

HANDREIKING REGIONALE SAMENWERKINGSAFSPRAKEN

HAP+ACUTE GGZ

APRIL 2016

HANDREIKING HAP+ACUTE GGZ

De zorg voor patiënten met psychiatrische problematiek of een vermoeden daarvan is sterk in beweging. Daardoor verandert ook de vraag naar ggz-zorg in de ANW-uren, met als gevolg dat crisisdiensten voor acute ggz en huisartsenposten hun samenwerking opnieuw tegen het licht moeten houden. De Handreiking HAP+GGZ geeft een handvat voor het vastleggen, onderhouden en verbeteren van deze regionale samenwerkingsafspraken. De handreiking dient ter inspiratie, en is geen richtlijn of voorschrift. Aangegeven wordt op welke onderdelen samenwerking gewenst is en hoe deze samenwerking eruit zou kunnen zien. Omdat in veel regio's de acute ggz in de ANW-uren ook de acute zorgvragen in de verslavingszorg opvangt, besteedt de handreiking ook hieraan aandacht. In de bijlagen zijn voorbeelden uit de regio's opgenomen.

De handreiking gaat uit van samenwerking tussen twee organisaties. Het uitgangspunt van de samenwerking is altijd de zorgvraag van de patiënt. Doel is de zorg voor de patiënt met een acute zorgvraag zo te organiseren dat de zorgvraag optimaal wordt beantwoord. De samenwerking staat dus altijd ten dienste van de patiënt. Bij acuut psychiatrische problematiek wordt de zorgvraag soms niet door de patiënt zelf maar door zijn of haar omgeving gesteld. Soms is sprake van gedwongen zorgverlening of bemoeizorg.

De handreiking is opgesteld door InEen met medewerking van GGZ Nederland en is een product van het project 'Verbetering van de samenhang en samenwerking in de keten van acute zorg'. Met dit project wil InEen de samenwerking tussen de huisartsenpost en zijn ketenpartners verder verbeteren. Bij het opstellen van de handreiking waren vertegenwoordigers van huisartsenposten, GGZ Nederland en vertegenwoordigers van crisisdiensten betrokken. Gezien de ontwikkelingen in de ggz wordt de handreiking periodiek geactualiseerd. Het Netwerk kwaliteitsontwikkeling ggz ontwikkelt in 2016 een generieke module acute ggz. Wanneer de module gereed is, vullen handreiking en module elkaar aan.

De handreiking is opgebouwd uit negen hoofdstukken.

- 1 Uitgangspunten en doelstellingen
- 2 Wetten, richtlijnen en handreikingen
- 3 Elkaar leren kennen
- 4 Afstemming zorgprocessen
- 5 Intensiever samenwerken
- 6 Patiëntoverdracht
- 7 Informatieoverdracht
- 8 Klachten, meldingen, incidenten, calamiteiten
- 9 Evaluatie en feedback

INHOUDSOPGAVE

1 UITGANGSPUNTEN EN DOELSTELLINGEN	4
1.1 Samenwerkingspartners en werkgebied	4
1.2 Context	4
1.3 Visie op samenwerking	4
1.4 Patiënten buiten de primaire focus	6
2 WETTEN, RICHTLIJNEN EN ANDERE DOCUMENTEN	7
3 ELKAAR LEREN KENNEN	8
4 AFSTEMMING ZORGPROCESSEN	9
4.1 Soorten zorgvragen	9
4.2 Zorgprocessen in kaart brengen	11
4.3 Overdrachtsmomenten	11
4.4 Toelichting specifieke stappen in het zorgproces	12
5 INTENSIEVER SAMENWERKEN	13
6 PATIËNTOVERDRACHT	14
6.1 Algemene uitgangspunten	14
6.2 Hoe dragen we over?	14
6.3 Overbruggingstijd en verantwoordelijkheid	15
7 INFORMATIEOVERDRACHT	17
7.1 Richtlijnen	17
7.2 Toestemming	17
7.3 Informatie acute ggz → huisartsenpost (vooraf)	18
7.4 Informatie huisartsenpost → acute ggz	18
8 KLACHTEN, MELDINGEN, INCIDENTEN, CALAMITEITEN	20
9 EVALUATIE EN FEEDBACK	21
 Bijlage 1: Checklist samenwerkingsafspraken	 22
Bijlage 2: Voorbeeld stroomschema	24
Bijlage 3: Voorbeelden samenwerkingsafspraken	25

1 | UITGANGSPUNTEN EN DOELSTELLINGEN

Wanneer de intentie bestaat om intensief samen te gaan werken, en eventueel ook stukken zorg van elkaar over te nemen, is het belangrijk aandacht te besteden aan visievorming en mogelijk een gezamenlijke visie en ambitie vast te stellen.

1.1 Samenwerkingspartners en werkgebied

Welke partners werken samen? In hoeverre vallen de werkgebieden samen? Beperken de afspraken zich tot het overlappende werkgebied? Het is een goed idee de werkgebieden op een kaart weer te geven. Stel bij de start van het proces expliciet vast waarover de samenwerking gaat en waarover niet.

1.2 Context

Verschillende omstandigheden in de huisartsenzorg en de ggz hebben invloed op de samenwerking tussen huisartsenpost en acute ggz. Vul dit overzicht zo nodig aan met regionale ontwikkelingen:

- Indeling in gespecialiseerde ggz, generalistische basis ggz en de huisarts met praktijkondersteuner ggz. De acute ggz hoort bij de gespecialiseerde ggz.
- Ambulantisering van de ggz en ontwikkelingen om patiënten die thuis wonen intensief te ondersteunen met bijvoorbeeld *intensive home treatment* of *flexible assertive community treatment* (FACT).
- Veranderde financiering van de zorg met verblijf ggz. Zorg met verblijf tot 3 jaar valt onder de Zorgverzekeringswet (Zvw), langdurige zorg onder de Wet langdurige zorg (Wlz) en beschermd wonen in de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) en de Jeugdwet.
- Decentralisatie van AWBZ naar Wmo. Dagbesteding, individuele woonbegeleiding en inloopcentra zijn nu Wmo-voorzieningen. Gelijktijdig zijn er bezuinigingen uitgevoerd.
- Maatschappelijke ondersteuning en preventie zijn in de wijk georganiseerd door bijvoorbeeld de sociale wijkteams.
- Aanpak verwarde personen. Elke gemeente wordt geacht met politie, justitie, ggz en andere betrokken instanties vóór de zomer 2016 een plan van aanpak te maken voor de opvang en ondersteuning van verwarde personen.
- Decentralisatie van de jeugdzorg, inclusief de jeugd ggz, naar de gemeenten.
- Ontwikkelingen in de mogelijkheden en het gebruik van e-health en blended care.
- Druk op de sociaal maatschappelijke positie van mensen met zware ggz-problematiek door (gebrek aan) huisvesting, (gebrek aan) werk of dagbesteding en schuldenproblematiek
- Druk op de toegankelijkheid van de zorg door eigen risico en eigen bijdragen of niet verzekerd zijn.
- Aandacht voor informatie-uitwisseling en privacy.

1.3 Visie op samenwerking

De samenwerkingspartners hebben elk een eigen visie en missie. Het ontwikkelen van een gezamenlijke (regionale) visie en een gezamenlijke set kernwaarden is een krachtige stap in het proces naar samenwerking. In de literatuur zijn diverse methoden beschreven om te komen tot gezamenlijke kernwaarden (bijvoorbeeld 'Leren samenwerken tussen organisaties', Kaats en Opheij, 2014).

Huisartsenposten

De huisartsenposten doorliepen in 2014 een positioneringstraject en formuleerden een gezamenlijke missie en kernwaarden: 'De huisartsenpost biedt acute huisartsgeneeskundige zorg buiten kantooruren. Uitgangspunt voor spoed is de vraag en beleving van de patiënt. Missie van de huisartsenpost is: iedere patiënt voelt zich altijd geholpen, en de medewerkers werken met plezier. Kernwaarden zijn: altijd veilig, altijd deskundig, altijd geholpen.' (Corporate story en veranderstrategie Huisartsenpost, Roos & van de Werk, 2014.)

Ggz

Geestelijke gezondheidszorg richt zich op (website GGZ Nederland):

- Het voorkomen van psychische aandoeningen.
- Het behandelen en genezen van psychische aandoeningen.
- Het zo goed mogelijk laten deelnemen van mensen met een chronische psychische aandoening aan de samenleving.
- Het bieden van (ongevraagde) hulp aan mensen die ernstig verward en/of verslaafd zijn en die uit zichzelf geen hulp zoeken.

Acute ggz

In de ANW-uren is in de meeste regio's de acute ggz de enige ingang voor ggz. Het domein acute ggz is afgebakend in het Profiel crisisdiensten/acute zorg ggz (GGZ Nederland, 2013). 'Een crisissituatie ggz is een acute situatie van een patiënt die direct (medisch) ingrijpen noodzakelijk maakt teneinde direct (of vermeend) fysiek of psychisch gevaar voor de persoon of de omgeving af te wenden, dan wel om ernstige overlast te beëindigen. De acute situatie kan het gevolg zijn van een geestesstoornis d.w.z. een ernstige stoornis van het oordeelsvermogen, in het bijzonder, een psychotische toestand waarbij het handelen voortkomt uit hallucinaties of waanvoorstellingen, acute dreiging van suïcide of ernstige verwardheid als gevolg van een organische hersenaandoening'.

Op deze afbakening is de financiering van de acute ggz gebaseerd.

Gezamenlijke ambitie

De gezamenlijke ambitie komt in gesprek met elkaar tot stand. Een voorbeeld zou kunnen zijn: 'Doel van de samenwerking HAP+GGZ is het realiseren van kwalitatief goede en doelmatige zorg voor patiënten met een acute zorgvraag die het gevolg is van (vermoeden van) psychiatrische problematiek. Hierbij geldt als uitgangspunt 'de juiste zorg op het juiste moment' binnen het netwerk van zorg voor deze patiënten. Bij iedere zorgvraag is de acute zorgvraag van de patiënt het uitgangspunt. Huisartsenpost, acute ggz en patiënt/naaste, zoeken gezamenlijk naar de best passende oplossing.'

Acute zorgvragen zijn zorgvragen die niet kunnen wachten tot de volgende werkdag.

Kernwaarden

Door gezamenlijke kernwaarden te formuleren wordt het gemakkelijker om keuzes te maken.

Voorbeelden van kernwaarden:

- Patiëntveiligheid.
- Continuïteit van zorg.
- Patiëntvriendelijkheid
- Veiligheid van omgeving en hulpverleners.
- Vertrouwen in en respect voor elkaar en elkaars deskundigheid.
- Uitgangspunt is zorg op maat, passend bij de patiënt en binnen de mogelijkheden.
- De patiënt heeft een belangrijke inbreng in de te verlenen zorg.

1.4 Patiënten buiten de primaire focus

Het zorgaanbod van huisartsenposten en acute ggz blijkt voor sommige patiëntengroepen niet toereikend:

- Patiënten met een dringende of acute zorgvraag die het gevolg is van sociaal-maatschappelijke problematiek. De zorgvraag is dusdanig dringend, dat beantwoording niet kan wachten tot de eerstkomende werkdag.
- Patiënten met een dringende zorgvraag die het gevolg is van (vermoedelijk) psychiatrische problematiek, maar waarbij geen sprake is van vermeend gevaar of ernstige overlast (definitie acute ggz).

Als poortwachter moet de huisarts patiënten wiens zorgvraag niet beantwoord kunnen worden met huisartsenzorg doorverwijzen. Afhankelijk van de problematiek bestaan hiervoor overdag diverse mogelijkheden, zoals overige vormen van ggz (naast de acute ggz), maatschappelijk werk, gemeentelijke voorzieningen, enz. Helaas is de continuïteit van deze vormen van zorg voor acute of dringende vragen buiten kantooruren in veel gevallen niet geborgd. Vaak is (vermoeden van) psychiatrische problematiek bij deze zorgvragen een factor, maar niet de belangrijkste veroorzaker van het acute probleem. De acute ggz is dan niet altijd de geëigende plek om naar door te verwijzen, maar lijkt soms wel de best beschikbare.

Acute ggz en huisartsenposten ervaren een gezamenlijke verantwoordelijkheid voor het aanpakken van dit probleem zodat de genoemde patiënten ook in ANW-uren de zorg krijgen die zij nodig hebben. GGZ Nederland en InEen gaan onderzoeken of ze deze groep patiënten beter in kaart kunnen brengen, en gezamenlijk op kunnen trekken in het zoeken naar een oplossing. In de tussentijd is het belangrijk dat huisartsenpost en acute ggz regionaal blijven zoeken naar mogelijkheden om deze patiënten te helpen de periode tot de eerstkomende werkdag te overbruggen.

2 | WETTEN, RICHTLIJNEN EN ANDERE DOCUMENTEN

De samenwerkingsafspraken moeten aansluiten bij wetten en richtlijnen.

Wetten

- Wet beroepen individuele gezondheidszorg (Wet Big).
- Wet Geneeskundige Behandelovereenkomst (Wgbo).
- Wet kwaliteit klachten en geschillen zorg (Wkkgz).
- Wet bescherming persoonsgegevens.
- Wet Bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen (Wet Bopz) – deze wet wordt op termijn vervangen door de Wet verplichte ggz.

Richtlijnen en standpunten

- Richtlijnen omgaan met medische gegevens, KNMG 2010.
- NHG-richtlijn informatie-uitwisseling huisarts-tweedelijns ggz, NHG 2011.
- Richtlijn overdracht van medicatiegegevens in de keten, diverse partijen, 2008.
- Richtlijn ter handstellen medicatie, KNMP 2013.
- NHG standpunt Huisarts en Spoedzorg, NHG 2013.
- NHG/LHV standpunt Geestelijke gezondheidszorg in de huisartsenzorg, 2015.

Overige documenten

- Profiel crisisdiensten/acute zorg ggz, ggz Nederland 2013.
- Raamwerk kwaliteitsbeleid VHN, 2013.
- Handreiking Verantwoordelijkheidsverdeling bij samenwerking in de zorg, KNMG en anderen, 2010.
- Kwaliteitsdocument ketenzorg bij suïcidaliteit, Trimbos 2010.
- Kwaliteitskader '(acute) psychiatrie ambulancezorg', AZN, GGZ Nederland, 2015.
- Handreiking gegevensuitwisseling in de bemoeizorg, KNMG, GGZ Nederland, GGD Nederland, 2014.
- Wegwijzer beroepsgeheim in samenwerkingsverbanden, KNMG, GGZ Nederland, LHV en anderen, 2014.

3 | ELKAAR LEREN KENNEN

Het verbetert de samenwerking als de medewerkers van beide organisaties elkaar kennen. Dat geldt zowel voor het uitvoerend niveau, als voor het management en het bestuur. Ook is het belangrijk dat de zorgverleners op de hoogte zijn van elkaars kerncompetenties zodat zij adequaat kunnen doorverwijzen. Er zijn allerlei manieren om elkaar beter te leren kennen. Onderstaand wordt een aantal mogelijkheden opgesomd. Het kan zinvol zijn om ook cliënt- en familievertegenwoordigers te betrekken.

Uitvoerend niveau

- Gezamenlijke deskundigheidsbevordering.
- Informatiebijeenkomsten over elkaars werkwijze.
- Casuïstiekbesprekingen.
- Met elkaar meelopen.

Management en bestuur

- Ontwikkeltraject visie op samenwerking.
- Opstellen convenant en periodiek evalueren.
- Ontwikkeling visie op zorg in de regio.

Organisatie breed

- Afstemming in een gezamenlijke procedure voor afhandeling van klachten, incidenten en calamiteiten.
- Afstemming in een permanente verbetercyclus.

Om de kennis over elkaars werkwijze zo breed mogelijk uit te dragen, is het raadzaam aan te sluiten bij bestaande structuren. Een paar mogelijkheden:

- In alle regio's zijn werkgroepen die een regionaal aanbod van nascholingsactiviteiten organiseren. Vaak heten deze werkgroepen WDH (werkgroep deskundigheidsbevordering huisartsen). De scholingsagenda van de WDH wordt meestal 1,5 á 2 jaar van tevoren vastgelegd.
- Een aantal huisartsenposten organiseert periodiek thema-avonden over ketensamenwerking waarin huisartsen, triagisten en soms ook chauffeurs in kleine multidisciplinaire groepjes met medewerkers van de ketenpartner casuïstiek bespreken.

4 | AFSTEMMING ZORGPROCESSEN

4.1 Soorten zorgvragen

Urgentieniveaus

Vrijwel alle huisartsenposten gebruiken het Nederlands Triage Systeem (NTS) voor triëren van zorgvragen op urgentie en het bepalen van de zorginzet. Ook 40% van de meldkamers ambulancezorg en een deel van de SEH's gebruiken dit systeem. Het NTS onderscheidt zes urgentieniveaus:

- U₀ = uitval vitale functies.
- U₁ = levensbedreigend, vitale functies zijn instabiel en in gevaar.
- U₂ = spoed, vitale functies zijn mogelijk bedreigd of er is een reële kans dat de toestand op korte termijn verslechtert.
- U₃ = reële kans op lichamelijke schade op korte termijn /humane redenen.
- U₄ = verwaarloosbare kans op schade (binnen een etmaal).
- U₅ = geen kans op schade (volgende werkdag).

De zorgvragen op terrein van ggz of op sociaal maatschappelijk terrein waarvoor tijdens ANW-uren een beroep wordt gedaan op de huisartsenpost of acute ggz, zijn in deze paragraaf ingedeeld naar urgentie, aansluitend bij de urgentiecategorieën in het NTS.

Indeling ggz zorgvragen

U₀/U₁ – Levensbedreigend: zorgvragen waarbij sprake is van een levensbedreigende situatie (suicide, ernstige bedreiging van omstanders). De ambulance of de politie wordt ingeschakeld. De aanrijtijd van de ambulance is 15 minuten. Zo nodig kan de burgemeester een IBS-maatregel (in bewaring stelling) nemen.

U₂ – Spoed: zorgvragen waarbij sprake is van (vermoeden van) gevaar voor patiënt of omgeving of ernstige overlast (zie definitie Profiel crisisdiensten/acute ggz, ggz Nederland 2013) en waarbij geen sprake is van een direct levensbedreigende situatie. Streefwaarde van de huisartsenpost is 90% van deze zorgvragen binnen 60 minuten te beoordelen, 98% binnen 2 uur.

- Hoofdprobleem is (vermoeden van) psychiatrische problematiek of verslaving: deze patiënten kunnen terecht bij de acute ggz. In de meeste regio's neemt de acute ggz tijdens ANW-uren ook de acute verslavingszorg waar. Zo nodig kan de burgemeester een IBS-maatregel nemen.
- Hoofdprobleem is sociaal maatschappelijke problematiek: voor deze patiënten bestaat op dit moment in de ANW-uren geen landelijke standaardvoorziening. Per regio en per gemeente is dit anders geregeld en kunnen meerdere partijen betrokken zijn (sociale wijkteams, oggz (openbare ggz)/ggd, (F)ACT). Samen met de patiënt, diens omgeving, acute ggz en zo mogelijk andere voorzieningen (brede ggz, maatschappelijk werk, gemeentelijke voorzieningen, bij agressie politie) moet naar mogelijkheden worden gezocht om de patiënt te helpen de periode tot de eerstkomende werkdag te overbruggen.

