

SAMEN STERKER

Voor een gezonde toekomst in Eemland



Samenwerkingsafspraken Toegankelijke ggz

Opschalen, afschalen, ombuigen



BEE-IMPROVE

Inhoud

1. Aanleiding Samenwerkingsafspraken	3
1.1 Samenwerkingsafspraken versus het mentaal gezondheidsnetwerk.....	3
2. Sociaal domein	5
2.1 Het herstelnetwerk	5
2.2 Welzijn en lokale teams in de gemeenten	5
3. Van monodisciplinaire ggz (voorheen GBGGZ) naar multidisciplinaire ggz (voorheen SGGZ)	8
5. Van multidisciplinaire ggz naar monodisciplinaire ggz	14
6. Van ggz naar POH ggz/ huisarts	18
7. Crisisdienst	21
8. Evaluatie en aanpassingen	24
9. Warme overdracht	23
10. Contactpersonen	23
11. Bijlagen	24
Bijlage 1: Wederkerigheidsafspraken Bijlage 2: organisatiestructuur thema psychische kwetsbaarheid	24

Aanleiding Samenwerkingsafspraken

In de regio Utrecht zijn in 2021 in de Taskforce wachttijden afspraken gemaakt om de samenwerking tussen zorgorganisaties te verbeteren en wachttijden in de ggz te verkorten. Dit document beschrijft hoe organisaties inwoners beter kunnen helpen door samen op te trekken, snel op- en af te schalen en informatie veilig te delen. Het document bevat duidelijke afspraken over overdracht, escalatie en contactpersonen, met respect voor privacyregels. Het doel is om de zorg toegankelijker en efficiënter te maken, zonder onnodige administratie, zodat niemand tussen wal en schip valt.

Met de komst van het netwerk Samen Sterker Eemland en de ontwikkelingen om in Eemland tot een mentaal gezondheidsnetwerk te komen, bestaat de behoefte om de samenwerkingsafspraken voor de subregio te herzien en om de afspraken zo dicht mogelijk op de praktijk aan te laten sluiten. Zodat de afspraken voor de hele regio Eemland te gebruiken zijn.

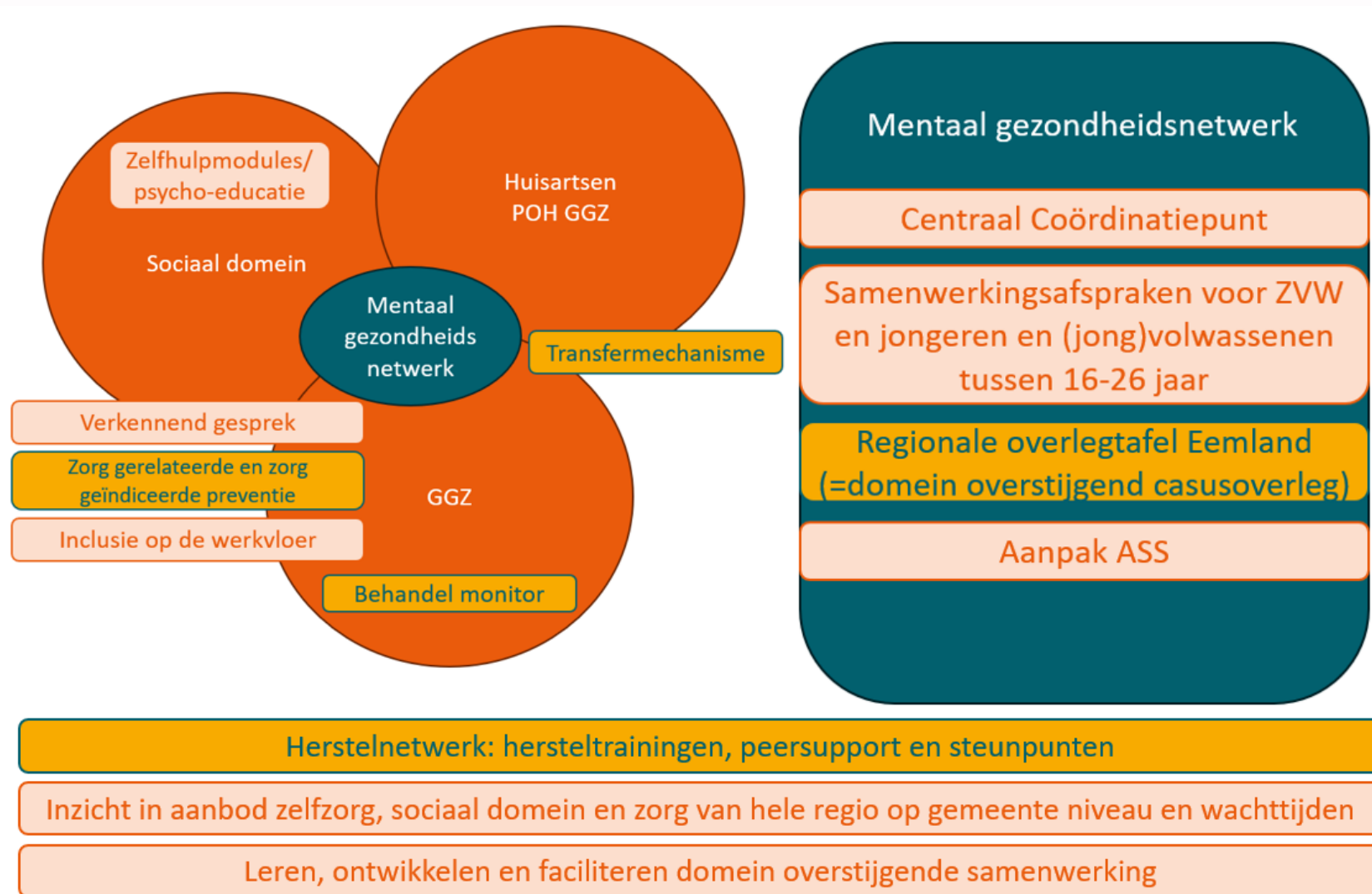
Aan het document hebben de volgende partijen meegeschreven: Indigo Midden Nederland, GGz Centraal, Jellinek, De Kleine Schans, Arkin NPI, Sociaal Wijkteam Amersfoort, Huisartsen Eemland en Bee-Improve.

1.1 Samenwerkingsafspraken versus het mentaal gezondheidsnetwerk

In de periode van 2025 tot 2027 werken we in regio Eemland toe naar een mentaal gezondheidsnetwerk. Met als doel de samenwerking tussen de ggz, huisartsenzorg en het sociaal domein te verbeteren. Inwoners worden ondersteund om hun eigen oplossingen te vinden, maar kunnen ook snel terecht als ondersteuning of zorg nodig is. Het netwerk ontwikkelen we in stappen, waarbij we zoveel mogelijk gebruik maken van wat er al is. In 2027 bestaat het mentaal gezondheidsnetwerk uit samenwerkingsafspraken, de regionale overlegtafel, het centraal coördinatiepunt (inclusief informatievoorziening wachttijden) en het transfermechanisme. Daarnaast maken we het aanbod in de regio inzichtelijk en komt er een centrale digitale plek waar professionals uit de hele regio gebruik van kunnen maken. Op de volgende pagina staat een schematisch overzicht van alle gewenste voorzieningen en samenwerking in de regio waar de komende periode aan gewerkt wordt.

