

# Uitkomsten actieonderzoek Code Oranje

Als subacute GGZ-cliënten  
tussen wal en schip vallen



# Inhoudsopgave

Methode van onderzoek	4
Uitkomsten deelvraag I: hoe kan de doelgroep 'de subacute GGZ-cliënt' worden omschreven?	5
Uitkomst deelvraag II: wat is de behoefte van de doelgroep?	10
Uitkomst deelvraag III: wat zijn knelpunten in de organisatie van zorg voor de doelgroep?	12
Conclusies	21

Het actieonderzoek is uitgevoerd door **Samergo** in opdracht van:



# Inleiding

De zorg voor subacute GGZ-cliënten wordt als een groot knelpunt ervaren door cliënten zelf, huisartsenpraktijken, huisartsposten, het sociaal domein en GGZ-aanbieders. Dit komt doordat het een groep cliënten betreft die instabiel en crisisgevoelig is, maar niet direct via de crisisdienst in aanmerking komt voor begeleiding of opname. Huisartsen en praktijkondersteuners GGZ zijn niet altijd toegerust om subacute GGZ-cliënten de juiste zorg te bieden, en bij ambulante GGZ-aanbieders kunnen zij vaak niet terecht vanwege lange wachttijden.

De ervaren knelpunten hebben geleid tot een gezamenlijk initiatief van Rotterdamse huisartsen, GGZ-aanbieders en ervaringsdeskundigen: project **Code Oranje**. Het project wordt gesubsidieerd door ZonMw en heeft een doorlooptijd van anderhalf jaar. De deelnemende zorgorganisaties en cliëntvertegenwoordigers willen samenwerken om de zorg voor subacute GGZ-cliënten goed te organiseren en beter op elkaar af te stemmen.

Om dit te kunnen doen is eerst inzicht nodig in de doelgroep 'de subacute GGZ-cliënt' (hierna: de doelgroep genoemd). 'Subacuu' is geen officieel erkende groep cliënten en heeft geen vaste definitie. Hierdoor zijn er ook geen cijfers bekend en zijn er geen specifieke procedures voor deze doelgroep ingericht. Dit maakt het ook moeilijk om in te schatten wat zij precies nodig hebben. De eerste fase van het project bestaat daarom uit een actieonderzoek waarmee inzicht wordt verkregen in de doelgroep, de behoeften van de doelgroep en de knelpunten die spelen in en rondom de zorg voor deze doelgroep. De uitkomsten van dit actieonderzoek worden beschreven in deze rapportage. In de tweede fase van het project wordt gezamenlijk met de deelnemende partijen gekeken hoe de zorg rondom de doelgroep beter georganiseerd kan worden, waarbij deze rapportage als uitgangspunt dient.



# Methode van onderzoek

De eerste fase van het actieonderzoek had tot doel om meer grip te krijgen op en meer inzicht te verkrijgen in de doelgroep en in de obstakels waarmee de doelgroep te maken krijgt in het proces rondom zorg en ondersteuning. Daarom stonden in het actieonderzoek drie onderzoeksvragen centraal:

- 1.**  
Hoe kan de doelgroep 'de subacute GGZ-cliënt' worden omschreven?
- 2.**  
Wat is de behoefte van de doelgroep?
- 3.**  
Wat zijn de knelpunten in de organisatie van zorg voor de doelgroep?

We voerden kwalitatief onderzoek uit door middel van semigestructureerde interviews en focusgroepen met cliënten, huisartsen, praktijkondersteuners GGZ (POH-GGZ), GGZ-professionals, de crisisdienst, de huisartsenpost (HAP) en vertegenwoordigers van het pilotproject Zorg Coördinatiecentrum. Ook zijn er kwantitatieve registratiedata opgevraagd bij de betrokken organisaties om meer inzicht te krijgen in de omvang van de doelgroep van subacute zorgcliënten. Het verkregen materiaal bestaat uit aantallen en bevat geen cliëntgegevens. Vervolgens hebben we de interviews en focusgroepen uitgewerkt, geanalyseerd en verwerkt in deze rapportage.

## 3 focusgroepen, 12 interviews

- Focusgroep cliënten/  
ervaringsdeskundigen (n=10)
- Focusgroep huisartsen (n=2)
- Focusgroep POH-GGZ (n=3)
- Interviews
  - Huisartsen (n=4)
  - POH-GGZ (n=3)
  - GGZ professionals (n=2)
  - Crisisdienst (n=1)
  - Huisartsenpost (n=1)
  - Pilot Zorg Coördinatiecentrum (n=1)



Uitkomsten deelvraag I

# Omschrijving van de doelgroep

---

Hoe kan de doelgroep 'de subacute GGZ-cliënt' worden omschreven?



Inhoud

# Omschrijving van de doelgroep

In elke focusgroep en elk interview vroegen we de deelnemers hoe zij de doelgroep zouden omschrijven. Daaruit kwam naar voren dat binnen de verschillende functiegroepen (bijvoorbeeld huisartsen en GGZ-professionals) en zelfs tussen individuen binnen een functiegroep, grote verschillen in kenmerken zichtbaar werden. Hiernaast en op de volgende pagina staat een aantal citaten.

De doelgroep Subacute GGZ blijkt een brede doelgroep te zijn waarin veel verschillende kenmerken worden genoemd die een subacute situatie of subacute GGZ-cliënt kunnen omschrijven. Om meer duidelijkheid te creëren in de beschrijving van de doelgroep, zijn we gestart met het categoriseren van kenmerken. In bijna alle interviews werd de doelgroep omschreven als personen die in het dagelijks leven te maken hebben met de genoemde categorieën.

**Ziektebeelden**

**Negatieve  
levensgebeurtenissen**

**Sociale determinanten**

**Plek in het zorgproces**

We hebben de deelnemers ook gevraagd naar achtergrondkenmerken zoals geslacht en leeftijd. Dit bleek moeilijk te beschrijven of niet relevant en deze informatie is daarom niet opgenomen in deze rapportage. Daarnaast waren er grote verschillen zichtbaar in de frequentie van contact met de huisartsen en POH-GGZ, variërend van één keer per dag tot twee keer per maand.

