

Format Regioplan acute ggz augustus 2020

Inleiding

Algemeen

In het kader van de implementatie Generieke Module Acute Psychiatrie en de invoering van de nieuwe bekostiging acute ggz (18+) tot maximaal 3 dagen door de NZa¹ (waarbij zorgverzekeraars in representatie de zorg inkopen) moet er vanaf 2020 voor elke regio acute ggz een regioplan opgesteld worden. GGZ Nederland heeft in afstemming met ZN een format opgesteld voor het regioplan. Dit format sluit aan bij het budgetformulier van de NZa en de Generieke module Acute psychiatrie. Dit format moet door de budgethouder ingevuld worden en bij de representerende zorgverzekeraar worden ingediend (en vervolgens bij goedkeuring tweezijdig wordt ingediend bij de NZa). In het format voor het regioplan moet beschreven worden op welke wijze de keten van de acute ggz vorm wordt gegeven in de regio.

Afbakening acute ggz

De acute ggz (18+) is beschikbaar voor de hulpverlening aan personen in een crisissituatie, waarvan het vermoeden bestaat dat zij een acute psychiatrische stoornis hebben (inclusief verslavingsproblematiek). De kenmerken van de persoon en zijn omgeving bepalen of sprake is van een crisis en wat de omvang van de crisis is. Als onderdeel van de Generieke module Acute Psychiatrie hebben ketenpartijen een ggz-triagewijzer ontwikkeld. Op basis van de kenmerken van de persoon en zijn omgeving bepaalt de triagist van de acuut psychiatrische hulpverlening aan de hand van de ggz-triagewijzer de urgentie en inzet van hulpverlening. De ggz-triagewijzer is erop gericht dat in alle situaties passende hulp geleverd wordt. In dit kader is de acute ggz beschikbaar voor de algemene triage en de beoordeling/behandeling van patiënten getypeerd met urgentiegraad U2 tot en met U4². Patiënten met urgentiegraad U5 worden doorgeleid naar de reguliere ggz. Patiënten waarvan na triage wordt vastgesteld dat er geen sprake is van (acute) ggz problematiek maar waar toch sprake is van een hulpvraag worden doorverwezen naar het hiervoor relevante loket (binnen de Zvw en/of de WMO).

Regio-indeling acute ggz, budgethouder en regioplan

In de Generieke module acute psychiatrie (en het onderliggende implementatieplan) is opgenomen dat het landschap van de acute ggz bestaat uit 28 regio's. Per acute ggz regio dient er een plan opgesteld te worden door de budgethouder. De budgethouder gaat in gesprek met andere zorgaanbieders (bijvoorbeeld verslavingszorg, PAAZ, PUK, SEH, jeugd ggz) en met verschillende stakeholders (HAP, politie, ambulancezorg, Meldkamer Ambulance, GGD, Gemeente) over het regioplan. Indien er in 1 regio acute ggz (zoals bepaald door ZN en GGZ Nederland) meerdere verschillende ketens acute ggz bestaan (bv in 2 gebieden) dan worden deze ook afzonderlijk beschreven in het regioplan.

¹ Beleidsregel budgetbekostiging acute psychiatrische hulpverlening en Regeling informatieverstrekking vaststelling budget en bepalingen acute psychiatrische hulpverlening zoals te vinden op de website van de NZa.

² https://www.ggzstandaarden.nl/uploads/site_products/17829d4660e4f2803b6ccfc9c5e75d8d.pdf





Gebieden kunnen namelijk verschillen in organisatie van de keten, maar er dient wel samenhang te zijn hiertussen op basis van de GM Acute Psychiatrie. Voor de bekostiging is van belang dat het per regio gaat over 1 regioplan; 1 budget en 1 budgethouder. In het regioplan wordt vanwege de budgetsystematiek ingezoomd op de acute ggz keten tot 3 dagen. Na de eerste drie dagen kan de crisisbehandeling gewoon doorlopen binnen de daarvoor geldende DBC-systematiek. Het regioplan dient als basis voor de inrichting van de keten acute ggz in de regio én als de basis voor de budget overeenkomst die per regio met de representerende zorgverzekeraar gesloten moet worden. De budgethouder heeft voor de regio een coördinerende rol als het gaat over het regiobudget.

Budgetovereenkomst

De NZa heeft een budgetformulier opgesteld, dat door de budgethouder samen met andere zorgaanbieders (gevolmachtigden) wordt ingevuld. De budgethouder coördineert het gehele budget (acute ggz tot max 3 dagen) van 1 regio. Deelnemende zorgaanbieders committeren zich aan het regioplan en aan het budget. De deelnemende zorgaanbieders kunnen bijvoorbeeld zijn: PAAZ, PUK, ziekenhuis (SEH), verslavingszorg en jeugd ggz die crisiszorg levert voor jongvolwassenen 18+. Het regioplan en de Bijlage Tabellen moeten **1 oktober** bij de representerende zorgverzekeraar ingediend te worden. Vervolgens starten de gesprekken hierover (gezamenlijk zorgverzekeraar en budgethouder) en moet uiterlijk **1 december** een tweezijdige aanvraag ingediend bij de NZa.

