



Het Doorstroom- en AfstemmingsGesprek (DAG) getest

Bevindingen uit een pilot van een nieuwe werkwijze voor een betere overdracht van cliënten die uitstromen uit de ambulante specialistische ggz in Noord-Holland Noord

Colofon

Auteurs

Michel Planije
Jasper Nuijen

Met medewerking van

Christien Muusse
Ankie Lempens

Deze pilot kon alleen worden uitgevoerd dankzij de waardevolle medewerking van cliënten, sggz-behandelaren, huisartsen en POH's-ggz die bereid waren deel te nemen aan de pilot en hun ervaringen te delen in interviews.

Met dank aan de leden van de projectgroep

Antoinette Blok (voorzitter cliëntenraad Vicino NHN); Esther de Boer (manager GGZ NHN) Cindy Brink (manager Vicino NHN); Mirjam Goudappel (maatschappelijk werker Sylta); Maresa Jacobse (Cliënten- en familieraad GGZ NHN); Annemarie Munster (huisarts/kaderhuisarts ggz, HONK; lid huisartsen-afvaardiging Vicino NHN); Hadassa Nadels (huisarts, HKN; lid huisartsenafvaardiging Vicino NHN); Truus Oud (cliëntenraad Vicino); Peter Schagen (manager Vicino NHN, regio Kop van Noord-Holland); Tessa Wiersma (directeur Vicino NHN); Yntske Zijlstra (bestuurssecretaris GGZ NHN).

Financier

ZonMw, dossiernummer: 06360332210015

Bestelinformatie

Deze publicatie is gratis te downloaden via www.trimbos.nl
Artikelnummer: TRI-75-038

Vormgeving

The Creative Hub

Beeld

Gettyimages.nl

Inhoud

1	Inleiding	4
2	Aanpak pilot	7
3	Resultaten	8
4	Conclusies en aanbevelingen	12
5	Wat is er nodig om de werkwijze te implementeren in de gehele regio NHN?	16

1 Inleiding

Aanleiding

Jaarlijks maken ongeveer 650.000 Nederlandse volwassenen gebruik van de specialistische geestelijke gezondheidszorg (sggz)¹. Wanneer de cliënt² en behandelaar het wenselijk vinden om met de behandeling te stoppen, wordt de cliënt uitgeschreven. De huisarts wordt dan weer het eerste aanspreekpunt. Tijdig afronden van de behandeling en waar nodig doorverwijzen of overdragen, wordt veelal gezien als wenselijk voor zowel cliënt als behandelaar. Aangenomen wordt dat het normaliserend werkt als de cliënt vanuit eigen regie verder kan werken aan herstel. De ggz-behandelaar krijgt ruimte voor nieuwe cliënten, wat bijdraagt aan het verminderen van de druk op de ggz (terugdringen van de wachttijden). Uit onderzoek en signalen uit de praktijk blijkt echter dat de overgang van sggz naar huisartsenzorg niet altijd even soepel verloopt. Dit vormde voor het Trimbos-instituut de aanleiding om samen met GGZ NHN, Vicino NHN en HKN³ een werkwijze te ontwikkelen voor een betere overdracht van cliënten die uitstromen uit de ambulante sggz in de Noord-Holland Noord.

Ontwikkeling werkwijze DAG-gesprek

Allereerst is een brede interviewronde uitgevoerd onder directbetrokkenen in Noord-Holland Noord (waaronder professionals werkzaam in sggz-teams, huisartsen en POH's-ggz, professionals uit het sociaal domein en cliënt- en naastenvertegenwoordigers), om de belangrijkste aandachtspunten en kansen voor verbetering in kaart te brengen (Planije et al., 2023)⁴. Vervolgens is in co-creatie met alle directbetrokkenen een conceptwerkwijze ontwikkeld, die uiteindelijk benoemd is als het Doorstroom- en AfstemmingsGesprek, kortweg: het DAG-gesprek. Doel van de werkwijze is om de overdracht te verbeteren van mensen die van de sggz-teams van GGZ NHN uitstromen naar de huisartsenpraktijk (en eventuele andere betrokken personen of partijen). Het kader hieronder geeft een korte beschrijving van de ontwikkelde conceptwerkwijze die vervolgens in een pilot is getest.

1 <https://opendata.cbs.nl/#/CBS/nl/dataset/86225NED/table>

2 In de ggz en het sociaal domein wordt wisselend gebruik gemaakt van de term cliënt of patiënt. In de huisartsenzorg is de term patiënt gebruikelijk. In deze publicatie is voor de benaming cliënt gekozen.

3 Huisartsenorganisatie Kop van Noord-Holland.

4 https://www.trimbos.nl/wp-content/uploads/2025/10/TRIAF2133-Factsheet-Passende-zorg-na-behandeling-in-de-sggz_DEF.pdf

De conceptwerkwijze voor het Doorstroom- en AfstemmingsGesprek in het kort

Bij een deel van de cliënten is voor een soepele overdracht naar de huisartsenzorg meer nodig dan alleen de reguliere schriftelijke en/of mondelinge terugrapportage vanuit de ggz. In deze situaties kan het DAG-gesprek worden gevoerd. Als ggz-behandelaar en cliënt besluiten om toe te werken naar afronding van de behandeling, vertelt de ggz-behandelaar de cliënt over de mogelijkheid van het DAG-gesprek. De behandelaar legt ook uit hoe dit gesprek werkt. De behandelaar neemt dan ook contact op met de huisarts om te overleggen over het voorgenomen besluit om de behandeling af te sluiten. In principe wordt het DAG-gesprek uitgevoerd wanneer een cliënt, de ggz-behandelaar zelf en/of de huisarts dit nodig vinden. Het uitgangspunt is dat het besluit om al dan niet een DAG-gesprek voor te bereiden al aan het begin van de uitstroomfase wordt genomen. De voorbereiding op het gesprek, inclusief de inplanning en wie erbij aanwezig zijn, wordt gedaan door de cliënt en de ggz-behandelaar. Om ervoor te zorgen dat de werkwijze zoveel mogelijk op de bedoelde manier wordt uitgevoerd, zijn er verschillende hulpmiddelen ontwikkeld: Mijn Vervolg Herstelplan, de Gespreksleidraad DAG-gesprek en een Afsprakenformulier DAG-gesprek. In het DAG-gesprek worden afspraken gemaakt over de rollen en verantwoordelijkheden van de huisarts, de POH-ggz, het sggz-team en eventuele andere betrokken personen/partijen na afsluiting van de ggz-behandeling, en hoe zij daarbij onderling samenwerken. Onderstaand schema beschrijft de verschillende stappen in de conceptwerkwijze voor het DAG-gesprek die in een pilot is getest.