*“Voor iemand aan het begin van een levensontwrichtende situatie is nog steeds geen specialistische zorg gestart”*  
ervaringsdeskundige

*“Je twijfelt of een cliënt een gevaar is voor zichzelf/of de omgeving of niet”*  
zorgcoördinatiecentrum

*“Er heerst paniek, chaos. Cliënten weten niet wat ze moeten doen, vragen om steun en zoeken naar hulp”*  
POH

*“Er moet iets mee, dat hoeft niet nu, maar de wachtlijst duurt te lang”*  
huisarts

*“De mate van acuutheid hangt ook af hoe het steunsysteem is ingericht”*  
psychiater



## Ziektebeelden

De geïnterviewden omschrijven de doelgroep aan de hand van ziektebeelden

- Psychotisch;
- Depressiviteit – Suïcidale uitingen;
- Verslavingsproblematiek;
- ADHD/autisme (vaak in combinatie met andere problematiek);
- Eetstoornissen;
- PTSS;
- Angst om in oude problemen terug te vallen;
- Levenslange problemen;
- Combinatie van ziektebeelden;
- Ouderen worden niet als subacuut gezien
  - kunnen elders terecht bij geriater en specialist ouderengeneeskunde.

## Sociale determinanten

De geïnterviewden omschrijven de doelgroep aan de hand van sociale determinanten:

- Sociaal netwerk is enorm bepalend:
  - Vaak hebben mensen weinig tot geen netwerk;
  - Gezinssituatie van belang – alleen vs. kinderen.

## Negatieve levensgebeurtenissen

De geïnterviewden omschrijven de doelgroep aan de hand van (opeenstapeling) van negatieve life events:

- Verlies of problemen met werk;
- Verlies partner;
- Relatieproblematiek;
- Financiële problematiek .

## Plek in het zorgproces

De geïnterviewden omschrijven de doelgroep aan de hand van de plek in het zorgproces:

- Op de wachtlijst voor specialistische GGZ (sGGZ)
  - Overbrugging bij POH-GGZ en/of huisarts;
- Er vindt een crisisbeoordeling plaats maar er blijkt toch geen sprake te zijn van crisis;
- Net terugverwezen van sGGZ;
- Eerder behandeling gehad in de sGGZ, denk aan de chronische GGZ-cliënten.

*“Nog niet acuut genoeg om problemen voor zijn omgeving te leveren”*

ervaringsdeskundige

*“Zorg waarbij de zorgbehoefte in korte tijd kan escaleren”*

psychiater

*“Mensen met voorgeschiedenis - hoe vaker het is gebeurd, hoe sneller het kan escaleren”*

huisarts

*“Geen sociaal vangnet om over problemen thuis te praten”*

ervaringsdeskundige



# Van kenmerken naar persona's

Om grip te krijgen op de doelgroep van het project code Oranje hebben we op basis van interviews en de categorisering in kenmerken een aanzet voor persona's ontwikkeld. De nadruk ligt daarbij vooral op het onderscheid in (overgang naar) de kleuren groen, oranje en rood. Of anders gezegd, niet-acuut, subacuut en acuut. De persona's zijn vooral bedoeld als ondersteuning bij het gesprek over de doelgroep. Het is nadrukkelijk niet de bedoeling om aan te zetten tot stereotypering.



## Knipperlichten (snel) Rood

- In en uit (crisis)zorg en opvang;
- Mensen met verward gedrag, stoppen medicatie, verslavingsproblematiek;
- (Mogelijk) gevaar voor zichzelf en omgeving;
- Geen netwerk, zijn niet (altijd) meer welkom bij zorgorganisaties.



## Mensen nog niet in beeld bij de GGZ Oranje - Rood

- Mensen zijn nog niet in beeld bij GGZ en kloppen (te) laat aan bij eerste episode;
- Komen voor burn-out maar er blijkt veel meer aan de hand denk aan trauma's en levensgebeurtenissen;
- Bij deze groep personen heerst vaak een gevoel van schaamte;
- Ze willen problematiek zelf oplossen of hebben (nog) geen ziekte-inzicht;
- Deze groep heeft doorgaans wel een sociaal netwerk.



## Chronische cliënten, blijven altijd in Oranje

- Persoonlijkheidsproblematiek, 'milde' suicidaliteit;
- Hebben soms wel zorg- en ondersteuning en soms niet;
- Altijd in oranje onafhankelijk van de wachtlijst, worden geen groen;
- "Nog niet acuut genoeg om problemen voor zijn/haar omgeving te leveren" – ervaringsdeskundige;
- Kunnen veel aandacht vragen in huisartsenpraktijk;
- Hebben wel of geen netwerk.



## Knipperlichten (langzaam) Groen - Oranje - Rood

- Depressiviteit, suicidaliteit, psychotisch, persoonlijkheidsstoornis, gebruiken medicatie;
- Bekend bij sGGZ, in en uit behandeling;
- Goed ziekte-inzicht, hebben angst voor terugval;
- Hebben vaak een netwerk.



## De niet crisisgevoelige sGGZ-patiënt Oranje - Groen

- Angst, somberheid, burn-out;
- Hebben sGGZ nodig, maar komen nooit in crisis;
- Geen gevaar voor zichzelf of omgeving;
- Klachten verergeren wel door wachtlijst sGGZ – druk op familieomstandigheden en werk;
- "Voor mensen die niet in rode gebied komen is wachten vervelend en kwaliteit van leven neemt af, andere kosten door ziekteverzuim" – huisarts;
- Goed ziekte-inzicht en op zoek naar hulp;
- Goed sociaal netwerk.



## Geen subacute GGZ-cliënt Groen

- Horen in de basis GGZ (bGGZ), zijn niet crisisgevoelig;
- ADHD, rouw, enkelvoudige problematiek;
- Hebben een zoektocht naar diagnose, willen eigen gedrag beter kunnen duiden;
- Hebben een sociaal netwerk.





## Kwantitatieve data

We hebben kwantitatieve registratiedata opgevraagd bij een aantal betrokken organisaties om meer inzicht te krijgen in de omvang van de doelgroep van de subacute zorgcliënt. Deze data is afkomstig van de crisisdienst en van GGZ-aanbieder PsyQ.

### Data crisisdienst

In het schema zijn de aantallen U5-meldingen te zien binnen kantooruren en in de avond-, nacht- en weekenduren in de periode januari 2023 tot juni 2023. Een U5-melding houdt in dat de crisisdienst een persoon binnen 72 uur ziet via een subacute afspraak. Het betreft vaak mensen waarbij de verwijzer (meestal de huisarts) inschat dat de reguliere wachttijd niet kan worden afgewacht. Dit zou ook de verklaring kunnen zijn waarom het aantal U5-meldingen binnen kantooruren hoger ligt dan in de overige tijdsblokken.

