

GGZ Standaarden

Deze pdf is gepubliceerd op 29-07-2025 om 16:18. Bekijk de meest actuele versie op
<https://www.ggzstandaarden.nl/zorgstandaarden/acute-psychiatrie>

Auteur: Akwa GGZ Autorisatiedatum: 09-04-2019 Beoordelingsdatum: 09-04-2019

Zorgstandaard
Acute psychiatrie

Inhoudsopgave

Inhoudsopgave	2
1. Introductie	6
1.1 Introductie	6
2. Samenvatting	7
2.1 Samenvatting	7
2.1.1 Kernafraken zorgstandaard acute psychiatrie	7
2.1.2 Balans in de drie eenheid: tijdigheid, kwaliteit en outreachend	7
2.1.3 Patiënten perspectief	7
2.1.4 Stappen acuut psychiatrische hulpverlening	8
2.1.5 Organisatie van zorg	10
2.1.6 Aandacht voor de impact voor een crisis	10
2.1.7 Evaluatie	10
3. Inleiding	11
3.1 Inleiding	11
3.2 Algemeen	11
3.3 Doelstelling	11
3.4 Doelgroepen	12
3.4.1 Definitie van crisis	12
3.4.2 Aanleiding en relatie tot actuele ontwikkelingen	12
3.4.3 Beschrijving aan de hand van stappen die persoon kan doorlopen	13
3.4.4 Beschrijving voor drie verwijssituaties	14
3.4.5 Figuur: Stappen die persoon in crisis met (vermoeden van) acute psychische stoornis kan doorlopen	14
3.5 Uitgangspunten	14
3.5.1 Toelichting zorgstandaarden	15
4. Patiëntenperspectief	16
4.1 Inleiding	16
4.2 Wensen en ervaringen van patiënten	16
4.3 Kwaliteitscriteria vanuit patiëntenperspectief	16
4.3.1 Focus van zorg	16
4.3.2 Vorm van zorg	17
4.3.3 Inhoud van zorg	17
4.3.4 Eisen aan zorg	18
4.3.5 Vanuit een crisis naar een nieuwe situatie	18
4.3.6 Overdracht	19
4.3.7 Adequaar aanbod van crisisinterventies	19
5. Hulpverlening aan personen in een crisissituatie	21
5.1 Inleiding	21

5.2 Vroege onderkenning en preventie	21
5.2.1 Aanpak zonder eerder contact met de psychiatrische hulpverlening vanwege crisis	22
5.2.2 Aanpak bij eerder contact met de psychiatrische hulpverlening vanwege crisis	22
5.3 Diagnostiek	23
5.3.1 Stap 1: Persoon in crisis thuis of ergens anders	23
5.3.2 Stap 2: Inschatting crisis door eerste hulpverlener	24
5.3.3 Stap 3: Persoon wacht thuis of vervoer naar locatie voor beoordeling	28
5.3.4 Stap 4: Beoordeling persoon in crisis, thuis of op beoordelingslocatie	30
5.3.5 Stap 5: Vervoer naar instelling of terug naar huis	34
5.4 Behandeling, begeleiding en terugvalpreventie	34
5.5 Monitoring	35
5.5.1 Informatie-uitwisseling	35
5.5.2 Informatie delen uit goed hulpverlenerschap	35
5.5.3 Niveau patiënt: crisisafspraken en crisiskaart opstellen/bijwerken	36
5.5.4 Niveau keten: gezamenlijk evalueren	36
5.6 Herstel, participatie en re-integratie	36
6. Organisatie van acuut psychiatrische hulpverlening	37
6.1 Betrokken zorgverleners	37
6.1.1 Rollen persoon in crisis en naasten	37
6.1.2 Rollen ggz-instelling, vrijgevestigde ggz-aanbieders en crisisdienst	38
6.1.3 Rollen huisarts/HAP/POH-GGZ	42
6.1.4 Rollen politie	44
6.1.5 Rollen meldkamer 112	47
6.1.6 Rollen hulpverleners maatschappelijke opvang/RIBW	47
6.1.7 Rollen spoedeisende hulp (SEH)/ziekenhuispsychiatrie	49
6.1.8 Rollen vervoerders ambulancezorg	51
6.1.9 Rollen verslavingszorg	52
6.1.10 Rollen overige partijen	52
6.2 Samenwerking	53
6.2.1 Overleg tussen ketenpartners	53
6.2.2 Overige randvoorwaarden	56
6.3 Competenties	57
6.4 Kwaliteitsbeleid	58
6.5 Kosteneffectiviteit en doelmatige zorg	59
6.6 Financiering	59
6.6.1 Algemeen	59
6.6.2 Specifiek	60
7. Kwaliteitsindicatoren	61
7.1 Algemeen	61

7.2 Specifiek	61
8. Implementatieplan	63
8.1 Zorgstandaarden	63
8.2 Gebruik van zorgstandaarden	63
8.3 Bestaande praktijk en vernieuwingen	64
8.4 Bestaande afspraken	65
8.5 Algemene implementatie thema's	65
8.5.1 Bewustwording en kennisdeling	65
8.5.2 Samenwerking	67
8.5.3 Capaciteit	68
8.5.4 Behandelaanbod	68
8.5.5 Financiering	69
8.5.6 ICT	70
8.6 Specifieke implementatiethema's GMAP	71
8.6.1 Algemene introductie en procesbeschrijving	71
8.6.2 Dit implementatieplan beschrijft de invoering van kwalitatief goede en tijdige acuut psychiatrische hulpverlening zoals beschreven in de GMAP	71
8.6.3 De implementatie van de GMAP hangt samen met contextuele factoren	72
8.6.4 Dit implementatieplan beschrijft de invoering van de GMAP op landelijk niveau	72
8.6.5 Alle 28 regio's dragen bij aan de landelijke gefaseerde invoering van de GMAP	73
8.6.6 De invoering van de GMAP wordt in 2022 landelijk geëvalueerd; de uitkomst hiervan bepaalt hoe in 2024 geëvalueerd zal worden	73
8.6.7 Jaarlijks worden in het regioplan afspraken gemaakt op regionaal niveau	73
8.6.8 De GMAP triagefunctie voeren we gefaseerd in	75
8.6.9 Gefaseerde invoering van de aanwezigheid van de ggz-triagefunctie: landelijk niveau	75
8.6.10 Gefaseerde invoering van de aanwezigheid van de ggz-triagefunctie: regionaal niveau	76
8.6.11 Het beoordelen volgens de GMAP voeren we gefaseerd in	76
8.6.12 Gefaseerde invoering duale beoordelingsteams: landelijk niveau	77
8.6.13 Gefaseerde invoering duale beoordelingsteams: regionaal niveau	78
8.6.14 Gefaseerde invoering aanrijtijden U2 en U3 meldingen: landelijk niveau	78
8.6.15 Gefaseerde invoering aanrijtijden U2 en U3 meldingen: regionaal niveau	78
8.6.16 Zorgverlening volgend op de crisisbeoordeling niet faseren, wel evalueren	79
8.6.17 Evaluatie	80
8.6.18 Verloopt de implementatie volgens het nagestreefde tijdspad?	80
8.6.19 Heeft de GMAP het gewenste effect op de ketenbrede uitvoering van crisiszorg?	81
8.6.20 Kwalitatieve evaluatie van het effect van de GMAP op het proces van melding tot beoordeling	81
8.6.21 Kwalitatieve evaluatie van het effect van de GMAP op het proces van beoordelen	82
8.6.22 Kwalitatieve evaluatie van het effect van de GMAP op zorg na beoordeling	83
8.6.23 Bouwstenen voor een succesvolle implementatie	83
8.6.24 Kennis en bewustwording & lokale organisatie en samenwerking	84
8.6.25 Lokale organisatie en Samenwerking	84
8.6.26 Scholing	84

8.6.27 Arbeidsmarkt en werving	84
8.6.28 ICT	85
9. Achtergronddocumenten	86
9.1 GGz-triagewijzer	86
9.2 Leeswijzer: juridisch kader, definities en afkortingen	89
9.2.1 Juridisch kader voor het betrekken van naasten	89
9.2.2 Definities	90
9.2.3 Afkortingen:	91
9.3 Overzicht beschermende en uitlokkende factoren voor crisis	92
9.4 Model voor plan voor crisisafspraken	93
9.5 Brøset Violence Checklist	93
9.6 Triagechecklist eerste hulp	93
9.7 Informatie triage door voorwacht crisisdienst	94
9.8 Verdieping	95
9.8.1 Protocollen	95
9.8.2 Ambulance Amsterdam	95
10. Referentielijst	96

1. Introductie

Autorisatiedatum 03-04-2020 Beoordelingsdatum 03-04-2020

1.1 Introductie

In de zorgstandaard Acute psychiatrie lees je alles over het verlenen van tijdige en kwalitatief goede acuut [psychiatrische hulpverlening](#) voor iedereen die dit nodig heeft. Belangrijke uitgangspunten in deze zorg zijn:

1. Beoordeel en behandel waar mogelijk thuis: de acuut psychiatrische hulpverlening heeft een outreachend karakter.
2. Zorg dat de acuut psychiatrische keten vloeiend verloopt en dat elke ketenpartij zijn rol en verantwoordelijkheden op zich neemt zoals beschreven in de zorgstandaard Acute psychiatrie.
3. Sluit aan bij de zorgbehoefte van de persoon in crisis en zijn naasten.
4. Voorkom dat acuut psychiatrische hulpverlening onnodig stigmatiserend of traumatiserend is.

Essentieel: de balans vinden in tijdigheid, kwaliteit en outreachend

De balans in de drie-eenheid 'tijdigheid, kwaliteit en outreachend' is essentieel bij het implementeren van deze zorgstandaard. Hiervoor is [een zorgvuldige triage van wezenlijk belang](#). Het is nadrukkelijk de bedoeling dat ggz-crisiszorg tijdig, duaal én waar mogelijk bij de persoon in crisis thuis wordt aangeboden. Er wordt gelet op de veiligheid van zowel patiënt als professional. De prioriteit ligt bij de gehele drie-eenheid en mag niet verschuiven naar slechts één van deze pijlers.

2. Samenvatting

Autorisatiedatum 09-04-2019 Beoordelingsdatum 09-04-2019

2.1 Samenvatting

2.1.1 Kernaafspraken zorgstandaard acute psychiatrie

Van deze zorgstandaard kunt u hier de [samenvattingskaart Acute Psychiatrie](#) downloaden.

Kernaafspraken zorgstandaard acute psychiatrie

- Voorkom crisis: signaleer beschermende en uitlokkende factoren voor crisis
- De-escaleer de situatie: creëer rust, veiligheid en vertrouwen
- Vraag of de persoon crisisafspraken of een crisiskaart heeft
- Betrek de persoon in crisis en zijn naasten zoveel mogelijk bij iedere stap in de keten
- De acuut psychiatrisch hulpverlener en de verwijzer erkennen elkaars oordeel
- Discussie over terechte of onterechte verwijzing vindt achteraf plaats
- Evalueer regelmatig casuïstiek met andere hulpverleners

2.1.2 Balans in de drie eenheid: tijdigheid, kwaliteit en outreachend

1. 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.
2. 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.
3. 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.

2.1.3 Patiënten perspectief

De balans in het leven is op het moment van een crisis naar de verkeerde kant doorgeslagen. De persoon in crisis heeft niet de veerkracht en vitaliteit om zonder professionele hulp regie over het eigen leven te voeren. Het herstellen van deze eigen regie begint met het de-escaleren van de crisissituatie en het stabiliseren van de persoon. Een goede relatie tussen de persoon in crisis, de hulpverlener en bij voorkeur betrokkenheid van de naasten van de persoon is van belang om gezamenlijk passende hulp op de hulpvraag van de persoon te vinden. Hierbij moet aansluiting zijn bij het persoonlijke verhaal van de persoon in zijn relationele en maatschappelijke context.

2.1.4 Stappen acuut psychiatrische hulpverlening

Stappen die een persoon in crisis met (vermoeden van) acute psychische stoornis kan doorlopen:

Voorfase

- Hulpverleners zijn zich bewust van de beschermende en uitlokkende factoren die een rol spelen bij een crisis en bekijken deze factoren in samenhang met de omgeving en grijpen in als nodig.
- Hulpverleners betrekken de persoon en zijn naasten zoveel mogelijk in hun oordeel; de persoon en zijn naasten nemen een toename van uitlokkende factoren en ontregeling vaak goed waar.
- Een aanzienlijk deel van de acute psychische patiënten heeft eerder een crisis doorgemaakt. Voor deze personen zijn vaak uitlokkende factoren voor een crisis vastgelegd in bijvoorbeeld een crisis- of signaleringsplan. Hier kan de crisis worden voorkomen.

Stap 1

Als personen in crisis raken, is het streven dat voor medische hulpverleners de volgende informatie, mits relevant, beschikbaar is:

- Somatische en psychische voorgeschiedenis van de persoon, waaronder of de persoon eerder een crisis doorgemaakt heeft of bekend is met verslaving.
- Als de persoon op dit moment/recent onder behandeling is (geweest) in de ggz of verslavingszorg: naam en contactgegevens van de regiebehandelaar.*
- Crisisafspraken.
- Medicatiegebruik van de persoon.

Voor zowel medische hulpverleners als niet-medische hulpverleners, politie en naasten is het streven dat de volgende informatie, mits relevant, beschikbaar is als personen in crisis raken:

- agressie richting omgeving in het verleden en/of bekend wapenbezit;
- bekend met middelengebruik;
- aanwezigheid van een juridisch kader: Wvggz-maatregel of relevante strafrechtelijke maatregel;
- aandachtspunten bij benaderen;
- personalia (o.a. naam en geboortedatum) van de persoon;
- contactgegevens van naasten van de persoon.

Stap 2

Als onderdeel van de inschatting van de crisis vraagt de verwijzer naar het oordeel en de wensen van de persoon zelf en vraagt hij de naasten van de persoon hoe zij de persoon inschatten. Hierbij is het van belang om de persoon te vragen wat er volgens hemzelf aan de hand is, wat hij nodig heeft, of naasten gewaarschuwd moeten worden en of er hulp moet komen voor kinderen (de kindcheck) of andere personen of huisdieren die aan de zorg van de persoon zijn toevertrouwd.

Iedere verwijzer (huisarts, politie, maatschappelijke opvang) werkt vanuit de eigen expertise en heeft daarvoor samenwerkingsafspraken in de keten gemaakt. Bij een vermoeden van een acuut psychiatrische crisis, zal een tweede (telefonische) triage plaatsvinden via de ggz-triagist. Deze

hanteert [de ggz-triagewijzer](#). De ggz-triagist informeert de verwijzer over de geschatte wachttijd en maken samen afspraken om deze tijd te overbruggen. De verwijzer informeert de persoon en zijn naasten over de gemaakte afspraken met de acuut psychiatrisch hulpverlener.

Stap 3

De crisisbeoordeling door de acuut psychiatrische hulpverlening vindt bij voorkeur in de thuissituatie van de persoon plaats, in aanwezigheid van de relevante naasten. Soms is vervoer naar een locatie voor beoordeling noodzakelijk:

- Bij een hoge urgentie (bedreiging vitale functies, gevaar voor suïcide/zelfbeschadiging en/of sterke mate van onrust of agressie).
- Wanneer de persoon gedurende de crisis strafbare feiten gepleegd heeft.
- Wanneer thuis wachten op het arriveren van de acuut psychiatrische hulpverlening leidt tot sterke onrust bij de persoon in crisis en/of zijn naasten.
- Als uit de triage blijkt dat de persoon snel zorg nodig heeft, maar de acuut psychiatrische hulpverlening vanwege logistieke redenen niet binnen de maximale wachttijd die volgt uit de urgentiegraad, bij de persoon thuis kan arriveren.

Voorwaarden voor vervoer en beoordelingslocatie worden benoemd in de zorgstandaard Acute Psychiatrie. Uitgangspunten zijn veilig en niet onnodig traumatiserend. Politie kan assisteren, maar vervoert niet en de beoordelingslocatie is alléén een politiecel als er sprake is van (verdenking van) het plegen van een strafbaar feit.

Stap 4

De beoordeling vindt duaal plaats. De input van naasten vormt onderdeel van de diagnostiek, het besluit voor een crisisinterventie en het bepalen van het behandelbeleid. Voorafgaand aan een bezoek aan de persoon in crisis, vindt een risicotaxatie voor agressie plaats. Tijdens de beoordeling worden persoonlijke factoren en omgeving meegenomen. Voor personen die vermoedelijk onder invloed zijn van alcohol en drugs gelden aanvullende protocollen / richtlijnen.

Stap 5

Een persoon heeft professioneel vervoer nodig als eigen vervoer naar een instelling of vanaf een beoordelingslocatie naar huis of een ambulante setting niet passend is. Voor dit vervoer gelden dezelfde voorwaarden als voor het vervoer naar de beoordelingslocatie.

Stap 6

De behandeling van personen die een crisis doorgemaakt hebben, vindt zoveel mogelijk in de ambulante setting plaats. Na een beoordeling zijn vijf typen vervolgtrajecten mogelijk, waarbij de acuut psychiatrische hulpverlening een taak heeft totdat de persoon gestabiliseerd is en toegeleid is naar passende hulpverlening:

1. De persoon is nog niet gestabiliseerd of de diagnose is niet bekend of gesteld tijdens de beoordeling. In dit geval stelt de psychiater vervolgcontacten met de acuut psychiatrische hulpverlening voor (bijvoorbeeld IHT).
2. De psychiater bepaalt in overleg met de persoon en zijn naasten dat een intensieve ambulante

behandeling nodig is, bijvoorbeeld IHT, al dan niet in samenwerking met de gespecialiseerde ggz.

3. De psychiater besluit in overleg met de persoon en zijn naasten dat een opname nodig is.
4. De persoon is onder behandeling in de basis ggz of gespecialiseerde ggz en de psychiater verwijst de persoon terug naar de regiebehandelaar.
5. De psychiater beoordeelt in overleg met de persoon en zijn naasten dat geen ggz-behandeltraject nodig is en verwijst naar de huisarts die de persoon vervolgens toeleidt naar eventuele andere hulpverleners/ mantelzorgers/ondersteuning via de gemeente.

* Toelichtingen

regiebehandelaar.: Het Landelijk Kwaliteitsstatuut GGZ onderscheidt twee rollen voor een regiebehandelaar: een indicerende en coördinerende rol. Voor duiding van de rollen, taken en verantwoordelijkheden van de professional als indicerend of coördinerend regiebehandelaar, verwijzen we naar het Landelijk Kwaliteitsstatuut GGZ.

[Meer informatie](#)

2.1.5 Organisatie van zorg

Alle betrokkenen in de acuut psychiatrische keten hebben een eigen verantwoordelijkheid die verder is uitgewerkt in de zorgstandaard. Er is ook een grote gedeelde verantwoordelijkheid. Om die goed te kunnen nemen is samenwerking in de keten van groot belang. Goede communicatie, kennisdeling, samenwerkingsafspraken en optimalisatie van overdrachtsmomenten, zijn nodig voor goede acuut psychiatrische hulpverlening zoals omschreven in de zorgstandaard. Hierbij is doelmatige inzet van deze hulpverlening een belangrijk uitgangspunt.

Nederland is opgedeeld in 28 acuut psychiatrische regio's. De regievoerder uit de regio stelt jaarlijks in afstemming met de ketenpartners een regioplan op. In dit regioplan worden afspraken vastgelegd rondom de zorg, maar ook rondom de implementatie van de zorgstandaard Acute Psychiatrie.

2.1.6 Aandacht voor de impact voor een crisis

Een crisis heeft veel impact op de persoon in crisis en zijn naasten. Het is van belang dat de hulpverlener dit blijft beseffen en anticipeert op de gevoelens van de persoon en zijn naasten. Voor de persoon is het van belang dat de hulpverlener blijft toelichten wat er gebeurt, geruststelt dat de situatie weer stabiel wordt, een beter vooruitzicht schetst en hoop geeft. Ook naasten hebben behoefte aan informatie over de situatie en mogelijkheden binnen de hulpverlening. De hulpverlener bespreekt met de persoon op welke wijze hij de naasten wil betrekken.

2.1.7 Evaluatie

Voor evaluatie van de zorgstandaard is onder andere kwantitatieve informatie nodig. In de zorgstandaard Acute Psychiatrie zijn hier [afspraken](#) over gemaakt.

3. Inleiding

Autorisatiedatum 09-04-2019 Beoordelingsdatum 09-04-2019

3.1 Inleiding

De zorgstandaard Acute psychiatrie beschrijft de inhoud en organisatie van hulpverlening voor personen in een crisissituatie van wie het vermoeden bestaat dat zij een acute psychische stoornis hebben. De module is tot stand gekomen in samenwerking met de betrokken ketenpartijen in de acute psychiatrische hulpverlening en biedt voldoende ruimte voor flexibiliteit en een individuele, persoonsgerichte benadering.

3.2 Algemeen

Deze zorgstandaard Acute Psychiatrie biedt een standaard voor de te verlenen hulp aan personen in een crisissituatie van wie het vermoeden bestaat dat zij een acute psychische stoornis hebben en bij wie snel (medisch) ingrijpen noodzakelijk is. In de acute psychiatrie gaat het vaak om ernstige gevallen met gevaarelementen, waarbij de-escalatie en snelle en nauwkeurige afstemming, overdracht en samenwerking tussen de (vele) betrokken ketenpartners van groot belang is. ¹

Een crisissituatie kan zich voordoen bij verschillende psychische aandoeningen en problemen en kan door middel van vroege herkenning en preventieve interventies mogelijk voorkomen worden (zie [Vroege onderkenning en preventie](#)). In 2010 werd het gemiddelde aantal crisiscontacten geschat op 11,1 per 1.000 inwoners met een spreiding tussen de regio's van 8,2 tot 18,2.

Een acuut psychiatrisch hulpverlener is een BIG-geregistreerde professional: een psychiater, SPV, HBO-verpleegkundige, verpleegkundig specialist GGZ, een A(N)IOS of een verslavingsarts KNMG. Acuut psychiatrische hulpverleners moeten beschikken over [specifieke kennis en vaardigheden](#): crisisbeoordelingen en crisisinterventies vragen specifieke deskundigheid en daarom ervaring en scholing. ²

3.3 Doelstelling

De doelstelling van deze zorgstandaard is om bij te dragen aan tijdige en kwalitatief goede acuut psychiatrische hulpverlening voor iedereen die dit nodig heeft. Het is van belang dat de acuut psychiatrische keten vanaf het eerste contact met een verwijzer vloeiend functioneert, 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. Daarnaast is het van belang dat de acuut psychiatrische hulpverlening de persoon snel en adequaat beoordeelt en de behandeling start. Personen met psychische problemen dienen in dezelfde mate als personen met somatische problemen toegang tot zorg te hebben en dezelfde kwaliteit van zorg te ontvangen als personen met

somatische problemen.

3.4 Doelgroepen

3.4.1 Definitie van crisis

Deze zorgstandaard beschrijft de benodigde inhoud en organisatie van hulpverlening voor personen (alle leeftijdscategorieën) in een crisissituatie, over wie het vermoeden bestaat dat zij een acute psychische 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 zorgstandaard Acute psychiatrie hebben ketenpartijen een [GGz-triagewijzer](#) ontwikkeld. Op basis van de kenmerken van de persoon en zijn omgeving bepaalt de ggz-triagist van de acuut psychiatrische hulpverlening aan de hand van de GGz-triagewijzer* de urgentie en inzet van hulpverlening. [GGz-triage](#) is erop gericht dat in alle situaties passende hulp geleverd wordt.

Voor diagnostiek en behandeling bij patiënten met een (vermoeden van) laag IQ zie [Psychische stoornissen en ZB/LVB](#).

* Toelichtingen

GGz-triagewijzer: - Dit is de acuut psychiatrisch hulpverlener die verantwoordelijk gesteld is voor de triage. - De GGz-triagewijzer geeft per urgentiegraad aan bij welke kenmerken van de persoon in crisis, welke hulpverlening nodig is en wat de maximale wachttijd is. Een belangrijke stap voordat de GGz-triagewijzer breed kan worden toegepast is het testen ervan in de praktijk (pilotfase).

3.4.2 Aanleiding en relatie tot actuele ontwikkelingen

Een knelpuntenanalyse van de acute psychiatrieketen die adviesbureau Strategies in Regulated Markets (SiRM) in opdracht van het ministerie van VWS uitgevoerd heeft, vormt de aanleiding voor deze zorgstandaard. Op basis van de knelpuntenanalyse heeft de minister van VWS veldpartijen de opdracht gegeven om vijf van de geprioriteerde knelpunten* op te lossen door het ontwikkelen van een multidisciplinaire zorgstandaard. Veldpartijen hebben deze multidisciplinaire zorgstandaard ontwikkeld in de vorm van een zorgstandaard.

Vanaf medio 2015 is de aandacht voor de opvang, hulpverlening en ondersteuning voor mensen die verward gedrag vertonen toegenomen. In dit kader is in opdracht van de VNG, het ministerie van V&J en het ministerie van VWS het 'Aanjaagteam verwarde personen' van start gegaan. Het Aanjaagteam heeft een persoonsgerichte aanpak ontwikkeld gebaseerd op bouwstenen die samen een integrale benadering vormen voor personen met acuut en niet-acuut verward gedrag. Personen in een crisissituatie van wie het vermoeden bestaat dat zij een acute psychische stoornis hebben, maken deel uit van deze groep mensen. In deze zorgstandaard is zoveel mogelijk rekening gehouden met de bredere context en de integrale benadering. Zo kunnen deze zorgstandaard en de beweging gestart door het Aanjaagteam elkaar aanvullen en versterken*. De zorgstandaard vormt zo een onderdeel van de verbetering* die partijen inzetten in de hulpverlening, opvang en ondersteuning

voor verwarde personen. Bij de doorontwikkeling van de zorgstandaard is het van belang om alle partijen die relevant zijn voor de integrale aanpak voor personen met verward gedrag, waaronder de gemeenten, te betrekken.

* Toelichtingen

vijf van de geprioriteerde knelpunten: Deze vijf knelpunten betreffen: (1) Crisisdefinitie verschillend geïnterpreteerd, (2) Verantwoordelijkheid is onduidelijk rondom overdrachtsmomenten, (3) Vervoer door politie lijkt ongeschikt, (4) Eerste opvanglocatie onduidelijk of ongeschikt en (5) Wachtijd op crisisdienst als lang ervaren.

aanvullen en versterken: Bijvoorbeeld wordt in deze zorgstandaard beschreven aan welke voorwaarden een beoordelingslocatie zou moeten voldoen. Deze beoordelingslocatie kan eventueel geïntegreerd worden in een bredere opvanglocatie voor personen die verward gedrag vertonen.

onderdeel van de verbetering: De ggz zet diverse verbeteringen in om de kwaliteit van zorg voor psychiatrische patiënten te verhogen. Voorbeelden hiervan zijn het opstellen van zorgstandaarden, het maken van afspraken over preventie en vroegsignalering en implementatie van IHT-teams. De verbeteringen hebben mede als doel om mogelijke crises te voorkomen en indien nodig de crisisinterventie binnen de behandeling te laten plaatsvinden.

3.4.3 Beschrijving aan de hand van stappen die persoon kan doorlopen

[Het figuur Stappen die persoon in crisis met \(vermoeden van\) acute psychische stoornis kan doorlopen](#) laat schematisch zien welke stappen een persoon in crisis van wie het vermoeden bestaat van een acute psychische stoornis kan doorlopen. De inhoud en organisatie van hulpverlening wordt in deze zorgstandaard aan de hand van deze stappen beschreven. Voor iedere stap geldt dat hulpverleners het oordeel van de persoon in crisis en zijn naasten betrekken bij hun handelen.

1. Voorafgaand aan een crisis signaleert de omgeving van de persoon vaak een vatbaarheid voor crisis (voorfase).
2. Een persoon kan op verschillende plekken in crisis raken of in crisis aangetroffen worden (stap 1).
3. De persoon of zijn omgeving neemt contact op met een eerste hulpverlener, bijvoorbeeld de huisarts. Deze hulpverlener maakt een inschatting van de crisissituatie en neemt zo nodig contact op met acuut psychiatrisch hulpverleners (stap 2).
4. Een beoordeling vindt in principe thuis plaats. Indien toch nodig, vindt vervoer naar een eerste opvang ofwel beoordelingslocatie plaats (stap 3, zie [Diagnostiek - Persoon wacht thuis of vervoer naar locatie voor beoordeling](#)).
5. Vervolgens vindt beoordeling van de persoon in crisis plaats door de psychiatrische hulpverleners (stap 4).

6. Afhankelijk van het resultaat van de beoordeling en de mogelijkheden voor behandeling blijft de persoon thuis, keert hij terug naar zijn eigen leefomgeving, blijft hij voor opname of vindt vervoer naar een instelling plaats (stap 5).
7. De acuut psychiatrisch hulpverlener bepaalt op grond van de beoordeling in overleg met de persoon in crisis en zijn naasten de behandeling (stap 6).