U3 – Dringend: hieronder vallen zorgvragen waarbij de patiënt plotseling of toenemend verward is of zeer angstig, maar waarbij geen sprake is van gevaar. Streefwaarde van de huisartsenpost is deze patiënten binnen enkele uren te beoordelen. Soms kan de huisarts zorg bieden die de periode tot de eerstkomende werkdag overbruggt. Anders:

- Hoofdprobleem is (vermoeden van) psychiatrische problematiek of verslaving: de zorgvraag van deze patiënten past niet altijd in de definitie van de acute ggz. Wel is dringend een psychiatrische beoordeling of psychiatrische zorg nodig. In overleg met de acute ggz kunnen deze patiënten vaak terecht bij acute ggz of verslavingszorg. Soms is een overbrugging tot de volgende werkdag met huisartsenzorg mogelijk.
- Hoofdprobleem is sociaal maatschappelijke problematiek: zie bij U2.

U4 – Niet dringend: hieronder vallen zorgvragen waarbij de patiënt langere tijd verward of zorgmijdend is en nu hulp wil. De streefwaarde van de huisartsenpost is deze vragen binnen 24 uur te beoordelen. Soms kan de huisarts zorg bieden die de periode tot de eerstkomende werkdag overbruggt. Als overbrugging niet mogelijk is:

- Hoofdprobleem: (vermoeden van) psychiatrische problematiek of verslaving. De zorgvraag van deze patiënten past niet altijd in de definitie van de acute ggz. Wel is binnen 24 uur een psychiatrische beoordeling of psychiatrische zorg nodig. In overleg met de acute ggz kunnen deze patiënten soms terecht bij acute ggz of verslavingszorg.
- Hoofdprobleem is sociaal maatschappelijke problematiek: zie bij U2.

U5 – Advies: zorgvragen waarbij geen kans is op schade op korte termijn. De triagist geeft voorlichting en advies of verwijst naar de eigen huisarts of behandelaar. Conform de streefwaarde van de huisartsenpost autoriseert de huisarts dit advies binnen 1 uur. Denk hierbij ook aan gebruik van telefonische- of chat hulpdiensten zoals Sensoor en 113-online.

Knelpunten

- Patiënten vallen tussen wal en schip: tijdens ANW-uren bestaat in veel regio's is (nog) onvoldoende sluitend zorgaanbod om een aantal groepen patiënten op te kunnen vangen:
 - Wanneer het hoofdprobleem van de patiënt met een zorgvraag geen psychiatrische problematiek, maar sociaal-maatschappelijke problematiek betreft.
 - Wanneer het hoofdprobleem van de patiënt met een zorgvraag vermoeden van psychiatrische problematiek is, er wel dringend behoefte is aan zorg (binnen enkele uren), maar er geen sprake is van gevaar of ernstige overlast.
- Wanneer huisarts en acute ggz een andere inschatting maken van gevaar en urgentie en/of aanwezigheid van psychiatrische problematiek.

Het is in het belang van de patiënt dat de betrokken partijen (patiënt en naasten, acute ggz, huisartsenpost) samen zoeken naar oplossingen op maat. Door gezamenlijk op te trekken en ook de patiënt te betrekken vermindert het gevoel van afschuiven van patiënten en is er meer ruimte voor creativiteit.

Het is belangrijke daarnaast een proces in gang te zetten waarin regelmatig gezamenlijk op basis van casuïstiek geëvalueerd wordt wat de best passende vorm van zorg zou zijn voor een patiënt, vermindert het aantal situaties waarin de huisarts en acute ggz een andere inschatting maken.

In Een en GGZ Nederland gaan verkennen wat de mogelijkheden zijn om de groep patiënten die tussen wal en schip valt beter in kaart te brengen om vervolgens naar oplossingsrichtingen te zoeken, eventueel samen met andere partners

4.2 Zorgprocessen in kaart brengen

Het is belangrijk om elkaars zorgprocessen in kaart te brengen, zodat er regionaal inzicht ontstaat in hoe de zorgprocessen zijn ingericht, voor welke patiëntengroepen ze zijn bedoeld en waar de overdrachtsmogelijkheden liggen. Door regelmatig aan de hand van casuïstiek te bespreken welke vorm van zorg het best passend is, worden deze zorgprocessen en de samenhang ertussen steeds beter afgestemd op de behoefte. Betrek ook de patiëntenorganisaties bij deze permanente verbetercyclus. Zie bijlage 2 voor een stroomschema van de samenwerking tussen huisartsenpost en acute ggz.

4.3 Overdrachtsmomenten

Het in kaart brengen van het zorgproces brengt de momenten waarop een patiënt moet worden overgedragen goed in beeld. Hoe de overdracht eruit kan zien, komt terug in hoofdstuk 5.

Overdracht van huisartsenpost naar acute ggz

- Na telefonische triage door de huisartsenpost.
- Na consult huisarts.
- Na visite huisarts.

Overdracht van acute ggz naar huisartsenpost

- Terugverwijzing na consult acute ggz en na einde zorgverlening. Het tijdstip waarop de zorgverlening eindigt ligt vaak buiten de ANW-dienst. Terugkoppeling gebeurt dan met toestemming van de patiënt naar de eigen huisarts, conform de NHG-richtlijn.
- Wanneer het einde van de zorgverlening binnen de ANW dienst valt, wordt met toestemming van de patiënt teruggekoppeld naar de huisarts en de huisartsenpost.
- De acute ggz twijfelt over mogelijk voorliggende somatische problematiek en vraagt een somatische beoordeling (denk bijvoorbeeld aan vermoeden delier, ontregelde diabetes, intoxicatie).

4.4 Toelichting specifieke stappen in het zorgproces

In het zorgproces is een aantal momenten te benoemen, die in de praktijk weleens een knelpunt zijn. Goede afspraken hierover versoepelen de samenwerking en voorkomen knelpunten.

Aanmelding

De huisarts is – net als in de somatische zorg – de poortwachter naar de specialistische ggz (behalve voor ggz in het kader van de Wet Bopz en forensische ggz). Voor patiënten die al in behandeling zijn bij de ggz en die zeer crisisgevoelig zijn, is de acute ggz rechtstreeks bereikbaar wanneer zij in crisis zijn of dreigen te raken. Hetzelfde geldt voor bijvoorbeeld patiënten die chemotherapie ontvangen en bij koorts direct contact kunnen zoeken met de specialist. Voor alle overige patiënten is het de huisarts die per situatie de inschatting maakt of de zorgvraag beantwoord kan worden door de huisarts of doorverwezen moet worden naar de acute ggz.

Na telefonische triage of na een consult of visite door de huisarts worden (nieuwe) patiënten bij de acute ggz aangemeld via een direct telefoonnummer. Een medewerker van de acute ggz belt zo snel mogelijk, maar uiterlijk binnen 30 minuten terug. In veel regio's is de afspraak dat de uiterste termijn sneller is.

Telefonisch overleg- en consultatiemogelijkheden

- Zo nodig kan de huisarts direct telefonisch overleggen met de psychiater of verslavingsarts of hen consulteren, bijvoorbeeld over de vraag hoe en wanneer een patiënt het best geholpen kan worden, of voor een medicatie advies. Dit voorkomt onnodige verwijzingen naar de acute ggz.
- Indien nodig kan de psychiater rechtstreeks telefonisch overleggen met de huisarts of hem/haar consulteren bijvoorbeeld om een vraag voor te leggen over het uitsluiten van voorliggende somatische problematiek.

Inschatten somatiek

Wanneer de huisartsenpost een patiënt nieuw aanmeldt bij de acute ggz, kan de acute ggz vragen om een screening op somatische problematiek. De huisartsenpost voert de screening uit en koppelt het resultaat terug aan de acute ggz (als de patiënt hier toestemming voor geeft, zie 7). Dit kan betekenen dat de screening telefonisch wordt uitgevoerd. Het is belangrijk om de keuze voor face to face of telefonische screening te baseren op een medische-inhoudelijke inschatting.

5 | INTENSIEVER SAMENWERKEN

In sommige regio's is gekozen voor een meer intensieve samenwerking:

- Intensieve samenwerking op nabijgelegen locaties waar consultatie van de psychiater laagdrempelig is georganiseerd en de sociaal psychiatrisch verpleegkundige (SPV) meegaat op visite met de huisartsenpost. (Groningen)
- Acute ggz maakt deel uit van het spoedplein. De SPV of verpleegkundig specialist van het intensive home treatment team werkt op het spoedplein en doet ook consulten voor de huisartsenpost. (Venlo)
- Mogelijkheid voor gesprek of opvang door de ggz zonder psychiatrische beoordeling. (Regio Rijnmond)
- Maatschappelijk werk kan worden ingeschakeld. (Hengelo)
- De triagist van de huisartsenpost is ook de telefonische ingang voor acute ggz. (Zeeuws Vlaanderen)
- Instellen van aandachtsfunctionarissen (triagisten) op de huisartsenpost, permanente mogelijkheid tot consultatie of overleg van de huisartsenpost met de acute ggz en verbeteren van de samenwerking door te investeren in de relatie en deskundigheid. (Midden Brabant)

6 | PATIËNTOVERDRACHT

Er is sprake van patiëntoverdracht wanneer de zorg voor een patiënt geheel of gedeeltelijk wordt overgedragen naar een andere hulpverlener. Beschrijf samen hoe de patiëntoverdracht in de verschillende overdrachtsituaties plaats vindt (zie 4.3).

6.1 Algemene uitgangspunten

- De patiënt staat centraal. Zie bijlage 3.8 voor een uitwerking van het Landelijk Platform GGZ. Ook de crisiskaart die in veel regio's wordt gebruikt, is een concrete uitwerking van dit uitgangspunt.
- Huisarts en acute ggz bieden een mogelijkheid voor wederzijds collegiaal consult of telefonisch overleg.
- Huisartsenpost en acute ggz wijzen geen patiënten af. Het is niet goed voor de patiënt, en ook niet voor de samenwerkingsrelatie, om een patiënt af te wijzen als de huisarts inschat (en dit met de patiënt overlegt) dat specialistische zorg nodig is. Evalueren achteraf helpt om 'onterechte' verwijzingen te verminderen, zonder dat de patiënt hier last van heeft.
- Een discussie achteraf over de noodzaak van een crisisinterventie of een inschatting van somatische problematiek helpt elkaar beter te leren kennen en de samenwerking te verbeteren.
- Huisarts en acute ggz doen na een verwijzing vanuit hun eigen medische perspectief een triage om te bepalen welke zorginzet met welke urgentie het beste past.
- Huisarts en acute ggz spelen zo snel mogelijk in op zorgvragen en geven een indicatie van de wachttijd.
- Voor verwijzing is toestemming van de patiënt vereist, tenzij gedwongen zorg geïndiceerd is. Ook in geval van gedwongen zorg wordt de patiënt wel geïnformeerd.
- Gedwongen zorg wordt zo min mogelijk gebruikt.

6.2 Hoe dragen we over?

De overdracht van een patiënt is een van de meest risicovolle momenten in het zorgproces. Neem in de beschrijving van de overdrachtsmomenten daarom in elk geval de volgende aspecten mee:

- Welke professionals hebben contact bij de overdracht?
- Hoe bereiken zij elkaar?
- Expliciete overdracht (Handreiking verantwoordelijkheidsverdeling bij samenwerking in de zorg, KNMG en anderen, 2010). Waarom neem je contact op met de andere hulpverlener: melden van informatie, overleg of overdracht?
- SBAR (situation, background, assessment, recommendation) is een bruikbaar als format voor de mondelinge overdracht bij acute zorg. Dit format wordt o.a. gebruikt in de communicatie tussen ambulancezorg en huisartsenpost (zie voorbeeld in bijlage 3.10).
- Zoveel mogelijk is sprake van een warme overdracht, zowel telefonische als bij zorg ter plaatse. Dat betekent dat bij telefonische overdracht de patiënt wordt doorverbonden met de

hulpverlener waarnaar wordt doorverwezen. Bij zorg ter plaatse blijft de hulpverlener bij de patiënt totdat de hulpverlener waaraan wordt overgedragen ter plaatse is, tenzij de veiligheid op een andere manier geborgd kan worden.

- Schat in wanneer de acute ggz de patiënt ziet en geef dit door. Als dit tijdstip wijzigt, geeft de acute ggz dit door aan de verwijzer.
- Maak afspraken over informatieoverdracht (zie 7).

6.3 Overbruggingstijd en verantwoordelijkheid

Huisartsenpost en acute ggz hebben in normen vastgelegd hoe lang het duurt voor de zorg kan worden ingezet (vanaf het moment dat de urgentie is ingeschat).

Responstijd huisartsenpost

De responstijd van de huisartsenpost is vastgelegd in streefwaarden (Raamwerk kwaliteitsbeleid VHN, 2013). Na telefonische triage:

- U0/U1 levensbedreigend: 90% binnen 20 minuten, 98% binnen 30 minuten
- U2 spoed: 90% binnen 60 minuten, 98% binnen 2 uur
- U3 dringend: binnen enkele uren
- U4 niet dringend: binnen 24 uur
- U5 advies: zelfzorgadvies

Responstijd acute ggz

De responstijd van de acute ggz is vastgelegd in het Profiel crisisdiensten/acute zorg ggz (GGZ Nederland 2013):

- Bij nood (dreigende suïcide): respons politie, brandweer, ambulance binnen 15 minuten.
- In andere situaties: 80% binnen 2 uur.

In 2016 ontwikkelt het 'Netwerk kwaliteitsontwikkeling ggz' een generieke module acute ggz. Daarin wordt naar verwachting een meer gedifferentieerde veldnorm opgenomen. Blijf tot die tijd de regionale mogelijkheden voor het differentiëren van de veldnorm verkennen.

Patiëntveiligheid en patiëntverantwoordelijkheid

De wachttijd tussen het moment van verwijzing en het eerste contact van de patiënt met de acute ggz kan een knelpunt vormen:

- Overdracht ter plaatse (inschakeling acute ggz tijdens een visite): de huisarts is verantwoordelijk voor de patiëntveiligheid totdat de acute ggz arriveert. Dit betekent dat de huisarts bij de patiënt blijft, of zorgt voor een veilige overbrugging (analoog aan 'Handreiking verantwoordelijkheden HAP+RAV' in Handboek HAP+RAV, VHN, AZN, 2012). In de praktijk sluit de wachttijd op de acute ggz na een visite vaak niet aan bij de logistiek op de huisartsenpost, waardoor soms de veiligheid van andere patiënten in gevaar komt. De huisarts moet dan een afweging maken.
- Telefonische overdracht: De huisarts heeft ingeschat dat voor beantwoording van de zorgvraag met spoed specialistische zorg nodig is. De acute ggz behandelaar is in staat de verantwoordelijkheid voor de patiënt over te nemen wanneer hij de patiënt gezien of gesproken heeft. Dit levert regelmatig knelpunten op. In een aantal regio's is een

ontvangstlocatie voor de acute ggz ingericht, waar de patiënt kan wachten op de hulpverlener acute ggz, met toezicht door de acute ggz (een soort seh – ggz).

Knelpunten overbruggingstijd

Het komt voor dat de huisarts inschat dat de tijd tot beoordeling door de ggz tot problemen leidt:

- Patiëntveiligheid van de patiënt met zorgvraag acute ggz is in het geding
- Beschikbaarheid van huisartsen is te laag (patiëntveiligheid overige patiënten in het geding) wanneer een huisarts bij de patiënt moet wachten op de acute ggz.

Voor dit probleem bestaat (nog) geen landelijk geldende oplossing. Het is van belang regionaal oplossingen te blijven zoeken.

Regionaal omgaan met overbruggingstijd

Huisartsenpost en acute ggz zijn gezamenlijk verantwoordelijk voor het organiseren van een sluitende keten van acute zorg. Monitor daarom hoe vaak onveilige situaties voorkomen en evalueer samen de casuïstiek om tot oplossingen te komen. Betrek daarbij zo nodig andere partijen. Structurele problemen met het halen van de normtijden moet worden opgelost op management niveau of – als dit niet voldoende oplevert – op directieniveau.

Mogelijkheden voor een patiëntveilige overbruggingsperiode:

- In een aantal regio's heeft de acute ggz een ontvangstlocatie ingericht waar patiënten kunnen wachten (met toezicht). Zo heeft het team acute ggz minder reistijd en hoeft de huisarts niet onnodig lang ter plaatse te zijn. De patiënt kan daar met eigen vervoer of per taxi naartoe gaan. Wanneer dit op grond van psychiatrische problematiek niet mogelijk is, is ambulancevervoer een optie. In het Kwaliteitskader (acute) psychiatrie ambulancezorg (AZN en GGZ Nederland, 2014) is de mogelijkheid opgenomen van ambulancevervoer naar een opvanglocatie.
- Huisvesten van acute ggz op een locatie dichtbij of gezamenlijk met de huisartsenpost en de SEH waardoor nauwere samenwerking mogelijk is.
- Regionale afspraken over een meer gedifferentieerde of snellere aanrijtijd voor acute ggz.
- Met apps als 'Mag ik even meekijken' kan de patiënt op zijn eigen tablet of telefoon contact hebben met een hulpverlener op een andere plek. Dit is voor sommige patiënten een mogelijkheid om de wachttijd tot een fysiek consult te overbruggen. Ook kan een meekijk-app worden ingezet om de psychiater te laten meekijken bij een consult door een andere ggz behandelaar.
- Telefonisch contact met acute ggz en/of huisartsenpost tijdens het wachten.
- Maatwerk per patiënt: wanneer de patiëntveiligheid van de patiënt of andere patiënten in gevaar is, gezamenlijk zoeken naar een oplossing op maat (patiënt bij dit overleg betrekken).
- Sommige patiënten vinden het essentieel als een vertrouwd persoon of een onafhankelijk cliëntondersteuner aanwezig is tijdens een crisissituatie. Dit kan soms ook een (deel van de) oplossing bieden voor de overbruggingsperiode.

7 | INFORMATIEOVERDRACHT

Een belangrijk aspect bij de overdracht van een patiënt is de overdracht van informatie. Digitale uitwisseling met rechtstreekse verwerking in het dossier is nog niet mogelijk tussen huisartsenpost en acute ggz. Wel mogelijk is mondelinge uitwisseling (telefonisch of face-to-face), uitwisseling op papier of uitwisseling per beveiligde email. Steeds vaker wordt gewerkt met verwijzingen via Zorgdomein. Spreek expliciet af welke mogelijkheden worden benut.

7.1 Richtlijnen

Documenten over de informatieoverdracht tussen huisartsenpost en acute ggz:

- NHG-richtlijn informatie-uitwisseling huisarts-tweedelijns ggz (NHG, 2011).
- Handreiking verantwoordelijkheidsverdeling bij samenwerking in de zorg (KNMG en anderen, 2010).
- Richtlijnen omgaan met medische gegevens (KNMG, 2010).
- Richtlijn overdracht van medicatiegegevens in de keten (diverse partijen, 2008) en Toepassing op de huisartsenpost van de richtlijn Overdracht van Medicatiegegevens in de keten (VHN, 2012).
- Handreiking gegevensuitwisseling in de bemoiezorg (KNMG, GGZ Nederland, GGD Nederland, 2014).
- Wegwijzer beroepsgeheim in samenwerkingsverbanden (KNMG, GGZ Nederland, LHV en anderen, 2014).

7.2 Toestemming

De zorgverleners in het samenwerkingstraject zorgen dat zij beschikken over de gegevens en bevindingen die zij nodig hebben om verantwoorde zorg te kunnen verlenen. Uitsluitend informatie die noodzakelijk is voor goed hulpverlenerschap mag worden uitgewisseld. (Handreiking verantwoordelijkheidsverdeling bij samenwerking in de zorg, KNMG, 2010). Voor het uitwisselen van informatie is toestemming van de patiënt vereist, tenzij sprake is van bemoiezorg of zorg in het gedwongen kader. Leg regionaal vast welke informatie wordt uitgewisseld bij verwijzing en terugkoppeling. In de 'Richtlijnen inzake omgaan met medische gegevens' (KNMG, 2010) staan richtlijnen over verwijzing en terugkoppeling:

- Verwijzing van huisarts naar ggz: verstrekken van medische gegevens in het kader van een verwijzing gebeurt op grond van veronderstelde toestemming van de patiënt. In de verwijsbrief worden alleen gegevens opgenomen die relevant zijn voor de verwijzing. De patiënt kan hier bezwaar tegen maken.
- Terugkoppeling van ggz naar huisarts: het is gebruikelijk dat de medisch specialist die een patiënt heeft behandeld de huisarts daarover informeert. De medisch specialist mag de brief met toestemming van de patiënt aan de huisarts verstrekken. In veel gevallen mag toestemming verondersteld worden, maar in bijzondere gevallen, zoals bijvoorbeeld na psychiatrische behandeling, is expliciete toestemming noodzakelijk.

