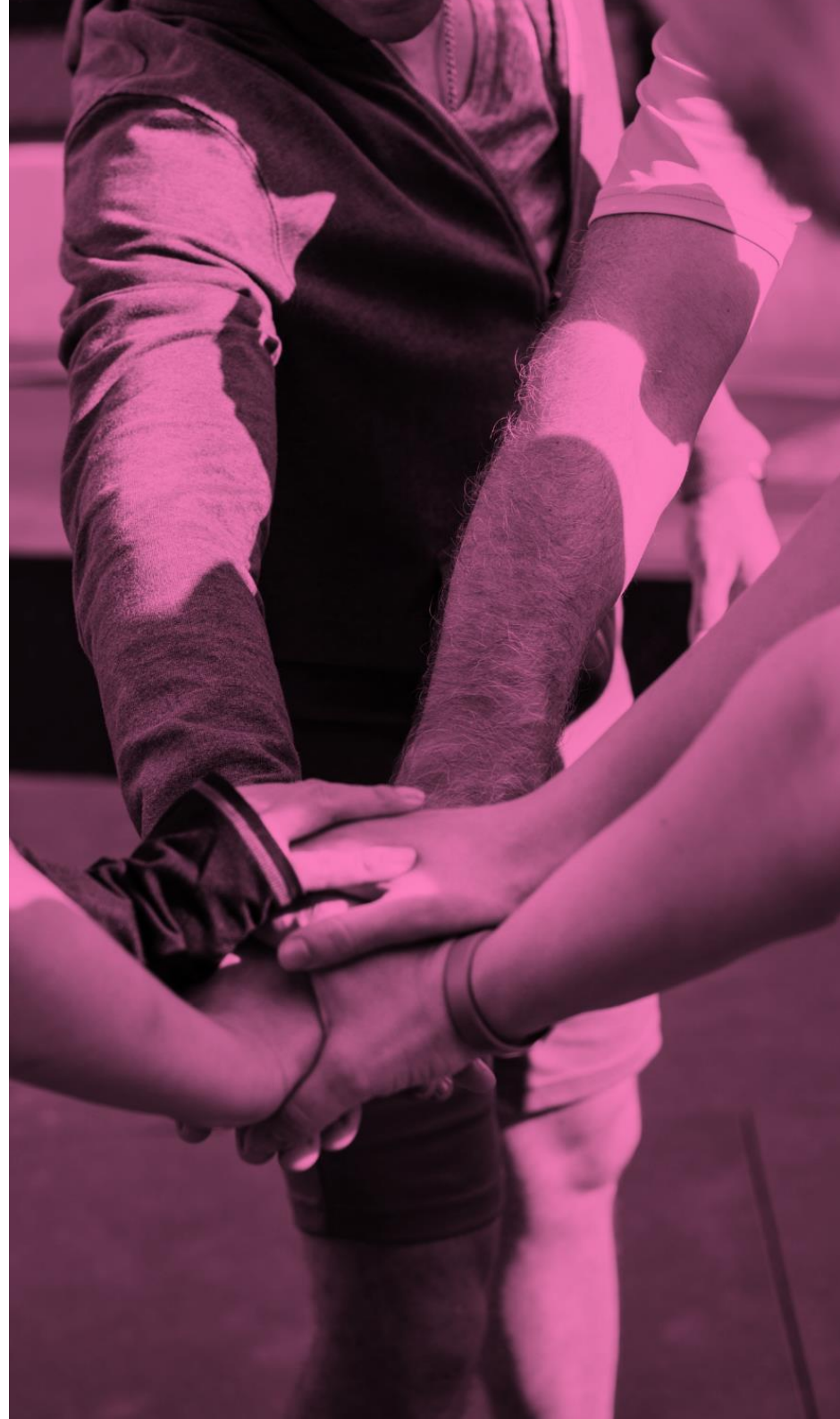


Handreiking

samenwerking HAP en Acute GGZ



INLEIDING

Beschikbaar maken van tijdig passende psychische hulpverlening voor iedereen die dit nodig heeft, is van groot belang. Tijdens de Avond-, Nacht- en Weekenddiensten (ANW) is een goede samenwerking tussen huisartsenposten (HAP) en de acute GGZ (crisisdiensten van een instelling voor Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ)) cruciaal. Voorliggende handreiking biedt handvatten en inspiratie om de samenwerking regionaal te verbeteren.

Belangrijk uitgangspunt van deze handreiking is de [Generieke Module Acute Psychiatrie](#) (afgekort GMAP).