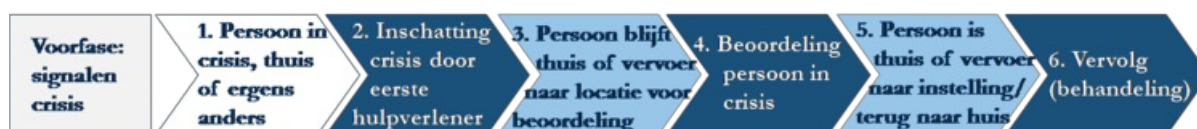
3.4.4 Beschrijving voor drie verwijssituaties

De beschrijving van de inhoud en organisatie van hulpverlening voor personen in een crisissituatie die vermoedelijk een acute psychische stoornis hebben, is ontwikkeld rondom drie verwijssituaties. Deze op basis van focusgroepen met ervaringsdeskundigen, naasten en hulpverleners door de stuurgroep geselecteerde situaties zijn typerend voor crisishulpverlening, omvatten een groot deel van de geleverde zorg binnen de crisisdefinitie en hebben een groot verbeterpotentieel:

- Een persoon raakt thuis in crisis, de huisarts/huisartsenpost (HAP) verwijst door naar de acuut psychiatrische hulpverlening of de persoon zelf/een naaste neemt contact op met de acuut psychiatrische hulpverlening. Hierbij werd ook aandacht besteed aan de benodigde inhoud van hulpverlening voor personen met een dringende zorgvraag buiten kantooruren.
- Een persoon raakt in een openbare ruimte in crisis, de politie/meldkamer 112 verwijst naar de acuut psychiatrische hulpverlening.
- Een persoon raakt bij de maatschappelijke opvang of beschermd wonen in crisis en is onder invloed, de hulpverlener van de maatschappelijke opvang, beschermd wonen of verslavingszorg schakelt de acuut psychiatrische hulpverlening in (afhankelijk van de afspraken die gemaakt zijn met de GGZ-instelling/ziekenhuispsychiatrie directe inschakeling of inschakeling via tussenkomst van de huisarts/meldkamer 112).

De zorgstandaard geeft een zoveel mogelijk generieke beschrijving van de inhoud en organisatie van de hulpverlening. Waar nodig, is de beschrijving specifiek per verwijssituatie. Naast de genoemde drie verwijssituaties zijn diverse andere situaties voorstelbaar, die vaak dezelfde soort keten van hulpverlening vragen, maar die inhoudelijk kunnen verschillen (bijvoorbeeld bij ouderen met cognitieve problemen, minderjarigen of personen zonder verblijfstatus). Hoewel de zorgstandaard op deze situaties niet specifiek ingaat, kan de globale inhoud en organisatie van hulpverlening ook voor deze situaties gebruikt worden.

3.4.5 Figuur: Stappen die persoon in crisis met (vermoeden van) acute psychische stoornis kan doorlopen



3.5 Uitgangspunten

Voor de ontwikkeling van deze zorgstandaard is gebruik gemaakt van de beschikbare standaarden, richtlijnen en de ontwikkelde documenten in de regio's. Voor de beschrijving van de inhoud van de

hulpverlening vormden het Handboek Spoedeisende Psychiatrie en het Praktijkboek Crisisinterventie belangrijke input. In de module zijn verwijzingen opgenomen naar de relevante standaarden en documenten.³

3.5.1 Toelichting zorgstandaarden

Zorgstandaarden beschrijven vanuit het perspectief van patiënten en naasten wat onder goed professioneel handelen (goede zorg) wordt verstaan. De meest actuele kennis vormt hierbij het uitgangspunt. Het gaat over kennis gebaseerd op de resultaten van wetenschappelijk onderzoek (evidence based), maar ook over praktijkkennis (practice based) en de voorkeuren van patiënten en naasten (experience based).

Daarbij wordt nadrukkelijk gesteld dat zorgstandaarden geen wetten of dwingende voorschriften zijn die tot standaardzorg zouden leiden. Het zijn praktijkgerichte documenten die de basis vormen voor matched care en gepersonaliseerd zorg. In de dagelijkse praktijk bieden zij zowel zorgverleners als patiënten en naasten houvast.

Het werken volgens zorgstandaarden is dus geen doel op zich. Vaak is een patiëntenpopulatie daarvoor te divers. De combinatie van factoren die tot ziekte hebben geleid en de sociale context waarin de aandoening zich voordoet zijn voor iedere patiënt uniek. Daarnaast heeft iedere patiënt unieke behoeften om regie te voeren over zijn of haar herstel en leven. Zorgprofessionals ondersteunen dit proces vanuit hun specifieke expertise en de kennis die een zorgstandaard hen biedt. Mede op basis van de zorgstandaard bepalen de patiënt (en diens naasten) en de zorgverlener, ieder met hun eigen expertise, samen wat de gewenste uitkomsten van zorg zijn en welke behandel- en ondersteuningsopties daarbij passend zijn.

Dit betekent dat daar waar in een standaard een voorkeursbehandeling wordt beschreven er ook de professionele ruimte moet zijn voor een andere passende behandeling en begeleiding. Daarom kan een professional beargumenteerd behandelingen en interventies inzetten, anders dan beschreven in de voorliggende standaard. Deze interventies en behandelingen zijn in de uitvoeringspraktijk ontwikkeld en beproefd vanuit vooraanstaande wetenschappelijke stromingen in de psychologie en psychiatrie. Het handelen van een professional sluit aan op het medisch-psychiatrisch, het psychodynamisch, het humanistisch, het cognitief-gedragstherapeutisch of het systemisch referentiekader.

Professionals kunnen de te leveren zorg daarom ook vormgeven en uitvoeren vanuit professionele expertise, opgebouwd door erkende scholing, deskundigheid en werkervaring. Het professioneel handelen van professionals is gebaseerd op valide en betrouwbare wetenschappelijke kennis, praktijkkennis en op voorkeuren van patiënten en naasten. De kwaliteit van een professional kenmerkt zich wellicht meer door de wijze waarop hij of zij in staat is in de juiste gevallen en op het juiste moment van een standaard af te wijken. In de zorgstandaarden neemt gezamenlijke besluitvorming (shared decision making) een cruciale plaats in.

4. Patiëntenperspectief

Autorisatiedatum 09-04-2019 Beoordelingsdatum 09-04-2019

4.1 Inleiding

De balans in het leven is op het moment van een crisis naar de verkeerde kant doorgeslagen. De persoon in crisis heeft niet de veerkracht en vitaliteit om zonder professionele hulp regie over het eigen leven te voeren. Het herstellen van deze eigen regie begint met het de-escaleren van de crisissituatie en het stabiliseren van de persoon. Een goede relatie tussen de persoon in crisis, de hulpverlener en bij voorkeur betrokkenheid van de naasten van de persoon is van belang om gezamenlijk passende hulp op de hulpvraag van de persoon te vinden. Hierbij moet aansluiting zijn bij het persoonlijke verhaal van de persoon in zijn relationele en maatschappelijke context.

Drang of zelfs dwang is soms nodig. Open blijven in het contact met de persoon in crisis en met zijn of haar naasten is hierbij van belang en vaak beter haalbaar dan gedacht.

4.2 Wensen en ervaringen van patiënten

Mind Landelijk Platform Psychische Gezondheid (voorheen het LPGGz) heeft samen met (vertegenwoordigers van) patiënten en naasten beschreven wat de wensen en aandachts- en verbeterpunten zijn voor de acuut psychiatrische hulpverlening vanuit het perspectief van patiënten en hun naasten.* Bij het betrekken van de naasten houden hulpverleners zich aan het hiervoor geldende juridische kader (zie achtergronddocument [Leeswijzer: juridisch kader, definities en afkortingen](#)).

* Toelichtingen

perspectief van patiënten en hun naasten.: Mind Landelijk Platform Psychische Gezondheid heeft hiervoor informatie verzameld in focusgroepen met patiënten en naasten. Dit is aangevuld met een schriftelijke commentaarronde op de concepttekst.

4.3 Kwaliteitscriteria vanuit patiëntenperspectief

Met het visiedocument '[focus op gezondheid](#)' als basis worden de aandachts- en verbeterpunten voor de acute psychiatrische hulpverlening vanuit het perspectief van patiënten en naasten beschreven (zie Wensen en ervaringen van patiënten (aandachtspunten)).

4.3.1 Focus van zorg

De hulpverlening tijdens een crisis gaat over het de-escaleren van de situatie en het stabiliseren van de persoon. De interventie moet gericht zijn op het hervinden van de rust en de persoon in crisis en

zijn naasten moeten zoveel mogelijk betrokken worden bij de interventie.

Eerste contact

In het eerste contact met de persoon probeert de hulpverlener de persoon en zijn omgeving te kalmeren en bevestigt hij de persoon in zijn perceptie. Daarna plaatst hij de situatie in een breder perspectief en doorbreekt hij het kokerdenken. Hierbij geeft hij de persoon en zijn naasten hoop en een alternatief vooruitzicht.

Drang en dwang

Wanneer deze aanpak onvoldoende werkt, kan de hulpverlener overgaan tot drang en dwang. Dit is echter het laatste redmiddel.

Stabiliseren

Voor een deel van de personen in crisis biedt het geen oplossing om hen uit de situatie te halen en hen elders te plaatsen. Zolang iemand nog in crisis zit, moet de hulpverlening nog niet vooruit lopen op vervolgafspraken. De kracht ligt bij het stabiliseren van de oorspronkelijke situatie. Hierbij kunnen basale zaken enorme stressoren blijken. Zaken als het aandragen van een oplossing voor het opvangen van een huisdier of het inlichten van de directe omgeving kunnen deze stressoren deels wegnemen. Naasten spelen hier vaak een hoofdrol in. Zij kennen de situatie en weten hoe te handelen.

4.3.2 Vorm van zorg

Het persoonlijke verhaal is in het geval van crisis niet altijd volledig uit te vragen. Idealiter worden alle personen die eerder een crisis hebben doorgemaakt drager van een crisiskaart die wanneer nodig geactualiseerd wordt (zie [Vroege onderkenning en preventie](#)).

Zorg voor naasten

Naasten kunnen het overnemen van de regie door de acuut psychiatrische hulpverlening als moeilijk en onbegrijpelijk ervaren. Betrek de naasten als ze willen en kunnen, en informeer naar hun ondersteuningsbehoefte en hoe zij de hulpverlening kunnen ondersteunen. Wanneer het niet mogelijk is om de naasten deel uit te laten maken van de beoordeling en besluitvorming, dient de hulpverlening na afloop een terugkoppeling te geven aan de naasten (zij houden zich hierbij aan het hiervoor geldende juridische kader (zie achtergronddocument [Leeswijzer: juridisch kader, definities en afkortingen](#))).

4.3.3 Inhoud van zorg

Adequate hulpverlening in crisissituaties is gericht op het de-escaleren van de situatie en het stabiliseren van de persoon. Deze hulp moet snel geleverd kunnen worden. Een goede inschatting van de ernst van de crisis is hierbij sterk van belang.

Bepalen vervolg na eerste crisisinterventie

Na de eerste crisisinterventie dient de hulpverlener de naasten en de situatie van de persoon te

betrekken bij de keuze voor het vervolg. Ook in de gevallen waar de crisis niet als acuut wordt ingeschat blijft de hulpvraag staan.

Meldpunt met 24/7 bereikbaarheid

De wens van patiënten en naasten is dat er een duidelijk meldpunt is* dat 24/7 toegankelijk en bereikbaar is en waar vervolg wordt gegeven, ongeacht de aard van de problematiek. Het meldpunt schakelt dan hulpverlening in.

* Toelichtingen

een duidelijk meldpunt is: Patiënten en naasten geven aan dat het voor hen zowel binnen als buiten kantooruren duidelijk zou moeten zijn wie zij kunnen bellen wanneer sprake is van een (verhoogd risico op) crisis en dat de persoon vervolgens goed toegeleid wordt naar passende hulp. Hierover zijn afspraken gemaakt in deze zorgstandaard en de Handreiking regionale samenwerkingsafspraken HAP + Acute GGz. Daarnaast is in oktober 2016 een project gestart, waarin partijen afspraken maken over een betere doorgeleiding, wanneer meldkamer 112 gebeld wordt. De uitkomsten van dit project worden t.z.t. verwerkt in deze zorgstandaard.

4.3.4 Eisen aan zorg

Patiënten en naasten vinden het snel starten van een crisisinterventie een belangrijke kwaliteitseis. Duidelijke samenwerkingsafspraken tussen ketenpartners in de psychiatrie zijn van belang.

Patiënten en naasten geven aan dat personen die zich aan het begin van een crisis bevinden of voelen dat het mis kan gaan en zich vrijwillig melden, niet altijd van de juiste hulpverlening voorzien worden. Hierdoor raakt de persoon daadwerkelijk in crisis of verergert de crisis. Eén meldpunt met 24/7 bereikbaarheid voor zowel hulpverleners als burgers lijkt ook hier een oplossing.

Ruimte voor individuele, persoonlijke benadering

Het is van belang om vanuit de geldende protocollen te werken, maar ook vanuit de wensen van de persoon in crisis en zijn naasten. In een acute situatie kan er spanning optreden tussen het snel willen handelen van de hulpverlening en het begrijpen van beslissingen van hulpverleners door alle partijen. Voor patiënten en naasten is heldere en duidelijke communicatie over het proces en over (de rol van) de aanwezige hulpverleners van belang.

4.3.5 Vanuit een crisis naar een nieuwe situatie

Wanneer een persoon uit de situatie wordt gehaald en opgenomen wordt, moet in deze nieuwe omgeving sprake zijn van hulpverlening met aandacht voor de persoon en zijn naasten en een sfeer van gastvrijheid. Het is van belang te investeren in een optimale fysieke omgeving ofwel een 'healing environment'.

Zorgvuldige aandacht voor de impact van een crisis

Een crisis heeft veel impact op de persoon in crisis en zijn naasten. Het is van belang dat de

hulpverlener dit blijft beseffen en anticipeert op de gevoelens van de persoon en zijn naasten. Voor de persoon is het van belang dat de hulpverlener blijft toelichten wat er gebeurt, geruststelt dat de situatie weer stabiel wordt, een beter vooruitzicht schetst en hoop geeft. Ook naasten hebben behoefte aan informatie over de situatie en mogelijkheden binnen de hulpverlening. De hulpverlener bespreekt met de persoon op welke wijze hij de naasten wil betrekken.

4.3.6 Overdracht

Overdrachtsmomenten zijn risicogevoelig, waardoor er voor patiënten en naasten vaak zaken misgaan tijdens deze momenten. Wat patiënten en naasten betreft, is er pas overgedragen als iemand op een plek is aangekomen die alle betrokken partijen zoveel mogelijk accepteren.

Na terugkeer in eigen situatie

Als de persoon weer naar de eigen situatie teruggaat, moet er aandacht zijn voor de relationele of maatschappelijke aspecten. De psychiatrisch hulpverlener dient goed in te schatten of de persoon door de interventie weer stabiel is of dat extra ondersteuning moet worden geregeld en zo ja, welke. Daarnaast zal de overdragende partij de benodigde informatie moeten overdragen aan de vervolgzorg en aan de naasten, rekening houdend met de privacywetgeving.

4.3.7 Adequaat aanbod van crisisinterventies

In de stappen die een persoon in crisis doorloopt, zetten hulpverleners verschillende interventies in. Naasten worden zoveel mogelijk betrokken bij deze crisisinterventies.* Personen die eerder een crisis hebben doorgemaakt, hebben vaak een crisiskaart die de gewenste eerste interventies beschrijft (zie [Vroege onderkenning en preventie](#)).

Welke interventies worden toegepast hangt af van de aard en ernst van de situatie en van de wensen van de persoon en zijn omgeving. Patiënten en naasten geven aan dat bij verschillende stappen die een persoon met het vermoeden van een acute psychische stoornis kan doorlopen (zie [Figuur Stappen die een persoon in crisis met \(vermoeden van\) acute psychische stoornis kan doorlopen](#)) over het algemeen verschillende generieke interventies en competenties van professionals gewenst zijn. Deze interventies en competenties beschrijven we in deze paragraaf.

Stap 2: Inschatting crisis door eerste hulpverlener en bepaling urgentie en inzet door psychiatrische hulpverlening

- Bij de triage maakt de acuut psychiatrische hulpverlening gebruik van de GGZ-triagewijzer (zie achtergronddocument [GGZ-triagewijzer](#)). Voor personen in crisis en naasten is het van belang dat de verwijzer en de acuut psychiatrische hulpverlener goed doorvragen, sociaal wenselijke antwoorden doorzien en de situatie goed inschatten. Personen in crisis hebben vaak een ander belang dan de naasten die hen willen beschermen, waardoor het oordeel van naasten niet altijd overeenkomt met het oordeel van de persoon zelf. De verwijzer en acuut psychiatrisch hulpverlener dienen hierbij een goede inschatting te kunnen maken.
- Tijdens het contact met de persoon, zijn naasten en/of de verwijzer maakt de regiebehandelaar of ggz-triagist van de acuut psychiatrische hulpverlening een inschatting van de ernst van de situatie. Hierbij bepaalt de ggz-triagist in overleg met de persoon, zijn naasten en de verwijzer

welke eerste acties zij ondernemen. Hierbij is het van belang dat de verwachtingen die de ggz-triagisten verwijzer schetsen, overeenkomen met de werkelijke acties die ondernomen worden, zodat de persoon en zijn naasten geen onrealistische verwachtingen krijgen.

- De verwijzer en ggz-triagist van de acuut psychiatrische hulpverlening dienen de contactgegevens van de hulpvrager te registreren zodat zij het contact kunnen herstellen wanneer dit verbroken is.

Stap 4: Beoordeling persoon in crisis

- Bij het uitvoeren van de crisisbeoordeling is een belangrijk onderdeel van de interventie het contact maken met de persoon en zijn naasten. Het is voor de persoon en zijn naasten van belang dat de acuut psychiatrisch hulpverlener zich voorstelt, aangeeft waarom hij aanwezig is, schetst wat hij voor de persoon kan betekenen, indien van toepassing aangeeft dat hij een beroepsgeheim heeft, ruimte creëert om te observeren, zijn aandacht verdeelt over de betrokkenen en structuur aanbrengt in het gesprek.
- Patiënten en naasten geven aan het van belang te vinden dat de acuut psychiatrisch hulpverlener compassie toont voor het lijden van de persoon in crisis en zijn naasten. De acuut psychiatrisch hulpverlener dient de persoon als geheel te zien en het probleem vast te stellen in combinatie met de beschermende en uitlokkende factoren.
- Als de acuut psychiatrisch hulpverlener in overleg met de persoon en zijn naasten de oorzaak van de crisis goed in kaart heeft gebracht, kunnen zij gezamenlijk een interventieplan opstellen. De interventies moeten haalbaar en uitvoerbaar zijn en bij de keuze voor een interventie dient de hulpverlener de persoon en zijn naasten op de hoogte te brengen van de voor- en nadelen van de verschillende interventiemogelijkheden.
- Als uit de beoordeling volgt dat geen interventie nodig is van de acuut psychiatrische hulpverlening, is het voor de persoon en zijn naasten van belang dat de hulpverlener zoveel mogelijk toeleidt naar andere interventies die de situatie ontlasten.
- Voor de wensen van personen in crisis en naasten bij de beoordeling en voor interventies bij personen in crisis die niet vrijwillig mee willen werken, verwijzen we naar de zorgstandaard Assertieve en verplichte zorg.

Stap 6: Vervolg(behandeling)

- Bij de behandeling voert de hulpverlener de interventies in het interventieplan uit om de persoon en zijn naasten zo goed mogelijk uit de crisissituatie te leiden. Hierbij valt bijvoorbeeld te denken aan medicatie, IHT, een bed op recept, een gesprek op recept of de inzet van een ervaringsdeskundige.
- Patiënten en naasten geven aan het van belang te vinden om na afloop van de crisis de crisissituatie te evalueren met de acuut psychiatrisch hulpverlener en andere betrokken hulpverleners.

* Toelichtingen

Naasten worden zoveel mogelijk betrokken bij deze crisisinterventies.: Tenzij dit niet in het belang is van de persoon in crisis, bijvoorbeeld wanneer de persoon aangegeven heeft dit pertinent niet te wensen.

5. Hulpverlening aan personen in een crisissituatie

Autorisatiedatum 09-04-2019 Beoordelingsdatum 09-04-2019

5.1 Inleiding

In een crisissituatie gaat het vaak om een complexe situatie waarin biologische, psychologische en sociale factoren een rol spelen. Een crisissituatie kan iedereen overkomen. Wanneer een crisissituatie zich voordoet, is het van belang dat ketenpartners snel en efficiënt samenwerken en de situatie zoveel mogelijk de-escaleren: Ketenpartners dienen door hun houding en attitude bij te dragen aan het creëren van rust, veiligheid en vertrouwen voor de persoon in crisis en zijn omgeving. Het is voor het welzijn van de persoon in crisis van belang dat de (acuut) psychiatrisch hulpverlener de kennis en expertise heeft om hem snel en adequaat te beoordelen, het behandelbeleid te bepalen en de behandeling in gang te (laten) zetten. Mede in dit kader is de GGz-triagewijzer (zie achtergronddocument [GGz-triagewijzer](#)) ontwikkeld.

Figuur: Stappen die een persoon in crisis met (vermoeden van) acute psychische stoornis kan doorlopen

Hulpverlening aan personen in een crisissituatie gaat in op de gewenste inhoud van hulpverlening aan personen in crisis waarvan het vermoeden bestaat dat zij een acute psychische stoornis hebben. Bij [Vroege onderkenning en preventie](#) beschrijven we hoe in de 'voorfase' (stap 0 van het zorgproces, zie [Figuur](#) hieronder door middel van vroege herkenning en preventie een crisissituatie voorkomen zou kunnen worden. Bij [Diagnostiek](#) beschrijven we de inhoud van de hulpverlening vanaf het moment dat de crisis daadwerkelijk ontstaat (stap 1 t/m 5). Bij [Behandeling, begeleiding en terugvalpreventie](#), [Monitoring](#) en [Herstel, participatie, re-integratie](#) gaan we kort in op de inhoud van de hulpverlening bij de vervolgbehandeling (stap 6).

Waar nodig specificeren we de beschrijving van de inhoud van de hulpverlening naar de drie verwijssituaties (zie [Doelgroepen](#)).

In alle stappen houden hulpverleners zich bij het betrekken van naasten aan het hiervoor geldende juridische kader (zie achtergronddocument [Leeswijzer: juridisch kader, definities en afkortingen](#)). Ook geldt voor alle stappen dat verwijzers en acut psychiatrisch hulpverleners de politie kunnen vragen om het verlenen van assistentie, wanneer sprake is van een hoog agressieniveau of wanneer sprake lijkt te zijn van het plegen van een strafbaar feit. Verwijzers/acut psychiatrisch hulpverleners en politie erkennen hierbij elkaars professionele oordeel, met inbegrip van hoe het beroepsgeheim gehanteerd wordt. Discussie over terechte of onterechte politieassistentie vindt achteraf plaats.

5.2 Vroege onderkenning en preventie

In een deel van de gevallen merken de persoon zelf en/of zijn naasten voorafgaand aan een

crisissituatie dat hij vatbaar is voor een crisis. Behalve de naasten spelen huisartsen, de POH-GGZ, wijkverpleegkundigen, de maatschappelijke ondersteuning, de wijkagent, scholen, wijkteams, werkgevers, ggz-hulpverleners en hulpverleners in ziekenhuizen een belangrijke rol in de vroege herkenning en preventie. Deze hulpverleners kunnen als het nodig is advies vragen aan de psychiatrische hulpverleners of ervaringswerkers. Hulpverleners kunnen door vroege herkenning en preventie een crisissituatie bij een persoon mogelijk voorkomen.

De aanpak voor vroege herkenning en preventie verschilt voor personen die eerder vanwege crisis in contact zijn geweest met de psychiatrische hulpverlening van die voor personen voor wie dat niet geldt.

5.2.1 Aanpak zonder eerder contact met de psychiatrische hulpverlening vanwege crisis

Bij personen die niet eerder vanwege een crisissituatie in contact zijn geweest met psychiatrische hulpverlening, hebben hulpverleners aandacht voor het volgende:

- Hulpverleners zijn zich bewust van de beschermende en uitlokkende factoren die een rol spelen bij een crisis en grijpen in als het nodig is. Zie ook achtergronddocument [Overzicht beschermende en uitlokkende factoren voor crisis](#).
- Hulpverleners bekijken de verschillende beschermende en uitlokkende factoren in samenhang met de omgeving.
- Hulpverleners betrekken de persoon en zijn naasten zoveel mogelijk in hun oordeel; de persoon en zijn naasten nemen een toename van uitlokkende factoren en ontregeling vaak goed waar.

5.2.2 Aanpak bij eerder contact met de psychiatrische hulpverlening vanwege crisis

Een aanzienlijk deel van de acute psychische patiënten* heeft eerder een crisis doorgemaakt. Voor deze personen zijn vaak uitlokkende factoren voor een crisis bekend. Door crisisafspraken vast te leggen in bijvoorbeeld een crisis- of signaleringsplan* is een adequate reactie in de voorfase van een crisis beter mogelijk en kan een daadwerkelijke crisissituatie mogelijk voorkomen worden. Hier vind je een [model voor een plan voor crisisafspraken](#). Een ander voorbeeld is het crisisplan in de WRAP.

In de crisisafspraken is bijvoorbeeld opgenomen welke signalen iemand vertoont in de voorfase van een crisis, bij welk type levensgebeurtenissen de persoon vatbaarder is voor crisis en welke actiepunten voor de persoon en zijn omgeving zijn afgesproken om een crisissituatie te voorkomen. De persoon en een belangrijke persoon uit zijn netwerk stellen de crisisafspraken op met de regiebehandelaar. Gezamenlijk evalueren de behandelaar, de persoon en zijn naasten de crisisafspraken eens per halfjaar en na een crisissituatie. Wanneer iemand niet meer in behandeling is in de generalistische basis ggz of in de gespecialiseerde ggz, maar onder begeleiding is van de huisarts, dan evalueren de huisarts (in overleg met de POH-GGZ), de persoon en zijn naasten de crisisafspraken eens per jaar.

Crisiskaart

Voor personen met crisisafspraken is het streven dat zij een crisiskaart bij zich dragen. Deze bevat

minimaal de persoonlijke gegevens van de persoon, een omschrijving van de kenmerken van een crisis bij de persoon, de medicatie in geval van een crisis en de gegevens van de contactpersonen bij crisis. Zie [crisiskaart.nl](https://www.crisiskaart.nl). De persoon stelt de crisiskaart op samen met zijn naasten en/of de betrokkenen bij de crisis en wordt daarbij ondersteund door een consulent*. De consulent deelt de crisiskaartinformatie, als de persoon daar toestemming voor geeft, met de hulpverleners van de persoon (waaronder de huisarts). De huisarts zal deze delen met de vervangend huisarts of de HAP. Zie hiervoor ook de [zorgstandaard Landelijke samenwerkingsafspraken tussen huisarts, generalistische basis GGz en gespecialiseerde GGz \(LGA\)](#). Daarnaast vraagt de consulent aan de persoon of hij de crisiskaart wil laten registreren bij de regiebehandelaar en HAP en, indien daar redenen toe zijn*, de politie. Zodat deze hulpverleners in geval van een crisissituatie direct de juiste personen in kunnen schakelen. De persoon en zijn naasten evalueren en actualiseren (zo nodig) de crisiskaart in samenwerking met de consulent minimaal eens per jaar.

* Toelichtingen

Een aanzienlijk deel van de acute psychische patiënten: Uit onderzoek van Mulder en Wierdsma in Rotterdam en omgeving in 2002 blijkt bijvoorbeeld dat 41% van de patiënten bij de crisisdiensten in Rotterdam en omgeving twee of meer crisiscontacten per jaar had. Deze patiënten namen 60% van het totaal aantal crisiscontacten voor hun rekening.

een crisis- of signaleringsplan: De mate van het succes van crisisafspraken in de vorm van bijvoorbeeld een crisis- of signaleringsplan (en crisiskaart) zijn mede afhankelijk van de voorspelbaarheid van de crisis, de behandelbaarheid van de aandoening en de compliance van de patiënt. Uit wetenschappelijk onderzoek blijkt dat een crisis- of signaleringsplan bij bijna een kwart van de patiënten een gedwongen opname kan voorkomen.

consulent: Stichting Crisiskaart® Nederland beveelt sterk aan om de crisiskaart op te stellen met een onafhankelijke crisiskaartconsulent. De crisiskaartconsulent kan een ervaringsdeskundige hulpverlener zijn. Zie ook <https://www.crisiskaart.nl/>

indien daar redenen toe zijn: Momenteel is het delen met de politie slechts mogelijk in enkele plaatsen. Er wordt door verschillende partners landelijk gewerkt aan de beste wijze waarop dit kan worden vormgegeven.

