel ervaring met chronische psychiatrie, met persoonlijkheidsstoornissen, het bieden van steunend contact. Maar dat geldt vaak niet voor de jonge POH's-ggz die basispsycholoog zijn of ervaring hebben in het maatschappelijk werk... Onbekend maakt vaak onbemind en als je dan als POH-ggz ook nog werkt bij een huisarts die helemaal niets van de psychiatrie moet hebben, dan krijg je weerstand. Dat maakt het wel lastig." – Ondersteuning Vicino NHN

Sociaal domein



"De samenwerking loopt eigenlijk best goed. Als ik een cliënt heb waar iets speelt rond bijvoorbeeld financiën of vrijwilligerswerk of een maatje. Dan mail ik iemand bij het sociaal wijkteam en dan neemt zij het initiatief om die cliënt te bellen." – POH-ggz

Geïnterviewden hebben de hoop dat betere samenwerking tussen de ggz, de huisartsenzorg en het sociaal domein bijdraagt aan het leveren van passende zorg na behandeling in de sgzz. Een belangrijke rol daarbij wordt toegeschreven aan de POH-ggz, in het bijzonder wat betreft de verbinding van de huisartsenzorg met het sociaal domein. Uit de interviews blijkt dat dit in de praktijk per organisatie verschilt. Huisartsen en POH's-ggz geven aan dat het verbreden naar het sociaal domein nog volop in ontwikkeling is. Verder wordt opgemerkt dat tijdgebrek in zowel de huisartsenzorg als de ggz soms belemmerend werkt in de onderlinge samenwerking. Specifiek voor POH's-ggz lijkt er onvoldoende tijd voor structureel overleg met professionals buiten de huisartsenvoorziening, zoals ggz en sociaal domein. Volgens cliënten(vertegenwoordigers) zou het ondersteuningsaanbod in het sociaal domein via de sociale wijkteams of het Wmo-loket toegankelijk moeten zijn. Echter, zij geven aan dat het aanbod nu veelal versnipperd is. Ook huisartsen en POH's-ggz zijn niet altijd goed bekend met het ondersteuningsaanbod in het sociaal domein.



"Er zijn natuurlijk geen huisartsen die tijd hebben om te bellen naar de gemeente of het sociaal domein om te vragen waar de cliënt heen kan. Daar is simpelweg geen tijd voor. Dus dan is het vaak heel gauw hup, cliënt naar de POH-ggz of hup naar de ggz. Terwijl die cliënt eigenlijk in het sociaal domein prima geholpen zou kunnen worden." – POH-ggz



"Het verschilt gewoon per organisatie. Soms gaat het verwijzen naar dat sociale domein heel snel. Dat moet allemaal een beetje meer vorm krijgen nog." – POH-ggz

Basis ggz

Ook de basis ggz wordt genoemd als samenwerkingspartner en soms als tussenstap om afschaling naar de huisarts mogelijk te maken. Dan gaat het om situaties waar nog wel behandeling geïndiceerd is, maar waarbij sgzz niet per se noodzakelijk is:



"Ik probeer in principe natuurlijk terug te verwijzen naar de huisarts, maar in het zorgafstemminggesprek kan het zijn dat er toch bepaalde symptomen overblijven waar iemand per se nog iets mee wil waarvan wij denken, ja, dat zou bij wijze spreken met vier sessies EMDR⁸ goed kunnen, of dat zou met zes tot acht sessies cognitieve gedragstherapie goed kunnen. Dat hoeft dan niet per se in de sgzz en dat zouden we dan in de basis ggz kunnen doen. Zodat je al af kan schalen en vervolgens vanuit basis ggz terug naar de huisarts omdat dan de behandeling afgerond is." – Regiebehandelaar sgzz-team

Organisatie van zorg

Uit de interviews komt naar voren dat nog niet overal in de praktijk vorm gegeven wordt aan herstelondersteunende zorg. Ook de gewenste organisatie van netwerkzorg blijft nog achter bij de ambities.