Deze Generieke Module beschrijft onder andere dat er 24/7 een functie triage voor de acute GGZ gerealiseerd wordt in iedere regio. Iedere regio heeft dan per 2020 een triagist acute GGZ die beschikbaar is voor meldingen en consultatie van huisartsen, politie, meldkamer ambulancezorg en cliënten en naasten.

Het is belangrijk rekening te houden met de status van de genoemde module. De afspraak tussen GGZ Nederland en Zorgverzekeraars Nederland is dat de GMAP in 2020 ingevoerd wordt. In 2019 wordt een impactanalyse uitgevoerd naar de kosten en realiseerbaarheid van inzet van personeel. Vervolgens wordt voor de definitieve landelijke implementatie een gedegen implementatieplan opgesteld. In deze handreiking is al uit gegaan van de gestelde normen en uitgangspunten in de GMAP. Op grond van de impactanalyse kunnen er echter in het implementatieplan

nog andere uitvoeringskeuzes gemaakt worden.

In 2020 zal ook een nieuwe bekostiging van de acute GGZ worden ingevoerd, waarbij de beschikbaarheid van de crisisdienst wordt vergoed. Dit is randvoorwaarde voor de implementatie van de GMAP. Gekoppeld aan deze nieuwe bekostigingssystematiek zal er per regio acute GGZ (vastgestelde regio's) 1 regievoerder (GGZ crisisdienst) zijn die met andere aanbieders, maar ook met de stakeholders afspraken maakt over samenwerking in de keten acute GGZ. Deze afspraken worden beschreven in een regioplan, welke ook wordt besproken met de zorgverzekeraars.

LEESWIJZER

Deze handreiking kwam tot stand met input van vertegenwoordigers namens cliënten, professionals werkzaam op de HAP en professionals werkzaam in de acute GGZ. De voorbeelden die worden genoemd zijn bedoeld ter inspiratie (en hebben niet de intentie om volledig en uitputtend te zijn).

Op de volgende pagina is een processchema opgenomen hoe de samenwerking tussen de HAP en de acute GGZ te organiseren is. Op de daarna volgende pagina's lichten we onderdelen van het processchema toe.

Dit processchema is geen blauwdruk voor de samenwerking. Het biedt houvast en een leidraad voor het gesprek dat per regio tussen HAP en GGZ-instelling(en) gevoerd moet worden om de samenwerking in te passen in de couleure locale. Op de pagina's 10 - 13 geven we tips hoe dit gesprek te voeren.



