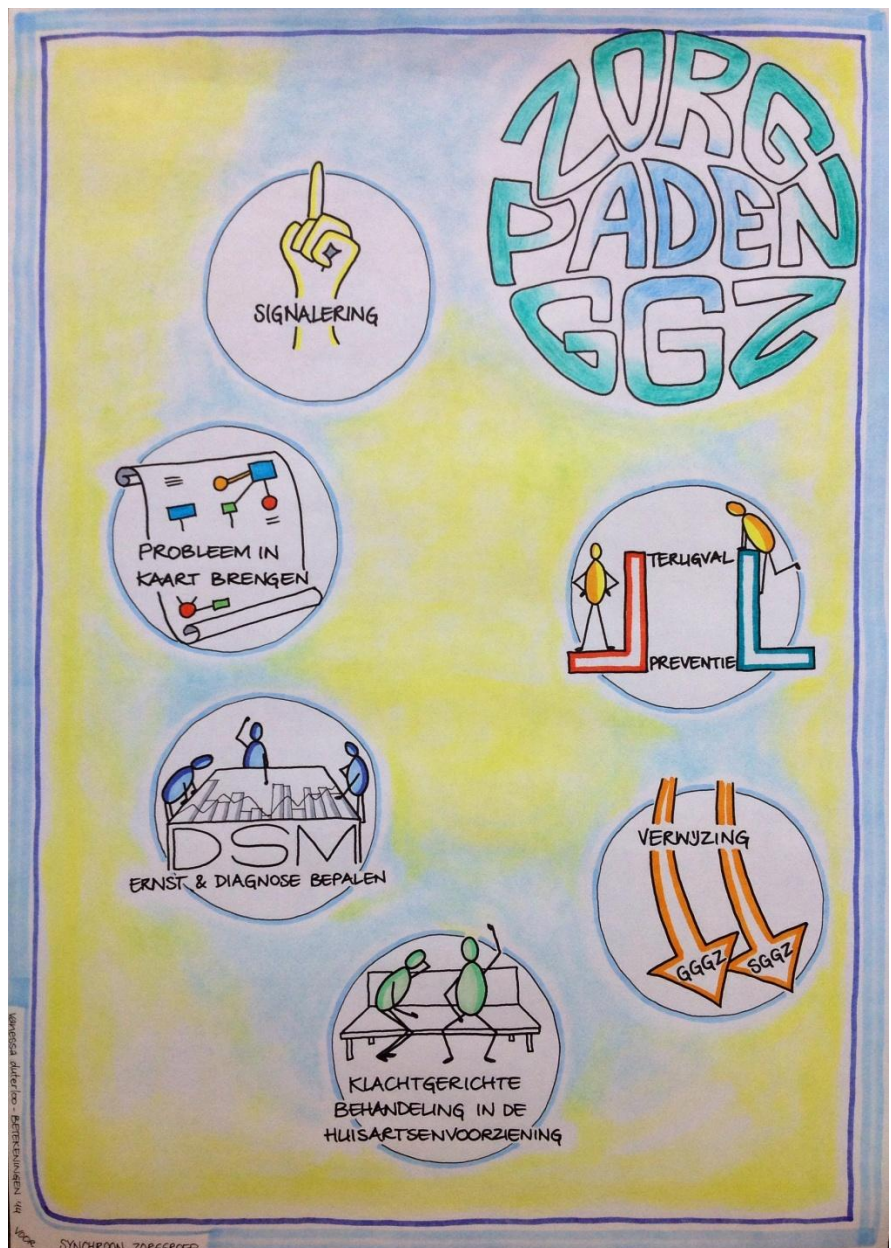
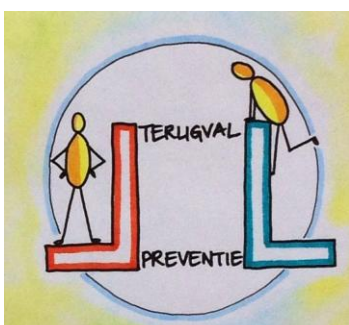
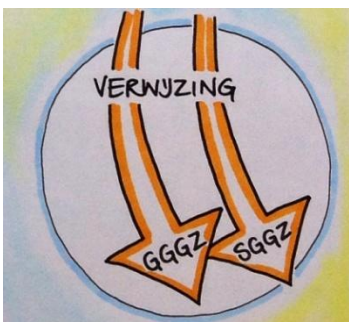
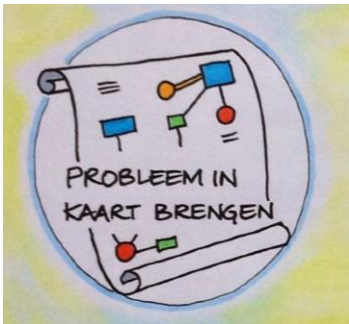




Regionaal zorgpad  
Chronische GGZ-problematiek  
Zorggroep Synchron

November 2014

# Regionaal zorgpad Chronische GGZ-problematiek Zorggroep Synchron, april 2014



# Zorgpad chronische psychiatrie

## Inleiding

Met het bestuurlijk akkoord van juni 2012 is een proces van ambulantisering en de-stigmatisering in gang gezet.