5.3 Diagnostiek

5.3.1 Stap 1: Persoon in crisis thuis of ergens anders

Als een persoon in crisis raakt, is het belangrijk dat de omgeving hem op de juiste wijze bejegt. Dit betekent dat degene die de persoon aantreft op een respectvolle manier contact maakt, de situatie

zoveel mogelijk de-escaleert, rekening houdt met de (culturele en religieuze) context waarin de persoon zich bevindt en zijn verstandelijke vermogens en hem toeleidt naar de juiste professionele hulp. Voor de persoon in crisis, zijn naasten en verwijzers dient duidelijk te zijn wie zij kunnen bellen in het geval van een crisis.

Als personen in crisis raken, is het streven dat voor medische hulpverleners* de volgende informatie, mits relevant, beschikbaar is:

- Somatische en psychische voorgeschiedenis van de persoon, waaronder of de persoon eerder een crisis doorgemaakt heeft of bekend is met verslaving
- Als de persoon op dit moment/recent onder behandeling is (geweest) in de ggz of verslavingszorg: naam en contactgegevens van de regiebehandelaar
- Crisisafspraken
- Medicatiegebruik van de persoon

Voor zowel medische hulpverleners als niet-medische hulpverleners, politie en naasten is het streven dat de volgende informatie, mits relevant, beschikbaar is als personen in crisis raken:

- Agressie richting omgeving in het verleden en/of bekend wapenbezit
- Bekend met middelengebruik
- Aanwezigheid van een juridische kader, onder de [Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg \(Wvvggz\)](#), de Wet Zorg en Dwang (Wzd) of een relevante strafrechtelijke maatregel
- Aandachtspunten bij benaderen
- Personalialia (o.a. naam en geboortedatum) van de persoon
- Contactgegevens van naasten van de persoon

Voor personen die eerder een crisis doorgemaakt hebben en personen met een behandeling in de ggz die vatbaar zijn voor een crisis, is het streven dat zij een crisiskaart bij zich dragen (zie [Vroege onderkenning en preventie](#)).

* Toelichtingen

voor medische hulpverleners: Voor het inzien en delen van informatie geldt een beroepsgeheim: medische informatie mag, met toestemming van de persoon, alleen met zorgverleners gedeeld worden. Hiervoor gelden verschillende voorwaarden: zie Behandeling, begeleiding en terugvalpreventie en de vertaling van de wet bescherming persoonsgegevens voor cliënten van de maatschappelijke opvang voor meer informatie.

5.3.2 Stap 2: Inschatting crisis door eerste hulpverlener

Per verwijssituatie wordt beschreven hoe de verwijzer inschat welk type hulpverlening nodig is: huisartsenzorg, (acuut) specialistische somatische zorg, acuut psychiatrische hulpverlening en/of inzet van politie. Vervolgens beschrijven we hoe de psychiatrische hulpverlening op basis van het eerste (vaak telefonische) contact met de eerste hulpverlener de urgentie en inzet van hulp bepaalt (tweede triage).

Als onderdeel van de inschatting van de crisis vraagt de verwijzer naar het oordeel en de wensen

van de persoon zelf en vraagt hij de naasten van de persoon hoe zij de persoon inschatten. Hierbij is het van belang om de persoon te vragen wat er volgens hemzelf aan de hand is, wat hij nodig heeft, of naasten gewaarschuwd moeten worden en of er hulp moet komen voor kinderen ([de kindcheck](#)) of andere personen of huisdieren die aan de zorg van de persoon zijn toevertrouwd.

Inschatting crisis (eerste triage) als huisartsenzorg eerste hulpverlener is

Triagisten van de huisartsenzorg doen een eerste triage op basis van de Nederlandse Triage Standaard (NTS*). Zo beoordeelt de triagist de ernst en urgentie en bepaalt hij in overleg met de huisarts welk type hulpverlening nodig is. Als uit de triage door de huisartsenzorg volgt dat acuut psychiatrische hulpverlening nodig is, neemt de huisartsenzorg contact op met de acuut psychiatrische hulpverlening. Bij een hoog agressierisico* of een strafbaar feit schakelt de triagist politie in. Voor patiënten die niet bekend zijn in de ggz is vaak face-to-face contact met een huisarts nodig om te bepalen of acuut psychiatrische hulpverlening nodig is.

De huisarts sluit eerst somatische problematiek uit, vóórdat hij acuut psychiatrische hulpverlening inschakelt. Hij besteedt daarbij extra aandacht aan de volgende omstandigheden of doelgroepen:

- Eerste psychose
- Vermoeden van intoxicatie
- Delier
- Persoon is 40 jaar of ouder en heeft geen psychische voorgeschiedenis
- Persoon is 65 jaar of ouder en heeft een psychische voorgeschiedenis
- Persoon leidt aan een somatische aandoening, waarbij ernstige psychische ontregeling op kan treden (bijvoorbeeld diabetes of de ziekte van Parkinson).

Als de huisarts vermoedt dat de oorzaak van de verwarde toestand somatische problematiek is, dan behandelt de huisarts deze of schakelt hij (acute) specialistische somatische zorg in.

De huisartsenzorg gaat na of de persoon crisisafspraken heeft en in het bezit is van een crisiskaart. De (informatie in de) crisisafspraken/crisiskaart is, indien de persoon hiervoor toestemming gegeven heeft, opgenomen in (de samenvatting van) het medisch dossier van de persoon. Voor personen zonder crisiskaart bepaalt de huisarts of er sprake kan zijn van een somatische oorzaak door na te gaan in hoeverre de crisismelding aansluit bij de psychische achtergrond van deze personen. Voor personen met een crisiskaart stemt de huisarts zijn manier van handelen af op de informatie op de crisiskaart.

Inschatting crisis als politie eerste hulpverlener is

Het stappenplan in de [informatiebrochure voor politiemensen voor ggz-gerelateerd politiewerk](#) geeft een leidraad voor de benadering door politiemensen van een persoon, bij wie het vermoeden bestaat van een crisis.* Politiebeambten schatten op basis van hun ervaring en scholing in of acuut psychiatrische hulpverlening nodig is. Hierbij kan politie de GGz-triagewijzer (zie achtergronddocument [GGz-triagewijzer](#)) als hulpmiddel gebruiken.

De [informatiebrochure voor politiemensen voor ggz-gerelateerd politiewerk](#) beschrijft ook welke informatie de psychiatrisch hulpverlener van de politie nodig heeft voor aanmelding bij de acuut psychiatrische hulpverlening. Voor niet-bekende patiënten kan de ggz-triagist van de acuut

psychiatrische hulpverlening bij de triage vragen om de hulp in te roepen van een huisarts, als daar aanleiding toe is.

Als meldkamer 112 de politie inschakelt, maakt politie op basis van de meldkamerregistratie vooraf een inschatting van de risicofactoren. Zo kan politie inschatten in welke mate sprake zal zijn van agressie en/of strafbare feiten. Op grond van die inschatting kan de politiebeambte besluiten of en zo ja hoe de politie betrokken dient te zijn bij het verlenen van de eerste hulp.

Voor personen in crisis die een strafbaar feit gepleegd hebben, dienen samenwerkingsafspraken *gemaakt te zijn tussen de ggz (waaronder de acuut psychiatrische hulpverlening), politie, het Openbaar Ministerie, het Nederlands Instituut voor Forensische Psychiatrie en Psychologie, en de Dienst Justitiële Inrichtingen. Voor personen in crisis die onder invloed zijn van alcohol of drugs dienen samenwerkingsafspraken* gemaakt te zijn tussen de gemeente (GGD), ggz (waaronder de acuut psychiatrische hulpverlening), politie, arrestantenartsen, ziekenhuiszorg en verslavingszorg.

Inschatting crisis als hulpverlener in maatschappelijke opvang/beschermd wonen eerste hulpverlener is

De hulpverlener in de maatschappelijke opvang of de hulpverlener die de persoon aantreft in een woonvoorziening van beschermd wonen, moet beschikken over instructies* om in te schatten welk type hulpverlening de persoon nodig heeft: huisartsenzorg, (acuut) specialistische somatische zorg, acuut psychiatrische hulpverlening* en/of inzet van politie. Hiervoor heeft hij informatie over de persoon nodig (zie [Diagnostiek – Persoon in crisis thuis of ergens anders](#)).

Bepaling urgentie en inzet door psychiatrische hulpverlening (tweede triage) op basis van telefonisch contact met verwijzer

Als de eerste hulpverlener/verwijzer inschat dat acuut psychiatrische hulpverlening nodig is, neemt deze (telefonisch) contact op met de ggz-triagist.* Voor verwijzers moet duidelijk zijn hoe zij de acuut psychiatrische hulpverleners kunnen bereiken*. Een checklist en voorbeelden van samenwerkingsafspraken tussen HAP's en de ggz vindt u hier.

Het Handboek Spoedeisende Psychiatrie ⁴ en het Praktijkboek Crisisinterventie ⁵ beschrijven de informatie die de ggz-triagist van de acuut psychiatrische hulpverlening nodig heeft bij aanmelding van de persoon (zie ook achtergronddocument [Benodigde informatie voor triage door ggz-triagist crisisdienst](#)). ⁶ Op basis van de informatie van de verwijzer maakt de ggz-triagist een inschatting van de urgentie en bepaalt hij welke inzet van acuut psychiatrische hulpverlening op welke termijn nodig is. Hiervoor maakt de ggz triagist gebruik van de GGz-triagewijzer (zie achtergronddocument [GGz-triagewijzer](#)). Als somatiek nog niet uitgesloten is, dan kan de ggz-triagist inzet van (acuut) somatische zorg adviseren.

Op basis van de telefonische triage informeert de ggz-triagist de verwijzer over de geschatte wachttijd op de acuut psychiatrische hulpverlening. De ggz-triagist en de verwijzer maken afspraken over het bewaken van de veiligheid gedurende de wachttijd* op de acuut psychiatrisch hulpverlener. De verwijzer informeert de persoon en zijn naasten over de gemaakte afspraken met de acuut psychiatrisch hulpverlener.

De ggz-triagist en verwijzer erkennen elkaars professionele oordeel. Discussie over terechte of

onterechte verwijzing vindt achteraf plaats, bijvoorbeeld tijdens een structureel overleg tussen de psychiatrische hulpverlening en de ketenpartners in de acute psychiatrie (zie [Behandeling, begeleiding en terugvalpreventie](#)).

* Toelichtingen

NTS: In de dagpraktijk hanteert de huisartsenzorg de NHG triagewijzer. De NHG triagewijzer is gebaseerd op de NTS. Zie meer informatie voor de Handreiking regionale samenwerkingsafspraken HAP + Acute GGZ voor een weergave van de elementen voor psychiatrische triage in de NTS.

hoog agressierisico: Bij een hoog agressieniveau kan de hulpverlener assistentie vragen van de politie.

vermoeden bestaat van een crisis.: Bijvoorbeeld in de regio Amsterdam.

samenwerkingsafspraken : Bijvoorbeeld in de regio Amsterdam.

samenwerkingsafspraken: Bijvoorbeeld in Utrecht zijn er samenwerkingsafspraken voor personen onder invloed van alcohol.

instructies: Achtergronddocument triagechecklist voor personen met psychiatrische problemen op een eerste hulp (Achilles et al., 2014, blz. 55) kan als leidraad dienen voor het opstellen van deze instructies.

[Meer informatie](#)

acuut psychiatrische hulpverlening: Rechtstreekse inschakeling van de acuut psychiatrische hulpverlening is alleen mogelijk als hierover afspraken zijn gemaakt tussen de maatschappelijke opvang/beschermd wonen en de ggz of de ziekenhuispsychiatrie.

ggz-triagist.: De ggz-triagist is een BIG geregistreerde verpleegkundige, met minimaal HBO werk- en denk niveau en minimaal twee jaar ervaring in de acute ggz, die een opleiding heeft doorlopen om de ggz-triagewijzer te hanteren.

bereiken: Voor afspraken over de bereikbaarheid, beschikbaarheid en directe toegankelijkheid van de acuut psychiatrische hulpverlening, zie meer informatie voor het achtergronddocument GGZ-triagewijzer. Voor afspraken over de informatie-uitwisseling, zie Kwaliteitsindicatoren.

gedurende de wachttijd: Voor de persoon in crisis en zijn naaste(n) is het van belang dat er een aanspreekpunt is tijdens de wachttijd en dat er hulpverlening bij de persoon is, wanneer dit nodig is.

5.3.3 Stap 3: Persoon wacht thuis of vervoer naar locatie voor beoordeling

De crisisbeoordeling door de acuut psychiatrische hulpverlening vindt bij voorkeur in de thuissituatie van de persoon plaats, in aanwezigheid van de relevante naasten. Veel patiënten, naasten en hulpverleners geven aan dat beoordelen in de thuissituatie de voorkeur verdient, om een goed beeld te krijgen van de aard van de crisis. Echter, in sommige gevallen is vervoer naar een locatie voor beoordeling* noodzakelijk:

- Bij een hoge urgentie (bedreiging vitale functies, gevaar voor suïcide/zelfbeschadiging en/of sterke mate van onrust of agressie).
- Wanneer de persoon gedurende de crisis strafbare feiten gepleegd heeft.
- Wanneer thuis wachten op het arriveren van de acuut psychiatrische hulpverlening leidt tot sterke onrust bij de persoon in crisis en/of zijn naasten.
- Als uit de triage blijkt dat de persoon snel zorg nodig heeft, maar de acuut psychiatrische hulpverlening vanwege logistieke redenen niet binnen de maximale wachttijd die volgt uit de urgentiegraad, bij de persoon thuis kan arriveren.

Gedurende de wachttijd op de acuut psychiatrische hulpverlener(s) dienen verwijzers en hulpverleners aandacht te hebben voor de persoon en zijn naasten. Tijdens de wachttijd dient er een aanspreekpunt te zijn voor de persoon, zijn naasten en verwijzers.

Voorwaarden voor vervoer

Als het niet veilig is om de persoon met eigen vervoer naar de locatie voor beoordeling te brengen, dan gelden de volgende voorwaarden* voor vervoer:

- Als de somatische toestand van de persoon zorgelijk is, ontvangt de persoon medische begeleiding voorafgaand en/of tijdens het vervoer naar de SEH. In dit geval zijn de vervoerders hulpverleners en is het vervoermiddel toegerust op het bieden van somatische zorg.
- De verwijzer informeert de vervoerders over de algehele toestand van de persoon en de gemaakte afspraken met de acuut psychiatrische hulpverlening. Hierbij maakt de verwijzer zoveel mogelijk gebruik van de SBAR-methode (Situation, Background, Assessment, Recommendation- bij voorkeur het [Kwaliteitskader ambulancezorg rondom psychiatrische beoordeling](#)).
- De verwijzer betreft de persoon in crisis en zijn naasten zoveel mogelijk bij de keuze voor het vervoer. De verwijzer en vervoerders informeren de persoon en zijn naasten over de reden van

het vervoer, de bestemming en de wachttijden. De wachttijden zijn zo kort mogelijk*.

- De bejegening van vervoerders is gericht op versterking van de eigen kracht van de persoon gebaseerd op herstelondersteunende principes: de vervoerder maakt contact met de persoon, toont begrip, creëert rust, veiligheid en vertrouwen en betreft het oordeel van de persoon in crisis en zijn naasten zoveel mogelijk. Vervoerders zijn geschoold in de omgang met acuut psychische patiënten.⁷
- De hulpverlening is gericht op normalisering van de situatie en de-escalering van de crisis, en het vervoer betreft zoveel mogelijk zittend vervoer. Als de vervoerder een uniform draagt, dan is hij zich ervan bewust welke uitstraling dit richting de persoon in crisis kan hebben. De persoon wordt alleen bij een inschatting van onmiddellijk gevaar gefixeerd vervoerd.
- De veiligheid voor de persoon en vervoerders moet gegarandeerd zijn. Voor de vervoerder is duidelijk in welke gevallen* en hoe een persoon gesedeerd mag worden. Politie vervoert een persoon in crisis alleen bij de verdenking van een strafbaar feit. Politie kan assistentie verlenen in acute, onveilige situaties die door hulpverleners niet te hanteren zijn.
- Als een naaste mee wil rijden, dan bieden vervoerders deze mogelijkheid als het veilig kan.
- De vervoerders informeren de hulpverleners op de locatie van bestemming over de toestand van de persoon en de gemaakte afspraken met de acuut psychiatrische hulpverlener(s). Hierbij maken de vervoerders gebruik van de SBAR (zie het [Kwaliteitskader ambulancezorg rondom psychiatrische beoordeling](#)).

Voorwaarden voor locatie voor beoordeling

Voor personen voor wie de verwijzer en acuut psychiatrische hulpverlening in overleg met de persoon en zijn naasten besluiten dat het niet veilig is om de persoon thuis te beoordelen, dient een locatie voor beoordeling beschikbaar te zijn in iedere regio. De locatie voor beoordeling dient te voldoen aan de volgende criteria:

- Hulpverleners op de beoordelingslocatie proberen de crisis te de-escaleren. Hulpverleners zijn geschoold in de omgang met acuut psychische patiënten. De bejegening is gericht op het versterken van de eigen kracht van de persoon en volgens de herstelondersteunende principes: de hulpverlener maakt contact met de persoon, toont begrip, creëert rust en vertrouwen en betreft het oordeel en de wensen van de persoon in crisis en zijn naasten zoveel mogelijk. Bij voorkeur zijn ook ervaringsdeskundigen aanwezig op de locatie.
- De beoordelingslocatie is 24/7 beschikbaar, is patiëntvriendelijke (zoveel mogelijk prikkelarm en met daglicht) en beschikt over patiëntvriendelijke spreekkamers. De ruimte beschikt over faciliteiten voor basaal lichamelijk onderzoek. In geval van nood zijn in de onmiddellijke omgeving van de beoordelingsruimte mogelijkheden om tijdelijk verplichte zorg te leveren (conform de Wet verplichte ggz). Deze maatregelen worden alleen toegepast indien dit sterk in het belang is van de persoon en/of zijn omgeving.
- Aanwezigheid van personeel* op in ieder geval één crisisbeoordelingslocatie in de regio is 24/7 georganiseerd. 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 zorgbeveiliger.
- De locatie is alléén een politiecel als er sprake is van (verdenking van) het plegen van een strafbaar feit. In het convenant tussen GGZ Nederland en politie is opgenomen dat 'situaties

waarin ordeverstoring gedrag voortduurt en niet is uitgemaakt in hoeverre het gedrag voortkomt uit een geestesstoornis als strafbaar feit worden aangemerkt'.

- Als de beoordelingslocatie zich bevindt op de SEH van een algemeen ziekenhuis of UMC, dan voldoet de hulpverlening naast de beschreven criteria ook aan de criteria*, zoals beschreven in de [Praktijkttoets Spoed Eisende Hulp](#) en de verscherping hiervan in de [Criteria SEH profiel Acute gedragsstoornissen](#).

De hulpverlening op de beoordelingslocatie ontvangt de persoon in crisis wanneer de vervoerder de persoon hier brengt. Discussie over terechte of onterechte verwijzing vindt achteraf plaats.

* Toelichtingen

een locatie voor beoordeling: Dit betreft een locatie, waar de acuut psychisch hulpverlener een psychiatrische beoordeling kan uitvoeren. Deze beoordelingslocatie kan eventueel onderdeel zijn van een bredere opvanglocatie (voor de groep 'verwarde personen').

voorwaarden: Deze voorwaarden zullen op basis van het project, waarin een model voor vervoer voor personen met verward gedrag wordt ontwikkeld (eind 2016, begin 2017), aangescherpt/aangevuld worden.

zo kort mogelijk: In het project vervoer worden afspraken gemaakt over de maximale wachttijd op het vervoer (per urgentiegraad). Na oplevering van de projectresultaten worden deze afspraken opgenomen in deze zorgstandaard.

welke gevallen: Een voorbeeld van werkinstructies voor sedatie geeft de werkinstructie bij onrust van Ambulance Amsterdam.
[Meer informatie](#)

Aanwezigheid van personeel: Indien nodig, is aanwezigheid van personeel voor in ieder geval één locatie in de regio georganiseerd bij het arriveren van de persoon in crisis.

de criteria: Binnen de focusgroep 'Acute Psychiatrie' zijn met de psychiaters uit de ziekenhuizen in de regio ROAZ AMC de gestelde criteria aangescherpt.

5.3.4 Stap 4: Beoordeling persoon in crisis, thuis of op beoordelingslocatie

Bij de beoordeling van een persoon in crisis houden acuut psychisch hulpverleners zich aan de richtlijnen* die de instelling en de beroepsgroep stellen, waaronder het kwaliteitsstatuut van de

instelling, het [expertisegebied SPV](#) en het [beroepsdeelprofiel verpleegkundig specialist GGZ](#). HBO-opgeleid verpleegkundigen, SPV'en en verpleegkundig specialisten GGZ moeten bekwaam zijn voor crisisbeoordelingen en crisisinterventies: crisisbeoordelingen en crisisinterventies vergen specifieke deskundigheid en daarom ervaring en scholing.

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.

Als de psychiater tijdens de beoordeling geen deel uit maakt van het beoordelingsteam, werkt het beoordelingsteam nauw samen met de psychiater, die als achterwacht telefonisch bereikbaar is en indien nodig [snel ter plaatse is](#). De psychiater is verantwoordelijk voor de besluiten die volgen uit de beoordeling: het stellen van de psychiatrische diagnose en het in gezamenlijkheid vaststellen van het eerste behandelbeleid. Indien de regiebehandelaar aanwezig is, draagt de psychiater de regie over en is de regiebehandelaar verantwoordelijk voor het in gang (laten) zetten van de behandeling. Indien de persoon nog geen regiebehandelaar heeft of de regiebehandelaar niet aanwezig is (buiten kantooruren), fungeert de psychiater als regiebehandelaar en zet hij de behandeling in gang. De input van naasten vormt onderdeel van de diagnostiek, het besluit voor een crisisinterventie en het bepalen van het behandelbeleid.

Agressierisico taxeren

Voorafgaand aan het bezoek aan de persoon schat de acuut psychiatrische hulpverlener het agressierisico van de persoon in. Voor de hoofdprincipes van agressietaxatie in crisissituaties, zie hoofdstuk 12 van het Handboek Spoedeisende Psychiatrie.⁸ Een hulpmiddel is de '[checklist van Nijman en Penterman 'Risico crisisdienst'](#)'. De psychiatrisch hulpverlener doet als onderdeel van de agressietaxatie een '[kindcheck](#)' om te beoordelen of de situatie voor eventuele kinderen veilig is. Daarnaast controleert hij of er andere personen of huisdieren zijn die aan de zorg van de persoon zijn toevertrouwd.

Persoonlijke factoren en omgeving betrekken

De psychiatrisch hulpverlener houdt bij de beoordeling rekening met de omstandigheden van de beoordelingslocatie* en de verstandelijke vermogens en culturele context van de persoon. Zie ook de [zorgstandaard Psychische stoornissen en zwakbegaafdheid \(ZB\) of een lichte verstandelijke beperking \(LVB\)](#).

Bij de beoordeling kan de psychiatrisch hulpverlener, indien de persoon daarvoor toestemming geeft, gebruik maken van de professionele samenvatting van het dossier van de huisarts.⁹ Voor patiënten bekend in de ggz is overleg met de hulpverlener bij wie de persoon in zorg is of was van belang. Hiervoor is toestemming van de persoon nodig. De Wvggz geeft de geneesheer-directeur, de regiebehandelaar (zorgverantwoordelijke) en de onafhankelijk psychiater mogelijkheden om, zonder toestemming van de patiënt, met andere hulpverleners te overleggen. Indien het gaat om een beoordeling voor een crisismaatregel kan de officier van justitie op aanvraag van de psychiater aan hem politiegegevens en justitiële en strafvorderlijke gegevens verstrekken die relevant kunnen zijn voor de beoordeling van het ernstig nadeel (gevaar)

Voor informatie* over potentieel agressierisico en/of wapenbezit raadpleegt de psychiatrisch hulpverlener de politie.

Te hanteren bronnen bij een crisisbeoordeling en de opleiding en bijscholing voor de acuut psychiatrische hulpverlening zijn:

- Als er sprake is van suïcidaliteit* hanteert de psychiatrische hulpverlening de [zorgstandaard Diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag](#).
- Het acute boekje voor de psychiatrie biedt handvatten voor het herkennen van een toestandbeeld van de persoon en beschrijft per toestandbeeld kenmerken voor de diagnostiek en de eerste stappen van het behandeltraject.¹⁰
- Het Praktijkboek Crisisinterventie beschrijft toe te passen interventies in een crisis en geeft ook handvatten voor de gespreksvoering en het opbouwen van een goede samenwerkingsrelatie met de persoon in crisis.
- Het Handboek Spoedeisende Psychiatrie biedt handvatten voor de diagnostiek van de persoon in crisis.¹¹

Een voorbeeld van een formulier waarin de psychiatrisch hulpverlener informatie op basis van de toegepaste beoordeling kan registreren vindt u [hier](#). De psychiatrisch hulpverlener bespreekt passende behandelopties in overleg met de persoon en zijn naasten, waarna zij hierover samen besluiten.

De beoordelend psychiater kan een medische verklaring opstellen en een verzoek indienen voor een crisismaatregel bij de burgermeester. Dit doet de psychiater als hij het ernstige vermoeden heeft dat het gedrag van een persoon als gevolg van een psychische stoornis tot onmiddellijk dreigend ernstig nadeel (gevaar) kan leiden en de persoon zich verzet tegen vrijwillige zorg. De situatie moet dermate acuut zijn dat de procedure van een zorgmachtiging niet afgewacht kan worden en de verplichte zorg uit de crisismachtiging moet in redelijkheid het onmiddellijk dreigend ernstig nadeel kunnen wegnemen. Zo wordt de persoon onvrijwillig toegeleid naar passende zorg.

Beoordeling van personen die onder invloed zijn van alcohol of drugs

Bij de beoordeling van personen die onder invloed zijn, vindt eerst een somatische screening plaats.¹² De arts kan geneesmiddelen toedienen om het afvoeren van aanwezige giftige stoffen in het lichaam te starten.¹³ Daarnaast zijn voor verschillende verslavende middelen (regionale) specifieke [protocollen](#) opgesteld.

Als de somatische behandeling nog gaande is, kan de somatisch hulpverlener de acuut psychiatrische hulpverlening al wel raadplegen. Voor personen in crisis die onder invloed zijn, is bij de beoordeling zowel psychiatrische als verslavingsexpertise nodig. Op basis van de criteria in de [richtlijn Detox](#) en in overleg met de persoon en zijn naasten beoordeelt de hulpverlener of de persoon opgenomen dient te worden, of hij ontgift moet worden en in hoeverre een ambulante behandeling nodig is.

Na de eerste screening vinden op vastgestelde tijden controles van lichamelijk onderzoek plaats door de somatische zorgverlening. Eventuele herbeoordelingen vinden plaats op basis van vastgelegde criteria. Voor personen die onder invloed zijn, dienen de acuut psychiatrische hulpverlening, acuut

somatische zorg en verslavingszorg nauw samen te werken.

Indien geen opname nodig is, dan is het van belang dat de persoon in een veilige omgeving* blijft tot hij (weer) naar huis kan.

*** Toelichtingen**

de richtlijnen: In het kwaliteitsstatuut dienen behandelaars in de ggz aan te geven waar een bekende patiënt terecht kan in de ANW-uren en tijdens een crisis.

beoordeling vindt duaal plaats.: Bij alle onbekende patiënten en bij een (vermoeden op) biopsychosociale complexiteit, is een arts (ANIOS of AIOS) deel van het duale team. Medische diagnostiek is nodig om, na onderzoek van de patiënt, een onderscheid te kunnen maken tussen 'pluis' en 'niet pluis'. Voorbeelden van (een vermoeden op) biopsychosociale complexiteit zijn patiënten met bekende somatische comorbiditeit en patiënten bij wie verward gedrag mogelijk (mede) bepaald is door een somatische aandoening.

verpleegkundig specialist GGZ: Verpleegkundig specialisten GGZ kunnen de A(N)IOS vervangen 1) wanneer na triage sprake lijkt van problematiek met een beperkte complexiteit en een verwacht laag risico, 2) als daarover afspraken zijn vastgelegd in crisiskaart van de patiënt. De triagist zal bij twijfel over de juiste samenstelling van het duale team overleggen met de psychiater-achterwacht.

de omstandigheden van de beoordelingslocatie: Zie Achilles et al., 2014, hoofdstuk 9 voor de omstandigheden van verschillende locaties en omgevingsfactoren waarmee de psychiatrisch hulpverlener rekening moet houden.

Voor informatie: De informatiedeling is uitgewerkt in het implementatieplan bij deze zorgstandaard. Zie hieronder bij Meer informatie.

[Meer informatie](#)

Als er sprake is van suïcidaliteit: Een belangrijke bron voor deze module is de richtlijn diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag.

