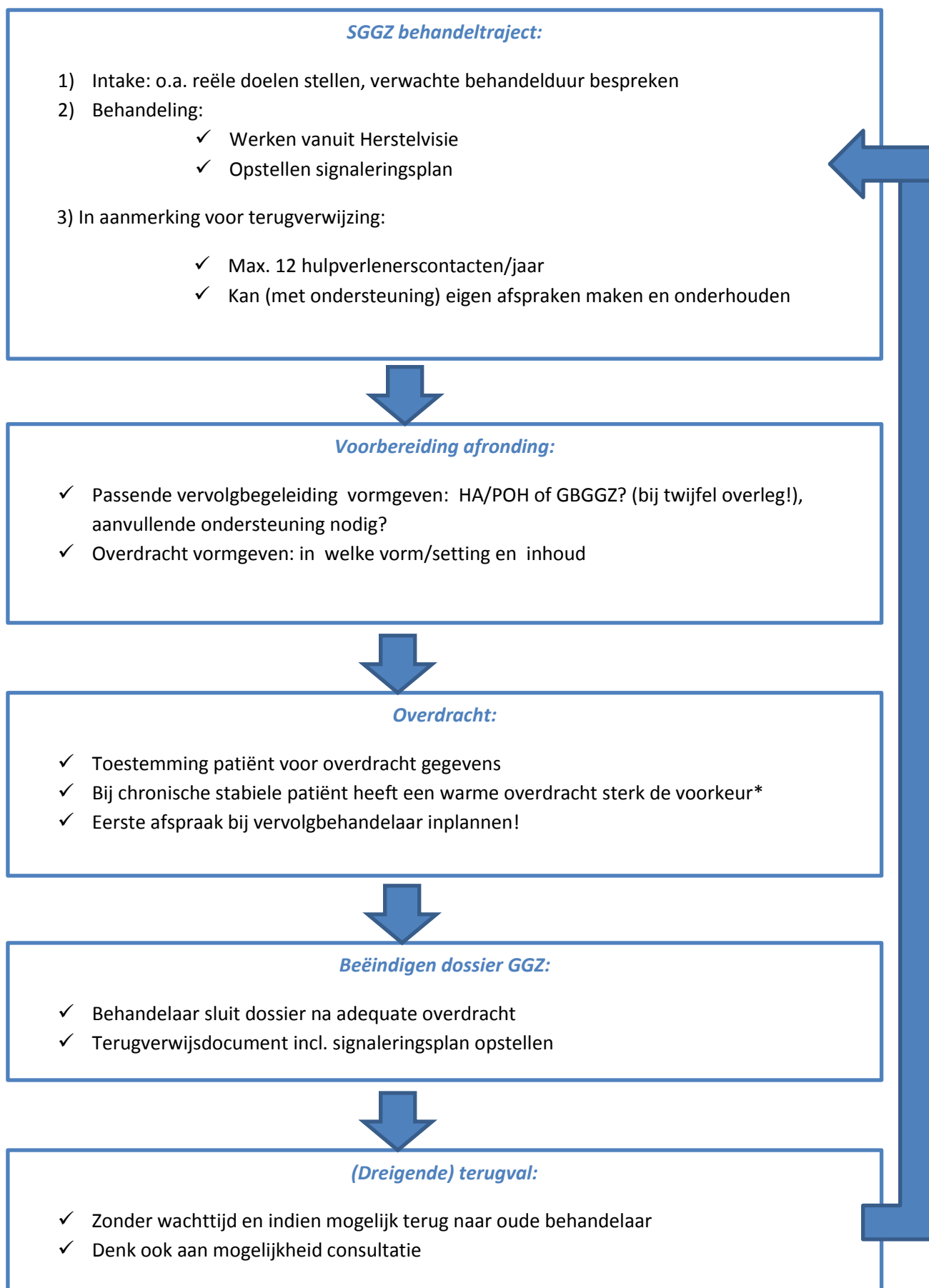


Stappenplan overdracht van SGGZ naar GBGGZ/huisarts & POH-GGZ



* Denk ook aan het betrekken van het sociaal team.

Stappenplan overdracht van een chronische stabiele patiënt van SGGZ naar GBGGZ/Huisarts POH-GGZ

Intake SGGZ aan de start van zorg

Er worden door behandelaar en patiënt samen doelen gesteld. Hierbij zijn de kernwaarden passend binnen de Herstelvisie¹ leidend.

De zorgverlener SGGZ geeft schatting van de duur van zorg op basis van problematiek. Er wordt besproken dat klachtenvrij zijn geen voorwaarde is voor terugkeer naar GBGGZ²/HA.

Gedurende SGGZ zorgtraject

- De gezamenlijk opgestelde doelen worden periodiek geëvalueerd en er is aandacht voor de vraag of de SGGZ de meest passende zorg is voor het behalen van deze doelen.
- Zorgverlener SGGZ geeft bij iedere evaluatie een schatting van de resterende duur van zorg, op basis van vooruitgang.
- Er wordt al vroeg in het behandeltraject een opzet gemaakt voor een crisiskaart/signaleringsplan/terugvalpreventie. Dit met als doel de veiligheid en eigen regie van cliënt te bevorderen.

Voorbereiding afronding SGGZ zorgtraject

Een patiënt binnen de SGGZ komt in aanmerking voor terug verwijzing als:

- de inschatting is dat maximaal 12 hulpverlenerscontacten op jaarbasis toereikend zijn
 - de huisarts expliciet akkoord geeft voor overname van de patiënt.
- Zorgverlener SGGZ gaat ten minste 3 maanden voor het voornemen de behandeling SGGZ te beëindigen hierover in gesprek met de patiënt.

