

# Ketenzorgdocument Chronische Psychiatrische Problematiek

Primair gericht op keten: huisarts/poh-ggz, Bggz, Sggz.

## Inhoudsopgave

### Organisatorisch

Overlegstructuur ketenpartners in Lelystad

- Overleg op bestuurlijk niveau

- Overleg op uitvoerend niveau

Communicatieplan

- Bereikbaarheid van bestuurders

- Bereikbaarheid van medewerkers/behandelaren van alle partijen

Evaluatie en ontwikkeling van ketenzorgdocument

### Zorgtraject

Consultatie

- Mogelijkheden voor consultatie per organisatie

- Deskundigheidsbevordering tbv consultatie

Aanmelden

Wachttijdoverbrugging

- Mogelijkheid voor spoedintake bij GGZ

- Afspraken over verantwoordelijkheidsdeling tijdens wachttijden

- Mogelijkheden voor overbruggingszorg tijdens wachttijden

Afstemming tijdens behandeling/ Behandelplanevaluaties

Medicatie

- Verantwoordelijkheidsverdeling in het voorschrijven van medicatie

- Actualiteit van medicatie-overzicht

- Onderzoek hoe actuele medicatieoverzicht geautomatiseerd kan worden uitgewisseld

Signaleringsplannen

- Verantwoordelijkheid bij patiënt; wel verzoek dit te delen

- Ketenpartners en naasten worden geconsulteerd als ze een rol hebben in het signaleringsplan

- Ketenpartners worden geïnformeerd over het bestaan van een signaleringsplan

- Eén signaleringsplan per patiënt; wie voert regie?

Afsluiting behandeling bij GGZ

- Overdracht naar huisarts vast onderdeel van behandelproces

## Organisatorisch

### Overlegstructuur ketenzorgpartners in Lelystad

Er zijn in Lelystad diverse overleggen met ketenzorgpartners, op zowel bestuurlijk niveau als op uitvoerend niveau. Deze overleggen zijn in kaart gebracht (zie bijlage 1).

### Communicatieplan

Omdat het van groot belang is dat ketenpartners elkaar op de hoogte brengen van belangrijke ontwikkelingen, willen we graag dat het duidelijk is hoe we elkaar kunnen bereiken en elkaar kunnen informeren. We spreken met elkaar af hoe we op verschillende niveaus met elkaar willen afstemmen; op bestuurlijk, operationeel/leidinggevend en hulpverleners niveau.

#### **Bereikbaarheid van bestuurders en/of operationeel aanspreekpunt/leidinggevenden**

In bijlage 2 zijn de bereikbaarheidsgegevens opgenomen van contactpersonen vanuit de verschillende organisaties. Zodra er ontwikkelingen zijn die invloed hebben op ketenpartners wordt rechtstreeks contact opgenomen met de contactpersonen van de ketenpartners.

#### **Bereikbaarheid van medewerkers/behandelaren van alle partijen**

Er werken in alle betrokken organisaties veel verschillende professionals waarbij het van belang is dat zij elkaar kunnen contacten op cliënt/patiënt-niveau. Het lijkt niet wenselijk om deze gegevens op te nemen in deze documentatie. Afgesproken wordt dat huisartsen bij de verwijzing duidelijk noteren op welke manier de GGZ-behandelaar de verwijzer kan bereiken; zo rechtstreeks mogelijk. Bij (schriftelijke) berichtgeving vanuit de GGZ naar verwijzers zullen contactgegevens worden toegevoegd van de behandelaar zodat de huisarts de GGZ-behandelaar kan bereiken.

### Evaluatie en ontwikkeling van ketenzorgdocument

Jaarlijks wordt de onderlinge samenwerking en het ketenzorgdocument geëvalueerd met alle ketenzorgpartners (rondom chronische psychiatrische patiënten) in Lelystad.

## Zorgtraject

### Consultatie

#### **Mogelijkheden voor consultatie**

Er zijn diverse vormen van consultatie beschikbaar. De diverse mogelijkheden blijken niet altijd bij alle ketenpartners bekend te zijn dus we spreken af om deze mogelijkheden goed onder de aandacht te brengen.

We zijn ervan overtuigd dat de samenwerking tussen GGZ en huisartsen verbetert als er op laagdrempelige manier afstemming plaatsvindt, op client/patiëntniveau. Zodoende is afgesproken om laagdrempelige consultatie binnen de gebiedsteams te stimuleren door het uitwisselen van contactgegevens.

Een deel van de huisartsen in Medrie-gebied maakt gebruik van het E-health systeem Ksyos. Binnen Ksyos is een mogelijkheid opgenomen voor Consultatie bij onder andere GGZ Centraal. Ksyos voorziet in een financiële vergoeding voor GGZ Centraal wanneer er consultatie wordt gegeven. In 2020 is door de huisartsen en poh-ggz weinig gebruik gemaakt van de mogelijkheid van consultatie. Medrie zal in 2021 online sessies organiseren voor de poh-ggz waar gestimuleerd zal worden om de mogelijkheid voor consultatie te gebruiken.

Een andere mogelijkheid van consultatie wordt momenteel door GGZ Centraal onderzocht en dat is consultatie via Zorgdomein. Bijna alle huisartsen maken gebruik van Zorgdomein dus de verwachting is dat consultatie via Zorgdomein voor huisartsen een prettige manier is. Verwacht wordt dat dit medio 2021 operationeel is.

#### **Deskundigheidsbevordering tbv consultatie**

Door meer gebruik te maken van de mogelijkheid van consultatie, kan de deskundigheid van de ketenpartners op het gebied van psychiatrie toenemen.