Let op

1. Waar inwoner staat kan ook cliënt of patiënt gelezen worden afhankelijk van het gebruikelijke taalgebruik van de professional.
2. Waar wijkteam staat kan ook lokaal team gelezen worden.



Sociaal domein

2.1 Het herstelnetwerk

Het Herstelnetwerk Eemland is een levendig netwerk dat zich inzet voor het bevorderen van herstel bij mensen die te maken hebben met een psychische kwetsbaarheid of ontwrichting. Ontwrichting kan vele gezichten hebben: een verslaving, een traumatische ervaring, psychische kwetsbaarheid, of de zware last van armoede, eenzaamheid of het gevoel dat het leven geen zin meer heeft. Het Herstelnetwerk is geen traditioneel zorgnetwerk, maar een dynamisch samenwerkingsverband van verschillende partijen die zich richten op het bevorderen van herstel van inwoners van regio Eemland. De focus ligt in het Herstelnetwerk op persoonlijk en maatschappelijk herstel. We erkennen de unieke identiteit van elk individu en ondersteunen het persoonlijke herstelproces. Daarbij wordt maatschappelijke participatie en het vinden van een betekenisvolle rol in de samenleving gestimuleerd. In het aanbod van herstelactiviteiten staat ervaring(skennis) centraal en zijn ervaringsdeskundigen 'in the lead'. Op dit moment wordt in alle gemeenten in de regio een basisaanbod ontwikkeld. Het basisaanbod omvat een open inloop, herstelwerkgroep en een hersteltraining.

 Je kunt contact opnemen met het Herstelnetwerk via:

- info@herstelnetwerk.nl
- www.herstelnetwerkeemland.nl
- <https://www.instagram.com/herstelnetwerkeemland/>

2.2 Welzijn en lokale teams in de gemeenten

Het sociaal domein kan in al zijn vormen een belangrijke bijdrage leveren aan preventie, vroege signalering, het voorkomen van instroom en het bevorderen van door en uitstroom. Hier zijn verschillende partijen voor 'opgesteld'. In deze paragraaf staat een overzicht van de verschillende organisaties per gemeente en wordt duidelijk beschreven waar je terecht kunt met verschillende vragen op verschillende levensgebieden. Het sociaal domein kan een aanvulling zijn op de behandeling, net zoals de ggz dat kan zijn op het sociaal domein.

Welke inwoners komen in aanmerking?

1. Alle inwoners waarvoor praktische ondersteuning bijdraagt aan het behalen van meer stabiliteit/ zelfredzaamheid op één of meer levensgebieden (dagbesteding, op orde krijgen van financiën, weekplanning, opvoedondersteuning etc.)
2. Alle inwoners waar (praktische) ondersteuning ondersteunend is aan het GGZ-traject (oefenen van nieuw gedrag, op afspraken komen etc.).

Wanneer je huisarts/POH-GGZ of vanuit de ggz de inwoner wilt aanmelden bij het sociaal domein, dan dien je dat vooraf met de inwoner te bespreken (AVG).

Welzijn/lokaal team	Organisatie	Emailadres	Telefoonnummer	Website
Amersfoort				
Welzijn	Indebuurt033	Info@indebuurt033.nl	033-2048677	https://indebuurt033.nl/
Lokaal team	Sociale wijkteams Amersfoort	wijkteam@wijkteam-amersfoort.nl	14033	https://www.wijkteam-amersfoort.com/
Baarn				
Welzijn	PIT-Baarn		035 - 303 78 88	https://www.pitbaarn.nl/
Lokaal team		lokaalteambaarn@baarn.nl	035 - 5481611	https://www.baarn.nl/lokaal-team
Bunschoten				
Welzijn	De Boei	info@deboeibunschoten.nl	033-299 29 22	https://deboeibunschoten.nl/
Lokaal team	De Lingt	delingt@bunschoten.nl	033 2991411	https://www.bunschoten.nl/sociaal-team-de-lingt
Leusden				
Welzijn/lokaal team	Lariks Leusden	info@lariks-leusden.nl	033 303 44 44	https://www.lariks-leusden.nl/
Nijkerk				
Welzijn	Sigma	Info@sigma-nijkerk.nl	033-2474830	https://www.sigma-nijkerk.nl/
Lokaal team		aanmelden@nijkerk.eu	(033) 247 22 22	https://www.wegwijzernijkerk.nl/sociaal-team of https://pitnijkerk.nl/over-pit/#sociaal-team
Herstelinitiatief	WelKOMhuis	welkomhuisnijkerk@ggzcentraal.nl	033 254 2430	https://www.ggzcentraal.nl/locatie/welkom/
Soest				
Welzijn	St. Balans	info@stichtingbalans.nl	035-6099255	https://www.stichtingbalans.nl/
Lokaal team		lokaalteambaarn@baarn.nl	035 - 5481611	https://www.baarn.nl/lokaal-team
Woudenberg				
Welzijn/lokaal team	De kleine Schans	info@dekleineschans.nl	(085) 06 69 700	https://www.dekleineschans.nl/

Besluit:

De (regie) behandelaar neemt de besluiten rondom de behandeling, het wijkteam neemt de besluiten rondom de WMO-ondersteuning. Er vindt onderling afstemming plaats over wie waarbij ondersteunt en wie wanneer afsluit. Trajecten kunnen naast elkaar lopen of (deels) na elkaar; Het inhoudelijk passend traject is leidend.

Overleg:

Als een GGZ-traject en een WMO-traject (deels) naast of na elkaar lopen is het in de meeste situaties inhoudelijk logisch en verstandig af te stemmen. Dit gebeurt idealiter in de driehoek inwoner- behandelaar GGZ- ondersteuner WMO. In specifieke situaties waarin de inwoner er niet bij kan of wil zijn, kan er contact tussen behandelaar en begeleider zijn als dit is afgestemd met de inwoner. Afstemming is bijna altijd van toepassing omdat behandeling en begeleiding over het algemeen interacteren.

Bespreken met de inwoner: De (regie) behandelaar bespreekt met de inwoner de optie om het wijkteam te vragen om mee te denken om doelen te behalen naast het GGZ –traject. Vervolgens stemmen inwoner, behandelaar en de ondersteuner samen af over wat, wie en wanneer.