Te onderscheiden fasen in de conceptwerkwijze Doorstroom- en AfstemmingsGesprek (DAG-gesprek)

	Initiatief tot, en afstemming over afronding sggz behandeling	Besluitvorming wel/niet voeren DAG-gesprek	Vorbereiding DAG-gesprek	Voeren DAG-gesprek	Opvolging afspraken/netwerkzorg
Wie	Cliënt, ggz-behandelaar* en huisarts	Cliënt, ggz-behandelaar* en huisarts (en evt. anderen)	Cliënt, ggz-behandelaar* en huisarts (en evt. anderen)	Cliënt, ggz-behandelaar* en huisarts (en evt. anderen)	Huisarts, cliënt (en evt. anderen)
Hoe	Cliënt en ggz-behandelaar* willen toewerken naar afronding behandeling. Ggz-behandelaar* overlegt met huisarts over het voorgenomen besluit.	Ggz-behandelaar*, huisarts en cliënt overleggen over wederzijdse wensen en behoeften voor vervolg na afronding sggz behandeling, en nemen besluit over wel/ niet voeren DAG-gesprek.	Cliënt formuleert doelen in 'Mijn vervolg herstelplan' en bespreekt dit met ggz-behandelaar* Andere betrokkenen, zoals naaste, professionaal uit sociaal domein, voorafgaand aan het DAG-gesprek benaderen om af te stemmen over de rol en inzet in de opvolging. Bespreken wie het initiatief hiervoor neemt.	Bespreken en vastleggen gemaakte afspraken	Afstemming/opshaling sggz indien nodig Afspraken hierover zijn in het DAG-gesprek vastgelegd
Eerste aanspreekpunt voor cliënt	sggz	sggz	sggz	sggz	huisarts
Hulpmiddel			Mijn vervolg herstelplan	Leidraad DAG-gesprek**; Afsprakenformulier**	
Resultaat	Besluit om toe te werken naar afronding sggz behandeling	Besluit om wel/niet een DAG-gesprek voor te bereiden	Vorbereid en ingepland DAG-gesprek; ingevuld Mijn vervolg herstelplan	Ingevuld afsprakenformulier**	

* Regiebehandelaar/ coördinerend behandelaar.

** Zie Handleiding en praktische hulpmiddelen bij het DAG-gesprek

Deze publicatie: bevindingen uit een pilot met het DAG-gesprek

Als derde en laatste stap is in de periode mei – december 2025 de conceptwerkwijze van het DAG-gesprek getest in de praktijk in de sub-regio Kop van Noord-Holland. Het doel van de pilot was inzicht krijgen in hoe de werkwijze in de praktijk wordt uitgevoerd en ervaren door cliënten (en eventuele naasten), ggz-behandelaren, huisartsen en POH's-ggz. Bovendien zijn bevorderende en belemmerende factoren in kaart gebracht. Deze publicatie beschrijft de bevindingen uit de pilot. Ook wordt gereflecteerd op de betekenis voor de aanpassing en verdere doorontwikkeling van de werkwijze, en mogelijke implementatie in de praktijk.



2 Aanpak pilot

Opzet en verloop proefimplementatie

In mei 2025 startte het testen van de pilotversie van de werkwijze met acht behandelaren uit vier sggz-teams in de regio Kop van Noord-Holland. GGZ NHN verzorgde de werving en selectie van deelnemende behandelaren. Deze ggz-behandelaren werden door het projectteam van het Trimbos-instituut geïnstrueerd in de werkwijze voor het DAG-gesprek en de opzet van de pilot. Ook werden zij geïnformeerd over de ontwikkelde materialen. Huisartsen en POH's-ggz werkzaam in de Kop van Noord-Holland zijn op verschillende manieren geïnformeerd over de pilot, via nieuwsbrieven en toelichtingen tijdens reguliere bijeenkomsten. De oorspronkelijke looptijd van de pilot was van mei tot oktober 2026. Eén van de acht behandelaren stopte tussentijds met deelname. Vier behandelaren wisten geen cliënten te vinden voor wie een DAG-gesprek passend was, omdat behandelingen nog niet waren afgerond binnen de pilotperiode en/of omdat cliënten niet wilden meewerken. Als mogelijke verklaring werd ook genoemd dat de caseloads vlak vóór de start van de pilot al waren verkleind, waardoor minder cliënten in de laatste behandelfase zaten en er dus minder uitstroom op korte termijn was. Door deze beperkte instroom van deelnemers werd besloten de pilot te verlengen tot en met december 2026. Ook werd er binnen GGZ NHN een bredere oproep gedaan onder behandelaren om deel te nemen aan de pilot. Dit resulteerde in drie nieuwe deelnemende behandelaren, waarvan één werkzaam in een onlineteam. Uiteindelijk zijn acht DAG-gesprekken gevoerd, waarvan vier door de drie behandelaren die later bij de pilot zijn aangehaakt.