### Aanmelden

Met de partijen die betrokken zijn bij de Taskforce Wachttijden in de GGZ zijn samenwerkingsafspraken gemaakt, over het aanmelden van patiënten bij de GGZ, het beoordelen van verwijzingen, het onderling doorverwijzen en de uitstroom van patiënten van S-GGZ naar huisarts/poh-ggz of B-GGZ. Voor alle afspraken, zie bijlage 3. Huisartsen verwijzen conform het NHG-format. De BGGZ of SGGZ screent binnen twee weken de verwijzing en geeft de verwijzer terugkoppeling in hoeverre de patiënt bij de betreffende instelling is zorg kan komen. Indien de patiënt beter bij een andere organisatie aangemeld kan worden, dan ontvangt de verwijzer hiervoor de reden van afwijzing.

## Wachttijdoverbrugging

### **Mogelijkheid voor spoedintake bij GGZ.**

Binnen GGZ Centraal is het mogelijk om een Spoedintake te doen. In dit geval vindt een intake zo snel mogelijk maar in ieder geval binnen 14 dagen na verwijzing plaats. De huisarts neemt hiervoor contact op met zijn/haar contactpersoon van het gebiedsteam zodat overlegd kan worden over de patiënt en op welke termijn er een intake nodig is. In het geval van crisis, de patiënt moet dezelfde dag nog gezien worden, neemt de huisarts contact op met de crisisdienst van GGZ Centraal.

### **Afspraken over verantwoordelijkheidsdeling tijdens wachttijden.**

De verwijzer is verantwoordelijk voor de patiënt tot de intake. Vanaf de intake is de GGZ verantwoordelijk. In de periode van triage tot intake (tijdens de wachttijd) is de GGZ niet verantwoordelijk. Als de patiënt achteruitgaat en dringend hulp nodig heeft, dan kan de verwijzer contact opnemen met de GGZ om de mogelijkheden voor snellere intake te bespreken. Dit is op een laagdrempelige manier mogelijk omdat de triage sinds 2020 plaatsvindt binnen de gebiedsteams.

Als na intake blijkt dat de patiënt toch beter behandeld kan worden bij een andere instelling, dan wordt conform de afspraak 'Onderling doorverwijzen' de patiënt doorverwezen met behoud van wachttijd en eventuele diagnose en wordt de huisarts hierover schriftelijk geïnformeerd. Zie bijlage 3 voor de uitwerking van deze afspraken.

### **Mogelijkheden voor overbruggingszorg tijdens wachttijden.**

Tijdens de wachttijd voordat de patiënt in zorg kan komen bij de S-GGZ, hebben sommige patiënten overbruggingszorg nodig. Omdat de verwijzer tijdens deze wachttijd verantwoordelijk is voor de patiënt, vindt de overbruggingszorg vaak plaats bij de huisartsenpraktijk (huisarts of POH-GGZ).

Binnen de Taskforce wachttijden zijn de mogelijkheden die de gemeente biedt in kaart gebracht en hieraan kan ook tijdens de wachttijdoverbrugging gedacht worden (zie bijlage 3).

## Afstemming tijdens behandeling/ Behandelplanevaluaties

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

De behandelaar in de GGz maakt een rapportage voor de huisarts na een consultatie, na de intake en bij afsluiten van de behandeling, mits de patiënt hier toestemming voor geeft.

De rapportage na de intake bevat:

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

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

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

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

- als er geen/onvoldoende effect van de behandeling is;
- voor aanvullende somatische diagnostiek;
- als er geen DSM-classificatie aanwezig is;
- als S-GGz geïndiceerd is.

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

- bij verandering van beleid of medicatie;
- zo nodig voor somatische controles bij patiënt die in behandeling in S GGz is;
- voor doorgeven en bespreking van een noodplan;
- als er geen DSM-classificatie aanwezig is;
- als GB GGz geïndiceerd is.

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

Op indicatie:

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

*(Uit: GGZ Standaarden landelijke afspraken tussen ha, gbgz en sggz)*

## Medicatie

### **Verantwoordelijkheidsverdeling in het voorschrijven van medicatie**

De verantwoordelijkheid voor het voorschrijven van medicatie ligt bij de GGZ wanneer de patiënt daar in zorg is. De huisarts kan, in sommige gevallen, de behandeling continueren als de behandeling bij de S-GGZ is afgerond. Zie hiervoor de afspraken die gemaakt zijn in de Taskforce Wachtlijden mbt Uitstroom (bijlage 3). Belangrijk hierbij is dat de huisarts dit uitsluitend kan doen als er consultatie bij de GGZ mogelijk is en een korte route terug als de patiënt terugvalt.

### **Actualiteit van medicatie-overzicht**

Afgesproken is dat er bij overdracht van verwijzer naar GGZ en van GGZ naar verwijzer altijd de actuele (gecontroleerde) medicatie overzichten worden meegestuurd. Als er sprake is van een labprotocol is het belangrijk ook in de overdracht aan te geven waar in het protocol de patiënt zich bevindt.

## Onderzoek hoe actuele medicatieoverzicht geautomatiseerd kan worden uitgewisseld

Landelijk gezien is bekend dat het niet mogelijk is om over organisaties heen actuele medicatieoverzichten uit te wisselen. Besloten is om hier aandacht aan te besteden als er nieuwe ontwikkelingen zijn op dit gebied.

### Signaleringsplannen

Het signaleringsplan is eigendom van de patiënt. De verantwoordelijkheid voor het delen van het signaleringsplan ligt bij patiënt. Wel doet de behandelaar van de GGZ het dringende verzoek aan de patiënt om dit te delen met andere betrokken hulpverleners. Ketenpartners worden bij overdracht wel geïnformeerd over het bestaan van een signaleringsplan en voordat de overdracht plaatsvindt, moet het signaleringsplan up-to-date zijn zodat de patiënt zich bewust is van het signaleringsplan. Afsproken wordt dat ketenpartners en naasten worden geconsulteerd bij het tot stand komen van het signaleringsplan als zij een rol hebben in het betreffende signaleringsplan. Ook als er meerdere organisaties betrokken zijn bij de patiënt, zullen hulpverleners duidelijk met de patiënt communiceren over het signaleringsplan.