Week/weekend	U5	% tov totaal U1-U5
Ma-Vr 00-08	18	7,1%
Ma-Vr 08-16	260	15,5%
Ma-Vr 16-24	52	7,4%
Za-Zo 00-08	2	2,1%
Za-Zo 08-16	23	7,5%
Za-Zo 16-24	19	7,0%
<b>Totale</b>	<b>374</b>	<b>11,3%</b>

### Data GGZ-aanbieder PsyQ over aanmelding spoedslot

De crisisdienst en het Centrale Aanmeldpunt van de ParnassiaGroep kunnen een persoon aanmelden voor een spoedslot bij PsyQ. Het idee van een spoedslot is dat er een versnelde intake plaatsvindt en de persoon zo nodig bovenaan de behandelwachttijd wordt geplaatst. Onderstaande tabel geeft het aantal aanmeldingen bij PsyQ voor een versnelde intake weer in de periode januari 2023- augustus 2023.

Totaal: 403 aanmeldingen	11,5 per week (afspraak is max 12)
36 aanmeldingen	Direct afgesloten (bijv. niet passend binnen PsyQ)
47 aanmeldingen	Gepland op een reguliere intake (bijv. geen spoed meer of cliënt bij IBT in zorg)
320 aanmeldingen	Versnelde intake

- Ongeveer 60% van de aanmeldingen die wel een versnelde intake krijgen worden daarna toch op een reguliere behandelwachttijd geplaatst omdat er geen sprake van spoed (meer) blijkt te zijn;
- In dat geval wordt er vaak samen met client een crisissignaleringsplan gemaakt (module telt 4-5 gesprekken);
- Ook krijgen ze een vast aanspreekpunt (coördinerend behandelaar) die ze in nood kunnen bellen.



Uitkomsten deelvraag II

# Behoeftte van de doelgroep

---

Wat is de behoefte van de doelgroep?



Inhoud

# Behoeften van de doelgroep

De tweede onderzoeksvraag gaat over de behoefte van de doelgroep. Waar zouden cliënten, die vallen binnen de doelgroep, in het zorgproces mee geholpen zijn? Deze vraag stelden we zowel aan cliënten en ervaringsdeskundigen als aan zorgprofessionals en de behoeften die worden benoemd werden door zowel cliënten als zorgprofessionals onderschreven. Inzicht in de behoefte van de doelgroep geeft houvast en sturing bij het implementeren van oplossingsrichtingen: draagt de voorgestelde oplossingsrichting bij aan de behoefte van de doelgroep?

## 1 Met stip op één: Luisterend oor, oprechte aandacht, gehoord worden.

- *“Er wordt over mij gepraat, maar niet met mij.”*  
– Ervaringsdeskundige
- *“Al is het maar een kort gesprek, het gaat erom dat ik mij gehoord voel.”* – Ervaringsdeskundige
- *“Gehoord voelen hangt samen met een persoon die de tijd voor je neemt, erkenning geeft aan je gevoelens, je het gevoel geeft dat je ergens terecht kan, zich aanpast aan jouw manier van spreken.”*  
– Ervaringsdeskundige

## 2 Laagdrempelig contact tijdens de wachttijd

- *“Als ik op een slechte dag een appje zou kunnen sturen naar een hulpverlener, dan is de spanning er van af dan ben je het even kwijt”* – Ervaringsdeskundige
- *“Acceptatie van de lange wachtlijsten, maar in de tussentijd wel behoefte aan het kwijt kunnen van hun verhaal zo nu en dan, dit kan kort, maar dit zou de wachttijd makkelijker maken”*  
– Ervaringsdeskundige

## 3 Ervaringsdeskundigheid

- *“Een ervaringsdeskundige snapt beter je situatie, je voelt je beter gehoord”* – Ervaringsdeskundige

## 4 Meer duidelijkheid over de wachttijd, niet van hot naar her worden gestuurd

- *“Maandenlang wachten op een intake, niet het juiste loket en dan terug”* – Huisarts
- *“Niet 6000 intakegesprekken en niet 100 keer hetzelfde verhaal”*  
– Huisarts

## 5 Behoeften in het proces van zorg, denk aan:

- Diagnose;
- Behandeling;
- Overbruggingszorg / tussentijdse oplossing;
- Weten waar praktische hulp (in het sociaal domein in de wijk); beschikbaar is, bijvoorbeeld bij schulden.

*“Al is het maar een kort gesprek, het gaat erom dat ik mij gehoord voel.”*

– Ervaringsdeskundige



Uitkomsten deelvraag III

# Knelpunten in zorg

---

Wat zijn de knelpunten in de organisatie van zorg voor de doelgroep?



Inhoud

# Knelpunten in zorg

De derde onderzoeksvraag gaat over de knelpunten in zorg en ondersteuning rond de doelgroep van de subacute zorgcliënt. Per domein en domeinoverstijgend zijn de knelpunten in kaart gebracht. Op de volgende pagina wordt dit overzicht visueel weergegeven en op de pagina's daarna worden de knelpunten uitgeschreven, waarbij vanuit de verschillende partijen ook wensen voor de toekomst worden benoemd.