Representatie zorgverzekeraars

De representerende zorgverzekeraars zijn aangewezen door ZN op basis van hun marktaandeel in de omzet crisis DBC's 2016. Op de website van ZN (www.zn.nl) kunt u terugvinden welke zorgverzekeraars de representatie in de regio's voor hun rekening zullen nemen. Op deze website kunt ook de inkoopgids acute ggz van zorgverzekeraars terugvinden. De inkoopgids acute ggz 2020 is bedoeld als een sturende basis set van afspraken, bij de onderhandelingen over de bekostiging van de acute ggz. Het geeft structuur, richting en ruimte aan het zorginkoopproces. Zorginkopers en zorgaanbieders kunnen de gids als leidraad gebruiken om afspraken te maken.

Zorgverzekeraars verzoeken de budgethouder namens ketenpartners om **uiterlijk 1 oktober 2019** de volgende stukken aan te leveren:

1. Een gezamenlijk regioplan 2020 (Deel 1 en Deel 2 overeenkomstig het format zoals in dit document beschreven)
2. Een budgetaanvraag 2020 overeenkomstig de regelgeving van de NZa.
3. Een door de budgethouder getekende bestuursverklaring acute ggz 2020 (getekend door een tekenbevoegde bestuurde).

Implementatieplan GMAP

Met alle partijen is een implementatieplan opgesteld dat als basis dient voor de beschrijving van acute ggz in dit regio plan.

Inleiding Implementatieplan:

De GMAP richt zich op het verlenen van tijdige en kwalitatief goede acuut psychiatrische hulpverlening voor iedereen die dit nodig heeft. Een eerste uitgangspunt in de GMAP is om waar mogelijk thuis te beoordelen en behandelen: de in de GMAP beschreven acuut psychiatrische hulpverlening heeft een outreachend karakter. Daarnaast is van belang dat de acuut psychiatrische keten vloeiend verloopt en dat elke ketenpartij zijn rol en verantwoordelijkheden op zich neemt zoals beschreven in de GMAP. Het is van belang dat de acuut psychiatrische keten vanaf het eerste contact met een verwijzer vloeiend functioneert. Op deze manier kan de acuut psychiatrische hulpverlening de persoon tijdig en adequaat beoordelen, en waar nodig de juiste zorg bieden na beoordeling. Een derde uitgangspunt is dat de acuut psychiatrische hulpverlening niet onnodig stigmatiseert of traumatiseert en aansluit bij de zorgbehoefte van de persoon in crisis en zijn naasten. Voor de persoon in crisis en zijn naasten is het van belang dat hulpverleners gericht zijn op het de-escaleren van de situatie, het oordeel van de persoon en zijn naasten zoveel mogelijk betrekken en rust, veiligheid en vertrouwen creëren.

De balans in de drie-eenheid tijdigheid, kwaliteit en outreachend is essentieel bij het implementeren van de GMAP. Hiervoor is een zorgvuldige triage essentieel. Het is nadrukkelijk de bedoeling van de GMAP dat ggz-crisiszorg tijdig, duaal én waar mogelijk bij de persoon in crisis thuis wordt aangeboden, met oog voor de veiligheid van zowel client als professional. De prioriteit ligt bij de gehele drie-eenheid, en mag niet verschuiven naar slechts één van deze pijlers. Tijdens de implementatie en evaluatie van de GMAP besteden we steeds aandacht aan het behoud van een goede balans in deze drie-eenheid.

Om dit te kunnen realiseren is samenwerking in de keten, en een gedeelde verantwoordelijkheid voor het leveren van kwalitatief goede en tijdige crisiszorg, van groot belang. Goede communicatie, kennisdeling, samenwerkingsafspraken en optimalisatie van overdrachtsmomenten, zijn nodig voor goede acuut psychiatrische hulpverlening zoals omschreven in de GMAP. Hierbij is doelmatige inzet van deze hulpverlening een belangrijk uitgangspunt.

De implementatie van de GMAP interacteert met diverse factoren in de praktijk. Jaarlijks beschrijven regievoerders acute ggz in het regioplan of, en hoe, contextuele factoren de invoering van de GMAP in hun regio beïnvloeden. Voorbeelden hiervan zijn potentiële krapte op de arbeidsmarkt en de invoering van andere aan de GMAP gerelateerde wetten en standaarden:

- Beleidskeuzes van gemeenten, huisartsen of politie kunnen de implementatie van de GMAP beïnvloeden, omdat de acute psychiatrie nauw samenhangt met bijvoorbeeld het psychosociale domein en het veiligheidsdomein. Veranderingen in gemeentelijk beleid ten gevolge van de invoering van de Wvvgz, hebben bijvoorbeeld een effect op de acute psychiatrie.
- De ontwikkelingen op de arbeidsmarkt in de zorg hebben effect op de implementatie van de GMAP. Als door krapte op de arbeidsmarkt vacatures moeizaam ingevuld worden en door een toenemende werkdruk personeel een organisatie verlaat of uitvalt, zal dit de implementatie van de GMAP mogelijk vertragen. De eventuele invoering van BIG II kan effect hebben op opleidingseisen voor professionals en op beschikbare professionals op de arbeidsmarkt. Er dient extra aandacht uit te gaan naar ontwikkelingen op de arbeidsmarkt bij de implementatie en evaluatie
- Regievoerders en ketenpartners implementeren gelijktijdig diverse nieuwe zorgstandaarden. Hopelijk dragen de nieuwe standaarden cumulatief bij aan de

beoogde verbeteringen. De gelijktijdige invoer van verschillende nieuwe standaarden kan de implementatie van de GMAP echter ook bemoeilijken, doordat organisaties hun focus en mankracht moeten spreiden.