[Meer informatie](#)

een veilige omgeving: Hiervoor gelden dezelfde criteria als voor de beoordelingslocatie, zoals beschreven in Stap 3 Persoon wacht thuis of vervoer naar locatie voor beoordeling. Voor personen onder invloed is de nabijheid van somatische zorg daarnaast sterk van belang.

5.3.5 Stap 5: Vervoer naar instelling of terug naar huis

Een persoon heeft professioneel vervoer nodig als eigen vervoer naar een instelling of vanaf een beoordelingslocatie naar huis of een ambulante setting niet passend is. Voor dit vervoer gelden dezelfde voorwaarden als voor het vervoer naar de beoordelingslocatie (zie [Diagnostiek - Persoon wacht thuis of vervoer naar locatie voor beoordeling](#)). Daarnaast gelden de volgende voorwaarden:

- De psychiatisch hulpverlener heeft met de persoon besproken in hoeverre hij een behandeling krijgt, welke behandeling hij krijgt en waar de behandeling plaatsvindt.
- De psychiatisch hulpverlener informeert de vervoerders over de psychiatrische diagnose en de toestand van de persoon. Hierbij maakt de hulpverlener zoveel mogelijk gebruik van de SBAR (bij voorkeur het [Kwaliteitskader ambulancezorg rondom psychiatrische beoordeling](#)).
- Tussen de psychiatisch hulpverlener en vervoerders zijn afspraken gemaakt over de verantwoordelijkheid tijdens de wachttijd op de vervoerders.

Zo nodig ontvangt de persoon psychische en/of somatische zorg tijdens het vervoer. Verdere voorwaarden voor 'medisch/verpleegkundig' vervoer treft u in het [Kwaliteitskader ambulancezorg rondom psychiatrische beoordeling](#) en het [Landelijk Protocol Ambulancezorg](#).

5.4 Behandeling, begeleiding en terugvalpreventie

De behandeling van personen die een crisis doorgemaakt hebben, vindt zoveel mogelijk in de ambulante setting plaats. Na een beoordeling zijn vijf typen vervolgtrajecten mogelijk, waarbij de acuut psychiatrische hulpverlening een taak heeft totdat de persoon gestabiliseerd is en toegeleid is naar passende hulpverlening:

1. De persoon is nog niet gestabiliseerd of de diagnose is niet bekend of gesteld tijdens de beoordeling. In dit geval stelt de psychiater vervolgcontacten met de acuut psychiatrische hulpverlening voor (bijvoorbeeld IHT).
2. De psychiater bepaalt in overleg met de persoon en zijn naasten dat een intensieve ambulante behandeling nodig is, bijvoorbeeld IHT, al dan niet in samenwerking met de gespecialiseerde ggz.
3. De psychiater besluit in overleg met de persoon en zijn naasten dat een opname nodig is.
4. De persoon is onder behandeling in de basis ggz of gespecialiseerde ggz en de psychiater verwijst de persoon terug naar de regiebehandelaar.
5. De psychiater beoordeelt in overleg met de persoon en zijn naasten dat geen ggz-behandeltraject nodig is en verwijst naar de huisarts die de persoon vervolgens toeleidt naar eventuele andere hulpverleners/ mantelzorgers/ondersteuning via de gemeente.

Het Handboek Spoedeisende Psychiatrie en het Praktijkboek Crisisinterventie geven handvatten voor de verdere diagnostiek en behandeling na een crisis. ¹⁴ Voor de behandeling, begeleiding en

terugvalpreventie wordt verwezen naar de stoornisspecifieke zorgstandaarden.

Tijdens de behandeling dienen zorgprofessionals zich ervan bewust te zijn dat naasten vaak behoefte hebben aan uitleg, hulp en steun*. ¹⁵ Terugkoppeling van en naar betrokken naasten is belangrijk om de behandeling beter af te stemmen op de wensen en behoeften van de persoon om zo latere zorgmijding te voorkomen. De wijze waarop zorgprofessionals, politie en overige betrokkenen een rol kunnen spelen in het betrekken van naasten staat beschreven* in de [zorgstandaard Samenwerking en ondersteuning naasten van mensen met psychische problematiek](#).

* Toelichtingen

behoefte hebben aan uitleg, hulp en steun: Wanneer professionals aan deze behoefte tegemoetkomen, kan dit een positief effect hebben op het contact met de persoon, de kwaliteit van de werkrelatie met de persoon en zijn omgeving, en op de therapietrouw. (NVvP, NIP en V&VN, 2012).

staat beschreven: Zie ook het achtergronddocument Leeswijzer: juridisch kader, definities en afkortingen hieronder bij Meer informatie.

[Meer informatie](#)

5.5 Monitoring

5.5.1 Informatie-uitwisseling

Na de crisisinterventie informeert de psychiatrisch hulpverlener verschillende partijen:

- De betrokken partijen bij de crisis en de eventuele regiebehandelaar van de persoon: de [wegwijzer beroepsgeheim in samenwerkingsverbanden](#) en de [richtlijn inzake het omgaan met medische gegevens van de KNMG](#) dienen hierbij als uitgangspunt.
- De naasten van de persoon: de naasten van de persoon ontvangen een zo volledig mogelijke terugkoppeling. Voor het terugkoppelen van medische gegevens is toestemming nodig. De [richtlijn inzake het omgaan met medische gegevens van de KNMG](#) dient als uitgangspunt. Zie ook achtergronddocument [Leeswijzer: juridisch kader, definities en afkortingen](#).
- De huisarts: in de [NHG-Richtlijn Informatie uitwisseling huisarts – tweedelijs GGz](#) staat aangegeven dat vanuit de psychiatrische hulpverlening uiterlijk de dag na de crisisinterventie informatie doorgegeven dient te worden aan de huisarts. Alleen als de persoon actief aangeeft geen uitwisseling met de huisarts te willen, doet de psychiatrische hulpverlening dit niet, tenzij hij op grond van de genoemde richtlijnen toch oordeelt dat informatie uitwisseling nodig is. Zie de [zorgstandaard Landelijke samenwerkingsafspraken tussen huisarts, generalistische basis GGz en gespecialiseerde GGz \(LGA\)](#) en de [Handreiking regionale samenwerkingsafspraken HAP + Acute GGz](#) voor de verdere gegevensuitwisseling nodig tussen de huisarts en de ggz.

5.5.2 Informatie delen uit goed hulpverlenerschap

De psychiatrisch hulpverlener deelt alleen informatie die noodzakelijk is voor het kunnen bieden van goede zorg en nodig is op grond van het goed hulpverlenerschap. Voor de uitwisseling van informatie met medisch hulpverleners die niet direct betrokken zijn bij de crisis en betrokkenen bij de crisis die geen medisch hulpverlener zijn (bijvoorbeeld politie) is toestemming van de patiënt nodig. Hierbij is het van belang dat de psychiatrisch hulpverlener zoveel mogelijk in gesprek gaat met de persoon en uitlegt wat de meerwaarde kan zijn van het delen van informatie. Benodigde toestemming van de persoon geldt niet wanneer sprake is van een (voornemen tot een) verplichte zorg: in dit geval probeert de behandelaar toestemming te krijgen, maar is het geen vereiste voor de uitwisseling van informatie met de geneesheer-directeur, de vertegenwoordiger en de advocaat. Zie onderdelen in de Wet verplichte ggz.

Voor de huisartsenzorg geldt dat de huisarts de waarnemende huisarts en HAP informeert over zijn instabiele patiënten met ernstige psychische problematiek. De waarnemend huisarts informeert de eigen huisarts over de behandeling van patiënten tijdens de ANW-uren. Hierbij zijn informatie over een eventueel aanwezige crisiskaart, de diagnose, medicatie, ggz-behandelaar en omgangsadvies/gewenste bejegening relevant.¹⁶ Een ggz-behandelaar kan daarnaast een 'vooraanmelding' doen bij een ggz-crisisdienst, waarbij hij via de huisarts de HAP op de hoogte stelt.

5.5.3 Niveau patiënt: crisisafspraken en crisiskaart opstellen/bijwerken

Om veranderingen bij de persoon op tijd te kunnen signaleren om zo een volgende crisis te voorkomen, is het van belang om crisisafspraken in bijvoorbeeld een crisis- of signaleringsplan op te stellen en te evalueren na de crisissituatie (zie [Vroege onderkenning en preventie](#)). Naast het opstellen of evalueren van crisisafspraken in een plan wijst de regiebehandelaar de persoon die de crisis doorgemaakt heeft en zijn naasten op de mogelijkheid om een crisiskaart op te stellen (zie [Vroege onderkenning en preventie](#)).

5.5.4 Niveau keten: gezamenlijk evalueren

In een structureel overleg met de ketenpartners in de acuut psychiatrische hulpverlening evalueert de acuut psychiatrische hulpverlening met de verwijzers de crisiscasuïstiek. Partijen bespreken met elkaar in hoeverre crisishulpverlening nodig was, hoe de samenwerking is verlopen, en welke verbeterpunten er zijn in de geleverde hulpverlening. Het verdient de voorkeur dat ketenpartners bij dit overleg patiënten en naasten betrekken.

5.6 Herstel, participatie en re-integratie

De behandeling dient zoveel mogelijk gericht te zijn op de ondersteuning van het herstel van de persoon. Zie verder de zorgstandaard [Herstelondersteuning](#).

6. Organisatie van acuut psychiatrische hulpverlening

Autorisatiedatum 09-04-2019 Beoordelingsdatum 09-04-2019

6.1 Betrokken zorgverleners

Bij de hulpverlening aan personen in een crisissituatie met (het vermoeden van) een acute psychische stoornis zijn naasten en vaak diverse hulpverleners betrokken. De rollen die de betrokken partijen kunnen spelen, worden beschreven per stap die zo'n persoon in crisis kan doorlopen (zie figuur hieronder); alleen de rollen in de stappen die relevant zijn voor de desbetreffende partij worden benoemd.

Figuur: Stappen die een persoon in crisis met (vermoeden van) acute psychische stoornis kan doorlopen

6.1.1 Rollen persoon in crisis en naasten

Stap 0: Voorfase – signalen van crisis

- Wanneer de persoon en/of zijn naasten een toename van uitlokkende factoren voor een crisis en ontregeling merken, dan kunnen zij dit aangeven bij de hulpverleners van de persoon*.
- Wanneer de persoon eerder een crisis doorgemaakt heeft, zijn bij voorkeur crisisafspraken in bijvoorbeeld de vorm van een crisis- of signaleringsplan beschikbaar (zie [Vroege onderkenning en preventie](#)). Deze afspraken helpen de persoon en zijn naasten om een verhoogd risico op crisis op tijd te signaleren en geven aan hoe een daadwerkelijke crisis mogelijk voorkomen kan worden.

Stap 1 en 2: Persoon in crisis, inschatting crisis door eerste hulpverlener en bepaling urgentie en inzet door psychiatrische hulpverlening

- Als een persoon in crisis in het bezit is van een crisiskaart, dan toont de persoon zelf of zijn naaste de crisiskaart aan degene die hem aantreft.
- Wanneer een persoon in crisis is en hij of een naaste dit merkt, kan de persoon/zijn naaste binnen kantoortijden contact opnemen met de huisartsenvoorziening of de regiebehandelaar. Buiten kantoortijden kan de persoon/zijn naaste contact opnemen met de HAP of, in zeer urgente situaties, met meldkamer 112. Bekende ggz-patiënten die beschikken over het telefoonnummer van de acuut psychiatrische hulpverlening kunnen rechtstreeks de acuut psychiatrische hulpverlening benaderen.
- De persoon/zijn naaste geeft de informatie die de acuut psychiatrisch hulpverlener, huisarts/HAP of meldkamer vraagt zo goed mogelijk door, zodat de acuut psychiatrisch hulpverlener, huisarts/HAP of meldkamer zo goed mogelijk triage toe kan passen en toe kan leiden naar de juiste vorm van hulpverlening.

- Naasten worden vanaf het begin van de crisis zoveel mogelijk betrokken.

Stap 3 en 4: Persoon blijft thuis of vervoer naar locatie voor beoordeling en beoordeling persoon in crisis

- Tijdens het vervoer naar een beoordelingslocatie kan een naaste meerijden als dit veilig kan of met eigen vervoer naar de beoordelingslocatie gaan. Op deze manier kan de naaste bij de persoon wachten en deelnemen aan de beoordeling.
- De inbreng van naasten vormt onderdeel van de diagnostiek tijdens de beoordeling: naasten worden betrokken bij de beslissing over de crisisinterventie en het behandelplan. Hierbij is het belangrijk dat naasten de acuut psychiatrische hulpverleners van inbreng voorzien.

Stap 5 en 6: Vervoer na beoordeling en vervolgbehandeling

- Na de beoordeling bepaalt de acuut psychiatrisch hulpverlener in goed overleg met de persoon en zijn naasten of de persoon veilig op eigen gelegenheid naar huis of, in geval van opname, naar de instelling kan.
- Na een crisis geven de persoon die de crisis doorgemaakt heeft en zijn naasten aan welke stressfactoren de crisis hebben uitgelokt, om crisisafspraken op te stellen met de regiebehandelaar.
- De regiebehandelaar wijst de persoon en zijn naasten op de mogelijkheid om een crisiskaart op te stellen (zie [Vroege onderkenning en preventie](#)). De persoon en zijn naasten evalueren de crisiskaart minimaal één keer per jaar in samenwerking met de consulent.

*** Toelichtingen**

de hulpverleners van de persoon: Voor in de ggz bekende patiënten is dit de regiebehandelaar. Niet-bekende patiënten kunnen contact opnemen met de huisarts/HAP.

6.1.2 Rollen ggz-instelling, vrijgevestigde ggz-aanbieders en crisisdienst

Stap 0: Voorfase – signalen van crisis

- Wanneer een hulpverlener een vatbaarheid voor crisis bij een persoon signaleert, kan hij als het nodig is advies vragen aan psychiaters, SPV'en en ervaringswerkers. Hierover zijn afspraken gemaakt in de regio en in de kwaliteitsstatuten van instellingen (zie [Samenwerking – Overleg tussen ketenpartners](#)).
- De ggz-instelling en vrijgevestigde ggz-aanbieders hebben een inspanningsverplichting om de afgesproken zorg in de crisisafspraken te leveren, wanneer de persoon dit nodig heeft.

Stap 1 t/m 3: Persoon in crisis, inschatting crisis door eerste hulpverlener, bepaling urgentie en inzet door psychiatrische hulpverlening en evt. vervoer naar beoordelingslocatie

- Voor ggz-patiënten die al bekend zijn in de ggz is de eigen regiebehandelaar binnen kantooruren verantwoordelijk* voor het in gang zetten van het opschalen van zorg.
- Voor verwijzers is duidelijk welke instantie zij kunnen bellen in een crisissituatie. In de regio maken ggz-instellingen en ziekenhuizen hier afspraken over en communiceren zij deze

afspraken naar verwijzers.

- De ggz-triagefunctie is 24/7 binnen 5 minuten beschikbaar voor telefonische triage.*
- De ggz-triagist van de crisisdienst bepaalt aan de telefoon de inzet van hulpverlening* en de maximale wachttijd op basis van de urgentiegraad van de persoon in crisis.
- De ggz-triagist bepaalt de urgentiegraad met behulp van de [GGz-triagewijzer](#). De ggz-triagist van de crisisdienst erkent bij de triage* het professionele oordeel van de verwijzer en betreft het oordeel van de persoon en zijn naasten.
- De ggz-triagist van de crisisdienst informeert de verwijzer over de geschatte wachttijd op de crisisdienst. Daarnaast informeert de ggz-triagist de persoon in crisis en zijn naasten over de gemaakte afspraken (niet-privacygevoelige informatie). De ggz-triagist kan de verwijzer vragen om de persoon in crisis en zijn naasten te informeren.
- De ggz-triagist en verwijzer bepalen in goed overleg met de persoon in crisis en zijn naasten of het veilig is om de persoon zonder aanwezigheid van een hulpverlener thuis te laten wachten op de crisisdienst. Als dit niet veilig lijkt, zoeken partijen samen naar een oplossing. De acuut psychiatrisch hulpverlener en verwijzer bespreken hierbij in hoeverre het mogelijk is voor de verwijzer om bij de persoon te wachten tot de crisisdienst arriveert.
- Als het niet mogelijk is voor de verwijzer om te wachten op de crisisdienst, vindt vervoer naar een beoordelingslocatie* plaats. De verwijzer bespreekt met de persoon en zijn naasten of eigen vervoer mogelijk en veilig is. Indien eigen vervoer niet mogelijk of veilig is, organiseert de verwijzer passend vervoer.
- De verwijzer is tijdens de wachttijd op de vervoerder verantwoordelijk voor het toezicht op de veiligheid van de persoon en zijn naasten: hij blijft bij de persoon en zijn naasten tot de vervoerder gearriveerd is en overdracht plaatsgevonden heeft.
- Gedurende de wachttijd op de crisisdienst is de ggz-triagist van de crisisdienst het aanspreekpunt voor op- en afschaling van de urgentie. Als er geen hulpverlener bij de persoon is gedurende de wachttijd, is de ggz-triagist van de crisisdienst direct aanspreekpunt voor de persoon in crisis en zijn naasten. De crisisdienst stelt hiervoor een telefoonnummer beschikbaar.
- Als er sprake is van een hoog agressieniveau* of sprake lijkt te zijn van het plegen van een strafbaar feit, spreken de crisisdienst en verwijzer af wie per direct de politie inschakelt.
- In de regio maakt de ggz samen met de gemeenten en andere relevante ketenpartners afspraken over de beoordelingslocatie. Zie hiervoor [Samenwerking](#).

Stap 4: Beoordeling persoon in crisis

Algemeen

- Als de ggz-triagist inschat dat begeleiding van politie nodig is in verband met een hoog agressieniveau of een strafbaar feit (inschatting bijvoorbeeld op basis van het achtergronddocument [Brøset Violence Checklist](#)), vraagt de crisisdienst om politieassistentie bij het uitvoeren van de beoordeling. Als er sprake is van een verwachte onveilige situatie voor de hulpverlener, dan arriveren politie en crisisdienst tegelijkertijd bij de persoon. In geval van een onveilige situatie voor de omgeving is politie zo snel mogelijk ter plaatse.
- Als de crisisdienst beoordeelt dat de somatische toestand van de persoon instabiel is, dan verwijst de crisisdienst naar de SEH en regelt de crisisdienst, indien nodig, vervoer door ambulancezorg.

Specifiek voor personen onder invloed van middelen

- De crisisdienst werkt nauw samen met verslavingszorg. Dit blijkt in de praktijk het beste te realiseren door integratie van de (crisisdienst van de) ggz-instelling met de (crisisdienst van de) instelling voor verslavingszorg.
- De acuut psychiatrisch hulpverlener vormt een oordeel over welk middel de persoon in welke hoeveelheid gebruikt heeft. Ook voert een verpleegkundige of arts vastgestelde fysieke controles uit. Indien nodig, werkt de (ggz-triagist van de) crisisdienst voor deze zorg samen met de huisarts en/of SEH.
- Als de crisisdienst beoordeelt dat de persoon niet opgenomen hoeft te worden in een psychiatrische instelling, maar dat de persoon gebaat is bij een uitslaapbed met expertise van de verslavingszorg, dan regelt de ggz-crisisdienst dit uitslaapbed.

Stap 5: Vervoer naar instelling/terug naar huis

- De acuut psychiatrisch hulpverlener schat na de beoordeling in of de persoon medische begeleiding nodig heeft tijdens het vervoer naar de instelling (voor opname of verdere beoordeling) of naar de thuissituatie:
 - Als de persoon medische begeleiding nodig heeft tijdens het vervoer, is ambulancezorg verantwoordelijk voor het bieden van het vervoer naar de instelling/de thuissituatie.
 - Als de persoon geen medische begeleiding nodig heeft tijdens het vervoer, bespreekt de acuut psychiatrisch hulpverlener met de persoon en zijn naasten of eigen vervoer medisch mogelijk en veilig is. Indien eigen vervoer niet medisch mogelijk en/of veilig is, organiseert de hulpverlener passend vervoer*.
- Indien vervoer naar een instelling nodig is, is de acuut psychiatrisch hulpverlener tijdens de wachttijd op de vervoerder verantwoordelijk voor het toezicht op de veiligheid van de persoon: hij blijft in principe bij de persoon tot de vervoerder gearriveerd is en overdracht plaatsgevonden heeft. Indien uit goed overleg met de persoon in crisis en zijn naasten volgt dat het veilig is om de persoon zonder aanwezigheid van de acuut psychiatrisch hulpverlener thuis te laten wachten op de vervoerder, zorgt de hulpverlener voor goede telefonische overdracht aan de vervoerder en stelt hij het telefoonnummer van de acuut psychiatrische hulpverlening beschikbaar aan de persoon en zijn naasten.
- Als er sprake is van een hoog agressieniveau* of sprake lijkt te zijn van het plegen van een strafbaar feit, schakelt de hulpverlener politie in.

Stap 6: Vervolgbehandeling

- Als de psychiater/regiebehandelaar besluit dat een opname in of een ambulante behandeling vanuit een ggz-instelling nodig is, is de ggz-instelling verantwoordelijk voor het toeleiden van de persoon naar zorg. Dit geldt eveneens voor de vervolgbehandeling die de acuut psychiatrische hulpverlening (bijvoorbeeld het IHT-team) levert: de (intensieve) ambulante behandeling wanneer de persoon nog instabiel is of de diagnose nog niet bekend is.
- De regiebehandelaar van de persoon achterhaalt samen met de persoon die de crisis doorgemaakt heeft, zijn naasten en andere belangrijke betrokkenen bij de crisis hoe een eventuele volgende crisissituatie voorkomen zou kunnen worden en neemt de stressfactoren en crisisafspraken op in bijvoorbeeld een crisis- of signaleringsplan (zie [Vroege onderkenning en preventie](#)). De regiebehandelaar evalueert de afspraken halfjaarlijks en na een crisissituatie met

de persoon.

- De regiebehandelaar wijst de persoon die de crisis doorgemaakt heeft en zijn naasten op de mogelijkheid om een crisiskaart op te stellen. Als de persoon een crisiskaart wenst, dan brengt de regiebehandelaar de persoon in contact met een consulent om de persoon bij het opstellen en bijhouden van de crisiskaart te ondersteunen.
- GGZ-instellingen spelen een rol in het trainen van ervaringswerkers in de GGZ.* Deze ervaringswerkers kunnen onder andere een rol vervullen op beoordelingslocaties.

* Toelichtingen

verantwoordelijk: Zie ook de handreiking verantwoordelijkheidsverdeling bij samenwerking in de zorg. Voor de momenten binnen kantooruren waarin de eigen ggz-behandelaar niet aanwezig is, dient hij waarneming geregeld te hebben. Daarnaast dient voor bekende ggz-patiënten en hun naasten duidelijk te zijn wie zij kunnen benaderen buiten kantooruren.

De ggz-triagefunctie is 24/7 binnen 5 minuten beschikbaar voor telefonische triage.: Deze norm is vanuit voorlopig model melding toegevoegd aan de GMAP en beschrijft wanneer de ggz-triagefunctie beschikbaar is.

de inzet van hulpverlening: De ggz-triagist dient bij meldingen die binnenkomen via de politie eerst telefonisch somatiek uit te sluiten bij de persoon in crisis. Bij twijfel schakelt de ggz-triagist huisartsenzorg of meldkamer ambulance (MKA) in om somatiek uit te sluiten. Nadat somatiek is uitgesloten, vervolgt de ggz-triagist de psychische triage – bij voorkeur met de persoon en zijn naaste – met behulp van de ggz-triagewijzer om de urgentie en eventuele inzet van acuut psychiatrische hulpverlening van de melding te bepalen. De ggz-triagist beslist vervolgens of thuis kan worden beoordeeld. Indien dit niet het geval is, bepaalt de ggz-triagist op welke locatie de beoordeling plaats zal vinden en wie de persoon in crisis opvangt op de locatie waar de beoordeling plaats zal vinden. Als de persoon in crisis moet worden vervoerd beslist de triagist wie het vervoer regelt. Indien nodig raadpleegt de ggz-triagist bij de triage de (achterwacht) psychiater. Een uitgebreide omschrijving van de taken van de ggz-triagist vindt u in paragraaf 7.1 van het Voorlopig model melding.

erkent bij de triage: Indien nodig overlegt de voorwacht met de psychiater op achterwacht.

vervoer naar een beoordelingslocatie: Zie hieronder bij Meer informatie paragraaf Stap 3 Persoon wacht thuis of vervoer naar locatie voor beoordeling voor de voorwaarden voor dit vervoer. Welke partijen dit vervoer kunnen bieden en wie verantwoordelijk is voor de organisatie en financiering ervan wordt eind 2016, begin 2017 verder uitgewerkt.

[Meer informatie](#)

hoog agressieniveau: Bij een hoog agressieniveau kan de hulpverlener assistentie vragen van de politie.

passend vervoer: Zie hieronder bij Meer informatie stap 3 voor de voorwaarden voor dit vervoer. Welke partijen dit vervoer kunnen bieden en wie verantwoordelijk is voor de organisatie en financiering ervan wordt eind 2016, begin 2017 verder uitgewerkt.

[Meer informatie](#)

hoog agressieniveau: Bij een hoog agressieniveau kan de hulpverlener assistentie vragen van de politie.

GGZ-instellingen spelen een rol in het trainen van ervaringswerkers in de GGZ.: Zie het document Beroepscompetentieprofiel: Ervaringsdeskundigheid.

[Meer informatie](#)

6.1.3 Rollen huisarts/HAP/POH-GGZ

Stap 0: Voorfase – signalen van crisis

- De huisarts en POH-GGZ spelen een belangrijke rol in de vroege herkenning en preventie van crisis. Achtergronddocument [Overzicht beschermende en uitlokkende factoren voor crisis](#) beschrijft de beschermende en uitlokkende factoren van een crisis.
- Als de huisarts en/of POH-GGZ advies nodig heeft van de gespecialiseerde ggz, dan neemt hij hiermee contact op (zie Samenwerking – Overleg tussen ketenpartners)*.
- De huisarts informeert de waarnemende huisarts en HAP over zijn instabiele patiënten met ernstige psychische problematiek. De huisarts weegt af welke informatie noodzakelijk is en verstrekt deze informatie. Te denken valt aan informatie over de eventueel aanwezige crisiskaart, psychiatrische en somatische diagnose(s), medicatie, ggz-behandelaar en omgangsadvies.

Stap 1 t/m 3 en 5: Persoon in crisis, inschatting crisis door eerste hulpverlener, bepaling urgentie en inzet door psychiatrische hulpverlening en evt. vervoer naar beoordelingslocatie

- De triagist van de huisartsenzorg doet triage* op basis van de NTS en bepaalt op basis hiervan, na overleg met de huisarts, welk type zorg nodig is. Bij een dreigend hoog agressieniveau* of wanneer sprake lijkt te zijn van een strafbaar feit schakelt de triagist politie in. Voor onbekende ggz-patiënten is vaak face-to-face contact met een huisarts nodig om te bepalen of acuut psychiatrische hulpverlening nodig is.
- Als in (de samenvatting van) het medisch dossier van de huisarts relevante actuele informatie uit de eventuele crisiskaart van de persoon opgenomen is (in ieder geval óf de persoon een crisiskaart heeft), stelt dit de huisarts/HAP in staat om in geval van crisis voor personen met een

crisiskaart te handelen naar de beschreven wijze op de crisiskaart.

- Huisartsen en huisartsenposten beschikken over een telefoonnummer van de crisisdienst en hebben met deze crisisdienst samenwerkingsafspraken (zie [Samenwerking](#)).
- De huisarts/HAP informeert de ggz-triagist van de acuut psychiatrische hulpverlening en beantwoordt de gestelde vragen, zodat de ggz-triagist zo goed mogelijk GGz-triage toe kan passen en op deze wijze goed toe kan leiden naar de juiste vorm van zorg. Hierbij houdt de huisarts/HAP rekening met zijn beroepsgeheim.
- De acuut psychiatrisch hulpverlener en huisarts/HAP erkennen elkaars professionele oordeel. Discussie over terechte of onterechte verwijzing vindt achteraf plaats.
- Na het bepalen van de urgentiegraad van de persoon in crisis en de bijbehorende maximale wachttijd, bepalen de acuut psychiatrisch hulpverlener en huisarts/HAP* in goed overleg met de persoon in crisis en zijn naasten of het veilig is om de persoon zonder aanwezigheid van de huisarts/HAP thuis te laten wachten op de crisisdienst.
Als dit niet veilig lijkt, zoeken partijen samen naar een oplossing. De acuut psychiatrisch hulpverlener en huisarts/HAP* bespreken hierbij in hoeverre het mogelijk is voor de huisarts/HAP om bij de persoon te wachten tot de crisisdienst arriveert.
- Als het niet mogelijk is voor de huisarts/HAP om te wachten op de crisisdienst, vindt vervoer naar een beoordelingslocatie plaats. De huisarts/HAP bespreekt met de persoon en zijn naasten of eigen vervoer mogelijk en veilig is. Indien eigen vervoer niet mogelijk of veilig is, organiseert de huisarts/HAP passend vervoer*.
- De huisarts/HAP is tijdens de wachttijd op de vervoerder verantwoordelijk voor het toezicht op de veiligheid van de persoon en zijn naasten: hij blijft bij de persoon en zijn naasten tot de vervoerder gearriveerd is en overdracht plaatsgevonden heeft.
- De acuut psychiatrisch hulpverlener kan de huisarts/HAP vragen om de persoon in crisis en zijn naasten te informeren over de gemaakte afspraken (niet-privacygevoelige informatie).
- Als de huisarts bij de persoon is gedurende de wachttijd op de crisisdienst/vervoerder, is de huisarts/HAP aanspreekpunt voor de persoon in crisis en zijn naasten en verantwoordelijk voor het doorgeven van eventuele wijzigingen in de urgentie aan de ggz-triagist van de acuut psychiatrische hulpverlening.
- Als er sprake is van een hoog agressieniveau* of sprake lijkt te zijn van het plegen van een strafbaar feit, schakelt de huisarts/HAP politie in (zij houden zich hierbij aan het hiervoor geldende juridische kader (zie achtergronddocument [Leeswijzer: juridisch kader, definities en afkortingen](#))).