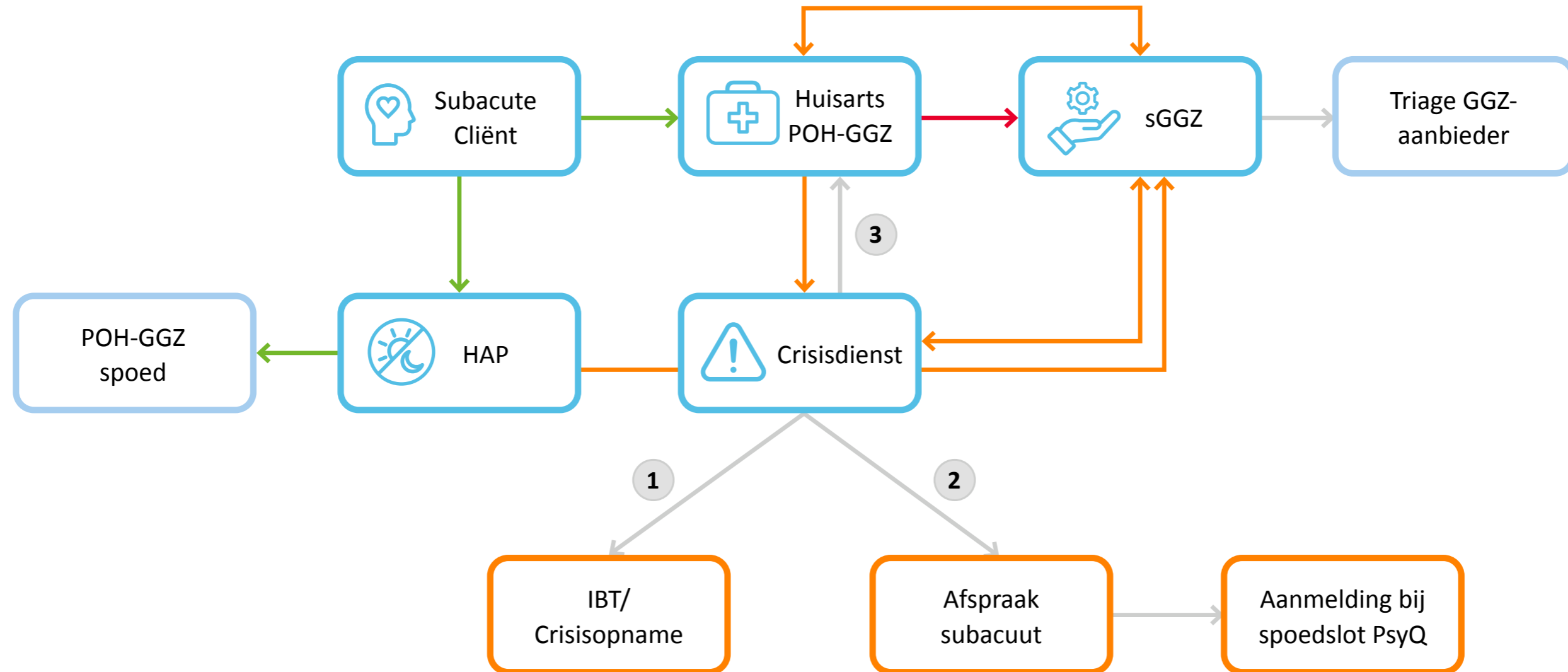
Logischerwijs komen in dit hoofdstuk ook knelpunten naar voren die niet alleen van toepassing zijn op de doelgroep van de subacute zorgcliënt, maar spelen in de gehele GGZ-keten. Denk bijvoorbeeld aan knelpunten over lange wachttijden en personeelstekorten. Voor de volledigheid is het totaal aan genoemde knelpunten wel meegenomen in deze rapportage.

In de tweede fase van het actieonderzoek zullen we ons vooral richten op de knelpunten waar we binnen het actieonderzoek en in relatie tot de doelgroep invloed op kunnen uitoefenen.



