

Handreiking implementatie ANW-bereikbaarheid ggz bij niet acute vragen

April 2024



Inleiding

Samen werken aan het organiseren en verbeteren van de ANW bereikbaarheid voor niet-acute ggz vragen

Context

In het Integraal Zorgakkoord (hierna: IZA) is afgesproken dat betere bereikbaarheid van de ggz buiten kantooruren (ook: Avond, Nacht en Weekend; hierna: ANW) wordt georganiseerd voor niet-acute vragen met oog op betere patiëntenzorg, ter voorkoming van crises en ter ontlasting van de huisartsenspoedposten.

Dit heeft geresulteerd in een advies dat ziet op drie onderdelen:

1. Organisatie van preventieve ANW-bereikbaarheid door de ggz-aanbieders voor crisisgevoelige¹ patiënten
2. Vergroten van het handelingsperspectief op de HAP
3. Faciliteren van intercollegiaal overleg tussen de HAP en ggz in iedere regio

Het uitgangspunt hierbij is dat tijdige de-escalatie en ruggenspraak voor huisartsen leidt tot doelmatigere inzet zorgprofessionals.

Het advies van de landelijke werkgroep is in december 2023 vastgesteld door het Bestuurlijk Overleg IZA². Lees het advies in de [bijlage](#). Dit advies is voorliggend aan deze handreiking.

In de *Handreiking samenwerking HAP en Acute GGZ* van InEen, MIND en GGZ Nederland (nu: de Nederlandse ggz) uit 2019 staan meerdere goede voorbeelden en aanvullende, praktische informatie over het maken van onderlinge afspraken. In deze handreiking wordt meermaals naar dit document verwezen.

1. Binnen de context van dit advies definiëren wij 'crisisgevoelig' als 'patiënten met een ingevuld crisissignaleringsplan'.
2. Zie Integraal Zorgakkoord, onderdeel F.2; pagina 72 ([link](#))
3. O.b.v. NTS-urgentieclassificatie U3 tot en met U5 met ingangsklacht ICPC-hoofdstuk psychische problematiek ('P'). Dit zijn 5,91 contacten per 1.000 inwoners. Voor heel Nederland zijn dit 104.039 contacten per jaar, oftewel 285 contacten per dag en dus 2,7 contacten per HAP; uitgaande van 107 fysieke huisartsenspoedposten ("HAP"), verdeeld onder 52 huisartsdienststructuren

Voor welke regio's?

Op basis van landelijke Nivel data blijkt dat het per dag gemiddeld om 2,7 niet-acute ggz-vragen tijdens ANW-uren per huisartsenspoedpost (hierna: HAP) gaat³. Het aantal contacten per regio, per dag en per moment op de dag wisselt sterk. Regio's verschillen in de wijze waarop zij de ANW-bereikbaarheid ggz hebben vormgegeven, en in de mate waarin deze vragen als belastend worden ervaren door de HAP.

Deze handreiking is dan ook primair bedoeld voor die regio's, waar de druk op de HAP als gevolg van het aantal en/of aard van de niet-acute ggz-vragen tijdens ANW-uren als te groot c.q. belastend wordt ervaren.

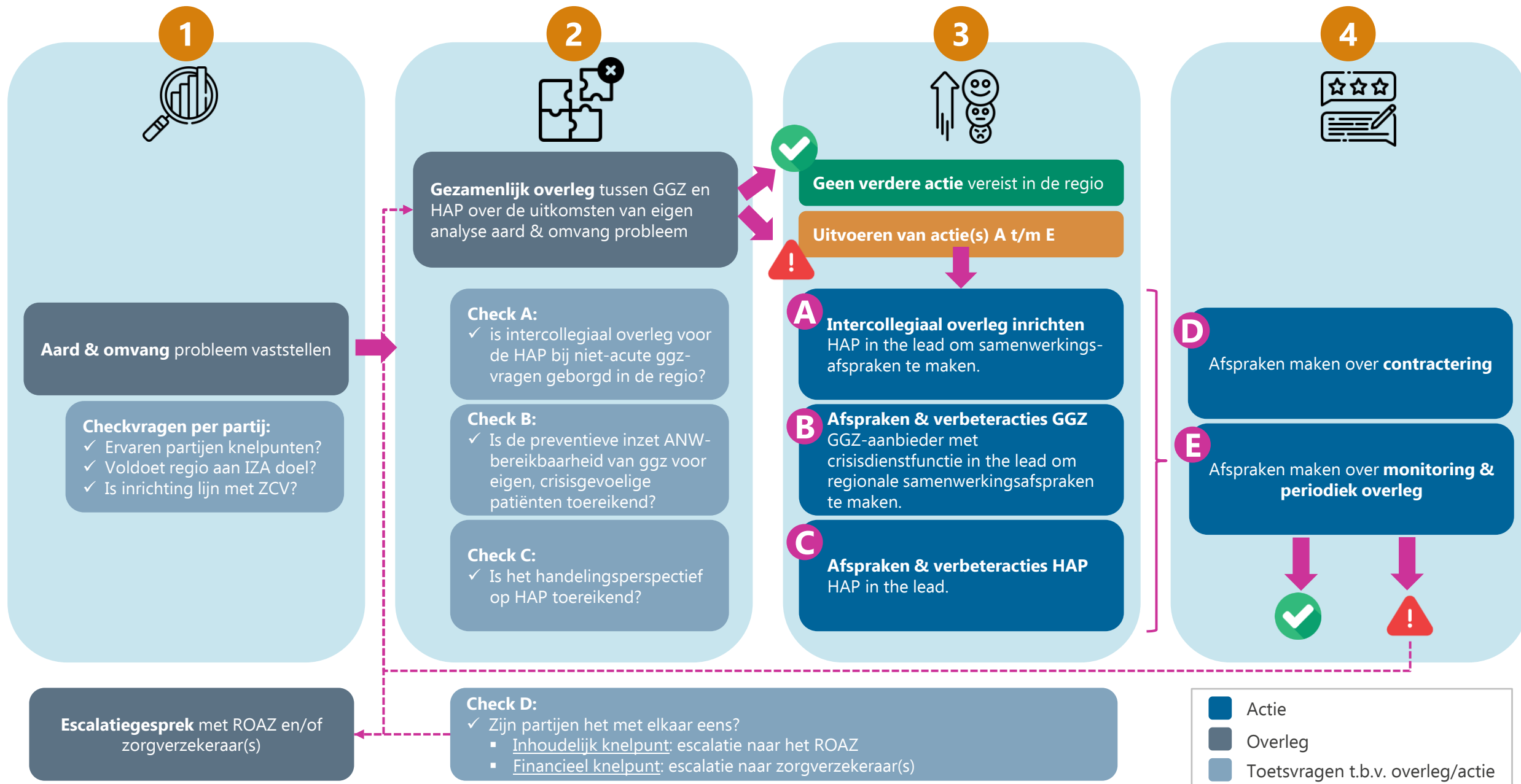
Hoe kunnen regionale partijen deze checklist gebruiken?

Op basis van deze handreiking kunnen ggz-aanbieders, huisartsenposten en zorgverzekeraars samen aan de slag. Deze handreiking is geen blauwdruk, maar biedt een kader voor regionale (samenwerkings-)afspraken. Daarbinnen kunnen partijen tot een passende invulling van de afspraken komen. In deze handreiking zijn de uitgangspunten voor (samenwerkings-)afspraken opgenomen, verwijzingen naar goede voorbeelden ter inspiratie, en de aandachtspunten per onderdeel.

Leeswijzer

Allereerst is een stappenplan op hoofdlijnen opgenomen, om in de regio tot een passende inrichting van de ANW bereikbaarheid niet-acute ggz te komen. Daarna worden deze stappen achtereenvolgens uitgewerkt.

Stappenplan optimaliseren ANW bereikbaarheid niet-acute ggz





1

Iedere partij bepaalt zelf de aard en omvang van het probleem rondan ANW-bereikbaarheid bij niet-acute vragen

Inventariseer of, en zo ja welke problemen de organisatie ervaart op dit gebied

Uit landelijke cijfers blijkt dat de aard en omvang van het probleem sterk verschilt per regio. Daarom is de eerste stap per partij vaststellen óf er een probleem wordt ervaren op dit vlak. Hieronder staan mogelijke vragen die iedere ggz-aanbieder of HAP zich kan stellen.

Vragen t.b.v. aard & omvang

1. Worden er knelpunten ervaren op dit vlak?

Hiervoor kan bij *ggz-aanbieders* input worden opgehaald bij:

- Eigen crisisdienst: ervaren jullie de huidige samenwerking met de HAP als problematisch? Is de hoeveelheid en/of de aard van de telefoontjes via de HAP problematisch? Is preventieve bereikbaarheid tijdens ANW-uren geregeld door de eigen ggz-instelling? En door andere regionale ggz-aanbieders? Hebben zij zicht op niet-acute te vragen van patiënten die bij andere ggz-aanbieders in zorg zijn? In hoeverre heeft dit invloed op hun werkzaamheden?
- Eigen behandelaren: ervaren zij problemen ten aanzien van (het niet beschikbaar zijn van) ANW-bereikbaarheid van de instelling bij niet-acute vragen? In welke mate raakt dit de werkzaamheden van de crisisdienst, van de HAP en de eigen behandeling onder kantoorlijden?

Hiervoor kan bij de *HAP* input worden opgehaald bij:

- Triagisten: ervaren zij voldoende tijd en handelingsperspectief om niet-acute telefoontjes over psychische problemen adequaat af te handelen? Zijn bellers al in zorg bij een ggz-aanbieder, zijn dit wachtenden, of bellen ze met 'nieuwe' klachten?
- Huisartsen: krijgen zij te maken met niet-acute ggz-gerelateerde vragen tijdens de ANW-dienst? In hoeverre kunnen deze vragen adequaat worden afgehandeld door de triagist c.q. huisarts?

Cijfermatige onderbouwing van de eventueel ervaren knelpunten is wenselijk, maar kent ook uitdagingen (zie *aandachtspunt hieronder*).

2. Is er behoefte aan betere bereikbaarheid van de ggz tijdens ANW-uren, ter voorkoming van crises en ter ontlasting van de huisartsenspoedposten?

Met deze vraag wordt antwoord gegeven op het –kernachtig samengevatte– doel, zoals verwoord in het Integraal Zorgakkoord.

- De volledige tekst uit het IZA is te vinden in het advies van de landelijke werkgroep (zie *bijlage*).
- Of de regio (lees: de ggz-aanbieders en de HAP-en) voldoet aan dit IZA-doel is aan de regionale partijen om gezamenlijk te bepalen in stap 2. Dit op basis van de antwoorden van alle betrokken partijen op deze vraag.

3. Is de inrichting van de ANW-bereikbaarheid in lijn de afspraken binnen het ZCV?

Indien de huidige afspraken over (preventieve) ANW-bereikbaarheid en intercollegiaal overleg in strijd zijn met de (tot stand te brengen) afspraken binnen het ZCV in de regio, is aanpassing vereist.

Aandachtspunt

- !
- Dataverzameling kan zowel voor de ggz-aanbieder als HAP lastig zijn:
- Niet alle niet-acute telefoontjes bij de ggz-crisisdienst worden (op uniforme wijze) vastgelegd.
 - De ICPC-classificatie van het P-hoofdstuk (psychische problematiek) bevat ook niet-relevante, aanpalende diagnoses, zoals geheugenstoornissen.



2

Regionale partijen delen hun bevindingen en bepalen of er actie vereist is t.a.v. ANW-bereikbaarheid bij niet-acute vragen

De mate van wederzijdse tevredenheid over de regionale samenwerking is het uitgangspunt voor de afspraken

Wanneer alle betrokken partijen stap 1 hebben doorlopen, bespreken zij de uitkomsten in een regionaal overleg. In dit gezamenlijke overleg bepalen zij of wordt voldaan aan de doelen in het IZA op dit punt. En zo niet, welke verbeteringen ten aanzien van de ANW-bereikbaarheid van de ggz bij niet-acute vragen in de regio vereist zijn.

Om een goed beeld te krijgen welke acties (niet) nodig zijn, is het zinvol om ieder geval de manager van de ggz-crisisdienst en de medisch manager van de HAP bij dit regionale overleg te betrekken.

De volgende vier vragen zijn behulpzaam bij het bepalen welke verbeteringen vereist zijn in de regio.

Check A: is intercollegiaal overleg over niet-acute ggz geborgd in de regio?

In het landelijk advies is opgenomen dat iedere HAP intercollegiaal overleg kan plegen met ggz-aanbieder(s) met een crisisdienstfunctie tijdens ANW-uren.

- ✓ Er is geen actie vereist als dit al mogelijk is in de regio, dit naar tevredenheid van alle partijen verloopt en aansluit bij de (ontwikkeling van de) afspraken ten aanzien van de regionale Zorgcoördinatievoorziening (ZCV).
- ! Als er nog geen mogelijkheid tot intercollegiaal overleg is en/of er zijn verbeterpunten mogelijk: zie [stap 3A](#).

Check B: is de preventieve inzet ANW-bereikbaarheid toereikend?

De preventieve bereikbaarheid van ggz-aanbieders tijdens ANW-uren voor hun eigen, crisisgevoelige patiënten verschilt sterk per regio en per aanbieder.

- ✓ Er is geen actie vereist indien geen van de partijen problemen ervaart op dit vlak.
- ! Wanneer de HAP en/of ggz-crisisdienst veel niet-acute vragen krijgen tijdens ANW-uren doordat één of meerdere ggz-aanbieders in de regio dit niet, of onvoldoende op orde hebben: zie [stap 3B](#).

Check C: is het handelingsperspectief op HAP toereikend?

De HAP is primair verantwoordelijk voor niet-acute ggz-vragen buiten kantooruren. Om deze vragen adequaat te kunnen behandelen, dient het handelingsperspectief toereikend te zijn.

- ✓ Er is geen actie vereist indien geen van de partijen problemen ervaart op dit vlak.
- ! Als de HAP en/of de ggz-aanbieder(s) met crisisdienst ervaren dat dit onvoldoende toereikend is: zie [stap 3C](#).

Check D: zijn partijen het met elkaar eens?

Of de preventieve bereikbaarheid tijdens ANW-uren dan wel het handelingsperspectief van de HAP voldoende toereikend is, is hoe dan ook een (gedeeltelijk) subjectieve vraag. Partijen kunnen hierover van mening verschillen. Daarnaast kan er een financieel knelpunt ontstaan, omdat er onvoldoende financiële middelen zijn, om bepaalde aanpassingen te doen.

- ! Bij inhoudelijke knelpunten is escalatie naar het ROAZ vereist
- ! Bij financiële knelpunten is (bij voorkeur) gezamenlijke escalatie naar de zorgverzekeraar(s) vereist; bij voorkeur met zowel de inkoper HDS (huisartsendienstenstructuur) als de inkoper GMAP (generieke module acute psychiatrie).

Deze escalatieroutes gelden ook voor knelpunten die naar voren komen uit stap 3.



3

A

Inrichten c.q. verbeteren van het intercollegiaal overleg tussen de HAP en ggz in de regio

In het landelijk advies is opgenomen dat iedere HAP intercollegiaal overleg kan plegen met ggz-aanbieder(s) met een crisisdienstfunctie tijdens ANW-uren¹. Wanneer uit overleg tussen GGZ-aanbieder en HAP(en) blijkt dat er verbeteringen gewenst zijn (stap 2), worden werkafspraken gemaakt o.b.v. onderstaande randvoorwaarden en uitgangspunten. Hierbij kan worden aangesloten bij de ontwikkeling van de Zorgcoördinatievoorziening (ZCV), die voorziet in samenwerking en afstemming rondom triage.

Hierbij gelden drie randvoorwaarden:

- Het is aan HAP en de ggz-aanbieder(s) met crisisdienstfunctie om de praktische inrichting van het intercollegiaal overleg vorm te geven;
- De inzet van ggz-professionals voor intercollegiaal overleg sluit waar mogelijk aan bij bestaande ANW-diensten van de ggz-aanbieder met crisisdienstfunctie²;
- De afspraken passen binnen de ontwikkelingen t.a.v. de ZCV in de betreffende regio³.

Uitgangspunten intercollegiaal overleg:

- Een HAP-professional kan via een centraal telefoonnummer een ggz-professional direct consulteren (beoordeling en/of advies over diagnose en behandeling van een patiënt);
- Indien gewenst kunnen regionale partijen ook aanvullende afspraken maken over direct contact tussen een huisarts op de HAP en (medische) ggz-professionals;
- Dit intercollegiaal overleg is altijd gericht op concreet handelingsperspectief voor de HAP professional. Streven is dat de HAP het merendeel van de niet-acute ggz-vragen zelf kan afhandelen o.b.v. de input uit het intercollegiaal overleg;
- Indien nodig en passend kan de HAP een patiënt na intercollegiaal overleg overdragen aan de ggz;

- Tijdens de ANW-dienst wordt geen discussie gevoerd over het al dan niet terecht aanvragen van intercollegiaal overleg c.q. het verzoek tot overdragen van een patiënt. Elk verzoek wordt gehonoreerd;
- Relevante casuïstiek wordt door beide partijen verzameld gedurende de ANW-diensten. Casuïstiek wordt niet tijdens de dienst besproken, maar alleen tijdens het periodieke overleg (zie [stap 4E](#));
- Binnen de HAP zijn voldoende waarborgen dat intercollegiaal overleg alleen wordt ingezet wanneer adequaat handelingsperspectief ontbreekt. Dit betekent o.a. dat, voordat intercollegiaal overleg wordt ingezet, interne afstemming tussen triagist en huisarts/regiearts plaatsvindt;
- Het advies is om een set concrete werkafspraken te maken, inclusief afspraken over hoe partijen deze periodiek evalueren.

Aandachtspunten

- ! Wanneer met één ggz-aanbieder afspraken worden gemaakt over intercollegiaal overleg, maar er wel meerdere ggz-aanbieders met crisisdienstfunctie actief zijn in het werkgebied en/of als de HAP actief is in een regio op de scheidslijn tussen twee crisisdienstregio's dient oog te zijn voor aanvullende afspraken over goed doorsturen, monitoren etc.
- ! Voor afspraken over contractering, zie [stap 4D](#). Voor afspraken over monitoring en periodiek overleg, zie [stap 4E](#).

1. Dit is in lijn met de in 2019 verschenen Handreiking samenwerking HAP en acute psychiatrie (InEen, MIND, GGZ Nederland)
2. Mocht dit niet passen; zie 'Contractering'.
3. Zie Implementatieplan zorgcoördinatie [\[link\]](#) en het daarop te baseren regionale ZCV implementatieplannen. Hierbij valt te denken aan afspraken over gegevensuitwisseling onderling en met de ZCV en inzicht in capaciteit.



3

B

Afspraken en verbeteracties t.b.v. versterken preventieve ANW bereikbaarheid van de ggz voor crisisgevoelige patiënten

Veel ggz-aanbieders hebben al ANW-bereikbaarheid geregeld voor hun crisisgevoelige patiënten, of hebben hun zorgproces zo ingericht dat ANW-bereikbaarheid voor deze groep niet nodig is. Grote aanbieders hebben vaak een telefoonnummer dat crisisgevoelige patiënten kunnen bellen. Als na overleg met de HAP('en) in de regio blijkt dat aanvullende ANW-bereikbaarheid voor eigen patiënten gewenst is (stap 2), maken aanbieders aan de hand van onderstaande punten regionale afspraken hierover.