Wederkerigheidsafspraken

Worden opgenomen in de 1e revisie

Consultatie ggz voor sociaal domein

De consultatie gaat over diagnostische vragen, advies over de aanpak van behandeling of begeleiding, preventie van terugval, of hoe om te gaan met een burger die mogelijk een (psychiatrische) zorgvraag heeft. Het gaat om:

- Advies van GGZ-experts voor burgers met psychische problemen die niet (meer) in zorg zijn bij de GGZ
- Burgers die alleen bij de huisarts en/of POH GGZ in zorg zijn of begeleiding krijgen vanuit het sociaal domein, waarbij GGZ-advies zwaardere zorg kan voorkomen
- Wijkteams die advies nodig hebben over passende zorg voor een burger (geen bemoeizorg)

Let op: er wordt geen gebruik gemaakt van informatie uit dossiers van uitgeschreven patiënten. Dit is niet toegestaan vanuit de AVG. Het advies is voor burgers die niet bij de GGZ in zorg zijn. De GGZ maakt geen dossier aan en registreert enkel dat er een consultatievraag is ingediend vanuit een bepaalde gemeente, zonder inhoudelijk verslag.

Een uitgebreide uitleg en actuele contactgegevens zijn te vinden op <https://www.ggzcentraal.nl/over-aanmelden-en-verwijzen/consultatiefunctie-voor-het-sociaal-domein/>

Van monodisciplinaire ggz (voorheen GBGGZ) naar multidisciplinaire ggz (voorheen SGGZ)

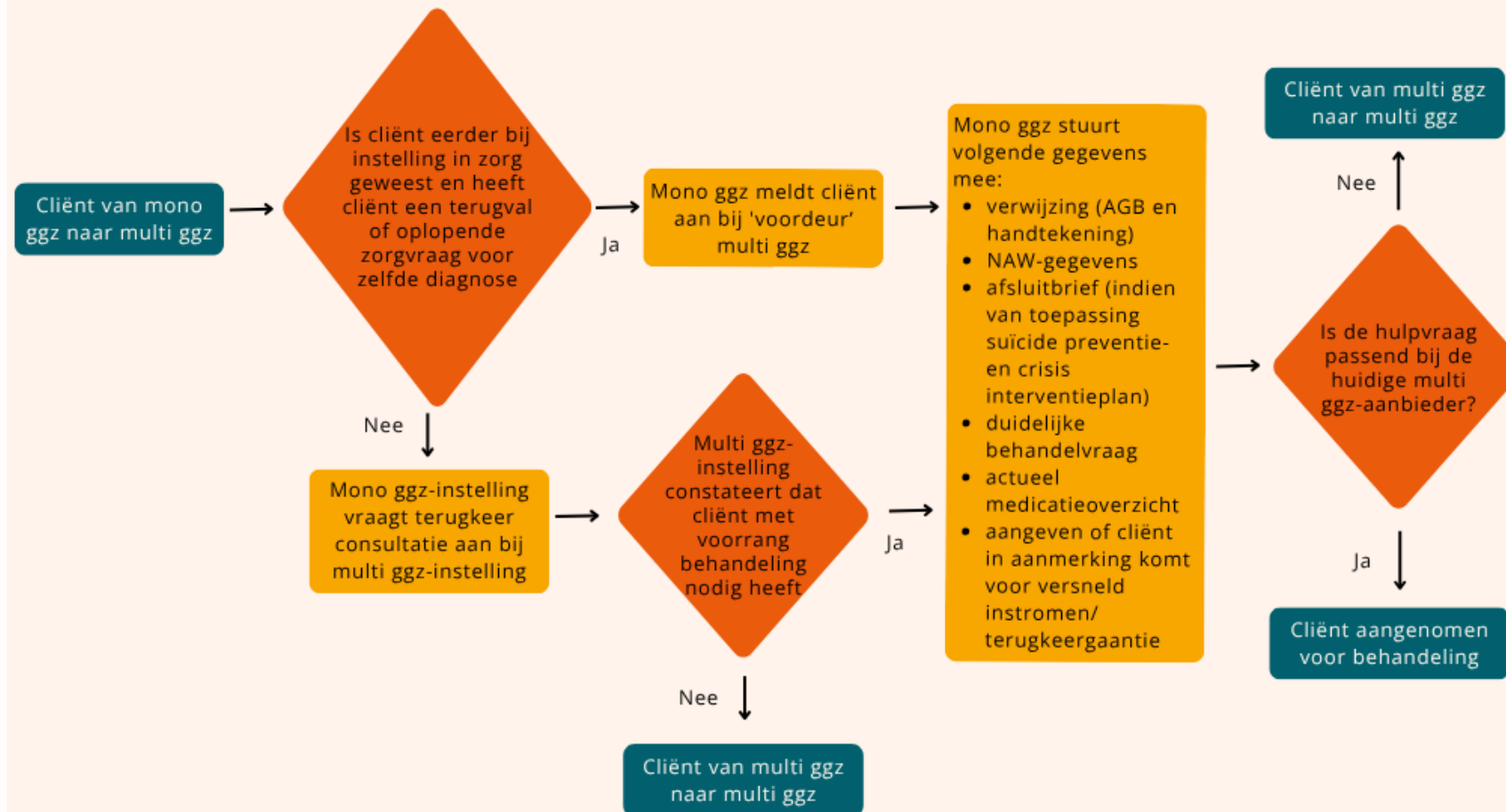
De monodisciplinaire ggz kan een belangrijke rol spelen in het snel aanpakken van problematiek, het behandelen van minder zware problematiek en kan een rol spelen bij combinatiebehandelingen. In verschillende regio's zien we meer instroom in de monodisciplinaire ggz om verschillende redenen. Soms wordt het ingezet als deelbehandeling, maar vaak zien we dat zeker bij comorbide vraagstukken van de inwoner bepaalde onderdelen goed behandeld kunnen worden in de monodisciplinaire ggz. Deze zaken hebben een positief effect op de wachtlijst-problematiek binnen de multidisciplinaire ggz en, nog belangrijker, op het welzijn van de inwoner.

Welke inwoners komen in aanmerking?

Om verschillende redenen kan een inwoner gedurende de behandeling of na behandeling binnen de monodisciplinaire ggz een behandeling nodig hebben binnen de multidisciplinaire ggz.

1. Alle inwoners die een terugval hebben of een oplopende zorgvraag voor dezelfde diagnose.
2. Inwoners die naar aanleiding van de terugkeer consultatie een verder behandeling binnen de multidisciplinaire ggz nodig hebben.
3. Alle inwoners die tijdens de wachttijd in overleg met de multidisciplinaire ggz -instelling een behandeling hebben gehad binnen de monodisciplinaire ggz.

Om het (aanmeld)proces zo soepel mogelijk te laten verlopen werken we volgens het proces 1. Hierbij hebben we rekening gehouden met een olifanten paadje voor inwoners die gedurende de wachttijd binnen de multidisciplinaire ggz een behandeling hebben gehad bij de monodisciplinaire ggz zodat behandelingen elkaar vloeiend opvolgen met het beste resultaat als doel.