De tweede lijns GGZ instellingen gaan in de loop van komende jaren 30% van hun bedden afbouwen. (GGZ - Oost-Brabant heeft reeds de afbouw van dit beddenaantal bereikt waardoor voor deze instelling geldt, dat zij zich zullen gaan richten op en capaciteitsopbouw van 30%)

Mensen met ernstige psychiatrische aandoeningen zullen begeleid worden naar zelfstandige woonvormen en grotere participatie in de samenleving.

Uitgangspunt is dat deze mensen, en mensen met chronische psychische aandoeningen, de ruimte moeten ervaren om uit te komen voor hun ziekte en als gelijkwaardige burgers behandeld worden. Dit bevordert het herstel, de deelname aan de maatschappij en het arbeidsproces.

De zorg wordt rondom de cliënt georganiseerd in plaats van andersom.

Dit vraagt van alle partijen dat het huidige domein-denken wordt losgelaten en dat men bereid is met elkaar nieuwe uitgangspunten te formuleren. Om de cliënt in dit de-stigmatisering- en ambulantiseringproces goed te kunnen ondersteunen, is het noodzakelijk dat alle relevante partijen bereid zijn tot afstemming en samenwerking en aansluiten op de situatie van de cliënt

Met het beschrijven van een zorgpad voor chronische psychiatrische aandoeningen wordt hiertoe een aanzet gemaakt.

## Afbakening

Het zorgpad is gericht op volwassenen vanaf achttien jaar met chronische psychiatrische aandoeningen

## Visie

Het zorgpad gaat uit van de herstelgerichte zorg die in overleg met de cliënt op ieder moment ingezet kan worden.

## Doelgroep

Cliënten met chronische psychiatrische klachten kun je onderverdelen in twee categorieën.

- Cliënten met een chronische psychiatrische aandoening maar die door juiste lifestyle en ondersteuning (b.v. medicamenteuze behandeling) minimale beperkingen ervaren in het dagelijks functioneren.
- Cliënten met een chronische psychiatrische aandoening en een langdurige psychische kwetsbaarheid (met klachten (deels) in remissie na specialistische behandeling)

Binnen het HH (onderzoek en advies bureau, Hoeksema, Homans en Menting) rapport, wat de basis vormt van de beleidsregel Generalistische Basis GGZ, wordt de zorgvraagzwaarte van cliënten met chronische psychiatrische klachten die binnen de Basis-GGZ behandeld/begeleid kunnen worden als volgt omschreven:

*De gemiddelde zorgzwaarte betreft risicogevoelige stabiele of instabiele chronische problematiek of ernstige problematiek in remissie. Er is sprake van een matig risico (er zijn ondanks de aanwezigheid van klachten/symptomen geen aanwijzingen die duiden op gevaar voor ernstige zelfverwaarlozing of verwaarlozing van naasten, decompensatie, suïcide, geweld of automutilatie of er is wel sprake van een latent gevarenrisico, maar er staan beschermende factoren tegenover zoals: adequate coping, werk of structurele dag invulling en een steunsysteem waarop men dagelijks kan terugvallen voor toezicht, zorg, praktische en emotionele steun).*

De cliënten hebben vaak een langer durend behandelprogramma gevolgd binnen de gespecialiseerde GGZ en ervaren hun klachten/symptomen op dat moment als niet veranderbaar. De verwijzing naar de Basis-GGZ kan nieuw perspectief bieden op herstel in de zin van; verandering in leefstijl, dag invulling en re-integratie en participatie..

Het is van belang dat de cliënt voorbereid wordt op een overdracht naar de Basis-GGZ .  
Een goede voorbereiding daarop is het volgen van de training; [Herstellen doe je zelf](#).  
Of een mogelijke coaching door een ervaringsdeskundigen.