Iedere ggz-aanbieder met een crisisdienstfunctie maakt afspraken tussen behandelaar en patiënt over het verstrekken van een telefoonnummer (wanneer telefoonnummer te ontvangen, wanneer te gebruiken, welke consequenties bij oneigenlijk gebruik, etc.). Deze bereikbaarheid heeft een preventieve werking: deze crisisgevoelige patiënten hoeven niet meer met de HAP te bellen.

De ggz-aanbieders in de regio maken onderling samenwerkingsafspraken over ANW-bereikbaarheid voor alle crisisgevoelige patiënten. Het advies is om de regionaal regievoerder acute ggz ook hierin de regie te geven, en uit te werken hoe deze samenwerking vorm krijgt, en welke voorwaarden er zijn. Uitgangspunt van de afspraken is wederkerigheid. In het advies de landelijke werkgroep genoemde opties zijn:

1. ggz-aanbieder zonder crisisdienstfunctie is zelf bereikbaar tijdens ANW-uren voor eigen crisisgevoelige patiënten;
2. De regionaal regievoerder acute ggz krijgt –bijvoorbeeld via onderlinge dienstverlening– een financiële bijdrage van andere ggz-aanbieders voor de 'achterwachtfunctie'. Daarbij kan de ggz-aanbieder zonder crisisdienstfunctie 'vooraanmeldingen' doen van crisisgevoelige patiënten.
3. Samenwerkingsafpraak waarbij de ggz-aanbieder zonder crisisdienstfunctie één of meerdere diensten meedraait in de crisisdienst;
4. Samenwerkingsafpraak waarbij de ggz-aanbieder zonder crisisdienstfunctie één of meerdere diensten meedraait in de ANW-bereikbaarheidsdienst.

De ggz-aanbieder met de crisisdienstfunctie neemt contact op met de HAP('en) en de ZCV binnen het werkgebied van de ggz-aanbieder om te delen welke regionale afspraken er zijn gemaakt. De afspraken worden schriftelijk vastgelegd. Zorgverzekeraars nemen dit bovendien als verplichting op in alle ggz-overeenkomsten.

Goede voorbeelden

- ✓ Zie Appendix 5 van het advies van de landelijke werkgroep (zie [bijlage](#)).
- ✓ De Nederlandse ggz beschikt over (contactgegevens van) goede voorbeelden.
- ✓ Partijen kunnen ervaringen ophalen bij regionale tafels rondom wachttijden c.q. transfertafels over passende, regionale afspraken
- ✓ De Nederlandse ggz heeft voorbeeldovereenkomsten voor alle type regionale afspraken tussen ggz-aanbieders.

Aandachtspunten

- ! Oog voor proportionaliteit van de oplossing
- ! Alle samenwerkingsafspraken moet doelmatig zijn en gefinancierd kunnen worden
- ! Kwaliteit van de crisissignaleringsplannen dient op orde te zijn om de ANW-bereikbaarheid goed uit te kunnen voeren.
- ! Borgen dat kleinere ggz-aanbieders ook ANW-bereikbaarheid voor crisisgevoelige patiënten organisatie; met oog voor proportionaliteit van de oplossing.
- ! Voorkom dat aanbieders geen crisisgevoelige patiënten meer in zorg nemen.
- ! Samenwerking biedt ook mogelijkheden voor ombuigen van wachtlijsten in de regio
- ! Houd rekening met juridische (on)mogelijkheden t.a.v. delen van patiëntgegevens rondom ANW-bereikbaarheid (o.a. toestemming patiënt en veilige data-uitwisseling)
- ! Voor afspraken over contractering, zie [stap 4D](#). Voor afspraken over monitoring en periodiek overleg, zie [stap 4E](#).



3

C

Afspraken en verbeteracties t.b.v. het vergroten van het handelingsperspectief op de HAP

Huisartsen zien veel patiënten met psychische klachten, en zijn over het algemeen uitstekend in staat om het merendeel zelf af te handelen. Wel is er regionale variëteit in aard en omvang van vragen. Het handelingsperspectief kan (daardoor) ook per HAP sterk verschillen. In regio's waar dat nodig is, verdient het aandacht het handelingsperspectief van de HAP voor psychische vragen te vergroten. De HAP is immers primair verantwoordelijk voor niet-acute ggz-vragen buiten kantooruren¹. Wanneer uit stap 2 blijkt dat het handelingsperspectief vergroot moet worden, zijn er verscheidene mogelijkheden.

Het is zinvol om eerst op inhoud te bepalen welke oplossingsrichting de voorkeur geniet. Hierbij kan de HAP gebruik maken van bestaande goede voorbeelden (zie hiernaast).

- Het is van belang na te vragen of een beller in behandeling is bij de GGZ en of er een crisissignaleringsplan is opgesteld; in dat geval is de betreffende ggz-aanbieder verantwoordelijk voor de ANW bereikbaarheid (zie 3B).
- Het vergroten van het handelingsperspectief kan ook gezamenlijk met meerdere HAP'en tegelijk worden opgepakt (al dan niet bovenregionaal).
 - Om vast te stellen of het handelingsperspectief bij niet-acute ggz-vragen een knelpunt vormt, wordt geadviseerd dat de HAP dit kwalitatief en kwantitatief onderzoekt bij triagisten en huisartsen. Hierbij is niet alleen het aantal telefoontjes van belang, maar ook de (ervaren) tijd die het kost om de melding af te handelen. Daarnaast is navraag bij het eigen management en de ggz-aanbieders met crisisdienstfunctie ten aanzien van het (ervaren) handelingsperspectief eveneens aan te raden.
 - Tijdens de periodieke evaluaties (zie monitoring en evaluatie) bespreken HAP en ggz met elkaar of, en zo ja, op welke vlakken het handelingsperspectief bij niet-acute ggz-vragen vergroot moet worden.

- Het vergroten van het handelingsperspectief bij niet-acute ggz-vragen hangt ook samen met het zorgvuldig doorlopen van de triage (o.a. correct uitvragen van somatische klachten en het goed afwerken van de triagelijst bij -vermoeden van- psychische problematiek).

Goede voorbeelden

InEen heeft meerdere, al geïmplementeerde voorbeelden beschikbaar²:

- ✓ Gemeentelijke interventies (integraal crisisteam voor patiënt én professionals uit de zorg en sociaal domein)
- ✓ (Virtueel) inzetten van ggz-deskundigheid op de HAP (soms "POH GGZ Spoed" genoemd)
- ✓ Consulteren of inzetten van een HAP-triagist die extra scholing op het gebied van de ggz heeft gevolgd.

In de Handreiking samenwerking HAP en Acute GGZ (2019) is te lezen dat het bieden van duidelijkheid over welke hulp of ondersteuning op welk moment wel en niet geboden kan worden bijdraagt aan het adequaat afhandelen van een niet-acute ggz-vraag.

Aandachtspunten

- ! Patiënten moeten duidelijk kunnen vertellen dat zij een crisissignaleringsplan hebben, en wat daar in staat.
- ! Oog voor proportionaliteit van de oplossing
- ! Voor afspraken over contractering, zie [stap 4D](#). Voor afspraken over monitoring en periodiek overleg, zie [stap 4E](#).

1. Zie 'verantwoordelijkheidsverdeling' in het landelijke advies(vragen uit het ICPC P-hoofdstuk met urgentieclassificatie U3 t/m U5 conform de NTS, zijn primair de verantwoordelijkheid van de HAP (hierop zijn uitzonderingen mogelijk; de drie componenten van ANW-bereikbaarheid van de ggz voorzien hierin) en [Handreiking samenwerking HAP en Acute GGZ](#) (2019) van de Nederlandse ggz (GGZ Nederland), InEen en MIND.
2. Onderstaande voorbeelden staan nader uitgewerkt in de [Handreiking samenwerking HAP en Acute GGZ](#) (2019) van de Nederlandse ggz (GGZ Nederland), InEen en MIND.



4

D

Afspraken maken over contractering

Contractering van regionale afspraken t.a.v. ANW-bereikbaarheid van de ggz vraagt regionaal maatwerk

Door de grote regionale verschillen op dit onderwerp zal de noodzaak en inhoud van de financiering en contractering per regio verschillen. De financiering moet dekking geven aan meer- en minderkosten bij het uitvoeren van deze afspraken.

Landelijke kaders

Gegeven de regionale variatie van het aantal niet-acute zorgvragen dat op de HAP binnenkomt en de variatie in de noodzaak en omvang van de aanvullende maatregelen, wordt de uitvoering van het advies en de handreiking niet afgedwongen via het algemene inkoopbeleid van zorgverzekeraars.

De IZA-afspraken over macrokostenbeheersing worden in acht genomen en er wordt gekeken naar de doelmatigheid en doeltreffendheid van de opties.

Regionale invulling

- Mochten de aanbieders in de regio vastgestelde problemen rondom de ANW-bereikbaarheid willen oplossen, is de verwachting dat zorgaanbieders eerst binnen de eigen bedrijfsvoering én binnen de context van bestaande afspraken met zorgverzekeraars zoeken naar (financiële) ruimte voor de uitvoering van de plannen.
- Mochten de aanbieders geen mogelijkheden zien om, binnen bestaande afspraken, de oplossingen voor regionaal ervaren problemen uit te kunnen voeren, zullen zorgverzekeraars (ggz- en HAP-inkopers) op verzoek van aanbieders hierover in gesprek gaan.
- Wanneer het de voorkeur heeft van de ggz-aanbieder om de contacten voor eigen crisisgevoelige patiënten en/of het intercollegiaal overleg met de HAP bij de triagist acute ggz (APH-triagist) onder te brengen, kan het effect hiervan in het lokaal overleg worden besproken. Waar nodig kan, met behulp van het landelijke rekenmodel voor het GMAP-budget, worden bepaald of bestaande capaciteit voldoende is. Een verzoek voor aanpassing van de capaciteit triagist wordt onderbouwd met behulp van de MDS-cijfers.

Bekostigingssystematiek van acties A t/m C (indien van toepassing in regio)

De NZa heeft vastgesteld dat de huidige bekostigingssystematiek de benodigde betaaltitels bevat om eventuele aanvullende benodigde financiering mogelijk te maken. Wanneer er na overleg met de zorgverzekeraars tot (aanvullende) contractafspraken wordt besloten (zie 'regionale invulling') zijn de volgende uitgangspunten van kracht.

- A** De NZa stelt dat intercollegiaal overleg tussen de HAP en ggz (zie 3A) indirecte tijd is. Dit leidt tot een lagere productiviteit en zit als zodanig verwerkt in de huidige bekostigingssystematiek; zowel voor de HAP als voor de ggz-aanbieder. Bekostiging hiervan moet worden ondervangen binnen de contractafspraken van de ggz-aanbieder respectievelijk de HAP (zie hiernaast c.q. hieronder).
- B** Voor de bekostiging van preventieve inzet van ANW-bereikbaarheid door ggz-aanbieders (zie 3B), onderscheidt de NZa twee mogelijkheden:
 1. Indien de bereikbaarheid *niet* wordt uitgevoerd door een crisisdienst, zijn reguliere ZPM-consulten en verblijfsdagen het meest logisch. Partijen kunnen hier afspraken over maken met de zorgverzekeraar. Een 'Zorglabel' toevoegen kan inzicht verschaffen.
 2. Indien de bereikbaarheid wordt uitgevoerd door een crisisdienst, kan dit via de budgetsystematiek GMAP verlopen. Bekostiging via de GMAP in plaats van het declareren van ZPM-consulten voorkomt dat er dubbele bekostiging plaatsvindt. binnen de ggz-crisisdienst. Qua administratieve lasten lijkt bekostiging via de GMAP het meest logisch. eenvoudig. MDS-cijfers en het landelijke rekenmodel worden gebruikt om de vereiste capaciteit vast te stellen (zie ook 'regionale invulling').
- C** De bekostiging van het vergroten van het handelingsperspectief op de HAP (zie 3C), past volgens de NZa binnen de bestaande bekostigingsparameters.



4

E

Afspraken maken over monitoring & periodiek overleg

Indien er regionale afspraken worden gemaakt, komen partijen onderling monitoringsafspraken overeen

De monitoring en het (evaluatie)overleg richten partijen regionaal in, binnen de context van de monitoringsafspraken die gemaakt zijn in het regionale ZCV-implementatieplan. Uitgangspunt hierbij is om zo min mogelijk extra registratie-eisen toe te voegen. Dit om de administratieve lasten voor zorgverleners te beperken.

Om het effect van de regionale samenwerkingsafspraken te kunnen meten, is het raadzaam om als HAP, ggz-aanbieder met crisisdienstfunctie en zorgverzekeraar gezamenlijk afspraken te maken welke parameters worden gemonitord en hoe de voortgang en het effect van de afspraken wordt vastgesteld. Dit kan door:

Een periodiek overleg van de inzet van het intercollegiaal overleg, op basis van feitelijke casuïstiek. De regievoerder acute ggz verzamelt samen met de HAP de casuïstiek. Immers, tijdens de dienst wordt er geen onderscheid gemaakt naar al dan niet 'juist' gebruik van het intercollegiaal overleg.

- Doel is om 'verschillen van inzicht' over de inzet van intercollegiaal overleg c.q. overdracht te bespreken én afspraken te maken om het aantal 'verschillen' in de toekomst te verlagen.
- Plan dit overleg minimaal 2x per jaar. De manager van de ggz-crisisdienst en een medisch manager van de HAP nemen in ieder geval deel aan dit overleg. Het aantal deelnemers kan naar eigen inzicht worden uitgebreid.
- Inzicht in- en effect van ANW-bereikbaarheid voor eigen, crisisgevoelige patiënten op het aantal vragen op de HAP. Oftewel: merken HAP en GGZ-aanbieder met crisisdienst dat de ANW-bereikbaarheid geborgd is, en zo niet, welke problemen (bij welke ggz-aanbieders) ervaren zij?;

Voer na 2 jaar (en dus na minimaal 4 periodieke overleggen) een evaluatie uit. Op basis van de uitkomsten van deze evaluatie worden de regionale afspraken zo nodig aangepast/geoptimaliseerd. Indien relevant kunnen deze uitkomsten ook onderwerp van gesprek zijn bij (inkoop)gesprekken tussen ggz-aanbieder c.q. HAP en de zorgverzekeraar.

Meet daarnaast de aard en omvang van de vragen periodiek, aan de hand van door de HAP vast te leggen parameters¹ :

- Aantal contacten waarbij intercollegiaal overleg is ingezet (incl. aparte registratie van aantal patiënten dat daarna is overgedragen aan de ggz);
- Aantal contacten waarbij de beller aangeeft op een wachtlijst te staan voor behandeling in de ggz;
- Aantal contacten waarbij intercollegiaal overleg is ingezet waarbij de beller in zorg was bij een ggz-aanbieder zonder ANW-bereikbaarheid (met crisissignaleringsplan);
- Andere informatie die ggz-aanbieder en HAP relevant vinden om te monitoren.

Het kan tevens waardevol zijn om de hieraan gelieerde processen, ook intern te evalueren. Te denken valt aan het triageproces op de HAP ([zie 3C](#)) en afstemming rondom ANW-bereikbaarheid voor crisisgevoelige patiënten bij ggz-aanbieders ([zie 3B](#)).

1. In aansluiting op de minimale dataset (MDS) van de GMAP, waarin meldingen/telefoontjes worden vastgelegd

Bijlage: Advies landelijke werkgroep ANW-bereikbaarheid ggz bij niet-acute vragen

d.d. december 2023



SAMENVATTING VOORKEURSMODEL LANDELIJKE WERKGROEP ANW-BEREIKBAARHEID GGZ

In het Integraal Zorgakkoord (hierna: IZA) zijn afspraken gemaakt over het beter organiseren van bereikbaarheid van de ggz buiten kantooruren. Deze notitie betreft een advies voor een voorkeursmodel van de landelijke werkgroep ANW-bereikbaarheid van de ggz bij niet-acute vragen. ***De landelijke werkgroep constateert dat de ggz en de HAP allebei een verantwoordelijkheid hebben in het verbeteren van de ANW-bereikbaarheid; beide partijen hebben afzonderlijk iets te doen, én in gezamenlijkheid.*** Dat resulteert in een voorkeursmodel bestaande uit drie componenten:

1. Verbeteren van de ANW-bereikbaarheid voor crisisgevoelige patiënten
2. Vergroten van het handelingsperspectief op de HAP
3. Faciliteren van intercollegiaal overleg tussen de HAP en ggz in iedere regio

Verantwoordelijkheidsverdeling voor ggz vragen tijdens ANW-uren

De Landelijke werkgroep komt – gebaseerd op de *urgentieclassificatie van de NTS*, zoals gehanteerd op de HAP – tot het volgende voorstel inzake de verantwoordelijkheidsverdeling tussen de GGZ en de HAP tijdens ANW-uren:

- U1 en U2: ggz crisisdienst (nadat somatiek is uitgesloten) en ambulancezorg
- U3 t/m U5: HAP (componenten 2 en 3 voorkeursmodel)
- Preventieve inzet ANW-bereikbaarheid voor eigen patiënten met een crisissignaleringsplan: ggz-aanbieder met crisisdienst (component 1 voorkeursmodel)

Component 1: Verbeteren ANW-bereikbaarheid voor crisisgevoelige ggz patiënten

In veel regio's is de ggz-aanbieder met crisisdienstfunctie (regionaal regievoerder acute psychiatrie) ook voor eigen, crisisgevoelige patiënten bereikbaar tijdens ANW-uren. Binnen de context van dit advies definiëren wij 'crisisgevoelig' als 'patiënten met een ingevuld crisissignaleringsplan'. Het is nodig deze bereikbaarheidsfunctie in alle regio's te garanderen. De exacte inrichting is aan de regio; wel gelden de volgende landelijke kaders:

- GGZ-aanbieders met een crisisdienstfunctie zijn verplicht bereikbaar te zijn voor crisisgevoelige patiënten die bij hen in zorg zijn. Alleen voor patiënten die bij hen in zorg zijn, is deze preventieve inzet effectief, vanwege inzet in het patiëntendossier en het crisissignaleringsplan.
- Alle ggz-aanbieders met crisisgevoelige patiënten in zorg (dus ook aanbieders zonder crisisdienstfunctie) zijn verplicht een bijdrage te leveren aan ANW bereikbaarheid; zelfstandig of via samenwerkingsafspraken met de regievoerder in de regio. Hoewel nog niet op haalbaarheid onderzocht, meent de landelijke werkgroep dat bindende afspraken over meedraaien in de crisisdienst door alle psychiaters het bereik van component 1 van het voorkeursmodel aanzienlijk kan vergroten.

Component 2: Vergroten van het handelingsperspectief op de HAP

Er is sprake van regionale variëteit in aard en omvang van vragen tijdens ANW uren en de wijze waarop regio's nu al invulling geven aan ANW bereikbaarheid. De landelijke werkgroep veronderstelt daardoor dat het handelingsperspectief per HAP ook verschilt. In regio's waar het nodig is dit handelingsperspectief – passend binnen het basisaanbod van de huisartsenzorg – te vergroten, is de HAP verplicht te investeren in GGZ-expertise op de HAP; De investering moet passend zijn bij het volume van het aantal vragen en benodigde deskundigheidsniveau. De exacte invulling is aan de HAP.

Component 3: Faciliteren van intercollegiaal overleg tussen de HAP en ggz in iedere regio

In de regio worden bindende afspraken gemaakt tussen HAP en ggz-aanbieder(s) over de wijze waarop zij het intercollegiaal overleg willen inrichten. Hierbij geldt dat bij onvoldoende adequaat handelingsperspectief van de HAP intercollegiaal overleg – na interne afstemming op de HAP tussen triagist en huisarts/regiearts – altijd mogelijk is. Dit overleg is gericht op concreet handelingsperspectief voor de HAP professionals. De uitkomst van het intercollegiaal overleg kan ook zijn dat de HAP een patiënt overdraagt aan de ggz; indien nodig en passend.