In de pilot gaan we na in hoeverre de werkwijze met het DAG-gesprek in de praktijk wordt uitgevoerd zoals bedoeld. Daarbij wordt gekeken naar hoe vaak het DAG-gesprek wordt toegepast; hoe professionals, cliënten en naasten de werkwijze en de ontwikkelde materialen ervaren; welke factoren de uitvoering bevorderen of belemmeren; en welke aanbevelingen hieruit volgen voor verdere verbetering en toepassing. In totaal zijn acht DAG-gesprekken gevoerd met cliënten van zes behandelaren. Elk gesprek vond plaats met een cliënt en diens behandelaar. De overige deelnemers verschilden per gesprek: twee keer waren zowel de POH-ggz als de huisarts (deels) aanwezig, drie keer alleen de huisarts en drie keer alleen de POH-ggz. Om een beeld te krijgen van de ervaringen van cliënten, behandelaren, huisartsen en POH's-ggz, hebben we interviews gehouden. We spraken met alle zes behandelaren die betrokken waren bij de DAG-gesprekken. Ook spraken we met vijf cliënten, vijf POH's-ggz en twee huisartsen. Daarnaast gaf één huisarts een schriftelijke toelichting op de eigen ervaringen. In de interviews gebruikten we een topiclijst. Daarin kwam onder meer aan de orde: de voorbereiding op en verwachtingen van het DAG-gesprek, het gebruik van de ontwikkelde materialen, het verloop van het DAG-gesprek en de gemaakte afspraken.

3 Resultaten

Hoe wordt het DAG-gesprek in de praktijk uitgevoerd?

Zoals eerder aangegeven zijn er acht DAG-gesprekken gevoerd, telkens met een cliënt en diens behandelaar. Daarnaast waren bij twee gesprekken zowel de POH-ggz als de huisarts (deels) aanwezig, bij drie alleen de huisarts en bij drie gesprekken alleen de POH-ggz. Uitgezonderd één DAG-gesprek, waren geen partners aanwezig bij de gesprekken. Bij geen van de gesprekken namen andere betrokkenen deel. In de pilot is het DAG-gesprek – zoals beoogd – vooral ingezet als een “warme overdracht-plus” bij afronding van een behandeltraject in sggz. De problematiek en ondersteuningsbehoeften van de acht cliënten variëren van langdurige zorgtrajecten en verhoogde kwetsbaarheid tot spanningen rond afronding van de zorg en situaties met complex of gevoelig medicatiebeleid. Uit de interviews blijkt dat ggzbehandelaren het initiatief nemen door cliënten te informeren over de werkwijze van het DAG-gesprek. Zij gebruiken dit moment ook om de ontwikkelde hulpmiddelen te overhandigen. In de meeste casussen wordt het DAG-gesprek georganiseerd op initiatief van de behandelaar, die via de huisartsenpraktijk een afspraak maakt voor het gesprek. Cliënten geven aan dat ze prettig vinden dat de behandelaar de organisatie op zich neemt. Het maken van de afspraak verloopt vaak via de doktersassistent.

De setting van het DAG-gesprek is wisselend: zes gesprekken vonden fysiek plaats in de huisartsenpraktijk, twee online via beeldbellen. In de conceptwerkwijze was de inschatting dat het DAG-gesprek maximaal 30 minuten zou duren. In de pilot varieerde de gespreksduur van 20 tot 45 minuten. Huisartsen geven aan dat het bij eenvoudige casuïstiek ook korter kan dan 30 minuten, terwijl complexere situaties juist meer tijd vragen. Inhoudelijk bestaat het gesprek doorgaans uit een mondelinge samenvatting van het behandelverloop en de huidige stand van zaken, gevolgd door afspraken over vervolg en rolafbakening. Waar relevant wordt gesproken over (monitoring van) medicatiebeleid en over terugval/opschalen: wie doet wat bij verslechtering en hoe verloopt de route terug naar de ggz. In twee van de DAG-gesprekken sloot de huisarts kort aan voor het medische of medicatie-gerelateerde deel, waarna de POH-ggz het begeleidingsdeel voortzette.

Maar twee van de zes cliënten hebben het formulier ‘Mijn vervolg herstelplan’ gebruikt. Deze twee cliënten hebben we ook geïnterviewd en zij gaven aan het formulier behulpzaam te vinden; volgens hen biedt het ondersteuning en structuur bij het formuleren van hersteldoelen na afronding van de ggz-behandeling. Drie andere geïnterviewde cliënten gaven aan dat ze geen gebruik van het formulier hebben gemaakt omdat ze er niet gemotiveerd voor waren of omdat ze het vonden overlappen met de al gemaakte afspraken tijdens het behandeltraject.

De behandelaren zien potentiële meerwaarde in het formulier 'Mijn vervolg herstelplan'. Dat er desondanks door maar twee cliënten gebruik van is gemaakt had volgens hen diverse redenen. Twee cliënten hadden geen duidelijke hulpvraag of ondersteuningsdoel na afronding van de ggz-behandeling, en twee andere cliënten hadden geen nieuwe doelen boven op de al geformuleerde behandeldoelen. Verder was bij één cliënt met een licht verstandelijke beperking de inschatting van de behandelaar dat het formulier onvoldoende passend was. Ten slotte had één cliënt onvoldoende tijd om het formulier in te vullen. Vastlegging van wat in het DAG-gesprek is besproken gebeurt meestal in de eigen systemen (het ontwikkelde *Afsprakenformulier DAG-gesprek* werd eenmaal gebruikt): behandelaren rapporteren in het ggz-dossier en sturen een ontslag-/overdrachtsbrief; POH's en huisartsen noteren afspraken in het huisartsdossier.

Hoe wordt de werkwijze ervaren en gewaardeerd?

Over alle vier perspectieven heen is het algemene beeld overwegend positief: het DAG-gesprek wordt gezien als een warme overdracht die waardevoller is dan alleen een overdrachtsbrief en/of telefonische toelichting vanuit de sggz naar de huisarts. Dit omdat het gesprek ruimte biedt voor vragen, nuance en een gezamenlijke "markering" van de overgang van sggz naar huisartsenzorg. Het gesprek kan de cliënt helpen doordat die ziet dat huisarts écht op de hoogte is; dit geeft rust.