### Afsluiting behandeling bij GGZ

In de taskforce Wachttijden in de GGZ zijn samenwerkingsafspraken gemaakt rondom de uitstroom van GGZ-patiënten naar huisarts/poh-ggz of B-GGZ. Deze afspraken zijn te vinden in bijlage 3.

Aanvullend is tussen Medrie en de gebiedsteams van GGZ Centraal in Lelystad een afspraak gemaakt met betrekking tot de overdracht van patiënten na afsluiting bij de S-GGZ. Als bij telefonische afstemming tussen GGZ en huisarts overeengekomen wordt dat de patiënt terugverwezen wordt naar de huisarts, dan wordt direct de afspraak voor de patiënt bij de huisarts/poh-ggz gepland. Dit wordt bij ontslag uit de S-GGZ met de patiënt gecommuniceerd. In het geval van een zeer complexe casus kan een warme overdracht plaatsvinden waarbij de SPV samen met de patiënt op het spreekuur van de huisarts komt.

Bijlage 1: Overzicht van overleggen tussen ketenpartners in Lelystad

<b>Samenwerkingsvormen en overleggen</b>	<b>Voorzitter</b>	<b>Deelnemende partijen</b>
Breedoverleg, Zuiderzeewijk	Soc.Wijkteam	GGz Centraal, WZF, Centrada, Mee ijseloevers
Breedoverleg, Boswijk en Waterwijk	Soc.Wijkteam	GGz Centraal, WZF, Centrada, Mee ijseloevers
MDO Kwintes	Kwintes	GGz Centraal, Kwintes
MDO Kwintes Grevelingenstraat	Kwintes	GGz Centraal, Kwintes
Home team		GGz Centraal, POH-GGz, MDF
Roma overleg	Welzijn Lelystad	GGz Centraal, Welzijn Lelystad, WSG.nu, Woonzorg Flevoland, politie, Gemeente Lelystad en het Leger des Heils.
GGz in de wijk	Kwintes	GGz Centraal, Kwintes, woonzorg Flevoland, Welzijn Lelystad en STIP
Participatieplatform	Gem. Lelystad	GGz Centraal, Gemeente Lelystad, MDF, IDO, Kwintes, Triade, St. Philadelphia, Leger des Heils, ZZP Flevoland, Concern voor Werk
Woningbouwvereniging Centrada	Centrada	GGz Centraal, Centrada, GGD, Gemeente Lelystad, Kwintes, Iriszorg, St. Philadelphia, Blijfgroep, Triade
Stedelijk Integraal Teamoverleg		GGz Centraal, Gemeente, Centrada, GGD Flevoland, Woonzorg Flevoland, Welzijn

		Lelystad, leger des Heils en Politie
Kernteam IPS	Kwintes	Kwintes, GGZ Centraal
Consultatie huisartsen via Ksysos	Medrie	GGZ Centraal, Medrie, Ksysos
Casusiek – breed overleg	Wijkteam ?	GGZ Centraal, politie, LdH, WBV Centrada, Kwintes, WZF
MDO gezamenlijke cliënten en lopende zaken	Triade Stavorenstraat	GGZ Centraal, Triade, op indicatie verslavingszorg
	Triade Karveel	GGZ Centraal, Triade
Consultatie huisartsen via MDO	F.Los/ W. Buwalda	GGZ Centraal, Huisartsen en POH's STEL
Breedoverleg, casuïstiek		GGZ Centraal, Iriszorg & Amethist
Casuïstiek	Leger des Heils	GGZ Centraal, Leger des Heils vast en verder JOL
Expertteam	GGD	GGZ Centraal, GGD, Amethist, Triade, MEE, Leger des Heils, Kwintes, Iriszorg, Timon
Casusoverleg bemoeizorg Lelystad (COB)	GGD	GGZ Centraal, GGD, Amethist, Triade, Leger des Heils, Kwintes, Forensisch Fact, politie
Casusoverleg bemoeizorg Emmeloord (COB)	GGD	GGZ Centraal, GGD, Amethist, Triade, Leger des Heils, Kwintes, Forensisch Fact, politie
MDO Forensische fact	Forensisch fact	GGZ Centraal, Forensisch Fact
Persoonsgebonden aanpak	L-PGA gemeente Dronten	GGZ Centraal, politie, maatschappelijk werk(MDF) GGzC, GGD
Casusbespreking	Veiligheidshuis (Minjus)	GGZ Centraal, GGD, Amethist, reclassering, politie, en anderen op uitnodiging
Aandachtfunctionaris meldpunt kindermishandeling, OGGZ	Tom Willems of Brilmans	



Praktijkondersteuners Huisarts, Lelystad binnen en buiten	Tim, Andrea, Koen en Geert	
Breed overleg wijkteam Zuid-west	Sociaal wijkteam	
Klinische lessen wijkteams Lelystad (overkoepelend)	Sociaal wijkteam alle medewerkers	
Taskforce Wachttijden in de GGZ	GGZ Centraal	GGZ Centraal, Indigo, Medrie, huisartsen, Zilveren Kruis, gemeente Lelystad, Almere, Dronten en diverse GGZ-instellingen



[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]

Contactgegevens zijn op te vragen bij programmamanager GGZ van Medrie.

Bijlage 3: alle afspraken gemaakt binnen de Taskforce Wachttijden Flevoland

Alle afspraken die gemaakt zijn binnen de Taskforce.