- Op 1 januari 2020 gaat de Wet Verplichte GGZ (WVGGZ) in. De verschuivingen in het sociaal domein en de acute psychiatrie die ontstaan door invoering van de WVGGZ, hebben mogelijk effect op de implementatie van de GMAP. Zodra de duiding van deze wet is uitgekristalliseerd, wordt de impact van deze wet op de acuut psychiatrische hulpverlening duidelijk. Mogelijk vormen veranderingen door invoering van deze wet een aandachtspunt bij de invoering van de GMAP.

Het landelijke implementatieplan beschrijft de invoering van de GMAP op landelijk niveau. Het landelijke implementatieplan beschrijft tevens de minimale implementatiegraad waar iedere regio in ieder geval aan moet voldoen. De ambitie is om de GMAP zo snel mogelijk te implementeren.

Het regioplan omschrijft in elk geval de volgende punten betreft de implementatie:

De regionale lange termijn ambitie voor de implementatie van de GMAP

Het regioplan 2020 omschrijft in grote lijnen hoe het eindmodel er voor de regio uit ziet en geeft een inschatting wat nodig is om te voldoen aan de GMAP. De regievoerder herijkt het regioplan jaarlijks in afstemming met ketenpartners en de representerende zorgverzekeraar. Dit is het moment waarop op regionaal niveau inzichtelijk wordt gemaakt hoe de implementatie van de GMAP verloopt en wat nog knelpunten zijn.

Huidige stand en de voortgang van implementatie voor het komende jaar

Bij het opstellen van het regioplan sturen ggz-crisisdiensten en betrokken ketenpartners elk jaar maximaal op uitvoering van crisis ketenzorg in lijn met de GMAP. De fasering van de invoering verschilt per regio, maar elke regio voldoet jaarlijks in elk geval aan de minimale regionale implementatiegraad. Zo realiseren we zowel op regionaal als landelijk niveau het beschreven tijdsplan voor implementatie.

Afstemming en samenwerking met ketenpartners

In het regioplan besteden we aandacht aan de manier waarop ketenbrede afspraken bijdragen aan de invoering van de GMAP in de regio. We beschrijven hier hoe de keten gezamenlijk verantwoordelijk is voor de realisatie van tijdige, kwalitatief goede crisiszorg waarbij de ketenpartners de drie-eenheid tijdig, dual en outreachend borgen.

Jaarlijkse bijstelling van de financiële afspraken in relatie tot de implementatiegraad

De regievoerder herijkt het regioplan jaarlijks in afstemming met ketenpartners en representerende zorgverzekeraar. Hierbij worden ook de regionale financiële afspraken aangepast in relatie tot de implementatiegraad, zodat de financiering voor elke regio in verhouding staat tot de implementatiegraad. Wanneer de afgesproken capaciteit onverhoopt niet is geleverd bespreekt de regievoerder dit met de representerend zorgverzekeraar.

Beleidskaders Regioplan:

De inhoud van het regioplan is gebaseerd op:

1. *De kaders zoals opgenomen in de Generieke module Acute Psychiatrie.*

In deze module wordt beschreven aan welke kwaliteitseisen de acute ggz dient te voldoen en op welke wijze de samenwerking in een regio georganiseerd dient te worden³. Vooral in de Bijlage GMAP 2 Definitief aangepaste normen GMAP staan de kwaliteitsnormen beschreven. Tevens dient het Implementatieplan GMAP uitgangspunt te zijn in de beschrijving van de functies acute ggz. Welke graad van implementatie is reeds behaald en welke nog niet?

En dient verder aan te sluiten op een drietal basisdocumenten:

2. *De 9 bouwstenen zoals beschreven in de aanpak verwarde personen⁴*

De 9 bouwstenen bieden concrete handvatten om tot een persoonsgerichte aanpak te komen van mensen die verward gedrag vertonen. De bouwstenen hangen onderling nauw samen en vormen gezamenlijk de basis voor een goedwerkende aanpak. De keten acute ggz is onderdeel van de bouwstenen melding, beoordeling en risicotaxatie, toeleiding en passend vervoer. De keten acute ggz dient aan te sluiten de bij de niet-acute keten en bouwstenen als vroegtijdige signalering; melding niet-acuut en toeleiding.

3. *De kaders van het model melding en het model vervoer*

In aansluiting op de aanpak verwarde personen is door SiRM, in afstemming met veldpartijen, een voorlopige model vervoer⁵ en een voorlopige model melding⁶ ontwikkeld. In beide modellen vormt de Triagewijzer acute ggz uit de GM Acute Psychiatrie de basis van waaruit keuzes gemaakt worden. De triagist van de acute ggz vervult de rol van Acute Psychiatrische Hulpverlening (APH) in het voorlopig model Melding. Deze modellen worden in 2018 in de praktijk getoetst op basis van subsidieregelingen van ZonMw. Het regioplan dient aan te sluiten op de kaders zoals omschreven in de voorlopige modellen en de lopende pilots.