'Daarin is zo'n DAG-gesprek natuurlijk wel heel mooi en heel duidelijk. Als de ggz zorg over gaat en dat is besproken. Daar zit wel een fijne kant aan zo'n gesprek, dat duidelijk is dat de zorg niet meer bij de ggz ligt maar bij ons. En dat we weten wie we moeten contacten als het niet goed gaat met de cliënt.' – Huisarts

Huisartsen en POH's-ggz noemen dat een 'face-to-face' overdracht minder snel ondersneeuwt in de dagelijkse stroom van informatie-uitwisseling en ruimte biedt om direct vragen te stellen aan ggz-behandelaar en/of cliënt. Ook waarderen zij dat behandel- of begeleidingscontext en aandachtspunten 'in één keer goed' kunnen worden gedeeld, en dat er expliciet afspraken kunnen worden gemaakt over monitoring en opschalen (tijdig meer of andere zorg inzetten binnen of buiten de ggz, omdat de situatie daarom vraagt). Uit de interviews met de professionals komt het beeld naar voren dat het DAG-gesprek eraan kan bijdragen dat ggz-behandelaren en huisartsenzorg professionals elkaar sneller en gemakkelijker vinden in de samenwerking.



'Ik vind het wel mooi. Stel dat wij nog meer patiënten overdragen op deze manier. Dan hebben we elkaar gezien, dan weten we een beetje hoe het werkt en dat vind ik wel heel mooi. Wat dat betreft juich ik het alleen maar toe. En of het nou de huisarts of de POH is, dat maakt mij verder niet zoveel uit. Ik denk dat het goed is voor de korte lijnen.' – Ggz-behandelaar

Behandelaren merken op dat het DAG-gesprek helpt om het 'gezicht achter de brief' - de cliënt - concreter en persoonlijker te maken richting huisarts en POH-ggz. In het gesprek kunnen behandelaren beter aan hen uitleggen waarom zij bepaalde keuzes maken, waardoor huisartsen en POH's-ggz beter begrijpen wat er achter die keuzes zit. Dit verkleint het risico dat zij de situatie verkeerd inschatten. Ook wordt de gezamenlijke afstemming soepeler, volgens de behandelaren. Daarnaast zien zij meerwaarde doordat kwetsbare of minder mondige cliënten ondersteuning krijgen in het gesprek.



'Een DAG-gesprek maakt eigenlijk gewoon veel meer impact. Je behartigt de belangen van de cliënt ook wat beter. Je kan het proces beter omschrijven. Ja, dus ik kijk er op een hele positieve manier op terug.' – Ggz-behandelaar

Voor cliënten kan het gesprek functioneren als kennismaking met een (nieuwe) huisarts of POH-ggz en daarmee als een veilig overgangsmoment. Cliënten waarderen met name dat zij het gesprek niet alleen hoeven te voeren: de aanwezigheid van een vertrouwde behandelaar kan helpen om spanning te verminderen, vertrouwen op te bouwen en niet "dicht te slaan" bij het vertellen van het verhaal.

Naast deze overeenkomsten zijn er enkele accentverschillen per perspectief. Cliënten leggen vooral de nadruk op veiligheid, steun en vertrouwen ("fijn om niet alleen naar de huisarts te hoeven gaan", stap naar huisarts minder groot). Huisartsen en POH's-ggz waarderen de overdracht, maar zijn soms ook kritisch. Bij hen speelt vaker de vraag of een DAG-gesprek wel/of niet noodzakelijk is: volgens hen kan bij eenvoudigere casuïstiek een korter contactmoment of overdrachtsbrief mogelijk volstaan, terwijl complexere casussen meer tijd en afstemming vragen. Behandelaren en POH's-ggz wijzen bovendien op de grote variatie tussen huisartspraktijken: sommige praktijken zijn snel te bereiken en staan open voor overleg, terwijl in andere praktijken planning, contact en rolverdeling stroever verlopen. Tot slot komt naar voren dat de extra tijd en betrokkenheid van huisarts en POH-ggz door cliënten en behandelaren als zeer ondersteunend wordt ervaren.

Welke factoren bevorderen of belemmeren de uitvoering van het DAG-gesprek?

Aan de geïnterviewden is gevraagd wat zij als bevorderende en belemmerende factoren hebben ervaren bij het voorbereiden en voeren van het DAG-gesprek. In alle perspectieven wordt genoemd dat het DAG-gesprek het best werkt wanneer het – zoals beoogd – tijdig wordt aangekondigd en goed is voorbereid. Cliënten waarderen het wanneer zij ruimte krijgen om aan afronding te wennen.



'Ik vond het fijn dat het nog een half jaar duurde voordat het werd afgesloten. Dan heb je zelf de tijd om het even een plekje te geven. Ja, dat ik dan na 10 jaar afsluit. En niet dat het in één keer boem is afgelopen.' – Cliënt

Ook geven de geïnterviewde cliënten aan het prettig te vinden om vooraf helderheid te hebben over het doel van het DAG-gesprek en wat er van hen verwacht wordt. Huisartsen en POH's-ggz benoemen dat een goede voorbereiding – inclusief beschikbaarheid van kerninformatie (beloop, afspraken, medicatie) – het gesprek efficiënter en relevanter maakt. Een toegankelijke, geduldige houding van de huisarts of POH-ggz tijdens het gesprek zelf en het expliciet checken of “alles besproken is” worden gezien als belangrijke succesfactoren. Daarnaast wordt online/beeldbellen door meerdere betrokkenen genoemd als mogelijkheid om reistijd te verminderen en afspraken eenvoudiger te plannen. Volgens de geïnterviewde huisartsen werkt het goed wanneer het gesprek leidt tot concrete, praktische afspraken die zoveel als mogelijk aansluiten op bestaande processen in de huisartsenpraktijk (bijvoorbeeld het combineren van ggz-gerelateerde controles met reguliere jaarcontroles).