Randvoorwaarden

Om tot een succesvolle implementatie en uitvoering van het voorkeursmodel te komen zijn enkele randvoorwaarden benoemd:

- **Monitoring:** Uitgangspunt is om zo min mogelijk extra registratie toe te voegen. De (minimale) dataset bestaat uit: 1) Aantal telefoontjes waarvoor intercollegiaal overleg is ingezet (incl. aantal overdrachten ggz); 2) Zicht op 'verschil van inzicht' tussen HAP en ggz over (on)terecht overleg c.q. doorzetten. Tijdens de dienst worden geen discussies gevoerd over al dan niet terecht overleg c.q. overdragen. Evaluatie vindt achteraf plaats; 3) Afspraken over aard & frequentie evaluatie o.b.v. casuïstiek.
- **Bekostiging:** In deze verkenning is niet vastgesteld of en zo ja hoeveel extra capaciteit nodig is per regio. Als blijkt dat extra capaciteit nodig is, dan moet daar passende financiering voor komen. De werkgroep veronderstelt dat dit binnen de huidige bekostigingssystematiek mogelijk is. *(Bekostiging wordt in de volgende fase verder uitgewerkt door de NZa)*
- **Organisatie & implementatie:** er wordt rekening gehouden met een ingroeiperiode en aansluiting op afspraken inzake (nog te ontwikkelen) spoedpleinen en Zorgcoördinatievoorzieningen (ZCV).

Na besluitvorming in IZA-verband wordt e.e.a. verder uitgewerkt in de handreikingen voor contractering en implementatie.

1. Aanleiding

In september 2022 zijn afspraken gemaakt in het Integraal Zorgakkoord (hierna: IZA) over het organiseren van bereikbaarheid van de ggz buiten kantooruren (hierna ANW) voor betere patiëntenzorg, ter voorkoming van crisis en ter ontlasting van de huisartsenspoedposten (hierna: HAP)¹. In het IZA is het volgende afgesproken:

De regievoerder in de regio voor acute ggz (om aansluiting tussen niet-acute en acuut goed te bewaren) organiseert zorginhoudelijke bereikbaarheid in de ANW-uren voor bestaande patiënten (niet acuut) en hun naasten en nieuwe mensen met psychische klachten (via huisarts) in overleg/ samenwerking met de HAP.

Bij patiënten die in behandeling zijn bij de ggz instelling gaat het om de-escaleren en ondersteuning van de naasten. Bij personen met psychische klachten die niet bekend zijn (via huisarts of via meldpunt sociaal domein) gaat het om een vorm van ruggenspraak voor de huisarts of sociaal domein, eerste contact van patiënt met de ggz en de-escalatie van de problematiek.

Hierin zijn verschillende modellen mogelijk afhankelijk van organisatie en wensen in de regio. De zorginhoudelijke bereikbaarheid in ANW-uren wordt op een doelmatige en efficiënte wijze georganiseerd, aansluitend bij al bestaande infrastructuren (zoals de crisisdienst).

Er zijn verschillende manieren denkbaar om hier invulling aan te geven, afhankelijk van regionale verschillen en voorkeur.

Er is een landelijke werkgroep 'ANW-bereikbaarheid van de ggz bij niet-acute vragen' ingericht², die de opdracht kreeg te verkennen hoe deze bereikbaarheid kan worden ingericht, en te adviseren over een voorkeursmodel. De Nederlandse ggz is trekker van deze IZA-opgave. Tussen augustus en oktober heeft de landelijke werkgroep, onder begeleiding van adviesbureau Rebel³ modellen uitgewerkt. De modellen zijn voorgelegd en besproken in zogenaamde 'Red Team' sessies. Hieraan namen, naast vertegenwoordigers van de brancheverenigingen, ook medewerkers van huisartsenspoedposten, ggz-aanbieders, zorgverzekeraars en het ministerie van VWS deel. Het voorkeursmodel van de landelijke werkgroep komt voort uit de discussie in de twee interactieve Red Team sessies. De notitie is het resultaat van het gehele werkproces.

Leeswijzer

Deze notitie beschrijft de inhoudelijke uitwerking van het voorkeursmodel voor ANW-bereikbaarheid van de ggz bij niet-acute vragen. We beschrijven de aanleiding en de aard en omvang van het probleem. Hierna volgt een concrete uitwerking van het voorkeursmodel, inclusief bijhorende randvoorwaarden en (mitigerende maatregelen bij de) risico's. Deze notitie bevat ook zes verdiepende bijlagen.

De NZa maakt op basis van dit advies separaat een nadere uitwerking van de bekostiging en financiering van dit voorkeursmodel.

Bij een positief besluit wordt dit advies nader uitgewerkt in een tweetal handreikingen: één ten behoeve van contractering en één ten behoeve van implementatie (zie ook Appendix 1). Deze handreikingen zorgen voor een concrete vertaling van advies naar daadwerkelijke realisatie.

¹ [Integraal Zorgakkoord](#), pagina 72

² Bestaande uit InEen, LHV, ZN en de Nederlandse ggz. Het Ministerie van VWS en de NZa zijn agenda lid van deze werkgroep

³ Zie voor een nadere beschrijving van het keuzeproces Appendix 1

2. Nadere verdieping probleemanalyse

ACHTERGRONDINFORMATIE: Huidige inrichting ANW-diensten (o.b.v. [Nivel](#) & [ggz-Standaarden](#))

Huisartsenzorg buiten kantooruren valt in Nederland onder de verantwoordelijkheid van 52 huisartsendienstenstructuren (HDS'en). De fysieke locatie waar deze zorg wordt verleend is de huisartsenspoedpost (HAP); Nederland telt 107 huisartsenspoedposten. Een HDS kan één of meerdere HAP'en omvatten. De HAP kan doorzetten naar andere zorgverleners, waaronder de Spoedeisende Hulp (SEH) in het ziekenhuis en de ggz-crisisdienst.

Werkwijze HAP

Het is de bedoeling dat de patiënt eerst belt met de huisartsenspoedpost. Een assistent(e) beoordeelt dan de hulpvraag en kent een prioriteit (urgentie) toe. Deze triage heeft als doel dat elke hulpvraag op tijd en op maat wordt behandeld. De triagist kan zelf - onder supervisie van de dienstdoende huisarts - de patiënt een advies geven of geruststellen (triageconsult), of de triagist kan de hulpvraag doorgeven aan de huisarts voor een consult (telefonisch of fysiek op de HAP) of een visite. De urgentie wordt bepaald aan de hand van de Nederlandse Triage Standaard (NTS).

Urgentieniveau	Urgentieduiding NTS website	Maximale wachttijd
U0	Acuut	0 minuten
U1	Zeer urgent	< 10 minuten
U2	Urgent	< 60 minuten
U3	Standaard	< 120 minuten
U4	Verwaarloosbare kans op schade	< 240 minuten
U5	Geen kans op schade	Volgende werkdag

Werkwijze ggz-crisisdienst

De crisisdienst is onderdeel van een ggz-instelling. Er zijn 64 crisisdiensten ggz, verdeeld over 28 regio's voor acute ggz. De crisisdienst is zeven dagen per week en 24 uur per dag bereikbaar. De huisarts kan een patiënt verwijzen naar de crisisdienst. Tijdens ANW-uren is dit aan de HAP. Bij een crisisdienst werkt een team van psychiaters, psychologen en psychiatrisch verpleegkundigen. De crisisdienst past ook triage toe, inclusief toekenning van de urgentiegraad; de ggz-triagewijzer. Alhoewel de urgentieniveaus in benaming overeenkomen met de NTS, zijn de beoordelingscriteria en de maximale wachttijd verschillend.

Urgentieniveau	Urgentieduiding ggz-triagewijzer	Maximale wachttijd
U0	Uitval vitale functies	0 minuten
U1	Levensbedreigend voor persoon of omgeving	< 15 minuten
U2	Spoed	< 60 minuten
U3	Dringend	< 240 minuten
U4	Preventie van escalatie	< 1.440 minuten (24 uur)
U5	Reguliere zorg	Volgende werkdag

De verschillende triagemethoden en maximale wachttijden tussen de HAP en de ggz-crisisdienst leiden in de praktijk tot knelpunten. In welke mate deze problemen zich voordoen verschilt (sterk) per regio. Eén van de factoren die hierin meespeelt is of en zo ja op welke wijze, de ggz-aanbieder(s) in de regio ook (direct) bereikbaar zijn voor hun eigen patiënten tijdens ANW-uren.

2.1 Inzicht in aard & omvang van het probleem

Om de ANW-bereikbaarheid van de ggz voor niet-acute vragen goed in te richten, is het cruciaal te bepalen *welk probleem* we oplossen *voor wie*. Hieronder beschrijven we het antwoord op beide vragen; tezamen de aard van het op te lossen probleem.

Naast een heldere definitie van het probleem ('aard'), is ook de omvang van het probleem relevant voor het voorkeursmodel. Bij de start van dit traject was er weinig informatie beschikbaar. De landelijke werkgroep heeft zich, samen met Rebel, ingespannen voor het verzamelen van kwantitatieve data, met kwalitatieve duiding (zie paragraaf 2.3).

2.2 Aard van het probleem

Welk probleem?

Naar aanleiding van gesprekken met de werkgroep, de Red Teams en nader onderzoek blijkt dat de overbelasting van de HAP door niet-acute vragen van mensen met psychische problemen twee hoofdoorzaken kent: een capaciteitsprobleem en een kennisprobleem.

- Capaciteitsprobleem: het ontbreken van preventieve bereikbaarheid van ggz-aanbieders tijdens ANW-uren, met name voor crisisgevoelige⁴ patiënten. Er wordt (te) veel gebeld naar de huisartsenspoedpost omdat niet alle ggz-aanbieders (voldoende) bereikbaar zijn voor hun crisisgevoelige patiënten tijdens ANW uren.
- Kennisprobleem: het ontbreekt de HAP aan een adequaat handelingsperspectief, omdat voldoende kennis en vaardigheden om niet-acute vragen rondom psychische problematiek effectief te beantwoorden ontbreekt. Dit komt onder andere door het relatief lage volume aan dergelijke vragen. Het beantwoorden van deze vragen duurt gemiddeld genomen langer dan andersoortige vragen.

Er bestaat een duidelijke samenhang tussen beide problemen. Een aanzienlijk deel van de bellers naar de HAP met dergelijke niet-acute vragen is in zorg bij een ggz-aanbieder⁵.

De ANW-ggz bereikbaarheidsproblematiek komt ook voort uit het feit dat het in de zorg tijdens kantooruren (dagzorg) knelt. Hierdoor bellen mensen tijdens ANW-uren. De organisatie in de dagzorg dient verder geoptimaliseerd te worden om de druk op de huisartsen- en GGZ-zorg buiten kantooruren niet verder te laten toenemen. Deze verkenning – en het daaruit voortkomende voorkeursmodel – richt zich niet op de problematiek in de dagzorg.

Voor wie?

De mensen die contact opnemen met de HAP met niet-acute vraag rondom psychische problematiek is divers. Dit leidt tot het volgende onderscheid in (sub)groepen:

- 'Nieuwe bellers'
- Patiënten die naar de ggz zijn doorverwezen, maar nog op een wachtlijst staan
- Patiënten die recent zijn uitgestroomd uit de ggz
- Patiënten in zorg bij een ggz-aanbieder zonder een crisisdienst
- Patiënten in zorg zijn bij een ggz-aanbieder met crisisdienst zonder crisissignaleringsplan (CSP)
- Patiënten in zorg zijn bij een ggz-aanbieder met crisisdienst met crisissignaleringsplan (CSP)⁶.

De werkgroep meent dat onderscheid in (sub)groepen noodzakelijk is voor het formuleren van een goed voorkeursmodel. Immers, voor verschillende (sub)groepen kan een andere soort model de beste oplossing zijn.

In algemene zin geldt dat het voorkeursmodel ook beschikbaar is voor de naasten van de patiënt. Overal waar in deze notitie wordt gesproken over de patiënt kan ook 'of een naaste van de patiënt' worden gelezen; in lijn met de afspraken zoals verwoord in het Integraal Zorgakkoord.

⁴ Binnen de context van dit advies definiëren wij 'crisisgevoelig' als 'patiënten met een ingevuld crisissignaleringsplan'

⁵ Hierover zijn geen exacte cijfers bekend. Schattingen vanuit zowel ggz-aanbieders als HAP komen op 25-50% van de bellers met niet-acute ggz vragen.

⁶ Zie [Regelhulp](#) voor een nadere toelichting op het concept crisissignaleringsplan

Regionale verschillen

De aard en omvang (volume van het aantal bellers) verschilt bovendien per regio. Dit is deels ingegeven door (het ontbreken van) bestaande samenwerkingsafspraken tussen HAP en ggz-aanbieder en het (ontbreken van het) regionale aanbod van ggz-aanbieders voor hun eigen patiënten. Er zijn ggz-aanbieders die 24/7 bereikbaar zijn voor hun eigen (crisisgevoelige) patiënten. Tegelijkertijd zijn er ggz-aanbieders met crisisdienstfunctie die ook hun eigen crisisgevoelige patiënten tijdens ANW-uren doorverwijzen naar de HAP.

De werkgroep meent dat regionale vrijheid binnen het voorkeursmodel noodzakelijk is voor het vinden van een passende oplossing in iedere regio.

2.3 Omvang van het probleem

Tijdens het werkproces van de landelijke werkgroep is er kwantitatieve data ontvangen van drie huisartsenspoedposten en van drie ggz-aanbieders⁷. Van in totaal vier andere HAP'en en twee andere ggz-aanbieders is aanvullende (kwalitatieve) informatie ontvangen. Daarnaast zijn er 14 interviews gehouden onder ggz-aanbieders en verslavingszorginstellingen. Hieruit zijn relevante voorbeelden uit regio's naar voren gekomen. Enkele van deze best practices staan beschreven in Appendix 5.

Contactsoort	Urgentie	Contacten per 1.000 inwoners
1. TD: triage consult	1. U1 - meest urgent	0,14
1. TD: triage consult	2. U2 - redelijk urgent	0,68
1. TD: triage consult	3. U3 - minder urgent	0,79
1. TD: triage consult	4. U4 - niet urgent	0,62
1. TD: triage consult	5. U5 - echt niet urgent	3,21
2. CD: consult	1. U1 - meest urgent	0,01
2. CD: consult	2. U2 - redelijk urgent	0,53
2. CD: consult	3. U3 - minder urgent	0,67
2. CD: consult	4. U4 - niet urgent	0,12
2. CD: consult	5. U5 - echt niet urgent	0,09
3. VD: visite	1. U1 - meest urgent	0,01
3. VD: visite	2. U2 - redelijk urgent	0,43
3. VD: visite	3. U3 - minder urgent	0,38
3. VD: visite	4. U4 - niet urgent	0,01
3. VD: visite	5. U5 - echt niet urgent	0,01

Een openbare bron met landelijke data ontbrak. Daarom heeft de landelijke werkgroep data van het Nivel aangekocht.

De Nivel data (Figuur 1) toont het aantal contacten per 1.000 inwoners per contactsoort en urgentiegraad voor alle HAP-contacten binnen het ICPC hoofdstuk psychische problemen over het kalenderjaar 2022.

Figuur 1: Verdeling contacten met HAP voor ICPC-P per 1.000 inwoners

Als we stellen dat de Urgentieclassificaties U3 tot en met U5⁸ (volgens de NTS, met ingangsklacht ICPC-hoofdstuk psychische problematiek ('P')) afgehandeld kunnen worden door de HAP, en vervolgens alle contactsoorten (triage consult, consult, visite) bij elkaar optellen, komen we tot 5,91 contacten per 1.000 inwoners. Wanneer we dit extrapoleren naar het totaal aantal inwoners in Nederland⁹, komen we tot 104.039 contacten op jaarbasis. Dit betekent grofweg 285 contacten per dag; oftewel 2,7 contacten (= alle contactsoorten) per kalenderdag per HAP¹⁰.

Bij bovenstaande data zijn vier belangrijke kanttekeningen te plaatsen:

⁷ Zie voor een kwantitatieve analyse van niet-acute ggz-vragen op een HAP Appendix 2

⁸ Bij urgentieclassificaties U0, U1 en U2 is sprake van een acute zorgvraag en is overdracht naar ambulance, SEH of ggz-crisisdienst in de meeste gevallen de aangewezen vervolgactie.

⁹ 17.590.672 inwoners. Bron: [CBS](#), stand per 1-1-2022.

¹⁰ Uitgaande van 107 fysieke huisartsenspoedposten, verdeeld onder 52 huisartsdienststructuren. Bron: [Nivel](#).

- Het aantal meldingen kan per regio, per dag en per moment op de dag sterk wisselen. Dit komt naar voren uit de regionale data¹¹.
- Er zijn regio's waar het gemiddelde structureel hoger ligt dan bovenstaand rekenkundig gemiddelde. In alle regio's zal er (enige mate van) fluctuatie in het aantal contacten per dag zijn¹².
- De data biedt geen inzicht in eventuele vervolgzorg, en dus ook niet of er sprake is van een adequaat handelingsperspectief voor de HAP. De beller kan doorverwezen worden naar de ggz-aanbieder op basis van bestaande afspraken, of er kan sprake zijn van somatische klachten waarover de beller op de HAP wordt onderzocht. Uiteraard kan in veel gevallen de HAP-triagist de beller zelf adequaat te woord staan en, bij U5, wijzen op zelfzorgmogelijkheden.
- Er zijn geen gegevens beschikbaar van de ANW-contacten van ggz-aanbieders (zowel crisisdienst als andersoortige ANW-bereikbaarheid). De Nivel data zijn dus cijfers *exclusief de ggz-inzet tijdens ANW-bereikbaarheid*.

3. Modellen, toetsingskader en beoordelingsproces

Toetsingskader

Om tot een voorkeursmodel te komen, is een helder en eenduidig toetsingskader vereist. Een dergelijke gestructureerde benadering maakt het mogelijk om objectief te vergelijken én te kiezen (*zie verderop*). De landelijke werkgroep heeft hiervoor 10 toetsingscriteria en twee overkoepelende criteria vastgesteld. Hierbinnen zijn één knock-out criterium¹³ en twee zwaarder wegende criteria vastgesteld.

Criterium	K.O. / x2 / x1
Model is goed en eenvoudig toegankelijk voor huisarts(enpost)	K.O.
Model is eenvoudig te gebruiken voor betrokken professionals, incl. heldere afbakening van taken en verantwoordelijkheden	X2
Model is in staat (in de toekomst) goed aan te sluiten op andere (spoed)(zorg)voorzieningen (o.a. ZCC, Mentale gezondheidscentra, Meldpunt Zorgwekkend Gedrag)	X2
Uitvoer van het model vraagt weinig nieuwe registratie- en ICT-vereisten (nieuwe registraties in bestaande systemen en/of nieuwe bekostigingsparameters)	
Model is eenvoudig toegankelijk voor patiënten en naasten	
Model kan vragen van patiënten en naasten voldoende goed beantwoorden (tijdig en passend advies)	
Flexibiliteit van het model (t.a.v. opschaling en beantwoording van soorten zorgvragen)	
Model voorkomt onnodig (zorg)gebruik tijdens ANW-uren	
Model heeft een beperkte transitielast (impact van vereiste veranderingen voor betrokken organisaties)	
De vereiste extra ANW-bereikbaarheids capaciteit van het model is beperkt	
Overkoepelende criteria	
Het model lost het probleem van de huisartsenposten op	
Het model heeft draagvlak onder huisartsen, GGZ en zorgverzekeraars	

Figuur 2: Toetsingscriteria landelijke werkgroep ANW-bereikbaarheid ggz bij niet-acute vragen

¹¹ Zie Appendix 2 voor een overzicht van de spreiding over de dagen van de week en de uren van de dag bij een grote HAP.