# Totaaloverzicht knelpunten

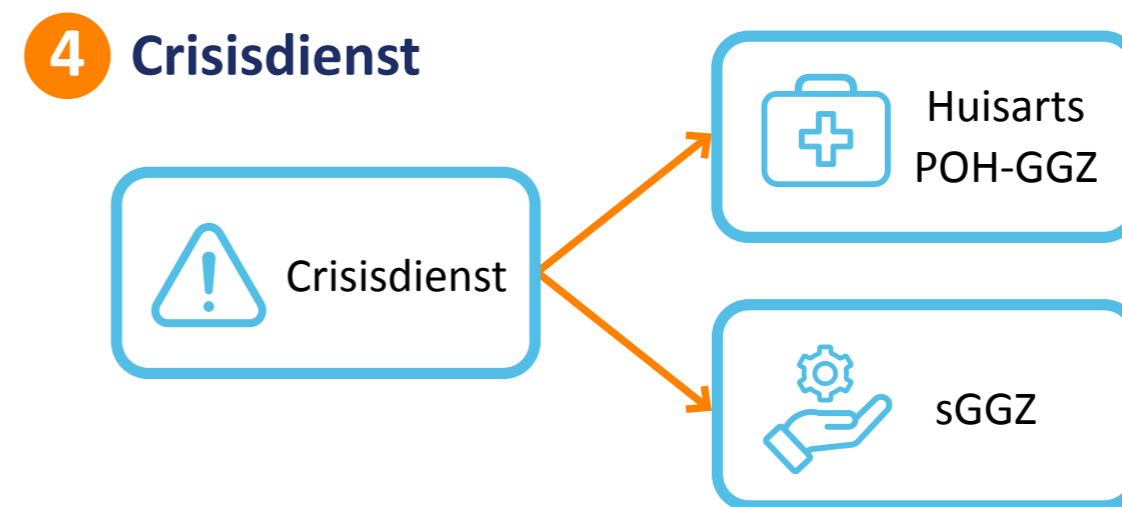
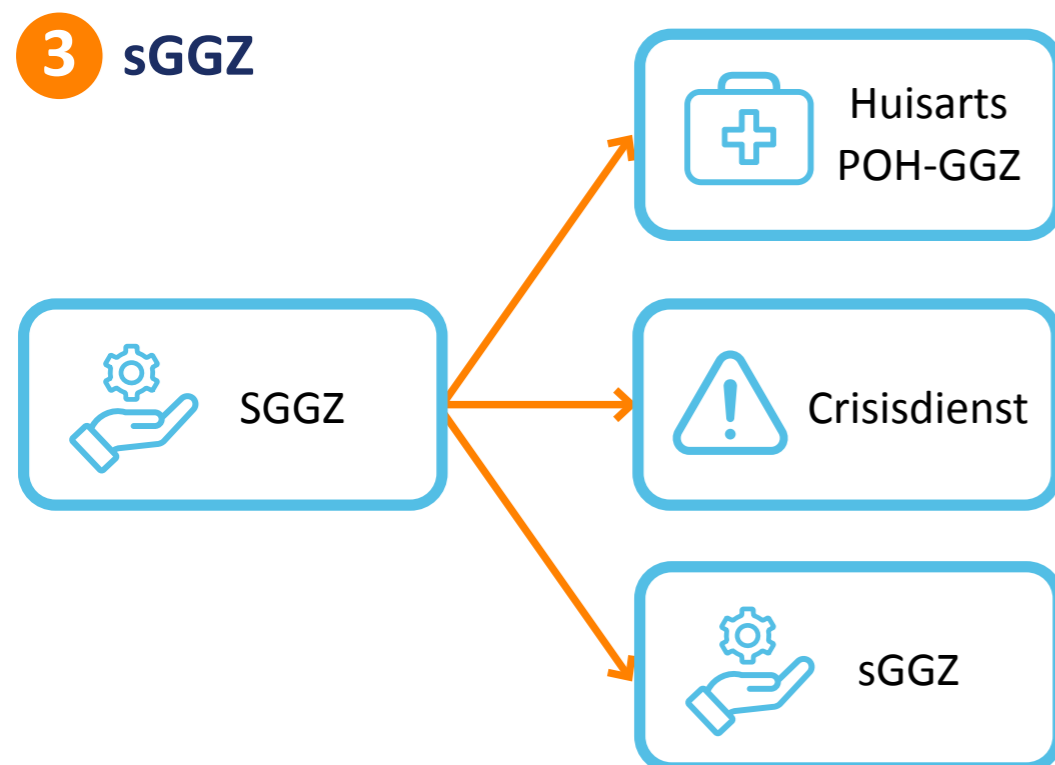
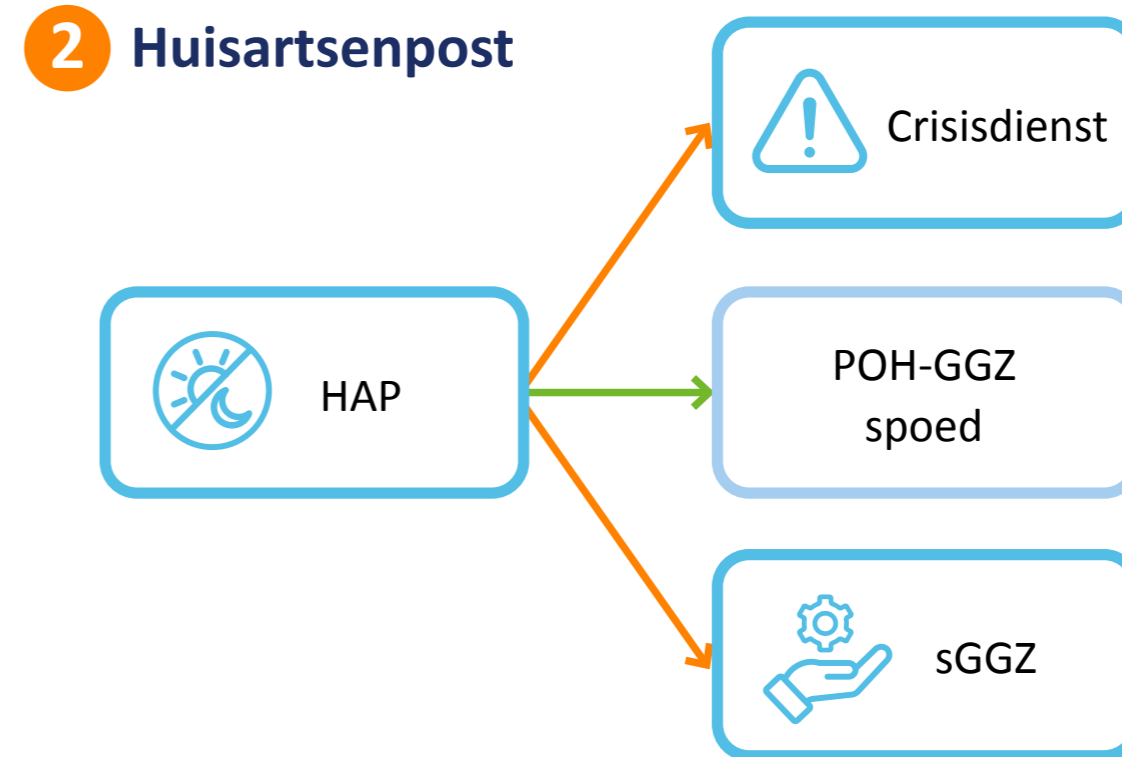
Onderstaand schema geeft visueel weer welke partijen/organisaties in het actieonderzoek zijn geïnterviewd. De kleuren van de lijnen maken inzichtelijk waar de grootste knelpunten ervaren worden. Daarbij is goed om te benoemen dat daar waar de meeste knelpunten naar voren komen ook de meeste personen zijn geïnterviewd. De nummering vanuit het blokje crisisdienst geeft een aantal mogelijkheden weer die de crisisdienst heeft bij een (sub)acute beoordeling.



Overzichten	Totaaloverzicht	Per domein
In overdracht en samenwerking worden geen grote knelpunten ervaren	<span style="color: green;">—</span>	✓
In overdracht en samenwerking zijn aandachtspunten/risico's te benoemen	<span style="color: orange;">—</span>	!
In overdracht en samenwerking worden grote knelpunten ervaren	<span style="color: red;">—</span>	✗

# Knelpunten uitgelicht

De knelpunten worden op de volgende pagina's steeds omschreven vanuit een van de partijen/organisaties en in relatie tot de partijen/organisaties waar zij in de dagelijkse praktijk veel mee van doen hebben.



# 1 Huisartsenpraktijk

De knelpunten zijn onderverdeeld in knelpunten op de huisartsenpraktijk, in relatie tot de sGGZ en in relatie tot de crisisdienst.

## Huisartsenpraktijk algemeen

- Eindverantwoordelijkheid voor de subacute GGZ-cliënt is gevoelsmatig een zware last voor de huisarts;
- De huisarts en POH-GGZ hebben onvoldoende expertise om adequate zorg aan deze doelgroep te kunnen bieden;
- Ook in de huisartsenpraktijk is er sprake van capaciteitsproblematiek, wachttijden voor de POH-GGZ lopen op en er is geen ruimte om cliënten uit de doelgroep regelmatig op te roepen voor een consult (ter overbrugging);
- Een dubbel consult om mogelijk een luisterend oor te bieden is niet eenvoudig te realiseren en niet de oplossing voor het probleem.