Herstelvisie

Herstelondersteunende zorg (HOZ) richt zich niet alleen op het behandelen van ziekte en problemen, maar ook op het hervinden van zin in het leven en van betekenisvolle rollen in de samenleving. HOZ ondersteunt cliënten in dit persoonlijke en brede herstelproces. Binnen GGZ NHN zijn de HOZ principes steeds meer gemeengoed aan het worden. Desondanks komt het volgens geïnterviewden ook binnen de ggz voor dat behandelaars vooral de focus van de behandeling leggen op het verminderen van de psychische klachten (klinisch herstel). Binnen de dagelijkse praktijk van de huisartsenzorg lijkt de herstelvisie nog minder aan de orde, uitgaande van de interviews. Het komt voor dat huisartsen vooral gericht zijn op

vermindering van (lichamelijke) klachten en minder aandacht schenken aan zaken zoals kwaliteit van leven of sociaal-maatschappelijke participatie. Ook voor cliënten(vertegenwoordigers) is het nog niet altijd vanzelfsprekend dat de huisarts breder kijkt dan alleen naar gezondheid. Opgemerkt wordt dat het per huisartspraktijk verschilt hoe goed de lijnen met herstelaanbod (zelfregiecentra, herstelacademies) en sociaal domein zijn, en of hiernaar wordt verwezen. Algemeen gesteld: om in de praktijk vorm te geven aan herstelondersteuning is het wenselijk dat huisartsen/POH's-ggz, sggz-teams en sociale wijkteams zich de herstelvisie (nog meer) eigen maken.



Interviewer: 'In hoeverre zijn huisartsen in het algemeen bekend met jullie herstelvisie? Staan ze daar ook achter?'

Respondent: 'Ik denk niet dat dat heel erg bekend is, dat denk ik niet. Het is zelfs bij sommige van mijn collega's niet eens bekend, geloof ik.'
– Regiebehandelaar sggz-team



"Je ziet wel een verschuiving op het moment als nieuwe huisartsen erbij komen, dus vers bloed. Zij hebben een ander uitgangspunt en zoeken veel meer de verbinding met het sociaal domein en willen kijken naar hoe we het contact en de samenwerking met elkaar vorm kunnen geven. Zij delen hun visie, hoe zij naar hun cliënten kijken, hoe ze invulling geven aan de zorg, en de uitstraling die de praktijk heeft." – Professional sociaal wijkteam

Op weg naar netwerkzorg

GGZ NHN, huisartsenorganisaties en Vicino NHN streven naar een overgang van ketenzorg naar netwerkzorg waarbij de zorg rondom de cliënt wordt georganiseerd, over de grenzen van domeinen (ggz, huisartsenzorg en sociaal domein) heen. Idealiter zijn er dan geen schotten en overgangen, maar stapt de professional naar voren die op dat moment het meest passend is. Volgens geïnterviewden moeten er nog stappen gemaakt worden in de overgang naar netwerkzorg. Gezegd wordt dat in de praktijk vaak nog sprake is van ketenzorg waarbij cliënten in opeenvolgende stappen zorg en ondersteuning ontvangen. Dit gaat gepaard met wisselende organisaties en professionals, waarbij de verschillende schotten en overgangsmomenten vaak resulteren in wachttijden voor de cliënt. Geïnterviewden geven aan dat de samenwerking tussen ggz, huisarts/POH-ggz en sociaal domein nog niet altijd en overal optimaal is.



"Het integraal zorgakkoord gaat natuurlijk om het versterken van de verbinding tussen ggz, sociaal domein en eerste lijn. Ik denk dat we daar veel te leren hebben, ook over de uitstroom. Op het moment dat die drie domeinen wat meer een herstelgerichte visie hebben en ook goed nadenken over wat voor maatschappelijk herstel nou precies nodig is. Dan kan je eigenlijk proberen een soort continuüm te bouwen. Maar het gesprek daarover.... Het sociaal domein: weet het niet precies. De ggz krijgt het niet voor mekaar, en de huisarts zit tot over de oren in het werk.... Daar moeten we wel iets mee." – Manager GGZ NHN