4. *Rapport RIVM over responstijden acute ggz*

RIVM heeft een analyse opgesteld over de responstijden (tijd van melding tot start beoordeling) van acute ggz. Uitgangspunt hierbij zijn de huidige beoordeling locaties acute ggz overdag en in ANW uren. De uitkomsten van de analyse per regio geven inzicht of er reeds voldaan wordt aan de verhoogde normen van responstijden zoals beschreven in de GM Acute Psychiatrie.

De acute ggz dient op een passende wijze onderdeel te zijn van de regionale keten waarbij het algemene doel is om acute situaties zo veel als mogelijk te voorkomen (door preventie

³ <https://www.ggzstandaarden.nl/generieke-modules/acute-psychiatrie>

⁴ Informatie over deze bouwstenen is te vinden op <https://vng.nl/personen-met-verward-gedrag/bouwstenen>

⁵ Informatie over het model vervoer is te vinden op <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/kamerstukken/2017/03/07/kamerbrief-over-vervoer-personen-met-verward-gedrag>

⁶ informatie over het model melding is te vinden op <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/kamerstukken/2017/11/24/kamerbrief-over-beleidsreactie-tussenrapportage-schakelteam>



en vroegsignalering) en (crisis)zorg en ondersteuning wanneer nodig, zo veel mogelijk in de eigen omgeving aan te bieden. In het regioplan moet zichtbaar gemaakt worden hoe aan deze algemene doelstellingen door de aanbieders en ketenpartners gezamenlijk wordt bijgedragen.

Elke ggz aanbieder heeft een rol in preventief en anticiperend crisisbeleid, maar er is een gezamenlijke verantwoordelijkheid voor het leveren van professionals om dit uit te voeren.

Het Format Regioplan acute ggz bestaat uit twee delen. (Deel 3 is toelichting op deel 1 en 2): Deel 1 en Deel 2 worden ingediend bij zorgverzekeraar.

Deel 1: Beleidsvisie acute keten en aansluiting niet-acute keten

- 1.1. Procesbeschrijving keten acute ggz
- 1.2. Organisatie samenwerking keten acute ggz

Deel 2: Beschrijving concrete afspraken over uitvoering acute ggz tot max 3 dagen

- 2.1. Functies acute ggz
- 2.2. Contract afspraken Budgethouder en andere zorgaanbieders
- 2.3. Kwaliteitsafspraken

Deel 3. Inhoudelijke toelichting per deel (hoeft niet ingediend te worden).

Bijlage 1. Minimale Dataset

Deel 1. Brede beleidsvisie keten acute ggz met alle betrokken partijen



Regio
Budgethouder: naam en AGB
Representerende verzekeraar

1.1. Procesbeschrijving keten acute ggz

De ketenpartners benoemen een aantal uitgangspunten met elkaar waar de keten acute ggz aan dient te voldoen. Hierbij is de zorgvraag van de cliënt het uitgangspunt. De ketenpartners brengen in kaart op welke manier de keten georganiseerd is vanaf de startdatum van de overeenkomst en wie welke taken in de keten voor zijn rekening neemt. Het proces wordt beschreven vanaf de melding tot de psychiatrische beoordeling en behandeling. Waarbij aangegeven wordt hoe terug verwijzing plaats vindt naar bijvoorbeeld de reguliere behandelaar, de huisarts of naar de niet-acute keten van het sociale domein. Ook bij niet medisch noodzakelijk verblijf wordt in het regioplan beschreven wáár de cliënt in de regio na beoordeling naar toe kan. Tevens wordt de aansluiting met de acute keten crisiszorg 18- benoemd.

1.2. Organisatie samenwerking keten acute ggz

Hier wordt beschreven op welke manier de samenwerking in de regio is georganiseerd en hoe dit verder ontwikkeld gaat worden in 2020.

a. Korte opsomming van huidige samenwerkingsvormen:

Zoals convenant met politie; afspraken met HAP; afspraken in ROAZ verband (datum

Vaststelling en evaluatie moment) Zie hiervoor ook hoofdstuk 4.1. Generieke module acute psychiatrie.

b. Samenwerking op bestuurlijk niveau:

In hoofdstuk 4.2. van generieke module acute psychiatrie staan eisen aan bestuurlijk overleg en met welke partijen beschreven. Zie ook toelichting

Deel 2: Beschrijving concrete afspraken over uitvoering acute ggz zorgverlening**Budgethouder en gevolmachtigde partijen(zorgaanbieders)**

Budgethouder:

Gevolmachtigde partijen:

2.1. Beschrijving uitvoering functies acute ggz

Hierin wordt beschreven op welke manier de vastgestelde normen uit de GMAP worden gerealiseerd in de verschillende functies van acute ggz of welke ontwikkelingen hierop verder worden ingezet. De uitvoering van de functies worden concreet omschreven in activiteit, inzet professionals, locatie en doelstelling. Tevens wordt per functie de mate van implementatiegraad beschreven aan de hand van het Implementatieplan. De acute ggz wordt uitgevoerd door de ggz aanbieder en andere zorgaanbieders in de regio.

De uitvoerende zorgaanbieders acute ggz dragen gezamenlijke verantwoordelijkheid voor de kwaliteit van de uitvoering en voor het hierbij vastgestelde budget.