Doorbreken beroepsgeheim

Soms geeft de patiënt geen toestemming voor gegevensuitwisseling. In uitzonderlijke gevallen kan dan toch informatie verstrekt worden. De voorwaarden staan in de Wegwijzer beroepsgeheim in samenwerkingsverbanden (KNMG, GGZ Nederland, LHV en anderen, 2014):

- Wettelijke verplichting op grond van de Wet Bopz (gedwongen opname)
- Bij conflict van plichten. Daarvoor moet aan alle voorwaarden zijn voldaan:
 - Er is geen toestemming verkregen, nadat alles in het werk is gesteld om wel toestemming te verkrijgen.
 - De professional met zwijgplicht is in gewetensnood door handhaven zwijgplicht.
 - Doorbreken van de zwijgplicht is de enige oplossing.
 - Niet doorbreken van de zwijgplicht levert voor patiënt of een ander ernstige schade op.
 - Doorbreken van de zwijgplicht kan vrijwel zeker het probleem oplossen.

Bemoeizorg

Voor zorgwekkende zorgmijders is bemoeizorg vanuit de oggz soms de enige oplossing. De voorwaarden waaronder gegevens uitgewisseld kunnen worden staan in de Handreiking gegevensuitwisseling in de bemoeizorg (KNMG, GGZ Nederland, GGD Nederland, 2014).

7.3 Informatie acute ggz → huisartsenpost (vooraf)

Sommige patiënten hebben specifieke afspraken met de acute ggz. Met toestemming van de patiënt kan worden besloten de huisartsenpost hierover te informeren. Dit geldt uitsluitend voor informatie die voor de behandeling noodzakelijk is. Alleen actuele informatie is nuttig (verouderde informatie over patiëntafspraken kan zelfs schadelijk zijn voor de patiëntveiligheid), daarom is dit soort informatie idealiter beschikbaar in de samenvatting van het huisartsendossier die via het LSP ingezien kan worden. Deze mogelijkheid bestaat echter lang niet voor alle patiënten. Spreek daarom voor kwetsbare patiënten extra maatregelen af. Zorg ook dat de manier waarop medische informatie binnenkomt op de huisartsenpost en inzichtelijk is voor medewerkers, in overeenstemming is met de privacywetgeving.

De inbreng van de patiënt bij de zorg

In alle gevallen is het belangrijk de patiënt te vragen of er afspraken zijn over gebruik van acute ggz. Mogelijk zijn er ook interventies die in soortgelijke situaties in het verleden goed hebben gewerkt. Sommige regio's werken met crisiskaarten. Op zo'n kaart, die de patiënt bij zich draagt, staat wat de patiënt wil dat er gebeurt wanneer hij/zij in crisis raakt. Vraag de patiënt dus naar een eventuele crisiskaart en of hij/zij wil dat de huisarts de informatie daarop gebruikt. Let op dat de informatie op de crisiskaart actueel is.

7.4 Informatie huisartsenpost → acute ggz

Op verschillende momenten zijn verschillende vormen van informatie van belang:

- Gebruik voor mondelinge communicatie in een spoedeisende situatie SBAR (zie 6.2).
- Informatie die noodzakelijk is bij interventie:
 - Medicatieoverzicht: als de acute ggz medicatie voorschrijft, moet de voorschrijver kunnen beschikken over een actueel medicatieoverzicht. (Richtlijn overdracht van medicatiegegevens in de keten, diverse partijen, 2008).

- Professionele samenvatting in het huisartsendossier: met name informatie over het psychiatrische heden en verleden, en actuele somatische problematiek zijn belangrijk. Conform de NHG-richtlijn informatie-uitwisseling huisarts-tweedelijns ggz moet de ggz in een crisissituatie over de informatie uit deze samenvatting kunnen beschikken. In de praktijk blijkt het niet altijd haalbaar te beschikken over een actueel medicatieoverzicht en professionele samenvatting in een acute situatie. De psychiater kan niet in het LSP en de huisartsenpost heeft de informatie alleen als de patiënt toestemming heeft gegeven voor gebruik van het LSP. Bovendien kan de huisartsenpost de informatie alleen verstrekken als de huisarts verwijzer is, en de patiënt geen bezwaar maakt tegen informatie-uitwisseling.

Verwijsbrief

De acute ggz kan de behandeling starten zonder verwijsbrief wanneer de situatie van de patiënt zo ernstig is dat uit medisch noodzakelijk oogpunt niet kan worden gewacht. De acute ggz doet in zo'n geval melding aan de huisarts, die het vastlegt in het dossier. De dossiervermelding geldt dan als verwijzing. Veel ggz aanbieders en huisartsenposten werken met Zorgdomein voor verwijzingen, ook in acute ggz. Door gebruik van deze digitale oplossing is informatie over de verwijzing snel schriftelijk beschikbaar.

8 | KLACHTEN, MELDINGEN, INCIDENTEN, CALAMITEITEN

Klachten, incidenten en calamiteiten komen helaas voor. Maak afspraken over wat er moet gebeuren als beide zorgpartners betrokken zijn. Het is belangrijk om aan te sluiten bij de bestaande afspraken van de zorgpartners. Een gezamenlijke meldingsmethode is een goede manier om de samenwerking aan de hand van reële situaties verder te ontwikkelen. In bijlage 3.9 is een voorbeeld opgenomen van een transmurale incidentmelding methode (TIM). De Wkkgz stelt verdere eisen aan klachtafhandeling.

Aandachtspunten

- Communicatie met de patiënt: het is belangrijk openheid over het incident te betrachten.
- Elkaar informeren: wanneer beide partners betrokken zijn, geeft de partner waar de melding binnenkomt het incident door aan de ander via een afgesproken route.
- Feedback: als een zorgverlener in het samenwerkingsverband in de ogen van een of meer collega's niet voldoet aan de normen voor verantwoorde zorg, spreken zij hem/haar daarop aan.

9 | EVALUATIE EN FEEDBACK

Opstellen en evalueren van samenwerkingsafspraken

- Leg de gemaakte afspraken over de aard en inrichting van de samenwerking en over ieders betrokkenheid daarbij schriftelijk vast.
- Spreek een termijn af voor de geldigheid en zorg ervoor altijd voor een actuele versie van de samenwerkingsafspraken beschikbaar te hebben.
- Evalueer halfjaarlijks of jaarlijks op management/directieniveau hoe de samenwerking loopt.
- Bedenk op welke niveaus evaluatie plaats vindt. Een evaluatie door de directie en de raad van bestuur levert andere informatie op dan een evaluatie van de teamleider en de locatiemanager of een evaluatie tussen zorgverleners. Het is zinvol om ook professionals multi- of monodisciplinair met elkaar te laten evalueren hoe de samenwerking loopt.

Feedback tijdens het zorgproces

- Bouw als dat nodig is voor een goede zorgverlening controlemomenten (overleg, evaluatie) in.
- Spreek af hoe zorgverleners feedback aan elkaar kunnen geven over het zorgproces. Zorg ervoor dat feedback niet leidt tot discussie over het hoofd van de patiënt heen. Discussie bijvoorbeeld over de noodzaak van een overdracht vindt achteraf plaats.
- Stimuleer het achteraf met elkaar overleggen als het niet (voldoende) gelukt is zorg op maat te leveren. Betrek ook de patiënt bij dit overleg.

Monitoring van resultaten ten behoeve van kwaliteitsverbetering

- Monitor de resultaten van de samenwerking systematisch, zodat trendsesignaleerd kunnen worden. De informatie wordt gebruikt om de zorg te verbeteren. De resultaten kunnen dienen als basis voor evaluatie van de afspraken.
- Maak gezamenlijk afspraken over indicatoren die gemonitord worden
- Betrek de regionale patiëntenorganisaties bij het evalueren van de resultaten en maken van verbeterafspraken. Ga te rade bij het Landelijk Platform GGZ (www.platformggz.nl).

BIJLAGE 1: CHECKLIST

SAMENWERKINGSAFSPRAKEN

Checklist samenwerkingsovereenkomst

Deze checklist is bedoeld als ondersteuning, niet als dwingend kader. De nummering volgt de hoofdstukkenindeling van de handreiking.

1 Uitgangspunten en doelstellingen

- Namen samenwerkingspartners.
- Werkgebied waarvoor de afspraken gelden.
- Beschrijving van de context: ontwikkelingen in huisartsenzorg en ggz, landelijk en regionaal, die van belang zijn voor de samenwerking.
- Gezamenlijke visie op samenwerking, ambitie.
- Gezamenlijke kernwaarden.

2 Wetten, richtlijnen en overige documenten

- Wet- en regelgeving, richtlijnen en handreikingen van toepassing op de samenwerking.

3 Elkaar leren kennen

- Opsomming van activiteiten die de samenwerkingspartners ondernemen om elkaar beter te leren kennen en van elkaar te leren.

4 Afstemming zorgprocessen

- Beschrijving van soorten zorgvragen en mogelijkheden om deze te beantwoorden.
- Procesbeschrijving waarin duidelijk is wanneer de patiënt overgedragen kan worden.
Specifieke aandachtspunten zijn:
- Aanmelding bij acute ggz
- Consultatiemogelijkheden/telefonisch overleg
- inschatten somatische problematiek door de huisartsenpost.

5 Intensiever samenwerken

- Indien van toepassing: regionale afspraken om meer intensief samen te (gaan) werken.

6 Patiëntoverdracht

- Afspraken hoe de patiënt overgedragen kan worden.
- Gebruik SBAR bij overdracht.
- Afspraken over normtijden.
- Afspraken hoe gezamenlijk om te gaan met eventuele overbruggingstijd op casusniveau.
- Afspraken over hoe te handelen wanneer overbruggingstijd gevolgen dreigt te hebben voor de veiligheid van de ggz patiënt en/of andere patiënten. Betrek hierbij zo nodig andere partijen.
- Verschuiven patiëntverantwoordelijkheid na telefonische overdracht en overdracht bij zorg ter plaatse.

7 Informatieoverdracht

- Afspraken over voorwaarden voor informatie-uitwisseling passend bij privacy-wetgeving en toestemmingsvereisten.
- Afspraken over welke informatie noodzakelijk is voor het verlenen van verantwoorde zorg.
- Afspraken over aanwezigheid op de HAP van informatie over patiënten die rechtstreeks terecht kunnen bij de acute ggz.
- Wordt de crisiskaart gebruikt in de regio?
- Welk medium wordt gebruikt voor het verstrekken van informatie (Zorgdomein, beveiligde mail, papier).
- Afspraken over voorlichting aan (potentiële) patiënten over gegevensuitwisseling.

8 Klachten, meldingen, incidenten, calamiteiten

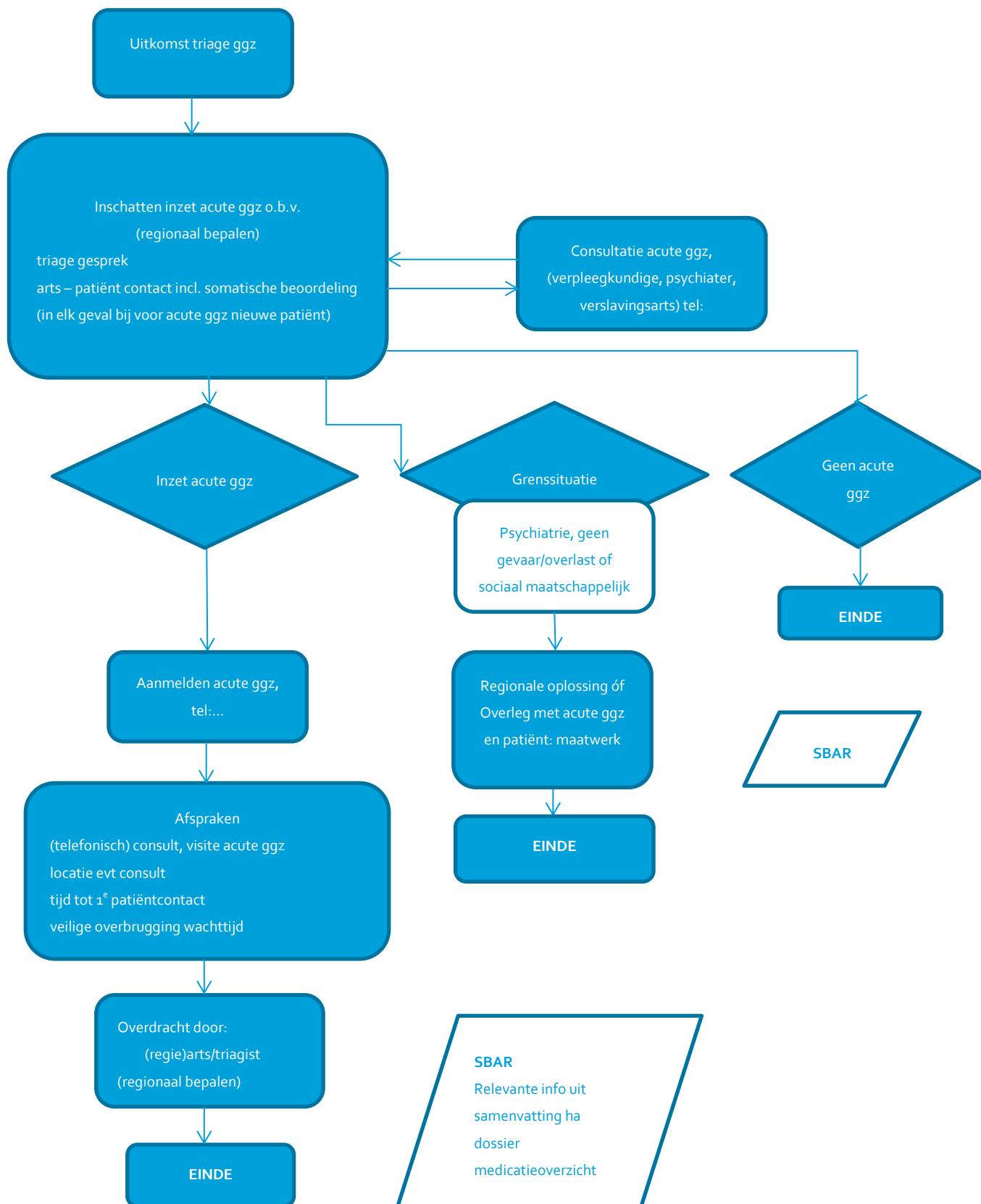
- Beschrijving van procedures bij klachten, meldingen, incidenten en calamiteiten die betrekking hebben op situaties waarbij beide samenwerkingspartners betrokken zijn.
- Beschrijving van de manier waarop klachten, meldingen, incidenten en calamiteiten gebruikt worden voor gezamenlijke kwaliteitsverbetering.

9 Evaluatie en feedback

- Beschrijving over afspraken over feedback tijdens het zorgproces.
- Beschrijving van de manier waarop feedback tijdens het zorgproces gemonitord wordt, ten behoeve van kwaliteitsverbetering.

BIJLAGE 2: VOORBEELDEN STROOMSCHEMA

Voorbeeld stroomschema



BIJLAGE 3: VOORBEELDEN SAMENWERKINGSAFSPRAKEN

Voorbeelden van regionale samenwerking HAP+acute ggz

- 1 Protocollen en samenwerkingsovereenkomst Stichting Huisartsenposten Midden-Brabant, GGZ Breburg, 2013-2015.
- 2 Werkafspraken tussen Centrale Huisartsenpost Salland (nu Spoedpost Huisartsenzorg Deventer e.o.) en Dimence, 2015.
- 3 Samenwerking HAP en Acute dienst Propersona, Huisartsenpost Geldersrivierenland, 2014.
- 4 Protocol acute psychiatrie, Coöperatieve Huisartsenpost 't Hellegat, 2015.
- 5 Stroomschema afspraken huisartsen en acute dienst GGZ, Acute dienst Parnassia Groep, Stichting Koel, LHV huisartsenkringen Rotterdam en ZH Zuid, Huisartsenposten CHPR en 't Hellegat, 2015.
- 6 Procedure psycho-sociale spoedhulp tijdens avond-, nacht-, en weekenddiensten, Huisartsenpost Hengelo, Wijkkracht, 2015.
- 7 Samenwerkingsafspraken HDT-oost, HAP Hengelo, Tactus en crisisdienst Mediant ten behoeve van de verslaafde patiënt, 2015.
- 8 Zorgvraag patiënt als uitgangspunt, LPGGZ, 2016.
- 9 Transmuraal incident melden, Zwols veiligheidsnetwerk, 14 april 2014.
- 10 Overdracht acute zorg: SBAR, Ambulancezorg Rotterdam-Rijnmond, Huisartsenposten Rijnmond, Huisartsenpost 't Hellegat, Huisartsenpost Nieuwe Waterweg Noord, 8 juni 2015.

Voorbeeld 1

Protocol Stichting Huisartsenposten Midden-Brabant	
Naam: psychische hulpvragen	
Nummer: KO-14-032	
Opgesteld door: N. vdn Elzen	
Status: vastgesteld	
Bijlagen: 4	Datum: 22-05-2015
	Versie: 2
	HKZ-normen: 1.4 k

Doel: Verbeteren van de triage van psychische hulpvragen en het stroomlijnen van deze hulpvragen binnen het callcenter.
Toelichting: • In 2010 is SHMB samen met GGz-Breburg gestart met het verbeteren van de samenwerking met als doel de zorg aan en indien van toepassing de doorverwijzing van GGz-patiënten te verbeteren. • Hieruit volgde o.a. als actiepunt het verbeteren van de triage van psychische hulpvragen en het stroomlijnen van deze hulpvragen binnen het callcenter. • In kader hiervan is SHMB per 1 mei 2014 gestart met het benoemen van een aantal triagisten tot aandachtsfunctionarissen GGz en is er een triagekaart opgesteld. • De aandachtsfunctionarissen GGz volgen een begeleidingstraject om hun vaardigheden en kennis met betrekking tot psychische hulpvragen gradueel te verhogen. • In de bijlage is een overzicht opgenomen van de aandachtsfunctionarissen GGz. • De overheid wil een reductie van 30% gespecialiseerde GGz zorg realiseren. Naast de lichte GGz problematiek, zullen ook patiënten met stabiele chronische GGz problematiek (die niet meer in de specialistische GGz hoeven te worden behandeld) onder de huisarts gaan vallen. De huisartsenpost biedt enkel huisartsgeneeskundige spoedzorg, zorg waarbij sprake is van acute/dringende psychiatrische problemen. • Het is belangrijk dat de eigen huisarts via Webhulpportaal de huisartsenpost informeert over het behandelplan van de patiënt, zodat de huisartsenpost de hulpverlening kan voortzetten. Bij geconstateerde ontbrekende informatie wordt de eigen huisarts alsnog door een vaste AF GGz benaderd om het dossier op de post aan te vullen.
Uitvoering door: • Callhandlers; • Triagisten; • Aandachtsfunctionarissen GGz (AF GGz); • Reglearts.
Werkwijze callhandlers: De callhandler: • Sluit eerst uit of het spoedzorgvraag betreft: <i>Acuut=</i> - patiënt is niet D-ABCE stabiel; - ernstige hypoglykemie vermoed / braken, kortademig en gebruik insuline; - overdosis drugs of medicatie; - acute dreiging om zelfmoord te plegen (b.v. op brug of bij het spoor staan); - (mogelijke) fysieke agressie jegens familie/begeleiders. • Verbindt spoedzorgvragen direct door conform de reguliere werkwijze. • Plaats vragen over herhaalmedicatie in de terugbelagenda conform de reguliere werkwijze. • Niet spoedeisende psychische zorgvragen en vervolcontacten m.b.t. dezelfde casus plaatsen in de terugbelagenda onder de kleur geel onder vermelding van AF GGz: Attendeert de AF GGz persoonlijk op het terugbelafpraak.

