Rapportage Code Oranje Fase 2

Als subacute GGZ-cliënten tussen wal en schip vallen

Maart 2025

Samenvatting

Subacute GGZ-cliënten, een kwetsbare groep die instabiel en crisisgevoelig is, ervaren vaak lange wachttijden en een gebrek aan passende ondersteuning. Met het actieonderzoek Code Oranje richtten we ons op het verbeteren van de zorg en ondersteuning voor deze groep door de samenwerking tussen huisartsen, GGZ, welzijnsorganisaties en andere domeinen te versterken. Ons hoofddoel was dat cliënten zich beter gehoord en ondersteund voelen.

Uit de eerste fase van dit tweedelige onderzoek bleek dat cliënten tijdens de wachttijd behoefte hebben aan een luisterend oor, oprechte aandacht en het gevoel gehoord te worden, maar dit onvoldoende ervaarden. Daarnaast werden verschillende knelpunten in de zorgprocessen zichtbaar, zoals de overdracht tussen huisartsen, GGZ-aanbieders en de crisisdienst. Op basis van deze inzichten zijn we in de tweede fase aan de slag gegaan met professionals uit diverse domeinen in de Rotterdamse wijken Beverwaard en Vreewijk om concrete verbeteringen door te voeren. Dit leidde tot drie belangrijke actielijnen:

1. Overbruggingsaanbod

We inventariseerden het bestaande overbruggingsaanbod in de regio Rotterdam om wachttijden voor cliënten met subacute GGZ-problematiek te verzachten. Het kennismaken met dit aanbod werd als waardevol ervaren, en professionals verwezen cliënten vaker door naar de beschikbare initiatieven. Dit leidde tot minder terugkeer naar huisartsen of praktijkondersteuners GGZ (POH), omdat cliënten hun behoefte aan een luisterend oor elders konden vervullen. Toch bleek het aanbod niet voor iedereen geschikt, vooral door beperkte beschikbaarheid buiten kantooruren en de wens van sommige cliënten om professionele hulp te ontvangen.

2. Vast aanspreekpunt

We onderzochten de mogelijkheid van een vast aanspreekpunt voor cliënten, een deskundige op het gebied van GGZ die bereikbaar was op verschillende momenten en inzicht had in het beschikbare aanbod. Het bleek niet haalbaar om volledig aan alle eisen te voldoen, maar we zetten alternatieven in. Zo boden we trajecten in samenwerking met Sumona aan voor cliënten met suïcidale gedachten en zetten we een verpleegkundig specialist in als sparringpartner voor huisartsen en POH’s bij complexe casuïstiek. Deze alternatieven werden goed ontvangen door de werkgroep en zorgprofessionals.

3. Vooraanmelding bij crisisdienst door de huisarts

We onderzochten of huisartsen een vroegtijdige aanmelding konden doen bij de crisisdienst. Hoewel dit technisch mogelijk bleek, waren er aanpassingen nodig aan het formulier zodat het in het Huisarts Informatie Systeem (HIS) ingelezen kon worden. Het werd tijdens het actieonderzoek slechts beperkt gebruikt, maar huisartsen en POH’s gaven aan deze optie wenselijk te vinden en pleitten voor bredere implementatie binnen de ICT-systemen. Binnen deze actielijn keken we ook naar crisis-(signalerings)plannen. We ontdekten dat er veel verschillende plannen bestonden, maar dat deze niet altijd gedeeld werden met huisartsen, waardoor zij niet optimaal konden inspelen op (dreigende) crisissituaties. We achtten het wenselijk om deze plannen structureel te delen met huisartsen en POH’s zodat zij beter in staat zouden zijn adequaat te reageren.

Succesfactoren van samenwerking

De samenwerking tussen zorgprofessionals verbeterde doordat we gezamenlijk werkten aan de bovengenoemde actielijnen. Het in kaart brengen van het overbruggingsaanbod gaf hen meer zicht op wat beschikbaar was, en laagdrempelige ontmoetingen en casuïstiekbesprekingen hielpen hen elkaars werkwijzen en aanbod beter te leren kennen. Het delen van ervaringen en obstakels, bijvoorbeeld rondom de vooraanmelding bij de crisisdienst, leidde tot het identificeren van verbeterpunten, zoals het digitaliseren van processen.
Wederzijds begrip was een belangrijke succesfactor voor een effectieve samenwerking. Door gezamenlijke casusbesprekingen en het delen van perspectieven, bouwden we vertrouwen op, wat essentieel is voor samenwerking. De inzet van een verpleegkundig specialist als sparringpartner voor huisartsen en POH's versterkte dit proces. We zagen dat structuren pas effectief zijn wanneer vertrouwen en samenwerking als fundament dienen. Het ontwikkelen van een sociale kaart was een belangrijke eerste stap, maar de structurele borging blijft een aandachtspunt.

"De samenwerking tussen zorgprofessionals verbeterde doordat we gezamenlijk werkten aan de bovengenoemde actielijnen."

– Actieonderzoeker

Aanbevelingen

De aanbevelingen die voortkwamen uit ons actieonderzoek zijn onder andere: het vergroten van kennis over het overbruggingsaanbod, het verbeteren van de organisatie van consultatiefuncties binnen de GGZ, en het structureel delen van crisissignaleringsplannen met huisartsen en POH's. Daarnaast is het belangrijk om de resultaten van Code Oranje binnen bestaande netwerken zoals MGN en netwerkzorg structureel te borgen.

Inhoudsopgave

Aanleiding & Context 5

Opzet actieonderzoek 11

Actielijnen 15

Succesfactoren van samenwerking 28

Aanbevelingen 46

Bijlagen 51

Deze rapportage
is uitgevoerd door
Samergo
in opdracht van:

Rijnmond Dokters

Basisberaad Rotterdam

parnassia groep

caleido | zorg

Aanleiding & Context

Veelgebruikte termen en afkortingen

Crisis(signalerings)plan - In dit plan beschrijft de cliënt (samen met een specialist, ervaringsdeskundige en/of naaste) hoe een crisis bij hem of haar ontstaat, hoe de crisis verloopt en hoe hij of zij weer uit die crisis komt of een crisis kan worden voorkomen. In dit plan staat ook wie wat kan doen om een volgende crisis te voorkomen. Een crisissignaleringsplan kan geïnitieerd en gemaakt worden door een GGZ-aanbieder en een crisisplan door een belangenbehartigingsorganisatie.

Crisiskaart – Een handzaam, opvouwbaar kaartje gemaakt op basis van het crisissignaleringsplan, waarop kort en kernachtig staat verwoord welke afspraken er zijn en wie de contactpersonen zijn. Deze draagt een cliënt bij zich en kan hij of zij laten zien aan omstanders, op het moment dat de cliënt even de regie kwijt dreigt te raken. Deze kaarten worden enkel door Basisberaad gemaakt. GGZ-aanbieders maken deze kaarten niet.

FACT-team - (Flexible Assertive Community Treatment) Is een multidisciplinair team in de GGZ dat intensieve, ambulante zorg biedt aan mensen met ernstige psychische aandoeningen. Het team werkt 24/7 en biedt zorg in de eigen leefomgeving van de cliënt, met als doel klinische opnames te voorkomen en het herstel te bevorderen.

MGN – Mentaal GezondheidsNetwerk

Overbruggingaanbod – Overbruggingsaanbod is vaak gericht op specifieke aspecten van de problematiek, waarbij cliënten tijdens de overbruggingsperiode ondersteuning krijgen in bepaalde gebieden. Dit kan zorg zijn, maar ook ondersteunende (in)formele contacten, zoals matjesprojecten of vrijwilligersinitiatieven die zich richten op het tegengaan van eenzaamheid.

POH – Binnen de huisartsenpraktijk bestaan verschillende praktijkondersteuners met diverse specialisaties. In ons actieonderzoek hadden de POH's een specialisatie in Geestelijke Gezondheidszorg, zij worden ook wel POH GGZ genoemd.

Professionals – Alle professionals uit de werkgroep: Huisartsen, POH-GGZ, wijkteam, ervaringsdeskundigen, wijkcoördinatoren, crisisdienst, FACT-team, sociaal makelaar en verpleegkundig specialist GGZ.

Projectgroep – Bestuurders van Rijnmonddokters, Caleidozorg, Basisberaad, Parnassiagroep en de crisisdienst die op de achtergrond van het actieonderzoek betrokken waren met beslissingsbevoegdheid.

Subacute GGZ-cliënten – In ons onderzoek gaat het over volwassen cliënten die zijn doorverwezen door de huisarts naar een GGZ- aanbieder en op een wachtlijst komen te staan.

Sumona - Suïcidepreventie, monitoring en nazorg. Sumona biedt ondersteuning aan mensen die kampen met suïcidale gedachten én aan mensen die een suïcidepoging hebben ondernomen. Sumona omvat drie pijlers: Suïcidepreventie/Psycho-educatie, Monitoring en Nazorg.

Verantwoordelijkheid – behandelverantwoordelijkheid zoals in de KNMG handreiking verantwoordelijkheidsverdeling bij samenwerking in de zorg staat omschreven.

VS – Verpleegkundig specialist GGZ.

Werkgroep – Alle professionals die tijdens de werksessies deelnamen aan het actieonderzoek.

Inhoud
Volgende pagina
Vorige pagina

Aanleiding

De zorg voor subacute GGZ-cliënten vormt een groot knelpunt voor cliënten, huisartsen, huisartsenposten, het sociaal domein en GGZ-aanbieders. Deze groep is instabiel en crisisgevoelig, maar komt niet direct in aanmerking voor begeleiding of opname via de crisisdienst. Huisartsen en praktijkondersteuners GGZ missen vaak de juiste mogelijkheden om hen adequaat te helpen, terwijl ambulante GGZ-aanbieders door lange wachttijden vaak geen oplossing kunnen bieden.

Vanuit ZonMw werd een subsidieoproep uitgezet voor “Praktijkgericht onderzoek in de GGZ: Versterking van passende zorg in de eerstelijns GGZ.” Rijnmond Dokters initieerde daarop het actieonderzoek **Code Oranje**, dat een looptijd van 2,5 jaar kende en als doel had om de zorg voor subacute GGZ-cliënten beter te organiseren en af te stemmen.

In de eerste fase van het actieonderzoek is de doelgroep uitgebreid beschreven. Daarbij werd in kaart gebracht wat hun behoeften zijn en welke knelpunten zich voordoen in de organisatie van zorg. De subacute GGZ-cliënt blijkt een brede doelgroep te omvatten, met uiteenlopende kenmerken. Eén behoefte kwam bij de doelgroep unaniem naar voren: een luisterend oor, oprechte aandacht en het gevoel gehoord te worden. Daarnaast werden verschillende knelpunten in het zorgproces geïdentificeerd, vooral in de overdracht van cliënten van de huisarts naar de GGZ. Lange wachtlijsten vormen hierbij een groot obstakel en bemoeilijken de continuïteit van zorg.

De resultaten van de eerste fase hebben geleid tot drie actielijnen die we in **de tweede fase** middels actieonderzoek hebben opgepakt. Het primaire doel was om cliënten passende zorg en ondersteuning te bieden, zodat zij zich beter gehoord en begrepen voelen. Om dit te bereiken, was het van belang om de samenwerking tussen de betrokken domeinen te verbeteren. We zijn hiervoor samen met professionals aan de slag gegaan in de Rotterdamse wijken Beverwaard en Vreewijk.

Context

Het actieonderzoek vond plaats in de multiculturele Rotterdamse wijken Vreewijk en Beverwaard, die worden gekenmerkt door een lage sociaaleconomische status. Onder bewoners van deze wijken heerst niet altijd vertrouwen in de gemeente en andere organisaties. Uit angst dat instanties zoals jeugdzorg betrokken worden, zijn cliënten soms terughoudend in het gebruik van overbruggingszorg.

De werkgroep constateerde dat de kennis over GGZ onder professionals in de wijk en stad over het algemeen gemiddeld is. De huisartsen en POH's GGZ die deelnamen aan het actieonderzoek Code Oranje zijn echter lid van de vakgroep GGZ Rijnmond Dokters en beschikken daardoor gemiddeld over meer expertise en affiniteit met de GGZ dan reguliere huisartsenpraktijken.