Er worden ook aandachtspunten en verbetermogelijkheden genoemd. Sommige behandelaren noemen de logistieke en administratieve belasting: het plannen van een DAG-gesprek vraagt soms meerdere handelingen (mailen, nabellen, herplannen). Volgens enkele behandelaren vraagt dit extra inzet, die niet goed aansluit bij de al hoge werkdruk in de dagelijkse praktijk. Ook huisartsen geven aan dat tijdgebrek en hoge werkdruk hun deelname aan de DAG-werkwijze kan bemoeilijken. Uit de interviews blijkt dat geen van de behandelaren contact heeft opgenomen met de huisartsenpraktijk om af te stemmen over het voorgenomen besluit om het behandeltraject af te sluiten. De behandelaren die op een later moment zijn gaan deelnemen aan de pilot (zie 2. Aanpak) geven aan dat zij op korte termijn een al geplande afspraak met cliënt en huisarts/POH-ggz hebben omgevormd tot een DAG-gesprek, waardoor er minder tijd was voor voorbereiding en verwachtingsafstemming. Huisartsen en POH's-ggz merken op dat als het gesprek pas laat in het proces wordt gepland, soms de ruimte ontbreekt om vooraf verwachtingen uit te spreken over wat de huisarts/POH-ggz nodig heeft of wat er precies wordt overgedragen. Ook kan 'indirecte' benadering of inplanning via de doktersassistent leiden tot onvoldoende voorbereiding of onduidelijkheid bij de huisarts/POH-ggz over doel en rolverdeling.



'Ik ben niet zelf direct benaderd door de behandelaar, die afspraak is gemaakt via de assistente. Ik was dus zelf niet heel goed op de hoogte van wat het DAG-gesprek inhield.' – POH-ggz

Enkele cliënten benoemen dat het verwachtingsmanagement soms beter had gekund: zij voelden zich niet altijd voorbereid op het (deels) opnieuw vertellen van hun verhaal, vooral wanneer de POH-ggz of huisarts nieuw voor hen was. Daarnaast was voor sommige cliënten onduidelijk wat de POH-ggz precies doet en welke ondersteuning vanuit de POH-ggz mogelijk is. Medicatieoverdracht wordt regelmatig genoemd als aandachtspunt: behandelaren geven aan dat verantwoordelijkheden—zoals wie voorschrijft, wie monitort en wie toedient—duidelijk en expliciet moeten worden afgestemd. Tot slot komen uit de interviews systeem-/ICT-gerelateerde belemmeringen naar voren: afspraken uit het DAG-gesprek zijn niet altijd uniform terug te vinden, en digitale berichtstromen zijn niet altijd zo ingericht dat het automatisch duidelijk is wie wat moet oppakken, wanneer, en hoe. Daardoor kan opvolging minder vanzelfsprekend zijn.

4 Conclusies en aanbevelingen



Conclusies

De bevindingen uit de pilot zijn gebaseerd op een beperkt aantal uitgevoerde DAG-gesprekken en interviews. Met andere woorden: er is een eerste indruk verkregen van de uitvoering en ervaren werkzame elementen en knelpunten in de praktijk. Volgens verwachting, is niet voor elke cliënt bij afronding een DAG-gesprek nodig. De geïnterviewde behandelaren, POH's-ggz en huisartsen herkennen wel (kenmerken van) cliënten waarbij de potentiële meerwaarde het grootst is: cliënten die langdurig in zorg waren, cliënten met kwetsbaarheid of beperkte mondigheid, cliënten met spanning rond afronding, en casussen met (complex of gevoelig) medicatiebeleid. Algemeen gesteld is het beeld dat naar voren komt veelbelovend. De werkwijze met het DAG-gesprek lijkt de gezamenlijke afstemming tussen cliënt, ggz-behandelaar, huisarts en POH-ggz te verbeteren. Het delen van informatie en afstemmen van verwachtingen, lijkt eraan bij te dragen dat de overgang naar de huisartsenzorg soepeler verloopt. Ook lijkt het erop dat de actieve voorbereiding door de cliënt de ervaren regie en betrokkenheid vergroot, omdat hij of zij meebeslist over de inhoud en samenstelling van het gesprek en daarmee meer eigenaarschap krijgt over het vervolg van de zorg. Ten slotte zijn er aanwijzingen dat knelpunten in continuïteit en overdracht beter worden ondervangen wanneer vooraf expliciet wordt stilgestaan bij wat al goed gaat, welke behoeften er zijn en welke afspraken nodig zijn, wat kan bijdragen aan hogere kwaliteit van nazorg en minder gaten in het vervolgproces. Tegelijkertijd wijzen de bevindingen uit de pilot op diverse aandachtspunten voor aanscherping of doorontwikkeling van de ontwikkelde werkwijze.



'Ik vind het een voordeel dat ik de huisarts heb gesproken en ook dat ik nu de POH-ggz ken. Dat maakt wel een verschil. Ik vind dat één op één contact wel prettig. Ik heb het gevoel dat we heel goed voorbereid naar het DAG-gesprek hebben toegewerkt. Het is ook een soort mindset bij de cliënt zelf. Dat ze een switch maken naar hoe kijk ik er zelf naar en wat heb ik nodig? Dat vind ik heel fijn dat dat erin in zit. En dat je daar op die manier in meegenomen wordt'. – Ggz-behandelaar

Aanbevelingen voor verbetering of doorontwikkeling

De ervaringen van behandelaren, cliënten, POH's-ggz en huisartsen in de pilot laten zien dat onderdelen van de werkwijze met het DAG-gesprek in de praktijk niet altijd volledig of consistent zijn uitgevoerd zoals bedoeld. Het is niet voorgekomen dat een behandelaar met de huisarts afstemming zocht over het voorgenomen besluit om toe te werken naar afronding van de behandeling. Ook was er geen sprake van een gezamenlijk gedragen besluit om wel of niet een DAG-gesprek voor te bereiden. De voorbereiding tussen cliënt en behandelaar was niet altijd tijdig of voldoende, waardoor het nut en de noodzaak van het DAG-gesprek soms onvoldoende duidelijk was. Het is belangrijk dat het DAG-gesprek volgens de afgesproken werkwijze wordt uitgevoerd, omdat de verwachting is dat de beoogde meerwaarde tot uiting komt wanneer deze werkwijze consequent wordt gevolgd. Een tijdige aankondiging, goede voorbereiding, een duidelijke rolverdeling tussen huisarts en POH-ggz en een vaste bespreking van kernonderwerpen (zoals medicatiebeleid en het pad voor terugval en opschaling) vormen essentiële onderdelen van de werkwijze. Wanneer deze elementen niet of slechts gedeeltelijk worden toegepast, is het aannemelijk dat de meerwaarde afneemt en dat belangrijke informatieuitwisseling verloren gaat. Werken met het DAG-gesprek zoals afgesproken kan mogelijk bijdragen aan een betere afstemming, een uniforme aanpak en een zorgvuldige afronding van de behandeling.