Goedgekeurd door: L.Gelderland
Verantwoordelijke: teamleider callcenter

Datum: 10-07-2014
Pagina 1 van 8

Voorbeeld 1

Protocol Stichting Huisartsenposten Midden-Brabant

Naam: psychische hulpvragen

Nummer: KO-14-032

Opgesteld door: N. vdn Elzen

Status: vastgesteld

Bijlagen: 4

Datum: 22-05-2015

Versie: 2

HKZ-normen: 1.4 k

HUISARTSENPOST



Werkwijze triagisten:

De triagist:

- Sluit eerst uit of er sprake is van een ontregelde diabeticus en/of het een U0/U1 betreft. Handelt bij een acute situatie conform de reguliere procedure.
- **Acuut=**
 - patiënt is niet D-ABCE stabiel;
 - ernstige hypoglykemie vermoed / braken, kortademig en gebruik insuline;
 - overdosis drugs of medicatie;
 - acute dreiging om zelfmoord te plegen (b.v. op brug of bij het spoor staan)¹;
 - (mogelijke) fysieke agressie jegens familie/begeleiders¹.
- Handelt vragen voor herhaalmedicatie i.o.m. reglearts³ af.
- Controleert of patiënt op de GGz lijst van de crisisdienst staat. Zo ja dan schakelt de triagist de crisisdienst in.
- Delegeert overige psychische hulpvragen en vervolgcontacten over dezelfde casus aan de AF GGz, d.w.z.:
 - Verbindt door naar de AF GGz (mits deze vrij is) of plaatst de psychische hulpvraag in de terugbelagenda;
 - Maakt een terugbelafpraak zichtbaar door de terugbelafpraak de kleur geel te geven en te noteren onder AF GGz:.....;
 - Attendeert de AF GGz persoonlijk op de terugbelafpraak.

Werkwijze bij afwezigheid AF GGz:

Als een psychische hulpvraag op het callcenter binnenkomt en er heeft geen AF GGz dienst, dan handelt de triagist de hulpvraag zelf af.

Taken van verantwoordelijkheden AF GGz:

De AF GGz:

- handelt gedurende een dienst ook alle andere hulpvragen af;
- maakt zich binnen het callcenter en aan collega hulpverleners (waaronder de crisisdienst) zich expliciet kenbaar als AF GGz.
- is verantwoordelijk voor de triage van niet-levensbedreigende psychische hulpvragen;
- fungeert als eerste aanspreekpersoon bij vervolgcontacten over dezelfde GGz casus;
- is alert op de terugbelagenda (binnen maximaal 1 uur terugbellen);
- trieert de hulpvraag aan de hand van de triagekaart, zie bijlage 2;
- hanteert de HAAK, treedt de beller met empathie tegemoet, luistert aandachtig en oordeelt niet;
- raadpleegt het dossier² op de post en raadpleegt zo nodig via de reglearts³ het dossier bij de elgen huisarts;

¹ Wanneer er sprake is van een acute dreiging om zelfmoord te plegen of er is sprake van acute fysieke agressie jegens familie/begeleiders, dan dient eerst de politie via 112 ingeschakeld te worden. De taak van politie is de veiligheid (van patiënt en naasten) te waarborgen, de taak van de ambulance is zorg verlenen.

² Uitbehandelde chronische patiënten: er bestaat een groep chronische patiënten met herhaaldelijke spoedaanmeldingen (de zgn. veelbellers) voor wie de onregelmatige behandeling in psychiatrische urgentiediensten (waaronder de huisartsenpost en de crisisdienst) nog de enige continuïteit van zorgverlening is. Indien mogelijk is voor bepaalde patiënten in overleg met de crisisdienst een handelprotocol van kracht. Dit wordt indien van toepassing vermeld in het dossier van de patiënt op de huisartsenpost.

³ Voor reglearts kan ook callarts of nachtaris gelezen worden.

Goedgekeurd door: L.Gelderland
Verantwoordelijke: teamleider callcenter

Datum: 10-07-2014
Pagina 2 van 8

Voorbeeld 1

Protocol Stichting Huisartsenposten Midden-Brabant

Naam: psychische hulpvragen
Nummer: KO-14-032
Opgesteld door: N. vdn Elzen
Status: vastgesteld
Bijlagen: 4

HUISARTSENPOST

Datum: 22-05-2015
Versie: 2
HKZ-normen: 1.4 k



- pleegt zo nodig overleg met de regiearts of de voorwacht van de crisisdienst. De crisisdienst kan terugbellen via een aparte telefoon, zie bijlage 4;
- is alert op mogelijke agressie dreiging, communiceert hierover met visiteteam, schakelt zo nodig (in overleg met de regiearts) politiebegeleiding in;
- geeft een patiënt met een psychische hulpvraag alleen een consult als er geen sprake is van een mogelijke agressiedreiging;
- controleert of patiënten kinderen heeft, of de kinderen elders veilig opgevangen zijn en noteert dit in het dossier (kindcheck⁴).
- Is alert op het ontvangen van een terugkoppeling wanneer de crisisdienst contact heeft gehad met de patiënt en noteert dit in het dossier.
- draagt hulpvragen over bij einde dienst aan de volgende AF GGz (Indien mogelijk), zo niet dan volgt er overdacht aan de EVD.

Werkwijze regiearts (callarts c.q. nachtarts):

De regiearts:

- heeft geen bijzondere extra taken m.b.t. psychische hulpvragen ten opzichte van de somatieke hulpvragen;
- is bewust van een mogelijke agressiedreiging bij een GGz-patiënt: de taak van de politie is de veiligheid te waarborgen en de taak van de huisartsenpost is zorg te bieden. *Kortom, als de situatie niet veilig is/wordt gesteld, wordt er geen zorg geboden.*

⁴ **Kindcheck:** hulpverleners moeten voortaan bij volwassen patiënten met bijvoorbeeld psychische problemen of verslavingsproblematiek standaard nagaan of de patiënt verantwoordelijk is voor de verzorging en opvoeding van minderjarigen. In dat geval moet onderzocht worden of deze kinderen veilig zijn. Bij twijfel moet de huisarts contact opnemen met het Advies- en Meldpunt Kindermishandeling (AMK) voor consultatie.

Goedgekeurd door: L.Gelderland
Verantwoordelijke: teamleider callcenter

Datum: 10-07-2014
Pagina 3 van 8

Protocol Stichting Huisartsenposten Midden-Brabant

Naam: psychische hulpvragen
 Nummer: KO-14-032
 Opgesteld door: N. vdn Elzen
 Status: vastgesteld
 Bijlagen: 4

HUISARTSENPOST

Datum: 22-05-2015
 Versie: 2
 HKZ-normen: 1.4 k

Bijlage 1: Triagekaart psychische hulpvragen

Protocol Stichting Huisartsenposten Midden-Brabant Naam: psychische hulpvragen Datum: 10-07-2014 Nummer: KO-14-032 Versie: 1		Bijlage 1: Triagekaart psychische hulpvragen	
U0 of U1 (acute): • Patiënt is niet D-ABC stabiel (ademnood, bewustzijnsdaling, shock) • Ernstige hypoglykemie vermoed / braken, kortademig en gebruik insuline • Overdosis drugs of medicatie • Directe dreiging om zelfmoord te plegen (b.v. op brug of bij spoor staan) • Acute fysieke agressie jegens familie/begeleiders		5	Medicatiegebruik: op/zonder recept, recente wijzigingen, therapietrouw.
U2/U3: • Directe doorverwijzing naar crisisdienst • Plotselinge verwardheid, alwijkend gedrag, vreemd gedrag voor patiënt • Plotseling optreden van onrustig of juist heel stil gedrag • Toenemende onrust waarbij zich problemen voordoen • Delier • Opeens optreden van hallucinaties of wanen • Vergeetachtigheid die voorheen niet bestond		6	Heeft de patiënt nu drugs of alcohol gebruikt? Frequent gebruik? Vandaag: welke soort(en)/hoeveelheid (tabletten/eenheden)
U4: Herhaalmedicatie		7	Wat voor gedrag vertoont de patiënt? Waar is men bang voor? Welke gevoelens heeft de patiënt nu? Waar heeft de patiënt last van op dit moment: angst(en), onrust, wanen, dwanghandelingen, etc.?
Triagevragen		8	Te vragen aan de patiënt zelf: Denkt u dat u een gevaar bent voor uzelf? Zou u op dit moment dingen kunnen doen waar u later spijt van zou kunnen krijgen?
1		9	Is het herkenbaar van eerdere episodes? Wat is toen aangedragen als oplossing? Wat heeft naaste of patiënt zelf al geprobeerd? Welke afspraken zijn er onderling gemaakt? Hoe houdt men zich hieraan?
2		10	Welke lichamelijke klachten vertoont patiënt? Bv. koorts, trillen/tintelingen, kortademig, hyperventilatie, hoesten, droge mond, duizelig, hartkloppingen/pijn op de borst, klachten bij plassen, eelust, vochtinname, slaapproblemen, maag/buikpijn, hoofdpijn, spierpijn.
3		11	Is het veilig? Voor patiënt, naaste of hulpverlening?
4			Heeft u kinderen? Zijn zij elders veilig opgevangen? (Kindcheck)
5			Vanaf het in afwachting van een visite voor naasten: • Eigen veiligheid altijd eerst, bel zo nodig 112 • Blijf indien mogelijk bij de patiënt • Probeer de patiënt te kalmeren (bv. maak oogcontact, naam zeggen, gedrag benoemen) • Haal directe gevaren uit omgeving (glas, bestek etc.) • Creëer een prikkelarme omgeving • Draag zo nodig zorg voor een veilige opvang van aanwezige kinderen

Gedgekeurd door: L. Gelderland
 Verantwoordelijke: teamleider callcenter

Datum: 10-07-2014
 Pagina 4 van 8

Voorbeeld 1

Protocol Stichting Huisartsenposten Midden-Brabant	
Naam: psychische hulpvragen	HUISARTSENPOST 
Nummer: KO-14-032	
Opgesteld door: N. vdn Elzen	
Status: vastgesteld	
Bijlagen: 4	Datum: 22-05-2015
	Versie: 2
	HKZ-normen: 1.4 k

Overzicht aandachtsfunctionarissen GGz (d.d. 22-05-2015)

150915 Opmerking: Namen en foto's verwijderd om privacy redenen

Goedgekeurd door: L.Gelderland	Datum: 10-07-2014
Verantwoordelijke: teamleider callcenter	Pagina 5 van 8

Protocol Stichting Huisartsenposten Midden-Brabant	
Naam: psychische hulpvragen	
Nummer: KO-14-032	
Opgesteld door: N. vdn Elzen	
Status: vastgesteld	
Bijlagen: 4	Datum: 22-05-2015
	Versie: 2
	HKZ-normen: 1.4 k

Bijlage 3: Psychische klachten

Een patiënt/naaste kan bellen voor verschillende psychische klachten, zie onderstaand een globale opsomming:

- **Verwardheid:**
Gedrag afwijkend van iemands normale gedrag a.g.v. bv. deller, dementie, psychose en schizofrenie, Intoxicatie van drugs, medicatie of alcohol. Ontregelde diabetes of een hersenaandoening. Ook een ingrijpende gebeurtenis kan verwardheid veroorzaken. Voor naasten is het opvangen van een verwarde patiënt dikwijls zwaar.
- **Psychose:**
Een psychose is een toestand waarin iemand het gevoel voor de werkelijkheid kwijt is. Het is te herkennen aan wanen, hallucinaties (stemmen horen, beelden zien) en denkstoornissen (gevoel van almacht, van de hak op de tak springen, niet meer slapen). Ziekte-inzicht ontbreekt. Psychose kan samenhangen met verschillende ziektebeelden zoals alcohol en drugsmisbruik, psychosen bij een manisch-depressieve aandoening, bij schizofrenie en kortdurende psychosen.
Een psychose kan bedreigend zijn voor zowel de patiënt, als de omgeving.
Het ontstaan van een psychose hangt af van de kwetsbaarheid om een psychose te krijgen en van de stress (geestelijk/lichamelijk) die iemand ondervindt.
Psychose in kraambed vraagt om acute psychiatrische interventie. Het grote gevaar schuilt in de kans op kindermoord, waardoor het van belang is dat iemand bij de patiënt blijft.
- **Angststoornissen:**
Iemand met een angststoornis is buitensporig bang. Hierin is onderscheid te maken in fobieën (bang zijn voor een plek of omstandigheid en dit vermijden, bv. straatvrees), obsessief gedrag (bv. hele dag handen wassen a.g.v. smetvrees), post traumatische stressstoornis (a.g.v. trauma leven in het gevoel van dat gevaar, hierdoor ook agressief kunnen zijn), generalistische angststoornis (voor alles en nog wat bang zijn), paniekstoornis (bv bang zijn om dood te gaan, denken benauwd te zijn of een hartinfarct te hebben).
Angststoornissen zijn goed te behandelen. Kalmerende medicatie een goede tijdelijke optie.
- **Stemmingsstoornissen:**
Deze mensen hebben een extreem afwijkende gemoedsgesteldheid: distyme stoornis (een lichte depressie, chronisch van aard), depressie en bipolaire stoornis (manisch depressief)
Depressie kan op alle leeftijden ontstaan. Factoren die meespelen in het ontstaan ervan zijn biologische, psychologische (persoonlijkheid en opvoeding) en sociale ervaringen zoals verlieservaringen. Bij mensen die een depressieve episode hebben doorgemaakt, is de kans op herhaling aanmerkelijk.
Manisch depressiviteit is goed te behandelen met medicatie op voorwaarde dat patiënt medicatietrouw is, anders bestaat er een groot risico op ontregeling.
- **Persoonlijkheidsstoornissen:**
Bekende voorbeelden van persoonlijkheidsstoornissen zijn borderliners en mensen met antisociaal gedrag.

Goedgekeurd door: L.Gelderland
Verantwoordelijke: teamleider callcenter

Datum: 10-07-2014
Pagina 6 van 8

Voorbeeld 1

Protocol Stichting Huisartsenposten Midden-Brabant		
Naam: psychische hulpvragen		
Nummer: KO-14-032		
Opgesteld door: N. vdn Elzen	Datum: 22-05-2015	
Status: vastgesteld	Versie: 2	
Bijlagen: 4	HKZ-normen: 1.4 k	

Een borderliner (75% is vrouw) heeft veelal een trauma, bv. mishandeling of misbruik als kind. Het uit zich door onvoorspelbaarheid en een hoge emotionaliteit, labiel cq. agressief. Borderliners kunnen dingen niet lang vasthouden, zoals een relatie of baan. Meest voorkomende verschijnselen zijn: extreme devaluatie of idealisatie, moeilijk alleen kunnen zijn, snel in steek gelaten voelen, impulsiviteit, herhaalde suïcidepogingen, bedreigingen, zelfverwonding, stemmingswisselingen, psychotische periodes.

Communicatie met een borderliner is soms lastig. Probeer de persoon serieus te nemen, ook al zijn het in jouw ogen irreële problemen, stel je grenzen, houdt je bij je eigen taakopvatting, persoon niet afwijzen maar doorverwijzen (heb de sociale kaart helder), de patiënt is zelf verantwoordelijk, verantwoordelijkheid bij de patiënt laten.

- **Delier:**

Een veelvoorkomende aandoening die vooral optreedt bij oudere patiënten die in het ziekenhuis zijn opgenomen of die een blaasontsteking hebben. Er is een lichamelijke oorzaak waardoor de hersenen niet meer goed werken. Dat sluit niet uit dat ook psychologische factoren een rol kunnen spelen.

Bij de delier kan een persoon onrustig en hyperactief zijn (agitatie, desoriëntatie, wanen, hallucinaties) of juist apathisch (bewustzijnsdaling).

Onderliggende oorzaken van delier zijn divers: verschijnselen van een infectie, a.g.v. medicatie, recent trauma, medische ingreep, narcose, urineretentie, ernstige obstipatie, alcohol/nicotineontwenning, visus- gehoorbeperking, slaaptekort, ondervoeding of ontregelde vochtinname.

- **Dementie:**

Een ernstige en uiteindelijk fatale aandoening die berust op een voortschrijdende achteruitgang van het functioneren van de hersenen, waardoor problemen ontstaan met geheugen, taal, motoriek en waarneming. Symptomen die vaak voorkomen bij dementie zijn onder andere stemmingswisselingen, woede, agressie, angst, apathie, achterdocht en verzamelwoede. Meest voorkomende oorzaken zijn de ziekte van Alzheimer of vasculaire dementie.

Goedgekeurd door: L.Gelderland	Datum: 10-07-2014
Verantwoordelijke: teamleider callcenter	Pagina 7 van 8

Voorbeeld 1

Protocol Stichting Huisartsenposten Midden-Brabant	
Naam: psychische hulpvragen	HUISARTSENPOST 
Nummer: KO-14-032	
Opgesteld door: N. vdn Elzen	
Status: vastgesteld	
Bijlagen: 4	Datum: 22-05-2015 Versie: 2 HKZ-normen: 1.4 k

Bijlage 4: werkwijze telefoon aandachtsfunctionarissen GGz
d.d. 150513

150915 Opmerking: Daadwerkelijke telefoonnummers zijn uit voorzorg verwijderd

Om de bereikbaarheid voor de crisisdienst naar de aandachtsfunctionarissen GGz te verbeteren is de volgende opzet ingesteld:

- De mobiele telefoon van de balie gaat ook dienst doen als aandachtsfunctionaris GGz telefoon
- Dit toestel heeft een koppeling gekregen met een 013 nummer zodat de Crisisdienst hierop kan terugbellen.
- Hierdoor lopen deze Inkomende gesprekken mee in de voicelogging.

WERKWIJZE als aandachtsfunctionaris GGz telefoon (ook tijdens de nachtdiensten):

1. Bij aanvang van de dienst aandachtsfunctionaris GGz haalt betreffende triagist de mobiele telefoon bij de balie (Werkinstructie ligt er bij!)
2. De aandachtsfunctionaris GGz legt het toestel bij zich op de werkplek
3. Indien van toepassing dat het crisisteam gebeld dient te worden belt de triagist met het vaste toestel van die plek en spreekt in op welk nummer teruggebeld kan worden. **Het nummer dat vanaf nu aan de crisisdienst wordt doorgegeven is 013-.....**
Op deze manier kan de crisisdienst rechtstreeks bellen naar dit nummer en staat niet meer in de wacht op de Zorglijn. LET OP: op dit toestel dus alleen inkomende gesprekken aannemen m.b.t. patiëntenzorg/overleg. Alleen de inkomende gesprekken lopen mee in de voicelogging.
4. Zo nodig laad je het mobiele toestel op tijdens de dienst indien nodig. De kabel ligt ook bij de balie en dient altijd bij dit toestel te blijven.
5. Deze procedure wordt ook gebruikt in de nacht. De triagist nachtdienst heeft dit toestel ook bij zich liggen.
6. Op de doordeweekse dagen wordt het toestel met de Instructie kaart weer bij de balie neergelegd aan de oplader.