¹² Op basis van bij de landelijke werkgroep bekende data van HAP'en en ggz-aanbieders worden de meeste niet-acute ggz-vragen tijdens weekenddagen gesteld. Doordeweeks 's avonds zijn er ook enkele meldingen. Het aantal contacten tijdens nachtelijke uren is minimaal

¹³ Dit criterium acht de landelijke werkgroep dusdanig cruciaal voor passende ANW-bereikbaarheid van de ggz bij niet-acute vragen, dat het ontbreken ervan leidt tot exclusie van het model voor verdere uitwerking.

Modellen

De werkgroep heeft acht verschillende modellen¹⁴ voor de organisatie van ANW-ggz bereikbaarheid opgesteld. De modellen zijn uniform beschreven aan de hand van zes elementen:

1. Doelgroep
2. Positionering en logistiek
3. Ingezette personeelsmix
4. Verdeling Taken & Verantwoordelijkheden
5. Registratievereisten
6. Bekostiging ('domein')

Beoordeling modellen

Twee modellen zijn voorafgaand aan beoordeling afgevalen. De overige zes modellen zijn beoordeeld op basis van de criteria van het toetsingskader¹⁵.

De beoordeling vond in twee stappen plaats: een eerste beoordeling is door de werkgroepleden gedaan. de tweede beoordeling door een vertegenwoordiging vanuit eenieders achterban ('Red Teams') in twee interactieve sessies verder aangescherpt¹⁶.

Deze uiteindelijke beoordeling van alle mogelijke modellen ligt ten grondslag aan de keuze voor het voorkeursmodel. In het voorkeursmodel is een aantal bouwstenen uit de verschillende modellen gecombineerd.

4. Concrete uitwerking voorkeursmodel

In aanvulling op het toetsingskader zijn een aantal uitgangspunten voor het voorkeursmodel benoemd. Het voorkeursmodel vloeit hier logischerwijs uit voort, en wordt in paragraaf 4.2 uitgewerkt.

4.1 Uitgangspunten voorkeursmodel

Voor de uitwerking van het voorkeursmodel zijn, in aanvulling op het toetsingskader, zes leidende principes benoemd:

1. Samenwerking, en niet het verschuiven van (verantwoordelijkheid van) de problematiek van het ene naar het andere domein is de basis.
2. Een doelmatige inrichting, gericht op de meest efficiënte manier om deze zorgvragen af te handelen is vereist, gezien de krapte op de arbeidsmarkt.
3. Het voorkeursmodel moet het grootste deel van het probleem oplossen, maar geen enkel model lost het hele probleem op ('90-10' regel).
4. Een scherpe(re) afbakening van taken en verantwoordelijkheden tussen HAP en ggz is vereist om tot een effectief en uitvoerbaar voorkeursmodel te komen.
5. Landelijke kaders, met ruimte voor regionale invulling passend bij de context van de regio, is vereist om ruimte te geven aan regionale verschillen.
6. Het patiëntperspectief en niet het organisatieprincipe is leidend.

¹⁴ Zie Appendix 3 voor een uitgebreide beschrijving en beoordeling van deze 8 modellen

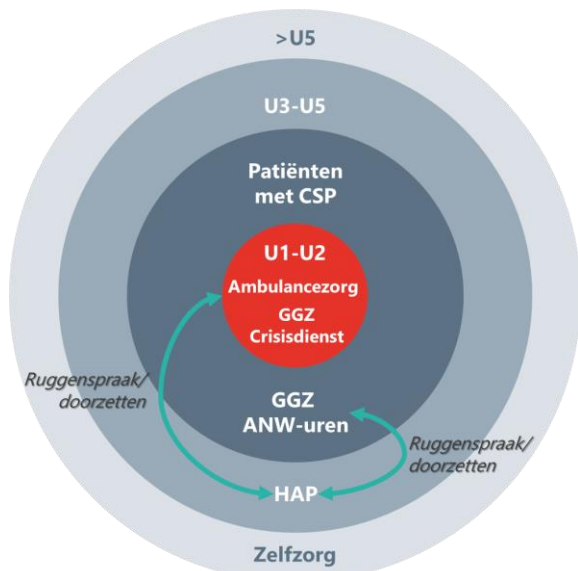
¹⁵ Appendix 3 bevat een toelichting op scores van elk van modellen c.q. de reden om het model niet te scoren. Appendix 4 bevat de score (inclusief toelichting) van het voorkeursmodel op alle toetsingscriteria

¹⁶ Zie Appendix 1 voor een nadere toelichting op het besluitvormingsproces

Deze uitgangspunten vormden de basis voor de nadere uitwerking van het voorkeursmodel.

Verantwoordelijkheidsverdeling ANW-uren

Een scherpere verantwoordelijkheidsverdeling tussen HAP en ggz is vereist om tot een effectief en uitvoerbaar voorkeursmodel te komen. De landelijke werkgroep hanteert de *urgentieclassificatie van de NTS*, zoals gehanteerd op de HAP, als uitgangspunt bij de verantwoordelijkheidsverdeling, en komt tot het volgende voorstel (zie Figuur 3):



Figuur 3 Verantwoordelijkheidsverdeling tijdens ANW-uren

U1 en U2: ggz crisisdienst (mits somatiek is uitgesloten) of ambulancezorg. Wel kan het zijn dat U1 of U2 vanuit de NTS na overdracht van verantwoordelijkheid wordt aangepast naar een lagere urgentiegraad door de ggz-aanbieder met crisisdienst. Dit staat los van deze verantwoordelijkheidsverdeling.

Preventieve ANW-bereikbaarheid ggz-aanbieder met crisisdienst voor patiënten met crisissignaleringsplan bij hen in zorg. Dit is component 1 van het voorkeursmodel.

U3 t/m U5: HAP. Dit zijn componenten 2 en 3 van het voorkeursmodel. Hierbij geldt dat tijdens ANW-uren bij niet-acute ggz-klachten nauwelijks wordt behandeld; in veruit de meeste gevallen volstaat stuttend en steunend telefonisch contact.

>U5: patiënt zelf verantwoordelijk (zelfzorg). Tot slot is er een groot aantal patiënten dat belt met niet-acute vragen, die verwezen moeten worden naar zelfzorg. Dit betekent zelf oefeningen doen, of eventueel contact opnemen met landelijke diensten zoals de Luisterlijn.

Het toepassen van urgentieclassificaties als basis voor de verantwoordelijkheidsverdeling

Het vaststellen van de urgentie is geen exacte wetenschap. Het leidt mogelijk tot definitiediscussies. Er moet wederzijds begrip zijn in het moment, conform het leidende principe: *Samenwerking, en niet het verschuiven van (verantwoordelijkheid van) de problematiek van het ene naar het andere domein moet de basis zijn.*

Dit geldt voor alle partijen; beide kanten op. Dus voor een als verkeerd ervaren inschatting van de urgentie, het te gemakkelijk 'afschuiven' (door de HAP) of juist het 'afhouden' van patiënten (door de ggz). Streven is dat deze samenwerking op termijn leidt tot meer eenduidige triage tussen professionals van HAP en ggz, conform het leidende principe: *een scherpe afbakening van taken en verantwoordelijkheden tussen HAP en ggz is vereist voor een effectief en uitvoerbaar voorkeursmodel.* Hier is aandacht voor in de monitoring. Het toewerken naar meer eenduidigheid in triage komt terug in de randvoorwaarden.

4.2 Voorkeursmodel: drie componenten

De landelijke werkgroep constateert dat de ggz en de HAP allebei een verantwoordelijkheid hebben in het verbeteren van de ANW bereikbaarheid; ggz (1) en HAP (2) hebben zowel afzonderlijk als gezamenlijk (3) iets te doen in dit vraagstuk. Dit resulteert in drie componenten, die samen het voorkeursmodel van de landelijke werkgroep vormen:

1. Versterken van preventieve ANW-bereikbaarheid van de ggz voor crisisgevoelige patiënten

2. Vergroten van het handelingsperspectief op de HAP
3. Faciliteren van intercollegiaal overleg¹⁷ tussen de HAP en ggz in iedere regio

De componenten zijn gebaseerd op één of meerdere beoordeelde modellen. Alle componenten kennen een uniform landelijk vast te stellen kader, met daarbinnen ruimte voor regionale invulling passend bij de context van de betreffende regio.

4.2.1 Component 1: verbeteren ANW-bereikbaarheid van de ggz voor crisisgevoelige ggz patiënten

De landelijke werkgroep onderschrijft de noodzaak van het verbeteren van ANW-bereikbaarheid van de ggz voor crisisgevoelige patiënten. Zonder deze bereikbaarheid wordt het probleem op de HAP niet opgelost. Daarom is het verplicht inregelen van ANW-bereikbaarheid voor crisisgevoelige patiënten een noodzakelijk onderdeel van het voorkeursmodel.

Huidige stand van zaken

In veel regio's is de ggz-aanbieder met crisisdienstfunctie ook voor eigen, crisisgevoelige patiënten bereikbaar tijdens ANW-uren. Binnen de context van dit advies definiëren wij 'crisisgevoelig' als 'patiënten met een ingevuld crisissignaleringsplan'. De inrichting verschilt per ggz-aanbieder, per regio.

Sommige ggz-aanbieders laten crisisgevoelige patiënten bellen met hun crisisdienst. Anderen geven het telefoonnummer van de nachtdienst van een kliniek of IHT-team. Anderen bieden 24-uursbereikbaarheid, al dan niet met beeldbelfunctie. Daarnaast zijn er ggz-aanbieders met crisisdienst die geen ANW-bereikbaarheid bieden voor hun crisisgevoelige patiënten. Deze patiënten zijn genoodzaakt om de HAP te bellen bij (dreigende) crisis.

Aanbieders zonder crisisdienst zijn in de regel niet in de ANW-uren bereikbaar voor hun patiënten. Ook deze patiënten zijn genoodzaakt de HAP te bellen bij een (dreigende) crisis.

Uitgangspunten bij deze component

Bij deze component gelden de volgende landelijk vast te stellen uitgangspunten:

- ***ggz-aanbieders met een crisisdienstfunctie zijn verplicht bereikbaar te zijn voor hun crisisgevoelige patiënten.*** Dit omdat alleen in deze gevallen de preventieve inzet effectief is, vanwege inzage in het patiëntdossier en het crisissignaleringsplan. Toegang tot behandelinhoudelijke informatie van de patiënt (in dit geval primair het crisissignaleringsplan)¹⁸ is de enige discriminerende factor binnen de verschillende doelgroepen¹⁹. De omvang van deze inzet is vooraf goed in te schatten; het aantal mensen met een crisissignaleringsplan is immers bekend.
- ***alle ggz-aanbieders met crisisgevoelige patiënten zijn verantwoordelijk voor het organiseren van bereikbaarheid.***
 - Verplichte ANW-bereikbaarheid voor alle ggz-aanbieders is onwenselijk. Dit leidt tot vermindering van behandelcapaciteit als gevolg van ANW-bereikbaarheid en heeft het risico in

¹⁷ Intercollegiaal overleg is een activiteit van consultatie (beoordeling en advies over diagnose en behandeling van een patiënt) verricht door de ene zorgprofessional (de consultgever; in dit geval de ggz-professional) op verzoek van de andere zorgprofessional (consultvrager; in dit geval de HAP-professional). Deze vorm van consultatie wordt ingezet wanneer de HAP twijfelt over het handelingsperspectief bij een patiënt met ggz-gerelateerde klachten.

¹⁸ Het crisissignaleringsplan bevat concreet omschreven signalen en acties (patiënt en anderen) om een crisis te voorkomen of te bezweren. Zonder dergelijke informatie kan ook een ggz-professional alleen handelen 'naar bevindingen', zonder aanvullende context en handelingspalet. Zie [Regelhulp](#) voor een nadere toelichting op het concept crisissignaleringsplan

¹⁹ Zie 2.2: Aard van het probleem

zich dat enigszins crisisgevoelige patiënten door dergelijke ggz-aanbieders vooraf worden geweigerd. Dat ontslaat ggz-aanbieders echter niet van de verantwoordelijkheid om bereikbaarheid te organiseren.

- Hiervoor komen bindende afspraken over de bijdrage van ggz-aanbieders met crisisgevoelige patiënten aan de ANW bereikbaarheid. Dit kunnen samenwerkingsafspraken en/of financiële afspraken zijn. Hieronder vallen in ieder geval regionale afspraken (inhoudelijk en financieel) over 'vooraanmeldingen' bij de ggz-aanbieder die de crisisfunctie uitvoert in de regio. Het gaat om crisisgevoelige patiënten die in zorg zijn bij een ggz-aanbieder zonder crisisdienst (waarbij de ggz-aanbieder met crisisdienstfunctie, als regievoerder acute psychiatrie, tegen vergoeding een achterwachtfunctie heeft tijdens ANW-uren).

Meer concreet is gesproken over het meedraaien in de crisisdienst van alle psychiaters in een regio. Bijvoorbeeld door hier een herregistratie- of contracteis van te maken. Dit betreft een controversieel punt. De wenselijkheid c.q. haalbaarheid is niet onderzocht binnen dit keuzeprocess van de landelijke werkgroep. Evenwel denkt de landelijke werkgroep dat met een dergelijke ontwikkeling het bereik van component 1 van het voorkeursmodel (preventieve inzet voor crisisgevoelige patiënten) aanzienlijk verruimd wordt.

Binnen deze landelijke kaders zijn regio's vrij om, passend bij de regionale context, tot een eigen invulling van deze afspraken te komen.

4.2.2 Component 2: Vergroten van het handelingsperspectief op de HAP

Er is sprake van een hoge mate van regionale variëteit in aard en omvang van het aantal vragen tijdens ANW-uren op de HAP, de wijze waarop door de ggz nu al invulling wordt gegeven aan ANW-bereikbaarheid en de mate waarin wordt samengewerkt tussen betrokken partijen. De veronderstelling van de werkgroep is dat daardoor het handelingsperspectief per HAP ook sterk kan verschillen.

In regio's waar dat nodig is, dient het handelingsperspectief voor psychische spoedvragen die huisartsenzorg zijn vergroot te worden. Dat kan gerealiseerd worden door te investeren in de aanwezigheid van meer ggz-expertise op de HAP, onder verantwoordelijkheid van de regiearts/huisarts van de HAP. De invulling hiervan is aan de HAP zelf rekening houdend met het volume aan vragen (mogelijk HAP-overstijgende inzet) en het vereiste deskundigheidsniveau in de regio.

Uitgangspunten bij deze component

Bij deze component gelden de volgende landelijk vast te stellen uitgangspunten:

- Voor de verantwoordelijkheidsverdeling tussen HAP en GGZ wordt gehandeld in lijn met de verantwoordelijkheidsverdeling zoals hiervoor beschreven. Deze staat los van de vraag of mensen al in zorg zijn bij een ggz-aanbieder (*uitgezonderd patiënten met een CSP ; zie component 1 van het voorkeursmodel*).
- Iedere HAP heeft een inspanningsverplichting om goed door te vragen bij psychische problematiek, om een juiste inschatting te maken bij een (mogelijke) crisissituatie. Het correct uitvragen van somatische klachten is cruciaal, goed afwerken van de triagelijst is een randvoorwaarde. Het ontwikkelen van een NHG-standaard acute psychiatrie – in ieder geval duidelijkere richtlijnen – als ondersteuning van het handelingsperspectief op de HAP lijkt van toegevoegde waarde. Zo kan ook landelijke invulling geen worden aan urgentieclassificatie en rol- en taakverdeling. Uit onderzoeken in andere zorgsectoren blijkt dat eenduidige triage tussen HAP en SEH leidt tot een betere

inschatting van de urgentie. Een NHG-standaard en/of het uniformeren van de urgentieclassificatie tussen HAP en ggz-crisisdienst zijn hierbij behulpzaam.

- Bij onvoldoende adequaat handelingsperspectief van de HAP is intercollegiaal overleg met de ggz altijd mogelijk, gericht op het vergroten van handelingsperspectief van de HAP. Dat brengt ons bij component 3.

4.2.3 Component 3: Faciliteren van intercollegiaal overleg tussen de HAP en ggz in iedere regio

Iedere HAP moet intercollegiaal overleg kunnen plegen met ggz-aanbieder(s) tijdens ANW-uren. Dit intercollegiale overleg is consultatie (beoordeling en/of advies over diagnose en behandeling van een patiënt) door ggz-professional, op verzoek van een HAP-professional. Deze vorm van consultatie wordt ingezet wanneer de HAP twijfelt over het handelingsperspectief bij een patiënt met ggz-gerelateerde klachten.

HAP en ggz-aanbieder(s) zijn verplicht om in regionale afspraken te maken over de wijze waarop zij het intercollegiaal overleg willen inrichten²⁰. Iedere HAP bepaalt zelf met welke ggz-aanbieder(s) zij afspraken maken²¹. Daarbij kan aangesloten worden bij andere landelijke ontwikkelingen, zoals de regionale zorgcoördinatievoorzieningen (ZCV), waarin ook wordt gewerkt aan samenwerking en soms zelfs integratie van de triage en beoordeling van patiënten tussen huisartsenspoedposten en de ggz.

Gezien de regionale verschillen zijn HAP'en vrij in het maken van aanvullende afspraken met ggz-aanbieders; bijvoorbeeld over aanvullende consultatie of (versneld) doorzetten van bellers. In het land zijn verschillende best practices opgehaald. Deze dienen als inspiratie voor de regio's waar nog geen afspraken zijn gemaakt. In Appendix 5 is een overzicht van drie best practices opgenomen.

Uitgangspunten bij deze component

Bij deze component gelden de volgende landelijk vast te stellen uitgangspunten:

- Intercollegiaal overleg is alleen vereist als de HAP onvoldoende adequaat handelingsperspectief ervaart.
- Bij onvoldoende adequaat handelingsperspectief van de HAP is intercollegiaal overleg altijd mogelijk. Voordat intercollegiaal overleg wordt ingezet, is er intern op de HAP afstemming tussen triagist en huisarts/regiearts²².
- Intercollegiaal overleg is altijd gericht op concreet handelingsperspectief voor de HAP professional
- Indien nodig en passend moet de HAP een patiënt kunnen overdragen aan de ggz, na intercollegiaal overleg met de ggz.
- Er komt periodieke evaluatie van het intercollegiaal overleg, op basis van feitelijke casuïstiek. Tijdens de dienst worden geen discussies gevoerd over al dan niet terecht overleg c.q. overdragen.

²⁰ Zie ook 'Handreiking samenwerking HAP en Acute GGZ; d.d. 31 januari 2019'

²¹ Dit is met name relevant voor HAP'en die op de grens zitten van het werkgebied van meerdere ggz-aanbieders met crisisdienstfunctie.

²² Hoewel dit de wenselijke route is, is het ook mogelijk in afstemming tussen HAP en ggz-aanbieder(s) tot een andere invulling te komen.

- Alle partijen erkennen dat het vergroten van de ANW-bereikbaarheid niet mag leiden tot het omzeilen van de wachtlijst.

In bijlage Appendix 4 zijn de verschillende routes rondom intercollegiaal overleg tussen HAP en ggz uitgewerkt in stroomschema's.