1. Verwijzers verwijzen conform de NHG-richtlijn (zie bijlage 1 voor format) en met vermelding van gegevens voor bereikbaarheid voor GGZ.
2. Instellingen screenen de verwijzing en geven binnen 2 weken terugkoppeling aan de verwijzer of de patiënt naar de juiste instelling is verwezen.
3. Onderling doorverwijzen: als bij de intake blijkt dat de patiënt, qua zorgaanbod en/of in combinatie met wachttijd, toch beter geholpen kan worden bij een andere instelling, dan wordt onderling doorverwezen met behoud van wachttijd en eventuele diagnose/diagnostiek (zie bijlage 2. Bij doorverwijzing wordt oorspronkelijke verwijsbrief, intakeverslag en begeleidende brief (zie bijlage 3) meegestuurd. De verwijzer wordt op de hoogte gebracht van de doorverwijzing.
4. De gemeenten in regio Flevoland hebben, middels een infographic, het aanbod vanuit de gemeenten inzichtelijk gemaakt
5. Uitstroom afspraken van S-GGZ naar GB-GGZ of huisarts/POH-GGZ

Toelichting op deze afspraken in de pagina's hieronder.

## NHG-Format verwijsbrief GGZ

Door onderstaande elementen <....> in te vullen per patiënt, stelt u een verwijsbrief op voor nadere diagnostiek en behandeling.

---

Betreft: Verwijzing huisarts voor GGZ

Datum: <>

Geachte <heer/mevrouw> <naam> <collega>,

Er is sprake van een (vermoeden van een) DSM benoemde psychische stoornis bij één van mijn patiënten. Met deze verwijsbrief wil ik u graag verzoeken nadere diagnostiek en behandeling in gang te zetten.

### Persoonsgegevens patiënt

<Naam>

<Geboortedatum>

<Adres>

<Postcode> <Woonplaats>

<BSN>

<Verzekering>

De verwijzing betreft: <kruis aan>

o Generalistische basis GGZ

Toelichting: patiënten met lichte tot matige problematiek.

o Gespecialiseerde GGZ

Toelichting: patiënten met hoog risico en/of complexe aandoeningen.

### Vraagstelling, reden verwijzing

1. Klacht of hulpvraag van de patiënt:

<In korte bewoordingen, in context van deze consultatie.>

2. (Vermoeden van) DSM benoemde psychische stoornis:

<Omschrijving van (het vermoeden van) een psychische stoornis.\*\*>

3. Anamnese:

<Aard, ontstaan, duur, beloop van de klacht, recente behandeling en effect, in chronologische volgorde. Psychosociale omstandigheden. Geef aan of het een heteroanamnese betreft.>

4. Psychiatrische voorgeschiedenis, familieanamnese, psychosociale omstandigheden: (staat in de bijlage)

<Vermeld indien van toepassing.>

5. Relevante comorbiditeit:

<Vermeld de somatische problematiek.>

6. Suïcidaliteit:

<Vermeld ook eventuele suïcidaliteit in het verleden.>

7. Risicovol gedrag:

<Indien bekend vermelden. Beschrijf uw bevindingen. Vermeld ook verslavingsgedrag zoals gokken.>

### Patiëntgegevens

8. Beleid:

<Vermeld de door u ingestelde (of gestaakte) behandeling of medicatie op het moment van versturen van het bericht en de door u uit te voeren controles.>

9. Allergie, intolerantie:

<Vermelden indien van toepassing.>

10. Besproken met de patiënt:

<Beschrijf hoe uw handelen is besproken met patiënt. Ook eventueel de eerdere adviezen die u heeft gegeven en/of voorber eiding van de POH-GGZ. Vermeld zo letterlijk mogelijk wat is besproken met de patiënt en of een informatiefolder (thuisarts.nl) over een aandoening of therapie is verstrekt.>

11. Ook bekend bij:

<Zorgverleners invullen bij wie de patiënt in behandeling is of was>

### **Procedurevoorstel**

<Voorstel voor samenwerking: geef aan hoe u betrokken wilt blijven.>

Met vriendelijke groet,

<Naam en functie verwijzer\*\*\*>

<AGB-code verwijzer>

<Handtekening verwijzer en/of praktijkstempel>

Toelichting elementen verwijsbrief

\* Deze mag maximaal een half jaar voor de eerste behandeldatum liggen.

\*\* De NHG standaarden en richtlijnen zijn hierbij leidend. De huisarts hoeft de stoornis niet DSM te classificeren, dat is een taak van de generalistische basis GGZ of de gespecialiseerde GGZ. Omschrijving van de (vermoede) stoornis is dus voldoende. Wat betreft de vergoeding geldt dat alleen patiënten waarbij sprake is van een (vermoeden van een) DSM-stoornis, zoals bijvoorbeeld een depressie, een angststoornis of psychose, kunnen worden behandeld in de verzekerde GGZ.

Uitzondering hierop is een aanpassingsstoornis, als DSM-stoornis wordt dit niet vergoed in de GGZ. Patiënten zonder (vermoeden van) een DSM-stoornis, zoals bijvoorbeeld relatieproblemen, kunnen in de huisartsenpraktijk worden behandeld of op eigen kosten in de GGZ.

\*\*\* De POH-GGZ kan niet zelf verwijzen, dat doet alleen de huisarts. De POH-GGZ kan de verwijzing wel voorbereiden.

## PROCEDURE BIJ ONDERLINGE DOORVERWIJZING NA INTAKE

PROCESSTAPPEN	ACTIVITEIT
1	Schriftelijke aanmelding met standaardverwijsbrief via mail
2	Extra: telefonisch contact bij niet standaard doorverwijzing
3	Beoordeling door ontvangende partij
4	Bij akkoord: bevestiging aan patient, ontvangende partij en huisarts
5	Plaatsing op wachtlijst op basis van aanmelddatum huisarts
6	Inplannen intake

OVERDRACHTSDOSSIER	
1	Schriftelijke aanmelding met standaardverwijsbrief via mail
2	Aanmelddatum huisarts
3	Verwijsbrief, waar mogelijk
4	Intake verslag
5	Uitgevoerde diagnostiek

### **Bijlage 3 Format begeleidende brief bij onderling doorverwijzen**

Betreft: onderlinge verwijzing naar ggz binnen Flevoland

Geachte heer/mevrouw \_\_\_\_\_ ,

Na intake binnen onze organisatie, zijn wij met cliënt overeengekomen dat behandeling beter kan plaatsvinden binnen ....