Proces

Besluit

De (regie)behandelaar rondt de behandeling met de inwoner af in de monodisciplinaire ggz. De (regie)behandelaar maakt op basis van inhoudelijke gronden samen met de inwoner de afweging dat vervolgbehandeling binnen de multidisciplinaire ggz moet plaatsvinden. Hiervoor kijkt de behandelaar of de inwoner binnen één van de hierboven gestelde drie criteria valt.

Overleg

Als de (regie)behandelaar de inwoner voor verdere behandeling wil doorverwijzen naar de multidisciplinaire ggz, dan vindt schriftelijke doorverwijzing plaats en ontvangt de huisarts een afschrift. De inwoner blijft, indien nodig, in zorg totdat overname door multidisciplinaire ggz is gerealiseerd, bij voorkeur door middel van een warme overdracht.

Indien niet exact duidelijk is welke complexere/ andere zorg er nodig is, kan inwoner op korte termijn via de overlegtafel overgedragen worden aan de passende multidisciplinaire ggz -instelling. Bij inwoners waarbij het herstel kwetsbaar is of waarvan de behandelaar en/of inwoner dit waardevol acht vindt er een (digitale) face-to-face overdracht plaats. Idealiter is hierbij ook de inwoner aanwezig.

Bespreken met de inwoner

De (regie)behandelaar bespreekt met de inwoner het voornemen tot afronding van de behandeling binnen monodisciplinaire ggz aan de hand van de eindevaluatie en doet een voorstel tot verdere behandeling vanuit de multidisciplinaire ggz.

Gegevens die minimaal nodig zijn om de overgang soepel te laten verlopen, naast een vooraankondiging

1. Verwijzing voorzien van AGB-code, handtekening van regiebehandelaar
2. NAW-gegevens inwoner
3. Afsluitbrief welke in ieder geval de volgende gegevens bevat (mogelijk als bijlage) reden aanmelding bij multidisciplinaire ggz, indien van toepassing suïcidepreventie plan en crisisinterventieplan.
4. Duidelijke behandelvraag
5. Actueel medicatieoverzicht
6. Duidelijk beschreven dat inwoner in aanmerking komt voor versneld instromen of het hier om een terugkeergarantie na consultatie gaat

Let op: Ggz-instellingen verwijzen onderling¹. Sinds 2017 is dit de landelijke afspraak, sinds het document “het roer moet om”. In januari 2020 is dit nogmaals bekrachtigd. Bij verwijzingen van ggz naar ggz-instelling moet dit door de regiebehandelaar gedaan worden. De huisarts hoeft hiervan enkel op de

¹ <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/brochures/2017/03/16/brochure-verwijzingen-ggz>

hoogte gesteld te worden. Hiermee kunnen we elkaar 'ontzien'. NB. Helaas is het digitaal doorverwijzen in onder andere zorgdomein nog niet mogelijk. Om die reden willen we deze technische ontwikkeling mogelijk maken in het nog op te richten centraal coördinatiepunt.

Terugkeergarantie

In het bovenstaande stuk is eerder beschreven wat de termijn is waarbinnen de inwoner kan terugkeren naar de multidisciplinaire ggz als de toestand/ behandeling van de inwoner daarom vraagt. Hierbij is het van belang om te kijken of de inwoner, indien gewenst, kan terugkeren naar zelfde instelling/ behandelaar. Hiervoor kan er gebruik worden gemaakt van de terugkeer consultatie. Als multidisciplinaire ggz -instelling constateert dat inwoner alsnog met voorrang behandeling nodig heeft binnen de multidisciplinaire ggz -instelling wordt de inwoner, als dat ook de wens is van de inwoner, binnen vier weken gezien.

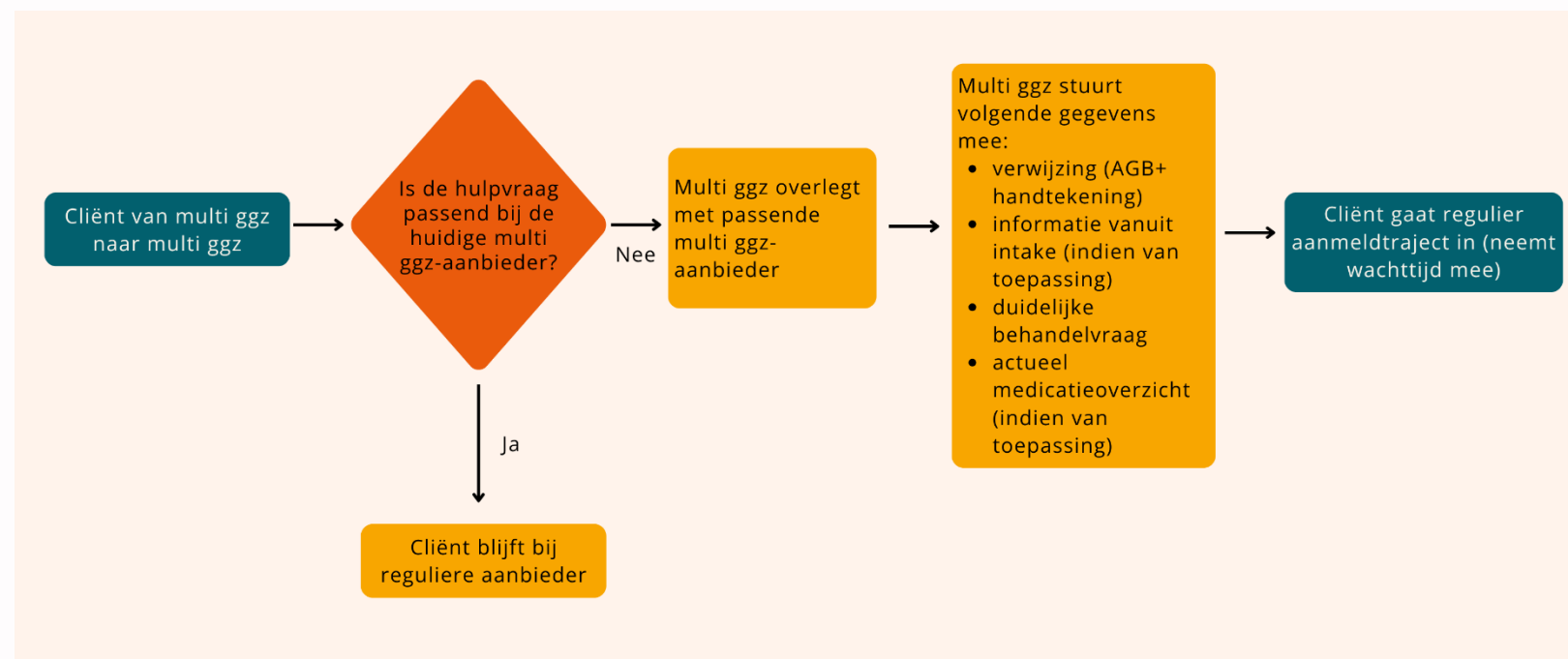
4. Van multidisciplinaire ggz naar multidisciplinaire ggz

Het kan voorkomen dat inwoners niet direct bij de juiste GGZ-instelling terechtkomen. Hieronder is beschreven wat we dan met elkaar afspreken.