Aandacht voor contextfactoren: toenemende zorgvraag en organisatorische knelpunten

Vrijwel alle geïnterviewden wijzen erop dat 'elkaar kennen, 'korte lijnen' en de mogelijkheid tot laagdrempelig contact bevorderend is voor samenwerking. In de praktijk lijkt dit nog niet altijd te lukken. In de interviews worden hiervoor verschillende redenen genoemd, zoals de stijgende zorgvraag die samengaat met een tekort aan personeel. Samen met een aantal organisatorische knelpunten (die hieronder worden toegelicht) zet dit de ondersteuning en zorg aan mensen met psychische problemen vanuit ggz, huisartsenzorg en het sociaal domein onder hoge druk.

De vraag is groter dan het aanbod, met wachttijden als gevolg. Het toeleiden van cliënten ('aan de voorkant') naar passende zorg kost relatief veel tijd en capaciteit, aldus enkele geïnterviewden. Als gevolg hiervan bieden huisartsen en POH's-ggz vaak langer dan wenselijk 'overbruggingszorg' aan mensen met een complexe ggz-hulpvraag die op de wachtlijst van de ggz staan. Professionals in het sociaal domein ervaren een toename van mensen met complexe problematiek die niet, of niet tijdig in behandeling kunnen komen. Cliënten(vertegenwoordigers) geven aan dat ze op verschillende manieren merken dat de zorg onder druk staat: door lange wachttijden (bij de ggz maar ook voor een afspraak met de huisarts /POH-ggz) en doordat cliënten noodgedwongen moeten wisselen van hulpverlener, omdat die van baan wisselt of uitvalt. Het gegeven dat de zorg onder druk staat kan niet alleen de kwaliteit van zorg negatief beïnvloeden, maar vergroot mogelijk ook het risico van zorg mijden of missen.



"We zijn in theorie niet verantwoordelijk voor overbruggingszorg. Maar in de praktijk: als er helemaal geen alternatief is, dan zeg je ook niet tegen iemand die helemaal in de knoop zit: de komende 9 maanden heb je niemand om mee te praten. Heel veel huisartsen en POH's-ggz kunnen dat ook gewoon niet over hun hart verkrijgen. Dus dat is eigenlijk ook al oneigenlijk gebruik van de POH-ggz. Daardoor lopen de wachttijden bij de POH-ggz bij de meeste praktijken ook heel erg op. Als je dan ook nog al die gesprekken met chronische psychiatrische cliënten erbij moet doen, dan wordt het nog veel drukker." – Huisarts

Professionals geven aan dat ze als gevolg van de hoge werkdruk te weinig tijd hebben voor de cliënt. De gebruikelijke consultduur voor huisartsen is beperkt, wat het lastig maakt om adequate zorg te bieden aan cliënten met complexe problemen op lichamelijk, psychisch en/of sociaal vlak. Ook wordt aangegeven dat huisartsen/POH's-ggz onvoldoende tijd hebben voor huisbezoeken. Verder merken POH's-ggz op dat een hoge werkdruk overleg met de huisarts, het sociaal domein en de ggz in de weg staat. Zij benoemen dat er onvoldoende tijd is voor niet-cliëntgebonden activiteiten, zoals het opbouwen en onderhouden van netwerken in de wijk, intervisie of scholing. Tot slot wordt opgemerkt dat binnen de ggz steeds meer specialisatie plaatsvindt. Hierdoor is het voor huisartsen/POH's-ggz moeilijk om overzicht te hebben en te houden van de beschikbare expertise binnen de ggz.