Uitgaande van de herstelvisie:

*Vaak is hulpverlening gericht op het genezen van de ziekte of bestrijden van de symptomen. Dit is vaak (er zijn uitzonderingen) niet mogelijk. Ook wordt er te vaak over, in plaats van met, de cliënt gesproken. Vaak wordt er een diagnose gesteld en een behandeling aangeboden. Er wordt niet gevraagd wat de cliënt nou eigenlijk zelf vindt. Het is belangrijk dat de cliënt de regie zelf in de hand heeft. De cliënt bepaalt zelf hoe hij met zijn problemen omgaat en welke hulp hij daarbij wil hebben. Te vaak ligt de nadruk op de ziekte, op wat je niet kunt. Het is juist belangrijk om je te richten op de mogelijkheden. Herstellen is functioneren op de hoogst haalbare manier, accepteren van je beperkingen en kijken naar de mogelijkheden. De stoornis is slechts een klein onderdeel van zinvol leven. Je bent meer dan alleen je stoornis.*

Verwijscriteria vanuit de SGGZ zijn:

- De cliënt is in staat zich te laten begeleiden
- Client is in staat tijdig hulp in te roepen als nodig

In overleg met de cliënt hoofdbehandelaar en huisarts wordt een gerichte verwijzing samengesteld uitgaande van het matched-care principe.

### **Standaard procedure bij uitschrijving vanuit de specialistische GGZ;**

#### **Proces**

- De behandelaar bespreekt het voornemen tot terugverwijzen aan de hand van de overdrachtsbrief en doet een voorstel tot verdere begeleiding in de huisartsenpraktijk of Generalistische Basis GGZ.
- Overleg: Behandelaar neemt indien wenselijk contact op met de huisarts om de mogelijkheden te bespreken.
- Mogelijkheden voor warme overdracht worden besproken en onderzocht.
- Overdrachtsbrief: Behandelaar verstuurt een overdrachtsbrief naar de huisarts met een voorstel tot verdere begeleiding. Brief wordt bij voorkeur elektronisch verzonden.
- Afspraak huisarts: Behandelaar adviseert de cliënt om na 2-4 weken na het laatste contact een afspraak te maken bij de huisarts om de verdere zorg inclusief medicatie te bespreken.
- Huisarts: Huisarts bespreekt het advies van de behandelaar met de cliënt. Óf de zorg wordt binnen de huisartsenpraktijk geleverd óf de huisarts verwijst naar de Generalistische Basis GGZ. Huisarts en cliënt maken een plan tot verdere begeleiding inclusief medicatie. Bij een verwijzing naar de Generalistische Basis GGZ wordt de overdrachtsbrief meegezonden en worden afspraken gemaakt wie verantwoordelijk is voor de medicatie en medicatiecontrole.
- Beëindigen dossier Specialistische GGZ: Behandelaar in de Specialistische GGZ sluit het dossier pas af na een adequate schriftelijke overdracht.

#### **Inhoud overdrachtsbrief**

- Diagnose en beloop tot nu toe
- Behandelgeschiedenis: soorten therapieën en resultaat
- Medicatie in het verleden en resultaat
- Sociaal netwerk: omgeving, werk, bezigheden, instanties: Dagbesteding via DBC: is CIZ aanvraag geregeld?
- Signaleringsplan: wat zijn symptomen dat het niet goed gaat, betrokkenen uit de omgeving, vangnet
- Crisisplan: omvat een omschrijving van een crisis: wat zijn lichte matige en ernstige symptomen van ontregeling ( plan toevoegen). In de documenten wordt ook vermeld hoe te handelen als cliënt zelf niet in staat is een hulpvraag te formuleren.
- Wat besproken is met cliënt en de visie van de cliënt.
- Huidige hoofdbehandelaar
- Wie is het aanspreekpunt binnen Specialistische GGZ met telefoonnummer bij vragen over de overdrachtsbrief

## **Advies en afspraken**

1. Er wordt een advies uitgebracht of begeleiding kan geschieden in HA praktijk of Generalistische Basis GGZ . Daarnaast advies over vorm en frequentie van gewenste begeleiding
2. In overleg met de cliënt (en eventueel tweede lijns behandelaar) wordt afgesproken welke discipline uit de Basis GGZ de juiste aansluiting zal zijn. Wat zijn de verwachtingen van de cliënt? Wat wil hij/zij? Moet de behandeling gericht zijn op verandering, re-integratie, consolidatie of alleen medicatiecontrole? Ook hier is de herstelvisie een belangrijke richtlijn.
3. Actief wordt er navraag gedaan naar de aanwezigheid van een steunsysteem en hoe deze te betrekken. Hierbij kan ook gedacht worden aan de inzet van lotgenotencontact en of het wijknetwerk
4. Medicatie advies voor nu en de toekomst. Melding van laatste labonderzoek en beleid: hoe vaak, wanneer, door wie

## **Client**

- Krijgt zelf, indien gewenst, een afschrift van de overdrachtsbrief
- Maakt een afspraak bij de huisarts na 2-4 weken na het laatste contact in de SGGZ.