- a. Geef aan welke zorgaanbieder verantwoordelijk is voor de functie van triage en op welke wijze deze uitgevoerd wordt
- b. Geef aan welke zorgaanbieder(s) verantwoordelijk is (zijn) voor de beoordeling en op welke wijze deze uitgevoerd wordt
- c. Omschrijf de locatie(s) waar beoordeling plaatsvindt
Beschrijf of en hoe in de onmiddellijke omgeving beperkende maatregelen toepasbaar zijn.
- d. Beschrijf hoe er afspraken zijn gemaakt met betrekking tot de inzetbaarheid van deskundigheid van de verslavingszorg
- e. Beschrijf hoe de functie intensieve ambulante behandeling thuis (IHT of IBT) en/of polikliniek tot max 3 dagen beschikbaar is
- f. Beschrijf welke afspraken er zijn over het aantal beschikbare crisisbedden in de regio en bij welke aanbieder(s) deze crisisbedden zich bevinden. Hierbij hoort ook een crisisbed (observatiebed) in de verslavingszorg, voor personen met vermoeden van acute psychiatrische problematiek, maar die onder invloed zijn en/of nog niet goed beoordeeld kunnen worden.
- g. Beschrijf wat de afspraken zijn met de gemeente en met maatschappelijke opvang als er na de beoordeling toch verblijf noodzakelijk is voor de cliënt, maar er is geen sprake van medisch noodzakelijk verblijf.

2.2. Contract afspraken budgethouder en andere zorgaanbieders



Benoem met welke zorgaanbieders in de regio wordt samengewerkt en met wie contracten (volmacht) zijn afgesloten

2.3. Kwaliteitsafspraken

De kwaliteitsafspraken komen voort uit de GMAP. In bijlage GMAP 2 zijn de normen van de GMAP geconcretiseerd. In het landelijke implementatieplan is vervolgens weergegeven in welk tempo deze normen minimaal gerealiseerd dienen te worden. In het regioplan dient beschreven te worden welke normen in 2020 gerealiseerd gaan worden en/of welke normen al gerealiseerd zijn.

- a. In deel 2.2. is conform het implementatieplan beschreven per norm/functie in hoeverre (%) deze al behaald is en/of wat de ambitie is in 2020.
- b. Beschrijf op welke wijze in 2020 wordt toegewerkt naar een digitale registratie op basis van de minimale dataset (zie toelichting en bijlage), opdat er jaarlijks inzicht komt in de benodigde informatie over de normen en ter voorbereiding op de evaluatie in 2022.

Deel 3 Toelichting per onderdeel

Toelichting Deel 1. Brede beleidsvisie keten acute ggz met alle partijen

1.1. Procesbeschrijving van de keten acute ggz

Bij de procesbeschrijving kan gebruik worden gemaakt van:

- a) Stappen in stroomschema acute zorgverlening:
 - Inschatting eerstehulpverlener (politie) of triage NTS door HAP/HA of ambulancezorg
 - Triage ggz: telefonisch of op straat
 - Beoordeling ter plaatse: thuis of op straat
 - Beoordeling op locatie
 - Crisisbehandeling: ambulante behandeling ter voorkoming van opname of opname (BOPZ of vrijwillig)
- b) Triagewijzer ggz en urgentiebepalingen:
 - U0: direct starten met beoordeling
 - U1: levensbedreigend voor persoon of omgeving, max 15 min tot start beoordeling
 - U2: Spoed: max. 1 uur tot start beoordeling
 - U3: Dringend: max 4 uur tot beoordeling
 - U4: Preventie van escalatie: max 24 uur tot start beoordeling, hierbij wordt onderscheid gemaakt tussen bij ggz bekende of onbekende patiënt
- c) Stroomschema in Voorlopig Model Melding:
 - Positie triagist ggz in keten van melding
 - Afspraken over meldingen met meldkamer Politie en meldkamer Ambulancezorg
 - Afspraken over meldingen met huisartsen, Hap, politie en familie en naasten
 - Afspraken over (niet-)acute meldingen met gemeente (meldpunt; Oggz; sociaal wijkteam)
- d) Stroomschema in Voorlopig Model vervoer:

Met name afspraken over vervoer van persoon met acuut verward gedrag naar beoordeling locatie. Tevens vervoer van persoon met acuut psychiatrische problematiek naar opnameafdeling in ggz.
- e) Afspraken over specifieke personen in crisis in de keten:
 - Over de zorg voor personen in crisis met vermoeden van somatische comorbiditeit, somatische complicaties, of bij wie somatische problematiek uitgesloten dient te worden. Samenwerkingsafspraken tussen crisisdiensten, huisartsen(posten), de SEH en verslavingszorg. Hierbij is specifieke aandacht voor afspraken over de zorg voor kinderen.
 - Over de hulpverlening voor personen in crisis die onder invloed van middelen zijn. Samenwerkingsafspraken tussen de SEH, politie en verslavingszorg.
 - Afspraken over crisiszorg voor jeugdigen (18-) als er een combinatie met acute zorg 18+ is
 - Afspraken over jongvolwassenen (18+) die nog onder behandeling van jeugd ggz zijn.
 - Over personen in crisis die een strafbaar feit gepleegd hebben. Samenwerkingsafspraken tussen ggz organisaties (waaronder de crisisdiensten), ziekenhuizen, politie en het Openbaar Ministerie.

- f) Korte beschrijving van reeds lopende pilots binnen de keten, zoals voor vervoer, melding, implementatie GM Acute Psychiatrie.