Implementatie van het voorkeursmodel heeft positieve gevolgen voor patiënten, naasten en (de huisartsen op) de HAP:

- Patiënten en naasten kunnen hierdoor beter geholpen worden, waarmee escalatie wordt voorkomen.
- Crisisgevoelige patiënten in zorg bij een ggz-aanbieder krijgen een directe toegang tijdens ANW-uren, voor zover zij die nog niet hadden;
- Patiënten en naasten die (nog) niet in zorg zijn bij een ggz-aanbieder (of (nog) geen crisisregistreringsplan hebben) kunnen via de HAP beter worden geholpen. De HAP kan, indien nodig, extra ggz-expertise bijschakelen, zonder dat dit leidt tot onnodige doorverwijzing of doorbelasting van het eigen risico voor de patiënt;
- De toegankelijkheid van zorg en ondersteuning bij niet-acute psychische klachten neemt toe, zonder dat er een 'aanzuigende werking' vanuit gaat.

De druk op (de huisartsen op) de HAP wordt op verlaagd door:

- Het preventieve effect van directe ANW-bereikbaarheid van de ggz in iedere regio voor crisisgevoelige patiënten die bij de ggz-aanbieder in zorg zijn (leidt tot minder contacten met de HAP);
- Bij onvoldoende adequaat handelingsperspectief tijdens ANW-uren altijd laagdrempelig overleg met de ggz mogelijk te maken, door middel van intercollegiaal overleg. Tijdens de dienst worden geen discussies gevoerd over al dan niet terecht overleg c.q. overdragen;
- Het handelingsperspectief van de HAP bij dergelijke vragen te vergroten. De invulling is aan de regio, en kan daarmee op maat worden gemaakt; passend bij het volume van het aantal vragen en benodigde deskundigheidsniveau in de specifieke HAP.

5. Randvoorwaarden

Om tot een succesvolle implementatie en uitvoering van het voorkeursmodel te komen, moet een aantal randvoorwaarden zijn vervuld. Deze hebben betrekking op de monitoring, bekostiging & financiering, en organisatie & implementatie van het model.

In de handreikingen voor contractering en implementatie²³ worden de randvoorwaarden nader uitgewerkt en geoperationaliseerd.

5.1 Monitoring

Er komt periodieke evaluatie van het intercollegiaal overleg, op basis van feitelijke casuïstiek. Dit om taken en verantwoordelijkheden scherper te formuleren.

Daarnaast worden aard en omvang van de vragen periodiek gemeten. De hierbij (minimaal) te monitoren parameters (minimale dataset; MDS) zijn:

²³ Zie hoofdstuk 7 van dit advies: Vervolgproces na vaststelling door landelijke werkgroep

- Aantal telefoontjes waarbij intercollegiaal overleg is ingezet (incl. aparte registratie van aantal telefoontjes dat daarna is overgedragen aan de ggz).
- Inzicht in hoeverre sprake is van 'verschil van inzicht' over urgentie tussen HAP en ggz: de ambitie is eenduidig handelen. Idealiter neemt in de loop van de tijd het aantal casussen af. In het kader van de 'normaliseringsopgave' is deze eenduidigheid ook heel belangrijk. In de meeste gevallen kan de niet-acute vraag wachten tot tijdens kantoortijden. Op gelijke wijze handelen van HAP en ggz is vereist om de zorgvraag tijdens ANW-uren te normaliseren en onnodig gebruik ervan, af te remmen.
- Idealiter levert de monitor ook inzicht in het aandeel vragen van patiënten (met CSP) in zorg bij instellingen zonder ANW-bereikbaarheid. Dit geeft inzicht in de omvang van dit issue, en hoe relevant het is daar maatregelen voor te treffen in de betreffende regio.

Uitgangspunt hierbij is om zo min mogelijk extra registratie-eisen toe te voegen. Dit om de administratieve lasten voor aanbieders te beperken. Daarbij is de wens vanuit het veld geuit te bezien of nieuwe indicatoren gepaard kunnen gaan met schrappen van indicatoren die weinig toegevoegde waarde (meer) hebben omdat deze indicatoren succesvol zijn geïmplementeerd en slechts tot meer registratielast leiden.

5.2 Bekostiging en financiering

Bekostiging en financiering van het voorkeursmodel wordt in de volgende fase verder uitgewerkt door de NZa. Daarmee is een nadere uitwerking van bekostiging en financiering buiten scope van het voorgaande keuzeprocess van de landelijke werkgroep. Desondanks kwamen deze onderwerpen meermaals aan bod. Dit resulteert in drie aandachtspunten/vragen aan de NZa voor hun advies op basis van deze notitie. Deze staan vermeld in hoofdstuk 7.

Vervolgproces na vaststelling door landelijke werkgroep

Om tot een succesvolle implementatie en uitvoering van het voorkeursmodel te komen, moet bekostiging en financiering op orde zijn. De werkgroep heeft niet kunnen bepalen of er binnen HAP en ggz extra capaciteit nodig is om de modellen in te kunnen vullen en daarmee is ook niet helder of er nieuwe vormen van bekostiging nodig is, noch of de financiering ervan kostendekkend vorm gegeven kan worden.

Indien blijkt dat extra capaciteit nodig is, is ook passende financiering vereist. De werkgroep verwacht dat dit binnen de huidige bekostigingssystematiek mogelijk is.

Bij de nadere uitwerking van het voorkeursmodel (en de regionale financiering hiervan) dient nadrukkelijk gekeken te worden naar (en passende afspraken gemaakt met) regio's waarbij de extra ANW-bereikbaarheid leidt tot een kantelpunt in de financiering (bijvoorbeeld net wel/geen extra triagist).

Intercollegiaal overleg van HAP met ggz wordt niet doorbelast in eigen risico van beller/bezoeker, net als consultatie van een medisch specialist uit het ziekenhuis door de HAP.

5.3 Organisatie en implementatie

Ten aanzien van de organisatie en implementatie van het voorkeursmodel gelden twee randvoorwaarden:

- De inzet van ggz-professionals voor intercollegiaal overleg (en evt. overdragen van patiënten) past binnen bestaande ANW-diensten van een ggz-instelling en wordt ingebed in afspraken rondom de (nog te ontwikkelen) spoedpleinen en Zorgcoördinatievoorzieningen (ZCV).

- Er komt een 'ingroeiperiode' waarin partijen afspraken maken over de gewenste en benodigde inzet en (langs die afspraken) samenwerken, maar gezien personele krapte rekening houden met het feit dat deze inzet mogelijk nog niet direct voor 100% kan worden ingevuld.

6. Risico's

De meeste - gedurende het proces - geïdentificeerde risico's zijn ondervangen in de nadere uitwerking van het voorkeursmodel en bijhorende voorwaarden. Onderstaande risico's acht de landelijke werkgroep desondanks reëel. Hier zijn ook mitigerende maatregelen bij benoemd. De risico's en mitigerende maatregelen worden nader uitgewerkt in de eerder genoemde, nog op te stellen handreikingen.

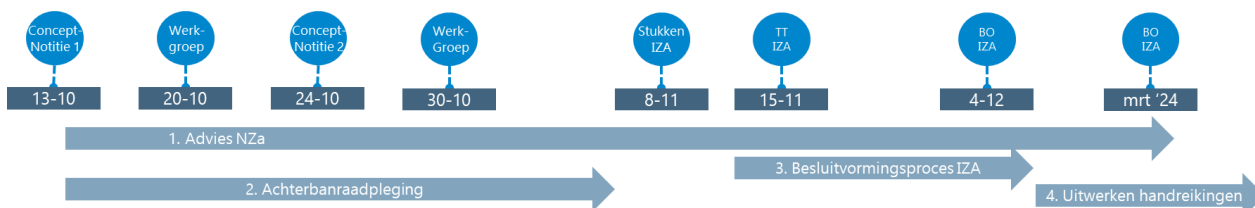
Risico	...te ondervangen door
De slechte toegankelijkheid van het patiëntendossier via LSP is een potentiële bottleneck.	Extra aandacht bij huisarts en ggz-aanbieders voor toestemming gegevensuitwisseling bij crisisgevoelige patiënten
Onvoldoende capaciteit vervolgzorg tijdens kantoortijden leidt tot herhaaldelijke druk tijdens ANW (bij HAP en ggz)	Monitoren van aantal patiënten dat ANW-bereikbaarheid inzet als bypass van wachtlijst ggz
'Zwakke' regio's komen niet tot afspraken	Handhaven invoering landelijk kader opnemen in inkoopvoorwaarden van zorgverzekeraars
Ook de ggz heeft onvoldoende kennis over bepaalde vraagstukken (verslavingszorg, VG) om HAP te helpen	Scholing HAP door ggz- en verslavingszorginstellingen

7. Vervolgproces na vaststelling door landelijke werkgroep

Het vervolgproces na vaststelling van deze notitie door de landelijke werkgroep bestaat uit vier onderdelen:

1. Uitwerking advies bekostiging en financiering door NZa
2. Achterbanraadpleging onder de betrokken branchepartijen
3. Besluitvormingsproces op de IZA-tafels
 - a. Vaststellen model op thematafel 'samenwerking HA/ggz/SD' op 15 november
 - b. Vaststellen model op Bestuurlijk Overleg IZA op 4 december
4. Uitwerking van contracteringshandreiking en een implementatiehandreiking

Onderdelen 1 en 2 lopen parallel; onderdelen 3 en 4 zijn volgtijdelijk. Het vervolgproces is hieronder weergegeven in een tijdslijn. Onder de tijdslijn lichten we elk onderdeel kort toe.



Figuur 4 Vervolgproces advies landelijke werkgroep ANW-bereikbaarheid ggz bij niet-acute vragen

1) Advies bekostiging en financiering door NZa: de NZa levert een bekostigings- en financieringsadvies op naar aanleiding van deze inhoudelijke uitwerking. Dit advies wordt geagendeerd op het BO IZA van maart 2024. De landelijke werkgroep vraagt de NZa in ieder geval te adviseren over de volgende drie onderwerpen:

- Advies bekostiging ANW-bereikbaarheid voor eigen patiënten met CSP: ZPM of GMAP: de landelijke werkgroep is van mening dat component 1 van het voorkeursmodel (ANW-bereikbaarheid voor eigen patiënten met CSP) specialistische ggz is. Er is nog geen eenduidig beeld over de best passende bekostigingsparameter (ZPM-prestatie of binnen het GMAP-budget). Het betreffen niet-acute zorgvragen voor eigen patiënten, waardoor het ZPM de meest logische optie lijkt. De ANW-bereikbaarheid voor patiënten met een CSP zal regionaal op verschillende manieren worden vormgegeven.
- Advies bekostiging van componenten 2 en 3 van het voorkeursmodel, binnen de kaders van het Zorginstituut Nederland (ZiNL): het ZiNL heeft een advies²⁴ opgeleverd ten aanzien van de bekostiging van dergelijke zorg. Hierin laat het ZiNL de keuze aan de NZa om te bepalen de zorg vanuit het huisartsenbudget of ggz-budget wordt bekostigd. Op basis van de discussie in de landelijke werkgroep is er (nog) geen duidelijke voorkeur voor bekostiging van componenten 2 en 3 (Vergroten van het handelingsperspectief op de HAP en faciliteren van intercollegiaal overleg tussen de HAP en ggz in iedere regio) vanuit het huisartsendomein of ggz domein. Deze keuze is bepalend voor de toe te passen bekostigingsparameter.
 - Bekostiging vanuit het huisartsendomein sluit aan bij de verantwoordelijkheidsverdeling (U3 t/m U5 is de verantwoordelijkheid van de HAP) en voorkomt niet-efficiënte inzet van intercollegiaal overleg. Het wordt immers gefinancierd vanuit het HAP-budget. Daarmee leidt het onnodig veel inzetten ervan tot financiële 'pijn' bij de HAP. Een nadeel is dat er onderlinge verrekening vereist is tussen de HAP en de ggz-aanbieder, die de extra inzet levert.
 - Bekostiging vanuit het ggz-domein sluit aan bij directe vergoeding aan die partij die de extra inzet levert. Nadeel is dat er hierdoor een mismatch kan ontstaan tussen beschikbaar budget (afspraken tussen ggz-aanbieder en zorgverzekeraar) en de daadwerkelijk vereiste inzet (aantal keren intercollegiaal overleg op initiatief van de HAP).
- Advies financieringsafspraken t.a.v. adequate afspraken over vergoeding inzet: Voor alle componenten van het voorkeursmodel geldt dat er voldoende financiële middelen beschikbaar moeten zijn om de gevraagde ANW-bereikbaarheid te kunnen bieden. Hierbij rekening houdend met de krappe arbeidsmarkt en (dus) voorkomen dat deze inzet tijdens ANW-uren ten koste gaat van behandelcapaciteit overdag (zowel bij huisartsen als ggz). Ongeacht de keuze van de NZa voor een bekostigingsparameter dient er oog te zijn voor een passende vergoeding voor deze inzet, in het geval het tot meerkosten leidt voor huisartsen en/of ggz-aanbieder(s).

2) Achterbanraadpleging onder de betrokken branchepartijen: *Bijgaande notitie is op 13 oktober gedeeld met alle leden van de landelijke werkgroep en de deelnemers aan de interactieve sessies gedurende dit proces²⁵. Hun commentaar is verwerkt in de definitieve versie van de deze notitie.*

In de periode tussen vaststelling door de landelijke werkgroep (30 oktober 2023) en indiening van de stukken aan de IZA Thematafel Samenwerking tussen huisarts, ggz en sociaal domein (17 november

²⁴ Brief Zorginstituut Nederland aan de landelijke werkgroep, d.d. 6 oktober 2023

²⁵ Dit waren vertegenwoordigers vanuit leden van InEen, LHV, ZN en de Nederlandse ggz. Zij hebben, op uitnodiging van de landelijke werkgroep, meegedaan in twee interactieve 'Red Team sessies', in september en oktober 2023. Zie bijlage X voor de deelnemers.

2023) was er ruimte voor nadere achterbanraadpleging. De invulling hiervan is aan ieder lid van de landelijke werkgroep.

3a) & 3b) Besluitvormingsproces IZA: Dit advies wordt op 1 november ingediend voor de IZA Thematafel Samenwerking tussen huisarts, ggz en sociaal domein. Na akkoord aan deze Thematafel (15 november) wordt het document geagendeerd op het Bestuurlijk Overleg IZA op 4 december 2023. Naar verwachting wordt in dit overleg het voorkeursmodel definitief vastgesteld. Het voorkeursmodel wordt dan per 1-1-2025 geïmplementeerd. Partijen kunnen al in 2024 aan de slag met (de voorbereidingen van) de implementatie van het voorkeursmodel.

4) Uitwerking handreikingen contractering en implementatie: Na vaststelling in het Bestuurlijk Overleg IZA werkt de landelijke werkgroep de drie componenten van het voorkeursmodel nader uit. Hierbij krijgen zij wederom ondersteuning van adviesbureau Rebel. Onderstaande inhoudsopgave wordt aangevuld n.a.v. de uitkomsten de IZA Thematafel.

- *Handreiking contractering:* In lijn met de “Leidraad ‘Meer Tijd Voor de Patiënt’ (MTVP)” wordt deze handreiking opgesteld. De uitwerking sluit aan bij andere handreikingen in het kader van het IZA, zoals mentale gezondheidscentra en het verkennend gesprek. ZN heeft hierin de lead.
 - In deze handreiking is expliciet aandacht voor (contractering van) ggz-aanbieders die niet zijn aangesloten bij één van de IZA-partijen. Alle ggz-aanbieders (ook indien zij geen lid zijn van één van IZA-partijen) worden gehouden aan component 1 – ANW-bereikbaarheid voor eigen crisisgevoelige patiënten.
- *Handreiking implementatie:* De handreiking implementatie biedt HAP'en en ggz-aanbieders handvatten hoe zij alle componenten van de ANW-bereikbaarheid het beste kunnen inrichten. De Nederlandse ggz heeft hierin de lead. Deze handreiking is aanvullend op de handreiking contractering. Het bevat een nadere uitwerking van:
 - De rol van LHV, InEen, de Nederlandse ggz, Zorgverzekeraars Nederland, VWS en NZa in de implementatie van de ANW-bereikbaarheid voor niet-acute ggz zorgvragen
 - Vereiste ANW-bereikbaarheid van ggz-aanbieders voor crisisgevoelige patiënten in zorg, inclusief ‘best practices’ en een uitwerking hoe de ‘perverse prikkel’ wordt voorkomen dat aanbieders geen crisisgevoelige patiënten meer in zorg nemen, of voor deze patiënten geen crisissignaleringsplan opstellen
 - Nadere uitwerking regionale afspraken over ANW-bereikbaarheid tussen ggz-aanbieders
 - Afspraken over monitoren van implementatie van het besluit in alle regio's en evaluatie na 2 jaar over de effecten en de tevredenheid van partijen (en eventuele bijsturing indien nodig)
 - Landelijke kaders t.a.v. intercollegiaal overleg tussen HAP en GGZ
 - Landelijke kaders t.a.v. vergroten van het handelingsperspectief van de HAP.
 - Inrichting van de financieringsafspraken (n.a.v. NZa-advies en handreiking contractering).
 - Nadere uitwerking van de rol en de daaraan gekoppelde acties voor de ggz-aanbieder met crisisdienstfunctie, als regionaal regievoerder op deze IZA-afpraak

De landelijke werkgroep spreekt de ambitie uit dat de afspraken die voortvloeien uit het voorkeursmodel in 2025 in alle regio's geïmplementeerd zijn. Partijen kunnen al in 2024 aan de slag met (de voorbereidingen van) de implementatie van het voorkeursmodel, bijvoorbeeld binnen de bestaande contractafspraken of met behulp van transformatiemiddelen.

Bijlagen:

- Appendix 1 Nadere toelichting besluitvormingsproces landelijke werkgroep
- Appendix 2 Kwantitatieve analyse niet-acute ggz-vragen op een HAP
- Appendix 3 Beschrijving van verschillende modellen voor ANW-bereikbaarheid
- Appendix 4 Nadere uitwerking voorkeursmodel
- Appendix 5 Drie best practices uitgelicht
- Appendix 6 Geraadpleegde bronnen en gesprekspartners

Appendix 1 Nadere toelichting besluitvormingsproces landelijke werkgroep

De landelijke werkgroep is op basis van onderstaand plan van aanpak, in samenwerking met Rebel²⁶, tot een voorkeursmodel gekomen. Nadat het voorkeursmodel is vastgesteld volgt nog een vierde fase in het proces. Deze bestaat uit het uitwerken van het voorkeursmodel in twee handreikingen.

Fase 1: categoriseren (kaders voor beoordeling vaststellen)

Rebel heeft een toetsingskader en vier ideaaltypische modellen voor ANW-bereikbaarheid van de ggz ontwikkeld. De vier ideaaltypische modellen dienden om de uiterste, mogelijke invullingen vast te stellen. Hieraan voorafgaand is uitgebreid stilgestaan bij de aard en omvang van het probleem.

Het toetsingskader is door de landelijke werkgroep aangevuld en aangescherpt. Daarbij is ook gekeken naar welke criteria zwaarder wegen dan andere criteria (de dubbeltellende criteria en het 'knock out' criterium).

Fase 2: verrijken en verfijnen (aard en omvang vaststellen en eerste selectie van modellen)

In deze fase is meer inzicht in de aard en omvang van het probleem vergaard, op basis van interviews en databestanden van zowel huisartsenspoedposten als ggz-aanbieders (zie Appendix 2). Er zijn ook landelijke cijfers ingekocht bij het Nivel.

Daarnaast is besloten dat het sociaal domein buiten scope is bij de mogelijke modellen. Dit omdat het probleem zoals beschreven in het IZA zich richt op betere bereikbaarheid van de ggz en op betere afstemming met de huisarts(enspoedpost). Goede aansluiting op andere regionale (spoed)(zorg) voorzieningen, waaronder het sociaal domein, is wel één van de toetsingscriteria.