## **Huisarts en/of POH-GGZ**

- Krijgt de overdrachtsbrief. Bespreekt met de cliënt de overdrachtsbrief en het voorstel van de behandelaar. Maakt afspraken over de vervolg begeleiding, medicatie, controles en hoe te handelen bij crisis.
- Maakt een keuze met cliënt: over plaats, persoon en vorm van de begeleiding
- Bij verwijzing bespreekt de huisarts wie zorg draagt voor de medicatie, de lab controles en stuurt de overdrachtsbrief mee.

## **Bij verwijzing naar de Generalistische Basis GGZ**

Overdrachtsbrief en afspraken over medicatie en lab onderzoek worden verstuurd.

## **Randvoorwaarden begeleiding.**

- Wanneer inzet van specialistische zorg binnen 24 uur geïndiceerd is vindt verwijzing naar de crisisdienst plaats
- De signaleringskaart en het crisisprotocol worden standaard samen met de cliënt ingevuld en ondertekend. Het dient als start van een nieuwe behandel/begeleidingsovereenkomst met de professional van de Basis GGZ of andere gewenste organisatie.
- Hierin worden ook duidelijke afspraken gemaakt over medicatiegebruik en terugvalpreventie zoals eventueel in schakelen bemoeizorg, FACT, als hulpvrager afspraken niet meer nakomt
- In overleg met cliënt wordt afgesproken welke vorm van ondersteuning, begeleiding en/of behandeling plaatsvindt. De geformuleerde criteria voor chronische problematiek binnen de GBGGZ zijn richtinggevend.
- Jaarlijks controle afspraak bij huisarts

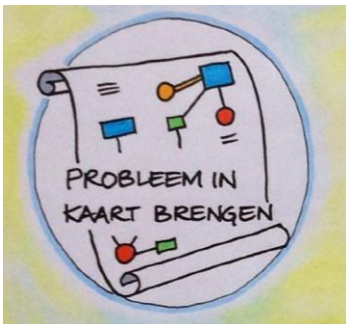




Terug naar het begin van  
het document, klik hier.

## 1. Basis interventies

- In samenspraak met de cliënt komen tot een overwogen behandel/begeleidingsovereenkomst.
- Uitleg over herstel ondersteunende zorg met als doel de cliënt te helpen een leven te leiden dat betekenisvol is en voldoening geeft, in de aan- of afwezigheid van symptomen.
- Uitleg hoe met zelfmanagement adequaat om te gaan met symptomen en beperkingen.
- Voorlichting door lotgenoten hoe sterke kanten en een toekomstperspectief ontwikkeld kunnen worden.
- Bespreken wat de naasten kunnen doen rond symptomen, beperkingen en ondersteuning van herstel.



Terug naar het begin van  
het document, klik hier.

## 2. Afhankelijk van zorgvraag

- Rehabilitatieprogramma  
Herstelgerichte zorg zoals cursus; [Herstellen doe je zelf](#) van de stichting Door en Voor IPS tbv arbeidsintegratie
- Re-integratie/ participatie  
Re-integratie stimuleren door actief aansluiting te zoeken bij wijknetwerken en door b.v. "welzijn op recept".  
Verwijzen naar aanbod: Kwartiermaken van Door en Voor.
- Terugvalpreventie  
Aanbod van diverse vaardigheidstrainingen bijvoorbeeld "in de put uit de put", E-health, stressmanagement, van klacht naar kracht, eigen regie, mindfulness, slaapcursus, cursus middelengebruik, vers-training, ondersteuning sociale netwerk, etc

### **Disciplines**

Huisarts, POH-GGZ, AMW, lotgenoten/cliëntondersteuning, wijknetwerk of andere geïndiceerde behandelaar

### **Ondersteunende documenten**

ORS-vragenlijst (monitoring), [Crisiskaart van Door en Voor](#), Signaleringsplan (GGZ)

## **Consultatiemogelijkheid**

Psychiater, spv



Terug naar het begin van  
het document, klik hier.

## **3. Psycho-farmaca-therapie**

Standaard jaarlijks medicatiecontrole bij psychiater of huisarts als deze zelf de medicatie begeleidt.

### **Disciplines**

Huisarts en psychiater

### **Consultatie**

Psychiater



Terug naar het begin van  
het document, klik hier.