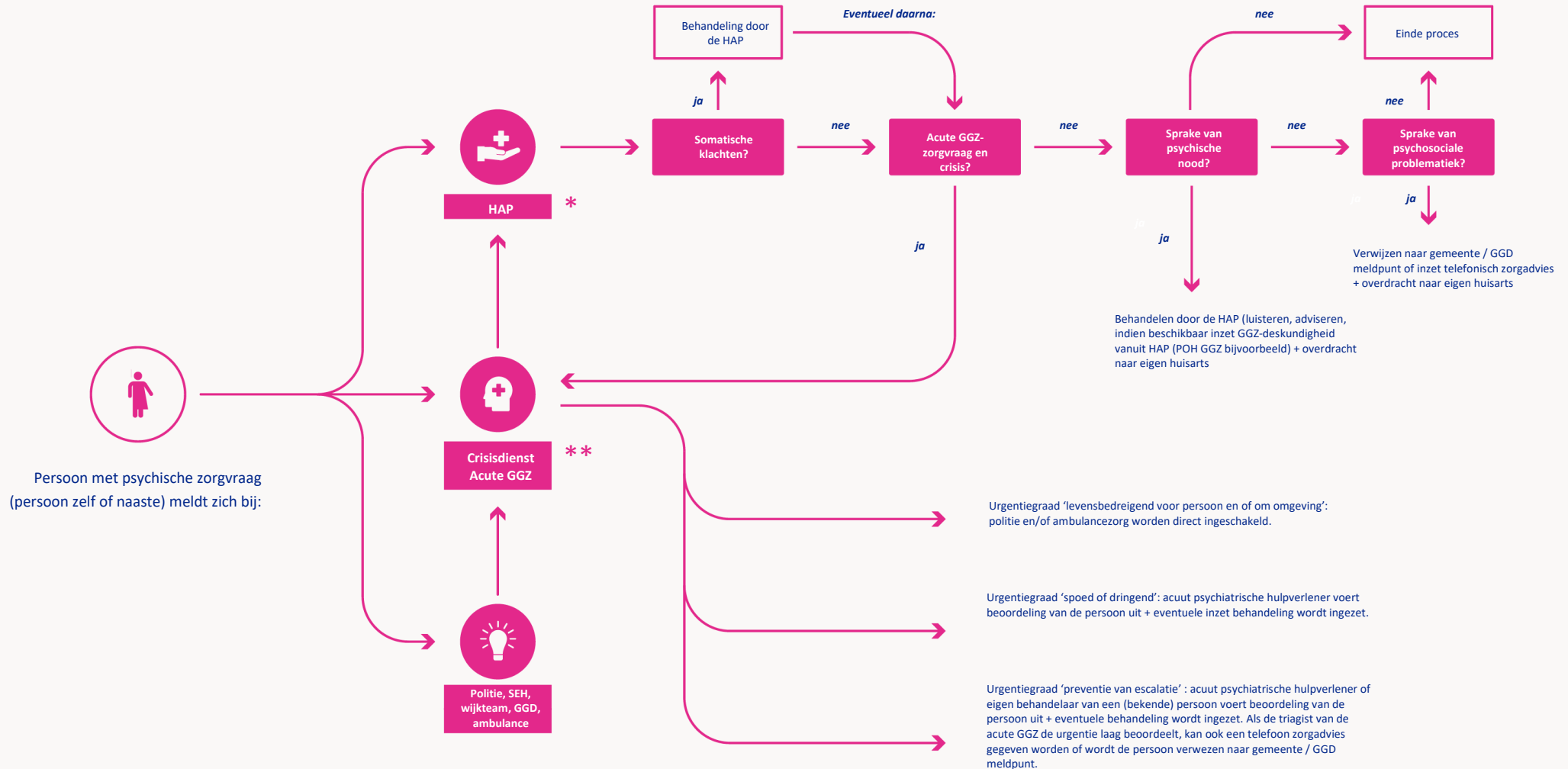
PROCESSHEMA

mensen met een zorgvraag op psychisch gebied tijdens de Avond-, Nacht- en Weekenddiensten (ANW)

Gebaseerd op Generiek Module Acute Psychiatrie

Toekomstige situatie

- Het processchema toont de toekomstige situatie
- 2019 overgangsjaar, 2020 invoering



* bereikbaar tijdens ANW, inzet Nederlandse Triage Standaard (NTS) door de triagist op de HAP

** bereikbaar tijdens ANW, Inzet Triagewijzer GGZ. Op basis van de Triagewijzer en het professioneel oordeel wordt de vervolgactie en bijbehorende urgentiegraad bepaald door de triagist acute GGZ

UITLEG PROCESSEMA

Wat verstaan we onder een ‘acute GGZ zorgvraag’ of ‘psychische nood’?

Een ‘acute GGZ zorgvraag’ betekent urgentie bij wie snel ingrijpen door GGZ-crisisdienst/specialistische GGZ nodig is: de cliënt bevindt zich in een crisissituatie waarvan het vermoeden bestaat dat er sprake is van een acute psychiatrische stoornis en bij wie snel (medisch) ingrijpen noodzakelijk is.

Bij ‘psychische nood’ is sprake van mentaal lijden waarbij begeleiding en zorg nodig is die niet kan wachten tot de volgende werkdag bij de eigen huisartsenpraktijk. Er is in deze gevallen geen behandeling door een GGZ-instelling noodzakelijk.

Hoe consultatie en advies inrichten bij het bepalen of er sprake is van een ‘acute GGZ zorgvraag’ of ‘psychische nood’?

De HAP of de HAP-triagist hanteert de NTS-triagewijzer. Ook kan de HAP-triagist advies of ondersteuning vragen door:

- Consulteren van de acute GGZ (crisisdienst);
- Consulteren psychiater;
- Consulteren of inzet ervaren POH-GGZ (op BIG-niveau opgeleid). Deze POH-GGZ neemt dan contact op met de cliënt en achterhaalt de situatie en zorgvraag (zie het voorbeeld Inpractica op de volgende pagina);
- Consulteren FACT, bijvoorbeeld via beeldbellen met het FACT-team* van een GGZ-instelling.

- Consulteren of inzet HAP-triagist die scholing op het gebied van de GGZ heeft gevolgd en deze triagist eventueel contact op laten nemen met de cliënt om de situatie en zorgvraag te achterhalen.

Deze opsomming zijn opties – m.u.v. consultatie crisisdienst – die de HAP zelf of in samenwerking met de crisisdienst kan organiseren.

Als er een ‘acute GGZ zorgvraag’ wordt geconstateerd, wat dan te doen?

In het geval van een ‘acute GGZ zorgvraag’ belt de HAP met de GGZ-triagist van de crisisdienst van de GGZ-instelling over de verwijzing. Ook vindt afstemming plaats over de overdracht van de cliënt. De HAP informeert de cliënt over de volgende stappen.