De vier ideaaltypische modellen uit fase 1 zijn door Rebel verwerkt in acht onderscheidende modellen. De landelijke werkgroep heeft dit teruggebracht tot zes modellen die in aanmerking komen voor beoordeling aan de hand van de toetsingscriteria (zie Appendix 3). Rebel heeft deze modellen verder uitgewerkt en gescoord. Deze scores zijn kritisch getoetst in een interactieve sessie ('Red Team sessie') waaraan vertegenwoordigers van huisartsen(posten), ggz-aanbieders en zorgverzekeraars deelnamen (zie Appendix 6). Op basis van hun input zijn meerdere modellen afgefallen. Ook zijn concrete uitgangspunten opgehaald waaraan het voorkeursmodel moet voldoen.

Fase 3: selecteren en kiezen (keuze voor voorkeursmodel en nadere uitwerking)

Rebel heeft alle input uit de eerste Red Team sessie verwerkt in een nadere uitwerking van het voorkeursmodel. In tweede interactieve Red Team sessie is deze uitwerking aangescherpt (zie Appendix 4). De deelnemers concludeerden dat de domeinafbakening tussen HAP en ggz-aanbieder scherp verwoord moet worden in landelijke kaders.

Alle input is verwerkt in een conceptadvies. Dit advies is gedeeld met de leden van de landelijke werkgroep en met de deelnemers van (één van) de Red Team sessie(s).

Fase 4: ontwerpen handreikingen (operationaliseren van het voorkeursmodel)

Na vaststelling aan de IZA-tafels de landelijke werkgroep samen met Rebel aan het opstellen van twee handreikingen, één voor de implementatie en één voor de contractering van het voorkeursmodel. De handreiking contractering sluit aan bij eerdere uitwerking van de MTVP-leidraad. De handreiking implementatie voor ggz-instellingen biedt praktische richtlijnen voor het opzetten van werkprocessen, zoals afspraken met huisartsenspoedposten, crisisdienstaanpassingen, samenwerking met regionale ggz-aanbieders, communicatie, en interne afdelingen.

²⁶ www.rebelgroup.com

Appendix 2 Kwantitatieve analyse niet-acute ggz-vragen op een HAP

BEKNOPTE SAMENVATTING

- 3,61% van de contacten op de HAP valt in ICPC-hoofdstuk psychische problemen, daarvan valt 80% in urgentieclassificatie U3 t/m U5.
- Er zijn verschillende binnenkomstklachten. Die hebben vaak met stress, paniek, angst te maken. In mindere mate met middelenmisbruik of psychische stoornissen.
- De mensen komen gelijk verdeeld over het jaar. De meeste vragen komen op zaterdag- en zondag overdag, of doordeweeks in de avonden. Er zijn nauwelijks contacten in de nacht.
- De triage duurt meestal tussen de 5 en 20 minuten, nooit meer dan een half uur. In 75% van de gevallen heeft het geleid tot een telefonisch consult.

Geanalyseerde gegevens

Periode en verzorgingsgebied

- De geanalyseerde data is verzameld over de periode juli 2022 t/m juni 2023
- Het betreft contacten van een grote huisartsenspoedpost met een verzorgingsgebied van ca. 1,3 miljoen inwoners

Aandeel ICPC-hoofdstuk psychische problemen & vergelijkbaarheid met landelijk

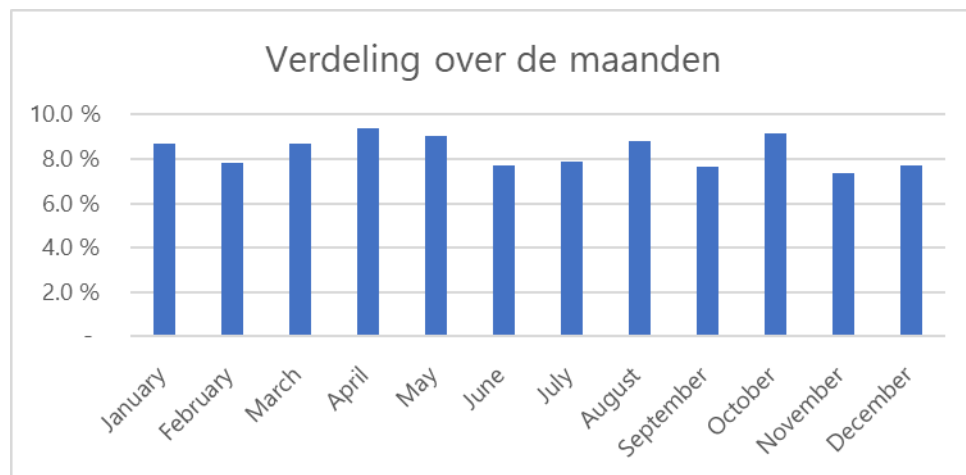
- Het bestand bevat 291.699 contacten, waarvan er 9.314 in ICPC-hoofdstuk P vielen (3,19% van het totaal)
- Van de 9.314 contacten met ICPC-hoofdstuk P waren er 7.611 met urgentieclassificatie U3 t/m U5 (80,64% van het totaal binnen ICPC-hoofdstuk P).
 - 18% was U3
 - 3% was U4
 - 59% was U5
- Dit is 6,0 contacten per 1.000 inwoners. Dit komt exact overeen met het Nederlandse gemiddelde over 2022 (5,9 contacten per 1.000 inwoners binnen deze categorie, o.b.v. Nivel-cijfers).

Nadere analyse contacten binnen ICPC-hoofdstuk P - U3 t/m U5

De volgende uitspraken hebben alleen betrekking op contacten ICPC-categorie P met urgentieclassificatie U3 t/m U5

Verdeling over de maanden van het jaar

Het aantal contacten was zeer gelijk verspreid over de maanden van het jaar .



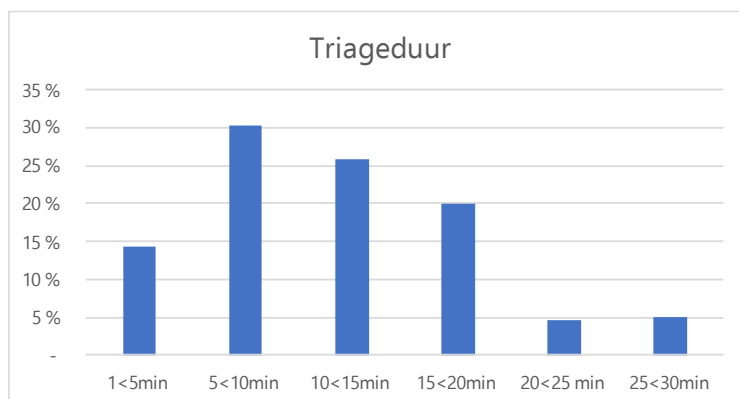
Verdeling over de week: dagen en tijdstippen

- Op zaterdag en zondag vindt elk ca. 25% van de contacten plaats
- Het is het drukst in het weekend overdag tussen 9 en 18 uur
- Het is 's avonds (zowel doordeweeks en in het weekend) drukker dan 's nachts

	Zo	Ma	Di	Wo	Do	Vr	Za
00-01u	0.79 %	0.79 %	0.64 %	0.69 %	0.72 %	0.73 %	0.88 %
01-02u	0.67 %	0.39 %	0.40 %	0.40 %	0.55 %	0.47 %	0.80 %
02-03u	0.67 %	0.33 %	0.41 %	0.48 %	0.41 %	0.37 %	0.56 %
03-04u	0.48 %	0.40 %	0.35 %	0.35 %	0.32 %	0.37 %	0.56 %
04-05u	0.37 %	0.25 %	0.20 %	0.37 %	0.24 %	0.29 %	0.49 %
05-06u	0.43 %	0.27 %	0.08 %	0.23 %	0.17 %	0.32 %	0.23 %
06-07u	0.44 %	0.17 %	0.15 %	0.17 %	0.27 %	0.16 %	0.31 %
07-08u	0.49 %	0.23 %	0.15 %	0.11 %	0.12 %	0.16 %	0.43 %
08-09u	1.11 %	0.07 %	0.01 %	-	0.04 %	-	0.88 %
09-10u	1.09 %	0.08 %	-	-	0.01 %	-	1.61 %
10-11u	1.36 %	0.08 %	-	-	0.07 %	-	1.50 %
11-12u	1.53 %	0.05 %	-	-	0.09 %	-	1.78 %
12-13u	1.49 %	0.17 %	-	-	0.04 %	-	1.40 %
13-14u	1.54 %	0.12 %	-	-	0.04 %	-	1.68 %
14-15u	1.32 %	0.07 %	-	-	0.03 %	-	1.65 %
15-16u	1.16 %	0.04 %	-	-	0.05 %	-	1.37 %
16-17u	1.36 %	0.05 %	-	-	0.04 %	0.01 %	1.60 %
17-18u	1.22 %	0.88 %	0.92 %	0.93 %	0.87 %	1.13 %	1.69 %
18-19u	1.24 %	1.08 %	1.14 %	1.09 %	0.77 %	1.21 %	1.07 %
19-20u	1.20 %	1.14 %	1.14 %	0.87 %	1.00 %	1.22 %	1.34 %
20-21u	1.26 %	1.07 %	1.16 %	1.08 %	1.07 %	1.33 %	1.22 %
21-22u	1.18 %	0.75 %	1.16 %	0.95 %	0.96 %	1.08 %	1.16 %
22-23u	1.08 %	1.14 %	1.08 %	1.14 %	0.76 %	1.08 %	1.03 %
23-00u	0.85 %	0.64 %	0.64 %	0.85 %	0.67 %	0.87 %	0.76 %
Totaal	24.32%	10.25%	9.63%	9.71%	9.29%	10.81%	25.99%

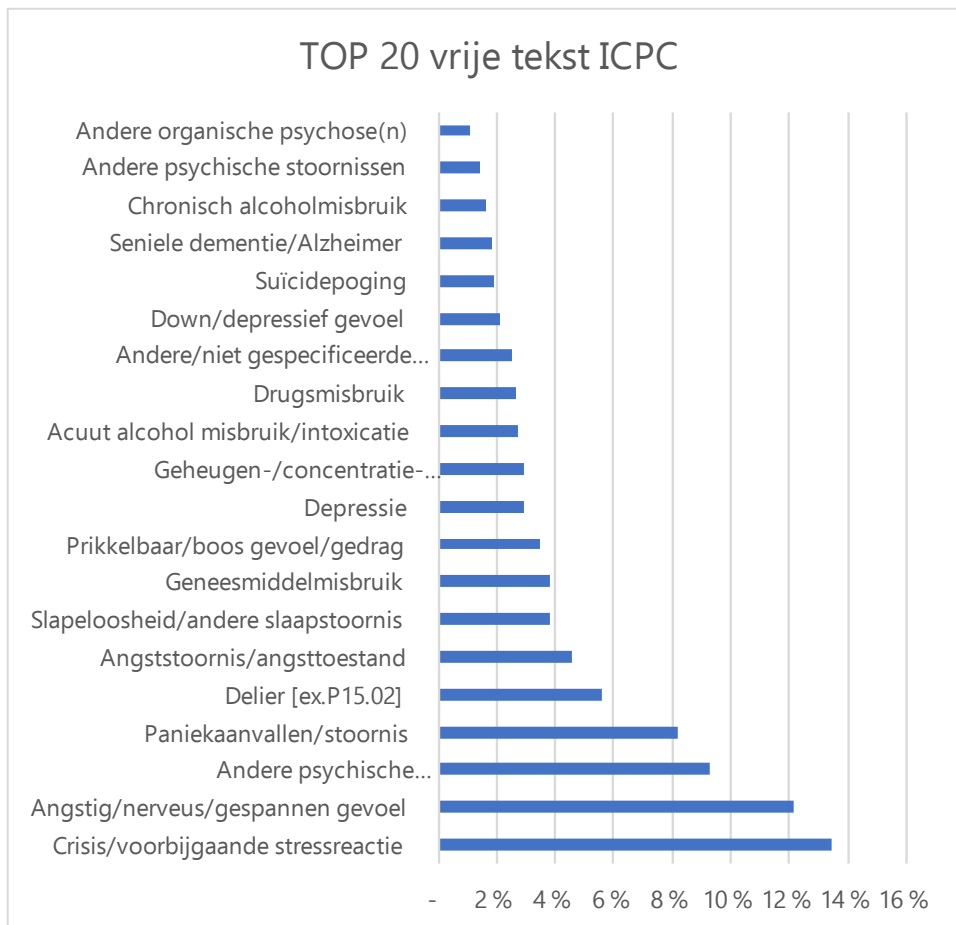
Triageduur

De triage duurde gemiddeld 12 minuten, met een standaardafwijking van 6,5 minuut. Triages duurden zelden langer dan een half uur.



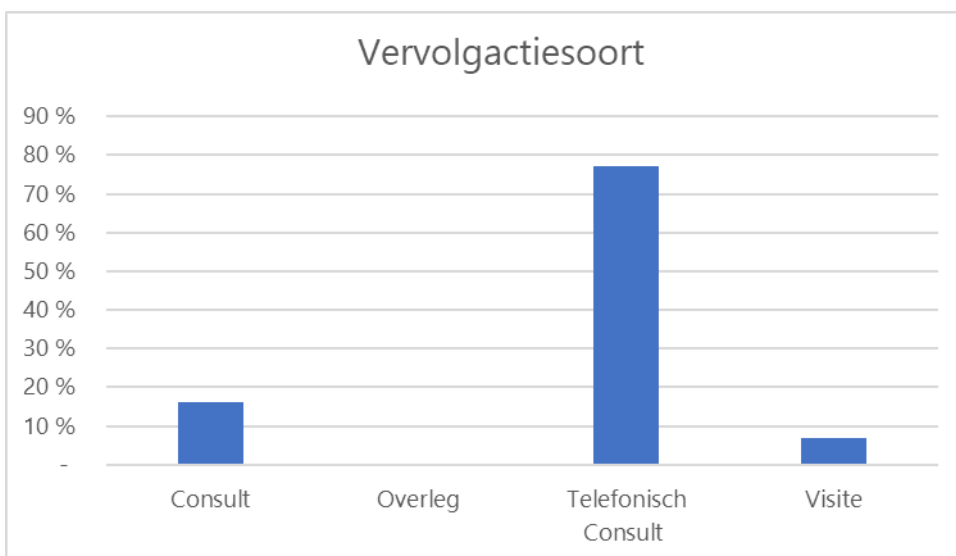
Binnenkomstklachten

Er zijn verschillende binnenkomstklachten. Die hebben vaak te maken met stress, paniek of angst. In mindere mate speelden middelenmisbruik of psychische stoornissen een rol.



Vervolgacties

In grofweg 75% van gevallen leidt de triage tot een telefonisch consult (veelal telefonisch zelfzorgadvies). Ongeveer 7% leidt tot een visite; 13% leidt tot een consult van de huisarts.



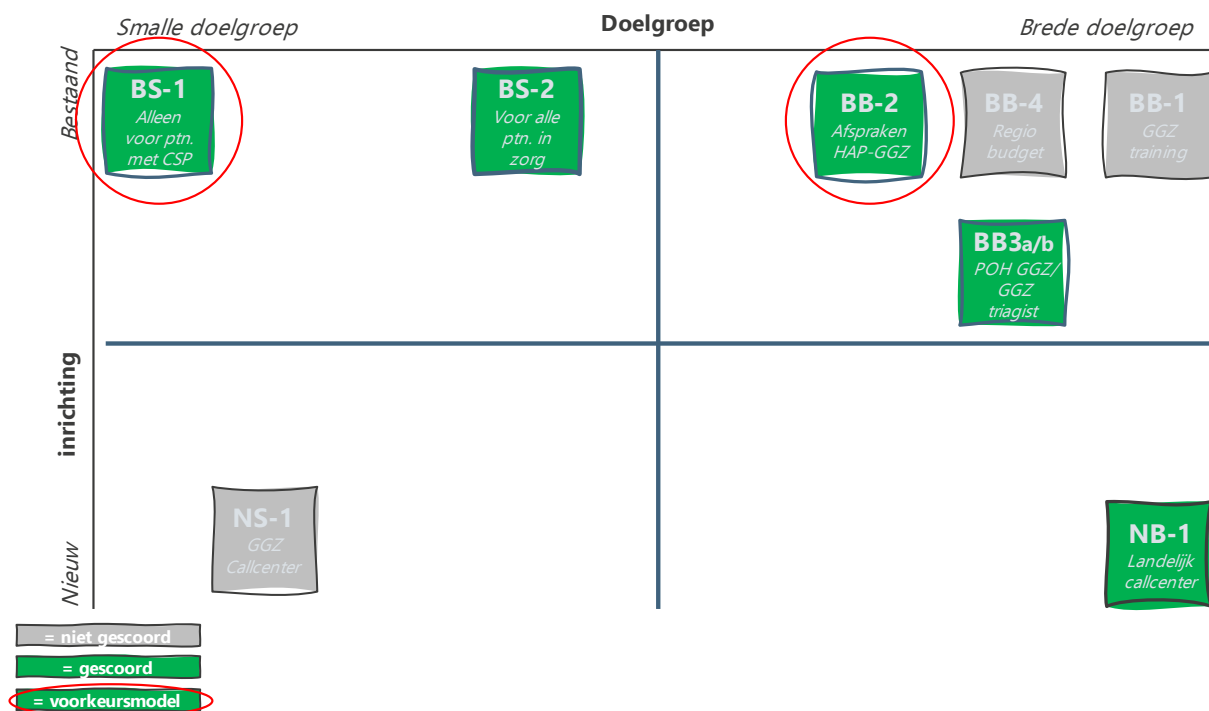
Appendix 3 Beschrijving van verschillende modellen voor ANW-bereikbaarheid

Deze bijlage bevat een overzicht van alle mogelijke modellen, zoals besproken in de landelijke werkgroep. Deze zijn onderverdeeld in de volgende 3 categorieën:

1. niet gescoorde modellen,
2. gescoorde modellen
3. het voorkeursmodel.

Ieder model bevat een beknopte omschrijving van het model, inclusief toelichting op de score (indien van toepassing). Bij de voorkeusmodellen staat de score onder het model.

In onderstaand schema (Figuur 5) staan alle modellen geplot op een assenstelsel. Dit geeft aan in hoeverre het model een smalle doelgroep (bijvoorbeeld alleen patiënten in zorg, met een crisissignaleringsplan) of brede doelgroep (alle bellers naar een HAP) bedient. De y-as geeft aan of het model binnen een bestaande inrichting (HAP, ggz-crisisdienst of anderszins) of in een nieuwe inrichting (bijvoorbeeld apart callcenter) past.