WERKWIJZE als Balie telefoon (06-.....) :

1. Indien het toestel tijdens een dienst gebruikt moet worden om een groeps-sms uit te doen dan wordt in overleg met de aandachtsfunctionaris GGz dit toestel gebruikt. Daarna wordt het toestel weer teruggelegd bij de aandachtsfunctionaris GGz.
2. Eventuele binnenkomende sms berichten worden door de balie tussendoor (in overleg) verzameld/gelezen en teruggekoppeld aan de teamleider/CTA.

Goedgekeurd door: L.Gelderland Verantwoordelijke: teamleider callcenter
--

Datum: 10-07-2014 Pagina 8 van 8

Voorbeeld 1

	GGZ Breburg	
Werkafspraken SHMB-crisisdienst GGZ Breburg		
Opgesteld door: werkgroep SHMB-crisisdienst		
Verantwoordelijke: kwaliteitsfunctionaris SHMB en manager crisisdienst		
Datum: 29-03-2013	Status: definitief	
Versie: 4	Bijlagen: 3	

Doel:

Samenwerkingsafspraken tussen SHMB en crisisdienst GGZ Breburg waarbij het belang van de patiënt voorop staat en goede en veilige zorg gewaarborgd is.

Uitvoering door:

- SHMB: medisch centralisten en huisartsen
- Crisisdienst GGZ Breburg: crisisdienstmedewerkers (SPV-ers) en psychiaters.

Uitgangspunten:

- De huisarts is de poortwachter voor verwijzing naar de tweede lijn¹. De crisisdienst (CD) biedt tweedelijnszorg. Voorafgaand aan een doorverwijzing naar de crisisdienst beoordeelt de huisarts de psychiatrische en somatische problematiek. In beginsel gebeurt dit door de patiënt te zien.
- Uitzonderingen op deze regel zijn mogelijk als de patiënt bekend is bij de crisisdienst of in bepaalde situaties in overleg met de crisisdienst.²
- Wanneer een regie-arts³ in een uitzonderingsgeval de crisisdienst verzoekt als eerste te gaan kijken, wordt dit geregistreerd. Zie de bijlage voor het registratieformulier. De casuïstiek dient als inbreng voor scholing en evaluatie van de werkwijze.
- Bij een verschil in inzicht tussen partijen, vindt er cross-validatie plaats door GGZ crisisdienst door via de telefoon de patiënt of het patiëntensysteem zelf te beoordelen en/of het raadplegen van het elektronisch patiëntendossier (Psygis). Op basis hiervan wordt beslist wie de patiënt bezoekt: crisisdienst of huisartsenpost. Bij aanhoudend verschil van mening kan worden opgeschaald naar overleg op niveau van huisarts en psychiater. Bij een goed gemotiveerd verzoek van de huisarts zal de CD als eerste actie ondernemen. In de daaropvolgende dagen wordt het incident formeel tussen hulpverleners besproken (conform bijlage 2), zodat er leren kan optreden.
- De crisisdienst is voor de huisartsenpost een bron voor patiëntinformatie en advies (meedenkmogelijkheid). Op zijn beurt is de Huisartsenpost een bron van informatie voor de CD (inzien dossier eigen huisarts, bijvoorbeeld als een andere partij dan de

¹ De huisarts heeft als poortwachter tot taak een patiënt te beoordelen, zelfstandig te behandelen en waar nodig door te verwijzen. Het is daarbij van belang dat de patiënt tijdig en op de juiste plaats de juiste zorg ontvangt: bij de huisarts indien mogelijk (voordelen eerste lijn: normaliserend, voorkomen iatrogene schade, kosten reducerend), bij de specialist indien noodzakelijk (voordeel tweede lijn: specifieke expertise en behandelbaarheid aanwezig). Dit geldt ook voor een patiënt met gemelde acute psychiatrische problematiek. De huisarts beoordeelt de patiënt, overweegt differentiaal-diagnostisch of er sprake is van andersoortige (somatische, psychosociale, maatschappelijke, pedagogische of andere) problemen, stelt eigen interventies vast en past deze zo mogelijk toe. Indien noodzakelijk verwijst de huisarts de patiënt door.

² Extra toelichting uitzonderingen:

- Bij lichamelijke bedreigende situaties zoals dreigende zelf-intoxicatie kan de ambulance dan wel huisartsenpost belangrijk sneller ter plekke zijn dan de crisisdienst.
- Bij patiënten met verslavingsproblematiek is de rol van de crisisdienst in zoverre beperkt dat opname in de verslavingszorg buiten kantooruren niet mogelijk is. Dit stoelt op het adagium dat een acute detoxificatiebehandeling nooit wenselijk is: zulks wordt altijd na intake en nagaan/versterking motivatie door verslavingszorg (i.c. Novadic-Kentron) binnen kantooruren besloten. Een verslavingsdeskundige kan in de ANW-uren wel *geconsulteerd* worden (013-583 7551 voor aanvraag contact achterwaart).
- Bij gebrek aan menskracht en door tijdsdruk bij zowel de huisartsenpost als de crisisdienst kan dit tot problemen leiden, dit kan een reden zijn om voor elkaar een extra stap te doen.

³ Bij drukte in het callcenter, kan de regie-arts kiezen de taak te delegeren aan een dienstdoende collega huisarts.

Intern gebruik SHMB: EXT-006, HKZ-normen:
Intern gebruik GGZ Breburg: (nog in te vullen)

Pagina 1 van 7

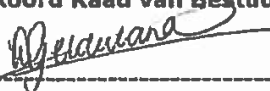
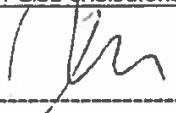
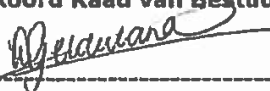
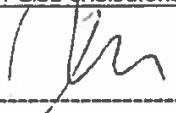
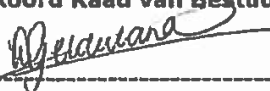
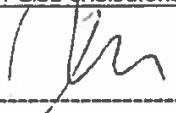
Voorbeeld 1

	GGZ Breburg	
Werkafspraken SHMB-crisisdienst GGZ Breburg		
Opgesteld door: werkgroep SHMB-crisisdienst		
Verantwoordelijke: kwaliteitsfunctionaris SHMB en manager crisisdienst		
Datum: 29-03-2013	Status: definitief	
Versie: 4	Bijlagen: 3	

huisartsenpost de CD heeft ingeschakeld). Let wel, de crisisdienstmedewerker moet eerst opgepiept worden en belt daarna terug. De achterwacht (=psychiater) is laagdrempelig beschikbaar voor intercollegiaal overleg met de huisarts.
Werkwijze: <u>Patiënt belt naar huisartsenpost met een geestelijke gezondheidszorgvraag:</u> - De medisch centralist verricht triage - De medisch centralist controleert, indien er sprake is van psychische problematiek, of patiënt op de lijst staat van de crisisdienst. Zo ja, dan verwijst de medisch centralist de patiënt direct door naar de crisisdienst - Indien nodig pleegt de medisch centralist overleg met regie-arts. Bij agressie of vermoeden van agressie wordt altijd eerst overlegd met de regie-arts. Als de regie-arts van mening is een duidelijk beeld te hebben van de situatie, een somatische oorzaak van de crisis voldoende uitgesloten is en overweegt dat er afgeweken moet worden van het eerder geformuleerde uitgangspunt treedt de regie-arts³ in overleg met crisisdienst conform de eerder genoemde uitgangspunten. De regie-arts³ maakt een registratie van het verzoek. (bijlage 3). - Afhankelijk van de triage krijgt de patiënt een consult of visite aangeboden. - De medisch centralist is alert op mogelijke dreiging van agressie. Patiënten met complexer en ernstiger beeld krijgen een visite aangeboden. Zo nodig wordt om assistentie van politie gevraagd. <u>De patiënt wordt gezien door huisarts:</u> - De huisarts beoordeelt de somatische en psychische toestand van patiënt en bepaalt het vervolgbeleid¹; - Indien nodig pleegt de huisarts overleg met de crisisdienst voor patiëntinformatie en advies; - Indien de huisarts geen behandeling kan bieden en een verwijzing naar de crisisdienst geïndiceerd vindt, neemt de huisarts contact op met de crisisdienst voor overdracht. <u>Overdracht van patiënt van huisartsenpost naar crisisdienst:</u> De crisisdienst heeft voor de inschatting van de urgentie een heldere overdracht nodig. Hierbij is de volgende informatie voor de crisisdienst van belang: - Wat maakt deze casus specifiek voor de acute GGZ crisisdienst? - Zijn er somatische bijzonderheden? - Medicatie: zo ja welke en welke dosering? - Is er sprake van middelen gebruik (alcohol/drugs)? - De situatie waarin de patiënt zich bevindt (waar verblijft patiënt, wie is erbij aanwezig, is veiligheid gewaarborgd?). - Weet patiënt dat de crisisdienst gebeld is, stemt hij / zij in met verwijzing, hoe kan er contact worden opgenomen, adres en telefoon nummer? - Wat is de voorgeschiedenis? <u>Beoordeling van patiënt door crisisdienst:</u> - Is er sprake van een acute crisissituatie dan beoordeelt de crisisdienstmedewerker en indien nodig de achterwacht (= psychiater) de patiënt.

Intern gebruik SHMB: EXT-006, HKZ-normen:	Pagina 2 van 7
Intern gebruik GGZ Breburg: (nog in te vullen)	

Voorbeeld 1

	GGZ Breburg			
Werkafspraken SHMB-crisisdienst GGZ Breburg Opgesteld door: werkgroep SHMB-crisisdienst Verantwoordelijke: kwaliteitsfunctionaris SHMB en manager crisisdienst Datum: 29-03-2013 Status: definitief Versie: 4 Bijlagen: 3				
- Bij voorkeur wordt de patiënt gezien in de eigen omgeving en zo mogelijk met zijn/haar sociaal netwerk. - Een crisisinterventie start zo snel mogelijk na de aanmelding, maar uiterlijk binnen 2 uur (met uitloop tot 3 uur). 5. Terugkoppeling door crisisdienst aan huisartsenpost: - Na afloop van de crisisinterventie koppelt de crisisdienstmedewerker het Ingezette beleid terug aan de regiearts dan wel medisch centralist; - De medisch centralist of regie-arts² voegt de informatie toe aan het patiëntendossier. Indien de patiënt opnieuw naar de huisartsenpost belt, kan indien mogelijk de medisch centralist of regie-arts² verwijzen naar de afspraken met de crisisdienst en het beleid voortzetten. 6. Overbruggingszorg - Overbruggingszorg is zorg die ingezet wordt vanaf het moment dat patiënt van de ene naar de andere hulpverlener wordt overgedragen en zorgverlening in tijd niet op elkaar aansluit. De probleemeigenaar (d.w.z. de instantie die de verantwoordelijkheid voor de casus op dat moment heeft), organiseert deze overbruggingszorg, in samenspraak met de instantie aan wie overgedragen wordt. - Is patiënt op de huisartsenpost of is de huisartsenpost ter plaatse, dan organiseert de huisarts overbruggingszorg totdat de CD patiënt overneemt. Is de CD volgens de eerder beschreven uitgangspunten eerstverantwoordelijk (bekende patiënten op de lijst GGZ of de genoemde uitzonderingssituatie), dan organiseert de CD de overbruggingszorg. In alle gevallen wordt overlegd wat de mogelijkheden van de andere partij zijn om (voor een deel) deze zorg te verlenen. Verder kan gebruik gemaakt worden van het patiënten-systeem (partner, familie, burens) of kan de medewerking van de politie gevraagd worden. - Teneinde de patiënt niet in het ongewisse te laten geeft de CD-medewerker bij de huisartsenpost aan binnen welke tijdstreep (maximaal 2 uur, met mogelijke uitloop naar 3 uur) de CD-medewerker denkt te arriveren en informeert de huisarts(enpost) als er substantiële wijzigingen in deze termijn optreden. Evaluatie werkwijze: De werkafspraken zoals beschreven in dit document gaan van start vanaf het moment van goedkeuring door de raden van bestuur. Jaarlijks zullen de werkafspraken geëvalueerd worden door de verantwoordelijke van het document in afstemming met de achterban. Indien nodig wordt het document bijgesteld. De evaluatie kan mogelijk als input dienen voor bijscholing. Bronnen: - Plan van aanpak samenwerking GGZ crisisdienst en SHMB, nov. 2011; - Notulen overleg werkgroep SHMB-crisisdienst GGZ Breburg, jan.- dec. 2012; - Informatiedocument huidige werkwijze SHMB en GGZ crisisdienst Breburg, mei 2012 Akkoord Raad van Bestuur: <table border="0"><tr><td> Lynda Gelderland Datum: 18 april 2013</td><td> Ariëtte van Reekum Datum: 18 april 2013</td></tr></table>			 Lynda Gelderland Datum: 18 april 2013	 Ariëtte van Reekum Datum: 18 april 2013
 Lynda Gelderland Datum: 18 april 2013	 Ariëtte van Reekum Datum: 18 april 2013			
Intern gebruik SHMB: EXT-006, HKZ-normen:		Pagina 3 van 7		
Intern gebruik GGZ Breburg: (nog in te vullen)				

	GGZ Breburg	
Werkafspraken SHMB-crisisdienst GGZ Breburg		
Opgesteld door: werkgroep SHMB-crisisdienst		
Verantwoordelijke: kwaliteitsfunctionaris SHMB en manager crisisdienst		
Datum: 29-03-2013	Status: definitief	
Versie: 4	Bijlagen: 3	

Bijlage 1: Achtergrondinformatie huisartsenpost-crisisdienst

De huisartsenpost en de crisisdienst verschillen van elkaar in werkwijze. Door onbekendheid met elkaars werkwijze kunnen verkeerde verwachtingen bestaan dat tot frictie kan leiden. Ter voorkoming onderstaand een toelichting.

Crisisdienst GGZ Breburg:

De kerntaak van de crisisdienst is crisisinterventie. Crisisinterventie omvat datgene dat gedaan moet worden om een patiënt(systeem) door een crisis heen te helpen. Interventies zullen zich vaak uitstrekken over meerdere contacten. Kenmerkend voor crisisinterventie is dat in korte tijd voldoende informatie wordt verkregen (via verwijzer, patiënt en of diens systeem), om een werkhypothese op te stellen die kan leiden tot een indicatiestelling en toewijzing aan een vervolgbehandeling. Het streven is steeds om binnen een zo kort mogelijke tijd een situatie te creëren waarin reguliere hulpverlening kan volgen of wordt voortgezet, binnen een van de behandel eenheden van GGZ Breburg dan wel buiten de GGZ.

De crisisdienst werkt met beschikbaarheidsdiensten. De crisisdienstmedewerker werkt in de ANW-uren ambulant vanuit huis. De crisisdienstmedewerker wordt door de receptioniste opgeplept. De crisisdienstmedewerker neemt vervolgens contact op. Een crisisdienstmedewerker draait een beschikbaarheidsdienst van ongeveer 2,5 dag aansluitend. In de ANW-uren is 1 crisisdienstmedewerker (voorwacht) en 1 psychiater (achterwacht) beschikbaar voor de ambulante patiënten.

Tijdens kantooruren zijn er meer SPV-ers van de crisisdienst werkzaam. Binnen kantoor tijd vinden naast crisiscontacten en beoordelingen ook de vervolcontacten tussen crisisdienst en patiënten plaats die in afwachting zijn van behandeling.

De crisisdienst overhandigt dagelijks aan de huisartsenpost een lijst van bij de crisisdienst in behandeling zijnde patiënten, en zorgt dat deze lijst actueel is. Deze patiënten kunnen bij contact over dezelfde zorgvraag direct doorverwezen worden naar de crisisdienst zonder tussenkomst van de regie-arts.

Een gemiddeld crisiscontact (face tot face) duurt 1 a 1 ½ uur, reistijd, (onderling) overleg niet meegerekend. Ingeval van een IBS procedure (gedwongen opname) kan dit oplopen naar een aantal uren (afhankelijk van invullen van BOPZ online, afgeven van last door burgemeester / diens vervanger, vinden van opname locatie, ambulance vervoer).

De crisisdienst is niet de achterwacht van de ambulante GGZ-behandeling, zoals de huisartsenpost dat wel is voor de praktijkhouders.

SHMB (huisartsenpost):

Een praktijkhoudend huisarts is verplicht 24-uur zorg te bieden aan zijn ingeschreven patiënten. De huisarts draagt hier mede zorg voor via de huisartsenpost. De diensten zijn evenredig verdeeld naar het aantal ingeschreven patiënten. Zij kunnen een deel van de diensten verkopen aan een waarnemer: een huisarts die geen eigen praktijk heeft. Een praktijkhoudend huisarts kan ook een huisarts in dienst hebben (een HIDHA). De HIDHA participeert veelal in het verplicht aantal diensten per praktijk. Bij SHMB zijn 235 verschillende huisartsen verbonden, waaronder 164 praktijkhouders (d.d. mei '12).

Intern gebruik SHMB: EXT-006, HKZ-normen:
Intern gebruik GGZ Breburg: (nog in te vullen)

Pagina 4 van 7

Voorbeeld 1

	GGZ Breburg	
Werkafspraken SHMB-crisisdienst GGZ Breburg		
Opgesteld door: werkgroep SHMB-crisisdienst		
Verantwoordelijke: kwaliteitsfunctionaris SHMB en manager crisisdienst		
Datum: 29-03-2013	Status: definitief	
Versie: 4	Bijlagen: 3	

SHMB heeft 2 posten: Tilburg en Waalwijk. Het werkgebied van SHMB is vergelijkbaar met het werkgebied van crisisdienst. Alleen Haaren valt wel onder het werkgebied van SHMB en Dongen, Rijen en Heusden niet.

Alle telefoontjes van patiënten komen uit in het callcenter in Tilburg. Op basis van triage wordt bepaald welk zorgaanbod de patiënt nodig heeft: een zelfzorgadvies, een consult op een van de twee posten, een visite of een directe doorverwijzing naar de 2-de lijn (al dan wel of niet per ambulance). Triage wordt verricht door medisch centralisten en geautoriseerd door de huisarts. De mate van urgentie van een zorgvraag bepaalt binnen welk termijn zorg moet worden geleverd (voor een patiënt met een geestelijke gezondheidsvraag is dit binnen 1 tot 4 uur).

In het callcenter zit de regie-arts. De regie-arts is het eerste aanspreekpunt voor de medisch centralisten en dienstdoende huisartsen. Hij beheert de visite-agenda en bemant de collega-lijn.

Een consultarts heeft gemiddeld 10 -12 minuten de tijd om een consult te verrichten. Voor een visite staat gemiddeld 60 minuten (inclusief reistijd heen en terug).

Voorbeeld 1

	GGz Breburg	
Werkafspraken SHMB-crisisdienst GGz Breburg		
Opgesteld door: werkgroep SHMB-crisisdienst		
Verantwoordelijke: kwaliteitsfunctionaris SHMB en manager crisisdienst		
Datum: 29-03-2013	Status: definitief	
Versie: 4	Bijlagen: 3	

Bijlage 2: Handelswijze Incidenten

- Mocht de samenwerking tussen SHMB en de crisisdienst niet naar wens verlopen is het belangrijk dat beide partijen in gedachten houden dat het belang van de patiënt voorop staat.
- Praat een volgende dag het verschil van inzicht uit wanneer de emotie gezakt is.
- De crisisdienst en/of de huisarts kunnen contact opnemen met de kwaliteitsfunctionaris van SHMB voor de contactgegevens van de betrokken huisarts c.q. crisisdienstmedewerker. De crisisdienstmedewerker en/of huisarts neemt vervolgens zelf contact op met de betreffende huisarts c.q. crisisdienstmedewerker.
- De kwaliteitsfunctionaris maakt enkel registratie van het verzoek zodat gesignaleerd kan worden wanneer telkens dezelfde hulpverlener betrokken raakt bij incidenten.