Stap 4 en 6: Beoordeling persoon in crisis en vervolgbehandeling

- De huisarts stelt met toestemming van de persoon en rekening houdend met de NHG-richtlijn een 'professionele samenvatting' van het medisch dossier van de persoon ter beschikking aan de acuut psychiatrisch hulpverlener (zie [Behandeling, begeleiding en terugvalpreventie](#)). De samenvatting bevat actuele problemen en bevat informatie over de medicatie en laatste consulten.
- Als de persoon die de crisis doorgemaakt heeft dit wenst, wordt de huisarts betrokken bij het opstellen van de crisisafspraken.
- Wanneer de huisarts een (update van een) crisiskaart of crisisafspraken voor een persoon ontvangt, neemt hij deze op in (de professionele samenvatting van) het medisch dossier van de persoon.

*** Toelichtingen**

(zie Samenwerking – Overleg tussen ketenpartners): Zie ook de Handreiking regionale samenwerkingsafspraken HAP + Acute GGz en hieronder bij Meer informatie de zorgstandaard Landelijke samenwerkingsafspraken ggz (LGA).

[Meer informatie](#)

De triagist van de huisartsenzorg doet triage: Zie hieronder bij Meer informatie ook achtergronddocument GGz-triagewijzer, figuur 6. Onder omgeving verstaan we ook de hulpverleners die bij de persoon zijn.

[Meer informatie](#)

hoog agressieniveau: Bij een hoog agressieniveau kan de hulpverlener assistentie vragen van de politie.

de acuut psychiatrisch hulpverlener en huisarts/HAP: De acuut psychiatrisch hulpverlener en huisarts/HAP erkennen hierbij elkaars professionele oordeel. Discussie vindt achteraf plaats.

De acuut psychiatrisch hulpverlener en huisarts/HAP: Voor de verwijzer huisarts/HAP geeft de KNMG aan dat een (huis)arts in het kader van de zorgplicht altijd een zorgvuldige afweging dient te maken tussen zijn patiënten. Indien de (huis)arts inschat dat hij niet weg kan gaan bij de persoon in crisis, maar ook een andere urgente casus of beschikbaarheidsverplichting heeft, zoeken de crisisdienst en de (huis)arts gezamenlijk naar een oplossing.

passend vervoer: Zie hieronder bij Meer informatie Diagnostiek - Persoon wacht thuis of vervoer naar locatie voor beoordeling voor de voorwaarden voor dit vervoer. Welke partijen dit vervoer kunnen bieden en wie verantwoordelijk is voor de organisatie en financiering ervan wordt eind 2016, begin 2017 verder uitgewerkt.

[Meer informatie](#)

hoog agressieniveau: Bij een hoog agressieniveau kan de hulpverlener assistentie vragen van de politie.

6.1.4 Rollen politie

Deze paragraaf beschrijft de rollen van de politie in de situaties, waarin politiebeambten de persoon

in crisis verwijzen naar de acuut psychiatrische hulpverlening. Wanneer politie geen verwijzer is*, geldt voor alle stappen dat politie ondersteunt, wanneer sprake is van een hoog agressierisico of wanneer de persoon een strafbaar feit gepleegd heeft. Daarnaast verstrekt politie informatie* over potentieel agressierisico en/of wapenbezit.

Stap 0: Voorfase – signalen van crisis

- De wijkagent kan een rol spelen in de vroege herkenning en preventie van crisis. Op operationeel niveau is de wijkagent altijd het aanspreekpunt voor ggz-instellingen.
- Indien de wijkagent/politie advies nodig heeft van de ggz, dan neemt hij contact op met de GGZ of het sociaal wijkteam (zie [Samenwerking – Overleg tussen ketenpartners](#)).

Stap 1 en 2: Persoon in crisis, inschatting crisis door eerste hulpverlener en bepaling urgentie en inzet door psychiatrische hulpverlening

- Wanneer de politiebeambte het vermoeden heeft dat de persoon die hij aantreft in een psychiatrische crisis is, dan vraagt hij de persoon of hij beschikt over een crisiskaart.
- Politie plaatst een persoon in crisis alleen in een politiecel, wanneer de persoon ten tijde van de crisis vermoedelijk een strafbaar feit* gepleegd heeft.
Politie maakt hierbij onderscheid naar type strafbaar feit en beoordeelt op basis van haar professionele expertise of plaatsing in de politiecel nodig is. In het convenant tussen GGZ Nederland en politie is opgenomen dat {situaties waarin ordeverstoring gedrag voortduurt en niet is uitgemaakt in hoeverre het gedrag voortkomt uit een geestesstoornis als strafbaar feit worden aangemerkt}.
- Politie beschikt over het telefoonnummer van de crisisdienst en heeft met deze crisisdienst samenwerkingsafspraken (zie [Samenwerking](#)).
- Politie geeft de informatie die de ggz-triagist van de acuut psychiatrische hulpverlening vraagt zo zorgvuldig mogelijk door, zodat deze zo goed mogelijk triage toe kan passen en op deze wijze goed toe kan leiden naar de juiste vorm van hulpverlening.
- De acuut psychiatrisch hulpverlener en politie erkennen elkaars professionele oordeel.
Discussie over terechte of onterechte verwijzing vindt achteraf plaats.
- De politiebeambte informeert de persoon in crisis en zijn naasten over de gemaakte afspraken met de acuut psychiatrische hulpverlening (niet-privacygevoelige informatie).

Stap 3: Persoon blijft thuis of vervoer naar locatie voor beoordeling (en verblijf op locatie voor beoordeling)

- De acuut psychiatrisch hulpverlener bepaalt, op basis van de GGZ-triagewijzer (zie achtergronddocument [GGZ-triagewijzer](#)) en in overleg met de politiebeambte en de persoon in crisis en zijn naasten, de urgentiegraad van de persoon in crisis en de bijbehorende maximale wachttijd. De acuut psychiatrisch hulpverlener en politiebeambte bepalen vervolgens in goed overleg* met de persoon in crisis en zijn naasten of het veilig is om de persoon zonder aanwezigheid van politie thuis te laten wachten op de crisisdienst. Als dit niet veilig lijkt, zoeken partijen samen naar een oplossing. De acuut psychiatrisch hulpverlener en politiebeambte bespreken hierbij in hoeverre het mogelijk is voor politie om bij de persoon te wachten tot de crisisdienst arriveert.
- Als het niet mogelijk is voor politie om te wachten op de crisisdienst, vindt vervoer naar een beoordelingslocatie plaats. De politiebeambte bespreekt met de persoon en zijn naasten of

eigen vervoer mogelijk en veilig is. Indien eigen vervoer niet mogelijk of veilig is, organiseert de politie passend vervoer*.

- De politie is tijdens de wachttijd op de vervoerder verantwoordelijk voor het toezicht op de veiligheid van de persoon en zijn naasten: hij blijft bij de persoon en zijn naasten tot de vervoerder gearriveerd is en overdracht plaatsgevonden heeft.
- Als politie de persoon in crisis in een publieke ruimte aantreft, is vervoer naar huis of een beoordelingslocatie nodig. In [Diagnostiek - Persoon wacht thuis of vervoer naar locatie voor beoordeling](#) zijn de voorwaarden voor dit vervoer beschreven.
- Als de politiebeambte bij de persoon is gedurende de wachttijd op de crisisdienst/vervoerder, fungeert politie als aanspreekpunt voor de persoon in crisis en zijn naasten en is politie verantwoordelijk voor het doorgeven van eventuele wijzigingen in de urgentie aan de ggz-triagist van de crisisdienst.
- Politie vervoert alleen zelf wanneer sprake is van (verdenking van) een strafbaar feit. Hierbij past politie het gebruik van drang en dwang, waaronder handboeien, proportioneel toe. Wanneer politie niet zelf vervoert, maar de veiligheid van de persoon in crisis/hulpverleners in het geding is, dan ondersteunt politie bij het vervoer*.

Stap 6: Vervolgbehandeling

- Wanneer de persoon die de crisis doorgemaakt heeft dit wenst, wordt de wijkagent betrokken bij het opstellen van de crisisafspraken.
- In enkele plaatsen is het mogelijk voor de persoon die de crisis doorgemaakt heeft de crisiskaart te delen met politie. In deze gevallen heeft het wijksecretariaat de crisiskaart opgenomen in het systeem*.

* Toelichtingen

Wanneer politie geen verwijzer is: Zie de afspraken in het Convenant tussen GGZ Nederland en politie in 2012.

verstrekt politie informatie: Dit onderdeel moet nog nader uitgewerkt worden. Dit wordt opgenomen in het onderhouds- & implementatieplan van de zorgstandaard.

een strafbaar feit: Wanneer de agressie veroorzaakt wordt door middelengebruik, wordt de persoon vervoerd naar de SEH.

bepalen vervolgens in goed overleg: De acuut psychiatrisch hulpverlener en huisarts/HAP erkennen hierbij elkaars professionele oordeel. Discussie vindt achteraf plaats.

passend vervoer: Zie hieronder bij Meer informatie Persoon wacht thuis of vervoer naar locatie voor beoordeling voor de voorwaarden voor dit vervoer. Welke partijen dit vervoer kunnen bieden en wie verantwoordelijk is voor de organisatie en financiering ervan wordt eind 2016, begin 2017 verder uitgewerkt.

[Meer informatie](#)

ondersteunt politie bij het vervoer: In deze gevallen is bemoeienis van politie van belang voor enerzijds de rechtsgang en anderzijds de veiligheid van alle betrokkenen.

opgenomen in het systeem: Momenteel wordt er door verschillende partners landelijk gewerkt aan de beste wijze waarop dit kan worden vormgegeven.

6.1.5 Rollen meldkamer 112

Stap 1: Persoon in crisis thuis of in publieke ruimte

- Wanneer degene die de persoon in crisis aantreft contact opneemt met de meldkamer (112), zet de centralist van de meldkamer bij een urgentiegraad U0 of U1 (politie en) ambulance in en kan de meldkamer voor psychiatrische kenmerken passend bij U2 of hoger, via de meldkamer ambulancezorg, contact opnemen met de ggz-triagist van de acuut psychiatrische hulpverlening (zie achtergronddocument [GGz-triagewijzer](#)).
- De centralist van de meldkamer maakt een inschatting in hoeverre sprake zal zijn van agressie en strafbare feiten en in welke mate politie betrokken moet worden.
- De centralist van de meldkamer raadpleegt de informatieafdeling van de politie (RTIC) om de juiste informatie bij de melding te zoeken. Wanneer de crisiskaart geregistreerd is bij politie, dan kunnen, op basis van de informatie van de RTIC, de juiste contactpersonen gebeld worden.

6.1.6 Rollen hulpverleners maatschappelijke opvang/RIBW

Stap 0: Voorfase – signalen van crisis

- Hulpverleners bij de maatschappelijke opvang en beschermd wonen kunnen een rol spelen in de vroege herkenning en preventie van crisis. Indien hulpverleners advies nodig hebben van de ggz, nemen zij contact op met de huisartsenvoorziening of de eigen ggz-behandelaar van de persoon (zie [Samenwerking – Overleg tussen ketenpartners](#)).
- Om de juiste stappen te kunnen zetten bij een crisis en te kunnen ondersteunen in het voorkomen van de crisis, dienen hulpverleners bij de maatschappelijke opvang en beschermd wonen ernaar te streven om zoveel mogelijk relevante informatie over de persoon te verzamelen en te registreren (zie [Diagnostiek – Persoon in crisis thuis of ergens anders](#)).

Stap 1 t/m 3: Persoon in crisis, inschatting crisis door eerste hulpverlener, bepaling urgentie en inzet door psychiatrische hulpverlening en evt. vervoer naar beoordelingslocatie

- Wanneer de hulpverlener het vermoeden heeft dat de persoon die hij aantreft in een crisis verkeert, controleert de hulpverlener of het registratiesysteem een crisiskaart bevat of hij vraagt dit aan de persoon in crisis zelf.
- De organisatie maakt met de acuut psychiatrische hulpverlening samenwerkingsafspraken, onder andere over de mogelijkheden voor directe inschakeling. Wanneer directe inschakeling afgesproken is, beschikken de hulpverleners over een telefoonnummer van de acuut psychiatrische hulpverlening.
- De hulpverlener geeft de informatie die de huisarts, meldkamer of ggz-triagist van de acuut psychiatrische hulpverlening vraagt zo zorgvuldig mogelijk door, zodat triage zo goed mogelijk toegepast kan worden.
- De acuut psychiatrisch hulpverlener en de hulpverlener bij de maatschappelijke opvang/beschermd wonen erkennen elkaars inschatting. Discussie over terechte of onterechte inschakeling vindt achteraf plaats.
- De acuut psychiatrisch hulpverlener bepaalt, op basis van de GGz-triagewijzer en in overleg met de hulpverlener bij de maatschappelijke opvang/beschermd wonen en de persoon in crisis en zijn naasten, de urgentiegraad van de persoon in crisis en de bijbehorende maximale wachttijd. De hulpverleners bepalen vervolgens in goed overleg met de persoon in crisis en zijn naasten of het veilig is om de persoon zonder aanwezigheid van de hulpverlener bij de maatschappelijke opvang/beschermd wonen te laten wachten op de crisisdienst. Als dit niet veilig lijkt, zoeken partijen samen naar een oplossing. De acuut psychiatrisch hulpverlener en hulpverlener bij de maatschappelijke opvang/beschermd wonen bespreken hierbij in hoeverre het mogelijk is voor de hulpverlener bij de maatschappelijke opvang/beschermd wonen om bij de persoon te wachten tot de crisisdienst arriveert.
- Als het niet mogelijk is voor de hulpverlener bij de maatschappelijke opvang/beschermd wonen om te wachten op de crisisdienst, vindt vervoer naar een beoordelingslocatie plaats. De hulpverlener bij de maatschappelijke opvang/beschermd wonen bespreekt met de persoon en zijn naasten of eigen vervoer mogelijk en veilig is. Indien eigen vervoer niet mogelijk of veilig is, organiseert de hulpverlener passend vervoer*.
- De hulpverlener bij de maatschappelijke opvang/beschermd wonen is tijdens de wachttijd op de vervoerder verantwoordelijk voor het toezicht op de veiligheid van de persoon en zijn naasten: hij blijft bij de persoon en zijn naasten tot de vervoerder gearriveerd is en overdracht plaatsgevonden heeft.
- De hulpverlener informeert de persoon in crisis en zijn naasten over de gemaakte afspraken met de acuut psychiatrisch hulpverlener (niet-privacygevoelige informatie).
- Als de hulpverlener bij de maatschappelijke opvang/beschermd wonen bij de persoon is gedurende de wachttijd op de crisisdienst/vervoerder, dan is de hulpverlener aanspreekpunt voor de persoon in crisis en zijn naasten en is hij verantwoordelijk voor het doorgeven van eventuele wijzigingen in de urgentie aan de ggz-triagist van de crisisdienst.
- Als er sprake is van een hoog agressieniveau* of sprake lijkt te zijn van het plegen van een strafbaar feit, schakelt de hulpverlener politie in.

Stap 6: Vervolgbehandeling

- Wanneer de persoon die de crisis doorgemaakt heeft dit wenst, wordt de hulpverlener bij de maatschappelijke opvang/beschermd wonen die betrokken was bij de crisis, ook betrokken bij het opstellen van de crisisafspraken.

- Wanneer de persoon die de crisis doorgemaakt heeft de crisiskaart wil delen met de hulpverlening van de maatschappelijke opvang/beschermd wonen, dan registreert de organisatie de crisiskaart in een voor de medewerkers toegankelijk systeem.

*** Toelichtingen**

passend vervoer: Zie Persoon wacht thuis of vervoer naar locatie voor beoordeling voor de voorwaarden voor dit vervoer. Welke partijen dit vervoer kunnen bieden en wie verantwoordelijk is voor de organisatie en financiering ervan wordt eind 2016, begin 2017 verder uitgewerkt.

[Meer informatie](#)

hoog agressieniveau: Bij een hoog agressieniveau kan de hulpverlener assistentie vragen van de politie.

6.1.7 Rollen spoedeisende hulp (SEH)/ziekenhuispsychiatrie

Stap 0: Voorfase – signalen van crisis

- De psychiatrische afdeling algemeen ziekenhuis (PAAZ) of de psychiatrische universiteitskliniek (PUK) heeft een inspanningsverplichting om de afgesproken hulpverlening in de crisisafspraken te leveren, wanneer de persoon dit nodig heeft.

Stap 1 t/m 3: Persoon in crisis, inschatting crisis door eerste hulpverlener, bepaling urgentie en inzet door psychiatrische hulpverlening

- Wanneer de verwijzer somatische problemen constateert of vermoedt dat sprake is van somatische problematiek, stuurt hij de persoon naar de huisarts/HAP of SEH. Wanneer hij de persoon naar de SEH stuurt, is de SEH verantwoordelijk voor het bieden van somatische spoedzorg, eventueel gelijktijdig met of gevolgd door een psychiatrische beoordeling door de ziekenhuispsychiatrie of ggz-crisisdienst.
- De SEH kan fungeren als een beoordelingslocatie als dit in de regio afgesproken is (zie [Samenwerking](#)). De (hulpverlening op de) SEH voldoet dan aan de voorwaarden zoals beschreven in [Diagnostiek - Persoon wacht thuis of vervoer naar locatie voor beoordeling](#). De hulpverleners op de SEH zijn verantwoordelijk voor de medische conditie van de persoon en kunnen indien nodig ondersteuning vragen van politie.
- De SEH beschikt over een acuut psychiatrische hulpverlener en/of heeft met de crisisdienst in de regio afspraken gemaakt over het uitvoeren van de psychiatrische beoordeling op de SEH. Zie de [zorgstandaard Ziekenhuispsychiatrie](#) voor een beschrijving van de te leveren kwaliteit van zorg voor personen met psychische problemen in het ziekenhuis (waaronder op de SEH).

Stap 4: Beoordeling persoon in crisis

Algemeen

- Als de somatische toestand van de persoon instabiel is, zet de hulpverlening op de SEH direct

somatische zorg in om de persoon te stabiliseren.

Specifiek voor personen onder invloed van middelen

- Indien de hulpverlening van de ziekenhuispsychiatrie de crisis beoordeelt, zoekt de hulpverlening voor personen onder invloed nauwe samenwerking met de verslavingszorg.
- De hulpverlener op de SEH onderzoekt of er somatische afwijkingen zijn door middelengebruik en behandelt de persoon zo nodig. De persoon wordt in de gaten gehouden door middel van monitoring en frequente controles door een verpleegkundige.
- Als de somatische toestand stabiel is, maar de persoon toch gebaat is bij een uitslaapbed met expertise van de verslavingszorg, dan regelt de acuut psychiatrisch hulpverlener die de psychiatrische beoordeling uitgevoerd heeft dit uitslaapbed.

Stap 5: Vervoer naar andere instelling/terug naar huis

- Als vervoer naar een andere instelling (voor opname of verdere beoordeling) of naar de thuissituatie nodig is na de beoordeling, schat de acuut psychiatrisch hulpverlener in of de persoon medische begeleiding nodig heeft tijdens het vervoer:
 - Als de persoon medische begeleiding nodig heeft tijdens het vervoer is ambulancezorg verantwoordelijk voor het bieden van het vervoer naar de instelling/de thuissituatie.
 - Als de persoon geen medische begeleiding nodig heeft tijdens het vervoer, bespreekt de acuut psychiatrisch hulpverlener met de persoon en zijn naasten of eigen vervoer medisch mogelijk en veilig is. Indien eigen vervoer niet medisch mogelijk en/of veilig is, organiseert de acuut psychiatrisch hulpverlener passend vervoer*.
- Wanneer vervoer naar een instelling nodig is, is de acuut psychiatrisch hulpverlener tijdens de wachttijd op de vervoerder verantwoordelijk voor het toezicht op de veiligheid van de persoon: hij blijft in principe bij de persoon tot de vervoerder gearriveerd is en overdracht plaatsgevonden heeft.
- Tijdens de wachttijd op de vervoerder zet de hulpverlener eventueel politie in, wanneer sprake is van een hoog agressieniveau of sprake blijkt te zijn van het plegen van een strafbaar feit.

Stap 6: Vervolgbehandeling

- Wanneer de ziekenhuispsychiater besluit dat een psychiatrische opname nodig is, dan regelt de psychiater deze opname (in het ziekenhuis op een PUK, PAAZ of Medisch Psychiatrische Unit (MPU) of in een ggz-instelling).
- Als een psychiatrische opname niet nodig is, kan de ziekenhuispsychiater beoordelen dat een ambulante behandeling nodig is of leidt hij de persoon, via de huisarts, naar andere hulpverleners.
- De regiebehandelaar achterhaalt samen met de persoon die de crisis doorgemaakt heeft, zijn naasten en andere belangrijke betrokkenen (waaronder de eerste hulpverlener/verwijzer) hoe een volgende crisissituatie voorkomen kan worden en neemt de stressfactoren en crisisafspraken op in bijvoorbeeld een crisis- of signaleringsplan (zie [Vroege onderkenning en preventie](#)). De regiebehandelaar evalueert de afspraken halfjaarlijks en na een crisissituatie met de persoon.
- De regiebehandelaar wijst de persoon die de crisis doorgemaakt heeft en zijn naasten op de mogelijkheid om een crisiskaart op te stellen. Als de persoon een crisiskaart wenst, dan brengt

de regiebehandelaar de persoon in contact met een consulent die de persoon bij het opstellen en bijhouden van de crisiskaart ondersteunt.

*** Toelichtingen**

passend vervoer: Zie Persoon wacht thuis of vervoer naar locatie voor beoordeling voor de voorwaarden voor dit vervoer. Welke partijen dit vervoer kunnen bieden en wie verantwoordelijk is voor de organisatie en financiering ervan wordt eind 2016, begin 2017 verder uitgewerkt.

[Meer informatie](#)

6.1.8 Rollen vervoerders ambulancezorg

Stap 3 en stap 6:* Vervoer naar locatie voor beoordeling en vervoer naar instelling/terug naar huis

- Ambulanceverpleegkundigen bepalen ter plaatse, mede op basis van het Landelijk Protocol Ambulancezorg en het oordeel van de verwijzer, acuut psychiatrisch hulpverlener en de persoon in crisis en zijn naasten, of vervoer door ambulance nodig is of dat kan worden volstaan met Eerste Hulp Geen Vervoer en overdracht. Het kwaliteitskader (acute) psychiatrie ambulancezorg beschrijft in welke situaties ambulancezorg verantwoordelijk is voor het vervoer:
 - De persoon is te angstig/verward om zelfstandig te kunnen reizen.
 - De persoon heeft medicatie gekregen in relatie tot het acuut psychiatrische beeld waardoor, met het oog op somatische reacties, medische/verpleegkundige observaties nodig kunnen zijn.
 - De persoon heeft ook somatische problematiek (bijvoorbeeld een (auto)intoxicatie of automutilatie).
 - De persoon heeft een crisismaatregel of een zorgmachtiging (Wvggz) en de verantwoordelijke psychiater geeft aan dat er kans is op impulsief handelen op basis van wanen, hallucinaties of suïcidaliteit.
- Het vervoer moet voldoen aan de voorwaarden genoemd in [Diagnostiek - Persoon wacht thuis of vervoer naar locatie voor beoordeling](#). Verdere voorwaarden voor ambulancevervoer zijn beschreven in het Kwaliteitskader (acute) psychiatrie ambulancezorg en het [Landelijk Protocol Ambulancezorg](#).
- De regionale ambulancevoorziening (RAV) kan het vervoer differentiëren binnen de organisatie en/of onderdelen van het vervoer uitbesteden aan een andere zorgaanbieder, bijvoorbeeld een ggz-instelling (onderaannemer). Onderdelen die de RAV uit kan besteden aan een onderaannemer betreffen de hulpvragen van professionele hulpverleners (bijvoorbeeld huisarts, psychiater, ggz-medewerker) met een A2- of B-urgentie*.
- Ambulanceverpleegkundigen hebben de inspanningsverplichting om ervoor te zorgen dat de persoon goede hulpverlening krijgt en de hulp geborgd en gecontinueerd wordt, ook wanneer blijkt dat geen ambulancevervoer nodig is. Ambulanceverpleegkundigen bieden de hulpverlening en het vervoer zoveel als mogelijk en verantwoord zonder tussenkomst van politie.
- Ambulancezorg Nederland maakt met partijen afspraken over de maximale wachttijd op het vervoer (per urgentiegraad) en de verantwoordelijkheidsverdeling tijdens de wachttijd. Voor de persoon in crisis is het van belang dat wachttijden zo kort mogelijk zijn.

*** Toelichtingen**

Stap 3 en stap 6:: Deze paragraaf zal worden aangescherpt na oplevering van de resultaten van het project vervoer, waarin verantwoordelijkheden voor het vervoer vóór en na de beoordeling door de acuut psychiatrische hulpverlening vastgelegd worden. In dit project komen ook afspraken tot stand over de maximale wachttijd op het vervoer.

een A2- of B-urgentie: Een A2-rit is een rit in opdracht van de meldkamer naar aanleiding van een zorgvraag waaruit blijkt dat er geen sprake is van direct levensgevaar, maar waarbij er wel sprake kan zijn van (ernstige) gezondheidsschade en de vervoerder wel zo snel mogelijk ter plaatse dient te zijn. Een B-rit is een rit in opdracht van de meldkamer naar aanleiding van een zorgvraag zonder A1- of A2-urgentie, waarbij een tijdstip of tijdsinterval is afgesproken voor het halen of brengen.

6.1.9 Rollen verslavingszorg

Stap 4: Beoordeling persoon in crisis

- Personen in een crisis die onder invloed van middelen zijn, hebben zowel psychiatrische als verslavingszorg nodig. Hiervoor is nauwe samenwerking tussen de crisisdienst/ziekenhuispsychiatrie en de verslavingszorg noodzakelijk. Deze samenwerking lijkt het beste te realiseren door integratie van de (crisisdienst van de) ggz-instelling met de (crisisdienst van de) instelling voor verslavingszorg.
- Wanneer de acuut psychiatrische hulpverlening beoordeelt dat de persoon niet opgenomen hoeft te worden in een psychiatrische instelling of het ziekenhuis, maar dat de persoon gebaat is bij een uitslaapbed met expertise van de verslavingszorg, dan zijn de acuut psychiatrische hulpverlening en verslavingszorg gezamenlijk verantwoordelijk voor het regelen van dit uitslaapbed.

Stap 6: Vervolgbehandeling (waaronder herstel, participatie en re-integratie)

- Wanneer de acuut psychiatrische hulpverlening beoordeelt dat behandeling van de verslavingsstoornis nodig is, dan is verslavingszorg verantwoordelijk voor het bieden van een plek aan de persoon.

6.1.10 Rollen overige partijen

Deze paragraaf beschrijft kort de rol van de partijen die minder nauw betrokken zijn in de hulpverlening voor acuut psychiatrische patiënten.