Als er een ‘psychische nood’ vraag wordt geconstateerd, wat dan te doen?

In het geval van ‘psychische nood’ kunnen de volgende twee interventies plaatsvinden:

- De cliënt behandelen op de HAP (luisteren, adviseren, indien beschikbaar inzet GGZ deskundigheid vanuit HAP (zie voorbeelden op de volgende pagina) + overdracht naar eigen huisarts;
- De cliënt verwijzen naar of voorlichting geven over beschikbare gemeentelijke interventies** (denk aan maatschappelijk werk, sociale wijkteams) + overdracht naar eigen huisarts.

***FACT:** ‘Flexible Assertive Community Treatment’. Het is een werkwijze waarbij er vanuit een team van hulpverleners wijkgerichte ambulante behandeling en begeleiding worden geboden. Het FACT-team bestaat meestal uit: een psychiater, psycholoog, woonbegeleiders, verpleegkundig casemanagers, sociaal psychiatrisch verpleegkundigen, een ervaringsdeskundige, een trajectbegeleider en een maatschappelijk werker.

** **Gemeentelijke interventies:** gemeenten zijn bezig met het inrichten van een 24/7 gemeentelijk meldpunt en toeleiding naar zorg en of maatschappelijke ondersteuning. Vanuit dit meldpunt kan de persoon doorverwezen worden naar bemoeizorgteams (OGGZ) of naar het sociale wijkteam. Elke gemeente richt dit meldpunt op een andere manier in, soms is het gecombineerd met meldpunt acuut, soms met meldpunt Veilig Thuis en soms is het een meldpunt GGD (vangnet en advies). Ook niet alle gemeenten richten het 24/7 fysiek in, maar wel 1 punt is waar meldingen worden gehoord en de volgende dag worden opgepakt.

INSPIRATIE VOORBEELDEN



Inspiratievoorbeeld Crisis Interventie Team (CIT) (Tilburg)

Via het CIT is één telefoonnummer, 24/7, voor inwoners en professionals beschikbaar.

Het team bestaat uit professionals van Jeugdbescherming Brabant, Veilig Thuis, GGZ Breburg, Amarant Groep en Sterk Huis. Samen hebben ze alle expertise in huis om een goede beoordeling van de situatie te maken. Bij een crisissituatie wordt eerst gekeken of de veiligheid van kinderen en/of volwassenen acuut gevaar loopt. Als dit het geval is, gaat een medewerker van het CIT binnen 2 uur naar de betreffende locatie. Daar wordt eerst bekeken of de situatie kan worden opgelost met hulp uit het eigen netwerk, zodat betrokkenen in hun vertrouwde omgeving kunnen blijven. Als dat niet het geval is, schakelen zij de hulp in van een zorgorganisatie. Eerste doel is het terugbrengen van veiligheid en rust. Het CIT zorgt voor een goede overdracht naar reguliere hulp en blijft maximaal 10 werkdagen betrokken. Bij spoedeisende psychiatrische hulpverlening schakelt het CIT zo nodig de crisisdienst van de GGZ in. Loopt de veiligheid van kinderen of volwassenen geen acuut gevaar, dan krijgt de beller advies over de beste vervolgactie of wordt direct de noodzakelijk hulp geboden om de ervaren crisissituatie op te lossen.

Het **CIT** kan zo nodig snel ambulante hulp inzetten, waardoor zoveel mogelijk mensen in de thuishouding worden geholpen.

Zie <https://www.zorginregiohartvanbrabant.nl/jeugdhulp/crisishulp>.



Inspiratievoorbeeld POH-GGZ INPRACTICA

INPRACTICA biedt praktijkondersteuning GGZ aan door BIG-geregistreerde sociaal psychiatrisch verpleegkundigen (SPV) binnen verschillende huisartsenpraktijken in de regio Zuid-Kennemerland. INPRACTICA heeft een aanpak opgesteld waarin POH's-GGZ de huisartsenpost ondersteunen bij GGZ-hulpvragen. De afgelopen 3 jaar is deze aanpak uitgevoerd bij Stichting Spoedpost Zuid-Kennemerland, met spoedposten in Haarlem-Zuid en Haarlem-Noord. Zij werken hierbij samen met relevante zorgverleners in deze regio, zoals de crisisdiensten van GGZ-instelling inGeest en PsyQ, Parnassiagroep, en verslavingszorg Brijder in de gemeenten Haarlem en Velsen.