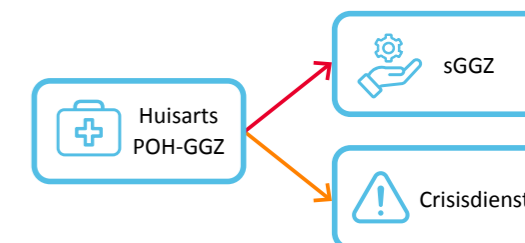
## In relatie tot crisisdienst

- Capaciteit van de crisisdienst is beperkt;
- Er heerst vaak onbegrip in de samenwerking tussen de crisisdienst en de huisarts;
- Als een cliënt niet voldoet aan aanmeldcriteria van de crisisdienst wordt de cliënt vaak enkel terugverwezen naar de huisarts;
- Crisisdienst en huisarts hanteren een andere definitie van acuut;
- Weinig vertrouwen in vraag huisarts als het gaat om uitsluiten van somatiek.

## In relatie tot GGZ

- **Over capaciteit**
  - Lange wachttijden;

- Onvoldoende mensen en tijd beschikbaar;
- Dubbele wachtlijsten (intake en behandeling) en afwijzing daartussen.
- **Over communicatie**
  - Onduidelijkheid over en onbekendheid met de behandelaar, dit heeft o.a. te maken met beperkingen rondom de AVG (tijdsintensief);
  - Onvoldoende communicatie over de cliënt en overbruggingsperiode;
  - Onjuiste informatie op zorgdomein;
  - Onduidelijkheid over medicatieplan bij terugverwijzing huisarts;
  - Ontbreken terugkoppeling van sGGZ naar huisarts tijdens behandeling (officieel 1x per jaar).
- **Over bereikbaarheid**
  - Ontbreken contactpersonen GGZ voor de cliënt. Daardoor cliënt veelal contact met huisarts over GGZ-gerelateerde vragen;
  - Cliënten met dubbeldiagnoses kunnen nergens terecht (hokjes denken);
  - Geen snelle consultatie mogelijk voor de huisarts, soms is geen behandeling mogelijk maar alleen advies medicatie + financiering voor de GGZ-consultatie;
  - GGZ instanties die geen vangnet hebben buiten kantooruren of niet zijn aangesloten bij een crisisdienst.
- **Over samenwerking**
  - Ontbreken van het willen en kunnen nemen van verantwoordelijkheid;
  - GGZ-aanbieders die de client na behandeling terugverwijst naar de huisarts voor een periodiek gesprek met de huisarts of POH-GGZ.





## 2 Huisartsenpost

De knelpunten zijn onderverdeeld in knelpunten op de huisartsenpost, in relatie tot de crisisdienst, de POH-GGZ Spoed en in relatie tot de sGGZ.

### Huisartsenpost algemeen

- De meeste escalaties vinden plaats buiten kantoortijden. Mensen voelen zich onthand en weten niet wie ze moeten bellen;
- Geen beschikking over juiste, actuele en volledige cliëntinformatie
  - Door ontbreken inzicht in het dossier is de behandelaar van cliënt moeilijk te achterhalen;
  - Het bieden van de juiste zorg neemt o.a. daardoor veel tijd in beslag;
- Het ontbreken van aandacht en richtlijnen voor subacute situaties;
- Ontbreken beoordelingsruimte (fysiek) op de huisartsenpost in het geval de crisisdienst komt beoordelen, dit kan soms uren duren;
- Onduidelijkheid over verantwoordelijkheid vervoer
  - *“Wie gaat een verward persoon vervoeren van de HAP naar de GGZ-instantie? Doet en psychiater dat, doet een ambulance dat of doet de politie dat?”*

### In relatie tot de crisisdienst

- Psychiaters werkzaam op de crisisdienst zijn slecht bereikbaar voor overleg;
- Medewerkers van de crisisdienst niet op de hoogte van afspraken (stroomschema) over verwijzing HAP naar crisisdienst, zoals afspraken uitsluiten somatiek;
- Een beoordeling van de crisisdienst van een cliënt op de HAP kan vaak uren duren, zonder dat er op de HAP ruimte om mogelijkheid is de cliënt te blijven opvangen.

### In relatie tot POH-GGZ Spoed

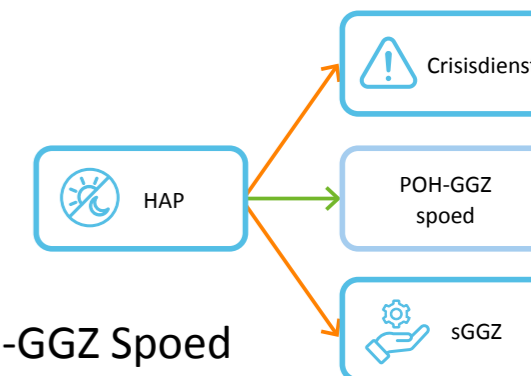
- Beperkte mogelijkheid tot inschakelen POH-GGZ Spoed (alleen in het weekend op bepaalde tijden);
- Financiering van de POH-GGZ Spoed, problematisch dat de HAP hiervoor moet betalen terwijl het gaat om GGZ cliënten.

### In relatie tot sGGZ

- Vanwege het ontbreken van opschalingsmogelijkheden bij kleinere GGZ-aanbieders wordt in crisissituaties vaak contact opgenomen met de HAP;
- Ontbreken laagdrempelige consultatiemogelijkheden.

### Wensen voor de toekomst

- Contactpersoon voor GGZ-cliënten buiten kantooruren, ook inzichtelijk voor de HAP;
- Standaard opstellen crisissignaleringsplan voor de cliënt, met daarin informatie over
  - Te nemen stappen bij escalatie;
  - Contactgegevens en personen bij escalatie;
- De HAP heeft standaard toegang tot het crisissignaleringsplan.



### 3 sGGZ

De knelpunten zijn onderverdeeld in knelpunten bij GGZ-aanbieders, in relatie tot de huisarts, in relatie tot de crisisdienst en GGZ-aanbieders onderling.