Welke inwoners komen in aanmerking?

1. Alle inwoners waarbij de multidisciplinaire ggz waar hij is aangemeld niet de zorg kan verlenen die nodig is en een andere multidisciplinaire ggz kan dit wel.
2. Inwoners die binnen de multidisciplinaire ggz evidence based behandelingen hebben afgerond maar nog met ernstige (rest) klachten kampen waardoor vervolgbehandeling nodig is om recidief te voorkomen, waarbij een multidisciplinaire ggz -kader voor nodig is.

Om het (aanmeld)proces zo soepel mogelijk te laten verlopen werken we volgens het volgende proces (voor grote aantallen kan hier de transfertafel voor gebruikt worden):



Proces

Besluit

De hulpvraag is niet passend bij het aanbod van de multidisciplinaire ggz instelling waarnaar is verwezen.

De specialist die de intake heeft gedaan maakt op basis van inhoudelijke gronden en in overleg met inwoner de afweging dat behandeling binnen de huidige aanbieder niet passend is.

Overleg

Als de specialist voor behandeling wil doorverwijzen naar een multidisciplinaire ggz instelling, vindt er, na (mondeling) overleg, een schriftelijke doorverwijzing plaats en ontvangt de huisarts een afschrift.

Bespreken met de inwoner

De specialist bespreekt met de inwoner het voornemen om de behandeling binnen een andere multidisciplinaire ggz instelling te laten plaatsvinden.

Gegevens die minimaal nodig zijn om de overgang soepel te laten verlopen

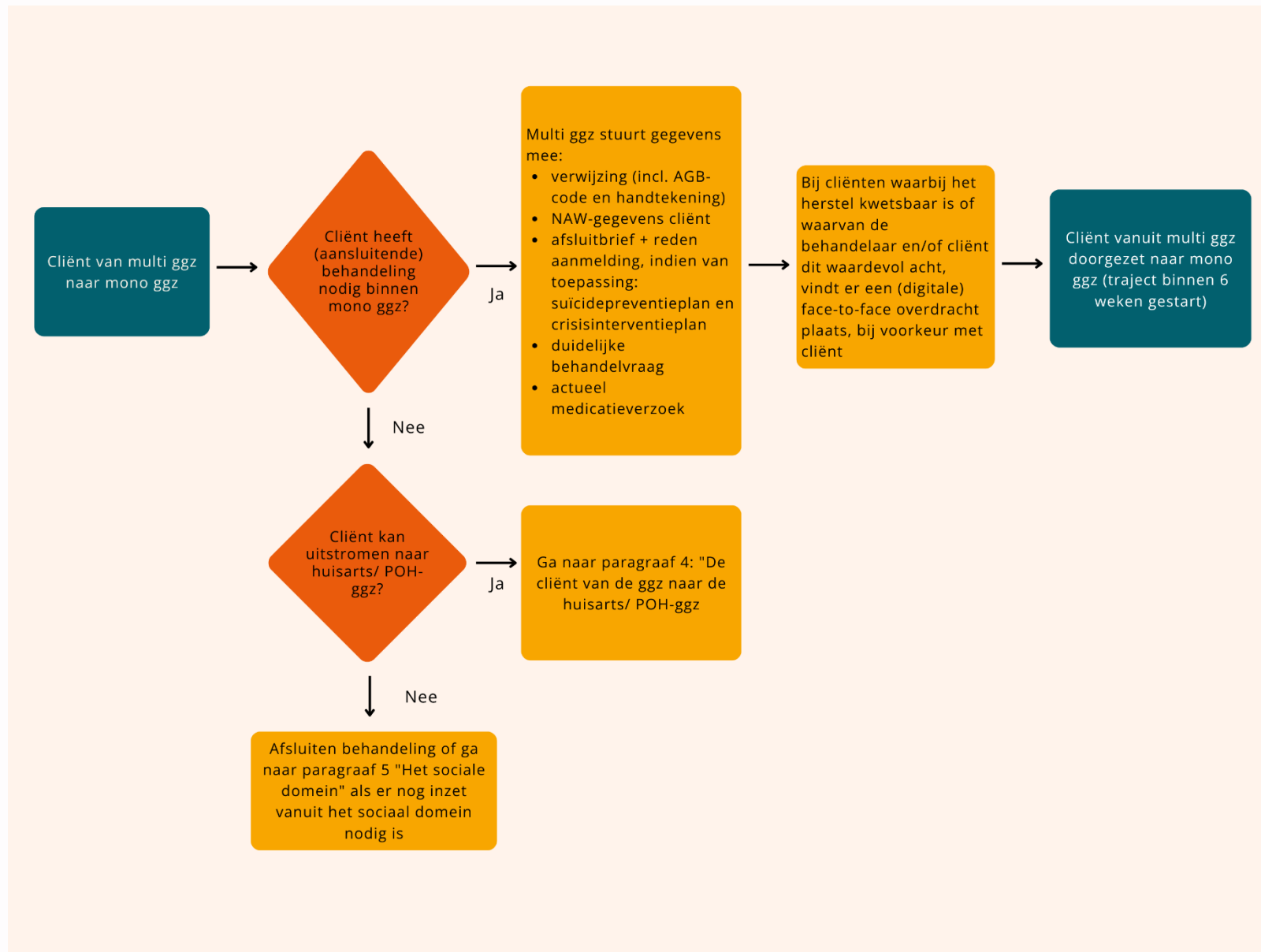
1. Verwijzing voorzien van AGB-code
2. Naam en functie verwijzer
3. NAW-gegevens inwoner
4. Informatie vanuit intake (indien van toepassing)
5. Duidelijke behandelvraag
6. Actueel medicatieoverzicht (indien van toepassing)

5. Van multidisciplinaire ggz naar monodisciplinaire ggz

Welke inwoners komen in aanmerking?

1. Inwoners die binnen de multidisciplinaire ggz evidence based behandelingen hebben afgerond maar nog milde tot matig ernstige (rest) klachten hebben, waardoor vervolg- en/of nazorgbehandeling nodig is om recidief te voorkomen, zonder dat hier een multidisciplinair ggz -kader voor nodig is.
2. Alle inwoners in een stabiele fase (in remissie) van een chronische psychiatrische ziekte, die laag tot matig crisis gevoelig zijn, laag complex, laagfrequent contact (± 12 contacten per jaar) en die verkeren in een stabiele omgeving of waarbij er een stabiele omgeving gecreëerd kan worden in samenwerking met naasten, de huisarts, de Pohggz en/of het sociaal domein.
3. Inwoners die een verkennend gesprek of diagnostiek/intake in de multidisciplinaire ggz hebben gehad, maar waarbij bij nader inzien de behandeling in de monodisciplinaire ggz kan plaatsvinden.