"Het is een levendige stad waarin veel culturen naast elkaar leven"

– Verpleegkundig specialist

Inhoud
Volgende pagina
Vorige pagina

Beverwaard

Beverwaard heeft een dorpsachtige cultuur, mede door de geografische ligging. De wijk wordt omringd door de Maas, Ridderkerk en een snelweg. Een groot deel van de bewoners heeft een Surinaamse of Antilliaanse achtergrond.

Er is één gezondheidscentrum dat huisartsenzorg biedt aan de hele wijk, wat zorgt voor een centrale organisatie van de zorg. De GGZ-vraagstukken onder de bewoners zijn divers, vaak complex, en omvatten meerdere domeinen.

Een bijzonder aspect van Beverwaard is de aanwezigheid van een praktijkondersteuner met een specialisatie in maatschappelijk werk en GGZ (POH-MW GGZ). Zij vervult ook de rol van wijkcoördinator in het gezondheidscentrum. Door deze driedubbele rol heeft zij een goed inzicht in de specifieke behoeften van de wijk en fungeert ze als verbindende schakel tussen zorgaanbieders en bewoners.

“De bevolking is relatief jong. Mensen met verschillende culturele achtergronden, veelal laagopgeleid.”

– POH

Inhoud
Volgende pagina
Vorige pagina

Vreewijk

Vreewijk is een grotere en meer diverse wijk met een stedelijk karakter. De problematiek in Vreewijk is vaak stedelijk van aard. Opvallend is dat er minder gevallen van alcoholverslaving worden gemeld in vergelijking met andere delen van Rotterdam. Tegelijkertijd staat Vreewijk bekend om de hoge sociale cohesie; bewoners zijn sterk betrokken bij elkaar en bieden elkaar graag hulp.

Een waardevolle toevoeging in Vreewijk is de wekelijkse aanwezigheid van een lid van het sociaal wijkteam in de huisartsenpraktijk. Deze fysieke aanwezigheid op een vertrouwde plek, zoals de huisartsenpraktijk, verlaagt de drempel voor bewoners om hulp te vragen bij het wijkteam. Wanneer het wijkteam niet fysiek aanwezig is, zetten bewoners minder snel de stap om telefonisch contact op te nemen.

De mogelijkheid om binnen te lopen voor een persoonlijke afspraak wordt als toegankelijk en laagdrempelig ervaren. Daarnaast maakt deze fysieke aanwezigheid het wijkteam zichtbaarder voor huisartsen, waardoor het aanbod van het wijkteam beter onder de aandacht blijft bij zorgprofessionals.

“Hogere sociale cohesie dan andere wijken”

– POH

Inhoud
Volgende pagina
Vorige pagina

Opzet actieonderzoek

Opzet actieonderzoek

Actieonderzoek is een krachtige combinatie van actief veranderen en samen onderzoeken. Met actieonderzoek worden kleine, cyclische stappen gezet, niet alles kan vooraf worden bedacht. De aanpak bestaat uit vier stappen:

1 Diagnose
Identificeren van problemen en behoeften van en met betrokkenen.

2 Actieplan maken
Gezamenlijk formuleren van concrete stappen die inspelen op deze behoeften.

3 Aan de slag
Implementeren van de acties en interventies in de praktijk.

4 Evalueren & reflecteren
Evalueren wat werkt in de praktijk en op basis daarvan bijsturen.

Binnen actieonderzoek wordt altijd gewerkt met drie typen doelen: verander-, leer- en kennisdoelen. Zo realiseer je praktische veranderingen, leer je gezamenlijk en ontwikkel je nieuwe kennis die breder inzetbaar is.

Doelen van Code Oranje
Veranderdoel: Door een verbeterde samenwerking in de wijk krijgen subacute GGZ-cliënten passende zorg en ondersteuning en voelen zich daardoor beter gehoord.
Kennisdoel: Verkrijgen van inzicht in de werkzame elementen die bijdragen aan een betere beleving van de cliënt, met een focus op anders werken.
Leerdoel: Vaardigheden van professionals verbeteren om beter met elkaar samen te werken rondom de subacute GGZ-cliënt.

Werkgroep en actielijnen
Een multidisciplinaire werkgroep, bestaande uit huisartsen, POH GGZ, wijkcoördinatoren, crisisdienst-medewerkers, ervaringsdeskundigen, welzijnswerkers, wijkteamleden, FACT-teamleden en een verpleegkundig specialist, werkte samen in de wijken Beverwaard en Vreewijk. De werkgroep richtte zich op drie actielijnen:
1. Overbruggingsaanbod: In kaart brengen, communiceren en inzetten van overbruggingsaanbod.
2. Aanspreekpunt: Inrichten van een vast aanspreekpunt voor de cliënt.
3. Vooraanmelding: Verkennen van mogelijkheden voor een vooraanmelding bij de crisisdienst door huisartsen.

Inhoud
Volgende pagina
Vorige pagina

Periode van dataverzameling

De dataverzameling vond plaats van januari 2024 tot en met november 2024. Gedurende deze periode organiseerden we tien werksessies met de werkgroep en vier bijeenkomsten met het projectteam. We sloten het actieonderzoek af met een feestelijke eindbijeenkomst waar de voorlopige resultaten van het onderzoek werden gepresenteerd. Tijdens deze bijeenkomst trad Psychisch Gestoord Producties op. De eindbijeenkomst stond open voor alle geïnteresseerden uit Rotterdam.

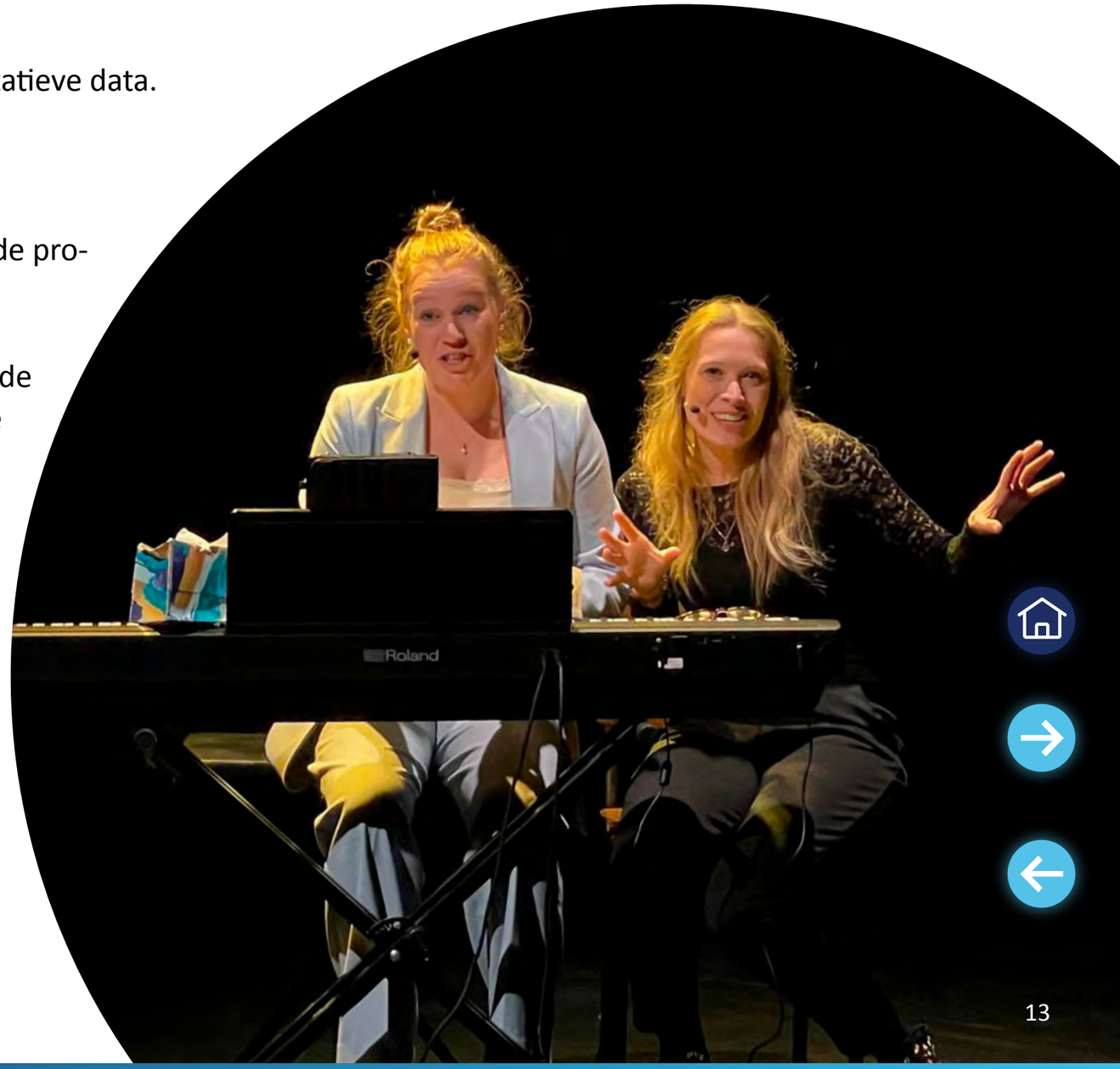
Voor de dataverzameling gebruikten we zowel kwalitatieve als kwantitatieve data.

Kwalitatieve data

Voor **actielijn 1, 2 en 3** hebben we gebruikgemaakt van:

- **Observaties** tijdens de tien werksessies en vier bijeenkomsten van de projectgroep.
- **Infographics** die na elke werksessie werden gedeeld met de werkgroep. Deze infographics bevatten overkoepelende informatie over de drie actielijnen en andere besproken onderwerpen. Door de visuele samenvatting konden de inzichten beter worden onthouden en toegepast in de praktijk.
- **Drie vragenlijsten** gericht op context en samenwerking die we hebben uitgezet binnen de werkgroep.
- **Individuele gesprekken** met leden van zowel de werkgroep als het projectteam.

Voor **actielijn 2** stelden we samen met de werkgroep een functieprofiel op voor een vast aanspreekpunt.
Voor **actielijn 2 en 3** voerden we gesprekken met aangrenzende initiatieven om relevante inzichten te verzamelen.



Kwantitatieve data

Actielijn 1:

- De inzet van overbruggingsaanbod werd maandelijks bijgehouden over een periode van acht maanden.

Actielijn 2:

- De inzet van Sumona werd maandelijks gemonitord over een periode van vier maanden.
- De inzet van de Verpleegkundig Specialist werd maandelijks bijgehouden over een periode van vijf maanden.

Actielijn 3:

- Het gebruik van de vooraanmelding bij de crisisdienst werd bijgehouden over een periode van vier maanden.

De verzamelde data zijn verwerkt en geanalyseerd en vormen de basis voor deze rapportage.

Actielijnen

Cyclische stappen van actieonderzoek

Diagnose
Identificeren van problemen en behoeften van en met betrokkenen

Actieplan maken
Gezamenlijk formuleren van concrete stappen

Aan de slag
Implementeren van de acties en interventies in de praktijk

Evalueren & reflecteren
Evalueren wat werkt in de praktijk en op basis daarvan bijsturen

Inhoud
Volgende pagina
Vorige pagina

Actielijn 1 Overbruggingsaanbod

1 Diagnose

In de tweede fase van het actieonderzoek bouwden we voort op de uitkomsten van de eerste fase. Daaruit bleek dat subacute GGZ-cliënten zich vaak onvoldoende gehoord en gezien voelen. Dit signaal vormde de aanleiding om in de tweede fase de focus te leggen op het verbeteren van de samenwerking tussen huisartsen en andere professionals tijdens de wachttijd van de cliënt voor GGZ-zorg. Dit leidde tot de formulering van actielijn 1: het in kaart brengen, communiceren en inzetten van overbruggingsaanbod. Het doel was om de ondersteuning beter te laten aansluiten op de behoeften van cliënten. Daarnaast constateerden we dat bestaande interventies en mogelijkheden niet optimaal werden benut en dat de verbinding tussen het medisch en sociaal domein versterking nodig had.