- Regulerende partijen, als de NZa en VWS, zorgen dat voldaan wordt aan de randvoorwaarden voor regulering en bekostiging*.
- Vanuit de openbare ggz-functie heeft de gemeente een belangrijke rol in het vroegtijdig signaleren, beïnvloeden van risicofactoren en het bevorderen van maatschappelijk herstel. De

gemeente brengt relevante partners bijeen om samen te zorgen voor een integrale, persoonsgerichte aanpak en een zo stabiel mogelijke levensstructuur. ¹⁷

- Wijkverpleegkundigen, het wijkteam, scholen, werkgevers en hulpverleners in ziekenhuizen spelen een belangrijke rol in de vroege herkenning en preventie van crisis (stap 0). Deze personen kunnen als het nodig is advies vragen aan de huisarts, psychiatrische hulpverlening of ervaringswerkers* (zie ook [Samenwerking – Overleg tussen ketenpartners](#)).
- Gemeenten zijn samen met andere belangrijke ketenpartners, zoals de huisarts en de ggz, verantwoordelijk voor het organiseren van ondersteuning en zorg gericht op preventie en vroege signalering in de regio. Zij maken samen met de andere relevante ketenpartners afspraken over de beoordelingslocatie. Zie hiervoor [Samenwerking – Overleg tussen ketenpartners](#).
- De burgemeester kan een wethouder mandaat verlenen voor het nemen van een crisismaatregel.
- Het Openbaar Ministerie speelt een rol in de gevallen waarin een psychiatrisch patiënt een strafbaar feit gepleegd heeft. Voor deze personen zijn samenwerkingsafspraken gemaakt tussen het Openbaar Ministerie en andere betrokken partijen (zie [Samenwerking](#)). Daarnaast heeft het Openbaar Ministerie een belangrijke rol in de Wet verplichte ggz.
- Wanneer de acuut psychiatrisch hulpverlener beoordeelt dat geen behandeltraject door de ggz nodig is en de huisarts toeleidt naar beschermd wonen of de maatschappelijke ondersteuning, dan bepaalt de gemeente welke opvang de persoon krijgt.

* Toelichtingen

randvoorwaarden voor regulering en bekostiging: Dit wordt beschreven in het onderhouds- en implementatieplan van de zorgstandaard.

ervaringswerkers: Ervaringswerkers met een competentie in vroegsignalering en kennis in de mogelijkheden van hulpverlening.

6.2 Samenwerking

Deze paragraaf beschrijft de belangrijkste randvoorwaarden voor een goede samenwerking tussen de betrokken hulpverleners en instanties.

6.2.1 Overleg tussen ketenpartners

Bestuurlijke overleggen in de regio voor samenwerkingsafspraken

Een belangrijke randvoorwaarde voor goede samenwerking is structureel, bestuurlijk overleg op regionaal niveau tussen de betrokken ketenpartners. Het is aan te raden om aan te sluiten bij bestaande overlegstructuren. In veel regio's is aansluiting bij de ROAZ-structuur (Regionaal Overleg Acute Zorg) het meest logisch.

Deelnemers

Aan het overleg nemen tenminste de volgende partijen deel:

- Ambulancezorg
- Gemeenten (waaronder GGD, wijkteams, jeugd-ggz, Veilig Thuis en Veiligheidshuizen)
- Ggz-instellingen en crisisdiensten
- Regionale vertegenwoordiging van huisartsenvoorzieningen
- Huisartsenposten
- Maatschappelijke opvang
- Openbaar Ministerie
- Vertegenwoordigers van patiënten en naasten*
- Politie
- RIBW (ambulante begeleiding en beschermd wonen)
- Verslavingszorg
- Ziekenhuizen (algemene ziekenhuizen en universitaire medische centra)

Daarnaast kunnen de volgende partijen aansluiten op indicatie:

- Arrestantenzorg
- Asielzoekerscentra
- Nederlands Instituut voor Forensische Psychiatrie en Psychologie (NIFP)
- Openbaar Ministerie
- Penitentiare Inrichting/Penitentiair Psychiatrisch Centrum
- Verpleeghuizen
- Vertegenwoordiger sociale pensions/Leger des Heils
- Vertegenwoordiger verstandelijk beperkten
- Wijkagent
- Zorgverzekeraars*

Randvoorwaarden

Het bestuurlijk overleg vindt minimaal eens per kwartaal plaats.* Om te waarborgen dat de ketenpartners die namens hun organisatie participeren in het overleg mandaat hebben van hun bestuur om besluiten te nemen, ondertekenen de Raden van Bestuur van de betrokken partijen een intentieverklaring. De voorzitter van het regionaal overleg van ketenpartners wordt gekozen door de participerende partijen in het overleg. Een belangrijk onderdeel bij het vormen van een overleg met ketenpartners vormt het doorlopen van een proces van commitment en vertrouwen. Wanneer ketenpartners elkaar kennen en vertrouwen, zal het eenvoudiger zijn om tot afspraken te komen en weten ketenpartners elkaar te vinden bij eventuele knelpunten.

Overlegthema's

De ketenpartners maken in ieder geval afspraken over de volgende thema's:

- Wat zijn geschikte locaties* voor beoordeling in de regio en wie is verantwoordelijk voor het organiseren van deze beoordelingslocaties?
 - De locatie voor beoordeling moet voldoen aan de beschrijving van voorwaarden in [Diagnostiek -Persoon wacht thuis of vervoer naar locatie voor beoordeling](#).
 - Zorgverzekeraars en gemeenten dienen onderling afspraken te maken* over de

organisatie, omvang en financiering van beoordelingslocaties.

- Wat zijn geschikte locaties in de regio voor uitslaapbedden voor personen onder invloed van middelen, wie is verantwoordelijk voor het organiseren van deze uitslaapbedden, wie levert de zorg op deze locaties en wie financiert de uitslaapbedden?
- Waar worden laagdrempelige inloop- en timeout-voorzieningen georganiseerd? In de [samenwerkingsagenda](#) van VNG en ZN is opgenomen dat gemeenten en ggz samen verantwoordelijk zijn voor de organisatie van deze voorzieningen. VNG en ZN maken hier in 2016 ook landelijke afspraken over.
- Via welk telefoonnummer kan een hulpverlener die een vatbaarheid voor een crisis bij een persoon signaleert advies vragen aan de ggz* (bijvoorbeeld psychiaters, SPV'en en ervaringswerkers)?
- Hoe wisselen de ketenpartners gegevens en informatie uit (onder andere hoe dit veilig en technisch kan) en op welke manier wordt de gegevensuitwisseling gefinancierd?
- Op basis van de beschreven rollen van de betrokken hulpverleners (zie [Betrokken zorgverleners](#)) dient regionaal afstemming plaats te vinden van de verwachtingen over de bereikbaarheid, beschikbaarheid, rollen en verantwoordelijkheden, inclusief het maken van afspraken om de continuïteit van hulpverlening te kunnen garanderen (o.a. afspraken over de beschikbaarheid van crisisbedden).

Bespreken van concrete casuïstiek

Naast de samenwerkingsafspraken op bestuurlijk niveau is het van belang dat de acuut psychiatrische hulpverlening concrete casuïstiek bespreekt met verwijzers en evalueert in hoeverre er verbeterpunten in de keten zijn. Eén van de aandachtspunten ter evaluatie is bijvoorbeeld de totale wachttijd voor de persoon in crisis, dat wil zeggen de wachttijden van de verschillende hulpverleners bij elkaar opgeteld.

Evaluatie

Evaluatie vindt in ieder geval plaats met de verwijzers huisarts/HAP, politie en ambulancevervoer. Evaluatieoverleg vindt bij voorkeur eens per kwartaal plaats. Het is raadzaam om met partijen die regelmatig verwijzen naar de acuut psychiatrische hulpverlening regelmatig de casuïstiek te evalueren (bijvoorbeeld met de huisarts). Daarnaast verdient het de voorkeur om patiënten en naasten te betrekken bij het bespreken van de casuïstiek.

* Toelichtingen

Vertegenwoordigers van patiënten en naasten: Vertegenwoordigers van ervaringsdeskundigen en naasten van patiënten zijn te benaderen voor deelname aan structureel overleg via onder andere Mind Landelijk Platform Psychische Gezondheid en cliëntenraden van ggz-instellingen.

Zorgverzekeraars: Het is aan te raden dat zorgverzekeraars aansluiten bij de bestuurlijke overleggen op regioniveau na oplevering van de NZa-beleidsregel over de bekostiging van de acuut psychiatrische hulpverlening, zodat goede afspraken gemaakt kunnen worden over de verdeling van de middelen in de regio.

Het bestuurlijk overleg vindt minimaal eens per kwartaal plaats.: Dit onderdeel wordt nog nader uitgewerkt in het onderhouds- en implementatieplan van de zorgstandaard.

Wat zijn geschikte locaties: Het Aanjaagteam verwarde personen zal in 2016 een eindrapportage opleveren, waarin zij goede voorbeelden van beoordelingslocaties beschrijft en een concreet handvat geeft hoe partijen dit vraagstuk gezamenlijk op kunnen pakken.

afspraken te maken: In de Brief van 2 mei 2016 aan de Tweede Kamer geven minister Schippers en minister Van der Steur aan dat het logisch lijkt om de beoordelingslocatie aan te sluiten bij de bestaande structuren, bijvoorbeeld een aparte ruimte bij de HAP of SEH. De ministers geven aan dat VNG en ZN het onderwerp naar verwachting zullen betrekken in de samenwerkingsagenda die zij gezamenlijk opstellen.

[Meer informatie](#)

advies vragen aan de ggz: Zie ook de zorgstandaard Landelijke samenwerkingsafspraken tussen huisarts, generalistische basis GGZ en gespecialiseerde GGZ.

[Meer informatie](#)

6.2.2 Overige randvoorwaarden

Naast de randvoorwaarde van structureel overleg en samenwerkingsafspraken tussen alle betrokken ketenpartners, zijn de volgende randvoorwaarden van belang voor succesvolle samenwerking:

- Voor verwijzers is duidelijk welke acuut psychiatrische hulpverlening zij kunnen bellen in een crisissituatie. Verwijzers (waaronder hulpverleners bij de maatschappelijke opvang en beschermd wonen) beschikken over het telefoonnummer van deze acuut psychiatrische hulpverlening.
- Bij de crisisdienst is voldoende capaciteit om te voldoen aan de wachttijden in de GGZ-triagewijzer (zie achtergronddocument [GGZ-triagewijzer](#)).
- De ggz-instelling* heeft voldoende capaciteit om te voldoen aan de beschreven rollen in [Betrokken hulpverleners](#) - Rollen ggz-instelling, vrijgevestigde ggz-aanbieders en crisisdienst. Speciale aandacht gaat hierbij uit naar voldoende capaciteit van de intensieve ambulante behandeling* en acute opnamebedden.
Hiervoor beschikt de ggz-instelling 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. In 90% van de gevallen moet een patiënt die moet worden opgenomen na een crisisbeoordeling, direct binnen de eigen regio kunnen worden opgenomen.

- Wanneer een SEH beschikt over acuut psychiatrische hulpverleners, dan maken de ggz-crisisdienst en de ziekenhuispsychiatrie afspraken over wie wanneer verantwoordelijk is voor het uitvoeren van de psychiatrische beoordeling.
- Crisisdiensten, huisartsen(posten), de SEH en verslavingszorg hebben samenwerkingsafspraken over de zorg voor personen in crisis met vermoeden van somatische comorbiditeit, somatische complicaties, of bij wie somatische problematiek uitgesloten dient te worden. In deze afspraken is specifieke aandacht voor afspraken over de zorg voor kinderen.
- Crisisdiensten, de SEH, politie en verslavingszorg* hebben samenwerkingsafspraken over de hulpverlening voor personen in crisis die onder invloed van middelen zijn.
- Ggz-instellingen (waaronder de crisisdiensten), ziekenhuizen, politie en het Openbaar Ministerie hebben samenwerkingsafspraken* voor personen in crisis die een strafbaar feit gepleegd hebben.

* Toelichtingen

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

de intensieve ambulante behandeling: Het Trimbos-instituut geeft in een advies uit februari 2016 streefcijfers voor de intensivering van de ambulante ggz.

Crisisdiensten, de SEH, politie en verslavingszorg: Rechtstreekse inschakeling van de acuut psychiatrische hulpverlening is alleen mogelijk als hierover afspraken zijn gemaakt tussen de maatschappelijke opvang/beschermd wonen en de ggz of de ziekenhuispsychiatrie.

samenwerkingsafspraken: De Triagechecklist (zie hieronder bij Meer informatie) voor personen met psychiatrische problemen op een eerste hulp (Achilles et al., 2014, blz. 55) kan als leidraad dienen voor het opstellen van deze instructies.

[Meer informatie](#)

6.3 Competenties

Een acuut psychiatrisch hulpverlener beschikt over de volgende kennis, competenties en vaardigheden:

- Heeft noodzakelijke scholing, kennis en expertise en is bekwaam om acuut psychiatrische hulp

te verlenen.

- Houdt zich bij het verlenen van hulp aan de relevante richtlijnen, zorgstandaarden, handboeken en dergelijke en handelt volgens zijn professionele beroepsstandaard.
- Betrekt de persoon in crisis en zijn naasten zoveel mogelijk en vraagt hen om hun oordeel. Hij moet kunnen inschatten hoe de verschillende factoren en relaties met elkaar samenhangen (systeemdynamiek). Hij informeert bij de naasten naar de ondersteuningsbehoefte, toont begrip en meelevens, heeft een open houding en luistert goed naar het oordeel van de persoon en zijn naasten.
- Is in staat om met zo min mogelijk dwang en drang de situatie veilig te maken en de persoon meer perspectief te bieden.
- Beschikt over een goed inschattingsvermogen, kan relativeren en straalt rust uit.

Voor alle disciplines die betrokken zijn bij de hulpverlening voor personen in crisis geldt dat om de beschreven kwaliteit van hulpverlening te kunnen leveren bijscholing gewenst is. Het is relevant om hierbij ervaringsdeskundigen/naasten te betrekken. Op regionaal niveau spelen de ROAZ en bestaande opleidingsstructuren een belangrijke rol in de scholing. Goede afstemming en samenwerking zijn hierbij noodzakelijk.

6.4 Kwaliteitsbeleid

De betrokken hulpverleners (zie [Betrokken zorgverleners](#)) geven de rollen en afspraken in deze zorgstandaard vorm in hun kwaliteitsbeleid. Hierbij nemen zij het volgende in acht:

- Ggz-instellingen, de PAAZ, PUK en vrijgevestigde ggz-hulpverleners zijn per 1 januari 2017 verplicht om een [kwaliteitsstatuut GGZ](#) te publiceren. Afspraken over de acute psychiatrie kunnen hiervan onderdeel vormen.
- In de regio maken ggz-instellingen en ziekenhuizen afspraken over welke acuut psychiatrische hulpverlening wanneer verantwoordelijk is en communiceren zij deze afspraken naar verwijzers. Om de kwaliteit van de acuut psychiatrische hulpverlening systematisch te verbeteren en partijen op één lijn te krijgen, is registratie van aantallen en kosten in de keten gewenst. GGZ Nederland heeft in samenwerking met de crisisdiensten een eerste minimale dataset voor crisisdiensten vastgesteld. Deze minimale dataset bestaat uit de volgende onderwerpen:
 - Aantal meldingen
 - Triage (datum & tijdstip triage)
 - Verwijzer
 - Gekozen urgentiegraad
 - Aantal beoordelingen (datum & tijdstip beoordeling)
 - Aanrijtijden (bepaald aan de hand van tijdstip triage & beoordeling)
 - Locatie beoordeling
 - Of de beoordeling duaal is uitgevoerd
 - De gekozen vervolgbehandeling

Klik hier voor de [uitwerking van de minimale dataset](#).

- Personen die behandeld zijn in de ggz hebben de mogelijkheid om zich te laten scholen tot ervaringswerker*. Ervaringswerkers kunnen bijvoorbeeld personen in crisis bijstaan tijdens de wachttijd of de persoon, zijn naasten en de hulpverlener na de crisissituatie adviseren over het

vervolg.

* Toelichtingen

ervaringswerker: Zie het document Beroepscompetentieprofiel Ervaringsdeskundigheid.

[Meer informatie](#)

6.5 Kosteneffectiviteit en doelmatige zorg

Om een goede balans te realiseren tussen de opbrengsten in de kwaliteit versus de kosten voor de toepassing van de beschreven hulpverlening, is het volgende van belang:

- De acuut psychiatrisch hulpverlening bepaalt de inzet van hulpverlening op basis van de GGz-triagewijzer met urgentiecriteria en bijbehorende wachttijden die voor deze zorgstandaard ontwikkeld is (zie achtergronddocument [GGz-triagewijzer](#)). Bij de ontwikkeling van deze triagewijzer vormden zowel de kwaliteit van hulpverlening als de betaalbaarheid van hulpverlening belangrijke afwegingen bij het maken van keuzes voor de inzet van zorg en wachttijden. Na verdere toetsing en evaluatie kan implementatie van de GGz-triagewijzer plaatsvinden.
- Ook bij de andere onderdelen in de hulpverlening voor personen in crisis, bij wie het vermoeden bestaat van een acute psychische stoornis, dienen partijen zowel de kwaliteit van hulpverlening als de betaalbaarheid van hulpverlening mee te nemen bij het maken van keuzes. Het betreft hier bijvoorbeeld de keuze voor een beoordeling thuis of op een beoordelingslocatie, en de keuze voor de mate waarin timeout-voorzieningen ingezet worden in de preventieve fase. In de regel zijn de kosten voor de inzet van goede preventieve middelen lager dan de kosten voor een daadwerkelijke crisis, terwijl hiermee veel schade voor de persoon voorkomen kan worden. Om meer inzicht te krijgen in de kosten per persoon in het totale proces en om vergelijkingen te kunnen maken, is het relevant om cohorten patiënten te volgen.
- Als de persoon geen medische begeleiding nodig heeft tijdens het vervoer, zal de acuut psychiatrisch hulpverlener met de persoon en zijn naasten bespreken of eigen vervoer naar de beoordelingslocatie en van de beoordelingslocatie naar huis/naar een instelling medisch mogelijk en veilig is.

6.6 Financiering

6.6.1 Algemeen

Een zorgstandaard beschrijft wat goede zorg is, ongeacht de financieringsbron (Zorgverzekeringswet (Zvw), Wet langdurige zorg (Wlz), Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo), aanvullende verzekering of eigen betaling door de cliënt/patiënt). Onderschrijving van de zorgstandaard door een financier, dan wel opname in het Register van Zorginstituut Nederland, betekent niet dat de beschreven zorg per definitie vergoed wordt door een financier.

Voor vergoeding van de beschreven zorg heeft de patiënt/cliënt mogelijk een aanspraak op een van de financiers. In het geval van de Zvw is het echter aan het Zorginstituut Nederland om te duiden wat

verzekerde zorg is binnen het basispakket. Hetgeen betekent dat de goede zorg beschreven in de zorgstandaard niet gelijk staat aan verzekerde zorg conform het basispakket.

6.6.2 Specifiek

Belangrijke financieringsbronnen voor de hulpverlening die beschreven is in deze zorgstandaard betreffen de Wmo, de Zorgverzekeringswet, het gemeentefonds, de Jeugdwet en justitie. VNG en ZN maken op landelijk niveau een samenwerkingsagenda, waarin zij (financiële) verantwoordelijkheden afstemmen.

Een belangrijke randvoorwaarde voor de hulpverlening is de financiering. De NZa zal in [opdracht](#) van de minister van VWS op basis van deze zorgstandaard de financiering en bekostigingsstructuur van acuut psychiatrische hulpverlening herzien.

Een andere belangrijke randvoorwaarde is dat financieringsschotten waar nodig weggenomen worden. Het Aanjaagteam verwarde personen analyseert waar bestaande bestuurlijke en financiële schotten knellen en wat daarvan de oorzaak is. De ministers van VWS en Veiligheid & Justitie geven in de [brief van 2 mei 2016](#) aan de Tweede Kamer aan dat zij op basis van deze analyse zullen zoeken naar oplossingen voor schotten die goede preventie en hulpverlening in de weg staan.

7. Kwaliteitsindicatoren

Autorisatiedatum 09-04-2019 Beoordelingsdatum 09-04-2019

7.1 Algemeen

Akwa GGZ begeleidt het project 'doorontwikkeling ROM' waarin gekeken wordt hoe de professional de patiënt kan monitoren. Afhankelijk van de in het individueel zorgplan opgenomen doelen, kunnen patiënt en behandelaar samen beslissen hoe en wanneer er geëvalueerd wordt. Dit evalueren kan aan de hand van een set indicatoren en bijhorende meetinstrumenten.

7.2 Specifiek

Om de kwaliteit van de acuut psychiatrische hulpverlening meetbaar en transparant te maken, nemen we in deze zorgstandaard vijf kwaliteitsindicatoren op:

1. De acuut psychiatrische hulpverlening beschikt over een dataset die bestaat uit minimaal de onderwerpen genoemd in [Kwaliteitsbeleid](#).
2. Minimaal 90% van de beoordelingen vindt plaats ofwel in de thuissituatie, ofwel op een beoordelingslocatie die aan de voorwaarden in [Diagnostiek - Persoon wacht thuis of vervoer naar locatie](#) voor beoordeling voldoet. 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.
3. Bij ten minste 90% van de personen met U2 op psychiatrische kenmerken (zie [GGZ-triagewijzer](#)) is de crisisbeoordeling binnen één uur na de psychiatrische triage gestart. Voor personen met U3 geldt dat bij tenminste 85% binnen vier uur de crisisbeoordeling gestart is.
4. De acuut psychiatrische hulpverlening evalueert minimaal eens per kwartaal met verwijzers casuïstiek, waarbij in ieder geval met de verwijzers huisarts/HAP, politie en ambulancevervoerders.
5. De (acuut) psychiatrische hulpverlening heeft schriftelijk vastgelegde afspraken* met verwijzers over (het faciliteren van) de uitwisseling van gegevens:
 - 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.

Met deze indicatoren sluiten we zoveel mogelijk aan bij de knelpunten die in opdracht van minister van VWS opgelost dienen te worden door middel van de zorgstandaard Acute psychiatrie (zie [Doelgroepen](#)).

*** Toelichtingen**

schriftelijk vastgelegde afspraken: Zie Behandeling, begeleiding en terugvalpreventie over de regelgeving bij het uitwisselen van gegevens.

[Meer informatie](#)

8. Implementatieplan

Autorisatiedatum 09-04-2019 Beoordelingsdatum 09-04-2019

8.1 Zorgstandaarden

Volgens de definitie van Zorginstituut Nederland beschrijft een zorgstandaard in algemene termen wat goede zorg is vanuit het perspectief van de patiënt. Zowel richtlijnen als zorgstandaarden vallen onder de verzamelnaam 'kwaliteitsstandaard'.*

Een zorgstandaard biedt voor álle professionals, patiënten en hun naasten een kapstok door te beschrijven hoe integrale zorg bij een bepaalde aandoening er uit ziet vanuit het perspectief van de patiënt (beschrijving optimale zorg). Een zorgstandaard beschrijft het complete zorgcontinuüm (ofwel alle fases waar een patiënt mee te maken krijgt of kan krijgen) voor een bepaalde psychische aandoening. In een zorgstandaard komt niet alleen een groot aantal mogelijke zorgproblemen aan de orde, maar wordt ook expliciet de organisatie van het zorgproces beschreven. Dat alles gezien vanuit het perspectief van de patiënt.

Een richtlijn is een document met aanbevelingen voor de diagnostiek en behandeling van patiënten met psychische aandoeningen, gebruikmakend van wetenschappelijk onderzoek aangevuld met expertise en ervaringen van professionals, patiënten en naasten. Voor specifieke situaties gebruiken professionals de richtlijnen die relevant zijn voor hun specifieke beroepsgroep en specifiekere dan de zorgstandaard ingaan op wat er op dát moment aan zorg geleverd kan worden (beschrijving minimale zorg). Aan één zorgstandaard kunnen dus meerdere richtlijnen ten grondslag liggen (bijvoorbeeld de NHG-richtlijnen van huisartsen, een MDR opgesteld en geautoriseerd door psychiaters en psychologen, richtlijnen voor verpleegkundigen, etc.).

Een zorgstandaard biedt professionals, patiënten en naasten een kapstok door te beschrijven hoe integrale zorg er uit ziet vanuit het perspectief van een patiënt. De zorg die wordt beschreven in een zorgstandaard kan, afhankelijk van de aandoening, in één of meerdere fases van het zorgproces van toepassing zijn.

Zorgstandaarden en richtlijnen vormen een eenheid. Hiermee kunnen de professional en de patiënt samen de behandeling vormgeven.

* Toelichtingen

'kwaliteitsstandaard'.: Zorgstandaarden zijn niet statisch maar worden periodiek beoordeeld of aanpassing c.q. uitbreiding nodig is. Vanaf publicatie van een standaard vindt jaarlijks een eenvoudige beoordeling plaats waarbij (kleine) aanpassingen waar nodig worden verwerkt. Eens in de 4 jaar start een volledige revisiebeoordeling van iedere standaard.

8.2 Gebruik van zorgstandaarden

Zorgstandaarden vormen samen met multidisciplinaire richtlijnen, wet- en regelgeving en beroepsethiek de basis voor de zorgprofessional om tot goede zorg te komen (de professionele standaard).^{*} De zorgprofessional kan er beargumenteerd van afwijken als - naar zijn oordeel en in samenspraak met de patiënt - de belangen van de patiënt daarmee beter zijn gediend vanwege diens specifieke situatie en voorkeuren.

De toepassing van professionele standaarden komt voort uit het [Burgerlijk wetboek, artikel 453](#). Daarin staat dat de hulpverlener bij zijn werkzaamheden 'de zorg van een goed hulpverlener in acht moet nemen en daarbij handelt in overeenstemming met de op hem rustende verantwoordelijkheid, voortvloeiende uit de voor hulpverleners geldende professionele standaard.'^{*}

Een zorgstandaard beschrijft in algemene termen wat goede zorg is vanuit het perspectief van de patiënt. Zorgstandaarden zijn echter geen doel op zich. Zij hebben een functie in het proces van kwaliteitsbevordering. Zorgstandaarden vervullen een onmisbare functie in de kwaliteitscyclus. In die context bevorderen ze de [kwaliteit en doelmatigheid van de zorg](#). Op welke wijze zorgaanbieders en financiers, maar ook patiënten/burgers en zorgverzekeraars zorgstandaarden gebruiken in de respectievelijk zorginkoopmarkt en zorgverzekeringsmarkt is aan hen om in te vullen.

* Toelichtingen

(de professionele standaard): De professionele standaard in de gezondheidszorg is het geheel van professionele medische normen dat beschrijft wat in een bepaalde situatie 'goed handelen' is. De professionele standaard zorgt ervoor dat zorgverleners goede, veilige en verantwoorde zorg leveren. De professionele standaard is als zodanig geen regel, maar een 'kapstok', die nader is uitgewerkt in wetten, richtlijnen, protocollen, beroepscodes, uitspraken van de tuchtrechter, zorgstandaarden, gedragsregels en handreikingen. De professionele standaard kan dus gezien worden als de gedeelde waarden en normen binnen een beroepsgroep.

professionele standaard: Artikel 1 van de Zorgverzekeringswet geeft de definitie van een professionele standaard: een richtlijn, module, norm, zorgstandaard dan wel organisatiebeschrijving, die betrekking heeft op het gehele zorgproces of een deel van een zorgproces. Een professionele standaard legt vast wat noodzakelijk is om vanuit het perspectief van de patiënt goede zorg te verlenen en is in een openbaar register opgenomen.

8.3 Bestaande praktijk en vernieuwingen

Een zorgstandaard beschrijft grotendeels de bestaande praktijk ten aanzien van de zorg voor mensen met psychische klachten en aandoeningen. In de standaard zijn verwijzingen opgenomen naar onderliggende richtlijnen en veldnormen van de afzonderlijke beroepsgroepen. Zo is de standaard voor een groot deel al ingebed in het dagelijks werk van de zorgprofessional.

Deels bevat de zorgstandaard nieuwe elementen of komen bestaande elementen prominenter naar voren in de inhoud en organisatie van zorg. De zorgstandaard is geschreven vanuit het perspectief

van de patiënt en diens naaste. Aandacht voor herstel en eigen regie komen daardoor nadrukkelijker aan bod dan in bijvoorbeeld richtlijnen; gezamenlijke besluitvorming over de behandeling door patiënt en professional vormt in alle standaarden een kernelement. Andere elementen zijn bijvoorbeeld de wijze waarop de verschillende zorgonderwerpen met elkaar in verband gebracht worden (multidisciplinair en integraal), het betrekken van naasten en ervaringsdeskundigen en het monitoren van de behandeling. De opstellers van deze zorgstandaard zijn zich ervan bewust dat de implementatie van deze elementen een transitie betekent die een gemeenschappelijke inspanning vraagt van zorgverleners, zorgaanbieders, patiënten en financiers. Al deze partijen zetten zich gezamenlijk in om deze zorgstandaard zo goed en zo snel mogelijk te implementeren.

8.4 Bestaande afspraken

Zorgprofessionals en zorgaanbieders in de 'brede ggz' zijn nu aan zet. Zij moeten kennisnemen van de inhoud van deze zorgstandaard en vervolgens aan de slag gaan met de implementatie ervan. Zorgprofessionals en zorgaanbieders hebben een gezamenlijke verantwoordelijkheid voor implementatie in hun eigen organisatie. Koepel-, branche en beroepsorganisaties helpen hun leden hierbij.

