

TOPSAMENWERKING IN REGIO RIJNMOND

# ACUTE GGZ IS ZO GEREgeld

Als op vrijdagmiddag een familielid belt dat een patiënt stemmen hoort of zelfmoord wil plegen, zakt veel huisartsen de moed in de schoenen. Dat gaat heel veel tijd kosten. De samenwerking met de acute dienst GGZ is in veel regio's problematisch. Maar niet in de regio Rijnmond. Een helder stroomschema heeft alle communicatieproblemen opgelost. De overdracht is zo geregeld.

In de huisartspraktijk van Joke Smit-Smouter, huisarts te Rotterdam Vreewijk, gebeurt het een paar keer per jaar dat een familielid belt over een patiënt die acute psychiatrische problemen heeft. "Daar ga je als huisarts meteen naar toe. Als het ernstig is, bel je de acute GGZ. Zij komen de patiënt beoordelen en regelen ook de nodige vervolgzorg. Maar in de praktijk liep dat ontzettend moeizaam. Je kreeg eerst een telefoniste aan de lijn, daarna kon het wel een half uur duren voor de dienstdoende sociaal psychiatrisch verpleegkundige of arts terugbelde. Vervolgens kon het nog uren duren voordat de patiënt daadwerkelijk werd gezien. En al die tijd zit je dan te wachten bij die patiënt, want je kunt hem moeilijk aan zijn lot overlaten in zo'n crisissituatie. Dat kun je toch geen acute zorg noemen?"

## ■ Ergernissen

Er ging vaak zoveel mis in de overdracht dat huisarts Smit ertoe overging om na zo'n situatie een aangetekende brief naar de acute GGZ te sturen. Bij de derde aange tekende brief erkende de acute GGZ dat het anders moest. Ook omdat er meer klachten binnenkwamen van andere huisartsen. Smit: "We zijn toen met enkele huisartsen

en vertegenwoordigers van de acute GGZ om tafel gegaan, en hebben over en weer onze ergernissen en wensen uitgesproken. Voor huisartsen was het een grote ergernis dat je niet meteen een bevoegde hulpverlener aan de telefoon krijgt die direct beslist of de patiënt beoordeeld wordt of niet. Een andere ergernis was dat de patiënt aan het eind van het gesprek geen afspraakkaartje kreeg, waardoor later niemand wist met wie de patiënt had gesproken en wat er was afgesproken. Als huisarts kreeg je ook niet meteen een terugkoppeling, waardoor wij de patiënt ook niet konden vertellen wat er was afgesproken."

Andersom waren er natuurlijk ook ergernissen. "Voor de acute GGZ is het belangrijk dat de huisarts een somatische oorzaak voor de klacht heeft uitgesloten. Zij hoeven niet uit te rukken als er een lichamelijke probleem speelt, zoals een oudere patiënt met een delier. Daar moeten huisartsen



## Uitslag LHV-peiling over GGZ

In het volgende nummer van De Dokter staan we uitgebreid stil bij de resultaten van de GGZ-peiling onder onze leden. Maar liefst 1.900 huisartsen vulden de online vragenlijst in. Bij de resultaten vallen in

ieder geval twee zaken op: een grote meerderheid van 80 procent ziet een toename in het aantal patiënten dat zij binnen de huisartsenpraktijk overnemen vanuit de gespecialiseerde GGZ. Daarbij geven huisartsen bovendien aan

dat zij tijdgebrek ervaren om deze groep patiënten goed op te kunnen vangen.

**Het volgende nummer ligt op 2 juli bij u op de mat.**



Het stroomschema dat de huisartsen in de regio Rijnmond samen met de acute dienst GGZ hebben opgezet, is als voorbeeld beschikbaar voor huisartsen in andere regio's. Kijk op [www.stichtingkoel.nl](http://www.stichtingkoel.nl) onder <eerstelijns protocollen>.

dus duidelijk in zijn. Ze klaagden ook over de bereikbaarheid van de huisartsen, zeker na vijf uur. Als ze al een terugkoppeling wilden geven, kregen ze de huisarts met geen mogelijkheid aan de telefoon.”

#### ■ **Stroomschema**

Om die ergernissen over en weer op te lossen, is er een compleet stroomschema opgesteld met de stappen die zowel de huisartsen als de acute GGZ volgen. Smit: “Als ik nu de acute GGZ bel over een patiënt met acute psychiatrische problemen, krijg ik direct een beslissingsbevoegde zorgverlener aan de lijn. Die stelt volgens het schema een aantal adequate vragen en neemt in 5 á 10 minuten het besluit of de patiënt wel of niet beoordeeld wordt, waar en hoe laat.”

“Het streven is om 80 procent van de patiënten binnen twee uur te zien. De patiënt krijgt na het gesprek een kaartje met de

naam van de medewerker van de acute ggz, de gemaakte afspraak en het telefoonnummer van de spoedpoli waar hij naar toe kan bellen als de periode voor de volgende afspraak toch nog te lang duurt. De huisarts krijgt diezelfde dag een telefonische terugkoppeling, zo nodig via de huisartsenpost, en binnen zeven dagen volgt een schriftelijk verslag. Daarnaast hebben wij afspraken gemaakt over de bereikbaarheid van de huisartsen. De acute GGZ kan de huisarts

**‘Bij ons ging het bijvoorbeeld over de ergernis dat je niet meteen een bevoegde hulpverlener aan de telefoon krijgt’**

of de huisartsenpost altijd via de spoedlijn bellen en krijgt dus direct contact.”

#### ■ **Geen klachten**

De nieuwe werkwijze betekent een enorme verbetering. Smit: “Zodra de patiënt is overgedragen aan de acute GGZ, kan ik de patiënt loslaten. Hij weet hoe laat de hulpverlener komt, en als dat te lang duurt, kan hij dat zelf met de acute dienst bespreken. Dat geldt ook voor de vervolgspraak. Als het te lang duurt kan hij de spoedpoli bellen. En als de patiënt de volgende dag bij mij op het spreekuur komt, weet ik door de telefonische terugkoppeling wat er is afgesproken.”

De afgelopen jaren kreeg Smit geregeld verhalen van collega-huisartsen over wat er weer allemaal was misgegaan in de samenwerking met de acute GGZ. Sinds het stroomschema vorig jaar is ingesteld, heeft ze niemand meer horen klagen. ■