Figuur 5: De verschillende modellen geplot op een assenstelsel met onderscheid naar doelgroep en inrichting

Niet gescoorde modellen

Model BB-1	GGZ-training voor HAP-triagist
Soort ANW-bereikbaarheid	Bereikbaarheid voor brede doelgroep, bestaande inrichting
Korte beschrijving	Triagisten van de HAP krijgen een aanvullende ggz-triage training. Doel is een goede inschatting maken van de urgentiegraad van de psychische problematiek en de-escalerende gesprekstechnieken richting de beller met psychische problematiek. Bijvoorbeeld: uitgebreide initiële training met jaarlijkse opfriscursus en/of intervisie. Tijdens iedere HAP-dienst is er minimaal één triagist aanwezig die deze training heeft gevolgd. Alle triagisten kunnen afstemmen met deze triagist om te kijken of doorzetten naar de crisisdienst vereist is.
Element	Invulling
Doelgroep	1. Niet-acute patiënten met spoed (U2 t/m U5), al dan niet in zorg c.q. doorverwezen naar de ggz 2. Patiënten met zorgvraag vanuit sociaal-maatschappelijk probleem (U2 t/m U5)
Positionering en logistiek	GGZ-triage en de-escalerende gesprekstechnieken worden toegevoegd aan bestaande HAP-personeelsbestand
Ingezette personeelsmix	HAP-triagist met aanvullende training (minimaal één fysiek aanwezig op de HAP)
Verdeling Taken & Verantwoordelijkheden	Onder verantwoordelijkheid van de huisarts/regiearts op de HAP
Registratievereisten	Geen extra ten opzichte van huidige registratievereisten op de HAP Geen nieuwe bekostigingsparameter vereist
Bekostiging ('domein')	Huisartsenzorg, met toevoeging van kostendeekkende bijdrage voor (jaarlijkse) training

Dit model is niet gescoord

De landelijke werkgroep concludeert dat dit model het probleem van de HAP onvoldoende oplost. Het model valt derhalve af o.b.v. het 'knock-out' criterium.

Model BB-4 HAP krijgt budget voor versterking ggz-kennis	
Soort ANW-bereikbaarheid	Bereikbaarheid voor brede doelgroep, bestaande inrichting
Korte beschrijving	Iedere HAP krijgt een budget voor het versterken van ggz-kennis in de ANW-uren, op basis van aantal inwoners in haar verzorgingsgebied (x euro per 100.000 inwoners). Binnen dit tarief is de HAP vrij om ggz-kennis toe te voegen, bijvoorbeeld door: - Inzet van de POH-GGZ Spoed of IHT-professional op de HAP - Afspraken te maken met de ggz-crisisdienst voor extra bereikbaarheid voor niet-acute vragen - HAP-triagisten te trainen - SPV'ers met ggz-crisisdienst ervaring om te scholen naar dubbelfunctie met 'reguliere' HAP-triage - Etc.
Element	Invulling
Doelgroep	1. Niet-acute patiënten met spoed (U2 t/m U5), al dan niet in zorg c.q. doorverwezen naar de ggz 2. Patiënten met zorgvraag vanuit sociaal-maatschappelijk probleem (U2 t/m U5)
Positionering en logistiek	GGZ-kennis naar eigen inzicht van de HAP toe te voegen aan de bestaande HAP-structuur
Ingezette personeelsmix	Nader te bepalen
Verdeling Taken & Verantwoordelijkheden	Onder verantwoordelijkheid van de huisarts/regiearts op de HAP
Registratievereisten	Geen extra ten opzichte van huidige registratievereisten op de HAP
Bekostiging ('domein')	Huisartsenzorg ('lumpsum vergoeding') Indien relevant: onderlinge dienstverlening tussen HAP en ggz(-crisisdienst)

Dit model is niet gescoord

De landelijke werkgroep oordeelt dat dit model voornamelijk een uitvoeringsoptie is i.p.v. een onderscheidende inrichtingskeuze *(de genoemde opties komen terug in de regionale vrijheden van het voorkeursmodel)*

Model NS-1 GGZ sluit aan bij een aparte entiteit voor niet-acute ggz-vragen	
Soort ANW-bereikbaarheid	Bereikbaarheid voor smalle doelgroep: patiënten in zorg met crisissignaleringsplan, nieuwe inrichting
Korte beschrijving	Patiënten die in zorg zijn bij een ggz-instelling krijgen, op inschatting van de behandelaar, een telefoonnummer dat zij kunnen bellen wanneer zij in crisis dreigen te raken. Dit nummer is van een bovenregionaal c.q. landelijk callcenter voor niet-acute ggz-vragen. Hier zitten GGZ-professionals met kennis van acute psychiatrie, bijvoorbeeld (oud)medewerkers van de ggz-crisisdienst of IHT-team Deze GGZ-professional handelt niet-acute meldingen af, door zowel triage als, indien vereist, telefonisch advies te geven. Indien de situatie alsnog acuut blijkt, kan de GGZ-professional doorzetten naar ggz-crisisdienst of SEH in de regio waar de patiënt is. - De GGZ-professional geeft standaard terugkoppeling aan de eigen behandelaar van de patiënt.
Element	Invulling
Doelgroep	Patiënten die al in zorg zijn bij de ggz met (hoge) crisisgevoeligheid. Hiervoor zijn afspraken gemaakt in een crisissignaleringsplan (CSP).
Positionering en logistiek	GGZ-professional op afstand bereikbaar voor patiënt, vanuit aparte entiteit
Ingezette personeelsmix	BIG-geregistreerde ggz-professional met ervaring met (bv.) Intensive Home Treatment of crisisdienst
Verdeling Taken & Verantwoordelijkheden	Onder verantwoordelijkheid van een psychiater, verbonden aan het callcenter (op afstand)
Registratievereisten	GGZ-professional moet gegevens kunnen inzien van patiënt (CSP) Er moet een registratiesysteem komen voor de GGZ-professionals van het callcenter. Hierin moeten in ieder geval consulten en follow-up herleidbaar zijn GGZ-professional moet ZPM-consult kunnen registreren namens ggz-instelling van patiënt of inzet op andere manier kunnen verrekenen met de ggz-instelling
Bekostiging ('domein')	GGZ

Dit model is niet gescoord

De landelijke werkgroep oordeelt dat dit model voornamelijk een uitvoeringsoptie is voor een ggz-aanbieder, i.p.v. een onderscheidende inrichtingskeuze.

Gescoorde modellen

Model BB-3a	HAP zet POH-GGZ Spoed in (huisartsendomein)
Soort ANW-bereikbaarheid	Bereikbaarheid voor brede doelgroep; bestaande inrichting
Korte beschrijving	Triagisten van de HAP krijgen de mogelijkheid om, in afstemming met de huisarts/regiearts van de HAP, patiënten/naasten door te verwijzen naar een POH-GGZ Spoed. Deze ggz-professional handelt dergelijke niet-acute meldingen af. De POH-GGZ Spoed biedt zowel triage als, indien vereist, telefonisch advies. Indien de situatie alsnog acuut blijkt, kan de POH-GGZ Spoed doorzetten naar ggz-crisisdienst of SEH. POH-GGZ Spoed koppelt terug aan de huisarts van de patiënt. De POH-GGZ Spoed kan fysiek aanwezig zijn op de HAP, of virtueel aansluiten bij de HAP (= in te bellen door HAP via een centraal telefoonnummer).
Element	Invulling
Doelgroep	1. Niet-acute patiënten met spoed (U2 t/m U5), al dan niet in zorg c.q. doorverwezen naar de ggz 2. Patiënten met zorgvraag vanuit sociaal-maatschappelijk probleem (U2 t/m U5)
Positionering en logistiek	POH-GGZ Spoed (ggz-professional) wordt (virtueel) toegevoegd aan bestaande HAP-structuur
Ingezette personeelsmix	BIG-geregistreerde SPV, met ervaring in acute psychiatrie (of soortgelijke achtergrond)
Verdeling Taken & Verantwoordelijkheden	Onder verantwoordelijkheid van de huisarts/regiearts op de HAP
Registratievereisten	POH-GGZ Spoed moet kunnen werken in EPD van de HAP Consulten en follow-up van POH-GGZ Spoed moeten herleidbaar zijn Afhankelijk van vergoeding o.b.v. beschikbaarheid of inzet gelden nog aanvullende registratievereisten
Bekostiging ('domein')	Huisartsenzorg (mogelijk met overheveling uit macrokader ggz voor financiering)

Dit model is gescoord, maar is niet het voorkeursmodel geworden

Samenvatting score: Model BB-3a vereist een deskundige functionaris, de toegankelijkheid wordt bevorderd door de fysieke aanwezigheid van een POH-GGZ spoed. Tijdig en passend advies is mogelijk met toegang tot GGZ-informatie in huisartsendossiers. Flexibiliteit en opschaling variëren afhankelijk van de behoefte van de HAP en locatie van de ondersteuner. Het model zorgt voor constante ondersteuning van de HAP. Het model is effectief voor huisartsen als de randvoorwaarden, zoals de kennis van de POH-GGZ en dossierinzage, goed zijn.

Conclusie: Red Teams concluderen dat het positief is dat binnen dit model een landelijk een keuze wordt gemaakt binnen welk domein de verantwoordelijkheid ligt (huisarts of ggz). Model is vanwege ontbreken regionale context niet wenselijk.

Voor de invulling van component 2 (of 3), zien de Red Teams het toevoegen van een POH-GGZ Spoed als optie voor regio's met een groter volume aan vragen tijdens ANW-uren.

Model BB-3b	HAP zet GGZ-triagist in (ggz-domein)
Soort ANW-bereikbaarheid	Bereikbaarheid voor brede doelgroep, bestaande inrichting
Korte beschrijving	Triagisten van de HAP krijgen de mogelijkheid om, in afstemming met de huisarts/regiearts, patiënten/naasten door te verwijzen naar een GGZ-triagist. Dit is een ggz-professional met kennis van acute psychiatrie, bijvoorbeeld vanuit het Intensive Home Treatment (IHT) team. Deze ggz-professional biedt zowel triage als, indien vereist, telefonisch advies. Indien de situatie alsnog acuut blijkt, kan de GGZ-triagist doorzetten naar ggz-crisisdienst of SEH. De ggz-triagist koppelt terug aan de huisarts van de patiënt. De GGZ-triagist kan fysiek aanwezig zijn op de HAP, of virtueel aansluiten bij de HAP (= in te bellen door HAP via een centraal telefoonnummer).
Element	Invulling
Doelgroep	1. Niet-acute patiënten met spoed (U2 t/m U5), al dan niet in zorg c.q. doorverwezen naar de ggz 2. Patiënten met zorgvraag vanuit sociaal-maatschappelijk probleem (U2 t/m U5)
Positionering en logistiek	GGZ-triagist (ggz-professional) wordt (virtueel) toegevoegd aan bestaande HAP-structuur
Ingezette personeelsmix	BIG-geregistreerde ggz-professional, met ervaring met (bv.) Intensive Home Treatment
Verdeling Taken & Verantwoordelijkheden	Onder verantwoordelijkheid van de huisarts/regiearts op de HAP óf Onder verantwoordelijkheid van de psychiater van de ggz-crisisdienst (op afstand)
Registratievereisten	GGZ-triagist moet kunnen werken in het EPD van de HAP Consulten en follow-up van de GGZ-triagist moeten herleidbaar zijn Afhankelijk van de vergoeding o.b.v. beschikbaarheid en inzet, gelden er mogelijk nog aanvullende registratievereisten
Bekostiging ('domein')	GGZ

Dit model is gescoord, maar is niet het voorkeursmodel geworden

Model BB-3a vereist een deskundige functionaris, de toegankelijkheid wordt bevorderd door de fysieke aanwezigheid van een POH-GGZ.

Samenvatting score: Model BB-3b vereist een deskundige functionaris, de toegankelijkheid wordt bevorderd door de fysieke aanwezigheid van een POH-GGZ. Model BB-3b heeft voordelen boven BB-3a qua ANW-capaciteit. Het model is effectief voor huisartsen als de randvoorwaarden, zoals de kennis van de POH-GGZ en dossierinzage, goed zijn.

Conclusie: Red Teams concluderen dat het positief is dat binnen dit model een landelijk een keuze wordt gemaakt binnen welk domein de verantwoordelijkheid ligt. Vanwege het ontbreken van regionale context is dit model niet wenselijk.

Voor de invulling van component 2 (of 3), zien de Red Teams het toevoegen van een POH-GGZ Spoed als optie voor regio's met een groter volume aan vragen tijdens ANW-uren.

Model NB-1 Aansluiten bij een aparte entiteit voor niet-acute ggz-vragen	
Soort ANW-bereikbaarheid	Bereikbaarheid voor brede doelgroep, nieuwe inrichting
Korte beschrijving	Triagisten van de HAP krijgen de mogelijkheid om, in afstemming met de huisarts/regiearts, patiënten/naasten door te verwijzen naar (bijvoorbeeld) een bovenregionaal c.q. landelijk callcenter voor niet-acute ggz-vragen. Ook ggz-crisisdiensten kunnen naar deze entiteit verwijzen. Binnen deze entiteit werken GGZ-professionals met kennis van acute psychiatrie, bijvoorbeeld (oud)medewerkers van de ggz-crisisdienst of IHT-team. Deze GGZ-professional biedt zowel triage als, indien vereist, telefonisch advies. Indien de situatie alsnog acuut blijkt, kan de GGZ-professional doorzetten naar ggz-crisisdienst of SEH in de regio waar de patiënt is. De ggz-professional koppelt terug aan de huisarts van de patiënt.
Element	Invulling
Doelgroep	1. Niet-acute patiënten met spoed (U2 t/m U5), al dan niet in zorg c.q. doorverwezen naar de ggz 2. Patiënten met zorgvraag vanuit sociaal-maatschappelijk probleem (U2 t/m U5)
Positionering en logistiek	GGZ-professional op afstand bereikbaar voor HAP en ggz-crisisdienst, vanuit aparte entiteit
Ingezette personeelsmix	BIG-geregistreerde ggz-professional met ervaring met (bv.) Intensive Home Treatment of crisisdienst
Verdeling Taken & Verantwoordelijkheden	Onder verantwoordelijkheid van een psychiater, (op afstand) verbonden aan de entiteit
Registratievereisten	GGZ-professional moet gegevens kunnen uitwisselen met de HAP Er moet een registratiesysteem komen voor de GGZ-professionals van de aparte entiteit. Hierin moeten in ieder geval consulten en follow-up herleidbaar zijn Nieuwe bekostigingsparameter vereist in huisartsenzorg en/of ggz-domein
Bekostiging ('domein')	GGZ of huisartsenzorg

Dit model is gescoord, maar is niet het voorkeursmodel geworden

Samenvatting score: Het Red Team ervaart dit model als te afstandelijk en anoniem, wat ervoor zorgt dat patiënten mogelijk naar de HAP terugkomen. Het ontbreken van regionale betrokkenheid en de hoge registratie- en ICT-vereisten leiden tot negatieve beoordelingen. Deze nieuwe organisatievorm zorgt voor aanzienlijke transitielasten. Vanwege het ontbreken van regionale context wordt de capaciteit om onnodig zorggebruik te voorkomen betwist. Er ontbreekt een logische opvolging voor de hulpvraag tijdens kantoortijden. Het model past bovendien niet binnen de uitgangspunten het IZA, omdat het geen zorg nabij en geen regionale oplossing biedt.

Conclusie: De Red Teams concluderen dat dit model in theorie een effectieve oplossing lijkt, maar in de praktijk niet wenselijk is, gezien de uitvoerbaarheid van het model. De regionale context is onvoldoende aanwezig om effectief te kunnen triageren en de-escaleren. Het model heeft géén draagvlak onder de Red Teams.

Model BS-2 ANW-bereikbaarheid voor alle patiënten in zorg	
Soort ANW-bereikbaarheid	Bereikbaarheid voor smalle doelgroep: patiënten in zorg; bestaande inrichting
Korte beschrijving	Patiënten die in zorg zijn bij een ggz-instelling kunnen ook in ANW-uren contact opnemen. Om onnodig gebruik te voorkomen, is hierbij een vorm van zelfscreening vereist (app, keuzemenu, etc.) Afhankelijk van de uitkomst van de screening, kan de patiënt contact opnemen met de ggz-crisisdienst of ontvangt hij/zij zelfzorgadvies. De triagist van de crisisdienst gebruikt de uitkomsten van de zelfscreening bij contact. De ggz-crisisdienst staat deze patiënten/naasten te woord (triage en telefonisch advies); ook indien de vraag niet voldoende acuut is volgens de GMAP. De ggz-crisisdienst geeft standaard terugkoppeling aan de eigen behandelaar van de patiënt.
Element	Invulling
Doelgroep	Patiënten die al in zorg zijn bij de ggz-aanbieder (eventueel te beperken tot patiënten met (hoge) crisisgevoeligheid)
Positionering en logistiek	Bereikbaarheid tijdens ANW-uren (telefonisch, digitaal, anderszins), met zelfscreening als triage-instrument ter voorkoming van onnodig gebruik
Ingezette personeelsmix	GGZ-professional met ANW-dienst, bijvoorbeeld kliniek, IHT of crisisdienst
Verdeling Taken & Verantwoordelijkheden	Onder verantwoordelijkheid van de psychiater van de ggz-crisisdienst
Registratievereisten	Nieuwe bekostigingsparameter vereist voor ggz-crisisdienst (consult niet-acuut binnen budget)
Bekostiging ('domein')	GGZ

Dit model is gescoord, maar is niet het voorkeursmodel geworden

Samenvatting score: Uitdaging binnen dit model is het definiëren van taken en verantwoordelijkheden, vooral voor kleine ggz-aanbieders. Dit model verbetert toegankelijkheid maar lost niet alle problemen op, vooral bij patiënten onder invloed en op de wachtlijst. Er zijn zorgen over registratie- en ICT-eisen. Implementatie is mogelijk via regionale samenwerkingsafspraken, alhoewel dit aanzienlijke transitielasten met zich meebrengt.

Conclusie: De Red Teams concluderen dat dit model niet wenselijk is omdat het model kansen biedt, maar ook grote risico's met zich meebrengt. Daarnaast zien zij dit model als een mechanisme dat de bereikbaarheid van de ene overbelaste plek naar de andere plek overdraagt. Het model heeft géén draagvlak onder de Red Teams.

Voorkeursmodel

Model BS-1		Patiënten met crisissignaleringsplan krijgen een ANW-telefoonnummer
Soort ANW-bereikbaarheid		Bereikbaarheid voor smalle doelgroep: patiënten in zorg met crisissignaleringsplan; bestaande inrichting
Korte beschrijving		Patiënten die in zorg zijn bij een ggz-instelling krijgen, op inschatting van de behandelaar, een telefoonnummer dat zij kunnen bellen wanneer zij in crisis dreigen te raken. Hierbij maken de patiënt en de behandelaar afspraken over toegang tot het dossier van de patiënt, indien deze het ANW-bereikbaarheidsnummer belt. Het ANW-telefoonnummer wordt beheerd door een ggz-professional, aanvullend op een bestaande ANW-dienst. Dit kan een verpleegkundige op de kliniek zijn, een IHT-team medewerker of een medewerker van de ggz-crisisdienst. Terugkoppeling aan de eigen behandelaar is standaard. Behandelaar en patiënt maken goede afspraken over passend gebruik van dit nummer.
Element		Invulling
Doelgroep		Patiënten die al in zorg zijn bij de ggz met (hoge) crisisgevoeligheid. Hiervoor zijn afspraken gemaakt in een crisissignaleringsplan (CSP).
Positionering en logistiek		Crisisgevoelige patiënten krijgen preventief een telefoonnummer. Het beantwoorden van deze telefoon wordt geïntegreerd in een bestaande ANW-dienst.
Ingezette personeelsmix		GGZ-professional met ANW-dienst, bijvoorbeeld kliniek, IHT of crisisdienst
Verdeling Taken & Verantwoordelijkheden		Onder verantwoordelijkheid van de psychiater van de ggz-crisisdienst (op afstand)
Registratievereisten		Geen extra ten opzichte van huidige registratievereisten. Registratie kan in het ZPM, mits de patiënt in zorg is bij de ggz-instelling.
Bekostiging ('domein')		GGZ (ZPM of GMAP)

Dit model is de eerste component van het voorkeursmodel.

Zie Appendix 4 voor een uitgebreide beoordeling van dit model.