Intern gebruik SHMB: EXT-006, HKZ-normen:
Intern gebruik GGz Breburg: (nog in te vullen)

Pagina 6 van 7



GGZ Breburg



HUISARTSENPOST

Werkafspraken SHMB-crisisdienst GGZ Breburg
 Opgesteld door: werkgroep SHMB-crisisdienst
 Verantwoordelijke: kwaliteitsfunctionaris SHMB en manager crisisdienst
 Datum: 29-03-2013 Status: definitief
 Versie: 4 Bijlagen: 3

Bijlage 3: in te vullen door SHMB: registratieformulier verzoeken directe doorverwijzing van SHMB naar crisisdienst GGZ Breburg

Geboortedatum patiënt:		Achternaam patiënt:		Datum verzoek:	
Aanvragende huisarts:		Ontvangende crisisdienstmedewerker:		Gehonoreerd:	
<u>Bijzonderheden:</u>					

Inleveren in gesloten enveloppe in postvakje secretariaat t.b.v. kwaliteitsfunctionaris.

D-SA.10 Dimence: crisisdienst en AWBZ-patiënten

Centrale Huisartsenpost Salland

Datum: 2-3-2015

Geaccordeerd door: Directeur CHS

1. Doel

1. Eenduidige werkwijze bij (verzoek voor) inschakelen van de crisisdienst van het ITB-team van Dimence.
2. Sluitende afspraken rondom medicatie voor AWBZ-patiënten van Dimence die beroep doen op de huisartsenpost voor somatische zorg.

2. Definities

IHT: Intensive Home Therapy. Afdeling binnen Dimence waarvan de patiënten direct contact op kunnen nemen met de crisisdienst.

AWBZ-patiënten Dimence. Patiënten die (tijdelijk) opgenomen zijn bij Dimence en voor wie Dimence voor de huisartsenzorg een contract heeft afgesloten met een HA en de HAP.

3. Toepassingsgebied

Deze samenwerkingsofspraak is van toepassing bij het verwijzen naar de crisisdienst en het verzorgen van huisartsenzorg voor AWBZ-patiënten van Dimence

4. Bijbehorende documenten

- Contract Dimence-huisartsenpost Salland betreffende AWBZ-patiënten
- Samenwerkingsafspraken betreffende crisisdienst

5. Werkwijze

- 5.1 Crisisdienst algemeen.....1
- 5.2 Triage.....1
- 5.3 Uitkomst triage: inzet GGZ
- 5.4 Overdragen patiënt aan crisisdienst Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.
- 5.5 Verwijzing naar crisisdienst na consult..... Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.
- 5.6 Afspraken medicatie AWBZ-patiënten Dimence.....3

5.1 Crisisdienst algemeen

Voor het inschakelen van de crisisdienst zijn drie patiëntengroepen te onderscheiden

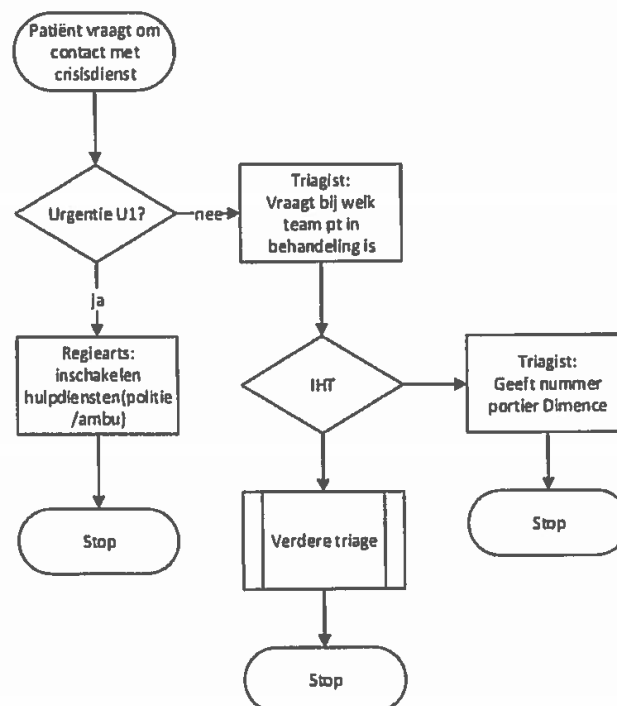
- Patiënten in behandeling bij IHT-team van Dimence
- Patiënten in behandeling bij Dimence, niet zijnde IHT-team
- Patiënten die niet bekend zijn bij Dimence

Patiënten in behandeling bij het IHT-team van Dimence kunnen rechtstreeks contact opnemen met Dimence voor inschakelen crisisteam. Betreffende patiënten zijn van deze afspraak op de hoogte.

Patiënten die niet bij het IHT-team in behandeling zijn, worden door de HAP getrieerd. Verwijzen van deze patiënten naar crisisdienst gebeurt altijd in overleg met de regiearts. De crisisdienst van Dimence heeft een responstijd van een uur.

5.2 Triage

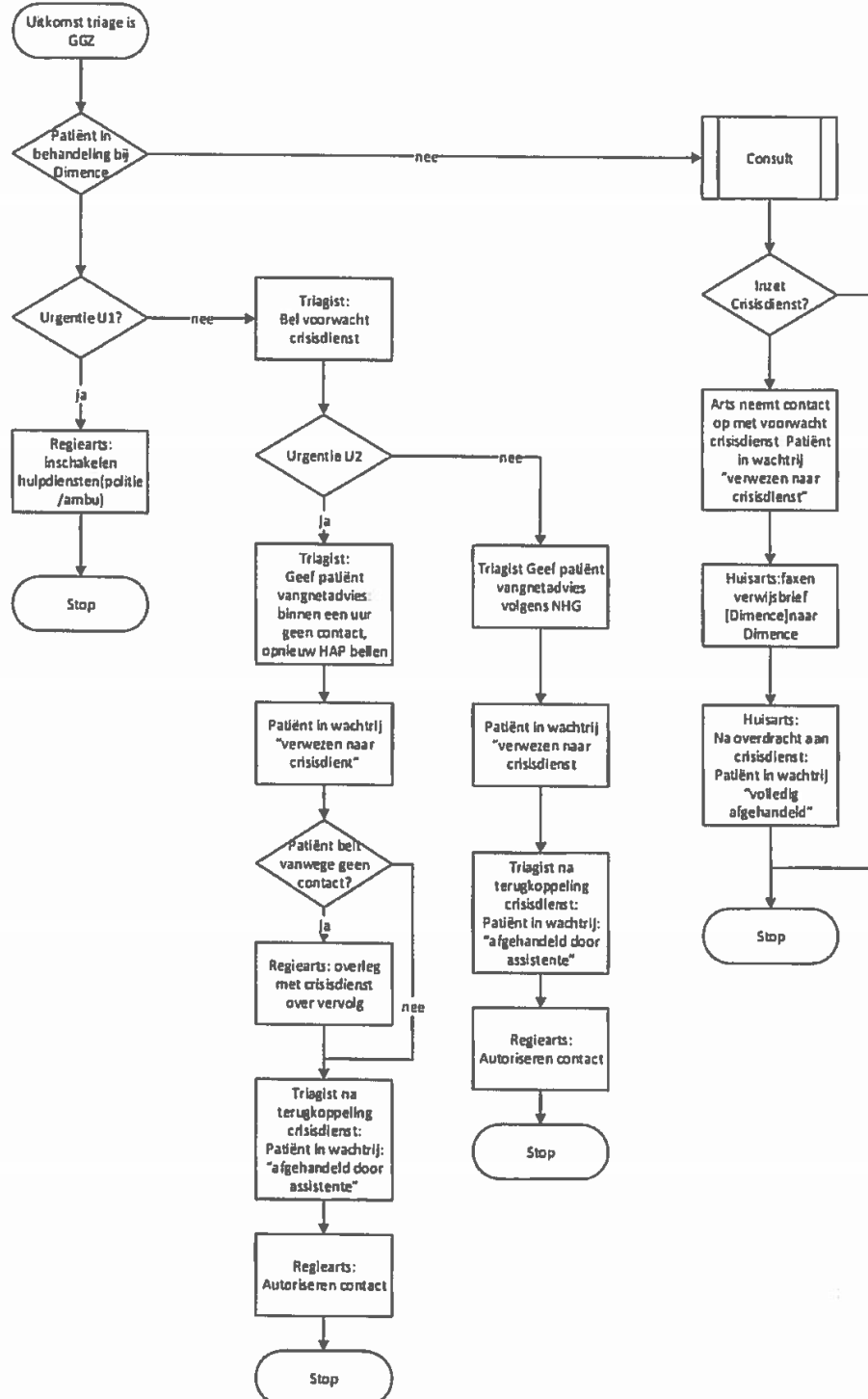
Patiënten die vragen naar contact met crisisdienst of die aangeven in behandeling te zijn bij Dimence



Voorbeeld 2

D- SA.10 Dimence (vervolg)

5.3 Uitkomst triage: inzet GGZ



Versie 2,

D-SA.10
Pagina 2 van 3

Voorbeeld 2

D- SA.10 Dimence (vervolg)

5.6 Afspraken AWBZ-patiënten Dimence

De Huisartsenpost verzorgt de acute somatische zorg voor AWBZ-patiënten van Dimence. Inzage in de medische gegevens is mogelijk op de gebruikelijke manier. Echter, voor medicatie geldt een afwijkende werkwijze:

Inzage, voorschrijven en overdracht medicatie:

Met betrekking tot medicatie gelden voor AWBZ-patiënten van Dimence met een eigen huisarts (praktijk Hilhorst-Ekkel; artscode XB) afwijkende afspraken.

- Medicatiegegevens van deze patiënten zijn via Zorgdossier in te zien: NIET via Hapicom
- Recept voor deze patiënten voorschrijven via Hapicom, printen en meegeven aan patiënt.
- Recept NIET versturen naar de DAS. AWBZ-patiënten van Dimence krijgen medicatie via de ziekenhuisapotheek.

Patiënten van Dimence waarvoor bovenstaande geldt krijgen een brief mee vanuit Dimence voor de huisarts waarin aandacht wordt gevraagd voor de afwijkende medicatieafspraken.



Titel	: Samenwerking HAP en Acute dienst Pro Persona
Type document	: Protocol
Doelgroep	: Huisartsen en triagisten
Datum 1^e versie	: 24 april 2012
Datum laatste evaluatie	: 23 december 2014
Datum volgende evaluatie	: 23 december 2015
Bijlagen	: 1. Stroomschema Samenwerkingsafspraken
Auteur	: Bregje Voorn, Laurens van Heijningen, Wilma Schreuders, Josette Hermans

1. Doel

Continuïteit in de zorgverlening aan patiënten met psychiatrische problematiek en optimale samenwerking en onderlinge communicatie tussen de Huisartsenpost Gelders Rivierenland, de Acute dienst van Pro Persona Rivierenland en patiënt¹.

2. Afkortingen

HAP = Huisartsenpost Gelders Rivierenland

AD = Acute dienst

PPR = Pro Persona Rivierenland

3. Inleiding

De samenwerking ziet op de zorgverlening aan psychiatrische patiënten buiten kantooruren en de afspraken rond overdracht van deze zorgverlening na triage en overleg.

4. Uitgangspunten

De volgende uitgangspunten worden gehanteerd:

- Psychiatrische zorg is een wezenlijk onderdeel van de huisartsengeneeskunde. Dat geldt met name voor eerste opvang en diagnostiek bij nieuwe patiënten en voor de behandeling van relatief eenvoudige psychiatrische problemen
- De HAP is verantwoordelijk voor de *screening van de somatiek* (het uitsluiten van)
- Het is van belang te overleggen (wederzijds) voordat patiënt wordt verwezen van HAP naar PPR of vice versa.

5. Werkwijze bij patiënten op HAP-lijst

- De triagist van de HAP inventariseert de hulpvraag en sluit somatische klachten uit;
- De triagist neemt vervolgens contact op met de voorwacht van de AD over de voorgestelde verwijzing;
- De AD belt terug naar de HAP;
- De AD geeft een indicatie van de wachttijd;
- De triagist belt de patiënt en geeft door op welke termijn deze contact met de AD kan verwachten. Daarbij wordt een vangnetadvies gegeven.

6. Werkwijze bij patiënten niet op HAP-lijst

- De triagist van de HAP inventariseert de hulpvraag en sluit somatische klachten uit; zij verbindt de patiënt door naar de dienstdoende huisarts of vraagt de huisarts de patiënt terug te bellen;
- Door de dienstdoende huisarts van de HAP vindt uitgebreid telefonisch overleg plaats met de patiënt en diens omgeving;
- Huisarts inventariseert de klachten en beoordeelt of er sprake is van acute psychiatrische klachten; en intervineert zo mogelijk.
- De huisarts overlegt vervolgens met de AD over de voorgestelde verwijzing;

¹ Waar patiënt staat kan ook worden bedoeld degene die namens de patiënt het contact heeft met HAP en/of AD
 Samenwerking HAP en Acute dienst Pro Persona HKZ-norm: 1.4.1.k - 1.7.2
 Datum laatste wijziging: 150319 Pagina 1 van 4



- Na overleg tussen huisarts en de AD wordt besloten of alsnog een consult/visite door de huisarts zal plaatsvinden dan wel of de AD de zorg van de patiënt overneemt.
 - Indien de AD de zorg overneemt, geeft de AD een indicatie van de wachttijd; de triagist belt de patiënt en geeft door op welke termijn deze contact met de AD kan verwachten. Ook in dit geval wordt een vangnetadvies gegeven.
- 7. Werkwijze bij patiënten niet op HAP-lijst, maar wel recent in behandeling geweest bij PPR²**
- De triagist van de HAP inventariseert de hulpvraag en sluit somatische klachten uit;
 - De triagist neemt vervolgens contact op met de voorwacht van de AD voor overleg;
 - De AD belt terug naar de HAP;
 - De triagist overlegt met de AD over de voorgestelde verwijzing. Afhankelijk van de casuïstiek draagt de triagist het overleg over aan de dienstdoende huisarts;
 - In het overleg tussen triagist c.q. huisarts en de AD wordt besloten of alsnog een consult/visite door de huisarts zal plaatsvinden dan wel of de AD de zorg van de patiënt overneemt;
 - Indien de AD de zorg overneemt, geeft de AD een indicatie van de wachttijd; de triagist belt de patiënt en geeft door op welke termijn deze contact met de AD kan verwachten. Ook in dit geval wordt een vangnetadvies gegeven.

NB:

Consult/visite door de huisarts vindt altijd plaats wanneer sprake is van plotselinge psychiatrische problematiek en er somatische problemen een rol lijken te spelen, zoals bij een mogelijk delier of wanneer er sprake is van suïcidepogingen met lichamelijke gevolgen (auto-intoxicatie, automutilatie).

8. Werkwijze AD/PPR en terugkoppeling

- Voorziet de AD dat de toegezegde contacttijd niet wordt gehaald, dan melden zij dit zelf telefonisch bij de HAP, waarna overleg kan plaatsvinden over tussentijdse alternatieven (politie, visite-arts, een afspraak op Siependaal);
- Belt de patiënt opnieuw met nieuwe informatie naar de HAP, dan stelt de triagist de dienstdoende huisarts op de hoogte en belt zij zo nodig met de AD om te overleggen of er aanleiding is de urgentie te verhogen;
- De AD informeert de HAP telefonisch over de ingezette interventie richting de patiënt;
- Als de terugkoppeling van de AD informatie bevat die van belang is voor de overdracht wordt dit door de triagist geregistreerd in Prototops. Indien de oproep al is afgesloten kan bij *patiëntenbeheer* een memo worden aangemaakt waarin de afspraken van de AD worden genoteerd. De einddatum die wordt ingevoerd is afhankelijk van de inhoud van de afspraak en duur van de dienst;
- Verwijzingen die niet goed zijn verlopen worden op korte termijn met elkaar besproken: teamleider en psychiater van AD nemen eenmaal in de drie maanden de verwijzingen op hoofdlijnen met de directie van de HAP door.

NB:

De HAP-lijst dient steeds te worden geactualiseerd, waarbij expliciet door de AD aan de HAP wordt doorgegeven welke patiënten niet meer op de lijst hoeven te staan.

9. Moment van overdracht verantwoordelijkheid

De verantwoordelijkheid voor de patiënt gaat over van de HAP naar de PPR op het moment dat de AD fysiek bij de patiënt aanwezig is. Tot die tijd heeft de HAP de verantwoordelijkheid voor patiënt op basis van een inschatting van de situatie van patiënt, de urgentiebepaling en

² Hieronder worden patiënten verstaan die tot een half jaar geleden bij PPR onder behandeling waren

Samenwerking HAP en Acute dienst Pro Persona
Datum laatste wijziging: 150319

HKZ-norm: 1.4.1.k - 1.7.2
Pagina 2 van 4



middels een vangnetadvies. Mede afhankelijk van de wachttijd bij de AD intervenueert de dienstdoende arts.

Indien bij de aanmelding bij de AD wordt afgesproken dat de AD in eerste instantie uitsluitend telefonisch intervenueert, gaat de verantwoordelijkheid over van de HAP naar PPR op het moment dat de AD telefonisch contact met de patiënt heeft.

10. Kindermishandeling en Huiselijk Geweld

Werkwijze bij in behandeling zijnde patiënten van PPR:

Bij patiënten op de HAP-lijst dan wel niet op HAP-lijst, maar wel in behandeling bij PPR is de PPR verantwoordelijk is voor het uitvoeren van de kindcheck en het signaleren en handelen in geval van kindermishandeling dan wel huiselijk geweld. Signalen en vermoedens van de kant van de triagist en dienstdoende huisarts van de HAP die tijdens het contact met patiënt worden opgevangen, worden doorgespeeld naar de AD van PPR.

Werkwijze bij de patiënten die niet in behandeling zijn bij PPR:

Bij de triagist op de HAP zal de kindcheck en de signalering van een vermoeden van kindermishandeling en/of huiselijk geweld onderdeel zijn van de triage. Indien er sprake blijkt te zijn van een vermoeden, wordt het stappenplan uit de Meldcode Kindermishandeling en Huiselijk Geweld gevolgd. Dat wil zeggen:

- Bij **niet-acute situaties** wordt op het waarneembericht het vermoeden vermeld; de dienstdoende huisarts belt de eerstvolgende werkdag de eigen huisarts voor de overdracht.
- Bij **acute situaties** waarin op basis van een risico-inschatting gevaar bestaat voor het kind of voor de partner van de patiënt wordt overleg gevoerd met de AD van PPR en wordt afgesproken wie het AMHK en zo nodig de politie inschakelt.