De bevindingen uit de pilot wijzen op diverse, meer specifieke, aandachtspunten voor een goede uitvoering van de werkwijze:

- Training, instructie en informatievoorziening rond de DAG-werkwijze:
 - Het wordt aanbevolen om voorafgaand aan de toepassing van de DAG-werkwijze te investeren in zorgvuldige training en duidelijke instructie voor betrokken medewerkers. Een betere en tijdige informatievoorziening over de bedoeling, de te nemen stappen en praktische uitvoering van de werkwijze draagt bij aan een consistente en zorgvuldige inzet.
 - Daarnaast is het wenselijk om de bekendheid met de methode te vergroten binnen de sggz-teams, zodat medewerkers zich zekerder voelen in het gebruik ervan en beter kunnen inschatten wanneer en hoe de werkvorm passend is. Door deze basis te versterken, kan de DAG-werkwijze effectiever, eenduidiger en met meer vertrouwen worden ingezet.
 - Het kan helpend zijn om een eenvoudig visueel hulpmiddel te ontwikkelen dat voor ggz-behandelaren gemakkelijk en laagdrempelig bruikbaar is in de praktijk, bijvoorbeeld een korte checklist waarop in één oogopslag de te volgen stappen staan beschreven. De reeds ontwikkelde werkkaart (zie [Handleiding en praktische hulpmiddelen bij het DAG-gesprek](#)) kan als basis dienen om een dergelijk hulpmiddel te ontwikkelen.
- Nadere uitwerking besluitvormingsproces
 - De ervaringen in de pilot wijzen erop dat niet is afgestemd met de huisarts over het voorgenomen besluit om de ggz-behandeling af te gaan ronden. Bovendien werd het inplannen van een DAG-gesprek door sommige ggz-behandelaren als belastend ervaren, mede vanwege de soms moeilijke bereikbaarheid van huisartsen. Deze resultaten gaven aanleiding om het besluitvormingsproces rondom het wel of niet voeren van het DAG-gesprek verder uit te werken, om de werkwijze niet onnodig belastend te laten zijn voor professionals. In de nadere uitwerking worden drie varianten onderscheiden (zie onderstaand kader).

Nadere uitwerking besluitvorming in fase 1 en 2 van de DAG-werkwijze		
Variant	Fase 1 – Initiatief tot afronding sggz-behandeling	Fase 2 – Besluitvorming wel/niet voeren DAG-gesprek
1. Cliënt en ggz-behandelaar besluiten een DAG-gesprek voor te bereiden	De cliënt en de ggz-behandelaar besluiten samen dat de behandeling kan worden afgerond en dat een DAG-gesprek wenselijk is voor een zorgvuldige overdracht.	De ggz-behandelaar neemt contact op met de huisartsenpraktijk om een afspraak voor het DAG-gesprek te plannen en licht daarbij kort toe wat de redenen zijn voor het organiseren van dit gesprek. Indien het contact via de doktersassistent loopt, is het van belang dat deze de huisarts of POH-ggz tijdig informeert over het geplande gesprek.
2. Cliënt en ggz-behandelaar twifelen over de noodzaak van een DAG-gesprek	De cliënt en de ggz-behandelaar bespreken de afronding van de behandeling, maar twifelen of een DAG-gesprek toegevoegde waarde heeft.	De ggz-behandelaar neemt contact op met de huisartsenpraktijk om gezamenlijk te verkennen of een DAG-gesprek nodig is. Op basis van overleg tussen cliënt, behandelaar en huisarts (of POH-ggz) wordt een gezamenlijk besluit genomen om wél of geen DAG-gesprek voor te bereiden.
3. Cliënt en ggz-behandelaar besluiten geen DAG-gesprek te voeren	De cliënt en de ggz-behandelaar komen samen tot de conclusie dat een DAG-gesprek niet noodzakelijk is.	De behandeling wordt regulier afgesloten. De ggz-behandelaar stuurt tijdig een duidelijke overdrachtsbrief naar de huisartsenpraktijk, met expliciete vermelding dat een DAG-gesprek alsnog kan worden ingezet indien de huisarts of POH-ggz daar behoefte aan heeft.

- Versterk voorbereiding en verwachtingsmanagement:
 - In variant 1 en 2 van het besluitvormingsproces is het essentieel dat het overleg met de huisartsenpraktijk tijdig plaatsvindt. Zoals hierboven in het kader aangegeven, bespreekt de ggz-behandelaar het voorgenomen besluit om toe te werken naar afronding van de ggz-behandeling alleen met de huisarts als hij/zij en de cliënt twifelen over de noodzaak van een DAG-gesprek (variant 2). Op basis van uitwisseling van de wederzijdse wensen en behoeften voor de vervolgzorg/-ondersteuning na afronding van de sggz-behandeling, wordt gezamenlijk bepaald of een DAG-gesprek wenselijk is.
 - De ggz-behandelaar geeft vooraf uitleg aan de cliënt over het doel van het DAG-gesprek, welke onderwerpen worden besproken en hoe de cliënt zich moet voorbereiden. Van belang is dat nut en noodzaak van het DAG-gesprek expliciet worden gemaakt, zodat voor alle betrokkenen helder is waarom dit overleg wordt ingezet. Uit de pilot blijkt dat voor de huisarts en POH-ggz niet altijd duidelijk was welke hulp- of ondersteuningsbehoeften de cliënt had. Daarom is het belangrijk dat behandelaar en cliënt vooraf voldoende tijd nemen om dit samen helder te formuleren. Aanbevolen wordt om de werkwijze consequent en volgens de oorspronkelijke bedoeling uit te voeren, waarbij deze ondersteuningsbehoeften expliciet worden benoemd.
 - De ggz-behandelaar beschrijft op een toegankelijke manier wat de cliënt kan verwachten van de huisarts en de POH-ggz, inclusief hun rollen tijdens en na het gesprek. Een korte toelichting op de rol en bereikbaarheid van de POH-ggz wordt als nuttig gezien, zodat alle betrokkenen weten wat zij van elkaar kunnen verwachten. Zorg dat deze informatie tijdig én begrijpelijk wordt aangeboden, zodat cliënten goed voorbereid aan het gesprek deelnemen.
- Alle betrokkenen moeten tijdig worden geïnformeerd over het DAG-gesprek, zodat voor iedereen duidelijk is wie aanwezig is en welke rol ieder heeft. Indien in variant 1 van het besluitvormingsproces (zie kader hierboven) het contact verloopt via de doktersassistent, dan informeert deze de huisarts of POH-ggz. In variant 2 spreken ggz-behandelaar, huisarts en/