Model BB-2 HAP en ggz maken onderling afspraken	
Soort ANW-bereikbaarheid	Bereikbaarheid voor brede doelgroep; bestaande inrichting
Korte beschrijving	HAP en regionale ggz-instelling(en) met crisisdienst maken o.b.v. landelijke kaders concrete, regionale afspraken over de aanvullende inzet van ggz-expertise voor niet-acute vragen rondom psychische problematiek (urgentieclassificatie U3 t/m U5 in ICPC-hoofdstuk P). Dit betreft intercollegiaal overleg tussen professionals (HAP-triagist met APH-triagist of huisarts met psychiater). In uitzonderlijke gevallen zet de HAP een patiënt met niet-acute klachten door naar de ggz-crisisdienst. HAP en ggz-instelling(en) maken afspraken over minimale eisen van periodieke monitoring, evaluatie o.b.v. casuïstiek, eventuele aanvullende inzet van ggz-expertise in de HAP c.q. (versneld) doorzetten van bellers.
Element	Invulling
Doelgroep	1. Niet-acute patiënten met spoed (U3 t/m U5), al dan niet in zorg c.q. doorverwezen naar de ggz 2. Patiënten met zorgvraag vanuit sociaal-maatschappelijk probleem (U3 t/m U5)
Positionering en logistiek	Mogelijkheid om ook bij niet-acute vragen intercollegiaal overleg te voeren met ggz-professional of –in uitzonderlijke gevallen- door te kunnen verwijzen naar de ggz-crisisdienst
Ingezette personeelsmix	HAP-triagist en (bestaande) ggz professional met ANW-dienst werken samen om concreet handelingsperspectief te vergroten
Verdeling Taken & Verantwoordelijkheden	Onder verantwoordelijkheid van de huisarts/regiearts op de HAP; onder verantwoordelijkheid van de psychiater na doorverwijzing van de patiënt/naaste
Registratievereisten	Geen extra ten opzichte van huidige registratievereisten op de HAP
Bekostiging ('domein')	Lumpsum financiering binnen huisartsendomein o.b.v. inwonersaantal en historisch aantal contacten

Dit model is de derde component van het voorkeursmodel.

Zie Appendix 4 voor een uitgebreide beoordeling van dit model.

Appendix 4 Nadere uitwerking voorkeursmodel

Deze bijlage bevat de score van de twee componenten van het voorkeursmodel en stroomschema's van de mogelijke samenwerkingen tussen HAP en ggz-aanbieder binnen dit voorkeursmodel.

Score toetsingskader eerste component voorkeursmodel: Patiënten met crisissignaleringsplan krijgen een ANW-telefoonnummer

BS-1: Patiënten met crisissignaleringsplan krijgen een ANW-telefoonnummer	Nieuwe score	Uitleg
Model is goed en eenvoudig toegankelijk voor huisarts(enpost)	Zeer positief (++)	Dit model zorgt ervoor dat een deel van de patiënten niet meer contact hoeft op te nemen met de HAP. Wanneer dit toch gebeurt, kan de HAP alsnog doorverwijzen naar de ggz.
Model is eenvoudig te gebruiken voor betrokken professionals, incl. heldere afbakening van taken en verantwoordelijkheden	Positief (+)	Binnen dit model zijn goede afspraken te maken over heldere afbakening van taken en verantwoordelijkheden.
Model is in staat (in de toekomst) goed aan te sluiten op andere (spoed)zorgvoorzieningen (o.a. ZCC, Mentale gezondheidscentra, Meldpunt Zorgwekkend Gedrag)	Neutraal (0)	Deze vorm van ANW-bereikbaarheid is op termijn in te passen in multidisciplinaire (spoed)zorgvoorzieningen.
Uitvoer van het model vraagt weinig nieuwe registratie- en ICT-vereisten (nieuwe registraties in bestaande systemen en/of nieuwe bekostigingsparameters)	Neutraal (o) tot positief (+)	Wanneer patiënt toch belt naar HAP i.p.v. eigen instelling moet de HAP kunnen zien dat patiënt CSP heeft. De vraag is of dit in de praktijk mogelijk is.
Model is eenvoudig toegankelijk voor patiënten en naasten	Positief (+)	Patiënt met CSP heeft het ANW-bereikbaarheidsnummer.
Model kan vragen van patiënten en naasten voldoende goed beantwoorden (Tijdig en passend advies)	Positief (+)	Door CSP en inzage hierin kan men tijdig en passende zorg bieden wanneer patiënt het ANW-telefoonnummer belt
Flexibiliteit van het model (T.a.v. opschaling en beantwoording van soorten zorgvragen)	Positief (+)	Door monitoring is o.a. het volume van vragen inzichtelijk, hierdoor is het model flexibel en goed in staat op en af te schalen.
Model voorkomt onnodig (zorg)gebruik tijdens ANW-uren	Positief (+)	Dit kan goed gemonitord worden. Patiënt en behandelaar kunnen worden aangesproken wanneer de patiënt veel en/of onnodig belt
Model heeft een beperkte transitielast (Impact van vereiste veranderingen voor betrokken organisaties)	Positief (+)	Transitielast is relatief laag voor instellingen die al ANW-bereikbaarheid bieden.
De vereiste extra ANW-bereikbaarheidscapaciteit van het model is beperkt	Positief (+)	Ligt aan de regionale invulling van het model. Maar goed toepasbaar op volume van de regio en goed te monitoren. De vereiste extra capaciteit zal in veel gevallen beperkt zijn.

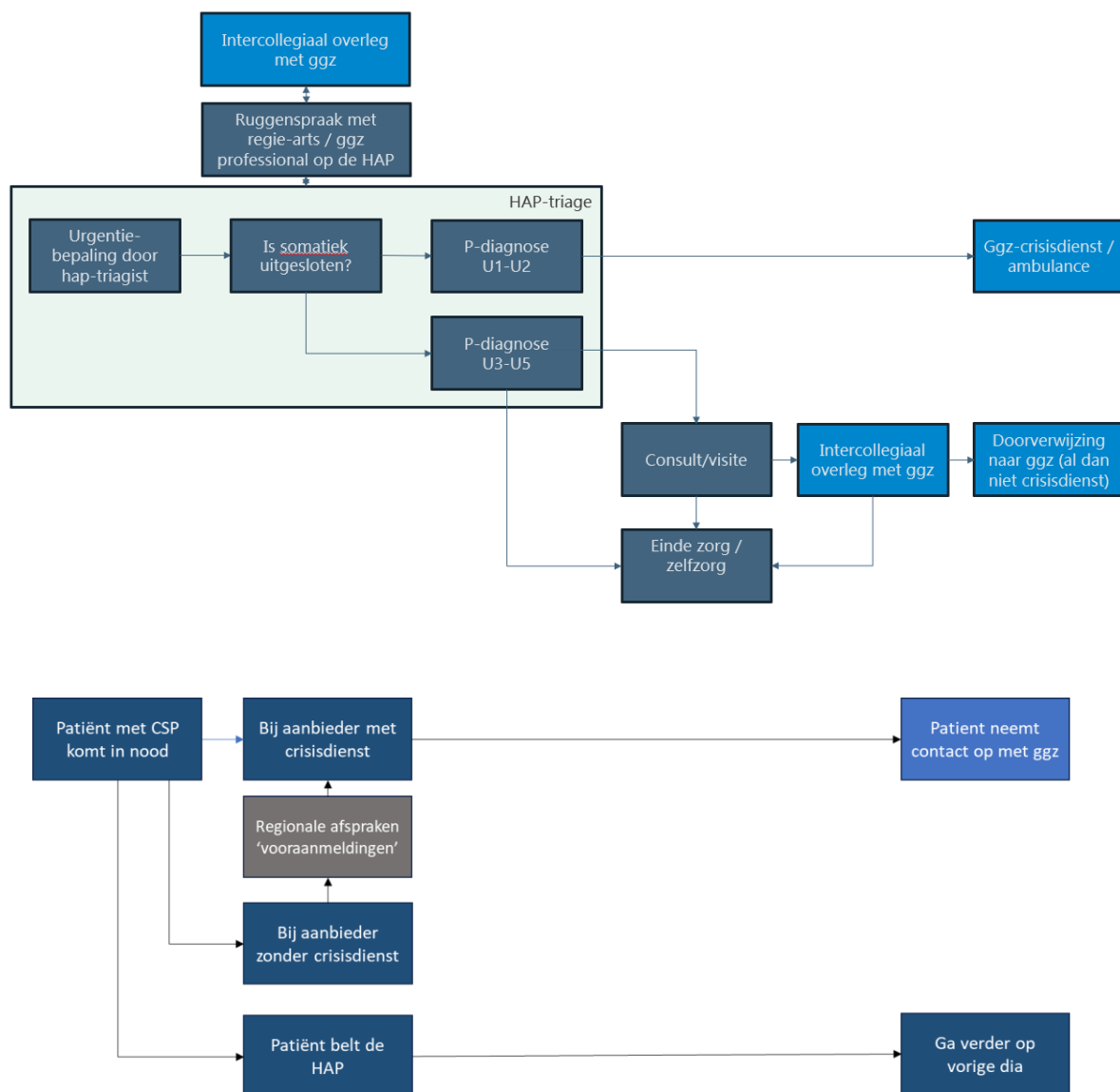
Score toetsingskader tweede component voorkeursmodel: Vergroten van het handelingsperspectief op de HAP

De tweede component van het voorkeursmodel is niet apart gescoord door middel van een toetsingskader. Deze component is vrij in te vullen door de HAP, op basis van wat er specifiek vereist is in de betreffende regio. Zie voor de uitgangspunten hierbij de hoofdtekst van deze notitie.

Score toetsingskader derde component voorkeursmodel: HAP en ggz maken onderling afspraken

BB-2: HAP en ggz maken onderling afspraken	Nieuwe score	Uitleg
Model is goed en eenvoudig toegankelijk voor huisarts(enpost)	Zeer positief (++)	Het model gaat uit van samenwerking. Dit maakt dat ggz-expertise ook urgentieclassificaties U3 t/m U5 nu goed toegankelijk is voor de HAP.
Model is eenvoudig te gebruiken voor betrokken professionals, incl. heldere afbakening van taken en verantwoordelijkheden	Positief (+)	Binnen dit model zijn goede afspraken te maken over heldere afbakening van taken en verantwoordelijkheden.
Model is in staat (in de toekomst) goed aan te sluiten op andere (spoed)(zorg)voorzieningen (o.a. ZCC, Mentale gezondheidscentra, Meldpunt Zorgwekkend Gedrag)	Zeer positief (++)	Maken van afspraken in de regio en het creëren van interdisciplinaire samenwerking tijdens ANW-uren is in lijn met de gedachte van (bijvoorbeeld) een ZCC
Uitvoer van het model vraagt weinig nieuwe registratie- en ICT-vereisten (nieuwe registraties in bestaande systemen en/of nieuwe bekostigingsparameters)	Negatief (-)	Inzage/koppeling patiëntgegevens tussen ggz en huisarts is gewenst, maar dit blijkt in de praktijk lastig.
Model is eenvoudig toegankelijk voor patiënten en naasten	Neutraal (o) tot negatief (-)	Kans bestaat dat patiënten meerdere keren hun verhaal moeten doen (eerst bij HAP, daarna bij de triagist van de GGZ).
Model kan vragen van patiënten en naasten voldoende goed beantwoorden (Tijdig en passend advies)	Positief (+)	Door de mogelijkheid tot intercollegiaal overleg is er concreet handelingsperspectief. Hierdoor wordt de patiënt passender en tijdiger geholpen.
Flexibiliteit van het model (T.a.v. opschaling en beantwoording van soorten zorgvragen)	Positief (+)	Door monitoring is o.a. het volume van vragen inzichtelijk, hierdoor is het model flexibel en goed in staat op en af te schalen
Model voorkomt onnodig (zorg)gebruik tijdens ANW-uren	Positief (+)	Dit kan goed gemonitord worden. Vervolgens kan dit afgevangen worden door afspraken te maken hoe om te gaan met 'veelbellers'.
Model heeft een beperkte transitielast (Impact van vereiste veranderingen voor betrokken organisaties)	Neutraal (o) tot positief (+)	In regio's waar de samenwerking minder goed loopt zal de transitielast hoger zijn dan in regio's waar de samenwerking goed loopt. In die regio's is de transitielast beperkt.
De vereiste extra ANW-bereikbaarheids capaciteit van het model is beperkt	Neutraal (o) tot positief (+)	Dit ligt aan de regionale invulling van het model. Het model is goed aan te passen aan het vereiste volume voor de regio. De inzet is ook goed te monitoren.

Stroomschema's van de mogelijke samenwerkingen tussen HAP en ggz-aanbieder binnen dit voorkeursmodel



Appendix 5 Drie best practices uitgelicht

Gedurende het besluitvormingsproces is gesproken met vele huisartsenspoedposten en ggz-aanbieders. Hierin zijn ook meerdere zogeheten 'best practices' aan bod gekomen. Drie daarvan staan hieronder beschreven. Bij elke best practices staat ook de link met één van de acht modellen uit Appendix 3.

Digiteam - GGZ Noord Holland Noord (GGZ NHN):

Het Digiteam is een vorm van digitaal contact met patiënten in zorg bij GGZ Noord-Holland Noord. Patiënten hebben via een app op telefoon of (geleende) iPad contact met ggz-professionals. Dit is een vaste medewerker in dienst bij GGZ NHN, die veelal vanuit huis werkt. Het Digiteam is wegens succes opgeschaald en is nu 24/7 beschikbaar. Behandelaren van GGZ NHN beoordelen of een patiënt in aanmerking komt voor het Digiteam. Dit zijn voornamelijk patiënten met een crisissignaleringsplan (CSP). Patiënten maken op verschillende manieren gebruik van het Digiteam. Sommigen bellen frequent en kort, anderen maken slechts enkele keren gebruik van het Digiteam; bij dreigende crisis. Het Digiteam werkt samen met de crisisdienst. De HAP kan hier ook naar bellen. In het geval dat patiënten vaak bellen ('veelbellers') worden de patiënten en hun vaste behandelaren hierop aangesproken.

- Het Digiteam heeft betrekking op het model **BS-2**.

FIP Zorgcentrale – Parnassia

De FIP Zorgcentrale is een telefoonnummer dat beschikbaar is voor patiënten met een crisissignaleringsplan, die bij één van de merken van de ParnassiaGroep in zorg zijn (m.u.v. regio Rijnmond). Dit nummer wordt actief meegegeven door behandelaren. Het coördineren, vastleggen en behandelen van een telefoontje duurt gemiddeld 30 minuten, waarvan 20 minuten direct patiëntcontact. De Zorgcentrale heeft de mogelijkheid om de patiënt door te zetten naar de crisisdienst, die kan uitrijden. Patiënten worden door de Zorgcentrale getriageerd a.d.h.v. de ggz-triagewijzer (conform de GMAP). De Zorgcentrale wordt voornamelijk tussen 19:00 en 22:00u gebeld. De bezetting in de avonden bestaat uit twee personeelsleden en in de nacht uit een personeelslid.

- De FIP Zorgcentrale heeft betrekking op het model **NS-1**.

POH GGZ Spoed – Inpractica (onderzocht door Radboud Universiteit Nijmegen)

In meerdere regio's zijn pilots geweest met zogeheten 'POH-GGZ Spoed' die (virtueel) aansluit op de HAP. Deze pilot werd uitgevoerd in de regio's Rotterdam, Leiderdorp en Haarlem. De POH-GGZ Spoed werkt op basis van telefonische beschikbaarheidsdienst. Na triage en vermoeden van psychische problematiek van de HAP kan, in overleg met de huisarts/regiearts, de POH-GGZ Spoed ingeschakeld worden. De POH-GGZ Spoed neemt het contact over en koppelt daarna terug naar de (regiearts van de) HAP. Die accordeert het contact. De POH-GGZ Spoed was in deze pilot op weekenddagen overdag (virtueel) aanwezig op de HAP. Ongeveer de helft van de bellers die de POH-GGZ Spoed spreekt is in behandeling bij een ggz-aanbieder. Het aantal consulten van een POH-GGZ Spoed ligt tussen de 0 tot 9 consulten per dag. Het gemiddelde aantal consulten voor een POH-GGZ Spoed in de pilot bedraagt iets meer dan twee consulten per dag. De consulten duurden gemiddeld ongeveer een uur.

- POH-GGZ Spoed heeft betrekking op het model **BB-3a**.

Appendix 6 Geraadpleegde bronnen en gesprekspartners

Deze bijlage bevat de geraadpleegde bronnen en gesprekspartners gedurende het besluitvormingsproces van de landelijke werkgroep.

Geraadpleegde bronnen

- Digiteam GGZ NHN – *Document vanuit Digiteam NHN (aangevuld met interview)*
- Zorgcentrale, werkgroep 24 uren bereikbaarheid Parnassia – *Document vanuit Parnassia (aangevuld met interview)*
- Eindrapport POH-GGZ Spoed – *onderzoek van de Radboud Universiteit naar pilots m.b.t POH-GGZ Spoed* <https://ineen.nl/uit-de-praktijk/iedereen-geholpen-met-de-poh-ggz-spoed/> & <https://ineen.nl/wp-content/uploads/2022/08/Eindrapport-POH-GGZ-Spoed-op-de-HAP.pdf.pdf> (aangevuld met interview)
- Spoedeisende psychiatrie Amsterdam – *website doorgestuurd vanuit landelijke werkgroep* <https://www.spoedeisendepsychiatrieamsterdam.nl/> (aangevuld met interview)
- Crisis Interventie Team Farent - *website doorgestuurd vanuit landelijke werkgroep* <https://www.farent.nl/diensten/crisis-en-interventie-team-cit/>
- Rapport urgentie in de Ambulancezorg en de acute eerstelijnsketen - NIVEL, *onderzoek naar urgentieclassificaties in de Ambulancezorg*
- Onderzoek Fysieke triage van zelfverwijzers op de SEH door de HAP – *Vergelijking van de Nederlandse Triage Standaard met het Manchester Triage Systeem*
- Visie Huisartsenzorg voor patiënten met psychische problematiek (LHV, NHG, InEen, PsyHag) – *omschrijving taken van Huisarts met betrekking tot psychische problematiek*
- Interview Altrecht
- Interview Crisis Interventie Team Hart van Brabant
- Interview GGNet
- Interview GGZ Centraal
- Interview GGZ Delfland
- Interview GGZ Oost-Brabant
- Interviews Inpractica en Radboud Universiteit (*n.a.v. onderzoek POH-GGZ Spoed*)
- Interview ProPersona
- Interview Tactus
- Interview VNN

Gesprekspartners

Naam	Organisatie	Rol
Esther Verver	De Nederlandse GGZ	Lid landelijke werkgroep
Maike Schapendonk	ZN	Lid landelijke werkgroep
Carla van Velden	Cohesie	Lid landelijke werkgroep
Paul Broersen	Arkin	Lid landelijke werkgroep
David Smeekes	InEen	Lid landelijke werkgroep
Peter Izeboud	LHV	Red Team deelnemer
Anoeska Van Gorkum	ProPersona	Red Team deelnemer
Timo Vogel	Rivierduinen	Red Team deelnemer
Martine den Ouden	Rivierduinen	Red Team deelnemer
Irene Stover	METggz	Red Team deelnemer
Marieke Zelissen	METggz	Red Team deelnemer
Lucy Visser	Zilveren Kruis	Red Team deelnemer
Säine Sinnecker	HONK	Red Team deelnemer
Henk Meussen	Onze Huisartsen	Red Team deelnemer
Bianca Weenen	Onze Huisartsen	Red Team deelnemer
Kay van 't Veer	Menzis	Red Team deelnemer
Randy Poelman	VWS	Red Team deelnemer