Bespreken:

- Dat het team en de patiënt verwachten dat de persoon deze stap aan kan.
- Dat er mogelijk (heftige) emoties gepaard gaan met deze stap.
- Welke vervolfbegeleiding het meest aansluit bij de verwachtingen en doelstellingen van de patiënt: GBGGZ of POH-GGZ/huisarts. De huisarts/POH kan betrokken worden in deze besluitvorming.
- Welke ondersteuning de patiënt in zijn ogen nodig heeft. Dit kan aan de hand van de zes dimensies van Positieve Gezondheid (lichaamsfuncties, mentaal functioneren, sociaal-maatschappelijk functioneren, dagelijks functioneren, zingeving en kwaliteit van leven) in kaart worden gebracht. Bij benodigde ondersteuning kan gedacht worden aan het maken en houden van afspraken bij GBGGZ/huisartsenzorg, behandeling thuis, zorg van familie, buddy, inlichting/educatie van de buurt, ondersteuning van de POH-GGZ of gemeente, enz.
- Hoe de overdracht moet zijn tussen de 'oude' behandelaar en de 'nieuwe' zorgverlener. Mogelijkheden zijn: face to face, telefonisch in aanwezigheid van patiënt, telefonisch zonder patiënt of een overdrachtsbrief.
- Hoe de eerste afspraak gemaakt moet worden: patiënt zelf, uitnodiging van GBGGZ/POH-GGZ, patiënt maakt de afspraak samen met de SGGZ behandelaar.
- Wat er met de volgende zorgverlener besproken moet worden.

Behandelaar SGGZ regelt:

- Aanvullende indicatie; PGB of wijkteam.

Indien nodig/gewenst:

- Vervolgbehandelaar huisarts/POH-GGZ (consultatie) of basis GGZ (DBC) uitnodigen voor exitgesprek.

- De behandeling kan **niet** afgesloten worden voordat de eerste afspraak bij de vervolgbehandelaar is gepland.

Overdracht naar GBGGZ en/of huisarts/POH-GGZ

Er wordt gekozen voor een overdracht, waarbij er in de ogen van de patiënt voldoende aandacht is voor alle factoren die belangrijk zijn voor diegene.

- De patiënt geeft expliciet toestemming voor a) contact met de vervolgbehandelaar en b) de overdracht van gegevens.
- Bij chronische stabiele patiënten heeft een warme overdracht sterk de voorkeur. Dit kan face-to-face danwel telefonisch plaatsvinden.

Beëindigen dossier SGGZ: het terugverwijsdocument

Behandelaar SGGZ sluit het dossier van de patiënt na adequate overdracht en als afspraak met de vervolgbehandelaar gemaakt is.

Het terugverwijsdocument bevat tenminste de volgende gegevens:

- Omschrijving problematiek, diagnose en beloop (incl. reden verwijzing).
- Behandelgeschiedenis: soorten therapieën, medicatie (indien van toepassing) en resultaat.
- Conclusie/DSM IV diagnose.
- Signalerings- en/of crisisplan.
- Persoonlijke wensen en doelen van de patiënt
- Gegevens over maatschappelijk herstel (sociaal netwerk, woonomgeving, werk, bezigheden, dagbesteding, WMO-aanvraag geregeld).
- Wat besproken is met patiënt en naastbetrokkene, de visie van de patiënt en naastbetrokkenen en of er sprake was van gedeelde besluitvorming.
- Hoofdbehandelaar SGGZ en contactgegevens

Eventueel:

- Medicatieadvies en bijbehorende controle, laatste laboratoriumuitslagen en beleid
- Advies voor vervolgbehandeling en het bedoelde echelon (HA/POH-GGZ, GBGGZ, SGGZ). Daarbij is ook aandacht voor de verantwoordelijke voor medicatie.

(Dreigende) terugval

- Patiënt kan in overleg met de eigen huisarts indien nodig zonder wachttijd terug naar SGGZ doordat de huisarts direct contact opneemt met oude behandelaar (indien mogelijk)
- Bij twijfels of vragen is er mogelijkheid tot consultatie van de SGGZ binnen de huisartsenpraktijk.

Noten:

- 1) Vier kernwaarden zijn leidend bij het werken volgens de Herstelvisie: 1. De persóón staat centraal, niet de diagnose, 2. De cliënt is persoonlijk en actief betrokken bij het plannen en uitvoeren van de zorg, 3. De cliënt mag en kan zelf zijn richting kiezen. 4. Hoop en groeipotentie staan centraal in de aanpak.
- 2) Korte uitleg prestatie chronisch GBGGZ:
 - Begeleiding/behandeling per cliënt 750 minuten per jaar (ook huisbezoeken zijn mogelijk)
 - Hoofdbehandelaar is meestal verpleegkundig specialist GGZ die ook medicijnen mag instellen en bloedcontroles doen (al dan niet na consultatie psychiater), soms is een GZ psycholoog hoofdbehandelaar van prestatie chronisch
 - Naast de begeleiding van chronisch kan in veel gevallen ook nog een GBGGZ of SGGZ behandeling plaatsvinden (parallel), waardoor tijdelijk meer tijd ingezet kan worden
 - Verwijzing naar chronisch mag meestal direct vanuit SGGZ zonder nieuwe verwijsbrief huisarts
 - Wanneer een cliënt een minimum inkomen heeft, dan zou deze een "no risk polis" kunnen aanvragen bij veel gemeenten om een aanspraak op eigen risico te voorkomen