Om het (aanmeld)proces zo soepel mogelijk te laten verlopen werken we volgens het volgende proces.



Proces

Besluit

de (regie)behandelaar rondt de behandeling met de inwoner af in de multidisciplinaire ggz.

De (regie)behandelaar maakt op basis van inhoudelijke gronden samen met de inwoner de afweging dat (vervolg- of nazorg) behandeling binnen de monodisciplinaire ggz, bij de huisarts of buiten de GGZ kan plaatsvinden.

Hiervoor kijkt de behandelaar of de inwoner binnen één van de hierboven gestelde drie doelgroepen valt.

Overleg

Als de (regie)behandelaar de inwoner voor verdere behandeling wil doorverwijzen naar de monodisciplinaire ggz, dan vindt schriftelijke doorverwijzing plaats en ontvangt de huisarts een afschrift. De inwoner blijft, indien nodig, in zorg totdat overname door monodisciplinaire ggz is gerealiseerd bij voorkeur d.m.v. een warme overdracht.

Bij inwoners waarbij het herstel kwetsbaar is of waarvan de behandelaar en/of inwoner dit waardevol acht vindt er een (digitale) face-to-face overdracht plaats. Het verdient de voorkeur dat de inwoner hierbij aanwezig is.

Bespreken met de inwoner

De (regie)behandelaar bespreekt met de inwoner het voornemen om de behandeling binnen een monodisciplinaire setting in de ggz te laten plaatsvinden.

Gegevens die minimaal nodig zijn om de overgang soepel te laten verlopen

1. Verwijzing voorzien van AGB-code
2. Naam en functie verwijzer
3. NAW-gegevens inwoner
4. Afsluitbrief welke in ieder geval de volgende gegevens bevat (mogelijk als bijlage) reden aanmelding bij monodisciplinaire ggz, indien van toepassing suïcidepreventie plan en crisisinterventieplan.
5. Duidelijke behandelvraag
6. Actueel medicatieoverzicht

Voorwaarden terugkeer consultatie

Een belangrijk element bij het op- en afschalen van inwoners is de mogelijkheid om inwoners opnieuw in te laten stromen bij een multidisciplinaire ggz - instelling als de inwoner opnieuw complexere/andere zorg nodig heeft, zonder gehinderd te worden door lange wachttijden. Het gaat hier niet om de crisisdienst. Deze crisisfunctie is in deze regio voorbehouden aan Altrecht en Ggz Centraal en als cruciale zorg gewaarborgd. Indien niet exact duidelijk is wie

de complexere/andere zorg kan bieden, kan inwoner binnen vier weken via de overlegtafel (en in de toekomst via het verkennend gesprek) worden gematcht met de passende multidisciplinaire ggz.

Als de inwoner binnen 12 maanden een terugval heeft of er een oplopende zorgvraag is voor **dezelfde klacht(en)** waarvoor hij eerder behandeld is, kan er een terugkeer consultatie aangevraagd worden bij de multidisciplinaire ggz -instelling waar de inwoner als laatste behandeld is. De multidisciplinaire ggz -instelling consulteert en geeft advies binnen drie weken. Als multidisciplinaire ggz -instelling constateert dat inwoner alsnog met voorrang behandeling nodig heeft binnen de multidisciplinaire ggz -instelling wordt inwoner, indien dit ook de wens van de inwoner is, binnen vier weken gezien. Dit geldt uiteraard ook voor de monodisciplinaire setting

6. Van ggz naar POH ggz/ huisarts

De POH gg en de huisarts hebben een belangrijke signalerende rol. Zij staan in de meeste gevallen vooraan in het traject als inwoners in de GGZ terechtkomen. De andere kant op geredeneerd kunnen zij ook weer een rol spelen zijn bij en na de uitstroom.

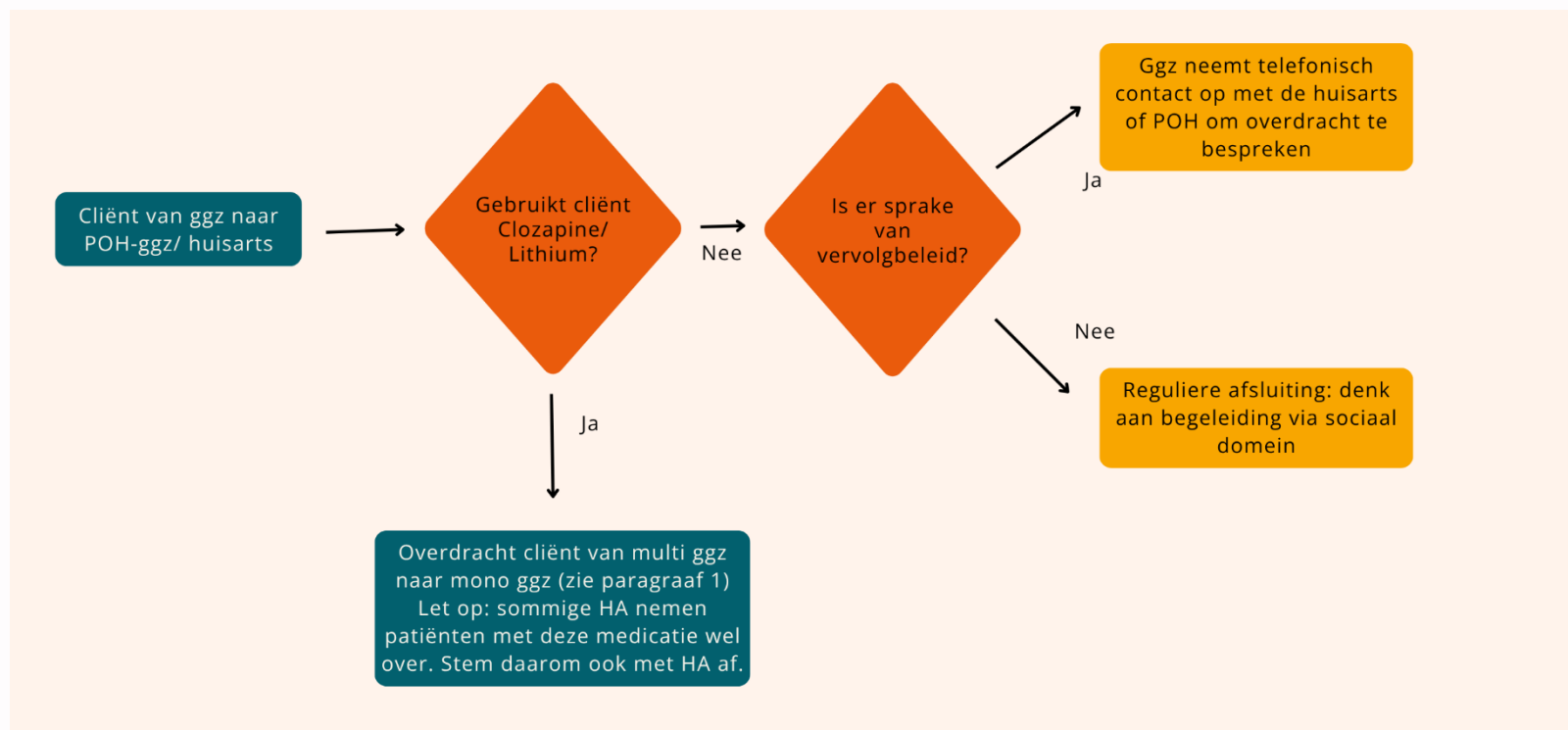
Welke inwoners komen in aanmerking?