11. Archivering

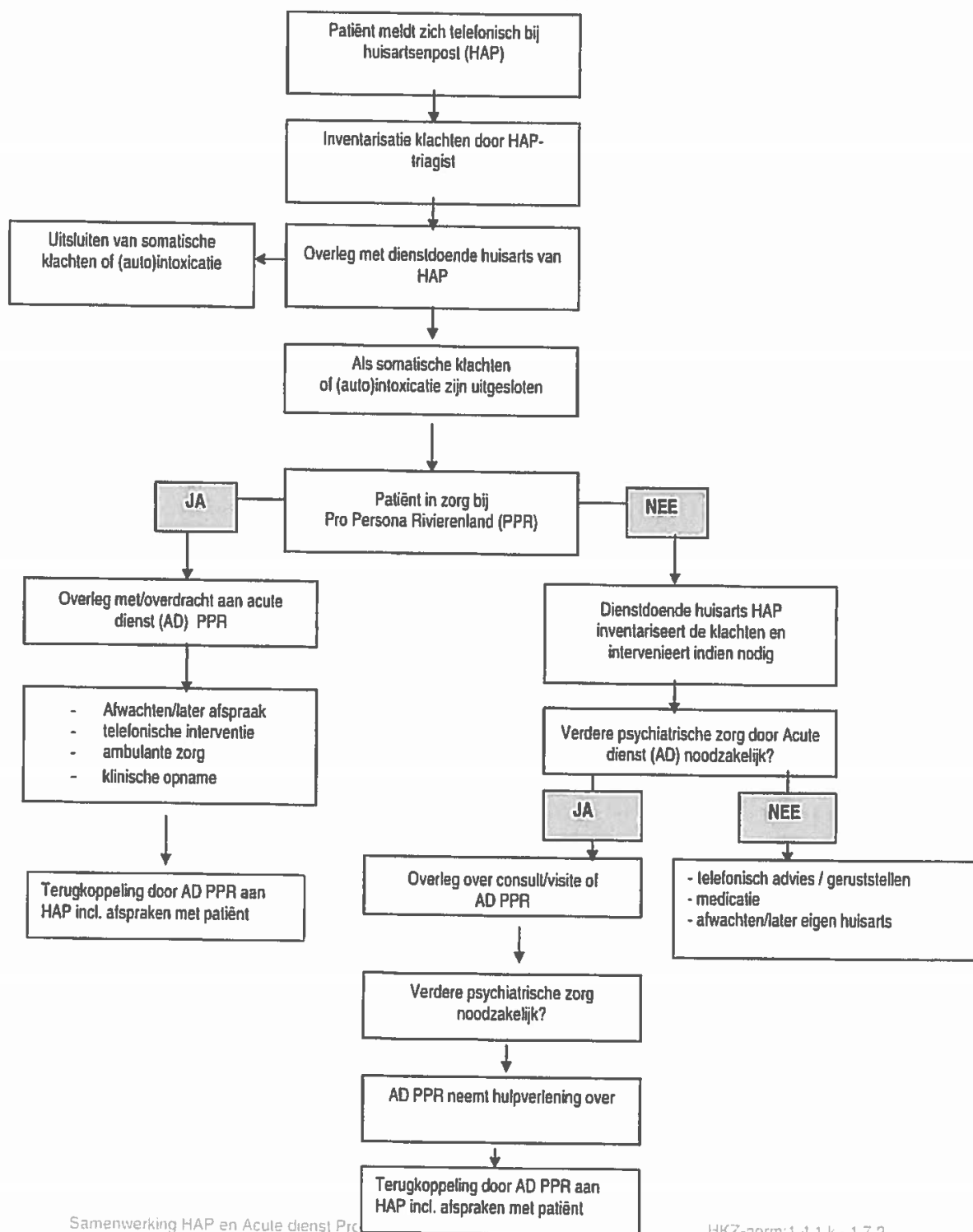
Digitale versie op Kwaliteitssysteem Haptiel, papieren versie in protocollenboek (callcenter).

12. Evaluatie

Het protocol wordt ieder jaar geëvalueerd en aangepast bij tussentijdse veranderingen.

Bijlage

Stroomschema Samenwerkingsafspraken



Voorbeeld 4

Protocol Acute psychiatrie 	Protocol P20 Lenny Lingbeek Versie: 1.3 Datum: Maart 2015 Datum herziening: Maart 2016
--	---

Instructie Triagisten

Wanneer deze beslisboom gebruiken?		vreemd gedrag/vreemde ideeën/ suïcidaal gedrag spoedeisend
Nader te verzamelen info		Navragen: - Aard van de klachten. Hoe lang bestaand, verergering sinds wanneer? Mogelijke oorzaken. - Reeds onder behandeling hiervoor bij huisarts of elders? Wanneer is de volgende afspraak? - Verstrekke medicatie (naam dosering), hoe wordt het gebruikt? - Is er recent verandering in de medicatie geweest, is de dosis veranderd, zijn er medicijnen gestopt? - Eerder dergelijke klachten gehad? Wat was het beloop toen, wat heeft toen geholpen? - Andere psychiatrische symptomen, zoals onrust, wartaal, agressie. - Is er sprake van gevaar voor zichzelf, anderen, goederen? Suïcidaliteit? Mate van ernst inschatten.
In geval van toename klachten na medicatie-onderbreking ('vergeten')		Advies: Vergeten medicatie alsnog innemen en bij aanhoudende klachten opnieuw contact met de Post.
Weging somatische problematiek		Navragen: - Is er een ernstige verwonding (aai, hoofd of anderszins) die eerst beoordeling verdient? - Is er hoge koorts, ziekte, ernstige hoofdpijn of anderszins? - Is er sprake van respiratoire (longlijden) of cardiale insufficiëntie (hartlijden)? - Zijn er aanwijzingen voor onregelde diabetes? - Aanwijzingen voor blaasretentie? - Aanwijzingen voor intoxicaties?

Voorbeeld 4

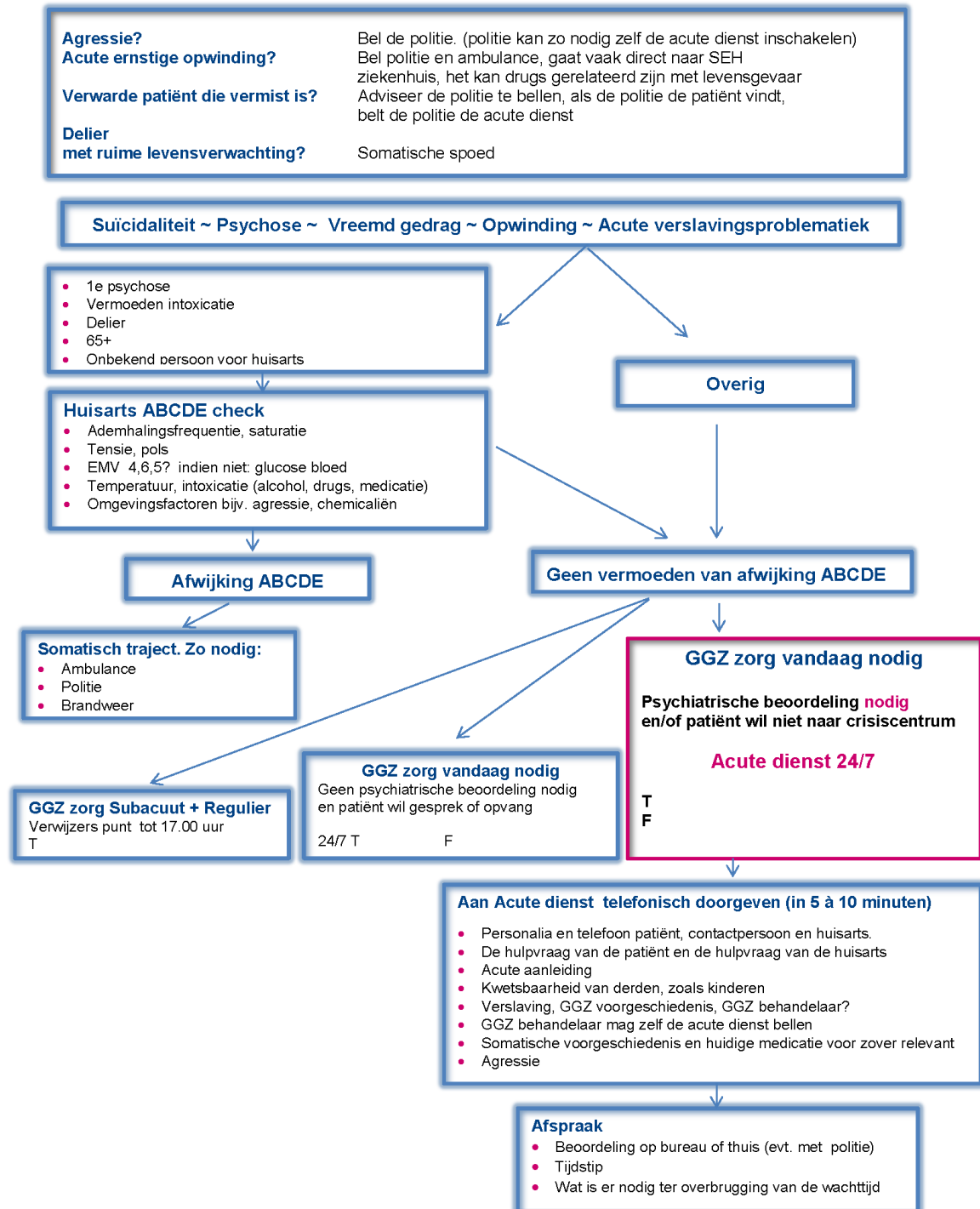
Protocol Acute psychiatrie 	Protocol P20 Lenny Lingbeek Versie: 1.3 Datum: Maart 2015 Datum herziening: Maart 2016
--	---

		Bij verdenking samenhangende somatische problematiek eerst beoordeling somatische problematiek alvorens Acute Psychiatrie in te schakelen.
Drugs geïndiceerd?		Navragen: • Drugs gebruikt? • Alcohol gebruikt? • Beide gebruikt ? Hoeveel in welke tijd! • Debuut symptomen tijdens of na 'feestje'? Bij drugsgeïnduceerde verwardheid kun je ook Acute Psychiatrie inschakelen of Bouman.
Psychosociaal		Navragen: Is vreemd gedrag en/of denken het gevolg van ernstige problematiek in relatie, gezin, werk, vriendschap etc.? Bij psychosociale problematiek geen Acute Psychiatrie inschakelen, wellicht wel Crisiscentrum. 088 3571010.
Na doorlopen van deze beslisboom: mogelijk acuut psychiatrisch ziektebeeld		Overleg met dienstdoend huisarts Dienstdoend huisarts of jijzelf kan in overleg treden met de dienstdoend SPV om te beoordelen wie het beste kan reageren op deze hulpvraag

Bijlage: Stroomschema

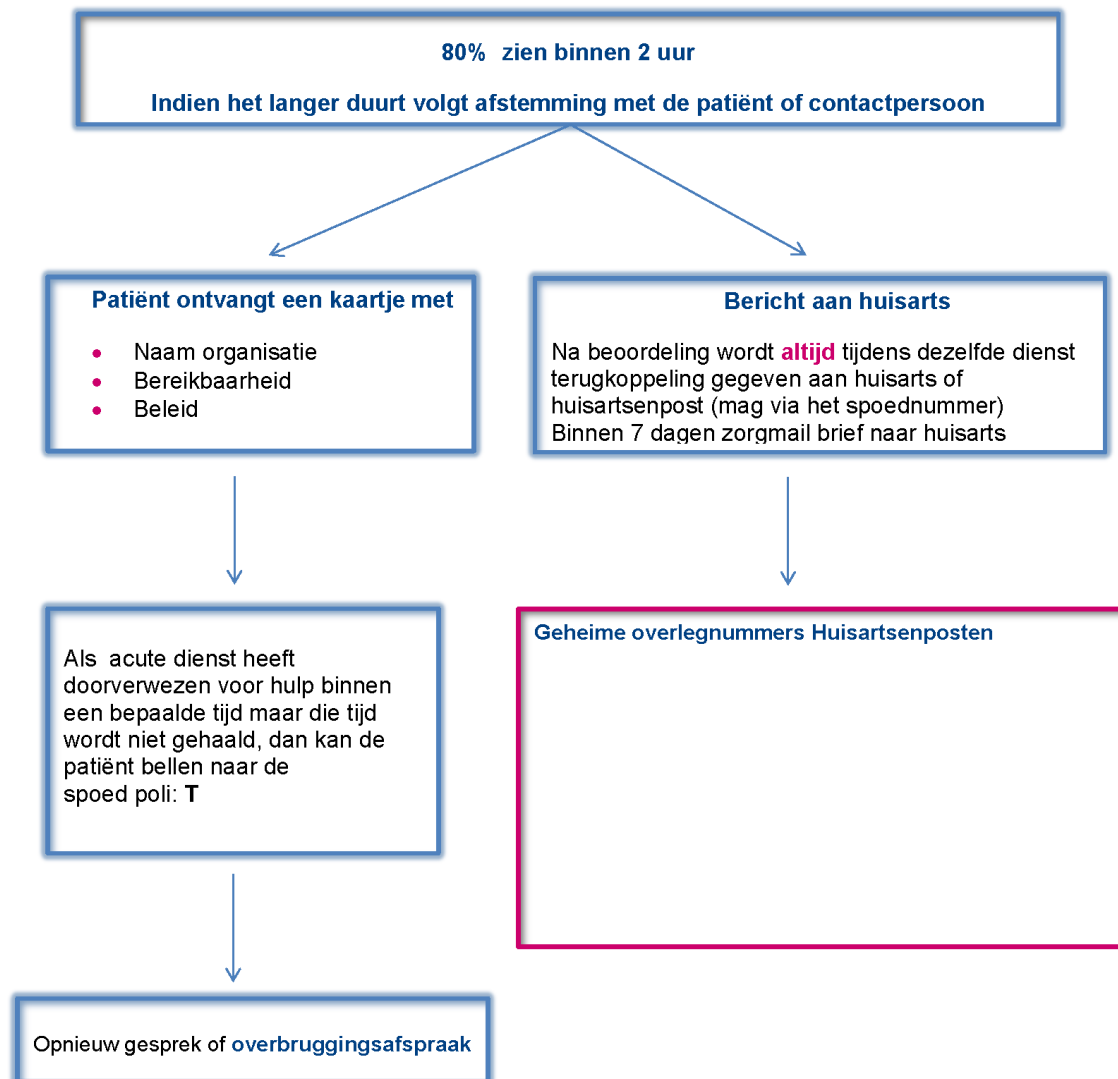
Stroomschema

Afspraken huisartsen en acute dienst GGZ



Voorbeeld 5

Acceptatie door acute dienst



Februari 2015

Acute dienst Parnassia Groep, Mw. H. Rijnders, Dhr. A. v. Reijssen
Huisartsen, Mw. J. Smit-Smouter, Dhr. G. v. Dijk – Stichting KOEL, Dhr. A. Evertse mede namens de LHV huisartsenkringen
(Rotterdam en ZH Zuid), huisartsenposten (CHPR en Hellegat)
Documentbeheerder, Mw. M. Pastoor, m.pastoor@stichtingkoel.nl

Voorbeeld 6



Procedure psycho-sociale spoedhulp tijdens Avond-, Nacht- en weekenddiensten

Hengelo, september 2011

Geëvalueerd: 13 januari 2015 door Anneke Jaspers en Lydia Haverkort

Inleiding

Huisartsenpost Hengelo (HH) en Wijkkracht, voorheen Carintreggeland Maatschappelijke Diensten, willen een goede samenwerking tot stand brengen waarin, door middel van taakherschikking, een deel van de psycho-sociale zorgvraag die door een patiënt aan de Huisartsenpost Hengelo is gesteld, beantwoord en afgehandeld kan worden door de medewerkers van de Bereikbare Dienst Buiten kantooruren van Wijkkracht. In deze procedure wordt aangegeven hoe de aanmelding en registratie verloopt, de bereikbaarheid is geregeld en de terugkoppeling wordt gedaan. Ook wordt aangegeven om welke zorginzet het mogelijk gaat en zijn afspraken vastgelegd over de financiering.

Doelgroep en werkgebied

De doelgroep: cliënten die een beroep doen op de Huisartsenpost Hengelo en psycho-sociale spoedhulp nodig hebben. Het gebied: **de gemeenten Hengelo, Borne en de Hof van Twente**. Het betreft dus alleen cliënten die zowel onder het werkgebied van de Huisartsenpost Hengelo als het werkgebied van het team BBKU van Carintreggeland vallen.

Mogelijke zorginzet

De inzet van een maatschappelijk werkende van de BBKU binnen de Spoedeisende Zorg is gestart in 2011. Huisartsen en triagisten van de Huisartsenpost Hengelo willen soms gebruik maken van deze mogelijkheid. Via deze procedure wordt de samenwerking beschreven. Hierbij enkele voorbeelden van situaties waarbij de maatschappelijk werkende te hulp kan worden geroepen:

- Bij aanmelding blijkt dat het meer om een psycho-sociaal probleem gaat dan om een medisch probleem
- Ontbreken / overbelasting / ontvallen mantelzorg van de client
- Ernstige eenzaamheid
- Problemen in de relationele sfeer
- (Buurt-)conflicten
- Huiselijk Geweld; per 1-1-2015 bellen met Veilig Thuis Twente: 0800-2000

Aanmelding

De Huisartsenpost Hengelo meldt cliënten voor psych-sociale spoedzorg telefonisch aan bij de Meld-en Zorgcentrale van Carintreggeland. Dit kan op twee manieren:

- 1) via de assistente van de huisartsenpost
- 2) door de dienstdoende huisarts.

Voorbeeld 6



1. via de triagist van de huisartsenpost

De triagist belt de Meld-en Zorgcentrale van Carintreggeland en vraagt naar de dienstdoende Maatschappelijk werkende BBKU. In het eerste contact wordt de vraag met de dienstdoende maatschappelijk werkende besproken, verhelderd en zo mogelijk de urgentie bepaald. De triagist van de Huisartsenpost Hengelo registreert de aanmelding in het eigen systeem via verrichting type "visite Carintreggeland" en blokkeert de oproep tot terugkoppeling heeft plaatsgevonden.

2. Via de dienstdoende huisarts

Indien de dienstdoende huisarts de BBKU inschakelt als hij/zij al een visite bij de patiënt heeft afgelegd, en een psycho-sociale interventie nodig acht, schakelt hij de dienstdoende maatschappelijk werkende BBKU in, via de MZC. De huisarts maakt ook richting de triagist op de huisartsenpost melding van het inschakelen van de BBKU, zodat er een nieuwe visite kan worden aangemaakt (visite Carintreggeland). Na terugkoppeling door de medewerker BBKU voert de triagist de gegevens in en wordt de oproep door de dienstdoende huisarts gefiatteerd. Indien de BBKU op een dag meerdere keren bezoeken moet afleggen dan wordt van ieder bezoek door de BBKU door de triagist een visite Carintreggeland aangemaakt en na terugkoppeling ook weer door de dienstdoende huisarts afgesloten. Indien de BBKU-medewerker bij de terugkoppeling aankondigt dat hij/zij in de loop van de dag/avond/nacht nog een keer de patiënt zal bezoeken, dan moet door de triagist alvast een nieuwe visite Carint worden aangemaakt in het systeem.

Bezoek maatschappelijk werkende

De maatschappelijk werkende belt en/of gaat naar de cliënt toe. Zij/hij inventariseert de situatie en voert de noodzakelijke psycho-sociale interventies uit. Indien nodig, is er direct contact met de dienstdoende huisarts via de intercollegiale lijn van de huisartsenpost Hengelo.