2 Actieplan maken

In het actieonderzoek lag de nadruk op het samenstellen van een overzicht van het bestaande overbruggingsaanbod en het kennismaken met relevante initiatieven. De plannen omvatten:

1. Brainstormen en kennisdelen met werkgroepleden over het overbruggingsaanbod, en dit vertalen naar een bruikbaar overzicht voor professionals.
2. Het bezoeken van initiatieven die in het overzicht waren opgenomen om hiermee kennis te maken.

3 Aan de slag

De actiefase van het onderzoek startte met een bijeenkomst in het Huis van de Wijk de Brinck, waar de werkgroepleden elkaar voor het eerst ontmoetten. Tijdens deze bijeenkomst werd het bestaande aanbod op wijk-, regionaal en bovenregionaal niveau geïnventariseerd, inclusief online initiatieven. Dit leidde tot een dynamisch overzichtsdocument, dat gedurende het actieonderzoek werd bijgewerkt zodra nieuwe initiatieven bekend werden. Een voorbeeld van zo'n overzicht is te vinden in bijlage 1.

De bijeenkomst bood ook een waardevolle gelegenheid om kennis te maken met het Huis van de Wijk, waar veel overbruggingsaanbod beschikbaar is om cliënten tijdens de wachttijd te ondersteunen. In de negen daaropvolgende werksessies bezochten de werkgroepleden elkaar en diverse initiatieven uit het overzicht. Hierdoor kregen zij, evenals andere betrokken professionals, beter inzicht in elkaars werk en het beschikbare aanbod in de wijk en regio.

Tijdens de werksessies was er ruimte voor presentaties en verdiepende gesprekken over de inzetbaarheid van het aanbod en de aansluiting op de behoeften van cliënten. Zo presenteerden onder andere 113 Zelfmoordpreventie en de Herstelacademie hun diensten. Ter afsluiting van elke werksessie deelden we een infographic met de werkgroep. Hierin stond overkoepelende informatie over actielijn 1, 2 en 3, evenals andere besproken onderwerpen. De visuele samenvatting in de infographic hielp de inzichten beter te onthouden en in de praktijk toe te passen.

Inhoud
Volgende pagina
Vorige pagina

4 Evalueren en reflecteren

De evaluatie van actielijn 1 liet zien dat in de periode van februari tot en met november 2024 in totaal 59 subacute GGZ-cliënten zijn gezien. Van deze cliënten werden er 34 doorverwezen naar het beschikbare overbruggingsaanbod (zie grafiek 1). Na presentaties of werkbezoeken aan initiatieven gaven meerdere leden van de werkgroep aan dat zij vaker naar deze specifieke initiatieven waren gaan doorverwijzen. Dit onderstreept het belang van zichtbaarheid en bekendheid van het aanbod bij betrokken professionals.

Tijdens diverse werksessies evalueerden we met de werkgroep of de informatie nuttig was en welke initiatieven zij nog meer wilden bezoeken. Op deze manier konden zij gericht kennismaken met relevante initiatieven voor subacute GGZ-cliënten.

Het inzetten van het overbruggingsaanbod had een meetbaar effect op de werkdruk van huisartsen en POH-GGZ. Zij merkten op dat cliënten minder vaak bij hen kwamen, omdat zij elders passende ondersteuning vonden. Het overzicht van beschikbare initiatieven was dynamisch en werd gedurende de acht maanden dat het werd gebruikt continu aangevuld met nieuwe initiatieven.

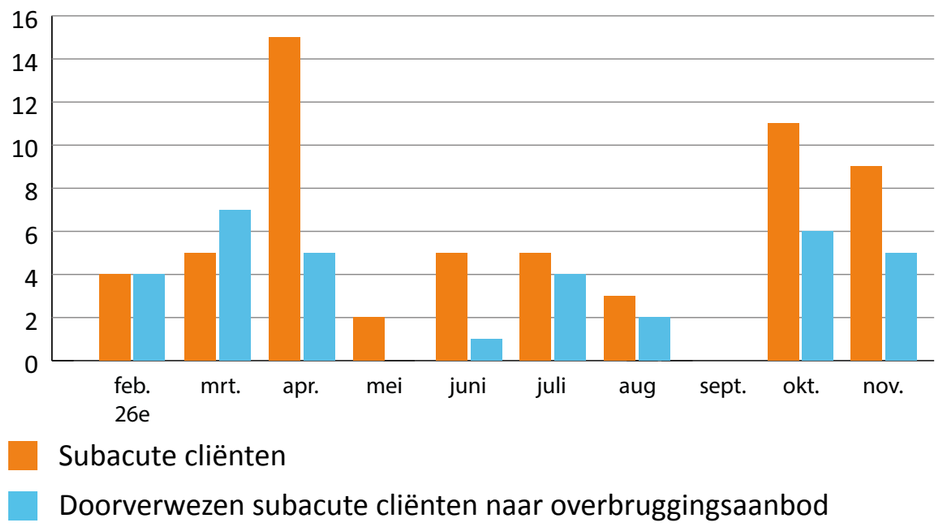
Een onverwachte, maar waardevolle bijvangst was dat het overzicht en de bekendheid van het aanbod er ook toe leidden dat niet-subacute cliënten werden doorverwezen naar de juiste ondersteuning.

Er waren echter ook kritische geluiden. Sommige cliënten gaven aan dat zij geen behoefte hadden om hun verhaal opnieuw te vertellen en de voorkeur gaven aan wachten op behandeling door een GGZ-professional. Dit benadrukt dat het overbruggingsaanbod niet voor iedereen een passende oplossing is en dat maatwerk en directe verbinding met gespecialiseerde zorg in sommige gevallen essentieel blijven. Daarnaast was er niet altijd passend aanbod beschikbaar; zo was het aanbod buiten kantooruren beperkt, evenals ondersteuning voor anderstalige cliënten.

De top 5 overbruggingsaanbod waar naartoe is doorverwezen in het actieonderzoek is:

1. Wijkteam
2. Luisterlijn
3. Avant Sanare
4. Herstelacademie & SOL
5. Basisberaad

Verwijzingen subacute GGZ-cliënten



Inhoud
Volgende pagina
Vorige pagina

Actielijn 2 Aanspreekpunt (cyclus 1)

1 Diagnose

Ook actielijn 2 begon met de **diagnose fase**. Uit het eerste actie-onderzoek bleek dat cliënten behoefte hebben aan een luisterend oor en oprechte aandacht. Dit leidde tot de formulering van actie-lijn 2: Behoefte aan een luisterend oor en een vast aanspreekpunt voor de cliënt.

2 Actieplan maken

Voordat een vast aanspreekpunt voor de cliënt kon worden inge-richt, onderzochten we samen met de werkgroep aan welke eisen dit moest voldoen. De centrale vraag was: *Aan welke voorwaar-den moet een vast aanspreekpunt voldoen?* Individuele werk-groepleden beantwoordden deze vraag, waarna de uitkomsten gezamenlijk werden besproken en gereflecteerd aan de hand van:

- **Voor wie:** Voor welke subacute GGZ-cliënten is een vast aan-spreekpunt bedoeld?
- **Wie:** Wie kan deze rol vervullen?

Op basis van deze reflecties stelden we een advies op over hoe laagdrempelig contact voor cliënten het beste ingericht kon worden en wat de belangrijkste randvoorwaarden zijn. Daarna werkten we het proces verder uit en startten we met de experi-menteerfase.

3 Aan de slag

Op basis van de opgestelde randvoorwaarden hebben we tijdens deze fase een functieprofiel uitgewerkt met de werkgroep. Na deze werk-sessie hebben we een factsheet opgesteld en gedeeld, waarin de voor-waarden voor een vast aanspreekpunt waren geclusterd. Tijdens de daaropvolgende werksessie hebben we de werkgroep gevraagd of er aanvullingen of opmerkingen waren op deze voorwaarden.

4 Evalueren en reflecteren

In de evaluatie- en reflectiefase bespraken we het functieprofiel met de werkgroep en vervolgens met de projectgroep. Hieruit bleek dat het niet haalbaar was om iemand te vinden die volledig voldeed aan de voorwaarden voor een vast aanspreekpunt. Bereikbaarheid was een belangrijke eis: het aanspreekpunt moest op meerdere momenten van de dag beschikbaar zijn via verschillende communicatiekanalen (zoals mail, telefoon, WhatsApp). Daarnaast was deskundigheid cruciaal, met name kennis van GGZ en inzicht in beschikbare opties. Bij voorkeur zou het een professional met GGZ-expertise zijn. Verder moest het aan-spreekpunt laagdrempelig, empathisch, betrouwbaar en flexibel zijn.

Deze inzichten leidden tot de vraag: *Welke alternatieven zijn er voor het inrichten van een vast aanspreekpunt?*

Op basis van deze bevindingen besloten we een tweede cyclus te starten om verder te zoeken naar werkbare alternatieven.

Cyclus 2

Inhoud
Volgende pagina
Vorige pagina

Actielijn 2 Aanspreekpunt (cyclus 2)

1 Diagnose

Uit de evaluatie van de eerste cyclus bleek dat het niet mogelijk was om iemand te vinden die volledig voldeed aan het functieprofiel van het vaste aanspreekpunt voor de cliënt. Deze conclusie markeerde de start van de diagnosefase in de tweede cyclus.

2 Actieplan maken

In de tweede cyclus richtten we ons op het verkennen van alternatieve opties voor een vast aanspreekpunt voor de cliënt. Het actieplan bestond uit het voeren van gesprekken met twee projectgroepleden en het bespreken van deze opties tijdens een projectgroepoverleg. Tijdens deze gesprekken lag de focus op bestaande mogelijkheden en het identificeren van andere haalbare alternatieven.

3 Aan de slag

Tijdens het gesprek met twee projectgroepleden bleek dat zij een verpleegkundig specialist (VS) voor vier uur per week beschikbaar konden stellen voor Code Oranje. In eerste instantie dachten wij de VS als aanspreekpunt voor de subacute GGZ-cliënt te kunnen inzetten.

Na gesprekken met de VS en leden van de projectgroep bleek dit echter niet haalbaar. De beperkte beschikbaarheid van de VS en de onduidelijkheid over wie verantwoordelijk was voor de cliënt in geval van een crisis – de huisarts of de VS – vormden obstakels. Daarom werd besloten om de VS in te zetten als aanspreekpunt voor de POH-GGZ en de huisarts. Zo konden zij complexe casuïstiek met de VS bespreken. De VS adviseerde hen en samen onderzochten ze welke ondersteuning het beste aansloot bij de behoeften van de cliënt. Ondanks dat er al verschillende consultatiefuncties bestaan, wordt hier nog niet optimaal gebruik van gemaakt.

De aanpak om een VS als aanspreekpunt in te zetten voor de huisarts en POH-GGZ, ongeacht bij welke GGZ-aanbieder de cliënt op de wachtlijst staat, wordt ook in Brabant toegepast. Dit gebeurt in samenwerking met Breburg (GGZ), MentaalBeter (GGZ Jeugd), Caleidozorg (GGZ) en de huisartsenkoepel.

De VS was binnen Code Oranje bereikbaar van dinsdag tot en met donderdag. Tijdens de werksessies maakten we verschillende afspraken met de huisartspraktijken over de samenwerking.

De ene praktijk sprak een vast moment af met de VS, namelijk iedere donderdag om 13.30 u. Bij de andere praktijk spraken we af dat zij de VS op afroep konden benaderen bij vragen. Daarnaast kwamen de werkgroep overeen dat het streven was om binnen één werkdag telefonisch contact op te nemen.

Inhoud
Volgende pagina
Vorige pagina

4 Evalueren en reflecteren

We zagen dat de VS in een periode van vier maanden zes keer werd benaderd. Hoewel het aantal casussen relatief laag was, gaven POH's en huisartsen aan positief te zijn over de inzet van de VS. Zij ervaarden meer rust doordat ze wisten dat ze een aanspreekpunt hadden om op terug te vallen en mee te sparren. De VS gaf voornamelijk advies over overbruggingszorg, alternatieve GGZ-instellingen voor doorverwijzing, wachttijden en medicatievragen. De praktijk met een vast ingepland moment maakte het meeste gebruik van de mogelijkheid om de VS te raadplegen. Dit kan te maken hebben met de manier waarop de verpleegkundig specialist werd ingezet, maar ook met de schaalgrootte van de huisartsenorganisaties.