Client heeft bij ons .... weken op de wachtlijst gestaan voor de intake. Volgens onderlinge afspraken wordt deze wachttijd overgenomen.

Bijgaand doen wij u een kopie van de oorspronkelijke verwijzing naar onze organisatie en het intakeverslag toekomen.

Ik verwacht u hiermee voldoende te hebben geïnformeerd.

Indien u dat wenst kunt u voor nader overleg, met toestemming van cliënt, contact met ondergetekende opnemen.

Met vriendelijke groet,

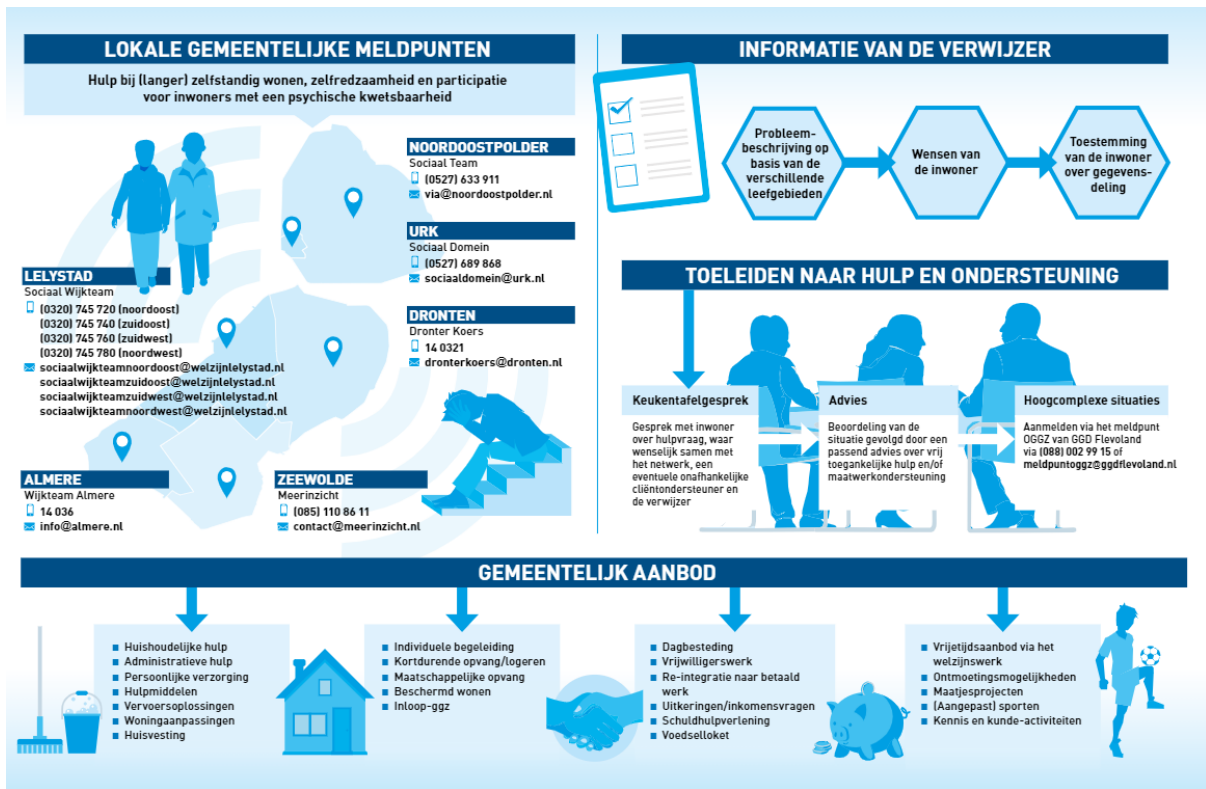
Naam  
Functie  
telefoon  
AGB:  
BIG:

Bijlagen:

- Initiële verwijzing
- Intakeverslag
- Indien van toepassing diagnostiek



# Infographic van gemeenten in Flevoland



## **Uitstroom GGZ- patiënten naar GB-GGZ of huisarts/POH-GGZ**

### **1 Inleiding**

Binnen de Taskforce Wachttijden in de GGZ, regio Flevoland, worden er samenwerkingsafspraken gemaakt om de wachttijden in de GGZ terug te dringen. Door afspraken te maken over de uitstroom van GGZ-patiënten zodat zij niet langer in zorg bij de S-GGZ hoeven te zijn, ontstaat ruimte aan de voorkant om nieuwe patiënten in zorg te kunnen nemen.

### **2 Tijdsduur**

De samenwerkingsafspraken in dit document worden toegepast met ingang van 1 januari 2021. Het eerste jaar zullen we elk kwartaal evalueren, tijdens een taskforce-vergadering.

Om dit goed te kunnen evalueren, worden de volgende items besproken (hiervoor wordt input vanuit de verschillende organisaties verwacht):

- Zijn de wachttijden bij de GGZ-instellingen op treeknorm?
- Is er een hogere turnover/grotere uitstroom bij de GGZ-instellingen?
- In hoeverre is er een toename van patiënten die vanuit de S-GGZ naar GB-GGZ of huisarts verwezen worden?

### **3 Betrokken partijen**

Deze samenwerkingsafspraken zijn gemaakt met de deelnemers van de Regionale Taskforce Wachttijden in de GGZ in Flevoland. De volgende partijen zijn deelnemers: GGZ Centraal, Indigo, Zorggroep Almere, Medrie/huisartsen, Therapeutisch centrum, Eigenwijze Saskia, Molemann, Pi-groep, Dokter Bosman, Mentaal Beter, HSK, Eleos, I-psy.

### **4 Relevante documenten**

Landelijke samenwerkingsafspraken tussen huisarts, generalistische basis GGZ (GB-GGZ) en gespecialiseerde GGZ (S-GGZ), die in februari 2016 tot stand zijn gekomen in het kader van het Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGZ.