De POH-GGZ wordt binnen de HAP ingezet voor dringende eerstelijns psychosociale zorg die naar het oordeel van de regiearts niet uitgesteld kan worden tot de eigen huisartsenpraktijk weer bereikbaar is. Zij werkt door middel van beschikbaarheidsdienst op zaterdag, zondag en feestdagen van 10.00-20.00 uur. De dienstdoende POH-GGZ belt aan het begin van de dienst in bij de regieassistente.

Alle zorgvragen komen via triagisten binnen bij de regieassistente van de huisartsenpost die deze screent. Als er sprake is van een GGZ-zorgvraag die niet met urgentiecode U5 voor zelfzorgadvies afgehandeld kan worden, overlegt de assistente met de regiearts. Afhankelijk van de ingeschatte complexiteit van zorg wordt dan ingeschakeld; de GGZ crisisdienst, bij crisis of bij bestaande inschrijving bij GGZ-zorginstelling

inGeest of PsyQ Parnassia-groep, dan wel de POH-GGZ bij minder complexe zorgvragen die wel urgent zijn.

De POH-GGZ neemt door middel van telefonisch consult, visite of consult op de HAP het werk van de huisarts over; zij neemt de anamnese af, beoordeelt de cliënt en stelt verder beleid voor. Dit alles gebeurt in overleg met en onder de directe verantwoordelijkheid van de regiearts.

De verslaglegging wordt door de POH-GGZ in dezelfde dienst ingevoerd in het rapportagesysteem en wordt geautoriseerd door de regiearts. De bestaande afspraken van de spoedpost met de crisisdienst van GGZ inGeest en verslavingszorg Brijder worden gevolgd. Financiering van de inzet van POH-GGZ gebeurt door middel van vaste prijsafspraken en wordt betaald door de zorgverzekeraar.

De medewerkers van de HAP uitten zich positief over deze manier van spoedzorg. De inzet van POH-GGZ is voor hen een meerwaarde omdat het hun werkzaamheden verlicht en daarmee de werkdruk vermindert, en vanwege de kennisuitwisseling met de POH-GGZ over de casuïstiek en omgaan met verward gedrag. Door vroeger inzet van GGZ-hulp en meer beschikbare tijd om de hulpvraag te verhelderen biedt de POH-GGZ de cliënt voldoende aandacht en ondersteuning die beter aansluit bij de behoeften. Door vroegtijdig in de keten al de hulpvraag en problematiek van de cliënt goed in kaart te brengen en hem naar de juiste ketenzorgpartner toe te leiden, kan ergere problematiek en escalatie in verward gedrag voorkomen worden. Door te rapporteren in hetzelfde cliëntensysteem is de eigen huisarts direct op de hoogte.

Door inzet van de POH-GGZ wordt het eigen risico van de cliënt niet aangesproken, omdat de hulp door de POH-GGZ onder de huisartsenbesteding valt en de huisartsenbesteding is vrijgesteld van het eigen risico.

AANDACHTSPUNTEN



Aandachtspunten voor de communicatie vanuit de HAP en de acute GGZ (crisisdienst) met de cliënt en naaste(n) tijdens het triagemoment.

- Vanuit ervaringsdeskundigen en naasten wordt aangegeven dat het zoeken van contact met de HAP of de crisisdienst – en daarmee het vragen om hulp - ‘een stap’ is, waarvan het belangrijk is dat de triagist rekening houdt in bejegening en communicatie (taal). Het gevoel gehoord te worden én erkend te worden is belangrijk.
- Ervaringsdeskundigen benadrukken het belang van duidelijkheid over welke hulp of ondersteuning op welk moment geboden kan worden én ook welke ondersteuning niet geboden kan worden. Communiceer dat een persoon bijvoorbeeld binnen een kwartier wordt teruggebeld en waarborg dat deze maximale termijn behaald wordt.
- Vraag na of de cliënt beschikking heeft over een crisiskaart én of de cliënt in behandeling is bij de GGZ. Zie voor een voorbeeld van een crisiskaart: https://www.hulpkaart.nl/wp-content/uploads/2018/09/27841_Hulpkaart_voorbeeld.pdf



Aandachtspunten voor huisartsen én HAP

- Bij instabiele cliënten zorgt de eigen huisarts voor juiste informatie in de ‘professionele samenvatting’ die is in te zien

door de waarnemend huisarts op de HAP, met daarin opgenomen: de voorgeschiedenis, de medicatie, de laatste relevante contacten en indien aanwezig de crisiskaart of het crisisplan.

- Als de persoon met crisis op de HAP is geweest, dan:
 - Wordt de eigen huisarts bijvoorbeeld binnen 1 werkdag door de HAP geïnformeerd. Ook wordt de GGZ-instelling geïnformeerd.
 - Zorgt de eigen huisarts bijvoorbeeld binnen 3 werkdagen voor een follow-up met deze persoon.

