

Soepeler samenwerken met de crisisdienst ggz

Joke Smit-Smouter, Aram van Reijssen

Een beoordeling door de crisisdienst ggz is voor alle betrokkenen een enerverend moment. De samenwerking tussen huisartsen en crisisdiensten loopt echter nog niet altijd op rolletjes. De Generieke module Acute psychiatrie biedt een raamwerk voor goede regionale afspraken. Dit artikel geeft een voorbeeld hoe zulke regionale afspraken eruit kunnen zien en onderhouden kunnen worden. Ook laat het zien welke belangrijke rol de regionale huisartsenorganisatie daarin kan spelen.

CASUS: MAN MET PARANOÏDE PSYCHOTISCHE BELEVINGEN

De ouders van een 23-jarige student komen met hem naar de huisartsenpost (HAP) omdat hij paranoïde psychotische belevingen heeft. Hij is hiermee niet bekend bij de huisarts of de ggz. Het probleem speelt al een paar weken, maar de laatste dagen zijn de onrust en dreiging toegenomen. De jongeman gebruikt geen middelen en heeft bij het lichamelijk onderzoek geen afwijkingen. De huisarts belt om 19:00 uur de crisisdienst ggz.

REGIO A: STROEVE SAMENWERKING

Bij de crisisdienst krijgt de huisarts om 19:00 een telefonist aan de lijn (en dus geen triagist). Deze meldt dat het crisisteam een beoordeling aan het doen is en zal terugbellen. Na 45 minuten belt de crisisdienst inderdaad: ze beloven te komen, maar ze gaan eerst naar een suïcidale patiënt.

Vanaf 20:00 uur loopt de jongeman regelmatig rond op de gangen van de HAP; hij zwaait met zijn armen en praat in zichzelf. De ouders vragen meermalen wanneer de crisisdienst komt. Om 22:45 uur arriveert de crisisdienst en om 23:30 uur gaan de jongeman en zijn ouders naar huis met medicatie en een afspraak voor vervolgzorg. Drie weken later ontvangt de huisarts de brief.

Een huisarts heeft de crisisdienst ggz maar af en toe nodig voor een beoordeling: soms om de paar jaar, soms een paar keer per jaar. Het gaat om situaties waarbij sprake is van acute suïcidaliteit, acute psychose (of ander verward gedrag), of acute verslavingsproblematiek. In sommige regio's loopt de samenwerking met de crisisdienst ggz echter uitgesproken stroef: het duurt lang voordat de huisarts een triagist of behandelaar aan de telefoon krijgt, er is verschil van mening over verwijscriteria, het duurt lang voordat de beoordeling plaatsvindt, het antwoord



Illustratie: Anna June

van de crisisdienst arriveert pas na een paar weken en tijdens de wachttijd blijft de huisarts het aanspreekpunt voor de patiënt en diens naasten. Met goede afspraken kan de samenwerking echter wel degelijk soepel lopen.

REGIONALE SAMENWERKINGSAFSPRAKEN

De *Visie Huisartsenzorg voor patiënten met psychische problematiek* adviseert de samenwerking met crisisdiensten-ggz te baseren op een protocol zoals dat uitgewerkt is in de *Generieke module Acute psychiatrie*.^{1,2} De regionale huisartsenorganisatie (RHO) kan zulke samenwerkingsafspraken initiëren en ondersteunen. In de regio Rotterdam overleggen 2 RHO's en de crisisdienst van ggz-instelling Antes sinds 2014 halfjaarlijks over die samenwerkingsafspraken, die ze opstelden conform *Generieke module Acute psychiatrie*. De volgende afspraken zijn gemaakt.³

1. Ggz-behandelaars mogen zelf de crisisdienst bellen, ook als ze nog geen afspraken gemaakt hebben met Antes.
2. De huisarts beoordeelt, zo nodig via de ABCDE-methode, of er somatische problematiek is die eerst moet worden

DE KERN

- In de *Generieke module Acute psychiatrie* is vastgelegd wat goede crisis-ggz is en wat daarbij verwacht wordt van alle betrokken partijen.
- Er zijn grote regionale verschillen in de implementatie van de acuut psychiatrische keten.
- Soepele samenwerking vereist goede regionale afspraken tussen huisartsen en crisisdiensten, met name over de snelheid van afhandeling, de verwijscriteria en de terugrapportage.
- De regionale huisartsenorganisatie kan knelpunten in de samenwerking aankaarten en met de crisisdienst in gesprek gaan.

behandeld.⁴ Een versnelde ademhaling, koorts of een gedaald bewustzijn kunnen een indicatie zijn voor verwijzing naar de SEH.⁵ Lichamelijk onderzoek is geïndiceerd bij een eerste psychose, een vermoeden van intoxicatie, delier, een patiënt > 65 jaar en als de patiënt nog niet bekend is bij de huisarts. Soms kan een telefonische beoordeling volstaan, bijvoorbeeld bij een patiënt die een derde psychose heeft met een betrouwbare anamnese van de naaste: geen intoxicatie, trauma, koorts of ziek-zijn. Het oordeel van de huisarts over de lichamelijke toestand is leidend.