[www.ggzstandaarden.nl/generieke-modules/landelijke-samenwerkingsafspraken-tussen-huisarts-generalistische-basis-ggz-en-gespecialiseerde-ggz-lga/afspraken](http://www.ggzstandaarden.nl/generieke-modules/landelijke-samenwerkingsafspraken-tussen-huisarts-generalistische-basis-ggz-en-gespecialiseerde-ggz-lga/afspraken)

NHG-Standpunt Herhalen gespecialiseerde ggz-medicatie

<https://www.nhg.org/standpunten/nhg-standpunt-herhalen-gespecialiseerde-ggz-medicatie>

Verwijskaart zie bijlage

<https://hetroergaatom.lhv.nl/actueel/nieuws/verwijzingen-ggz-vereenvoudigd>

### **5 Samenwerkingsafspraken**

Patiënten waarbij de S-GGZ-behandeling is afgerond en waarbij de verwachting is dat er geen verdere begeleiding of behandeling nodig is

### **Criteria voor ontslag uit behandeling**

De patiënt heeft de behandeling binnen de S-GGZ afgerond en de verwachting is dat de patiënt geen verdere begeleiding of behandeling nodig heeft.

### **Proces**

**Besluit:** de (regie)behandelaar rondt de behandeling met de psychiatrische patiënten af in de S-GGZ.

**Overleg:** indien de verwachting is dat er geen vervolgzorg nodig is voor de betreffende patiënt, is het in de meeste gevallen niet nodig om telefonisch te overleggen met de huisarts alvorens de behandeling af te sluiten. Een ontslagbrief volstaat.

**Bespreken met de patiënt:** SGGZ-behandelaar bespreekt met patiënt dat de behandeling wordt afgerond, op welke termijn dit plaatsvindt en dat hij/zij contact op kan nemen met de huisarts in het geval dat er een terugval plaatsvindt.

Ontslagbrief: (regie)behandelaar verstuurt binnen twee weken na het laatste contact met de patiënt een ontslagbrief naar de huisarts. De brief bevat (indien van toepassing) de volgende informatie:

- problematiek, diagnose en beloop tot nu toe;
- behandelgeschiedenis: soorten therapieën, medicatie (indien van toepassing) en resultaat;
- laatste laboratoriumuitslagen en beleid;
- persoonlijke wensen en doelen van de patiënt;
- wat besproken is met patiënt en naastbetrokkene(n), de visie van de patiënt en naastbetrokkene(n) en of er sprake was van gedeelde besluitvorming;
- (regie)behandelaar en contactgegevens (indien mogelijk rechtstreeks telefoonnummer).

Gezamenlijke verantwoordelijkheid: de huisarts kan bij vragen of onduidelijkheden altijd telefonisch contact opnemen met de (regie)behandelaar S-GGZ (het rechtstreekse of mobiele telefoonnummer wordt genoteerd in de ontslagbrief).

Patiënten met chronische psychiatrische problematiek in een stabiele fase worden van de Specialistische GGZ (SGGZ) terugverwezen naar de huisartsenpraktijk/POH GGZ en/of de Generalistische Basis GGZ (GB-GGZ).

### **Criteria voor ontslag uit behandeling**

Het uitgangspunt is dat patiënten met een chronische psychiatrische ziekte zorg vinden op de juiste plek in de S-GGZ. Echter, in sommige gevallen is het mogelijk om deze patiënten over te dragen naar de GB-GGZ of de huisarts. Patiënten in een stabiele fase van een chronische psychiatrische ziekte, die laag tot matig crisis gevoelig zijn en die verkeren in een stabiele omgeving, kunnen door hun S-GGZ (regie)behandelaar voorbereid worden op ontslag uit behandeling en overdracht naar de huisarts of GB-GGZ.

### **Proces**

Besluit: de (regie)behandelaar rondt de behandeling met de psychiatrische patiënten af in de S-GGZ. De (regie)behandelaar maakt op basis van inhoudelijke gronden de afweging of vervolgbehandeling binnen de GB-GGZ of bij de huisarts kan plaatsvinden.

Overleg: Indien de (regie)behandelaar de patiënt voor verdere behandeling wil doorverwijzen naar de GB-GGZ, dan vindt schriftelijke doorverwijzing plaats en wordt de huisarts hiervan ook schriftelijk op de hoogte gesteld.

Indien de (regie)behandelaar de patiënt voor verdere behandeling wil terugverwijzen naar de huisarts/POH-GGZ, wordt in alle gevallen telefonisch contact opgenomen met de huisarts om de mogelijkheden hiervoor te bespreken. Resultaat van dit telefonisch overleg is dat er overeenstemming is tussen de huisarts en de (regie)behandelaar over het overdragen van de behandeling. Mocht de huisarts/POH-GGZ bezwaren hebben om de begeleiding/behandeling van de patiënt over te nemen, dan kan de S-GGZ de patiënt verwijzen naar de GB-GGZ, onder de voorwaarde dat dit op inhoudelijke gronden passend is. Een patiënt kan ook verwezen worden naar de GB-GGZ als het gaat om alleen een medicatie-behandeling.

Bij patiënten waarbij het herstel kwetsbaar is, kan een face-to-face overdracht wenselijk zijn.

Vanwege praktische overwegingen, kunnen (regie)behandelaar en huisarts afspreken om een afspraak te organiseren via beeldbellen tussen (regie)behandelaar, patiënt en huisarts.

Bespreken met de patiënt: de (regie)behandelaar bespreekt met de patiënt het voornemen tot afronding van de behandeling binnen S-GGZ aan de hand van de evaluevaluatie en doet een voorstel tot verdere begeleiding vanuit de huisartsenpraktijk of GB-GGZ. Ook worden hierbij de termijnen van overdracht benoemd.