of POH-ggz samen af wie eventuele andere betrokkenen informeert. De ggz-behandelaar en/of de huisarts spreken samen af wie hierin het initiatief neemt. Leg vast welke kerninformatie (zoals medicatiebeleid, terugval-/opschalingspad en relevante observaties) vooraf beschikbaar moet zijn.

- Zorg dat uitnodigingen en afstemming voor het DAG-gesprek altijd rechtstreeks plaatsvinden tussen de betrokken behandelaar en/of POH-ggz, en niet uitsluitend via de doktersassistent. Dit voorkomt dat informatie verloren gaat, het gesprek onvoldoende wordt voorbereid en er onduidelijkheid ontstaat over het doel van het DAG-gesprek en de rolverdeling tussen betrokken professionals.
- Werk met een flexibele taakverdeling tussen huisarts en POH-ggz bij het DAG-gesprek, afhankelijk van hun beschikbaarheid, hun onderlinge rolverdeling, de bespreekpunten rondom de cliënt, etc. Een variant is bijvoorbeeld dat de huisarts aansluit bij het DAG-gesprek wanneer medicatie- of medische regievraagstukken spelen, terwijl de POH-ggz het begeleidings- en nazorggedeelte voor zijn rekening neemt.
- Standaardiseer het terugval-/opschalingspad als vast onderdeel van het DAG-gesprek. Door expliciet te bespreken wat “verslechtering” is, wie dat signaleert, wie dan contact opneemt met wie, en welke route dan gevolgd wordt, wordt onzekerheid verminderd en wordt de overgang van sggz naar huisartsenzorg of vice versa beter geborgd.

Er zijn daarnaast enkele aandachtspunten te benoemen voor het verder ondersteunen van de werkwijze en het borgen van afspraken en verslaglegging met minimale administratieve last.

- Ga na welke mogelijkheden er zijn om bestaande formulieren—zoals het herstelplan, het signaleringsplan en ‘mijn vervolg herstelplan’—beter op elkaar af te stemmen of te integreren, zodat overlap wordt voorkomen. Overweeg één compact afsprakenformat (om “papierwinkel” te voorkomen) en neem in de ontslag-/overdrachtsbrief expliciet op dát een DAG-gesprek heeft plaatsgevonden en welke kernafspraken zijn gemaakt.
- Als randvoorwaarde voor opschaling wordt daarnaast genoemd dat organisatie en planning ondersteuning of (gedeeltelijke) automatisering vragen (bijv. sjablonen, reminders, ondersteuning door secretariaat of een trigger in het dossier bij start van de afsluitfase).
- Specifiek voor GGZ NHN: meerdere behandelaren adviseren om de DAG-werkwijze in te bedden in het bestaande werkproces. Bijvoorbeeld door gebruik te maken van automatisering en integratie in het Elektronisch patiëntendossier (EPD), bijvoorbeeld door een “vlaggetje” of prompt in het dossier dat herinnert aan het DAG-gesprek, en door het inzetten van standaardbrieven en een (semi) automatische workflow.

5 Wat is er nodig om de werkwijze te implementeren in de gehele regio NHN?

Met deze kleinschalige pilot is een eerste indruk verkregen. De eerste, overwegend positieve resultaten geven aanleiding om de werkwijze door te ontwikkelen en breder te implementeren in de regio NHN. Hieronder schetsen we een eerste aanzet voor de benodigde kaders.

Selectieve en doelmatige inzet als uitgangspunt

Het DAG-gesprek is niet voor alle cliënten noodzakelijk, maar kan wel duidelijke meerwaarde hebben voor specifieke cliënten. Het is niet mogelijk om scherpe of uniforme inclusiecriteria vast te stellen; de praktijk laat zien dat situaties sterk uiteenlopen en dat een eenduidige afbakening niet haalbaar is. Wel geven de ervaringen uit de pilot enige richting: het gaat met name om cliënten met kenmerken zoals kwetsbaarheid, beperkte mondigheid, een langdurige zorggeschiedenis, spanning rond afronding van de behandeling of een complex medicatiebeleid. Deze voorbeelden bieden aanknopingspunten, maar vormen geen strikte criteria. Het algemene uitgangspunt is dat een DAG-gesprek wordt voorbereid en gevoerd als minimaal één van de drie 'actoren' (cliënt, ggz-behandelaar of huisarts/POH-ggz) hier behoefte aan heeft.

Omdat er geen informatie is over hoe vaak het DAG-gesprek gevoerd wordt bij cliënten voor wie de ggz-behandeling wordt afgerond, is vooralsnog onduidelijk wat het bereik van de werkwijze is. Op basis van de opgehaalde bevindingen zijn geen uitspraken mogelijk over effecten op de langere termijn. Het is onbekend of, en zo ja in hoeverre, de DAG-werkwijze eraan bijdraagt dat de uitstroom van ambulante sggz-teams naar huisartsenzorg daadwerkelijk verbetert.

- Om beter zicht te krijgen op aantallen DAG-gesprekken, om welke cliënten het gaat, en wat de (lange termijn) effecten zijn voor cliënten, professionals, en cliëntstromen/toegankelijkheid ggz, is een bredere en structurele uitrol nodig, gecombineerd met (actie)onderzoek over een langere periode.