1.2. Organisatie samenwerking keten acute ggz

a. Korte opsomming van huidige samenwerkingsvormen:

Zoals convenant met politie; afspraken met HAP; afspraken in ROAZ verband (datum vaststelling en evaluatie moment)

b. Samenwerking volgens GM Acute Psychiatrie die nog ontwikkeld worden:

Bestuurlijk overleg:

- Ongeveer 4 keer per jaar
- Intentieverklaring ondertekend door Raden van Bestuur van ketenpartners.
- Voorzitter van het overleg is de budgethouder in die regio.
- Gezamenlijke visie op samenwerking in de keten vormt de basis voor de beschreven keten in het regioplan
- Verbinding met de acute keten voor jeugd, zoals Veilig thuis en crisiszorg door jeugd ggz.
- Verbinding met de niet-acute keten, zoals met het Oggz team, het gemeentelijk meldpunt, sociale wijkteams.

Aan het bestuurlijke overleg nemen tenminste de volgende partijen deel:

Ambulancezorg, Gemeenten (vanuit rol voor jeugd ggz, GGD, sociale wijkteams, Veilig Thuis en Veiligheidshuizen), de aanbieders (acute) ggz; jeugd ggz organisaties; regionale vertegenwoordiging van huisartsenvoorzieningen; huisartsenposten; maatschappelijke opvang; openbaar Ministerie; vertegenwoordigers van patiënten en naasten; politie; RIBW (beschermd wonen); verslavingszorg; ziekenhuizen (SEH en psychiatrische afdelingen(PAAZ en PUK) van algemene ziekenhuizen en universitaire medische centra)

Daarnaast kunnen de volgende partijen aansluiten op indicatie:

Arrestantenzorg, Asielzoekerscentra, NIFP, Openbaar Ministerie, Penitentiaire Inrichting/Penitentiair Psychiatrisch Centrum, Verpleeghuizen, Vertegenwoordiger sociale pensions/Leger des Heils, Vertegenwoordiger verstandelijk beperkten, Wijkagent, Zorgverzekeraars

Casuïstiek overleg en evaluatie

- Casuïstiekbepreking en evaluatie tussen de acuut psychiatrische hulpverlening en verwijzers bij voorkeur 1 keer per kwartaal.
- Evaluatie van de totale wachttijd voor de persoon in crisis, dat wil zeggen de wachttijden van de verschillende hulpverleners bij elkaar opgeteld.
- Verwijzers zijn huisarts/HAP, politie en ambulancevervoer.
- Bij voorkeur betrekken van patiënten en naasten bij het bespreken van de casuïstiek.

Toelichting Deel 2: Beschrijving concrete afspraken over uitvoering acute ggz zorgverlening

2.2. Functies acute ggz tot max 3 dagen

Hieronder staan de functies beschreven volgens GM Acute Psychiatrie en volgens de geconcretiseerde normen. Conform het implementatieplan wordt beschreven per norm in hoeverre (%) deze al behaald is en/of wat de ambitie is in 2020. Het is mogelijk dat bij sommige functies de norm al geheel behaald is en dat niveau van zorg is dan ook het uitgangspunt voor de bekostiging.

a. Functie Triage in de regio: Omschrijf de wijze waarop de triage 24/7 wordt uitgevoerd in 2020 en globaal in de daar op volgende jaren

Triage functie: 24/7/365 dagen is er direct een triagist ggz beschikbaar voor alle verwijzers, voor politie, meldkamer ambulancezorg en meldkamer politie, ketenpartijen, familie en naasten en patiënt zelf. De triagist zal telefonisch triage verrichten, maar ook consultaties naar huisartsen. Daarbij kan de triagist met patiënten die in behandeling zijn gesprekken voeren gericht op de-escalatie en ondersteuning.

Norm: De ggz-triagefunctie is 24/7 binnen 5 minuten beschikbaar voor telefonische triage. De ggz-triagist is een BIG geregistreerd verpleegkundige, met minimaal HBO werk- en denkniveau en minimaal twee jaar ervaring in de acute ggz, die een opleiding heeft doorlopen om de ggz-triagewijzer te hanteren. Indien nodig raadpleegt de ggz-triagist bij de triage de (achterwacht) psychiater.

Implementatie:

- Juni 2020: in elke regio is de beschreven ggz-triagefunctie in *minimaal* 40% van de week beschikbaar
- Juni 2021: in elke regio is de beschreven ggz-triagefunctie *minimaal* 60% van de week beschikbaar
- Juni 2022: in elke regio is de beschreven ggz-triagefunctie *minimaal* 80% van de week beschikbaar
- Juni 2023: in elke regio is de beschreven ggz-triagefunctie 24/7 beschikbaar

b. Functie Beoordeling ter plaatse: Beschrijf de visie op beoordeling ter plaatse en de uitvoering hiervan en tevens een inschatting over behalen van norm in 2020 en globaal in jaren daarna.