### **A. Patiënt wordt verwezen naar de huisarts**

Ontslagbrief: (regie)behandelaar verstuurt een ontslagbrief naar de huisarts met de afspraak voor verdere begeleiding. Brief wordt binnen 2 weken (elektronisch) verzonden. Zie pagina 5 voor inhoud van de ontslagbrief.

Afspraak huisarts: (regie)behandelaar adviseert de patiënt om 2-4 weken na het laatste contact een afspraak te maken bij de huisarts om de verdere zorg inclusief eventuele medicatie te bespreken.

(Regie)behandelaar geeft (in ieder geval) voor 4 weken medicatie mee aan patiënt. Het initiatief en de verantwoordelijkheid voor het maken van een afspraak bij de huisarts ligt bij de patiënt.

No show: De behandelaar van de SGGZ en de huisarts maken afspraken hoe om te gaan met mogelijke No show van de patiënt.

Huisarts: huisarts/POH-GGZ bespreekt het advies van de (regie)behandelaar met de patiënt. Huisarts en patiënt maken een plan tot verdere begeleiding (indien van toepassing inclusief eventuele medicatie).

Gezamenlijke verantwoordelijkheid: de huisarts kan bij vragen of onduidelijkheden altijd telefonisch contact opnemen met de (regie)behandelaar S-GGZ (telefoonnummer in de ontslagbrief).

Korte route terug: indien de zorg toch complexer blijkt te zijn, bv. door een terugval, dan volgt telefonisch overleg tussen de huisarts en de (regie)behandelaar S-GGZ om het beleid te bepalen. Indien wordt besloten de patiënt opnieuw in zorg te nemen binnen de S-GGZ dan moet er een nieuwe verwijzing worden ingestuurd door de huisarts. De huisarts dient in de verwijzing de gemaakte afspraak en de naam van de (regie)behandelaar te vermelden. In dat geval komt de verwijzing in bezit van de (regie)behandelaar en kan deze conform de afspraak handelen. Op deze manier wordt voorkomen dat de patiënt in de reguliere procedure van verwijzing naar de SGGZ terecht komt.

## **B. Patiënt wordt rechtstreeks verwezen naar GBGGZ**

Ontslagbrief: de (regie)behandelaar verstuurt de ontslagbrief, inclusief - voor zover mogelijk en indien van toepassing - de afspraken over medicatie en labonderzoek, naar GBGGZ. In deze ontslagbrief is tevens de overeengekomen afspraak over het vervolgtraject bij GB-GGZ opgenomen. Dezelfde ontslagbrief wordt ter informatie verstuurd aan de huisarts, waarbij duidelijk wordt vermeld dat het gaat om een doorverwijzing naar GBGGZ. Zie pagina 5 voor inhoud van de ontslagbrief.

Labprotocol: indien er een labprotocol gevolgd wordt, dient deze bij de S-GGZ gestopt worden en bij de GB-GGZ opgestart worden.

### **Inhoud ontslagbrief; zowel richting huisarts als richting GB-GGZ:**

- Korte samenvatting bovenaan de brief
- Diagnose en beloop tot nu toe.
- Behandelgeschiedenis: soorten therapieën en resultaat.
- Medicatie: Naam medicijn, dosering, bijwerkingen, einddatum voorschrift, noodzakelijke (lab)controles, vastleggen wie verantwoordelijk is voor het voorschrijven van de medicatie.
- Sociaal netwerk: omgeving, werk, bezigheden, instanties: dagbesteding via DBC: is CIZ aanvraag geregeld?
- Wat besproken is met patiënt en de visie van de patiënt.
- Huidige (regie)behandelaar.
- Wie is het aanspreekpunt binnen S-GGZ bij vragen over de ontslagbrief (incl. tel. nummer) of over medicatie of bij terugval?
- Signaleringsplan / Crisisplan: Voor afsluiting bij de SGGZ wordt het signalerings/crisisplan met de patiënt besproken, ge-update en wordt patiënt ook eigenaar gemaakt van zijn eigen signalerings/crisis-plan. Waar aanwezig en bij akkoord van de patiënt, wordt het signalerings/crisis-plan meegestuurd naar GB-GGZ of huisarts. Het signalerings- en crisisplan is niet standaard van iedere patiënt aanwezig en kan alleen met instemming van de patiënt worden toegestuurd. Wanneer het signalerings- en crisisplan aan de GB-GGZ of huisarts wordt gestuurd, is deze ook verantwoordelijk voor het up-to-date houden, samen met de patiënt.

### Info aan de huisarts

De ontslagbrief wordt binnen twee weken (elektronisch) verzonden. Duidelijk wordt vermeld dat het om een overdracht naar de huisarts gaat zoals telefonisch is afgesproken of dat de brief ter informatie naar de huisarts bij een doorverwijzing naar GBGGZ gaat.

## **Advies en afspraken**

1. Huisartsenpraktijk en S-GGZ hebben telefonisch contact om de overdracht af te spreken.

2. Huisarts dient telefonisch bereikbaar te zijn voor de (regie)behandelaar en de (regie)behandelaar voor de huisarts. Bij de verwijzing geeft de huisarts zijn/haar bereikbaarheidsgegevens door. Alle zorgverleners hebben de beschikking over elkaars bereikbaarheidsnummers.
3. Indien vervolgbehandeling "chronisch" bij GB-GGZ, verwijst S-GGZ door naar GB-GGZ. De huisarts wordt door de S-GGZ geïnformeerd over deze verwijzing middels de ontslagbrief.
4. Medicatieadvies voor nu en toekomst, laatste labonderzoek en beleid: hoe vaak, wanneer, door wie. De (regie)behandelaar is verantwoordelijk voor de medicatie van patiënten. S-GGZ geeft de patiënt in ieder geval medicatie voor vier weken mee.
5. De huisarts heeft de mogelijkheid om de patiënt niet over te nemen wanneer hij ervaart de kennis en kunde van de 2<sup>e</sup> lijns medicatie (nog) niet voldoende te beheersen.
6. Contactpersoon of (regie)behandelaar bij SGGZ is ook na afsluiting van de S-GGZ behandeling beschikbaar voor advisering aan de huisarts.
7. De voorschrijver wordt verantwoordelijk voor de metabole controles. De randvoorwaarden zijn de goede overdracht, de bekwaamheid van de huisarts, de aanvullende instructie in de ontslagbrief en de telefonische overlegmogelijkheden tussen huisarts en GGZ-behandelaar na het afsluiten van de S-GGZ behandeling.
8. Naast overdracht naar de huisarts of de GB-GGZ zijn er ook mogelijkheden voor begeleiding binnen het Sociaal Domein. Neem hiervoor contact op met de contactpersoon van het Sociaal Wijkteam in de betreffende woonplaats/wijk.

