

Transmurale ketenafspraken chronische GGZ patiënten

Algemeen

Stabiele chronische psychiatrische patiënten worden van de Specialistische GGZ (SGGZ) terugverwezen naar de huisartsenpraktijk/POH GGZ en/of de Generalistische Basis GGZ (GB-GGZ). Terugverwijzen naar de GB-GGZ geschiedt via de huisartsenpraktijk én in overleg met de huisartsenpraktijk. Het is van belang dat GGZ-instellingen en huisarts met name overleggen bij die mensen, bij wie verwacht wordt dat zij na hun ontslag nazorg nodig hebben.

In overleg met huisarts kan gekozen worden voor:

- Behandeling en medicatie in huisartsenpraktijk
- Behandeling en medicatie in GBGGZ
- Behandeling in GBGGZ en medicatie door huisartsenpraktijk

Randvoorwaarden

Als er sprake is van verhoogde kwetsbaarheid van een patiënt, is een warme overdracht een voorwaarde voor een zachte landing. Dat betekent dat de Specialistische GGZ al start met stapsgewijs overdragen voordat het daadwerkelijke moment van terugverwijzing plaatsvindt. Dit kan door tijdig contact op te nemen met de huisarts en al tijdens de behandeling binnen de Specialistische GGZ zaken over te dragen naar de huisarts, zoals somatische screening en/of medicatie.

Proces

Bij patiënten met een verhoogde kwetsbaarheid draagt de GGZ-behandelaar altijd warm over aan de huisarts. Bij een warme overdracht maken de huisarts en Specialistische GGZ samen afspraken over het vervolg van de behandeling/begeleiding, en ook met de patiënt en naastbetrokkenen in de directe omgeving van de patiënt.

1. De Specialistische GGZ bepaalt beëindiging behandeling.
2. Patiënt voldoet aan de terugverwijscriteria (zie [A. Medische criteria voor overdracht naar Basis GGZ](#)).
3. De behandelaar neemt contact op met de huisarts voordat hij de behandeling afsluit (zie [B. Te bespreken zaken door GGZ behandelaar en huisarts](#)).
4. De huisarts bepaalt, mede op het advies van de Specialistische GGZ, of de patiënt verder begeleid zal worden bij de huisarts/POH GGZ en/of de Generalistische Basis GGZ.

5. De cliënt krijgt bij de Specialistische GGZ een advies om verdere behandeling aldaar te staken. De behandelaar bespreekt met de cliënt waarom en wanneer terugverwijzing aan de orde is en geeft aan dat dit ook met de huisarts overlegd is / gaat worden.
6. De patiënt wordt door de behandelaar terugverwezen naar de huisarts en adviseert de patiënt om na 2 weken een afspraak te maken bij de huisarts (of Generalistische Basis GGZ) om de verdere zorg inclusief medicatie te bespreken.
7. De behandelaar kiest voor een warme overdracht die passend is voor deze patiënt. Soms kan een brief voldoende zijn, soms is aanvullend telefonisch overleg met de huisarts noodzakelijk. Huisarts krijgt binnen 2 weken alle belangrijke informatie per brief (zie [C. Aandachtspunten voor de overdrachtsbrief](#)).
8. De behandelaar checkt of de patiënt is aangekomen bij de huisarts.
9. De behandelaar in de Specialistische GGZ sluit het dossier pas af na een adequate schriftelijke overdracht en nadat de cliënt bij de huisarts is geweest.

A. Medische criteria voor overdracht naar (Generalistische) Basis GGZ

Psychotische stoornis

- 2 jaar psychosevrij
- Medicatietrouw
- Gangbare medicatie (geen clozapine, geen depot, tenzij akkoord huisarts)
- Gestabiliseerd zorgkader, afgestemd met familie/ mantelzorg, signaleringsplan
- Zelfredzaam, geen Rechterlijke Machtiging/IBS
- Dagactiviteiten aanwezig
- GAF niet onder de 50

Bipolaire stoornis/ Depressie

- Stemningsstabilisator goed ingesteld
- 1 jaar stabiel (en eerder goede afspraken mee te maken)
- Geen suïcidale plannen (of VG met veel TS)
- Geen ernstige depressie tenzij 2 jaar in remissie
- Geen (ernstige) comorbiditeit bv psychotische verschijnselen

Persoonlijkheidsstoornis

- Geen automutilatie of andere ernstig versturende gedragsproblemen
- Afspraken zijn te maken, redelijke therapietrouw
- Behandelrelatie met huisarts is aanwezig
- Aanvaardbaar psychosociaal functioneren zonder grote lijdensdruk
- Verslaving
- Monitoren met terugkeergarantie

B. Te bespreken zaken door GGZ behandelaar en huisarts

1. De behandelaar bespreekt het voornemen tot terugverwijzen van de patiënt en doet een voorstel tot verdere begeleiding in de huisartsenpraktijk of Generalistische Basis GGZ.
2. Bij de overdracht van een cliënt van de Specialistische GGZ naar de huisarts en Basis-GGZ wordt overlegd wie de medicatie van cliënt het beste kan voorschrijven en controleren. Het gaat om gestabiliseerde chronische cliënten die reeds enige tijd een vaststaande voorschrift van medicatie hebben. Voor huisartsen is het goed gebruik dat patiënten die in de GGZ behandeld werden, ook na de overstap naar de GB-GGZ die medicatie vanuit de GGZ instelling voorgeschreven krijgen. Voor complexe medicatie zoals clozapine, lithium maar ook methadon geldt dat zeker. In goed overleg zou de huisarts kunnen besluiten om het voorschrijven van de psychiatrische medicatie over te nemen, bijvoorbeeld om de patiënt weer meer in beeld te krijgen of omdat de huisarts dan het overzicht en controle heeft van alle (somatische en psychiatrische) medicatie.
3. Afspreken wie verantwoordelijk is voor lichamelijke controle en aanvullend onderzoek.
4. Wat te doen bij 'no show' bij huisarts.
5. Termijn waarbinnen patiënt wordt overgedragen.
6. Huisarts krijgt binnen 2 weken alle belangrijk informatie per brief (zie [C. Aandachtspunten voor de overdrachtsbrief](#)).
7. Voorwaarden voor overname
8. Wat niet te doen.

C. Aandachtspunten voor de overdrachtsbrief

1. Diagnose
2. Medicatieoverdracht
 - Naam medicijn
 - Dosering
 - Bijwerking(en)
 - Einddatum
 - Noodzakelijke (lab)controles
 - Vastleggen afspraken wie verantwoordelijk is voor het voorschrijven van de medicatie.
3. Naam en telefoonnummer van contactpersoon en hoofdbehandelaar binnen de Specialistische GGZ voor eventuele vragen over de overdrachtsbrief of rondom medicatie/ terugval.
4. Advies met betrekking tot lichamelijke controle en aanvullend onderzoek.
5. Signaleringsplan: voorwaarden waaronder iemand goed kan functioneren. Wat zijn symptomen dat het niet goed gaat en wie zijn de betrokkenen uit de omgeving, vangnet?
6. Afspraken rondom no-show bij de huisarts.
7. Wat is besproken met de patiënt en wat is de visie van de patiënt?
8. Eventueel contactpersoon woonbegeleiding vanuit de gemeente.