#### GGZ-aanbieders algemeen

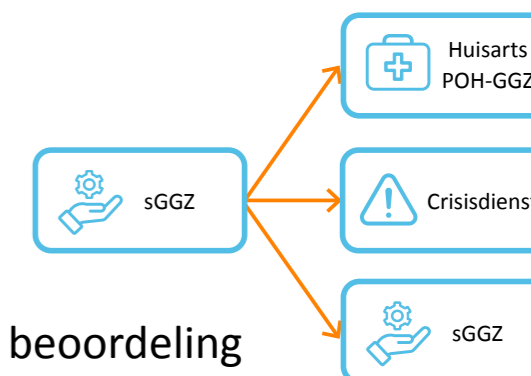
- Bij cliënten met meervoudige complexe problematiek spelen op meerdere vlakken knelpunten
  - Verspilling van tijd en geld om cliënten te behandelen die ook kampen met psychosociale problematiek wat eerst buiten de GGZ dient te worden behandeld;
  - Ontbreken indirecte tijd voor hulp bij het organiseren van die behandeling buiten de GGZ;
- Onvoldoende capaciteit voor behandeling cliënten met complexe meervoudige GGZ-problematiek;
- Ontbreken van opschalingsmogelijkheden van kleine GGZ-aanbieders bij (sub)acute situaties;
- GGZ-aanbieders hebben over het algemeen een groot aanbod in lichte problematiek en een klein aanbod in ernstige problematiek;
- Als maatschappij zijn we minder tolerant voor afwijkend gedrag.

#### In relatie tot huisarts

- Onvoldoende mogelijkheden om als psychiater sparringpartner voor de huisarts te kunnen zijn;
- Ontbreken capaciteit om overbruggingszorg voor de cliënt te organiseren. Om dit te ondervangen wordt cliënt terugverwezen naar de huisarts.

#### In relatie tot crisisdienst

- Weinig vertrouwen van de crisisdienst in de beoordeling en doorverwijzing van een psychiater bij een cliënt in crisis.



#### In relatie tot andere GGZ-aanbieders

- Wachlijsten bij doorverwijzing naar andere GGZ-aanbieder
- Onvoldoende samenwerking tussen GGZ-aanbieders onderling.

#### Wensen voor de toekomst

- Kijk of je in de toekomst in de subacute GGZ meer online kan doen
  - *Ik denk dat ik als psychiater via beeldbellen heel goed een inschatting kan maken van de suïcidaliteit of iemand psychotisch is;*
- Betere samenwerking met crisisdienst, terug kunnen vallen op opschalingmogelijkheid voor kleinere GGZ-aanbieders;
- Meer maatschappelijke ondersteuning op psychosociale problematiek, kijk of mensen met voorrang kunnen worden geholpen zodat GGZ-behandeling meer effectief is.

#### Initiatieven

- Pilot Zorg Coördinatiecentrum (ZCC): Multidisciplinaire triage om in een zo vroeg mogelijke fase de juiste zorg op de juiste plek en op het juiste moment voor elkaar te krijgen. De pilot hoopt te kunnen realiseren dat bij veelvoorkomende problematiek afspraken kunnen worden gemaakt over welke organisatie (crisisdienst of HAP) in welke situatie dient te worden ingeschakeld.



## 4 Crisisdienst

De knelpunten zijn onderverdeeld in knelpunten bij de crisisdienst, in relatie tot de huisarts, in relatie tot de sGGZ en de huisartsenpost.

### Crisisdienst algemeen

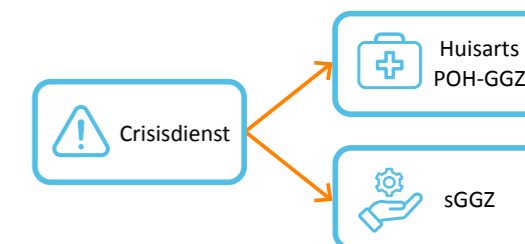
- De beoordeling van een acute situatie kan per verwijzer verschillen (eigen protocollen), hierdoor moet de crisisdienst vaak nee verkopen;
- De zorgvraag van de cliënt kan snel veranderen, spoed of crisis is daarom soms lastig inschatten;
- Het beeld dat je van cliënt krijgt bij beoordeling voldoet niet altijd aan de criteria voor opname, terwijl je ondertussen wel het gevoel hebt dat het niet goed met iemand gaat.

### In relatie tot huisarts

- Huisartsen ervaren veel moeilijkheden en frustratie in de samenwerking met de crisisdienst;
- *“De GGZ wordt als een soort entiteit gezien. Als een ondoordringbare jungle en degene die aan de telefoon is, is daar de belichaming van. Die is het centerpoint van frustratie en krijgt al die shit over zich heen. Dat is wat wij hier heel veel ervaren”.*

### In relatie tot sGGZ

- Voor de crisisdienst is het lastig doorverwijzen naar de GGZ (of het wijkteam) als er sprake is van milde suïcidaliteit. Dit terwijl de GGZ-aanbieders de juiste hulp en ondersteuning aan deze doelgroep zouden kunnen bieden, denk bijvoorbeeld aan een luisterend oor;
- GGZ-aanbieders die geen vangnet of opschalingsmogelijkheden hebben buiten kantooruren.