Beoordeling op straat: dit is nog in ontwikkeling, te denken valt aan:

- Door ambulancezorg met bijv. ggz expertise (psycholance)
- Door professional crisisdienst mee gaat met politie en eerste beoordeling uitvoert

Beoordeling vindt bij voorkeur plaats in thuissituatie:

- Onder de thuissituatie valt ook beschermd wonen, de maatschappelijke opvang (indien verwijzer en crisisdienst overeenkomen dat dit een geschikte beoordelingslocatie is) en andere locaties die de persoon in crisis als 'thuis' beschouwt.
- Contact met familie en naasten, gezamenlijk gesprek of apart gesprek

Norm: Minimaal 90% van de beoordelingen vindt plaats ofwel in de thuissituatie, ofwel op een crisisbeoordelingslocatie die aan de voorwaarden voor beoordeling voldoet (zoals omschreven in de paragraaf Diagnostiek: Persoon wacht thuis of vervoer naar locatie in de GMAP). Onder de thuissituatie valt ook beschermd wonen,

de maatschappelijke opvang en andere locaties die de persoon in crisis als 'thuis' beschouwt.

c. Functie Beoordeling op locatie: Geef aan welke aanbieder de crisisbeoordeling locatie uitvoert

- Opsomming van waar de crisisbeoordeling locaties in de regio zich bevinden, overdag en in ANW-uren. Deze moeten binnen 1 uur aanrijdtijd te bereiken voor patiënt met U2 urgentie door ambulance of ander passend vervoer

d. Duale beoordeling: Beschrijf in hoeverre de norm (geschatte %) behaald wordt in 2020

Norm:

De beoordeling vindt duaal plaats.* Passend bij de situatie wordt het duale team samengesteld. Dit team bestaat uit twee van de volgende disciplines: Een arts (AIOS of ANIOS), een HBO-opgeleid verpleegkundige met minimaal twee jaar ervaring in de acute ggz en relevante bijscholing (bijvoorbeeld een SPV) of een verpleegkundig specialist GGZ** en/of een psychiater. De achterwacht wordt te allen tijde door de psychiater ingevuld.

Implementatie:

- a. Juni 2020: 50% van de beoordelingen wordt duaal uitgevoerd volgens de norm
- b. Juni 2021: 60% van de beoordelingen wordt duaal uitgevoerd volgens de norm
- c. Juni 2022: 70% van de beoordelingen wordt duaal uitgevoerd volgens de norm
- d. Juni 2023: 80% van de beoordelingen wordt duaal uitgevoerd volgens de norm
- e. Juni 2024: 90% van de beoordelingen wordt duaal uitgevoerd volgens de norm (volledig conform de norm)

e. Aanrijtijden: Tijd tussen de afronding triage en start beoordeling

Beschrijf in hoeverre de norm behaald is of wordt in 2020

Norm: Bij ten minste 90% van de personen met U2 op psychiatrische kenmerken wordt de crisisbeoordeling binnen één uur na de psychiatrische triage gestart.

Voor personen met U3 geldt dat bij tenminste **90%** binnen vier uur de crisisbeoordeling gestart is.

Implementatie:

- Juni 2020: bij 40% van de meldingen is tijdig gestart met beoordelen conform de getrieerde urgentie
- Juni 2021: bij 50% van de meldingen is tijdig gestart met beoordelen conform de getrieerde urgentie
- Juni 2022: bij 65% van de meldingen is tijdig gestart met beoordelen conform de getrieerde urgentie
- Juni 2023: bij 80% van de meldingen is tijdig gestart met beoordelen conform de getrieerde urgentie
- Juni 2024: bij 90% van de meldingen is tijdig gestart met beoordelen conform de getrieerde urgentie

f. Beoordeling locatie: Beschrijf de beoordelingslocaties en georganiseerde bezetting

Norm: De crisisbeoordelingslocatie is 24/7 beschikbaar, is patiëntvriendelijk en beschikt over patiëntvriendelijke spreekkamers. De ruimte beschikt over faciliteiten voor basaal lichamelijk onderzoek. Indien de crisisbeoordelingslocatie niet beschikt over mogelijkheden voor directe opschaling van zorg (conform Wet BOPZ/WVggz), is in geval van nood overplaatsing naar een locatie waar directe opschaling van zorg beschikbaar is, georganiseerd.

Aanwezigheid van personeel op in ieder geval één crisisbeoordelingslocatie in de regio is 24/7 georganiseerd*.

* Indien nodig, is aanwezigheid van personeel voor in ieder geval één locatie in de regio georganiseerd bij het arriveren van de persoon in crisis. Dit personeel kan het beoordelingsteam van de locatie zijn. Indien er geen beoordelingsteam aanwezig is of kan zijn op de locatie, wordt vervanging ingeschakeld. Deze vervanging is een verpleegkundige met ervaring in de acute ggz en als dit nodig is, aanvullend een zorgbeveiliging.

- Als de beoordelingslocatie zich bevindt op de SEH van een algemeen ziekenhuis of UMC, dan voldoet de hulpverlening naast bovenstaande criteria ook aan de criteria, zoals beschreven in de Praktijktoets Spoed Eisende Hulp en de verscherping hiervan in de Criteria SEH-profiel "Acute gedragsstoornissen".

Beschrijf of dit van toepassing is.

g. Deskundigheid van verslavingszorg betrekken bij beoordeling (indien nodig)
Beschrijf hoe er afspraken zijn gemaakt met betrekking tot de inzetbaarheid van de deskundigheid van verslavingszorg

h. Functie ambulante handeling: bij voorkeur wordt ambulante behandeling ingezet ter voorkoming van opname

Beschrijf hoe de functie intensieve ambulante behandeling thuis (IHT of IBT) en/of polikliniek tot max 3 dagen beschikbaar is

Norm: De ggz-instelling beschikt over voldoende beschikbare personele capaciteit om na aanmelding van een patiënt door het beoordelingsteam, indien nodig opnamevoorkomende zorg in de thuissituatie te kunnen verlenen. Deze onplanbare zorg moet kunnen starten op dezelfde dag als de beoordeling of, bij een late beoordeling, de volgende ochtend.