De huisartsen en POH GGZ in onze pilot gaven aan nauwelijks gebruik te maken van bestaande consultatiefuncties. Door samen te werken in het actieonderzoek werd de drempel om de VS te benaderen lager. Het hielp ook dat de VS voor alle cliënten geraadpleegd kon worden, ongeacht bij welke GGZ-aanbieder de cliënt op de wachtlijst staat. Gezamenlijk werden er afspraken gemaakt die voor beide partijen passend waren, en deze werden geëvalueerd.

Als actieonderzoekers merkten wij op dat suïcidaliteit een terugkerend punt van zorg was voor de professionals in de werkgroep. De werkgroepleden uitten hun bezorgdheid over wat er met deze cliënten zou gebeuren als passende zorg en ondersteuning niet tijdig beschikbaar was, bijvoorbeeld wanneer er geen ruimte is in de agenda van de POH of huisarts, buiten kantoortijden, of als de crisisdienst geen beoordeling uitvoert. Het feit dat de werkgroepleden suïcidaliteit als een lastig thema beschouwden, werd vanaf de eerste werksessie duidelijk. Dit onderwerp werd tijdens de daaropvolgende werksessies veelvuldig besproken.

Huisartsen en POH's gaven aan zich erg verantwoordelijk te voelen voor deze cliënten. Tijdens de gesprekken die wij gedurende het actieonderzoek voerden met verschillende aangrenzende initiatieven, werden wij geattendeerd op Sumona. Sumona is een organisatie die een luisterend oor biedt aan cliënten met suïcidale gedachten. Dit markeerde het begin van cyclus 3, waarin deze optie verder werd onderzocht.

Cyclus 3

Actielijn 2 Aanspreekpunt (cyclus 3)

1 Diagnose

Tijdens de tweede actielijn hebben we verschillende gesprekken gevoerd om de mogelijkheden voor het inrichten van een vast aanspreekpunt voor de cliënt verder te onderzoeken. We werden geattendeerd op Sumona, welke drie verschillende behandeltrajecten aanbieden aan cliënten met suïcidale gedachten. Het eerste traject richt zich op nazorg na een suïcidepoging, het tweede traject richt zich op psycho-educatie om beter om te kunnen gaan met suïcidale gedachten en het derde traject is gericht op monitoring van cliënten met suïcidale gedachten, wat ook wel kan worden gezien als het bieden van een luisterend oor. We merkten op dat de laatste twee trajecten goed zouden passen voor de subacute ggz cliënt binnen ons actieonderzoek, dit markeerde het begin van cyclus drie.

2 Actieplan maken

In cyclus drie was het van belang om te onderzoeken welke mogelijkheden er zijn om Sumona binnen Code oranje in te zetten. Sumona wordt namelijk alleen vergoed via derde geldstromen, waardoor een cliënt niet in aanmerking komt voor vergoeding van een traject bij Sumona als deze wordt doorverwezen door de huisarts. In het actieplan werd onderzocht wat de (financiële) mogelijkheden van hun inzet was en daar werkafspraken over te maken. We planden hiervoor drie gesprekken in met Sumona, een overleg met de projectgroep en een overleg met de werkgroep.

Aan de slag

In deze fase werden verschillende gesprekken gevoerd met Sumona en een overleg met de projectgroep over de mogelijkheden om Sumona binnen Code oranje in te zetten. We kwamen al snel tot de conclusie dat psycho educatieve trajecten goed zouden passen voor de doelgroep binnen dit onderzoek en dat er eventueel opgeschaald kon worden naar monitoring. Daarnaast constateerden we dat er binnen de verschafte subsidie van ZonMw financiële ruimte over was om Sumona te vergoeden via Code oranje. Vervolgens is een contract opgesteld en kon Sumona geïntroduceerd worden in de werkgroep.

Tijdens de werksessie waren we op bezoek bij Sumona en gaf een case manager een presentatie over hun werkwijze en aanbod. Vervolgens hadden de leden van de werkgroep de tijd om hun vragen te stellen. Er werden vragen gesteld over de wijze van financiering, over de mogelijkheden van Sumona om door te verwijzen en wat de inclusiecriteria zijn. Er werd verwacht dat er twee tot vijf cliënten doorverwezen zouden worden.

Na deze werksessie hadden de huisartsen en praktijkondersteuners de mogelijkheid om hun cliënten naar het aanbod van Sumona te verwijzen. Gedurende deze fase is er twee keer met Sumona, de projectleider uit de projectgroep en een actieonderzoeker afgesproken om te evalueren.

“Sumona: Je gaat het nog druk krijgen.”

- Crisisdienst

Inhoud
Volgende pagina
Vorige pagina

4 Evalueren en reflecteren

In de evaluatie- en reflectiefase bleek dat de huisarts en POH's slechts twee cliënten naar Sumona hadden doorverwezen in de drie maanden die daarna volgden. De eerste cliënt had niet de motivatie om het traject te starten, terwijl de andere cliënt niet voldeed aan de inclusiecriteria. Desondanks gaf de laatste cliënt aan zich gehoord te voelen en voelde zich ondersteund door de casemanager. Dit komt overeen met bevindingen uit eerder onderzoek in Den Haag, waarin ook werd aangegeven dat cliënten zich gehoord en ondersteund voelden. In dat onderzoek werden in anderhalf jaar tijd 18 cliënten verwezen, wat vergelijkbaar is met het aantal doorverwijzingen in ons onderzoek over een periode van drie maanden. Dit kan wijzen op een gelijke trend in het aantal cliënten dat wordt doorverwezen naar Sumona, ondanks de korte duur van de proefperiode in ons onderzoek.

Het feit dat huisartsen en POH's nu de mogelijkheid hebben om te verwijzen naar Sumona, werd door de werkgroep zeer positief ontvangen. Het lage aantal doorverwijzingen kan te maken hebben met de korte proefperiode van drie maanden. Eerder onderzoek wijst erop dat Sumona waardevolle ondersteuning biedt voor cliënten die niet in aanmerking komen voor de crisisdienst, maar te zwaar zijn voor de POH GGZ, wat overeenkomt met de doelgroep van dit onderzoek. Huisartsen uit dit onderzoek geven aan dat het hen ontlast, zowel wat betreft tijdsbesteding als het gevoel van verantwoordelijkheid.

Sumona is alleen beschikbaar voor cliënten met suïcidale gedachten dit maakt dat het voor een beperkte doelgroep beschikbaar en niet voor alle subacute GGZ-cliënten.

Actielijn 3 Vooraanmelding crisisdienst (cyclus 1)

1 Diagnose

Tijdens de diagnosefase van actielijn 3 werd geconstateerd dat een verwijzer bij een vooraanmelding bij de crisisdienst cliëntgegevens kan doorgeven op het moment dat er nog geen acute situatie gaande is, maar die op korte termijn wel verwacht wordt. Door een vroegtijdige aanmelding kunnen huisarts en crisisdienst sneller schakelen in crisissituaties en heeft de crisisdienst informatie ter beschikking over de patiënt en kan hiernaar handelen. We constateerden dat huisartsen weinig tot geen gebruik maakte van de mogelijkheid om een vooraanmelding te doen bij de crisisdienst.

2 Actieplan maken

Tijdens de fase van het actieplan was het doel om te inventariseren of het organiseren van een vooraanmelding van de crisisdienst eenvoudig te realiseren is, om vervolgens te komen tot een advies waar de verdere uitwerking en implementatie geborgd kon worden.

In het actieplan werd daarom een overleg ingepland met de projectgroep, een overleg met twee leden uit de projectgroep en werd het een agendapunt bij een van de werksessies met de werkgroep.

3 Aan de slag

Tijdens het overleg met de projectgroep werd geconstateerd dat er al mogelijkheden zijn om een vooraanmelding te maken bij de crisisdienst, dit werd verder uitgewerkt in het overleg met twee projectgroepleden. Tijdens dit laatste overleg kwam ter spraken dat er al een formulier vooraanmelding crisisdienst bestaat en werd besproken hoe de melding wordt verwerkt. De secretaresse van de crisisdienst ontvangt de vooraanmelding via zorgmail en plaatst deze informatie in het dossier van de cliënt.

Met deze informatie hebben we de werkgroep geïnformeerd. De huisartsen uit de werkgroep gaven aan dat het huidige formulier niet werkzaam is en dat zij daar weinig tot geen gebruik van zullen maken. Dit komt omdat huisartsen handmatig cliëntgegevens moesten invullen in het formulier voor de vooraanmelding. Een van de huisartsen stelde daarom voor om het formulier toegankelijker te maken en te integreren in het huisartseninformatiesysteem (HIS). Hierdoor kunnen huisartsen cliëntgegevens gemakkelijker inladen in het formulier. Dit vergemakkelijkt het proces voor huisartsen, waardoor de kans groter werd dat zij gebruik zouden maken van de vooraanmelding.

Dit aangepaste formulier werd vervolgens met de crisisdienst besproken en na goedkeuring van het format konden de huisartsen en POH’s het formulier gebruiken.

Inhoud
Volgende pagina
Vorige pagina

4 Evalueren en reflecteren

Uit de monitoring van deze actielijn bleek dat huisartsen nog steeds geen gebruik maakten van de mogelijkheid tot vooraanmelding bij de crisisdienst. De exacte reden hiervoor is niet bekend, maar het formulier was slechts in de laatste vier maanden van ons actieonderzoek beschikbaar. Daarnaast gaven de huisartsen en POH's aan geen cliënten te hebben die voldeden aan de criteria voor een vooraanmelding bij de crisisdienst.

Tijdens de evaluatie gaven twee leden van de werkgroep aan dat zij waarschijnlijk geen gebruik zouden maken van deze mogelijkheid. De andere leden benadrukten echter het belang van meer bekendheid rondom de vooraanmelding, omdat dit bijvoorbeeld kan helpen om zorgen richting het weekend los te laten. Ondanks dat twee leden aangaven geen gebruik te maken van deze mogelijkheid, wordt het wel wenselijk geacht door anderen in de werkgroep. Het zou goed zijn om hier meer bekendheid aan te geven onder Rotterdamse huisartsen, POH's en de crisisdienst, en dit in te passen in het HIS.

Tegelijkertijd merkten we tijdens verschillende discussies in de werkgroep dat huisartsen en POH's behoefte hadden aan meer informatie over wat zij kunnen doen wanneer een cliënt in crisis dreigt te raken. Dit leidde tot de vraag of crisisplannen gedeeld konden worden met huisartsen. Deze situatie resulteerde in de start van cyclus 3, waarin we een inventarisatie maakten van verschillende crisisplannen.

Cyclus 2

Actielijn 3 Vooraanmelding crisisdienst (cyclus 2)

1 Diagnose

Uit de evaluatie van de eerste cyclus kwam naar voren dat huisartsen en POH's zelf ook behoefte hebben aan meer handvatten tijdens (dreigende) crisissituaties. We constateerden dat GGZ-aanbieders samen met cliënten crisissignaleringsplannen opstellen en ervaringsdeskundigen crisisplannen opstellen met cliënten. In zo'n plan beschrijft de cliënt, vaak in samenwerking met een specialist, ervaringsdeskundige en/of naaste, hoe een crisis ontstaat, hoe deze verloopt en wat kan helpen om de crisis te doorbreken of voorkomen. Het plan bevat ook afspraken over wie wat kan doen om een crisis te voorkomen. Dit kan iets simpels zijn zoals het bellen van een familielid. Als een huisarts of POH handelt volgens het plan, kan dit eraan bijdragen dat de cliënt zich beter gehoord voelt.

Een crisissignaleringsplan kan geïnitieerd en gemaakt worden vanuit een GGZ-aanbieder en een crisisplan door een belangenbehartigingsorganisatie (Basisberaad). Op dit moment ontvangt de huisarts alleen de crisisplannen die zijn opgesteld vanuit Basisberaad. De GGZ deelt de opgestelde crisissignaleringsplan niet.