Een aantal algemene thema's speelt bij de implementatie van (vrijwel) alle standaarden een rol. Dit zijn thema's waar in algemene zin aandacht voor moet zijn én aandacht voor moet blijven om de kwaliteit van de zorg steeds verder te verbeteren. Het gaat om de zes thema's bewustwording en kennisdeling, samenwerking, capaciteit, behandelaanbod, financiering en ICT. Dit zijn ook thema's waar in sommige gevallen zorgen over zijn en knelpunten worden gezien bij implementatie van de standaarden. Implementatie-activiteiten voor deze zes thema's moeten geen losstaande actiepunten zijn. In de meeste gevallen zijn deze actiepunten al onderdeel van bestaande afspraken zoals onder andere verwoord in het [Bestuurlijk akkoord geestelijke gezondheidszorg \(ggz\) 2019 t/m 2022](#) en [Bestuurlijk akkoord huisartsenzorg 2019 t/m 2022](#). Landelijke implementatie van de zorgstandaarden in het veld is daarmee direct gekoppeld aan de planning en gemaakte afspraken in deze bestuurlijk akkoorden.

8.5 Algemene implementatie thema's

De implementatie van de zorgstandaard vraagt tijd en energie van alle partijen. Maar dat is niet voor niets: werken volgens zorgstandaarden biedt ook kansen voor effectievere en doelmatiger behandelingen.

De afspraken in het algemene deel van het plan richten zich daarom vooral op uitvoerbaarheidsissues die een landelijke aanpak vragen om implementatie op lokaal/regionaal niveau mogelijk te maken. Iedere regio en iedere zorgaanbieder is anders. De hoeveelheid informatie die nog geïmplementeerd moet worden en hoe dat het beste gedaan kan worden, verschilt per situatie. Op lokaal niveau moet implementatie verder worden ingevuld, bijvoorbeeld in de vorm van een (lokaal) uitvoeringsplan.

8.5.1 Bewustwording en kennisdeling

Verandering begint bij bewustwording. Ook in de ggz. De zorgstandaarden stellen, meer dan

zorgverleners tot nu toe gewend waren van professionele standaarden, expliciet het perspectief van patiënten centraal. Dat kan misschien wel tot een ander gesprek in de behandelkamer leiden, waarin via gezamenlijke besluitvorming mogelijk ook andere keuzes voor behandeling en begeleiding worden gemaakt. Kennisdeling en bewustwording zijn de sleutelwoorden om deze verandering te realiseren.

Kennisdeling draagt bij aan het beter begrijpen van de impact die psychische aandoeningen op een patiënt hebben en van hun wensen en ideeën over behandeling en herstel. Kennis delen gebeurt op verschillende niveaus: in de (basis)opleiding tot zorgprofessionals, tijdens bij- en nascholing van professionals maar kan ook bijvoorbeeld via een landelijke campagne. Het delen van kennis kan hierdoor bijdragen aan:

- het verminderen van stigma over mensen met psychische aandoeningen, in de zorg maar ook daarbuiten;
- het realiseren van een cultuuromslag in eigen organisatie;
- het creëren van een draagvlak voor het gebruik en de inhoud van de standaard;
- oog hebben voor specifieke problematiek;
- oog hebben voor eventuele risico's.

Landelijke afspraken

Iedere professional zorgt ervoor dat hij de zorgstandaarden kent die voor uitoefening van zijn beroep nodig zijn. Zorgaanbieders faciliteren hun medewerkers, zodat zij deel kunnen nemen aan de benodigde bij- en nascholing.

Het bestuurlijk akkoord bevat een groot aantal actiepunten die kennisdeling over en bewustwording van de zorgstandaarden stimuleren:

- Partijen benadrukken dat het belangrijk is dat professionals kunnen werken volgens de geldende zorgstandaarden. Daartoe moeten professionals voldoende in de gelegenheid worden gesteld om bij- en nascholing te volgen. De financiering daarvan is onderdeel van de contracteringsafspraken tussen zorgverzekeraar en zorgaanbieder.
- Partijen hebben met elkaar afgesproken dat beroepsgroepen structureel de doorontwikkeling van opleidingen borgen die betrekking hebben op de ggz en op begeleiding (opleidingseisen en -structuren, onderwijsprogramma's en examinering). De zorgstandaarden worden ingebed in de opleidingen.
- Het akkoord bevat afspraken over bijvoorbeeld het beschikbaar stellen van extra opleidingsplaatsen voor gz-psychologen en het in beeld brengen van de personele capaciteitsbehoefte.

Deze afspraken ten aanzien van opleiding dragen bij aan het verankeren van kennis over en gebruik van zorgstandaarden in de praktijk. Onderstaande partijen zetten zich in voor de uitvoering van deze afspraken op landelijk niveau.

Lokale oplossingsrichtingen

Professionals in de ggz hebben de 'verantwoordelijkheid' om hun collega's in aanpalende domeinen daar waar nodig kennis bij te brengen over psychische aandoeningen en over de (inhoud van) de

daarbij behorende zorgstandaard. Denk hierbij aan het organiseren van een cursus of voorlichting over psychische aandoeningen aan collega's van de somatische afdelingen in het ziekenhuis of een informatiebijeenkomst over jeugd-ggz aan gemeenten.

8.5.2 Samenwerking

Zorgverleners functioneren in professionele netwerken binnen de gezondheidszorg en het sociale domein. Vaak zijn er meerdere professionals betrokken bij de behandeling en is een duidelijke rolverdeling tussen die professionals (binnen en tussen organisaties) nodig. Voor een goede implementatie van zorgstandaarden maken professionals (in en buiten de ggz), aanbieders, financiers en andere betrokkenen duidelijke samenwerkingsafspraken zodat de continuïteit en kwaliteit van de zorg niet in het geding komt. Goede en snelle informatie-uitwisseling (met respect voor privacy-wetgeving) en toegankelijkheid van informatie zijn daarbij belangrijke randvoorwaarden om de samenwerking goed te laten verlopen. Het [Landelijk Schakelpunt](#), waarin zorgverleners met toestemming van de patiënt eenvoudig inzicht hebben in het medicatieoverzicht van de patiënt is een voorbeeld van een hulpmiddel voor uitwisseling van en toegang tot informatie. Steeds meer GGZ-instellingen sluiten zich hier al bij aan.

Landelijke afspraken

Het bestuurlijk akkoord bevat een aantal actiepunten die de benodigde samenwerking in het kader van implementatie van de zorgstandaarden stimuleren: in de (door)ontwikkeling van opleidingen die betrekking hebben op de ggz en op begeleiding (opleidingseisen en -structuren, onderwijsprogramma's en examinering) wordt meer aandacht besteed aan samenwerking tussen verschillende domeinen en het organiseren van integrale zorg.

Ondertekende partijen schatten in dat de invoering van [het Landelijk Kwaliteitsstatuut GGZ](#) en de afspraken over samenwerking in het bestuurlijk akkoord voldoende helder zijn en dat voor implementatie van de standaard geen aanvullende afspraken nodig zijn.

Lokale oplossingsrichtingen

Zowel zorgprofessionals, zorgaanbieders als samenwerkingspartners besteden nu al veel aandacht aan lokale en regionale samenwerking. Dankzij deze samenwerking kunnen zij onnodige en dure zorg voorkomen. Iedere professional werkt binnen de eigen lokale en regionale context uiteraard samen met collega's, maar ook met partners zoals huisartsen, jeugdzorg, wijkteams, gemeenten, ziekenhuis, school, woningcoöperaties of UWV.

Als leidraad voor deze samenwerkingsafspraken dienen:

- De [Landelijke GGZ Samenwerkingsafspraken](#): deze vormen de basis van afspraken tussen huisartsen, generalistische basis GGZ en gespecialiseerde GGZ.
- Het [Landelijk Kwaliteitsstatuut GGZ](#): hierin staan werkafspraken die de zorgaanbieder maakt over het vormgeven van de afstemming en samenwerking tussen professionals, over op- en afschalen van zorg en over een goede overdracht.
- In het kader van het bestuurlijk akkoord maken gemeenten en zorgverzekeraars stapsgewijs regionale afspraken over beleid en financiering ten aanzien van integrale zorg: maatschappelijke ondersteuning, publieke gezondheid, zorg, jeugdzorg, welzijn en preventie.

Zorgaanbieders en gemeenten maken afspraken over de betrokkenheid van ggz-hulpverleners bij het wijknetwerk.

- In het bestuurlijk akkoord is ook vastgelegd dat zorgverzekeraars en zorgaanbieders afspraken maken over de manier waarop de zorgprofessional voldoende ruimte en tijd krijgt voor goede samenwerking en afstemming.

8.5.3 Capaciteit

Een succesvolle uitvoering van de zorgstandaarden vereist voldoende capaciteit en tijd van professionals. In de huidige praktijk staan beschikbare tijd en capaciteit van professionals onder druk. Waar in sommige gevallen sprake is van een personeelstekort is in andere gevallen sprake van een probleem rondom optimale inzet van bepaalde professionals. Het organiseren en leveren van de zorg zoals beschreven in de zorgstandaarden kan resulteren in extra druk op bepaalde beroepsgroepen, verschuiving van inzet van de ene naar de andere beroepsgroep, maar mogelijk ook in minder werkdruk doordat de standaard goed wordt uitgevoerd en/of professionals beter samenwerken.

Ook blijken er in de praktijk behoorlijk wat problemen te zijn bij verwijzingen, met name veel te lange wachttijden voor patiënten met ernstige psychische aandoeningen die verwezen worden naar de SGGZ.

Landelijke afspraken

In het bestuurlijk akkoord is benoemd dat op dit moment sprake is van (ernstige) arbeidsmarktproblematiek. Voor zorg en welzijn wordt in 2022 een groot personeelstekort verwacht. De bestuurlijk akkoorden (ggz en huisartsenzorg) bevatten hiervoor een aantal actiepunten:

- Bestaande (behandel)capaciteit kan beter worden ingezet via vermindering van administratieve lasten en een betere taakverdeling, beter benutten van de mogelijkheden die functiedifferentiatie en taakherschikking bieden, alsook het opleiden van professionals in de ggz, bijvoorbeeld door het beschikbaar stellen van extra opleidingsplaatsen voor gz-psychologen en het gericht in beeld brengen van de personele capaciteitsbehoefte.
- (Tijdelijk) verruimen van capaciteit van regiebehandelaren en investeren in optimaal gebruik van (behandel)capaciteit door mee te werken aan het actieprogramma 'werken in de zorg'.
- Meer inzet van praktijkondersteuners ggz of consultatie van ggz-expertise in de huisartsenpraktijk.

Met de acties zoals beschreven in de bestuurlijk akkoorden en met inzicht in de juiste capaciteitsbehoefte, wordt een basis gelegd voor de aanpak van de arbeidsmarktnelpunten in de ggz.

8.5.4 Behandelaanbod

Landelijke afspraken

De ggz-sector kent een divers zorgaanbod: grote en kleinere ggz-instellingen met eigen personeel en een groot aantal vrijgevestigde zorgverleners. Zorgaanbieders en zorgverzekeraars maken gezamenlijk afspraken over het benodigde behandelaanbod in de regio. Gemeenten bepalen zelf de omvang van het budget voor zorg maar ook de manier waarop zij de verschillende onderdelen van

het sociaal domein willen organiseren. Als blijkt dat zorgaanbieders te maken hebben met capaciteitsproblemen of budgetplafonds, dan moet het voor patiënten helder zijn waar zij terecht kunnen voor zorg. Zorgaanbieders en financiers in de regio hebben gezamenlijk de verantwoordelijkheid om de wachttijden aan te pakken. Als er te weinig behandelaren zijn, dan is het de verantwoordelijkheid van zorgaanbieders om mensen te wijzen op de zorgbemiddeling* door hun eigen zorgverzekeraar. Hierover zijn ook afspraken gemaakt in het bestuurlijk akkoord.

Lokale oplossingsrichtingen

Betere samenwerking tussen ggz-instellingen in de regio, bijvoorbeeld als het gaat om het draaien van ANW-diensten. Een voorbeeld: in sommige regio's worden ANW-diensten bijna geheel door een klein clubje psychiaters in vaste dienst gedaan, terwijl ook psychiaters die niet in vaste dienst zijn, bereid zijn mee te draaien in deze diensten. Door hier goede afspraken over te maken, kan er voldoende capaciteit en aanbod geregeld worden in de regio.

*** Toelichtingen**

zorgbemiddeling: Zie hiervoor ook het document Q&A Wachttijden Geestelijke Gezondheidszorg en Verslavingszorg, november 2018.

8.5.5 Financiering

Landelijke afspraken

In het 'Bestuurlijk akkoord geestelijke gezondheidszorg (GGZ) 2019 t/m 2022' hebben alle betrokken partijen de ambitie uitgesproken om de kwaliteit van zorg in Nederland verder te verbeteren en eraan bij te dragen dat zorg zowel nu als op de lange termijn fysiek, tijdig én financieel toegankelijk blijft voor iedereen die dat nodig heeft. Ook is afgesproken er naar te streven om op termijn de kosten in de zorg niet sneller te laten stijgen dan de economische groei.

Lokale oplossingsrichtingen

Het bestuurlijk akkoord regelt dat gemeenten en zorgverzekeraars samen met zorgaanbieders in de 'brede ggz' stapsgewijs regionaal afspraken maken over beleid en financiering ten aanzien van integrale zorg: maatschappelijke ondersteuning, publieke gezondheid, zorg, jeugdzorg, welzijn en preventie. Het cliënt- en familieperspectief is hierbij vertegenwoordigd. De volgende thema's zullen, afhankelijk van de regionale situatie, in meerdere of mindere mate aan de orde zijn:

- Preventie en vroegsignalering.
- De aanpak van personen met verward gedrag.
- Brede triage en consultatie.
- De opbouw van ambulante zorg en ondersteuning.
- De bekostiging van samenwerking tussen het zorgdomein en het sociaal domein.
- De benodigde aanpak met betrekking tot de (financiering van) EPA / multiproblematiek-doelgroep.
- Overgang 18-/18+.

- De invulling van crisis- en ANW-uren.
- De rol en bekostiging van herstelacademies en zelfregiecentra.

Hoewel afspraken zijn gemaakt om toe te werken naar regionale afspraken over integrale zorg en daaruit volgend een integrale bekostiging zijn we daar nu nog niet. Dat is ook te merken aan de knelpunten ten aanzien van financiering die worden genoemd rondom implementatie van de zorgstandaarden:

- Hoe is de continuïteit van zorg én bekostiging te borgen, bijvoorbeeld bij de overgang 18-/18+, continueren van dagbesteding als de behandeling stopt of het financieren van contingentie management bij verslaving.
- Hoe kunnen we komen tot integrale bekostiging bij specifieke doelgroepen zoals kwetsbare ouderen, mensen met een ernstige psychische aandoening (EPA) of mensen met zowel somatische als psychiatrische problematiek?
- Hoe kunnen we komen tot een passende bekostiging voor bijvoorbeeld inzet ervaringsdeskundigen, inzet op preventie, zorg voor mensen met een lichte verstandelijke beperking (LVB) of zwakbegaafdheid (ZB), zorg aan patiënten met eetstoornissen in een gespecialiseerd centrum of inzet diëtist bij deze groep patiënten.

In het bestuurlijk akkoord zijn afspraken gemaakt over hoe deze vraagstukken de komende jaren kunnen worden opgelost. Zo hebben partijen zich gecommitteerd aan afspraken uit het actieprogramma 'Zorg voor de Jeugd' voor wat betreft het inzetten van acties gericht op het soepel laten verlopen van de overgang naar volwassenheid (18-/18+). En subsidieert VWS op dit moment preventiecoalities, bedoeld om structurele samenwerking tussen zorgverzekeraars en gemeenten op het gebied van preventieactiviteiten voor risicogroepen te stimuleren en activeren.

8.5.6 ICT

(Goede en snelle) informatie uitwisseling en toegankelijkheid van informatie, waarbij de privacy van de patiënt optimaal wordt geborgd, zijn belangrijke randvoorwaarden voor samenwerking tussen zorgprofessionals binnen hun professionele netwerk. De implementatie van zorgstandaarden vraagt om verdere optimalisatie van gegevensuitwisseling via ICT.

Landelijke afspraken

In het zorgbrede '[Actieplan \(Ont\)Regel de zorg](#)' is een sectoraal actieplan curatieve ggz vastgesteld. Daar waar stroomlijning van gegevensuitwisseling bij ICT-toepassingen niet mogelijk of wenselijk is treden partijen met elkaar in overleg in het Informatieberaad Zorg en kunnen partijen gezamenlijk tot besluitvorming komen. Ook besteedt het actieplan aandacht aan vermindering van administratieve last als gevolg van het EPD en aan ICT-problematiek.

Daarnaast wordt er door het ministerie van VWS geïnvesteerd in het [Versnellingsprogramma Informatie-uitwisseling Patiënt en Professional \(VIPP\) GGZ](#). Het gaat om een budget voor instellingen die Zvw-zorg leveren om de informatievoorziening in de curatieve geestelijke gezondheidszorg te verbeteren door het implementeren van standaarden voor gegevensuitwisseling tussen patiënt en professional, het beschikbaar stellen van deze informatie aan de patiënt, het veilig verstrekken van (informatie over) medicatie en de inzet van eHealth bij de behandeling.

Lokale oplossingsrichtingen

Welke informatie, voor welke professionals, bij welke doelgroepen en bij welke aanbieders nodig is, is een keuze die lokaal gemaakt dient te worden. Of informatie over een eerdere suïcidepoging of informatie over medicatiegebruik en mogelijke bijwerkingen bijvoorbeeld standaard beschikbaar moet zijn óf dat alle informatie over een patiënt ook voor vaktherapeuten en huisartsen via het ICT systeem van de instelling te raadplegen moet zijn, zijn keuzes die binnen het professionele netwerk en met betrokken zorgaanbieders worden gemaakt. Dát zorgprofessionals (snel) toegang moeten hebben tot (goede) informatie, gegeven bestaande werkafspraken (zie hiervoor het [Landelijk Kwaliteitsstatuut GGZ](#) waar iedere zorgaanbieder over dient te beschikken) én beschikbare ICT toepassingen om de continuïteit én de kwaliteit van de zorg die men met elkaar nastreeft te waarborgen, is hierbij het uitgangspunt. Dit zou bijvoorbeeld gerealiseerd kunnen worden via een zorginfrastructuur of schakelpunt.

8.6 Specifieke implementatiethema's GMAP

8.6.1 Algemene introductie en procesbeschrijving

Op 9 april 2019 is de Generieke Module Acute Psychiatrie (GMAP) namens partijen door Akwa GGZ aangeboden bij het register van Zorginstituut Nederland (ZIN). Om de GMAP in de praktijk in te voeren is het voorliggende implementatieplan geschreven. Hierin beschrijven we de invoering van de GMAP en geven we aan bij wie welke verantwoordelijkheden liggen (Hoofdstukken over [triage](#), over [beoordeling](#) en over [zorgverlening](#)). Daarnaast beschrijven we welke aspecten van de GMAP we als veld evalueren. In hoofdstuk '[Evaluatie](#)' beschrijven we aspecten waarop de evaluatie zal plaatsvinden, waarbij we inzetten op een minimale extra administratieve belasting. Tot slot geven we in hoofdstuk '[Bouwstenen voor een succesvolle implementatie](#)' een overzicht van de belangrijkste bouwstenen die nodig zijn voor een goede implementatie van de GMAP in de praktijk.

8.6.2 Dit implementatieplan beschrijft de invoering van kwalitatief goede en tijdige acuut psychiatrische hulpverlening zoals beschreven in de GMAP

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-crisis zorg 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 crisis zorg, 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.

8.6.3 De implementatie van de GMAP hangt samen met contextuele factoren

De implementatie van de GMAP interacteert met diverse factoren in de praktijk. Jaarlijks beschrijven regievoerders acute ggz (hierna: regievoerders) in het regioplan of, en hoe, contextuele factoren de invoering van de GMAP in hun regio beïnvloeden (zie paragraaf '[Jaarlijks worden in het regioplan afspraken gemaakt op regionaal niveau](#)' voor een omschrijving van het regioplan). 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 Wvvgg, 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 (zie ook paragraaf '[Arbeidsmarkt en werving](#)').
- 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.

8.6.4 Dit implementatieplan beschrijft de invoering van de GMAP op landelijk niveau

Dit implementatieplan vormt een handreiking voor de, waar nodig gefaseerde, veranderingen in crisiszorg in lijn met de GMAP. Het tijdspad is gebaseerd op beschikbare data over de huidige praktijk, aangeleverd door ggz-crisisdiensten in het voorjaar van 2019.

De invoering beschrijven we op landelijk niveau door een *minimale* landelijke implementatiegraad te beschrijven. De *minimale* implementatiegraad beschrijft een landelijk percentage van de 28 regio's dat *in elk geval* aan de betreffende norm voldoet. Mogelijk valt de werkelijke implementatiegraad op landelijk niveau hoger uit dan de in dit implementatieplan genoemde minimale implementatiegraad: de ambitie is om de GMAP waar mogelijk zo snel mogelijk te implementeren.

De financiering van de GMAP die door de NZa zal worden ingevoerd voor de acute psychiatrie, komt in dit implementatieplan niet aan de orde. De vereisten voor de financiering van de GMAP worden door de NZa uitgewerkt.

8.6.5 Alle 28 regio's dragen bij aan de landelijke gefaseerde invoering van de GMAP

Ondanks regionale verschillen in de implementatiegraad voor verschillende aspecten van de GMAP, zullen alle [28 regio's](#) bij de invoering van de GMAP starten met de implementatie. Regionale voortgang borgen we door een tijdspad voor de minimale *regionale* implementatiegraad in dit implementatieplan op te nemen. Vergelijkbaar met de landelijke norm, geeft de minimale regionale implementatiegraad het percentage van de tijd of gevallen weer waarin aan de norm is voldaan.

De minimale regionale implementatiegraad vormt nadrukkelijk *geen* gemiddelde maar een *minimale* implementatiegraad per jaar op regionaal niveau. De ambities voor de regionale implementatie liggen boven de minimale norm: veel regio's zullen een hogere implementatiegraad nastreven en realiseren.

8.6.6 De invoering van de GMAP wordt in 2022 landelijk geëvalueerd; de uitkomst hiervan bepaalt hoe in 2024 geëvalueerd zal worden

We evalueren de implementatie van de GMAP in het voorjaar van 2022 formeel met partijen (zie *Figuur 1*). Hier bespreken we of de GMAP bijdraagt aan de nagestreefde veranderingen in goede acute psychiatrische hulpverlening. Akwa GGZ zal deze evaluatie begeleiden. In Hoofdstuk 5 beschrijven we belangrijke aspecten van deze evaluatie.

We streven naar crisiszorg die volledig in lijn is met de GMAP binnen vier jaar na invoering, dus in de zomer van 2024. De evaluatie in 2022 maakt inzichtelijk wat de landelijke implementatiegraad is van de GMAP en wat de verbeterpunten zijn. Indien de evaluatie uitwijst dat betere aansluiting op de praktijk en/of gewenste acuut psychiatrische hulpverlening nodig is, kunnen we op basis van deze evaluatie aanpassingen opnemen in de GMAP. Tijdens de landelijke evaluatie in 2022 besluiten Akwa GGZ en ketenpartners of en in welke vorm we de GMAP in 2024 op landelijk niveau evalueren.

8.6.7 Jaarlijks worden in het regioplan afspraken gemaakt op regionaal niveau

De representerende zorgverzekeraar wijst de regionaal verantwoordelijke regievoerder aan. De

regievoerder en ketenpartners formuleren en herijken jaarlijks een lokaal/regionaal plan (klik hier voor [het format regioplan](#)) voor de acuut psychiatrische hulpverlening: het regioplan (zie Figuur 1). Het op het regioplan gebaseerde budgetformulier wordt jaarlijks op 1 oktober ingediend. Regievoerders stellen aan het begin van het jaar een tijdspad op voor het herijken en bespreken van het regioplan en communiceren dit tijdspad aan betrokken ketenpartners. Voor overleg over het regioplan maken partijen waar mogelijk gebruik van bestaande overlegorganen.

De regievoerder en de representerende zorgverzekeraar maken jaarlijks een financiële afspraak voor de acute ggz. Deze afspraak houdt rekening met de huidige en in het komende jaar nagestreefde implementatiegraad*.

Het regioplan omschrijft in elk geval de volgende punten:

- de regionale lange termijn ambitie voor de implementatie van de GMAP
- huidige stand en de voortgang van implementatie voor het komende jaar
- afstemming en samenwerking met ketenpartners
- jaarlijkse bijstelling van de financiële afspraken in relatie tot de implementatiegraad

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 tijdspad 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, duaal 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.

Figuur 1. Implementatie van de GMAP bespreken we jaarlijks. Dit doen we op regionaal niveau tijdens het opstellen van de regioplannen, en daarnaast op landelijk niveau tijdens de landelijke evaluatie van de GMAP. De regievoerder en de representerende zorgverzekeraar dienen het budgetformulier (gebaseerd op het regioplan) jaarlijks duaal op 1 oktober in bij de NZa. De regievoerder stelt samen met de andere regionale partijen aan het begin van het jaar een tijdspad op voor het herijken en bespreken van het regioplan, en communiceert dit tijdspad aan betrokken ketenpartners.

*** Toelichtingen**

nagestreefde implementatiegraad: De 28 regio's van waaruit de acute psychiatrie wordt georganiseerd zijn beschreven in Bijlage I. GGZ NL en ZN stellen het format van het regioplan op. Dit format voegen we t.z.t. toe als Bijlage II.

8.6.8 De GMAP triagefunctie voeren we gefaseerd in

De invoering van de ggz-triagefunctie is één van de belangrijke veranderingen die de invoering van de GMAP met zich meebrengt. De implementatie van de ggz-triagefunctie zorgt ervoor dat er 24/7 een ggz-triagefunctie beschikbaar is om binnen 5 minuten de telefoon op te nemen en direct te starten met triage volgens de ggz-triagewijzer. Op die momenten waarop de ggz-triagefunctie nog niet is ingericht conform de GMAP, wordt de bestaande praktijk gecontinueerd. In de bestaande praktijk neemt in elke regio een professional met kennis van zaken 24/7 zo snel mogelijk de telefoon op om zo snel mogelijk te starten met triëren, passend bij de urgentie van de melding.

Voor de implementatie van de ggz-triagefunctie is het nodig een bevoegde professional in te zetten of deze, als nodig, te werven. In een aanzienlijk deel van de regio's is de ggz-triagefunctie al (deels) gerealiseerd, mede dankzij (gedeeltelijke) investeringen in 2019 vooruitlopend op invoering van de GMAP. In andere regio's is de functie in voorbereiding, maar nog niet operationeel. Enkele regio's hebben nog geen start gemaakt met het inrichten van de ggz-triagefunctie. Daarnaast is in een deel van de regio's een ggz-triagefunctie aanwezig die (nog) niet volledig beschikbaar is in de ANW-uren.

Bij de implementatie van de ggz-triagefunctie besteden we specifiek aandacht aan het gebruik van de ggz-triagewijzer, de deskundigheid van de ggz-triagist, en de benodigde tijd voor het verwerken van binnenkomende meldingen door de ggz-triagist. Aandacht voor en sturing op deze punten draagt bij aan een effectieve en soepele implementatie van de ggz-triagefunctie in de praktijk.

8.6.9 Gefaseerde invoering van de aanwezigheid van de ggz-triagefunctie: landelijk niveau

We hanteren op landelijk niveau het streven om vanaf 2020 in alle regio's een ggz-triagefunctie te hebben ingericht. Dit betekent dat in alle regio's is in elk geval in een deel van de week een triagist beschikbaar is die binnen 5 minuten de telefoon kan opnemen en direct kan start met triëren volgens de triagewijzer. Wanneer het dienstrooster voor de ggz-triagist nog niet sluitend is, neemt een andere professional met kennis van zaken (bijvoorbeeld vanuit het beoordelingsteam) zo snel mogelijk de telefoon op voor triage.

8.6.10 Gefaseerde invoering van de aanwezigheid van de ggz-triagefunctie: regionaal niveau

Om te borgen dat elke regio jaarlijks toewerkt naar een 24/7 ingerichte ggz-triagefunctie hanteren we voor de fasering van de aanwezigheid van de ggz-triagefunctie onderstaande minimumpercentages voor de regionale implementatiegraad per jaar. Hierbij reflecteert elk percentage het minimale deel van de week in elke regio, waarin een ggz-triagefunctie* is ingericht waar binnen 5 minuten kan worden opgenomen en volgens de ggz-triagewijzer wordt getrieerd.

- 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

Deze percentages vormen regionale minima: in de praktijk zitten verschillende regio's hier jaarlijks boven.

* Toelichtingen

ggz-triagefunctie: De ggz-triagefunctie is 24/7 binnen 5 minuten beschikbaar voor telefonische triage. De ggz-triagist is een BIG geregistreerde verpleegkundige, met minimaal HBO werk- en denk niveau en minimaal twee jaar ervaring in de acute ggz, die een opleiding heeft doorlopen om de ggz-triagewijzer te hanteren.