De volgende inwoners komen in aanmerking:

1. Alle inwoners waarbij de behandeling voltooid is of in de aanloop daarnaartoe.
2. Alle inwoners in een stabiele fase van een chronische psychiatrische ziekte, die laag crisis gevoelig zijn en waarbij geen outreachende zorg of hoogfrequent contact nodig is. (Sommige huisartsen voelen zich niet bekwaam met controles van bepaalde medicatie (bijvoorbeeld Lithium, Clozapine). De monodisciplinaire ggz en de multidisciplinaire ggz heeft dit specialisme in huis. Afstemming/ kort consult indien gewenst.
3. Alle inwoners met stabiele chronische problematiek die niet crisisgevoelig zijn en met een laag risico op terugval.

Bij twijfel over een van deze doelgroepen wordt er altijd telefonisch afgestemd met HA-POH.

Om het (aanmeld)proces zo soepel mogelijk te laten verlopen werken we volgens het volgende proces.



Besluit

De (regie)behandelaar rondt de behandeling met de psychiatrische inwoners af in de ggz. De (regie)behandelaar maakt op basis van inhoudelijke gronden samen met de inwoner de afweging of vervolgbehandeling bij de huisarts of POH-ggz kan plaatsvinden.

Overleg

Als de (regie)behandelaar de inwoner wil terugverwijzen naar de huisarts/POH-ggz, dan zorgt de (regie)behandelaar voor een afsluitbrief. Als er sprake is van vervolgbeleid (denk bijvoorbeeld aan benodigde vervolggesprekken, medicatie), wordt in **alle** gevallen telefonisch contact opgenomen met de huisarts om de mogelijkheden 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.

De inwoner blijft in zorg totdat overname door huisarts/POH-ggz is gerealiseerd, door middel van een warme overdracht. Mocht de huisarts/POH-ggz bezwaren hebben om de begeleiding/behandeling van de inwoner over te nemen, dan moet er een tussenoplossing worden gezocht. Bijvoorbeeld: medicatiecontrole blijft bij de multidisciplinaire ggz, overbrugging door monodisciplinaire ggz of wijkteam tot huisarts/POH-ggz kan overnemen. Bij inwoners waarbij het herstel kwetsbaar is, kan een(digitale) face-to-face overdracht wenselijk zijn. Idealiter is hierbij ook de inwoner aanwezig.

Bespreken met de inwoner

De (regie)behandelaar bespreekt met de inwoner het voornemen tot afronding van de behandeling binnen GGZ aan de hand van de eindevaluatie en doet een voorstel tot verdere begeleiding vanuit de huisartsenpraktijk.

Gegevens die minimaal nodig zijn om de overgang soepel te laten verlopen

1. NAW-gegevens inwoner
2. Afsluitbrief; waarbij de conclusie en het beleid bovenaan de brief staat en telefoonnummer en werkdagen van de behandelaar altijd in de brief aanwezig is.
3. Afsluitbrief met in ieder geval een suïcidepreventieplan en/of crisisinterventieplan.
4. Checklist HA-POH bij voorkeur wordt er telefonisch gecheckt of aan de volgende voorwaarden wordt voldaan:
 - a. De inwoner heeft een signaleringsplan/ crisisplan en dit ontvang ik van de ggz of het staat in het dossier
 - b. Als nodig indiceert ggz het wijkteam/ herstelnetwerk
 - c. Duidelijkheid over welke medicatie straks onder verantwoordelijkheid van HA-POH valt
 - d. Het is duidelijk of en wanneer er lab geprikt moet worden (als dit van toepassing is)
 - e. Als bekend is of inwoner begeleiding ontvangt en/of actief is binnen het herstelnetwerk dan wordt dit gedeeld.
 - f. Er is een goede afsluitende brief aanwezig
 - g. Bij terugkerende klachten kan gebruik gemaakt worden van de terugkeer consultatie (zie paragraaf terugkeergarantie)
5. Actueel medicatieoverzicht indien van toepassing

Terugkeergarantie

In bovenstaand stuk is eerder beschreven wat de termijn is waarbinnen de inwoner kan terugkeren naar de multidisciplinaire ggz of de monodisciplinaire ggz als de toestand/behandeling van de inwoner daarom vraagt. Ditzelfde geldt ook als de inwoner terugverwezen is naar de huisarts. Hierbij is het van belang om te kijken of de inwoner, indien gewenst, kan terugkeren naar zelfde instelling/behandelaar. Er kan gebruik worden gemaakt van de terugkeer consultatie. Maak hiervoor gebruik van de gegevens op de afsluitbrief. Mocht dit niet naar behoren werken dan is er consultatie via de officiële weg aan te vragen (in de vorm van bijvoorbeeld een telefonische consultatie, e-mailconsultatie of patiëntgebonden multidisciplinair overleg). Als multidisciplinaire ggz-instelling constateert dat inwoner alsnog met voorrang behandeling nodig heeft binnen de multidisciplinaire ggz-instelling wordt inwoner, indien dit ook de wens van de inwoner is, binnen vier weken gezien.

7. Crisisdienst

Inwoners die in crisis komen moeten zo snel mogelijk passende zorg ontvangen. In de regio Eemland is de crisisdienst van GGZ Centraal hiervoor verantwoordelijk. De crisisdienst is een essentieel onderdeel in de samenwerking. De reguliere taak van de crisisdienst is in vele gevallen duidelijk en goed belegd. Om enige onduidelijkheid te voorkomen staan de afspraken die we maken op het gebied van consultatie en meekijken hieronder weergegeven.