Bovenstaande tijdspladen van 1 werkdag en 3 werkdagen zijn ter indicatie en betreffen geen vastgestelde normen. Maak regionaal afspraken over het aantal werkdagen dat regionaal als werkafpraak zal gaan gelden.



Aandachtspunten bij overdracht van een cliënt van de HAP aan de GGZ crisisdienst

- De triagist van de crisisdienst bepaalt op grond van de ontvangen informatie van de HAP en/of de cliënt volgens de gestandaardiseerde methodiek ([triagewijzer](#)) de urgentiegraad.

Dit houdt in dat de triagist van de crisisdienst bepaalt of en binnen welke tijd er een psychiatrische beoordeling gewenst is.

- De triagisten van de crisisdienst en de HAP erkennen elkaars professionele oordeel. Discussie over terechte of onterechte verwijzing vindt achteraf plaats.
- Na het bepalen van de urgentiegraad van de persoon in crisis en de bijbehorende maximale wachttijd, bepalen de triagisten van de crisisdienst en HAP in goed overleg met de cliënt of het veilig is om de persoon thuis te laten wachten op de crisisdienst.
- Als er sprake is van crisis: overdracht naar de crisisdienst GGZ. Maak concrete afspraken over de wijze van overdracht en periode tot overdracht (bijvoorbeeld tijdsduur voor overdracht en afspraken over wie verantwoordelijk is tijdens de periode tot overdracht plaatsvindt).



REGIONALE INRICHTING SAMENWERKINGS- AFSPRAKEN

Om het processchema uitvoerbaar te maken, is de regionale context van groot belang. Voer op regionaal niveau minimaal twee keer per jaar het gesprek met de relevante stakeholders (in elk geval GGZ en HAP, maar bijvoorbeeld ook SEH, politie en/of gemeente) om de samenwerking op maat voor de regionale context te maken.

Gespreksthema's voor het maken van regionale afspraken zijn:

- **Invulling en het maken van afspraken over de rol gericht op (basis)kennis van de GGZ op de HAP.** (Aanwezig in het team van triagisten HAP, op afroep beschikbaar, beschikbaar via consultatie met crisisdienst, beeldbellen -> zie ook de inspiratievoorbeelden).
- **Praktische informatie over HAP en crisisdienst acute GGZ**
Leg relevante telefoonnummers, adresgegevens van locaties, telefonische bereikbaarheid vast.
- Afspraken over het **vervoer van cliënten**:
 - Vervoer van cliënten van de HAP naar de crisisdienst van de acute GGZ.
 - Bij een huisbezoek door de HAP/huisarts: de GGZ-triagist en huisarts bepalen dan in goed overleg samen

met de persoon in crisis en naasten of het veilig is om persoon zonder aanwezigheid huisartsen veilig thuis te laten wachten tot crisisdienst komt. Als dat niet kan, dan dient gezocht te worden naar passend vervoer naar de beoordelingslocatie. De huisarts is tijdens de wachttijd op passend vervoer verantwoordelijk voor het toezicht op de veiligheid.

- Afspraken over **bereikbaarheid**. Wanneer de GGZ-triagist in gesprek is wanneer de huisarts/HAP belt, dan belt de GGZ-triagist z.s.m., maar in elk geval binnen bijvoorbeeld 5-15 minuten terug. Idem geldt dit wanneer een GGZ triagist contact opneemt met de huisarts.
- Afspraken over de **verantwoordelijkheid**. Wanneer de crisisdienst GGZ een crisisbeoordeling en -interventie uitvoert, neemt zij daarmee de medische verantwoordelijkheid (tijdelijk) over van de huisarts. De regiebehandelaar van de crisisdienst GGZ blijft verantwoordelijk tot er een overdracht naar de huisarts is geweest.
- Afspraken over **financiën**. Betrek hierbij het regioplan dat wordt opgesteld (zie inleiding).

- Afspraken over **communicatie van de beoogde lokale werkwijze**.
Leg vast wie de initiërende partij is als het gaat om het vastleggen van de afspraken, de frequentie en hoe deze worden gecommuniceerd.
- Afspraken over **overdracht van informatie** bijvoorbeeld:
 - Van HAP naar de crisisdienst GGZ: huisarts stelt met toestemming van persoon een 'professionele samenvatting' ter beschikking van de crisisdienst. In het acute moment wordt dit tevens mondeling overgedragen.
 - Wanneer crisisdienst (terug) verwijst naar huisarts/HAP: crisisdienst GGZ neemt contact op met huisarts/HAP en overlegt hoe overdracht plaats zal vinden (gezamenlijk consult, warme overdracht).
 - Tijdens overleg of in een brief wordt minimale informatie over x, y, z (beloop, medicatie, controle beleid, crisisplan, contactgegevens GGZ-aanbieder) overgedragen.