### **Te bespreken zaken tussen S-GGZ-behandelaar en huisarts**

Onderwerp	Besproken	Beiden akkoord?
Voornemen terugverwijzing patiënt en voorstel tot verdere begeleiding bij huisarts		
Medicatie: -Wie kan het beste de medicatie voorschrijven en controleren? -Voelt huisarts zich bekwaam om de medicatie voor te schrijven? -Extra aandacht voor complexe medicatie zoals Lithium, Clozapine en Methadon. - Indien huisarts de medicatie niet kan/wil voorschrijven, dan de mogelijkheden van de GB-GGZ bespreken.		
Wie is verantwoordelijk voor lichamelijke controles en aanvullend onderzoek?		
Wat te doen bij 'no show' bij huisarts?		
Termijn waarbinnen patiënt wordt overgedragen		
Huisarts krijgt binnen 2 weken alle belangrijke informatie per brief		
Is er sprake van een signaleringsplan, crisisplan en/of terugvalpreventieplan? Indien huisarts hierin een rol heeft, wordt dit eerst besproken voor akkoord.		

# Bijlage verwijsschema

## VERWIJSKAART GGZ



**A Voldoet uw patiënt aan één of meer van de volgende criteria?**

**1. DSM-STOORNIS**

NEE	Er is geen vermoeden van een DSM classificeerbare psychiatrische aandoening	●		
JA	Er is een vermoeden van een DSM classificeerbare psychiatrische aandoening	●	●	●

**2. ERNST VAN DE PROBLEMATIEK** (U kunt hierbij gebruik maken van een GAF-score)

SUBKLINISCH	Er zijn klachten, maar onvoldoende om een diagnose te stellen	●	●	
LICHT	Impact van de klachten is beperkt	●	●	
MATIG	Waarneembare beperkingen in dagelijkse functioneren		●	●
ERNSTIG	Veel symptomen van ziektebeeld zijn aanwezig Er is sprake van uitval en/of substantiele beperkingen in functioneren		●	●

**3. RISICO'S**

LAAG	Geen gevaar voor ernstige (zelf-)verwaarlozing, geweld, suicide of automutilatie	●		
MATIG	Latente risicofactoren, maar er zijn beschermende factoren (steunsysteem, werkenz.)		●	
HOOG	Duidelijke aanwijzingen voor gevaar (ook intuïtief)			●

**4. COMPLEXITEIT**

AFWEZIG		●		
LAAG	Wel comorbiditeit, maar interfereert niet met behandeling	●	●	
HOOG	Ingekwikkelde (somatische) comorbiditeit en/of problemen in psychosociaal functioneren die vragen om multidisciplinaire behandeling			●

**5. BELOOP KLACHTEN**

Aanhoudende klachten			●	●
Terugkerende klachten		●	●	●
Stabiele chronische problematiek		●	●	
Instabiele chronische problematiek				●

**B Afweging huisarts / medisch specialist**

**● HUISARTS – POH GGZ**

- ✓ Geen vermoeden van DSM-benoemde stoornis
- ✓ Vermoeden DSM-stoornis, maar de ernst is licht/subklinisch, het risico laag, complexiteit afwezig en het beloop van symptomen beantwoordt niet aan criteria van richtlijn
- ✓ Stabiele chronische problematiek, niet crisisgevoelig

Eigen risico zorgverzekering: nee

**● GENERALISTISCHE BASIS GGZ**  
voorheen eenstlijn

- ✓ Sprake (of een vermoeden) van een DSM benoemde stoornis
- ✓ Gemiddelde tot lage beperking in functioneren
- ✓ Lichte tot ernstige problematiek, met laag tot matig risico
- ✓ Goed sociaal netwerk
- ✓ Grote kans op herstel
- ✓ OOK: ernstige psychiatrische stoornis met stabiele problematiek die geen behandeling, maar langdurende monitoring behoeft

Eigen risico zorgverzekering: ja

**● SPECIALISTISCHE GGZ**  
voorheen tweedelij

- ✓ Hoog risico en/of complexiteit bij (vermoeden van) een DSM-stoornis. Score op andere criteria is in dit geval niet doorslaggevend
- ✓ Bij doelgroep staat de kwaliteit van leven ernstig onder druk
- ✓ SGGZ kent sterke diagnostische functie onder verantwoordelijkheid van psychiater, klinisch psycholoog of psychotherapeut

Eigen risico zorgverzekering: ja

**C Verwijzen / consultatie**

**CONSULTATIE**

Contactpersoon ggz:

Naam \_\_\_\_\_

Functie \_\_\_\_\_

Telefoon \_\_\_\_\_

**NAAR INDIGO MIDDEN NEDERLAND**

VIA ZORGDOMEIN

indigo.nl/ml

**NAAR GGZ CENTRAAL**

VIA ZORGDOMEIN

www.ggzcentraal.nl/verwijzen

WWW.GGZCENTRAAL.NL

Bron: GGZ Noord-Holland-Noord Uiteraard kunt u ook naar andere ggz-aanbieders verwijzen.