### Wensen voor de toekomst

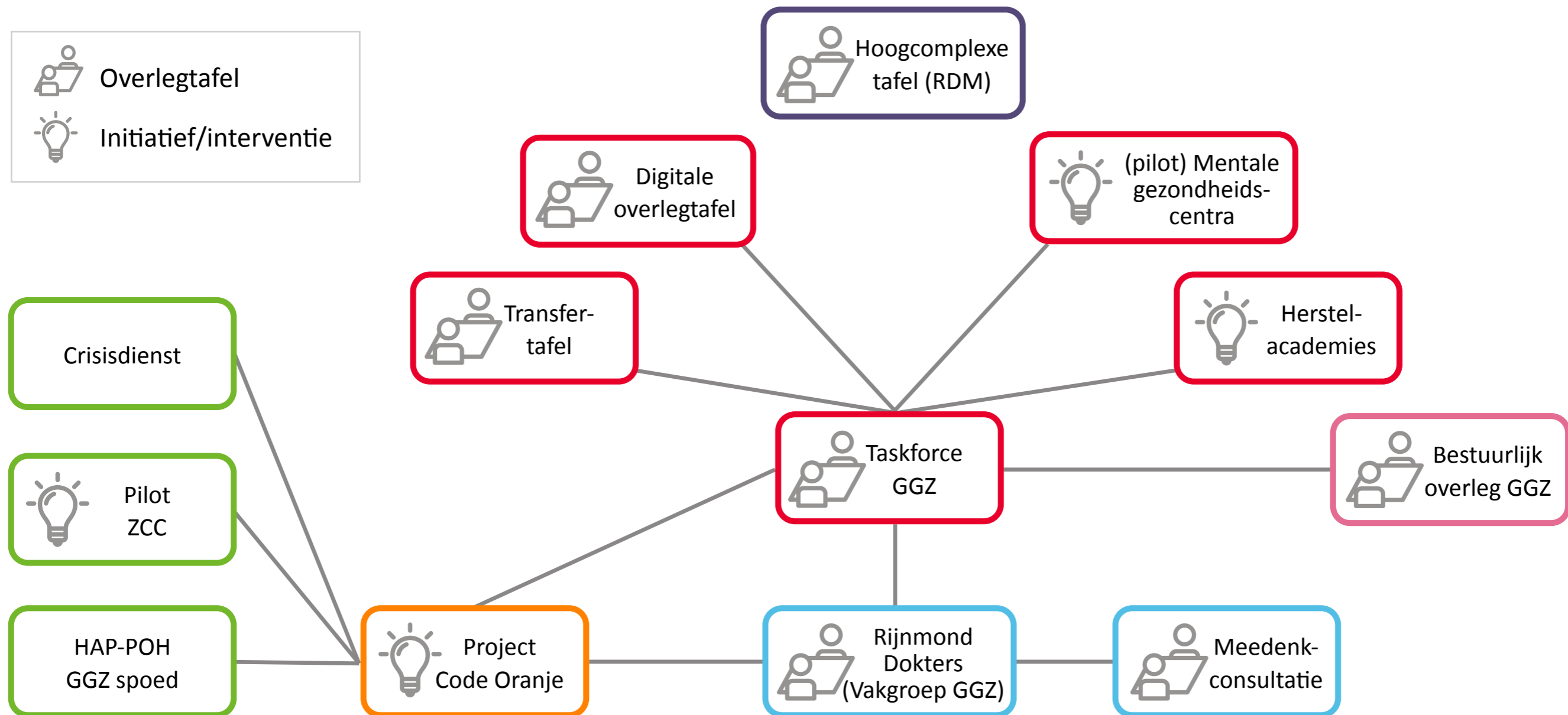
- Vroege inzet op preventie. Kinderen vroeg aanleren dat er dingen mis kunnen gaan in het leven;
- Uitwerken nieuw ijkpunt over wanneer en met welke klachten je contact kunt opnemen met de crisisdienst;
- Organiseren van holistische afdelingen;
- Meer concentratie op één plek, zoals Mentale Gezondheidscentra of de pilot Zorg Coördinatiecentrum;
- Een werkwijze waarbij de cliënt de leidraad is in plaats van ieder zijn eigen protocol;
- Meer kennis van suïcidaliteit, zodat het meer geaccepteerd wordt en minder eng wordt om behandeling te bieden.



# Overzicht tafels en initiatieven in de GGZ

Geen onderdeel van het actieonderzoek maar wel relevant voor de tweede fase van het actieonderzoek is inzicht in de verschillende overlegtafels en initiatieven in de GGZ (regio Rotterdam) actief zijn. Er bestaan al veel initiatieven en samenwerkingen waarvan de doelgroep en knelpunten kunnen overlappen met Code Oranje, de uitdaging is vooral om te zorgen voor versterking van samenhang en verbinding.

In onderstaand overzicht zijn GGZ-gerelateerde initiatieven en overlegtafels weergegeven die raken aan de doelgroep en het project Code Oranje.



# Conclusies

---



# Conclusies

## Omschrijving van de doelgroep

Er is geen eenduidige omschrijving van de doelgroep subacute GGZ-cliënt. De omschrijving van de doelgroep verschilt per functiegroep en individu en kan een opstapeling zijn van de diverse kenmerken zoals ziektebeeld, levensgebeurtenissen, inrichting van het steunsysteem en plek in het zorgproces. Deze diversiteit maakt het lastig om passende interventies en oplossingsrichtingen te organiseren: elke doelgroep heeft iets anders nodig.

## Behoeft van de doelgroep

De behoefte van de doelgroep komt helder naar voren: neem de tijd voor de cliënt, luister écht naar de cliënt en geef hem/haar een duidelijk perspectief wat er tijdens het wachten gebeurt. Bij het vormgeven van oplossingsrichtingen is het belangrijk om steeds te kijken hoe de oplossingsrichting bijdraagt aan de behoefte van de doelgroep.

## Knelpunten in zorg

Er is een grote diversiteit aan knelpunten zichtbaar. Sommige knelpunten lenen zich niet voor een vervolg in het actieonderzoek, andere knelpunten wel. Opvallend is dat 'vertrouwen' en 'geen gezamenlijke verantwoordelijkheid voelen' vanuit verschillende partijen wordt benoemd als knelpunt in de samenwerking. Dit geldt ook voor het niet nakomen van (regionale/landelijke) afspraken waardoor knelpunten ontstaan. Er bestaan al veel initiatieven en samenwerkingen waarvan de doelgroep en knelpunten kunnen overlappen met Code Oranje, de uitdaging is vooral om te zorgen voor versterking van samenhang en verbinding.

In de tweede fase van het project onderzoeken we met betrokken partijen welke vervolgstappen we kunnen zetten om de zorg voor de doelgroep van de subacute zorgcliënt beter te organiseren. Op grond van de uitkomsten van de rapportage zijn hierin verschillende vervolgrichtingen mogelijk. Denk bijvoorbeeld aan:

- Op regionaal niveau samenwerkingsafspraken versterken;
- Organiseren luisterend oor en laagdrempelig contact tijdens wachttijd;
- Samenhang organiseren in huidige initiatieven, met oog voor de subacute cliënt.

De projectgroep Code Oranje besluit hierover in het laatste kwartaal van 2023.



“Je gehoord voelen voelen hangt samen met een persoon die de tijd voor je neemt, erkenning geeft aan je gevoelens, je het gevoel geeft dat je ergens terecht kan, zich aanpast aan jouw manier van spreken.”

Deze publicatie is tot stand gekomen met financiering van ZonMw binnen het programma Praktijkgericht onderzoek in de GGZ: versterking van passende zorg in de eerstelijns GGZ



Betrokken adviseurs vanuit Samergo:

- Kimberly van der Wijk, adviseur i.o.
- Matine van Schie, senior adviseur
- Willemijn Looman, actieonderzoeker
- Meike Dobbelaar, actieonderzoeker en projectleider

Vormgeving rapportage:  
Saskia Geleedts



Samergo  
Marconistraat 16, etage 9  
3029 AK Rotterdam  
[www.samergo.nl](http://www.samergo.nl)