RANDVOORWAARDEN REGIONALE INRICHTING SAMENWERKINGS- AFSPRAKEN



Betrek ervaringsdeskundigen bij het maken van regionale afspraken

De ervaring leert dat het (blijven) betrekken van ervaringsdeskundigen bij de verdere ontwikkeling en lokale inbedding van de samenwerkingsafspraken waardevol is (zie voor het vinden van ervaringsdeskundigen in uw regio <https://wijzijnmind.nl/mind-atlas>).



Betrek gemeenten bij het maken van samenwerkingsafspraken

Zoals in het processchema is aangegeven is het verwijzen naar gemeentelijke interventies één van de mogelijkheden ten aanzien van vervolgacties (zie tekstkader op pagina 5). Betrek dan ook gemeenten bij het maken van regionale afspraken, informeer naar de beschikbare gemeentelijke interventies op dit terrein en de ontwikkelingen hierop.



Benoem een trekker / initiator

Het benoemen van een 'trekker' als initiërende partij voor het maken van samenwerkingsafspraken helpt. Deze trekker kan ook van 'buiten' (outsider zonder belangen) worden georganiseerd via Mind of lokale verenigingen.



Wens en urgentie om de samenwerking HAP en GGZ te verbeteren:

- Een proactieve houding van de betrokken partijen is cruciaal. Daarom is het voorafgaand aan het organiseren van afspraken van belang dat de wil, bij zowel de HAP als bij de GGZ-crisisdiensten, er is om een verbeterslag te maken in de samenwerking rond mensen met een zorgvraag op psychisch gebied tijdens de ANW-uren.
- Organiseer voldoende tijd om te investeren in de relatie, elkaar leren kennen, het ontwikkelen en monitoren van samenwerkingsafspraken.
- Benut de landelijke kennisuitwisseling. Via website van InEen of GGZ Nederland worden bijvoorbeeld goede voorbeelden van samenwerking verzameld en verspreid.



Ken elkaar

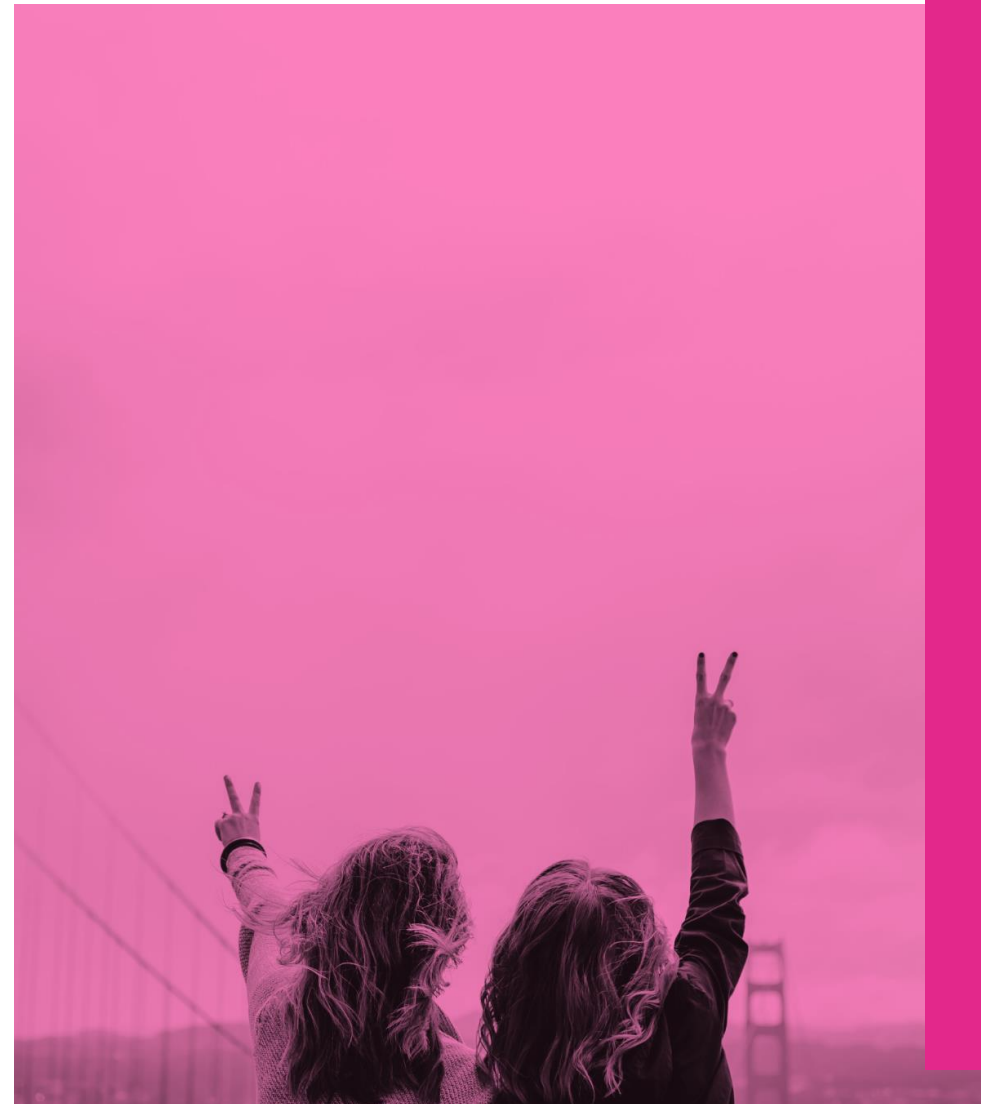
Kennisuitwisseling en elkaars processen én (on)mogelijkheden kennen is randvoorwaardelijk om te komen tot een vruchtbare samenwerking. Dit is realiseerbaar door het organiseren van bijvoorbeeld:

- Landelijke bijeenkomsten / congressen (met accreditatiepunten)
- Regionale (reflectie)bijeenkomsten met professionals werkzaam in het ANW en 24/7 GGZ-veld: GGZ, HAP, SEH en politie, gericht op reflectie en samenwerking;
- Uitwisseling op de werkvloer: meelopen op een crisisdienst of HAP;
- Speeddatesessie voor professionals in het ANW en 24/7 GGZ-veld;
- Casuïstiekbijeenkomsten.



Zorg voor borging

Regionale samenwerkingsafspraken dienen geborgd te worden in het regioplan acute ggz (zie inleiding). Deze dienen vastgelegd te worden in een convenant of samenwerkingsplan, waarin de taken, verantwoordelijkheden en afspraken zijn vastgelegd. Zorg dat binnen de organisaties de taken en verantwoordelijkheden worden gecommuniceerd en worden geïnternaliseerd. Het structureel agenderen van de samenwerkingsafspraken (evaluatie/reflectiemoment) voor gezamenlijke overleggen draagt bij aan het internaliseren.



BIJLAGE: GENERIEKE MODULE ACUTE PSYCHIATRIE (1/2)

In de [generieke module Acute psychiatrie](#) is de samenwerking tussen de HAP en de acute GGZ beschreven. De taken en verantwoordelijkheden van zowel de huisarts als de GGZ zijn in onderstaande schema's samengevat.

Rol huisarts zoals beschreven in module



BIJLAGE: GENERIEKE MODULE ACUTE PSYCHIATRIE (2/2)

Rol **GGZ** zoals beschreven in module



<ul style="list-style-type: none">• Beschikbaarheid voor advies aan hulpverleners• Inspanningsverplichting om afgesproken zorg in crisisafspraken te leveren• Bekende ggz-patiënten: eigen regiebehandelaar verantwoordelijk binnen kantooruren	<ul style="list-style-type: none">• Eenduidigheid wie te bellen voor verwijzers in crisissituatie• Triage m.b.v. Triagewijzer GGZ• Verwijzer, persoon en naaste informeren over wachttijd en afspraken• Wachten op acute ggz zonder hulpverlener in onveilige situatie: samen zoeken naar oplossing• Tijdens wachttijd op acute ggz aanspreekpunt voor op- en afschaling van urgentie	<ul style="list-style-type: none">• Beoordeling uitgevoerd door SPV/verpleegkundig specialist samen met A(N)IOS (of psychiater)• Verwijzen naar SEH bij instabiele somatische toestand• Samenwerken verslavingszorg• Beoordelingslocatie 24/7	<ul style="list-style-type: none">• Behandeltraject door ggz of verwijzen naar de huisarts of gemeente / GGD meldfunctie
---	---	--	--

Colofon:

[InEen](#)

[GZZ Nederland](#)

[Mind](#)

Deze uitgave kwam tot stand door ondersteuning van
advies- en onderzoeksbureau [Significant](#)

 GGZNEDERLAND

 **ineen**
ERKENNEN DE ERSTE LIJN

 MI
ND wijzijnmind.nl