* Onder ggz-instelling wordt ook verstaan een ketenpartner die de beschreven rol vervult.

Implementatie: Voor deze norm is geen fasering in implementatie afgesproken.

i. Functie opname: crisis bed al of niet via gedwongen opname (BOPZ).

Hierbij hoort ook een crisis bed (observatie bed) in de verslavingszorg, voor personen met vermoeden van acute psychiatrische problematiek, maar die onder invloed zijn en/of nog niet goed beoordeeld kunnen worden.

Beschrijf welke afspraken er zijn over het aantal beschikbare crisisbedden in de regio en bij welke zorgaanbieder deze crisisbedden zich bevinden.

Norm: In 90% van de gevallen moet een patiënt die moet worden opgenomen na een crisisbeoordeling, direct binnen de eigen regio kunnen worden opgenomen.

Implementatie: Voor deze norm is geen fasering in implementatie afgesproken.

- j. Beschrijf wat de afspraken zijn met de gemeente en met maatschappelijke opvang als er na de beoordeling toch verblijf noodzakelijk is voor de cliënt, maar er is geen sprake van medisch noodzakelijk verblijf.

2.2. Afspraken tussen Budgethouder en gevolmachtigde partijen

Contracteren in ketensamenwerking:

GGZ Nederland, NZa en Zn hebben afgesproken dat als er andere aanbieders mee worden genomen in het budgetformulier er dan sprake is van een samenwerkingsconstructie onder volmacht en niet van een hoofdaannemer en een onderaannemer constructie.

De budgethouder biedt de andere aanbieder dan ook een volmacht contract aan.

Het volmacht contract houdt in dat de budgethouder aan een zorgaanbieder (die diensten verleent in acute ggz tot 3 dagen) een volmacht verleent. Hierbij gaat het dan om een volmacht constructie waarin de budgethouder het regelt dat de ketenpartner zijn geleverde prestaties zelf mag declareren naar de verschillende zorgverzekeraars, en zelf verantwoordelijk is voor een juiste registratie/administratie/facturatie en de kwaliteit van zorg (conform de Generieke Module Acute Psychiatrie en de gestelde normen) Tevens dat de ketenpartner periodiek een overzicht geeft van zijn declaraties en dat hij zich committeert aan het van tevoren vastgestelde budget. En eveneens dat elke aanbieder zorg draagt voor zijn eigen accountants verklaring.

Geef hier overzichtelijk alle betrokken zorgaanbieders in de keten acute ggz weer en met wie een contract is afgesloten.

Omschrijf welke afspraken in de regio worden gemaakt met betrekking tot de volgende onderwerpen:

- Afspraken m.b.t. declaratie
Hier kun je de betreffende tekst overnemen uit het volmacht contract
- Afspraken m.b.t. kwaliteit van zorg
Hier kun je de betreffende tekst overnemen uit het volmacht contract
- Afspraken m.b.t. monitoring realisatie/uitnutting budget
Hier kun je aangeven hoe de budgethouder ervoor kan zorgen dat de regio binnen budget zal blijven. In welke vorm en hoe vaak wordt dit gemonitord?

2.3. Kwaliteitsafspraken:

Kwaliteitsafspraken omvatten de volgende onderwerpen:

- a. Afspraken in de keten: De wijze waarop de ketenpartners gegevens/informatie kunnen uitwisselen (onder andere hoe dit technisch kan) en op welke manier deze gegevensuitwisseling moet worden gefinancierd?
- b. Beschreven wordt welke gegevens van de minimale dataset (Bijlage 1) reeds in 2020 geregistreerd kunnen worden en wanneer de volledige dataset opgeleverd kan worden.
- c. Op grond van de geregistreerde gegevens uit de minimale dataset wordt de implementatiegraad per norm aangegeven. Deze informatie draagt bij aan het voeren

van zowel het gesprek intern (met professionals) als extern (met zorgverzekeraar en met verwijzers).

Toelichting:

- a. De (acuut) psychiatrische hulpverlening heeft schriftelijk vastgelegde afspraken met verwijzers over (het faciliteren van) de uitwisseling van gegevens (zie GMAP):
 - Over het resultaat van de beoordeling van de crisis, de bepaalde behandeling – met de huisartsenvoorziening
 - In de crisisafspraken – met de huisartsenvoorziening
 - Uit de crisiskaart – met door de patiënt gewenste verwijzers, waarbij ieder geval uitwisseling met de huisarts, HAP, politie, ambulance, SEH, maatschappelijke opvang en wijkverpleging mogelijk is, indien de patiënt dit wenst.
 - Over agressie in het verleden of dreigend gevaar in de toekomst: met de huisarts, meldkamer ambulance, politie, het Openbaar Ministerie, veiligheidshuizen en indien relevant de maatschappelijke opvang
- b. Zie bijlage 1: Minimale Dataset Deze is afgestemd met zorgverzekeraars.