2 Actieplan maken

In het actieplan stelden we samen met de werkgroep vast dat er een inventarisatie moest worden gemaakt van de mogelijkheden rondom crisis(signalerings)plannen aangezien deze in verschillende varianten bestaan. We maakten afspraken om gesprekken te voeren met het FACT- team, Basisberaad en de POH GGZ om te onderzoeken hoe deze plannen effectief gedeeld kunnen worden met huisartsen, zodat zij beter voorbereid zijn bij crisissituaties.

3 Aan de slag

Tijdens de actiefase hebben we individuele gesprekken gevoerd met een aantal leden van de werkgroep. Tijdens dit gesprek hebben we de verschillende vormen van crisis(signalerings)plannen besproken. Er kwam ter sprake dat er een crisissignaleringsplan, een crisisplan en een crisiskaart bestaat, wat er in deze plannen wordt besproken en wat de verschillen zijn tussen deze plannen.

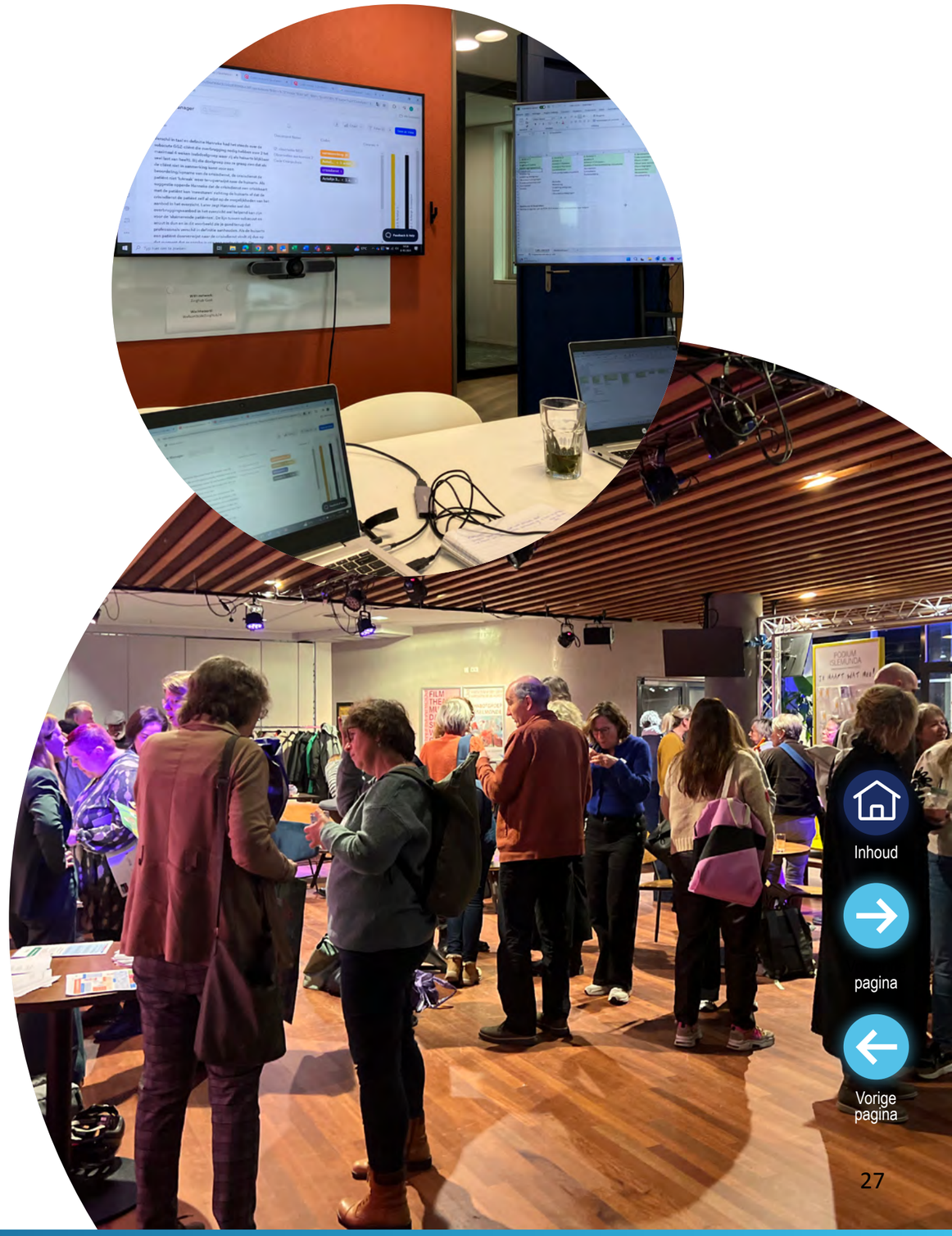
Inhoud
Volgende pagina
Vorige pagina

4 Evalueren en reflecteren

Basisberaad deelt de crisisplannen wel met de huisartsen, maar hebben geen vaste financieringsmogelijkheden om deze plannen met de cliënt op te stellen. Mede hierdoor is het aantal crisissignaleringsplannen die door Basisberaad wordt opgesteld kleiner ten opzichte van de crisisplannen die worden opgesteld bij GGZ instellingen. Zij stellen deze plannen wel altijd op, maar delen deze informatie niet automatisch met de huisartsen. Hierdoor missen huisartsen essentiële informatie op het moment dat een cliënt in crisis dreigt te komen.

Daarnaast verschillen de crisissignaleringsplannen tussen GGZ-aanbieders qua vorm en inhoud, en worden er verschillende termen gebruikt. Deze bevindingen zijn tijdens een werksessie besproken en geëvalueerd met de werkgroep.

Tijdens de evaluatie blijft de wens blijft bestaan om deze informatie proactief vanuit de GGZ met huisartsen te delen. Indien de crisissignaleringsplannen in de toekomst niet automatisch gedeeld kunnen worden met de huisarts en POH, zouden de huisarts en POH hier zelf actiever naar kunnen vragen bij de cliënt en deze verzoeken het crisissignaleringsplan te delen.



Succesfactoren van samenwerking

Succesfactoren voor samenwerken

In dit actieonderzoek lag de nadruk op het versterken van de samenwerking tussen verschillende zorg- en welzijnsprofessionals, met als hoofddoel dat de cliënt zich beter gehoord en ondersteund voelt. Door samen te werken binnen de wijk heeft het onderzoek niet alleen bijgedragen aan de verbetering van de zorg, maar ook aan een effectievere samenwerking tussen professionals. Dit heeft er uiteindelijk voor gezorgd dat de zorg beter werd afgestemd op de behoeften van de cliënt, waardoor deze zich meer gezien en gehoord voelde.

Om de samenwerking binnen de wijk te verbeteren, hebben we ons gebaseerd op het Five-Stage Model of Team Development van Tuckman. Dit model biedt inzicht in hoe samenwerking zich ontwikkelt en welke uitdagingen zich kunnen voordoen. We hebben het samenwerkingsmodel van Tuckman aangepast om het beter te laten aansluiten op ons actieonderzoek. Hieruit bleek dat naarmate professionals meer samenwerken, het onderlinge vertrouwen en de gezamenlijke verantwoordelijkheid toenemen.

In de volgende uitwerking beschrijven we de stappen die zijn gezet en de uitkomsten hiervan:

1. Elkaar vinden: De eerste stap - elkaar zien en verbinden.
2. Elkaar leren kennen: Vertrouwen groeit door tijd en aandacht.
3. Elkaar begrijpen: Taal is het fundament - begrip vormt de brug.
4. Samenwerken: Gelijkwaardigheid als basis.
5. Structureren: Verankering in dagelijkse werkprocessen.

Inhoud
Volgende pagina
Vorige pagina

De eerste stap: elkaar zien en verbinden

Tijdens de startbijeenkomst brachten we in kaart welke initiatieven al bekend waren bij de werkgroepleden. Het bleek dat er veel overbruggingsaanbod beschikbaar is en dat dit niet altijd bekend is bij iedereen. Het aanbod is onderhevig aan verandering en het is voor professionals lastig om op de hoogte te blijven. Sommige initiatieven, zoals trainingen, worden maar een paar keer per jaar georganiseerd en zijn afhankelijk van het aantal deelnemers, waardoor de continuïteit onzeker is.

De sociale kaart bleek belangrijk voor een effectieve doorverwijzing, maar het up-to-date houden ervan is tijdsintensief. In dit actieonderzoek is de verzamelde kennis verwerkt in een Excel-document, waarmee de werkgroepleden een duidelijk overzicht kregen van de beschikbare initiatieven. Dit overzicht bleek waardevol, omdat het de kennisdeling vergemakkelijkte en het bewustzijn over de verschillende initiatieven onder professionals vergrootte. Dit document hebben we vervolgens omgezet in een visuele praatplaat (bijlage 2).

“Gezichten gekregen bij veel zaken, wat drempel verlagend werkt.”

- Huisarts

Elkaar vinden

Dit is de basis van samenwerking. Het begint met inzicht in het zorg- en welzijnslandschap: welke organisaties en professionals zijn actief, wat bieden zij aan en hoe kunnen ze elkaar aanvullen? Het draait om bewustwording en oriëntatie. Hierbij speelt fysieke nabijheid een belangrijke rol: elkaar ontmoeten en de verbinding leggen is essentieel. Denk aan het bezoeken van bijeenkomsten, verkennen van elkaars werkterreinen en het opbouwen van een netwerk waarin je weet wie je waarvoor kunt benaderen.

Meer verwijzingen naar overbruggingsaanbod

Dankzij de werksessies is het aantal verwijzingen naar overbruggingszorg toegenomen, ook voor niet-subacute GGZ-cliënten. Dit laat zien dat professionals elkaar beter weten te vinden en elkaar actiever inschakelen om passende ondersteuning te bieden.

Informele momenten

Tijdens koffiemomenten ontdekten werkgroepleden meer over de functies en rollen van professionals buiten de werkgroep en hoe deze vindbaar zijn. Zo werd er bijvoorbeeld gesproken over de functie Spin in ’t Web van SOL en werd er informatie uitgewisseld over de locatie van het mentale gezondheidscentrum in Rotterdam-Zuid.

Wat betekent dit voor de cliënt?

Doordat professionals nu beter weten welk aanbod waar beschikbaar is, kunnen zij cliënten in de overbruggingsperiode doorverwijzen naar initiatieven die aansluiten bij hun behoeften. Dit vergroot de mogelijkheden voor cliënten om ergens terecht te kunnen met hun verhaal en passende ondersteuning te vinden.

“Door bijeenkomst weet je elkaar beter te vinden”

- Werkgroeplid

Vertrouwen groeit door tijd en aandacht

Het bezoeken van verschillende locaties en het uitnodigen van initiatieven voor presentaties heeft geleid tot meer kennis over elkaars werkwijze en het beschikbare overbruggingsaanbod.

Meer kennis over overbruggingsaanbod
Door een bezoek te brengen aan zeven initiatieven uit het overbruggingsaanbod en acht initiatieven uit te nodigen voor presentaties tijdens werksessies, is de bekendheid met het beschikbare overbruggingsaanbod vergroot.

“Gezichten gekregen bij veel zaken, wat drempel verlagend werkt”

- Werkgroeplid

Elkaar leren kennen
Dit gebeurt door gezamenlijk op te trekken in projecten, het organiseren van overlegmomenten of samen de wijk in te gaan om problematiek aan te pakken en kansen te verkennen. Dit versterkt de relatie en legt de basis voor wederzijds begrip.