3. De huisarts vraagt de patiënt of diens naasten of er een crisiskaart is waarop de gewenste aanpak beschreven is. Als er geen crisiskaart is, belt de huisarts de crisisdienst.
4. Een ggz-behandelaar neemt de telefoon aan en kan binnen 10 minuten besluiten dat de crisisdienst gaat beoordelen.
5. De ggz-behandelaar doet de kindcheck: als er kinderen betrokken zijn, moet hun veiligheid en zorg gewaarborgd worden.⁶
6. De ggz-behandelaar bepaalt de urgentie met de ggz-triagewijzer [kader].⁷ Uit de triage komt de te verwachten maximale wachttijd: 1 uur, 4 uur, 24 uur, 3 dagen of reguliere zorg.
7. Het crisisteam beoordeelt de patiënt bij voorkeur thuis met naasten erbij. Als dat niet mogelijk is, kan het op een beoordelingslocatie van de ggz-instelling. Patiënten op de HAP die een wachttijd > 1 uur hebben, krijgen het advies om de beoordeling thuis (met naasten) of op de ggz-beoordelingslocatie af te wachten.
8. Patiënt en naasten krijgen het telefoonnummer van de crisisdienst; de zorg is hiermee overgedragen van de huisarts aan de crisisdienst. Als er tijdens de wachttijd iets verandert, kan de patiënt of een naaste dat melden bij de crisisdienst.
9. De crisisdienst geeft de huisarts na de beoordeling direct telefonisch door wat er is afgesproken; in ANW-tijd geeft de crisisdienst het resultaat door aan de HAP.



Illustratie: Anna June

10. De patiënt krijgt een kaartje mee met wat er is afgesproken en contactgegevens van de ggz. De patiënt kan dat telefoonnummer bellen als het vervolg niet naar wens verloopt of bij een nieuwe crisis.
11. De huisarts krijgt binnen 7 dagen schriftelijk bericht.

PRAKTIJKERVARINGEN

In de regio Rotterdam werken deze afspraken goed. Alleen de berichtgeving van de crisisdienst aan de huisarts loopt niet altijd volgens plan: de dienst belt in ANW-tijd de HAP niet, brieven arriveren vaak pas na 2-3 weken. Ook bellen kleine ggz-aanbieders nogal eens een huisarts met de vraag of deze de crisisdienst wil bellen. De huisarts kan dan uitleggen dat de ggz-behandelaar zelf met de crisisdienst mag bellen. De samenwerking tussen crisisdienst en huisarts loopt niet altijd goed: de huisarts voelt zich van het kastje naar de muur gestuurd of de crisisdienst dringt (terecht of onterecht) aan op verder lichamelijk onderzoek door de huisarts of het ziekenhuis. De bedoeling is dat de huisarts of de crisisdienst zo'n verschil van mening na afloop meldt bij de opstellers van het stroomschema, zodat beide partijen feedback kunnen krijgen. Bij de casusbespreking blijkt er dan vaak een systeemprobleem te zijn dat aangepakt kan worden.

DE GGZ TRIAGEWIJZER

- U1 Levensbedreigend voor persoon of omgeving: ≤ 15 minuten tot start beoordeling
- U2 Spoed: ≤ 1 uur tot start beoordeling
- U3 Dringend: ≤ 4 uur tot start beoordeling
- U4 Preventie van escalatie < 24 uur: ≤ 24 uur tot start beoordeling
- U5 Preventie van escalatie < 3 dagen: ≤ 3 dagen tot start beoordeling

Voorbeelden van slechte samenwerking zijn: 1) bij tieners die in ggz-crisis raakten, was de afwikkeling tot een jaar of 5 geleden moeizaam, vooral door capaciteitsproblemen in het vervolgbeleid. Inmiddels zijn zulke problemen voor de crisisdienst geen reden meer om de patiënt niet te beoordelen. 2) Bij een 65-plusser met een psychose, een blanco voorgeschiedenis en geen dementie hield de crisisdienst een verzoek om te beoordelen af met de woorden 'Bel de poli geriatrie'. Omdat deze poli geen crisisbeoordelingen doet, ging daarmee veel tijd verloren. Bij de nabespreking gaf de crisisdienst toe dat dit niet goed was gegaan en kwam de onderliggende vraag aan de orde: wie is verantwoordelijk voor de opname na de beoordeling? Is dit de sector Verpleeg- en Verzorgingshuizen en Thuiszorg, of de psychiatrie/ggz? Soms worden knelpunten ingediend bij het Regionaal Overleg Acute Zorgketen (ROAZ) om tot een oplossing te komen.

Om de afspraken goed te laten werken blijft regelmatig overleg dus nodig. Tweemaal per jaar worden casussen besproken en afspraken verbeterd, en elk jaar wordt het vernieuwde stroomschema verzonden naar alle betrokkenen.