"Waar ik wel verbetering in zou willen zien, dat zijn die eeuwige wachtlijsten. Je ziet iemand met lijdensdruk die bij jou komt voor hulp en dan moet ik zeggen dat het nog 4 tot 6 maanden kan duren." – POH-ggz



De interviews schetsen een rijk beeld van de huidige praktijk in de regio NHN in de overgang van cliënten van sggz naar huisartsenzorg, en welke aandachtspunten en verbetermogelijkheden hieromtrent bestaan. De opgehaalde data laten een verscheidenheid aan meningen en ervaringen zien. We hebben getracht zoveel mogelijk recht te doen aan de verschillende perspectieven, maar pretenderen niet hier volledig in te zijn. In deze publicatie ligt de focus vooral op wat beter kan. Daarom is het goed om hier te benoemen dat de respondenten ook aangeven dat veel al goed gaat rondom de overgang van sggz naar huisartsenzorg. Naast het wijkgericht werken heeft GGZ NHN in de afgelopen jaren ingezet op het vormgeven van de herstelvisie in het hulpaanbod, bijvoorbeeld met de herstelwerkplaatsen, de inzet van ervaringsdeskundigen en de ontwikkeling van de herstelondersteunende intake. Door Vicino NHN wordt gewerkt aan nauwere domein-overstijgende samenwerking door de POH-ggz op consultbasis in te zetten als verbinder tussen medisch en sociaal domein. Veel is echter nog in ontwikkeling, en er is nog ruimte voor verbetering. Op basis van de aandachtspunten en verbetermogelijkheden die zijn opgehaald in de interviews zal de nieuwe werkwijze worden ontwikkeld. Dit gebeurt samen met alle betrokken partijen, waaronder cliënten(vertegenwoordigers), huisartsen, POH's-ggz en sggz professionals. Uiteindelijk moet dit leiden tot een nieuwe werkwijze die helpt om de overgang van sggz naar huisartsenzorg in goede banen te leiden.





- De Nederlandse ggz (2022). *Kerncijfers over de Nederlandse ggz*. Geraadpleegd op 7 september 2023, van <https://cms.denederlandseggz.nl/assets/publications/20092022-Factsheet-Kerncijfers.pdf>
- Functie- & competentieprofiel 'Praktijkondersteuner huisarts GGZ' 2020 Versie 1.0
- Hogendorp J, Smeekes D, Claassen N, Van der Gaarden N. Visie huisartsenzorg voor patiënten met psychische problematiek. Utrecht: InEen, LHV, NHG, psyHAG, 2022.
- NHG (2016). Landelijke ggz-samenwerkingsafspraken | NHG-Richtlijnen
- NZA (z.d.). Kerncijfers ggz. Geraadpleegd op 7 september 2023, van <https://www.nza.nl/zorgsectoren/geestelijke-gezondheidszorg-ggz-en-forensische-zorg-fz/kerncijfers-geestelijke-gezondheidszorg-ggz>

Colofon

Auteurs

Michel Planije, Christien Muusse, Ankie Lempens, Jasper Nuijen

Met dank aan de leden van de projectgroep

Antoinette Blok (voorzitter cliëntenraad Vicino NHN); Rob Dumas (lid Cliënten- en familieraad GGZ NHN); Daphne Lentjes (adviseur directie divisie maatschappelijk & specialistisch, GGZ NHN); Annemarie Munster (huisarts/kaderhuisarts ggz, HONK; lid huisartsenaafvaardiging Vicino NHN); Hadassa Nadels (huisarts, HKN; lid huisartsenaafvaardiging Vicino NHN); Truus Oud (cliëntenraad Vicino); Peter Schagen (manager Vicino NHN, regio Kop van Noord-Holland); Martine Stam (beleidsadviseur Vicino NHN); Petra Tenholter (lid Cliënten- en familieraad GGZ NHN); Tessa Wiersma (directeur Vicino NHN); Yntske Zijlstra (bestuurssecretaris GGZ NHN).

Financier

ZonMw, dossiernummer: 06360332210015

Vormgeving

Canon Nederland N.V.

Beeld

Gettyimages.nl

Bestelinformatie

Deze publicatie is gratis te downloaden via www.trimbos.nl

Artikelnummer: AF2133

Trimbos-instituut
Da Costakade 45
Postbus 725
3500 AS Utrecht
T: (030) 29 71 100

© 2023, Trimbos-instituut, Utrecht