Uit deze sessies bleek dat professionals behoefte hadden aan de volgende informatie:

- **Type aanbod**
  Een korte omschrijving van het type aanbod.Wat voor soort aanbod betreft het? Is het fysiek, digitaal of telefonisch beschikbaar? Deze informatie helpt bij het vinden van een vorm die aansluit bij de voorkeuren of mogelijkheden van de cliënt.
- **Doelgroep/probleem**
  Voor welke specifieke doelgroep of problematiek is het aanbod bedoeld? Dit helpt professionals om gerichter door te verwijzen en de best passende zorg te kiezen.
- **Toelatingsvoorwaarden en exclusiecriteria**
  Zijn er bepaalde voorwaarden of exclusiecriteria waaraan cliënten moeten voldoen? Bijvoorbeeld, zijn er uitsluitingen voor mensen met een alcohol- of drugsverslaving?
- **Verwijzing**
  Is er een verwijsbrief nodig, of kan de cliënt ook zonder verwijzing terecht bij het betreffende aanbod?
- **Taalopties**
  In welke talen is het aanbod beschikbaar? Dit is belangrijk voor cliënten die een andere moedertaal hebben en beter geholpen worden in een taal die zij beheersen.

Professionals geven aan dat zij informatie over het aanbod beter onthouden wanneer ze de initiatieven persoonlijk hebben bezocht. Dit onderstreept het belang van persoonlijk contact.

“Door elkaar (fysiek) te ontmoeten (weer), blijft een en ander toch weer beter hangen”

- Werkgroeplid

Meer kennis over elkaar

De werkbezoeken bij verschillende professionals uit de werkgroep droegen eraan bij dat de werkgroepleden beter inzicht kregen in elkaars werkwijze en aanbod. Dit resulteerde in kortere lijntjes tussen professionals en een effectievere samenwerking.

Welzijnsprofessionals merkten aanvankelijk dat huisartsen twijfels hadden over hun bekwaamheid op het gebied van GGZ. Naarmate het onderzoek vorderde, kregen welzijnsprofessionals en de herstelacademie echter steeds meer zichtbaarheid en erkenning binnen de werkgroep. Daarnaast bleek er overlap te bestaan tussen verschillende domeinen, iets wat niet altijd bekend was bij de betrokken professionals. Het is essentieel om zowel de verschillen als overeenkomsten te kennen, zodat professionals beter weten wanneer en wie zij het beste kunnen inschakelen. Tijdens de werksessies werd bijvoorbeeld duidelijk dat niet iedereen wist dat welzijn zich richt op enkelvoudige problematiek, terwijl wijkteams zich bezighouden met multi-problematiek.

Casuïstiekbesprekingen

Tijdens de werksessies werd casuïstiek besproken. Professionals brachten vooraf casussen in, die vervolgens in de werksessie verder werden uitgewerkt. Dit gaf deelnemers met verschillende achtergronden de kans om vanuit hun eigen expertise en ervaring in te brengen hoe zij bepaalde situaties zouden aanpakken. Door hierover in gesprek te gaan, ontstond een bredere visie en kregen professionals beter inzicht in elkaars werkwijze. Dit hielp hen om situaties vanuit een ander perspectief te bekijken en hun aanpak beter af te stemmen op de samenwerking met andere disciplines.

Wat betekent dit voor de cliënt?
Dankzij de vergrote kennis over het beschikbare overbruggingsaanbod kunnen professionals beter inschatten welke ondersteuning het beste aansluit bij de specifieke situatie, voorkeuren en mogelijkheden van de cliënt. Dit vergroot de kans dat cliënten sneller passende hulp ontvangen. Daarnaast zorgt het persoonlijke contact tussen professionals ervoor dat verwijzingen soepeler verlopen, waardoor de wachttijd voor hulp mogelijk wordt verkort.

Door heldere afspraken over wie benaderbaar is voor enkelvoudige of meervoudige problematiek, wordt voorkomen dat cliënten van het kastje naar de muur worden gestuurd. Dit draagt bij aan een gevoel van erkenning en serieus genomen worden in hun hulpvraag..

“Door bij anderen te kunnen kijken wordt het duidelijk wat de ander doet, je krijgt zicht op elkaars kunnen en niet kunnen”

- Werkgroeplid

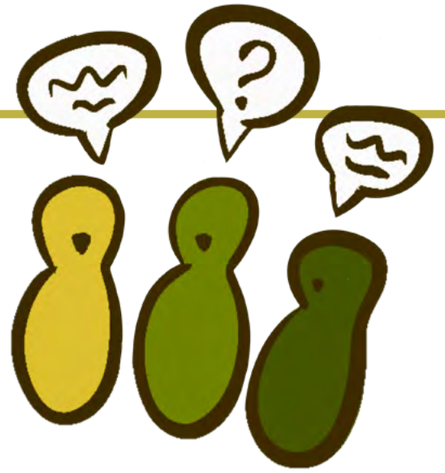
Taal is het fundament: begrip vormt de brug

Verschillen in taalgebruik tussen domeinen

Tijdens het actieonderzoek werden verschillen in taalgebruik tussen domeinen zichtbaar. Dit werd al geconstateerd in fase 1 en bevestigd in fase 2. Een duidelijk voorbeeld hiervan is de uiteenlopende definitie van een subacute cliënt. Binnen de GGZ wordt een subacute cliënt gedefinieerd als iemand die binnen 48 uur zorg nodig heeft. Huisartsen hanteren echter een bredere definitie: zij beschouwen een subacute cliënt als iemand die hulp nodig heeft, maar voor wie de situatie niet urgent genoeg lijkt voor directe GGZ-interventie. Door deze verschillen bespreekbaar te maken, ontstond er meer wederzijds begrip over wat professionals uit andere domeinen bedoelen wanneer ze spreken over subacute GGZ-cliënten.

“Als je in de GGZ zit, kijk je door een GGZ-bril en ervaringsdeskundigen kijken door een ervaringsdeskundigheidsbril. En die brillen zijn nodig en je hebt elkaar nodig.”

- Ervaringsdeskundige



Elkaar begrijpen

Een goede samenwerking vraagt om wederzijds begrip. Dit betekent dat professionals uit verschillende domeinen dezelfde taal spreken, inzicht krijgt in elkaars procedures en werkwijzen, en samen helderheid scheppen over verwachtingen en doelen. Misverstanden kunnen ontstaan door verschillen in terminologie, cultuur of werkwijzen tussen organisaties. Deze obstakels kunnen worden overwonnen door open communicatie en actieve afstemming, zodat er een gedeelde basis ontstaat voor samenwerking en begrip.

Tijdens de werksessies bleek ook dat taalverschillen tot miscommunicatie kunnen leiden, zoals tussen huisartsen en de crisisdienst.

Wanneer een huisarts een cliënt doorverwijst naar de crisisdienst, beschouwt hij/zij de situatie doorgaans als acuut. De crisisdienst kan echter een andere inschatting maken en de cliënt beoordelen als subacuut of niet acuut.

Daarnaast ontstond verwarring over de termen advies en beoordeling. Wanneer een huisarts de crisisdienst om advies vraagt, wordt dit door de crisisdienst vaak geïnterpreteerd als een verzoek om telefonisch advies. Echter, als de huisarts een fysieke beoordeling wenst, moet dit expliciet worden aangegeven. Dit onderscheid was niet altijd duidelijk, wat leidde tot misverstanden over de verwachte ondersteuning.

Afspraken ter verbetering van de communicatie

Om deze misverstanden te verminderen, werden de volgende afspraken gemaakt:

- **Huisartsen** zullen hun achterban informeren over het verschil tussen een telefonisch advies en een fysieke beoordeling door de crisisdienst.
- **De crisisdiens**t zal haar medewerkers instrueren om bij een verzoek om advies expliciet na te vragen of de huisarts een telefonische of fysieke beoordeling wenst.

Deze verbeterde afstemming draagt bij aan een effectievere samenwerking en zorgt ervoor dat cliënten sneller en passender geholpen worden.

“Door het in gesprek te gaan meer duidelijkheid wat wel en niet kan, bij bijv. crisisdienst en 113”

- POH

Inhoud
Volgende pagina
Vorige pagina

Normalisering van suïcidaliteit

Suïcidaliteit wordt door verschillende leden van de werkgroep als een complex en beladen onderwerp ervaren. Huisartsen en POH's voelen vaak een zware verantwoordelijkheid bij deze cliëntengroep, terwijl welzijnsmedewerkers zich niet altijd voldoende toegerust voelen om de juiste ondersteuning te bieden.

Door de visie van de crisisdienst op suïcidaliteit te horen, werd dit thema echter meer genormaliseerd. De crisisdienst benadrukte dat suïcidale gedachten een natuurlijk onderdeel van het menselijk bestaan kunnen zijn en dat slechts 1% van de mensen met dergelijke gedachten daadwerkelijk overgaat tot suïcide. Dit hielp professionals om angst en onzekerheid rondom dit onderwerp te verminderen.

Daarnaast gaf de crisisdienst aan dat ook zij vaak met onzekerheden werken bij het inschatten van de crisisgevoeligheid van een cliënt. In veel gevallen is het bieden van een luisterend oor precies wat een cliënt nodig heeft. Dit inzicht was waardevol voor de professionals, omdat het hen liet inzien dat ook zij, zonder specifieke expertise, een belangrijke rol kunnen spelen in de ondersteuning van deze cliënten. De crisisdienst benadrukte dat de professionals in de werkgroep al veel goed doen: aandachtig luisteren en cliënten serieus nemen draagt bij aan hun gevoel van gehoord worden. Dit gaf de betrokken professionals meer vertrouwen in hun eigen vaardigheden en versterkte hun overtuiging dat zij effectieve steun kunnen bieden.

"Suïcidale gedachten en dan... van diverse kanten bekeken, gehoord. Normalisering."

- Werkgroeplid

Inhoud
Volgende pagina
Vorige pagina

Casuïstiekbesprekingen

Tijdens de werksessies kregen de werkgroepleden door casuïstiekbesprekingen meer inzicht in elkaars werkwijze en de uitdagingen die zij ervaren. Naast vooraf ingebrachte casussen werden ook spontaan casussen besproken.

Door deze gesprekken ontstond een beter begrip van elkaars taalgebruik en werkwijze. Dit hielp miscommunicaties te verminderen, zoals de veronderstelling van de crisisdienst dat alle praktijkondersteuners (POH's) SPV'ers (sociaal psychiatrisch verpleegkundigen) zijn, terwijl dit niet altijd het geval is. Daarnaast werden praktische verbeterpunten besproken, zoals de wens om een digitale verwijzing in ZorgDomein in te regelen, zodat huisartsen gemakkelijker een verkennend gesprek kunnen aanvragen.

Door deze gezamenlijke inspanning in de casuïstiekbesprekingen is er meer begrip ontstaan tussen de verschillende domeinen, wat de samenwerking versterkt.

Wat betekent dit voor de cliënt?

Dankzij een beter onderscheid tussen telefonisch advies en fysieke beoordeling ontvangt de cliënt sneller de juiste vorm van hulp. Daarnaast helpt de normalisering van suïcidale gedachten cliënten om zich minder veroordeeld te voelen en hun gevoelens open te delen. Professionals kunnen cliënten een gevoel van veiligheid bieden en hen aanmoedigen om over hun gedachten te praten, wat bijdraagt aan passende ondersteuning en zorg.

"Elkaars taal begrijpen, daar zit nog wel een kloof. Door code oranje is dat wel gebeurd. Dat is echt van meerwaarde."

- Welzijnsprofessional

Inhoud
Volgende pagina
Vorige pagina

Gelijkwaardigheid

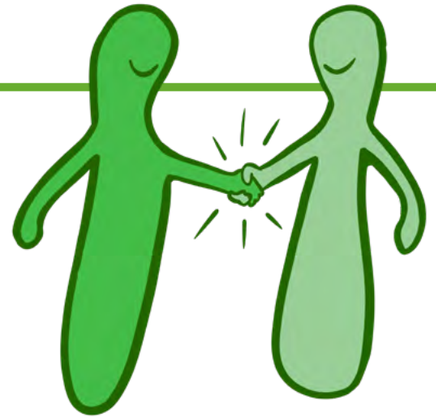
De werksessies en gezamenlijke afspraken hebben bijgedragen aan een betere samenwerking tussen zorg- en welzijnsorganisaties. Door direct contact, warme overdrachten en structurele evaluaties wordt de ondersteuning voor cliënten steeds beter afgestemd.