Veranker de positie van het DAG-gesprek in de uitstroomfase

Om te voorkomen dat er onvoldoende tijd is voor voorbereiding en afstemming, moet het DAG-gesprek tijdig in de afsluitfase aan de orde komen. Er kan gewerkt worden aan:

- Een vaste plek voor de "DAG-check" aan het begin van de uitstroomfase.
- Vroege afstemming door behandelaar met huisarts/POH-ggz over behoeften, verwachtingen en benodigde informatie.
- Structurele verankering van deze stap in werkprocessen (in protocollen én EPD-flows).

Verbeter voorbereiding en verwachtingsmanagement voor alle betrokkenen

Voor regionale implementatie zijn gezamenlijke afspraken nodig voor professionals en cliënten.

Voor professionals:

- Direct contact tussen behandelaar en huisarts/POH-ggz.
- Duidelijkheid vooraf over wie aanwezig is bij het DAG-gesprek, wat ieders taak is en welke documenten vooraf beschikbaar moeten zijn (signaleringsplan, samenvatting beloop, medicatiebeleid).
- Tijdige en herkenbare uitnodiging met uitleg van doel en inhoud.

Voor cliënten:

- Uitleg over doel, opzet en meerwaarde van het DAG-gesprek.
- Toegankelijke schets van wat men kan verwachten van huisarts en POH-ggz na afronding.
- Aandacht voor situaties waarin laaggeletterdheid, spanning of kwetsbaarheid een rol speelt.

Vergroot de regionale bekendheid van de DAG-werkwijze door aan te sluiten bij bestaande overlegstructuren.

- Maak gebruik van overlegvormen tussen ggz, huisartsen en/of POH's-ggz zoals het Diagnostisch Toetsoverleg, het Mentale Gezondheidsnetwerk Noord-Holland Noord en/of andere reguliere overleggen om de bekendheid van de werkwijze te vergroten, ervaringen uit te wisselen en de werkwijze stap voor stap te laten uitgroeien tot een integraal onderdeel van het gezamenlijke werkproces.

Werk toe naar een regionale standaard in taakverdeling en gespreksinhoud

Voor regiobrede implementatie is duidelijkheid over rolverdeling en gespreksstructuur nodig. Als het gaat om rolverdeling, is het helpend als vooraf is afgestemd wie waarom aanwezig is bij het gesprek. Als richtsnoer kan bijvoorbeeld afgesproken worden dat:

- Huisarts in ieder geval aansluit bij medicatievragen of medische regie
- POH-ggz het begeleidings- en nazorgdeel oppakt.
- Behandelaar expliciet aangeeft waarom aanwezigheid van huisarts of POH-ggz nodig is. Dit kan besproken worden tijdens het eerste contact met de huisartspraktijk als besloten is een DAG-gesprek te voeren.

Rondom de gespreksinhoud kan gedacht worden over een vast "minimumpakket": overdracht beloop, verwachtingen voor vervolgzorg, signalering/terugvalroutes, medicatie).

Regionale standaardisatie: formats, documenten en informatievoorziening

Regionale implementatie vraagt om:

- Afstemming of samenvoeging van bestaande formulieren (herstelplan, signaleringsplan, mijn vervolg herstelplan).
- Vast onderdeel in de overdrachtsbrief: dát het DAG-gesprek is gevoerd en welke kernafspraken zijn gemaakt.
- Uniforme regionale werkwijze en herkenbare formats in huisartsenzorg én ggz.

Organisatie en logistiek: maak het uitvoerbaar in de praktijk

Logistiek en werkdruk worden genoemd als belemmeringen (bijvoorbeeld rondom het plannen van een gezamenlijk gesprek, gebrek aan duidelijke afspraken over wie plant en coördineert, volle agenda's). Voor regionale uitrol zijn structurele randvoorwaarden nodig:

- Ondersteuning bij planning (door secretariaat of centrale planner).
- Mogelijkheid tot online gesprekken als volwaardige variant om reistijd en planning te vereenvoudigen.
- Flexibele tijdsblokken: 15 minuten bij lichte casus, 30+ minuten bij complexere situaties.

Regionale digitalisering en ICT-ondersteuning

Breed gedeeld in de interviews: digitalisering is essentieel voor schaalbare invoering.

Kansen voor ICT-ondersteuning:

- "Vlaggetje/prompt" in het Elektronisch Patiëntendossier wanneer de afsluitfase start ("denk aan DAG").
- (Semi)automatische workflow voor uitnodiging, documenten en verslaglegging.
- Standaardbrieven en sjablonen voor uitnodiging en verslag.
- Beter zicht op uitwisseling van signaleringsplan en overdrachtsbrieven tussen systemen.
- Notificaties voor huisartsen om overdracht te markeren (voorkomt zoeken in post).

Maak consultatie en terugkoppeling laagdrempeliger in de keten

Zowel POH's-ggz als huisartsen benoemen dat de mogelijkheid van snelle consultatie van ggz na overdracht cruciaal is. Regionale implementatie vraagt om:

- Een herkenbare lijn voor korte consultatievragen (bijv. via backoffice).
- Afspraken over responstijd en bereikbaarheid (zonder afhankelijkheid van individuele behandelaren).
- Heldere route voor opschalen en terugverwijzen die overal in de regio hetzelfde is.

Regio-brede kennis en training

Voor uniforme uitvoering is nodig:

- Gezamenlijke scholing, bijvoorbeeld over:
 - rolverdeling huisarts/POH-ggz
 - terugvalsscenario's
 - medicatie-overdracht
 - gebruik van regionale formats
- Intervisie of casusbespreking tussen ggz en huisartsen/POH's-ggz.

Borg de werkwijze in regionale samenwerking en governance

Voor duurzame implementatie is nodig:

- Afspraken binnen Vicino NHN, HKN/HWF/HONK en GGZ NHN over structurele toepassing.
- Regionale coördinatie voor monitoring, bijstelling en kwaliteitsborging.
- Jaarlijkse evaluatie met input van huisartsen, POH's-ggz, behandelaren en cliënten.
- Prestatie-indicatoren (bijv. tijdige overdracht, beschikbaarheid documenten, tevredenheid, aantal DAG-gesprekken per doelgroep).