## **4. Verwijzing naar GGGZ**

In overleg met cliënt, huisarts en eventueel vorige behandelaar kan verwijzing naar de GBGGZ plaatsvinden (ZZP chronisch maximaal 750 minuten per jaar)

### **Disciplines**

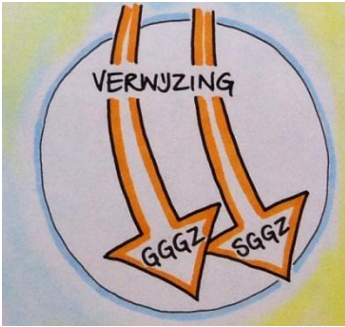
Verpleegkundig specialist, GZ-psycholoog, Psychiater en SPV als medebehandelaar.

### **Interventies**

Afhankelijk van de zorgvraag

### **Ondersteunende documenten**

Monitoring met de ORS,

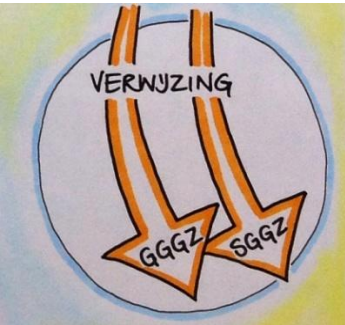


Terug naar het begin van het document, klik hier.

## 5. Opschaling van zorg

Bij toename van klachten afspraken volgen zoals vermeld in signalerings- en crisiskaart:

- Lichte klachten → signaleringsplan nalopen.
- Toename klachten → crisisprotocol nalopen en in overleg met cliënt juiste interventies kiezen.
- Geen respons → consultatie psychiater. Vooraf met cliënt afspraken maken over tijdspad.

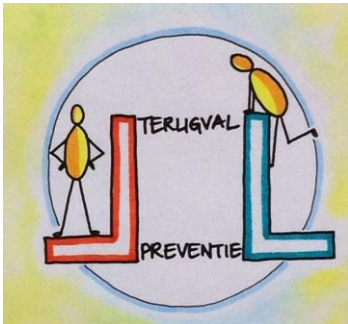


Terug naar het begin van het document, klik hier.

## 6. Verwijzing naar SGGZ

Bij crisis rechtstreekse doorverwijzing. Afspraken maken met laatste behandelaar om snelle en laagdrempelige toestroom te waarborgen of via crisisdienst.





Terug naar het begin van  
het document, klik hier.

## 7. Terugvalpreventie

In overleg met cliënt plan van aanpak maken:

- Aan welke ondersteuning heeft de cliënt nog behoefte, welke vaardigheden kunnen nog getraind worden?  
Bijvoorbeeld; Zelfmanagementtraining, bibliotherapie, E-health
- In overleg met cliënt een signaleringsplan op stellen: wat te doen wanneer klachten in ernst toenemen?

## **Bijlage 1: Cursus 'Herstellen doe je Zelf'**

### Doel van de cursus

Via de cursus bieden we je de gelegenheid om:

- je kennis en begrip over herstel te vergroten
- je herstellervaringen met anderen te delen en herkenning, erkenning en steun te ervaren
- meer grip te krijgen op je eigen situatie en toekomst door het opdoen van vaardigheden en het hervinden van je kracht;
- weerbaarder te worden
- zicht te krijgen op medezeggenschap en wat je er zelf mee kunt

Aan deze doelen wordt in kleine stapjes gewerkt. Elke vooruitgang, ook al lijkt deze nog zo klein, zien we als een overwinning en een stap op weg naar herstel.

### Wat leer je?

Je leert:

- jezelf te uiten
- op te komen voor jezelf
- je mening te formuleren
- inzicht te krijgen in je eigen herstel
- ervaringen te delen
- welke waarden belangrijk voor je zijn
- eigen keuzes te maken
- jezelf een doel te stellen waaraan je gaat werken
- te bepalen welke steun je hierbij kunt krijgen (en van wie) en hoe je deze kunt schakelen
- welke invloed je zelf kunt hebben op je eigen herstelproces

### Bijeenkomsten

Voorafgaand aan de cursus is er een kennismakingsbijeenkomst. De cursus kent twaalf wekelijkse bijeenkomsten. Drie maanden na afloop is er een terugkombijeenkomst.

### Praktische informatie

Kosten: voor de deelnemers zijn er geen kosten. Uitvoering: de cursus wordt gegeven door twee ervaringsdeskundige cursusleiders. Aantal mensen: 8 tot 10.

Voor inschrijving via inschrijvingsformulier; zie website Door&Voor; [www.doorenvoor.nl](http://www.doorenvoor.nl)