Direct contact

Professionals hebben nu kortere lijnen en bellen elkaar direct in plaats van uitsluitend te verwijzen via formele routes. Dit directe contact maakt snel schakelen mogelijk en bevordert een persoonlijkere en effectievere samenwerking. Een goed voorbeeld hiervan is de warme overdracht van een cliënt die uitbehandeld was bij het FACT-team en werd doorverwezen naar welzijn. Door de soepele samenwerking verliep de overgang laagdrempelig en bleef de cliënt de benodigde ondersteuning ontvangen.

Evalueren en terugkoppelen

De werkgroepleden geven aan dat regelmatige evaluaties in de werksessies ervoor zorgen dat afspraken beter worden nageleefd en indien nodig aangepast. Zo wordt bijvoorbeeld besproken hoe de inzet van verpleegkundig specialisten verloopt en of verwijzingen goed aansluiten bij de behoeften van cliënten. Terugkoppeling speelt hierin een belangrijke rol: professionals delen vaker of en hoe eerdere afspraken en acties hebben geholpen.



Samenwerken

In deze fase ontstaat echte samenwerking, gekenmerkt door duidelijke verwachtingen en actieve afstemming. Het principe van “afspraak is afspraak” wordt nageleefd: iedereen doet wat hij zegt en zegt wat hij doet. Gelijkwaardigheid staat centraal, waarbij ieder teamlid bijdraagt vanuit zijn of haar expertise en rol. Er wordt regelmatig geëvalueerd om de samenwerking verder te verbeteren, wat het teamgevoel versterkt en het vertrouwen bevordert.

Inhoud
Volgende pagina
Vorige pagina

Verantwoordelijkheid

Een beleidsadviseur van Rijnmond Dokters merkt op dat huisartsen nog steeds spanning ervaren rond hun verantwoordelijkheid. Hoewel zij cliënten doorverwijzen naar welzijn of andere informele ondersteuning, ontbreekt vaak een terugkoppeling, waardoor ze het gevoel hebben de regie te verliezen. Dit is vooral belastend in complexe situaties, zoals bij cliënten met suïcidale gedachten. Huisartsen en POH's voelen zich soms onvoldoende toegerust om deze zorg te bieden, maar blijven verantwoordelijk zolang de cliënt op de GGZ-wachtlijst staat.

Meer samenwerking en informele communicatie tussen huisartsen en welzijnsorganisaties heeft hen geholpen om deze verantwoordelijkheid beter te verdelen en draaglijker te maken.

Wat betekent dit voor de cliënt?

Door kortere lijnen tussen zorg- en welzijnsprofessionals kan sneller en persoonlijker worden gehandeld, waardoor cliënten minder lang in onzekerheid zitten. Warme overdrachten zorgen ervoor dat cliënten zich gesteund voelen tijdens een overgang naar een andere vorm van zorg, wat bijdraagt aan een gevoel van continuïteit en veiligheid.

Daarnaast zorgen regelmatige evaluaties en terugkoppelingen ervoor dat de geboden hulp beter aansluit op de behoeften van de cliënt. De verbeterde samenwerking tussen professionals vermindert de kans op miscommunicatie en zorgt ervoor dat cliënten niet tussen wal en schip vallen.

"Er vindt meer terugkoppeling plaats. Ook met de vraag in hoeverre het aansloot en of we er iets aan hebben gehad."

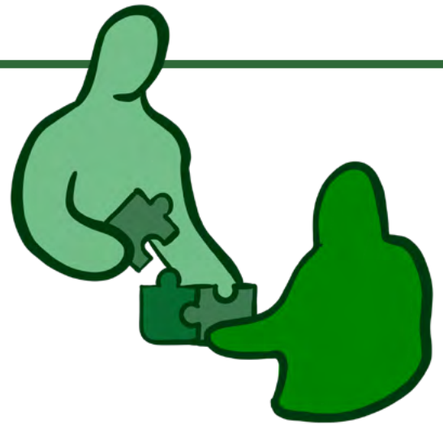
- Werkgroeplid

Continuïteit

Bij samenwerking wordt vaak eerst een structuur bedacht om een probleem op te lossen. Dit was ook een zorg onder sommige werkgroepleden aan het begin van het actieonderzoek. Zij vreesden dat we slechts een overzicht van initiatieven zouden maken, zonder daadwerkelijk het probleem aan te pakken. De vraag rees in hoeverre dit een effectieve oplossing zou zijn.

Uit het actieonderzoek bleek dat een aantal stappen nodig is voordat een structuur effectief kan worden geïmplementeerd. In dit samenwerkingsmodel is het namelijk belangrijk om elkaar eerst te vinden en samen te werken.

Een voorbeeld hiervan is de bestaande mogelijkheid voor huisartsen om een GGZ-professional te consulteren over medicatie. Van deze functie wordt nog niet optimaal gebruikgemaakt, in tegenstelling tot de consultatiemogelijkheid die binnen het actieonderzoek is toegepast, na de introductie van de VS. Doordat eerdere bouwstenen werden gelegd, werd de drempel voor huisartsen en praktijkondersteuners (POH's) verlaagd. Er werden gezamenlijke afspraken gemaakt die voor beide partijen werkbaar waren en er werd periodiek geëvalueerd.



Structureren

De laatste bouwsteen is structureren, waarmee de samenwerking duurzaam wordt gemaakt. Dit omvat het vastleggen van samenwerkingsafspraken, zoals het opzetten van een netwerkstructuur, het aanwijzen van één aanspreekpunt of het definiëren van rollen en verantwoordelijkheden. Door deze structuur ontstaat er continuïteit en duidelijkheid, waardoor alle betrokkenen weten waar zij aan toe zijn.

Structuur binnen het actieonderzoek

Binnen het actieonderzoek is geprobeerd structuur aan te brengen door:

- Het in kaart brengen van het overbruggingsaanbod.
- Het maken van samenwerkingsafspraken over de inzet van VS en Sumona.
- Het opzetten van een procedure voor de vooraanmelding bij de crisisdienst.
- Het organiseren van maandelijkse werksessies met ruimte voor evaluatie en terugkoppeling.

Hoewel we binnen het actieonderzoek stappen hebben gezet om structuur aan te brengen, blijft de vraag hoe deze aanpak duurzaam kan worden geborgd.

Structuur en borging na het actieonderzoek

Het is belangrijk dat gemaakte afspraken en werkwijzen niet afhankelijk blijven van individuele personen, maar dat een systematische aanpak wordt ontwikkeld.

Om de resultaten van Code Oranje duurzaam te borgen, is samenwerking gezocht met MGN en Netwerkzorg in Rotterdam. Binnen MGN en Netwerkzorg staat de hulpvraag van de cliënt centraal. Het overbruggingsaanbod dat binnen dit actieonderzoek is opgehaald, richt zich vaak op specifieke aspecten van de problematiek. Tijdens de overbruggingsperiode ontvangen cliënten

“Vraag is of het antwoord zit in het ontwikkelen van nieuwe systemen en/of structuren. Het gaat er denk ik om de huidige middelen goed in te zetten. Er ligt een grote taak voor de wijkcoördinatoren van Rijnmond dokters om de verbinding met elkaar te bewaken en te behouden.”

- Crisisdienst

ondersteuning op verschillende gebieden. Denk aan maatjesprojecten of vrijwilligersinitiatieven die zich richten op het tegengaan van eenzaamheid. Ook initiatieven zoals de Herstelacademie en Basisberaad leggen de nadruk op wat cliënten wél kunnen en hoe zij hun eigen kracht en zelfredzaamheid kunnen vergroten. Dit zorgt voor een persoonsgerichte benadering die aansluit bij de wensen en mogelijkheden van de cliënt.

Naast de focus op de hulpvraag van de inwoner in plaats van de zorgvraag van de cliënt, zijn deze initiatieven - net als Code Oranje - wijkgericht. Samenwerking en sectoroverstijgende oplossingen staan centraal, evenals het belang van ervaringsdeskundigheid. Binnen Netwerkzorg wordt bovendien het sociale netwerk van de cliënt actief betrokken. Er wordt gewerkt met samenwerkingsgroepen waarin, naast de persoon zelf en diens informele netwerk, ook de benodigde professionals participeren. Dit draagt bij aan continuïteit in de ondersteuning en zorgt voor een integrale aanpak over verschillende domeinen heen. De opgedane kennis uit het actieonderzoek Code Oranje kan daarom goed worden benut en geborgd binnen Netwerkzorg en MGN.

Aanvankelijk leek de doelgroep van Code Oranje, vanwege hun crisisgevoeligheid, minder goed te passen binnen MGN. Tijdens een overleg met MGN-leden werd echter benadrukt dat de GGZ een andere definitie hanteert van een subacute GGZ-cliënt dan huisartsen en POH's. Er wordt verwacht dat een groot deel van de 'Code Oranje'-cliënten alsnog wordt doorverwezen naar een verkennend gesprek.

"Op dit gebied valt er nog veel te behalen denk ik, er is nu geen sprake van een bepaalde structuur zonder dat hier personen aan verbonden zijn."

- Werkgroeplid

Tijdens dit overleg werd ook aangegeven dat een overzicht van het overbruggingsaanbod goed aansluit bij de structuren van MGN. Het draait hierbij om korte communicatielijnen en laagdrempelig contact tussen betrokken partijen. Ook organisatiebezoeken dragen bij aan betere samenwerking en onderling begrip. Uit de werksessies van Code Oranje is gebleken dat casuïstiekbesprekingen een waardevolle bijdrage leveren aan dit onderlinge begrip en de samenwerking versterken. Een van de pijlers van MGN is het Domein Overstijgend CasusOverleg. Door structurele sessies te organiseren ontstaat continuïteit en kunnen terugkoppeling en evaluatiemomenten plaatsvinden. Dit bevordert wederzijds begrip en samenwerking over domeinen heen, waardoor professionals sneller de juiste collega's kunnen inschakelen en efficiënter kunnen samenwerken.

Tot slot werd Sumona positief ontvangen door de werkgroep en lijkt het goed binnen MGN te passen, mits er structurele financiële middelen beschikbaar komen. Voor de verdere structurering van de resultaten van Code Oranje zijn aanbevelingen opgesteld. Deze zijn essentieel om de werkwijze duurzaam en effectief in te bedden in bestaande structuren.

Aanbevelingen

Aanbevelingen

In het actieonderzoek lag de nadruk op de behoeften van de cliënt, met name op het gevoel gehoord te worden en de behoefte aan een luisterend oor. Door door te verwijzen naar initiatieven uit het overbruggingsaanbod konden cliënten hun verhaal elders kwijt, wat ertoe leidde dat zij zich beter gehoord voelden. Dit resulteerde in een afname van terugkeer naar de huisarts. Wanneer professionals uit verschillende domeinen goed zicht hebben op elkaars aanbod, kunnen zij cliënten gerichter doorverwijzen naar initiatieven die hen deze ondersteuning kunnen bieden.

Om deze aanpak verder te verankeren in de regio en meer cliënten te bereiken, is het belangrijk om de volgende aanbevelingen te implementeren. Samenwerking begint bij ontmoeting, maar vereist structurele borging en voortdurende afstemming om effectief te blijven.

Actielijn 1: Overbruggingsaanbod

Het inzetten van het overbruggingsaanbod zorgde ervoor dat cliënten sneller passende hulp en ondersteuning ontvingen. Dit had een positief effect op de werkdruk van huisartsen en POH's. Daarom is het belangrijk om ervoor te zorgen dat cliënten toegang blijven houden tot passend overbruggingsaanbod. Dit kan op de volgende manieren:

- Vergroten van kennis over het overbruggingsaanbod bij **huisartsen en POH's** door structurele netwerkbijeenkomsten te organiseren met **initiatieven uit het overbruggingsaanbod**. Door personeelswisselingen binnen organisaties gaat kennisoverdracht vaak verloren, terwijl directe ontmoeting krachtiger is. Tijdens werksessies kunnen ervaringen, kennis en succesverhalen worden gedeeld. In de dagelijkse praktijk bestaat het risico dat urgente kwesties de aandacht afleiden van structurele samenwerkingen en de inzet van overbruggingsaanbod. **De wijkcoördinatoren van Rijnmond Dokters** zouden hierin een organiserende rol kunnen spelen.