Bereikbaarheid

BBKU in werkgebied gemeenten Hengelo, Borne en de Hof van Twente

Maandag t/m vrijdag tussen 17.00 en 8.30 uur, van vrijdag 17.00 uur t/m maandag 8.30 uur en op feestdagen telefonisch bereikbaar via **074-2555319**

Tijdens kantooruren is voor overleg beschikbaar Lydia Haverkort, manager Wijkkracht, via **06.34.35.96.74**

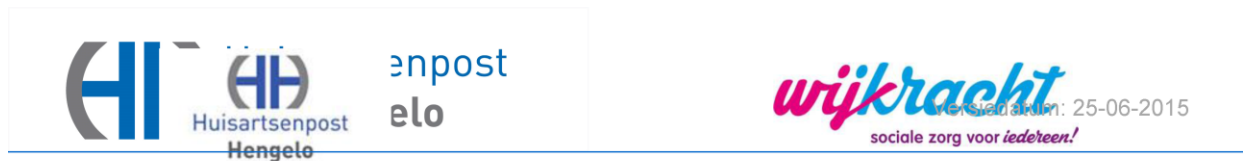
De Huisartsenpost Hengelo

Maandag t/m vrijdag tussen 17.00 en 8.00 uur, van vrijdag 17.00 uur t/m maandag 8.00 uur en op feestdagen bereikbaar:

Triagist/dienstdoende huisarts telefonisch bereikbaar via intercollegiale lijn **088 – 555 11 66**, Faxnr. **088 – 555 11 50**

Tijdens kantooruren is voor overleg beschikbaar Anneke Jaspers (locatiemanager) via **06.10.23.35.16**

Voorbeeld 6

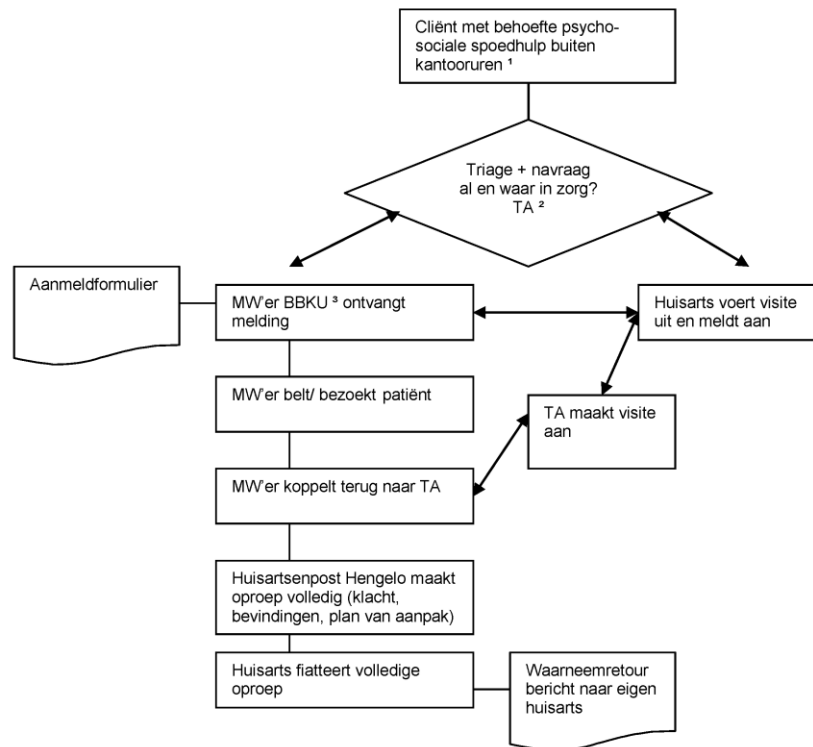


Terugkoppeling

Na afloop van de visite door de maatschappelijk werkende wordt direct telefonisch verslag gedaan aan de triagist van de Huisartsenpost Hengelo via de intercollegiale lijn. Deze noteert de rapportage in 'SOEP', de registratie door huisartsen waarin de klacht van de cliënt, de bevindingen van de huisarts, de evaluatie en het plan van aanpak voor een volgende zorgverlener wordt genoteerd. De volledige oproep "visite BBKU" wordt gefiatteerd door de dienstdoende huisarts en afgesloten. Er gaat een waarneemretourbericht naar eigen huisarts. Het is niet nodig dat de triagist van de huisartsenpost na fiatting door de huisarts een uitdraai van de call faxt naar de BBKU. De call dient echter wel door de triagist van de huisartsenpost uitgedraaid en verzameld te worden.

Voorbeeld 6

Stroomschema : psycho-sociale spoedhulp tijdens Avond-, Nacht- en weekenddiensten



¹ Dienstverlening buiten kantoortijden Huisartsenpost Hengelo = ma t/m vrij 17.00 – 8.00 uur, weekend- en feestdagen

² TA is triagist Huisartsenpost Hengelo

³ MW'erBBKU is medewerker Bereikbaarheid Buiten KantoorUren Wijkkracht

Samenwerkingsafspraken HDT-oost, HAP Hengelo, Tactus en crisisdienst Mediant t.b.v. de verslaafde patiënt

1. Strekking:

Door duidelijke samenwerkingsafspraken met Tactus en de crisisdienst Mediant kan de verslaafde patiënt snel en efficiënt geholpen worden.

2. Instroom criteria Tactus :

Een crisisonopname bij Tactus is geïndiceerd voor verslaafde patiënten met :

- Een crisis met medisch-psychiatrische problematiek en /of
- Een crisis met medisch-somatische problematiek (bv intoxicatie beeld) en /of
- Een crisis met sociaal-maatschappelijke problematiek (bv systeem of huisvesting)

3. Contra- indicaties voor een crisisonopname bij Tactus:

- De somatische problematiek vraagt om intensieve medische bewaking (opname alg ziekenhuis) of er is een ernstige somatische handicap
- Psychiatrische patiënten en/of andere patiënten met een ernstig co-morbide psychiatrisch beeld voor wie een opname op een gesloten afdeling geïndiceerd is. (ernstige suïcidaliteit of destructief gedrag)
- Ernstig besmettingsgevaar

4. Werkwijze

1. Een patiënt met verslavingsproblematiek die **bekend** is bij Tactus én aan de instroomcriteria voldoet én geen contra-indicaties heeft, kan rechtstreeks door de Huisartsenpost worden aangemeld via de Tactus voorwacht. Tactus raadpleegt het dossier en het signalerings- c.q. crisisplan waarin ook de alternatieven vermeld staan om opname te voorkomen. Indien de medische achterwacht van Tactus (in afstemming met de huisarts) en eventueel de cliënt tot de conclusie komt dat er geen alternatieven meer voor handen zijn, schakelt de Huisarts (of Tactus zelf) de crisisdienst van Mediant in. Mediant beoordeelt de situatie onder voorwaarde dat de somatiek is uitgesloten door de Huisarts. Als opname is geïndiceerd wordt in afstemming met Tactus gekeken of zij plek hebben, zo niet dan zorgt Mediant dat cliënt elders wordt opgenomen. In deze situatie geldt ook dat de Huisartsenpost verantwoordelijk blijft totdat de crisisdienst van Mediant de beoordeling doet.
2. Een patiënt met verslavingsproblematiek die **niet bekend** is bij Tactus, wordt door de Huisartsenpost gezien om somatiek uit te sluiten en indien dit niet aanwezig is, wordt Mediant crisisdienst gebeld. Na uitsluiten psychiatrische problematiek, neemt crisisdienst Mediant contact op met Tactus. Indien opname geïndiceerd is en Tactus heeft geen plek, zorgt Mediant dat cliënt elders wordt opgenomen.
3. Een patiënt met verslavingsproblematiek die **bekend is bij Tactus en die een psychiatrische contra-indicatie** heeft, wordt, na uitsluiting somatiek door Hap, door Mediant crisisdienst verder beoordeeld.

Telefoon nummer Tactus voorwacht 088- 382 2800

5. Referentielijst

Samenwerkingsafspraken Huisartsendienst Twente oost Huisartsenpost Hengelo en crisisdienst Mediant voor patiënten in acute psychiatrische nood

Voorbeeld 8



Landelijk Platform GGZ

LPGGz

Zorgvraag patiënt als uitgangspunt

“In het gehele proces dient de zorgvraag van de patiënt uitgangspunt te zijn. De hulpverlener kan hier onder meer inhoud aan geven door:

- Te informeren of de patiënt is van een crisiskaart. Dit is een document waarin de cliënt zelf met behulp van een consulent heeft vastgelegd hoe in geval van een crisis te handelen
- De zorgvraag altijd serieus te nemen. Het komt geregeld voor dat de patiënt of zijn omgeving de urgentie van de situatie hoger inschat dan de hulpverlener. En ook in een crisissituatie kan een patiënt vaak wel aangeven wat er beslist wel of beslist niet moet gebeuren.
- Altijd een handelingsperspectief te bieden aan de patiënt en – in gevallen waarin de zorg wordt uitgesteld tot de eerstvolgende werkdag of later – te bespreken wat hij of zij kan doen als de situatie tussentijds verergert
- Altijd te vragen of er iemand in de familie of naaste omgeving is bij wie de patiënt zich veilig voelt en die gewaarschuwd kan worden; in sommige gevallen kan ook de aanwezigheid van een onafhankelijk cliëntondersteuner of ervaringsdeskundige steun bieden. Het is belangrijk de patiënt in zo'n situatie altijd een handelingsperspectief te geven ‘

Transmuraal incident melden

Het incident als leermoment

Versie 2

14 april 2014

Zwols Veiligheidsnetwerk

Het incident als leermoment

Het doel van het Transmuraal incidenten melden (TIM) is het bevorderen en bewaken van de kwaliteit van de patiëntenzorg in de hele keten. Daarnaast geeft het inzicht in de risicovolle processen. Het doel van TIM is niet het aanwijzen van schuldigen. Het gaat erom dat er met elkaar geleerd wordt van incidenten door deze te registreren, te analyseren en maatregelen te treffen om te voorkomen dat fouten opnieuw gemaakt worden.

Wanneer melden?

Het uitgangspunt is dat zoveel mogelijk incidenten worden gemeld en geanalyseerd. Met incidenten wordt bedoeld: het melden van "alles wat niet de bedoeling is". Het gaat daarbij niet alleen om gebeurtenissen die daadwerkelijk tot schade voor patiënten hebben geleid, maar ook om bijna-incidenten. Klachten, arbo- incidenten e.d. vallen hier niet onder.

Bij twijfel geldt: altijd melden!

Soorten incidenten of bijna-incidenten

Soort meldingen

De incidenten en bijna-incidenten die gemeld worden, kunnen verschillend van aard zijn. Hier volgt een opsomming van de categorieën waaronder een melding kan vallen. Hieronder vallen ook meldingen van bijna-incidenten, dus de incidenten die nog net voorkomen zijn.

1. **Administratie en planning**

Hieronder vallen alle incidenten die te maken hebben met administratie en of planning zoals:

- foutieve afspraak
- verwisseling van patiëntgegevens in dossier
- geen reanimatieverklaring aanwezig of verwijfsbrief

2. **Medicatie**

Hieronder vallen alle incidenten die te maken hebben met het toedienen van medicamenten, zoals:

- verkeerde dosis of receptuur voorgeschreven
- verkeerde medicatie meegegeven
- geen, onvolledige of geen juiste medicatieoverdracht meegegeven

3. **Medisch inhoudelijk**

Hieronder vallen alle incidenten die te maken hebben met onderzoek bij een patiënt, zoals:

- vertraagde/verkeerde uitslag van onderzoek
- verkeerde aanvraag voor onderzoek
- niet goed volgen van protocollen / werkafspraken

4. **Communicatie**

Hieronder vallen incidenten die te maken hebben met onderlinge communicatie, zoals

- problemen in communicatie rondom insturen en ontslag
- miscommunicatie
- bejegening

5. **Overig**

Alle incidenten die niet onder één van de bovenstaande categorieën thuishoren kunnen onder 'Overig' gemeld worden.

Er kunnen meerdere hokjes aangekruist worden.

Procedure TIM

Wie kan melden?

Iedere medewerker van een organisatie die deelneemt aan het Zwols Veiligheidsnetwerk kan een incident of bijna-incident melden. Een organisatie kan er ook voor kiezen dat medewerkers niet rechtstreeks melden in het TIM maar dat ze melden in het eigen meldsysteem en dat de organisatie dit overzet naar het TIM systeem.

Hoe kunt u melden?

Het melden van een incident of bijna incident gebeurt in een digitaal meldsysteem. Deze is te vinden <http://www.tim-zwols-veiligheidsnetwerk.nl>

Het digitaal meldformulier bestaat uit verschillende velden. Een aantal velden is verplicht (gemarkeerd met een rood sterretje). Het invullen van de verplichte velden is voldoende om inzicht in de melding te krijgen en kan al binnen een minuut gedaan worden. Wel geldt hoe meer informatie, hoe beter het is om de melding te kunnen analyseren. Wanneer u meer tijd hebt is het beter om het formulier zo volledig mogelijk in te vullen.

Vertrouwelijkheid

De naam van de melder(s) blijft uitsluitend bekend bij de leden van de TIM commissie en de MIP-commissie van de eigen organisatie. De regisseurs van de TIM commissie sturen de melding door naar de betreffende organisatie, waarbinnen de huidige structuren de melding wordt afgehandeld. Deze leden hebben een geheimhoudingsplicht, ook na beëindiging van het lidmaatschap van de commissie.

Een melding en dan?

Van de incidenten en bijna-incidenten wordt een risico-inschatting gemaakt volgens de ernst/frequentie matrix (zie tabel 1). De cijfers geven de risicoscore weer. De risicoscore wordt automatisch door het meldsysteem ingeschaald.

Risico Inventarisatie Matrix

Frequentie	Ernst				
		Catastrofaal (4)	Groot (3)	Matig (2)	Klein (1)
	Wekelijks (4)	Ze ^{er} hoog (16)	Ze ^{er} hoog (12)	Hoog (8)	Laag (4)
	Maandelijks (3)	Ze ^{er} hoog (12)	Hoog (9)	Laag (6)	Ze ^{er} laag (3)
	Jaarlijks (2)	Hoog (8)	Laag (6)	Laag (4)	Ze ^{er} laag (2)
	< 1x / jaar (1)	Laag (4)	Ze ^{er} laag (3)	Ze ^{er} laag (2)	Ze ^{er} laag (1)

Voorbeeld 9

Categorisering Ernst		Categorisering frequentie
Categorie	Definitie	Categorie
Catastrofaal (4)	Overlijden/ernstig blijvend letsel patiënt Overlast onherroepelijk en op een kritische processtap of voortijdig stoppen proces	Wekelijks (4)
Groot (3)	Niet ernstig blijvend letsel patiënt Overlast aanzienlijk of structureel herstelhandelingen in proces nodig	Maandelijks (3)
Matig (2)	Niet blijvend letsel patiënt Overlast redelijk waarneembaar of periodiek herstelhandelingen in proces nodig	Jaarlijks (2)
Klein (1)	Geen letsel patiënt Geen of geringe overlast in proces	Minder dan 1x per jaar (1)

MIP commissie eigen organisatie

- Elke instelling die deelneemt aan TIM, heeft een vertegenwoordiging die verantwoordelijk is voor het bekend maken van TIM en de overige communicatie m.b.t. TIM richting zijn/haar organisatie c.q. achterban.
Deze vertegenwoordiger heeft ook de taak opmerkingen vanuit zijn/haar achterban te communiceren met de TIM-commissie.
- Elke vertegenwoordiger heeft tot taak het faciliteren van de toegankelijkheid van het TIM-formulier binnen zijn organisatie
- De MIP commissie van de eigen organisatie ontvangt de melding en handelt deze volgens eigen procedure af. De MIP functionaris koppelt terug aan de regisseurs via de mail.
- Streven is de meldingen binnen 6 weken af te handelen.

TIMcommissie

De regisseurs bekijken wekelijks de meldingen en zetten die vervolgens uit. Zij maken een analyse van de binnengekomen meldingen en koppelen deze terug aan de Commissie TIM.

De TIM commissie komt 4x per jaar bijeen en:

- bespreekt de trends
- beoordeelt of incidenten adequaat zijn afgehandeld of dat er verbeteracties nodig zijn voor het Zwols Veiligheidsnetwerk
- koppelen de acties van de TIM commissie terug aan het ZVN.

De TIMcommissie bestaat uit vertegenwoordigers van huisartsen, medische staf, apothekers, specialisten oudere geneeskunde en de regisseurs.

Calamiteiten

Indien er sprake is van een calamiteit, wordt de calamiteitenprocedure in gang gezet.

Onder calamiteit wordt verstaan: iedere niet -beoogde of onverwachte gebeurtenis die betrekking heeft op de kwaliteit van zorg en die tot de dood van of ernstig schadelijk gevolg voor een patiënt of cliënt van de instelling heeft geleid.

Een calamiteit moet direct gemeld worden bij de Raad van Bestuur van de eigen instelling en binnen 48 uur bij de MIP-commissie van de eigen instelling.

Definitief

4

Voorbeeld 9



Overdracht Acute Zorg

Datum / tijdstip incident: Ritnummer MKA / HAP:

Naam patiënt / geslacht:M / V

Geboortedatum:Leeftijd:

Overdracht van AVP / VS / HA / VK naar AVP / VS / HA / HAP / SEH / VK / Anders.....

S ituation Korte omschrijving van het actuele probleem Trauma Ja / Nee	Omschrijving van de hoofdklacht en / of ongevalsmechanisme: Airway vrij / niet vrij CWK: Breathing SaO ₂% AH freq:/min Ausc: EtCO ₂mmHg C Pols:/ min Tensie:CRT:sec. Huid: normaal / bleek / klam Bloedverlies (geschat)? ECG afwijkingen? D A V P U Laagste score: EMV Bloedsuiker:mmol/ltr PEARL: Ja / Nee
B ackground Relevante voorgeschiedenis Actuele medicatie Allergie Reanimeren Ja / Nee	
A ssessment Bevindingen (Werk) diagnose Differentiaal Diagnose Ingezette behandeling	
R ecommendation Advies / verwachtingen / gewenste opvang	

Gegevens hulpverlener: Huisarts / Ambulanceverpleegkundige / Verloskundige / Verpleegkundig Specialist / Anders n.l. :

Versiedatum 8-6-2015

Voorbeeld 10



Huisartsenpost
Nieuwe Waterweg Noord
Voor Spoed



Geachte cliënt,

U bent vandaag gezien door de huisarts of ambulancedienst.

In overleg met u of op uw nadrukkelijk verzoek is besloten u niet te vervoeren naar een ziekenhuis.
U heeft het volgende advies gekregen:

.....

.....

.....

Indien u van mening bent dat wederom hulp noodzakelijk is, kunt u opnieuw contact opnemen met uw huisarts, huisartsenpost en in spoedeisende gevallen met 112.

U heeft vandaag contact gehad met: zie voorzijde formulier

Geen ambulancevervoer noodzakelijk:

- ☐ Zelf naar Spoedeisende Hulp
- ☐ Zelf naar huisartsenpost
- ☐ Zelf naar eigen huisarts
- ☐ Belt zelf naar huisarts / verloskundige / specialist
- ☐ AVP heeft contact gehad met HA / VK..... en gegevens op formulier 1 besproken.

Patiënt weigert:

- ☐ Behandeling / onderzoek
- ☐ Ambulancevervoer
- ☐ Reden.....

Telefoonnummers

- | | |
|--|---------------|
| ☐ Spoedeisende gevallen: | 112 |
| ☐ Huisartsenpost Rijnmond SFG | 010 466 95 73 |
| ☐ Huisartsenpost Rijnmond IJsselland | 010 279 92 62 |
| ☐ Huisartsenpost Rijnmond R'dam Zuid | 010 290 98 88 |
| ☐ Huisartsenpost Rijnmond Ruwaard | 0181 62 70 55 |
| ☐ Centrale Huisartsenpost Nieuwe Waterweg | 010 249 39 39 |
| ☐ Huisartsenpost 't Hellegat Klaaswaal | 0186 576 660 |
| ☐ Huisartsenpost 't Hellegat Dirksland | 0187 480 447 |

NB: De voorzijde van dit formulier dient ingevuld te zijn: Overdracht Acute Zorg.

We verzoeken u dit formulier zorgvuldig te bewaren en bij een volgend bezoek aan uw huisarts mee te nemen.

In het kader van de kwaliteitsbewaking kan er de komende dagen contact met u worden opgenomen door een van onze medewerkers om te onderzoeken of U nog verdere klachten hebt ontwikkeld.

Versiedatum 8-6-2015