- De crisisdienst is 24 uur per dag voor verwijzers (huisartsen/HAP, SEH, politie en ketenpartners met samenwerkingsafspraken) bereikbaar voor consultatie.
- Bij verslechtering/ontregeling van de inwoner kan de hulpverlener (na somatische controle door huisarts(enpost) of bij specifieke afspraken voor directe doorverwijzing) bij de crisisdienst om een psychiatrische beoordeling vragen. Volgens de afspraken in Generieke module acute psychiatrie (GMAP) triert de crisisdienst aan de hand van de ggz-triage wijzer.
- De crisisdienst zal, wanneer de collega-instelling hierom vraagt, de collega-instelling laagdrempelig te woord staan voor overleg of voor overleg omtrent verzoek psychiatrische beoordeling.
- Oordeelt de crisisdienst dat er sprake is van een acute crisis die om een beoordeling vraagt en vervolgens opschaling in zorg indiceert, dan neemt de crisisdienst, als de zorg niet door de verwijzer geleverd kan worden, voor de duur van de crisis de zorg over. Multidisciplinaire ggz-instellingen zorgen overdag zelf voor hun beoordelingen (tenzij crisismaatregel). De crisisdienst kan meedenken over de mogelijkheden voor opschaling van zorg, eventueel met behulp van de inzet van IHT. De regie blijft in principe bij de regiebehandelaar omdat de crisisdienst enkel tijdelijk de zorg overneemt en de inwoner zoveel mogelijk terugkeert naar de instelling en de regiebehandelaar waar de behandeling voor crisis plaatsvond. Daarom blijft de regiebehandelaar geïnformeerd en wordt ook en waar nodig de huisarts hierin meegenomen.
- Vanaf urgentiecode 5 wordt de crisiszorg van de crisisdienst afgesloten volgens de afspraken GMAP. De instelling waar de behandeling voor crisis plaatsvond is er verantwoordelijk voor dat de inwoner op een passende plek komt indien de instelling niet meer passend is.
- Bij een verzoek om een psychiatrische beoordeling en eventueel vervolg crisisinterventie, regelt de zorginstelling waar inwoner in behandeling is, wanneer dit nodig is, de aanmelding bij de multidisciplinaire ggz. De huisarts ontvangt hierover een schrijven. Ggz-instellingen mogen onderling naar elkaar doorverwijzen.
- Indien de inwoner niet bekend is bij een ggz-instelling en dus ook geen mogelijkheid heeft om terug te 'keren' naar oude instelling zal aanmelding bij ggz-partij, indien van toepassing, subacuut zijn.

Waar kijkt de crisisdienst naar bij een psychiatrische beoordeling?

De crisisdienst werkt volgens de landelijke afspraken vastgelegd in de GMAP en volgens de instructies van de triagewijzer, vallend binnen U-2 tot en met U4.

Als inwoners in crisis raken, is het streven dat voor medische hulpverleners de volgende informatie, mits relevant, beschikbaar is:

- Somatische en psychische voorgeschiedenis van de inwoner, waaronder of de inwoner eerder een crisis doorgemaakt heeft en/of bekend is met verslaving.
- Als de inwoner op dit moment/recent onder behandeling is (geweest) in de ggz en/of verslavingszorg: naam en contactgegevens van de regiebehandelaar.
- Crisisafspraken.
- Medicatiegebruik van de inwoner.

Voor zowel medische hulpverleners als niet-medische hulpverleners, politie en naasten is het streven dat de volgende informatie, mits relevant, beschikbaar is als inwoner(en) in crisis raken:

- Wat is de crisis en aanleiding tot crisis
- Voorgeschiedenis
- Agressie richting omgeving (in het verleden)
- Honden in huis
- Bekend met middelengebruik
- Aanwezigheid van een juridisch kader: Wvvgz-maatregel of relevante strafrechtelijke maatregel
- Aandachtspunten bij benaderen
- Personalialia (onder andere naam en geboortedatum) van de inwoner
- Contactgegevens van naasten van de inwoner

Bij twijfel of verschil van inzicht geldt de afspraak dat er beoordeeld wordt en niet in de situatie gediscussieerd wordt, naderhand wordt gezamenlijk geëvalueerd.

8. Warme overdracht

Een warme overdracht heeft een positief effect op de overdracht naar een andere instelling. Om die reden zoeken we samen met de zorgverzekeraars naar de mogelijkheid dat één tot twee contacten gezamenlijk door monodisciplinaire ggz en multidisciplinaire ggz-instelling behandeld kan worden. Op deze manier hebben de behandelaren direct contact samen met de inwoner waardoor overdracht effectiever en slagvaardiger zal zijn.

9. Contactpersonen

Als de 'lijnen' kort zijn en de mensen elkaar kennen is het overdragen van inwoners gemakkelijker. Ook kunnen strubbelingen in de procedures gemakkelijker met elkaar besproken worden. Om die reden staan hieronder de contactpersonen per organisatie weergegeven (wordt later ingevuld). De weergegeven organisaties werken volgens de afspraken in dit document. Dit kun je van een contactpersoon betreft de samenwerkingsafspraken verwachten:

- Een contactpersoon is het aanspreekpunt voor de eigen organisatie;
- Een contactpersoon is het aanspreekpunt voor de organisatie die contact opneemt;
- Een contactpersoon helpt bij het vinden van de juiste weg/personen binnen de eigen organisatie;
- Een contactpersoon helpt bij het vinden van een passende oplossing bij een knelpunt;
- Een contactpersoon verzamelt informatie in de eigen organisatie voor de jaarlijkse evaluatie en revisie.

Naam organisatie	Contactpersoon	Telefoonnummer	Mailadres
<u>ggz</u>			
Ggz Centraal			
Indigo Midden Nederland			
Jellinek			
Arkin NPI			
<u>Wijkteam</u>			
Sociaal wijkteam Amersfoort			
<u>Huisartsen</u>			

Huisartsen Eemland			
<u>Herstellnetwerk</u>			
Herstellnetwerk Eemland			
<u>Welzijn</u>			
De kleine schans			

10. Evaluatie en aanpassingen

Gestructureerd proces van verbetering

Het document heeft verschillende parameters waar je op kan meten. Deze parameters moeten gestructureerd opgehaald worden bij de gebruikers van het document. Dit kan doormiddel van bijvoorbeeld een enquête en/of een digitale inloop sessie om de twee maanden. Daarnaast dient de projectleider die verantwoordelijk is voor implementatie (zie implementatiedocument) benaderbaar te zijn en actief signalen over de werking van het proces op te halen. Op deze gestructureerde manier kan je opmerkingen en problemen gestructureerd ophalen waarna deze ook doormiddel van mitigerende maatregelen voorkomen kunnen worden. Op deze wijze ontwikkel je een doorlopende verbetercyclus die effect gaat hebben op draagvlak en werking.

Revisie

Dit document wordt jaarlijks in overleg tussen alle partijen herzien, aangepast en waar nodig verbeterd. Specifiek wordt er een check gedaan of de contactpersonen (hoofdstuk 10) nog steeds de contactpersonen zijn zodat er altijd een direct aanspreekpunt is.

Versie 1.0 oktober 2025

11. Bijlagen

Bijlage 1: Wederkerigheidsafspraken

Bijlage 2: organisatiestructuur thema psychische kwetsbaarheid