- **Huisartsen en POH's** kunnen ook actief kennismaken met het **overbruggingsaanbod**, bijvoorbeeld door zelf langs te gaan of door aanbieders uit te nodigen in hun praktijk. Dit kan de samenwerking en doorverwijzing vergemakkelijken.

Inhoud
Volgende pagina
Vorige pagina

- Het **overbruggingsaanbod** kan informatie verstrekken over de doelgroep, doorverwijzingsprocedures, toelatingscriteria, exclusiecriteria en taalopties.
- Het bijhouden van een sociale kaart kan bijdragen aan een beter overzicht van het beschikbare overbruggingsaanbod. Hoewel dit tijdsintensief is, kunnen **wijkcoördinatoren van Rijnmond Dokters** hierbij een rol spelen. Ook de **Huizen van de Wijk** hebben veel inzicht in het aanbod en denken graag mee over casussen en warme overdrachten. Daarnaast kunnen inwoners hier direct naartoe worden verwezen. Een van de pijlers van de **Kenniswerkplaats Rotterdam** is het ontwikkelen van een informatiepunt over beschikbare zorg en ondersteuning in de regio.

Daarnaast zijn er nog enkele hiaten in het overbruggingsaanbod:
- **Bereikbaarheid voor cliënten met een taalbarrière:** Zorg ervoor dat ook cliënten die de Nederlandse taal niet goed beheersen toegang hebben tot welzijns- en overbruggingsinitiatieven, bijvoorbeeld door tolken in te schakelen of vertaalde materialen aan te bieden.
- **Beschikbaarheid buiten kantoortijden:** Op dit moment is het aanbod in de avonduren en weekenden beperkt. Dit kan een drempel vormen voor cliënten die overdag niet in staat zijn hulp te zoeken.
- **Duidelijke communicatie over wat wijkteams kunnen bieden,** zodat huisartsen en andere zorgverleners precies weten wanneer en hoe zij cliënten kunnen doorverwijzen.

"Goed dat dit in de huis van de wijken is. Laten we eerlijk zijn over een jaar weet ik niet meer wat Avant Sanare en vele andere zijn. Maar weet dat er in een huis van de wijk veel meer mogelijk is dan je denkt. En zeg dit tegen de cliënt. Ga langs bij dat huis van de wijk."

- Huisarts

Inhoud
Volgende pagina
Vorige pagina

Actielijn 2: Vast aanspreekpunt voor de cliënt en huisarts/POH

Het organiseren van een vast aanspreekpunt voor cliënten bleek in de praktijk uitdagend, mede door de eisen die aan het functieprofiel worden gesteld, zoals bereikbaarheid en deskundigheid. Uit ons onderzoek blijkt echter dat diverse initiatieven binnen het **overbruggingsaanbod** vaak al goed functioneren als luisterend oor voor cliënten. Desondanks blijft het wenselijk om een passend aanspreekpunt structureel te organiseren en verder te onderzoeken hoe dit het beste kan worden vormgegeven.

Daarnaast bevelen we aan om de **financiering voor Sumona structureel** te maken. Door de inzet van Sumona weten huisartsen en POH's waar zij hun cliënten met suïcidale gedachten naartoe kunnen verwijzen, wat tijdens de overbruggingsfase als een vangnet fungeert. Vanaf 2025 treedt de nieuwe Wet Integrale Suïcidepreventie in werking, waarmee de **gemeente Rotterdam** de mogelijkheid krijgt om lokaal invulling te geven aan suïcidepreventie. Het structureel financieren van Sumona zou goed aansluiten bij dit preventiebeleid.

Suïcidaliteit was een terugkerend onderwerp waarover professionals uit verschillende domeinen hun zorgen uitten. Het organiseren van trainingen, in samenwerking met de **crisisdienst**, voor **welzijnsmedewerkers, huisartsen en POH's** kan bijdragen aan het vergroten van kennis over dit thema. Hierdoor wordt suïcidaliteit beter genormaliseerd en krijgen professionals praktische handvatten aangereikt, zodat zij met meer vertrouwen met dergelijke situaties kunnen omgaan.

Binnen het onderzoek hadden huisartsen en POH's de mogelijkheid om gebruik te maken van een vast aanspreekpunt, wat de toegankelijkheid bij complexe casuïstiek vergrootte. Om dit verder te ontwikkelen, kan de **GGZ een sleutelrol** spelen. Zo zou bijvoorbeeld een VS als vast aanspreekpunt kunnen fungeren, of kunnen bestaande consultatiefuncties beter worden benut en aangepast. Door deze functies breder in te zetten, meer nabij in de regio en fysieke ontmoetingen tussen **GGZ-professionals en huisartsen te organiseren**, kan het gebruik ervan worden gestimuleerd. Persoonlijk contact vergroot de kans dat deze functies daadwerkelijk worden ingezet.

"'Je oor delen in plaats van oordelen."

- Ervaringsdeskundige

Inhoud
Volgende pagina
Vorige pagina

Actielijn 3: Delen van informatie in crisissituaties

De mogelijkheid tot vooraanmelding bij de crisisdienst is onvoldoende bekend bij **huisartsen en POH's**. We bevelen aan deze optie breder te communiceren en te integreren in het HIS, zodat de **crisisdienst** sneller kan schakelen en passende informatie beschikbaar heeft.

Huisartsen raden we aan expliciet om een beoordeling te vragen bij contact met de **crisisdienst**. Tegelijkertijd is het belangrijk dat de crisisdienst duidelijk maakt of een beoordeling of advies wordt verwacht, om misverstanden te voorkomen. Daarnaast is betere afstemming van terminologie nodig. Momenteel worden de contacten die huisartsen met cliënten onderhouden tijdens een wachtlijstperiode soms 'overbruggingscontacten' genoemd, wat tot verwarring kan leiden. We bevelen aan om deze binnen de **crisisdienst** voortaan als 'ondersteunende contacten' te benoemen.

Daarnaast adviseren we de **GGZ** om crisissignaleringsplannen automatisch beschikbaar te stellen aan huisartsen en POH's. Totdat dit structureel is geregeld, bevelen we aan dat **huisartsen** en **POH's** cliënten actief vragen om hun crisissignaleringsplan te delen. Verder is het van belang om structurele financiering beschikbaar te stellen voor het opstellen van Crisisplan bij **Basisberaad**.

*Wil jij ook aan de slag om de wijksamenwerking rondom de subacute GGZ cliënt te verbeteren? Kijk dan naar **onze toolbox**.*

Bijlagen

Bijlage 1: Voorbeeld overzicht overbruggingsaanbod

Aanbod	Wijk/gebied/ regio/digitaal	Korte omschrijving	Doelgroep	Verwijzing nodig?
Wijkteam GGZ specialisten	Vreewijk / Beverwaard	Biedt laagdrempelige, integrale ondersteuning aan mensen met psychische problemen, waarbij ze hulpverlening, preventie en samenwerking met andere zorginstanties combineren om cliënten in hun eigen leefomgeving te ondersteunen.	Mensen met multiproblematiek	ja
Herstelacademie	Per gebied bijvoorbeeld IJsselmonde	Werken aan persoonlijk herstel en ontwikkeling	Voor iedereen die door bijvoorbeeld trauma, lichamelijke of psychische kwetsbaarheden problemen ondervind en dit bespreekbaar wilt maken.	nee
Stichting SOL	Per wijk een Huis van de Wijk (zoals de Brink in Vreewijk)	Welzijnsaanbieder die zich inzet om te zorgen dat iedereen kan meedoen en daarbij zijn/haar krachten en talenten kan benutten.	Mensen met enkelvoudige problematiek, van peuters tot ouderen.	nee*
House of hope	Beverwaard (Ijsselmonde)	Laagdrempelige inloop voorziening	Bewoners in Rotterdam met een bepaalde hulpvraag	nee
Indigo preventie	Rotterdam	Trainingen/cursussen, preventief	Mensen die een verhoogd risico lopen op psychische klachten of deze in een milde vorm al hebben.	Ja
Avant Sanare	Rotterdam	Trainingen/cursussen voor mentale gezondheid en grip op het leven	Kinderen, jongeren en volwassenen	Ja
Zelfmoordpreventie 113	Telefonisch	Hulplijn, suïcide stroomschema helpt je of je de persoon zelf te woord kunt staan	(Naasten van) mensen met suïcidale gedachten	nee
Psychosenet.nl	Online	Een laagdrempelige online plek waar naast goede, normaliserende en herstelgerichte informatie ook hoop en steun geboden wordt door bijvoorbeeld een zelfregiecentrum en herstelacademie	Voor mensen met psychosegevoeligheid, trauma en psychische kwetsbaarheden	nee

*het kan bij sommige huisartsenorganisaties via Zorgdomein

Inhoud
Volgende pagina
Vorige pagina

Aanbod	Wijk/gebied/ regio/digitaal	Korte omschrijving	Doelgroep	Verwijzing nodig?
Luisterlijn	Telefonisch	Dag en nacht emotionele ondersteuning op afstand.	Iedereen die een luisterend oor nodig heeft.	nee
Zelfhulpgroepen	Rotterdam / Online	Het delen van ervaringen rondom verslaving met een groep mensen die tegen vergelijkbare dingen aanlopen.	Anonieme zelfhulpgroepen voor verslaafden (AA, NA, CA, GA)	nee
Basisberaad	Rotterdam	Beschikt over straatadvocaten, biedt onafhankelijke cliëntondersteuning en cursussen aan.	Voor mensen die te maken hebben (gehad) met psychische- of verslavingsproblematiek en/of dak- of thuisloosheid.	nee
Gebedshuizen (kerk, moskee)	Rotterdam	Een laagdrempelige en veilige omgeving waar zij steun, begrip en gemeenschap aanbieden. Veel gebedshuizen bieden naast spirituele begeleiding ook praktische hulp, sociale verbinding en soms zelfs mentale zorg via pastorale zorgverleners of gespreksgroepen.	Iedereen die een luisterend oor nodig heeft.	nee
Vriendendienst	Rotterdam	Maatjesproject	Ouderen, mensen met psychische of psychosociale problemen en mensen met een verstandelijke beperking	nee
Opstellen hulpkaart	Online	Het opstellen van een kaart waarop belangrijke informatie geschreven kan worden om de omgeving beter voorbereid te laten zijn op momenten van crisis.	Iedereen kan en mag een Hulpkaart bij zich hebben.	nee

Inhoud
Volgende pagina
Vorige pagina

Bijlage 2

Code Oranje
ZELF HULP
HULPKAART I.G.V. CRISIS
CRISIS DIENST
BASIS BERAAD
WYKTEAM GGZ
wijkcoördinator
GGZ
113
BUURT CAFÉ
HUIS VD WIJK
BUURT KAMER
STRAATADVOCAAT
MENTAAL GEZONDHEIDS NETWERK
HUIS VD WIJK
de HERSTELACADEMIE
POH GGZ
HUIS ARTS
BUURT PASTOOR
wijkcoördinator

“De focus ligt nu op hoe we met netwerkpartners niet alleen kunnen samenwerken, **maar vooral ook samen kunnen doen.**”

Het actie-onderzoek: Code Oranje: als subacute GGZ-cliënten tussen wal en schip vallen is uitgevoerd door Samergo in opdracht van Rijnmond Dokters.

Deze publicatie is tot stand gekomen met financiering van ZonMw binnen de subsidie-oproep Praktijkgericht onderzoek in de GGZ: Versterking van passende zorg in de eerstelijns GGZ. Hiervoor was Rijnmond Dokters de hoofdaanvrager in samenwerking met Caleido Zorg, Parnassia Groep en Basisberaad.

Auteurs: Mahdia Moradi (m.moradi@samergo.nl) en Muriël Rurenga (m.rurenga@samergo.nl)

Vormgeving: Saskia Geleedts

Met dank aan: Kirsten Waaijer en Fenna Mossel (Pluut & Partners), Willemijn Looman en Matine van Schie (Samergo), en de leden van werkgroep

Samergo
Fascinatio Boulevard 252,
3065 WB Rotterdam
www.samergo.nl

Maart 2025