DE RHO ALS STOK ACHTER DE DEUR

Als de regionale samenwerking tussen huisartsen en crisisdienst niet soepel loopt, kunnen huisartsen dat aanklaarten bij de RHO. Deze kan het hoofd van de crisisdienst vragen om goede afspraken te maken conform de *Generieke module Acute psychiatrie*. Het kan voor crisisdiensten overigens een grote

INTENSIVE HOME TREATMENT (IHT)/INTENSIEVE BEHANDELING THUIS (IBT)

In veel regio's is, vaak via de crisisdienst, Intensive Home Treatment (IHT) of Intensieve Behandeling Thuis (IBT) beschikbaar. IHT of IBT is een interventie bij een psychiatrische crisis die een opname vervangt. Het IHT-team is een multidisciplinair team met onder andere psychiatrisch verpleegkundigen, verpleegkundig specialisten en een psychiater, dat 7 dagen per week beschikbaar is voor huisbezoeken, ook in de avonduren. De interventie duurt maximaal 6 weken; daarna is de situatie meestal zodanig gestabiliseerd dat de zorg kan worden overgedragen aan de polikliniek of aan een FACT-team (Flexible Assertive Community Treatment).

VROEGE INTERVENTIE PSYCHOSE (VIP)

Een VIP-team biedt langdurige multidisciplinaire zorg aan jongvolwassenen met een eerste psychose. De interventie is gericht op behandeling en herstel, en op secundaire preventie. Huisartsen in Rotterdam kunnen bij een beginnende psychose zelf naar het VIP-team verwijzen, maar bij een crisis die voortkomt uit een bestaande psychose loopt de verwijzing via de crisisdienst of het IHT-team.

REGIO B: ZO KAN HET OOK

Bij de crisisdienst in regio B neemt een triagist (dus geen telefonist) om 19:00 uur de telefoon op. De triagist besluit dat de crisisdienst deze jongeman gaat beoordelen, stelt aan de hand van de ggz-triagewijzer de urgentie vast en komt uit op U3 (dringend: < 4 uur). De triagist en de huisarts overleggen waar de jongeman het best kan wachten: bij voorkeur bij de patiënt thuis, met als tweede keus de beoordelingslocatie van de ggz. Omdat het veilig lijkt, samen met de familie, besluit men om thuis te wachten. De huisarts geeft de familie het telefoonnummer van de crisisdienst, die ze zelf mogen bellen als er tijdens het wachten iets verandert wat van belang is. De jongeman en zijn ouders gaan om 19:20 uur naar huis. Om 23:30 uur belt de crisisdienst naar de HAP en geeft door dat de jongeman is beoordeeld en medicatie kreeg. De volgende dag zal worden gestart met Intensive Home Treatment (IHT) en aansluitend Vroege Interventie Psychose (VIP) [kader]. Vijf dagen later ontvangt de huisarts het verslag.

wijziging zijn om de telefoon niet meer te laten opnemen door een telefonist maar door een triagist of behandelaar. Knelpunten in de gevraagde verbetering kan de RHO inbrengen bij het ROAZ Acute ggz. Als verbetering alsnog uitblijft, kan de RHO contact opnemen met de zorgverzekeraar. Immers, de generieke module vermeldt ook de noodzaak dat de crisisdienst ggz goed gefinancierd wordt. ■

LITERATUUR

1. LHV/InEen. Visie Huisartsenzorg voor patiënten met psychische problematiek. Utrecht: InEen/LHV/NHG/PsyHAG, 2022.
2. Akwa GGZ. Generieke module Acute psychiatrie, 2019. <https://www.ggzstandaarden.nl/generieke-modules/acute-psychiatrie/samenvatting>, geraadpleegd 15 september 2023.
3. Rijnmond Dokters, stroomschema crisisdienst GGZ Antes. <https://rijmondokters.nl/download/stroomschema-crisisdienst-ggz-05-2023>, geraadpleegd 15 september 2023.
4. NHG. ABCDE-methode voor huisartsen, 2023. <https://www.nhg.org/thema/spoedzorg/abcde-methode/>, geraadpleegd 24 juni 2023.
5. Van Verseveld M, Verheesen SM, Van Schijndel MA, Van Waarde JA. Opvang van verwarde personen op de SEH. *Ned Tijdschr Geneesk* 2020;164:D3937.
6. Ministerie van VWS, meldcode, kind check. <https://www.huiselijkgeweld.nl/vormen/kindcheck-signaleren-van-kindermishandeling-op-basis-van-oudersignalen>, geraadpleegd 15 september 2023.
7. NVvP. Toolkit generieke module acute psychiatrie [ggz triagewijzer]. Utrecht: Akwa GGZ.

Smit-Smouter J, Van Reijnsen A. Soepeler samenwerken met de crisisdienst ggz. *Huisarts Wet* 2023;66:DOI:10.1007/s12445-023-2389-2. Rijnmond Dokters, GGZ vakgroep, Rotterdam: J.P. Smit-Smouter, huisarts: joke.smit@solconmail.nl. Antes, Crisisdienst, Rotterdam: A. van Reijnsen, psychiater/manager zorg. Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.