8.6.11 Het beoordelen volgens de GMAP voeren we gefaseerd in

Een belangrijke verandering door invoering van de GMAP is dat crisisbeoordelingen zullen worden uitgevoerd door een duaal team dat qua deskundigheid voldoet aan in de GMAP beschreven normen. Het outreachende karakter van de GMAP wordt ondersteund door de voorkeur om daar waar mogelijk te beoordelen in de thuissituatie. Daarnaast zal er bij de triage een selectie worden gemaakt in urgente en minder urgente meldingen, om urgente meldingen sneller te kunnen beoordelen.

Middels investeringen in het kader van de GMAP zijn de meeste regio's begonnen met het organiseren van crisisbeoordelingen in duale teams. Voor een goede uitvoering van tijdige en duale beoordeling die waar mogelijk thuis plaatsvindt, is inzicht nodig in het aantal meldingen, de bijbehorende urgentiegraad, het aantal thuisbeoordelingen en de bezetting die nodig is voor de beoordelingsteams. Momenteel is nog niet in elke regio informatie beschikbaar over de urgentiegraden en bijbehorende aanrijtijden die volgen op triage van meldingen volgens de triagewijzer. De lokale zorgorganisatie en de arbeidsmarkt zijn potentiële knelpunten bij het inrichten van duale beoordelingsteams. Daarnaast is de mate waarin kan worden voldaan aan de omschreven maximale aanrijtijden afhankelijk van geografische kenmerken van een regio. Het is belangrijk om bij invoering van de GMAP rekening te houden met deze regionale verschillen en gegevens te verzamelen om de uitvoering van de beoordeling conform de GMAP te kunnen evalueren.

Een belangrijke uitdaging bij de organisatie van crisisbeoordelingen in het licht van de GMAP, is het nastreven van de balans in de drie-eenheid tijdigheid, dual en outreachend. Het is nadrukkelijk de bedoeling van de GMAP dat een crisis beoordeling tijdig, dual én waar mogelijk thuis plaatsvindt, en dat de prioriteit niet verschuift naar één van deze pijlers. Bijzondere aandacht dient bij de implementatie uit te gaan naar beoordeling in de thuissituatie: het doel van de GMAP is om de kwaliteit van de acute psychiatrische zorg te verbeteren o.a. door meer outreachend te gaan werken en dus in minimaal gelijkblijvende of toenemende mate thuis te beoordelen. Een belangrijke nagestreefde verbetering is bijvoorbeeld dat personen in een crisissituatie niet meer in de politiecel worden beoordeeld, tenzij er sprake is van een strafbaar feit. Om in de thuissituatie te kunnen beoordelen is afstemming met ketenpartners van belang, bijvoorbeeld met politie of de huisarts.

8.6.12 Gefaseerde invoering duale beoordelingsteams: landelijk niveau

De GMAP schrijft voor dat crisisbeoordelingen in principe worden uitgevoerd door een dual beoordelingsteam*. In veel regio's is dit al de huidige praktijk. In enkele regio's worden beoordelingen nog uitgevoerd door een individuele hulpverlener. Deze regio's zullen hun roostering en/of personeelsbestand moeten aanpassen om te kunnen voldoen aan de normen in de GMAP.

Voor de gefaseerde invoering van de norm over duale beoordeling hanteren we het volgende tijdsplan voor de evaluatiemomenten in 2022 en 2024

- Juni 2022:* 90% van de regio's voldoet aan de norm voor duale beoordeling
- Juni 2024: Alle regio's voldoen aan de norm voor duale beoordeling

* Toelichtingen

duaal beoordelingsteam: 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), een verpleegkundig specialist GGZ** en/of een psychiater. De achterwacht wordt te allen tijde door de psychiater ingevuld. * Bij alle onbekende patiënten en bij een (vermoeden op) biopsychosociale complexiteit, is een arts (ANIOS of AIOS) deel van het duale team. Medische diagnostiek is nodig om, na onderzoek van de patiënt, een onderscheid te kunnen maken tussen 'pluis' en 'niet pluis'. Voorbeelden van (een vermoeden op) biopsychosociale complexiteit zijn patiënten met bekende somatische comorbiditeit en patiënten bij wie verward gedrag mogelijk (mede) bepaald is door een somatische aandoening. ** Verpleegkundig specialisten GGZ kunnen de A(N)IOS vervangen 1) wanneer na triage sprake lijkt van problematiek met een beperkte complexiteit en een verwacht laag risico, 2) als daarover afspraken zijn vastgelegd in crisiskaart van de patiënt. De triagist zal bij twijfel over de juiste samenstelling van het duale team overleggen met de psychiater-achterwacht.

Juni 2022:: Hier geldt dat de landelijke norm ook wordt behaald als op landelijk niveau in 80% van de gevallen volgens de norm wordt beoordeeld (ongeacht regionale verschillen).

8.6.13 Gefaseerde invoering duale beoordelingsteams: regionaal niveau

De regio's organiseren de invoering van de duale beoordelingsteams. Er bestaan regionale verschillen doordat de beoordelingsfunctie anders is georganiseerd en door regionale verschillen in geografie, arbeidsmarkt en organisatie van zorg.

Bij de invoering van de GMAP wordt rekening gehouden met deze regionale verschillen, maar wordt wel uitgegaan van een bijdrage aan de landelijke implementatie vanuit elke regio. Voor de gefaseerde invoering van de norm over duale beoordeling door bevoegde deskundigen, hanteren we het volgende tijdsplan voor de minimumpercentages per regio:

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

8.6.14 Gefaseerde invoering aanrijtijden U2 en U3 meldingen: landelijk niveau

De GMAP kent een maximale aanrijtijd toe aan meldingen afhankelijk van hun urgentiegraad (U2 en U3 bij acute psychiatrie). In 90% van de gevallen dient volgens de GMAP conform de getrieerde urgentie, dat wil zeggen binnen één uur (U2) of vier uur (U3), te worden aangevangen met de beoordeling. Voorheen was de maximale aanrijtijd bij alle meldingen twee uur.

Om tijdig de juiste zorg te kunnen bieden zijn mogelijk structurele aanpassingen in organisatie van zorg en/of fysieke beoordelingslocaties nodig. De triagist heeft een coördinerende rol bij de beoordeling, en zorgt voor effectieve inzet van beschikbare hulpverleners aan de hand van de urgentiegraad van meldingen (bijvoorbeeld het prioriteren van het beoordelen van U2 vergeleken met U3 meldingen bij gelijktijdigheid). Voor de gefaseerde invoering van het behalen van de voorgeschreven aanrijtijden conform de getrieerde urgentie, hanteren we het volgende landelijke minimale tijdsplan voor de evaluatiemomenten in 2022 en 2024:

- Juni 2022:* 80% van de regio's voldoet aan de norm voor tijdige start van de beoordeling conform de getrieerde urgentie
- Juni 2024: 100% van de regio's voldoet aan de norm voor tijdige start van de beoordeling conform de getrieerde urgentie

* Toelichtingen

Juni 2022:: Hier geldt dat de landelijke norm ook wordt behaald als op landelijk niveau in 70% van de beoordelingen tijdig plaatsvindt conform de getrieerde urgentie (ongeacht regionale verschillen).

8.6.15 Gefaseerde invoering aanrijtijden U2 en U3 meldingen: regionaal

niveau

Om de inbreng vanuit elke regio te waarborgen hanteren we voor de gefaseerde invoering van het behalen van de voorgeschreven aanrijtijden de volgende regionale minimumpercentages:

- 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

8.6.16 Zorgverlening volgend op de crisisbeoordeling niet faseren, wel evalueren

Een belangrijk uitgangspunt in de GMAP is om waar nodig en mogelijk, opnamevoorkomende zorg te bieden in de thuissituatie. Indien dit niet mogelijk is of deze zorg niet toereikend is, kan worden besloten om de patiënt op te nemen. In dit geval nemen we de patiënt bij voorkeur, en in elk geval in 90% van de gevallen, binnen de eigen regio op.

Tijdens de data uitvraag van het invoeringstraject van de GMAP is gekeken naar 'de mate waarin in geval van een opname, binnen de eigen regio kon worden opgenomen'. Uit de ontvangen data (25 van de 28 regio's) blijkt dat iedereen aan de norm (90%) om een persoon na een crisisbeoordeling indien nodig in de regio te kunnen opnemen voldeed. Gefaseerde invoering van deze norm lijkt op basis van deze informatie niet nodig.

Daarnaast gaf het vooronderzoek geen aanleiding voor een gefaseerde invoer van de norm over beschikbare capaciteit voor het leveren van crisiszorg in de eerste 72 uur na beoordeling. In de praktijk lijkt hier voldoende personeel voor beschikbaar te zijn. Deze norm wordt om deze reden ingevoerd zonder fasering. De beschikbaarheid van bedden en zorgverleners voor het kunnen verlenen van (opnamevoorkomende) zorg in de eerste 72 uur na beoordeling heeft mogelijk wel een effect op de beschikbare capaciteit voor andere zorg met een minder acuut karakter. Bij de landelijke evaluatie bespreken we of de inzet van zorgverleners voor het verlenen van opnamevoorkomende zorg in het kader van de GMAP, geen nadelig effect heeft op de beschikbaarheid van zorg elders in de keten.

Ondanks het feit dat we de normen over zorg volgend op crisisbeoordeling niet gefaseerd invoeren, evalueren we op landelijk niveau of we de zorg volgend op de crisisbeoordeling in lijn is met de GMAP. Bij het leveren van zorg na een crisisbeoordeling is opnieuw de balans tussen tijdig en outreachend essentieel. Hiervoor is het nodig dat het aandeel ambulante vervolgbehandelingen in elk geval gelijk blijft (t.o.v. opnames), maar bij voorkeur stijgt bij invoering van de GMAP. Het is onwenselijk dat de GMAP ertoe leidt dat beoordelingen volgens de aanrijtijden worden uitgevoerd, maar dat dit indirect leidt tot minder ambulante vervolgbehandelingen.

8.6.17 Evaluatie

Akwa GGZ stelt in de zomer van 2021 een projectgroep samen voor het voorbereiden van de kwantitatieve en kwalitatieve landelijke evaluatie van de GMAP in 2022. Uitgangspunt is dat we de beschreven gefaseerde invoering van de implementatie halen. Tijdens de landelijke evaluatie evalueren we of we de voorgenomen fasering zoals omschreven in de hoofdstukken '[de GMAP triagefunctie voeren we gefaseerd in](#)' en '[het beoordelen volgens de GMAP voeren we gefaseerd](#)' in behalen en of het behalen van deze normen ook tot de gewenste kwaliteitsverbetering heeft geleid.

Daarnaast bespreken we op basis van kwalitatieve informatie of de invoering van de GMAP leidt tot de gewenste veranderingen in de acute psychiatrische hulpverlening, en wat hierbij knelpunten zijn.

8.6.18 Verloopt de implementatie volgens het nagestreefde tijdspad?

Kwantitatieve evaluatie is nodig om te kunnen evalueren of de implementatie van de GMAP naar wens verloopt. Dit gebeurt jaarlijks op regionaal niveau bij het herijken van de regioplannen, en tijdens de landelijke evaluatie van de GMAP. In Tabel 1 presenteren we de benodigde kwantitatieve informatie om te kunnen evalueren of de implementatie van de GMAP naar wens verloopt.* De ambitie is om per 1 januari 2020 te starten met het registreren van deze informatie. Hiervoor zijn ggz-aanbieders afhankelijk van ICT-leveranciers voor de benodigde infrastructuur.

Kwantitatieve evaluatie: vragen en daaruit volgende registratiebehoefte		
Vraag	Registratie	Verantwoordelijke
Melding		
Hoeveel meldingen komen er binnen per regio en wanneer?	Aantal meldingen	Ggz-triagist
	Datum & Tijdstip triage	Ggz-triagist
Wie is de verwijzer?	Verwijzer Huisarts / Politie / Sociaal domein / Zelfverwijzing of naaste	Ggz-triagist
Wat is de verdeling van urgentiegraden die worden toegewezen aan de meldingen?	Gekozen urgentiegraad	Ggz-triagist
Beoordeling		
Hoeveel beoordelingen worden er uitgevoerd per regio en hoe zijn deze verdeeld in de tijd	Aantal meldingen (Datum & Tijdstip beoordeling)	Beoordelingsteam
Wat is de aanrijtijd van de beoordelingen met U2 en U3 urgentiegraderingen?	Datum & Tijdstip beoordeling of Wachttijd triage - aanvang beoordeling	Beoordelingsteam
Wat is de locatie van de beoordeling (thuis, crisisbeoordelingslocatie, SEH, Politiebureau, elders)?	Locatie beoordeling	Ggz-triagist / Beoordelingsteam
Is de beoordeling dual uitgeoefend	Dual beoordeeld?	Beoordelingsteam
Wat is de gekozen vervolgbehandeling (opname, ambulante zorg, geen vervolgbehandeling)?	Gekozen vervolgzorg (opname, ambulante zorg, geen vervolgbehandeling)?	Beoordelingsteam
*door wachttijd te vervangen door datum & begin- en eindtijd, kan ook piekbelasting op de crisisdiensten kunnen worden gedetecteerd.		

Tabel 1.*

Benodigde kwantitatieve informatie om de implementatiegraad van de GMAP te kunnen evalueren.

* Toelichtingen

wens verloopt.: In enkele regio's bestaat een discrepantie tussen het wél registreren van deze informatie, maar het nog niet kunnen ophalen uit de gebruikte systemen.

Tabel 1.: Deze tabel reflecteert de kwantitatieve dataset die zal worden bijgehouden. GGZ NL en ZN werken de wijze van registeren (het 'hoe' van de registratie) gezamenlijk uit.

8.6.19 Heeft de GMAP het gewenste effect op de ketenbrede uitvoering van crisiszorg?

Kwalitatieve informatie is belangrijk om te kunnen evalueren of invoering van de GMAP heeft geleid tot de gewenste verbetering in crisiszorg in de acute psychiatrie. Akwa GGZ coördineert deze kwalitatieve evaluatie. De projectgroep werkt onder verantwoordelijkheid van Akwa GGZ de in de tabellen beschreven thema's nader uit. Kwalitatieve evaluaties vinden plaats op basis van landelijk uitgezette enquêtes door beroeps- en brancheverenigingen. Waar mogelijk gebruiken we hiervoor de aanwezige kennis bij branche- en beroepsverenigingen en andere stakeholders, om administratieve lasten te beperken. Aanvullende kennis verzamelen we door enquêtes die partijen in het vierde kwartaal van het jaar voorafgaand aan de landelijke evaluatie vormgeven (Q4 2021). Partijen zetten deze enquêtes aan het eind van dit jaar uit onder hun leden en andere betrokkenen.

8.6.20 Kwalitatieve evaluatie van het effect van de GMAP op het proces van melding tot beoordeling

Middels een kwalitatieve evaluatie bespreken we of de invoering van de GMAP leidt tot een beter functionerend proces van triage. Hierbij komen vragen aan bod als: zijn de overdrachtmomenten tussen ketenpartners dankzij de invoering van de GMAP beter georganiseerd? En is helder wat ketenpartners van elkaar kunnen verwachten?

Ook evalueren we ketenbreed of de triagefunctie naar wens functioneert in het proces van melding tot en met beoordeling. Hierbij komt onder andere aan bod hoe de meldingen binnenkomen, de afstemming van de verschillende triagesystemen op elkaar, ervaringen met de gestelde urgenties, de transparantie van de ggz-triagefunctie en casus besprekingen in de regio. Daarnaast evalueert de regiovoerder de methodiek van de triagewijzer en de criteria van de urgenties. Hierbij betrekken regiovoerders op regionaal niveau de ketenpartners, en op landelijk niveau de beroepsverenigingen en brancheorganisaties.

In Tabel 2 presenteren we centrale vragen die aan bod zullen komen bij de kwalitatieve evaluatie van de ggz-triagefunctie.

Kwalitatieve evaluatievragen – Proces van melding tot beoordeling	
Vraag	Betrokkenen
Hoe ervaren relevante ketenpartijen de ggz-triagefunctie (bijvoorbeeld bereikbaarheid), en zien zij mogelijke verbeteringen?	Ketenbreed*
Hoe verlopen de overdrachtsmomenten tussen ketenpartners?	Ketenbreed*
Is er een goede samenwerking tussen de ggz en somatiek, dus tussen de acute GGZ, SEH, HAP, de huisarts in de dag praktijk of de ambulance?	Ketenbreed*
Hoe verloopt het behandelen van meldingen?	Ketenbreed*
Hoe ervaren ketenpartners de gestelde urgenties van meldingen door de ggz? Op welke wijze sluit de ggz-triagewijzer aan op andere triagesystemen?*	Ketenbreed*
Hoe verloopt de ontwikkeling van de landelijke scholing voor de ggz-triagist door GGZ NL en V&VN, en de aansluiting hiervan op bestaande scholing?	GGZ NL en V&VN
Hoe ervaren patiënten en naasten het proces van melding tot beoordeling?	MIND
Hoe ervaren betrokken ketenpartners het gebruik van de ggz-triagewijzer, en zien zij mogelijke verbeteringen?	GGZ NL met ketenpartners*

* In elk geval ggz-crisisdiensten, huisartsen, politie, triagisten van de HAP en meldkamer ambulance, ambulanceverpleegkundigen, hulpverleners van de SEH, eventuele samenwerkingspartners van de IC, en betrokken beroepsverenigingen.
 ** Voorbeelden hiervan zijn het gebruik van U-graderingen in zowel de ggz- als NTS-triagewijzer, en de aansluiting tussen beide triagesystemen, of de NTS uitkomst 'doorverbinden naar GGZ triagist' inbouwen.

Tabel 2. De

landelijke evaluatie van het proces rondom de ggz-triagefunctie vindt plaats aan de hand van onderstaande evaluatievragen.

8.6.21 Kwalitatieve evaluatie van het effect van de GMAP op het proces van beoordelen

Tijdens de landelijke evaluatie bespreken we of het uitvoeren van crisisbeoordelingen volgens de GMAP bijdraagt aan kwalitatief goede crisiszorg. Hierbij komen in elk geval de invoering van het duaal beoordelen en het hanteren van de uit de triagewijzer volgende aanrijtijden aan bod. Evaluatie van deze veranderingen vindt daarom ketenbreed plaats.

Het duale beoordelingsteam kan na invoering van de GMAP worden samengesteld uit de in de norm beschreven disciplines.* Bij de evaluatie besteden beroepsverenigingen en ketenpartners specifiek aandacht aan de positie van de verpleegkundig specialist ggz en de positie van de HBO verpleegkundige binnen het duale beoordelingsteam. Het is momenteel niet gangbaar om de verpleegkundig specialist ggz en een HBO opgeleid verpleegkundige in te zetten in het beoordelingsteam, in tegenstelling tot andere gespecificeerde professionals waaruit het beoordelingsteam mag bestaan (psychiater / A(N)IOS / SPV).

De invoering van de GMAP heeft daarnaast effect op de aanrijtijden voor de beoordeling. Afhankelijk van de ernst van een melding wordt deze binnen één uur (U2) of vier uur (U3) beoordeeld. Vóór invoering van de GMAP gold een aanrijtijd van twee uur voor alle meldingen. De veranderingen in aanrijtijden komen bij de landelijke evaluatie aan bod: kan tijdig worden beoordeeld volgens de nieuwe aanrijtijden, en hebben de aanrijtijden effect op de mate waarin thuis wordt beoordeeld?

In Tabel 3 presenteren we centrale vragen die aan bod zullen komen bij de kwalitatieve evaluatie van de crisisbeoordelingen na invoering van de GMAP.

Kwalitatieve evaluatievragen - Beoordeling	
Vraag	Betrokkenen
Draagt de samenstelling van het duale team bij aan kwalitatief goede crisiszorg?	Betrokken beroepsverenigingen en GGZ NL
Hoe ervaren we de inzet van de verpleegkundig specialist ggz en HBO-opgeleid verpleegkundige in het beoordelingsteam?*	Betrokken beroepsverenigingen en GGZ NL
Is de kwaliteit van de bij- en nascholing voor de hbo-verpleegkundige in het beoordelingsteam goed ingericht?*	V&VN, GGZ NL en betrokken ketenpartners
Zijn bestaande beoordelingslocaties geschikt (qua inrichting en/of fysieke locatie)?	Ketenbreed***
Hoe ervaren patiënten en naasten het proces van beoordelen?	MIND
Is er voldoende personele capaciteit beschikbaar voor de beoordelingsteams?	GGZ NL
Kan als nodig dual worden beoordeeld, en zo nee, wat is de reden hiervoor?	GGZ NL en betrokken ketenpartners
* Deze vraag vergt o.a. een analyse van de gevallen waarin de verpleegkundig specialist in de praktijk wordt ingezet en de manier waarop dit zich verhoudt tot de ontwikkelingen van de beroepsgroep van verpleegkundig specialisten. Vragen die hier bijvoorbeeld aan bod kunnen komen zijn in welke gevallen de verpleegkundig specialist in de praktijk wordt ingezet in het duale beoordelingsteam, en hoe dit volgens betrokken ketenpartners en beroepsverenigingen aansluit op de ontwikkeling van de beroepsgroep. ** Scholing is noodzakelijk: deze dient erkend te worden door de beroepsvereniging en opgenomen te zijn in het kwaliteitsregister van verpleegkundigen. *** In elk geval ggz-crisisdiensten, huisartsen, politie, triagisten van de HAP en meldkamer ambulance, ambulanceverpleegkundigen, hulpverleners van de SEH, eventuele samenwerkingspartners van de IC, en betrokken beroepsverenigingen.	

Tabel 3. De

landelijke evaluatie van het proces rondom duale en tijdige beoordeling zoals beschreven in de GMAP, vindt plaats aan de hand van onderstaande evaluatievragen.

* Toelichtingen

beschreven disciplines.: Disciplines waaruit het duale beoordelingsteam kan bestaan zijn: een arts (AIOS of ANIOS), een HBO-opgeleid verpleegkundige met minimaal twee jaar ervaring in de acute ggz en relevante bijscholing (bijvoorbeeld een SPV), een verpleegkundig specialist GGZ en/of een psychiater. De achterwacht wordt te allen tijde door de psychiater ingevuld.

8.6.22 Kwalitatieve evaluatie van het effect van de GMAP op zorg na beoordeling

Bij de landelijke evaluatie besteden we aandacht aan de mate waarin na een crisisbeoordeling zorg kan worden geboden in de thuissituatie, of de situatie die de persoon in crisis als thuis ervaart. Het is belangrijk om waar mogelijk outreachende zorg te verlenen na een crisisbeoordeling.

In Tabel 4 presenteren we centrale vragen die aan bod zullen komen bij de kwalitatieve evaluatie van de zorg na beoordeling.

Kwalitatieve evaluatievragen - Zorg volgend op de crisisbeoordeling	
Vraag	Betrokkenen
Is er een toename, of in elk geval een gelijkblijvend niveau, van het aandeel outreachende (ambulante) crisiszorg na beoordeling zichtbaar in de praktijk?	Regievoerders
Leidt de invoering van de GMAP en de veranderingen in crisiszorg na de beoordelingen tot direct merkbare problemen elders in de keten (reguliere ggz)?	Regievoerders
Hoe ervaren patiënten en naasten de zorg volgend op de crisisbeoordeling?	MIND

Tabel 4. De

landelijke evaluatie van het proces rondom zorg na beoordeling vindt plaats aan de hand van onderstaande evaluatievragen.

8.6.23 Bouwstenen voor een succesvolle implementatie

Om goed te implementeren hebben we 5 bouwstenen onderscheiden:

1. Kennis en bewustwording
2. Lokale organisatie en samenwerking
3. Scholing
4. Arbeidsmarkt en werving
5. ICT

8.6.24 Kennis en bewustwording & lokale organisatie en samenwerking

Kennis en bewustwording is nodig voor een effectieve samenwerking tussen ketenpartners, en een succesvolle invoering van de GMAP. Bewustwording van het belang van de balans tussen de drie-eenheid tijdig, duaal én outreachend bij het leveren van crisiszorg is van groot belang. Acut psychiatrie hulpverleners en ketenpartners zorgen voortdurend voor een centrale rol voor deze uitgangspunten in de organisatie van crisiszorg volgens de GMAP.

Kennis is nodig om te kunnen evalueren. Belangrijke evaluatievragen en relevante informatie om te registreren zijn beschreven in hoofdstuk '[evaluatie](#)' van dit implementatieplan. Ter vergroting van de kennis binnen de acute psychiatrie, zoeken we waar mogelijk samenwerking met andere sectoren die te maken hebben met vergelijkbare uitdagingen. We zoeken specifiek naar mogelijkheden om goede voorbeelden van effectieve registratie en goede scholing uit te wisselen.

8.6.25 Lokale organisatie en Samenwerking

De regioplannen die in de 28 regio's jaarlijks worden uit- en bijgewerkt door ggz-crisisdiensten en ketenpartners zijn bij uitstek geschikt om lokale organisatie en samenwerkingsafspraken in uit te werken en vast te leggen. In paragraaf '[jaarlijks worden in het regioplan afspraken gemaakt op regionaal niveau](#)' beschrijven we het doel en de inhoud van het regioplan. Zie bijlage I en II voor de indeling in de 28 regio's, en het format voor het regioplan (deze opzet voor het format wordt door GGZ NL en ZN bijgewerkt en t.z.t. bijgevoegd bij dit implementatieplan).

8.6.26 Scholing

De volgende punten op het vlak van scholing zijn bij de implementatie van de GMAP van belang:

- De ontwikkeling van een landelijke scholing voor de ggz-triagist door GGZ NL en V&VN, om te zorgen dat de ggz-triagist goed wordt opgeleid en indien nodig wordt bijgeschoold om deskundig te zijn en blijven. Doel is om in 2021 een uniform landelijk scholingsprogramma te hebben opgezet voor de ggz triagist.
- Het opstellen van criteria waaraan reeds bestaande scholingen moeten voldoen om als vervanging voor eventuele landelijke scholing te dienen, zodat kan worden bepaald wanneer wel of niet moet worden bijgeschoold.
- Het bespreken van de kwaliteit van de bij- en nascholing voor de hbo-verpleegkundige die onderdeel gaat uitmaken van het duale team. GGZ NL en V&VN buigen zich hier samen over.

8.6.27 Arbeidsmarkt en werving

De arbeidsmarkt is één van de bepalende factoren voor de implementatie van de GMAP. Is er sprake van niet vervulde vacatures, wat betekent dit voor de implementatie voor de GMAP, en wat zijn mogelijke oplossingen? Specifiek zijn de volgende punten op het vlak van arbeidsmarkt en werving van belang bij de implementatie van de GMAP:

- Werving voor de functie ggz-triagist
- Samenstelling van, en werving voor, duale beoordelingsteams in algemene zin. Hierbij specifiek aandacht besteden aan de mate waarin eventueel benodigde psychiaters, A(N)IOS-en en SPV-en beschikbaar zijn, vanwege verwachte krapte op de arbeidsmarkt.

8.6.28 ICT

Het is raadzaam om bij de invoering van de GMAP aandacht te besteden aan een effectief platform dat kan worden gebruikt om informatie uit medische zorgsystemen te vertalen naar managementinformatie. Hierbij is belangrijk dat de verschillende ICT systemen op meerdere niveaus en voor meerdere partijen toegankelijk zijn, om dubbele registraties te voorkomen. Vanuit de zorgaanbieders bestaat bijvoorbeeld de wens om registraties zoveel mogelijk te koppelen aan de eigen EPD omgeving. Er lopen al verschillende initiatieven om de extra registratie (m.n. door de triagist) op een praktische en werkbare manier vorm te geven.

In een geschikte ICT omgeving kan informatie worden bijgehouden op patiëntniveau die tegelijkertijd kan worden ontsloten op managementniveau. Zo vindt met minimale administratieve lasten, maximale ontsluiting plaats van relevante management informatie. Een dergelijke registratiemethode verleent inzicht in de uitvoering van ggz-triage, crisisbeoordeling en crisiszorgverlening, zonder administratieve lasten in de praktijk te laten toenemen. Het advies is om netwerken te vormen binnen het werkveld van de acute GGZ van aanbieders die gebruik maken van dezelfde pakketten. Zij kunnen dan gezamenlijk met hun softwarebouwer optrekken om verbeteringen door te voeren.

Een belangrijk aandachtspunt binnen dit thema is de invoering van de AVG, en specifiek de algemene gestelde bewaartermijn voor 'vooraanmeldingen'. De registratie van informatie over personen die niet in zorg zijn is momenteel ingewikkeld. De acute psychiatrie is niet de enige sector die met te maken heeft met het afstemmen op de AVG bij het registeren van persoonsgebonden informatie. Voor oplossingen zoeken we daarom samenwerking met andere sectoren.

9. Achtergronddocumenten

Autorisatiedatum 09-04-2019 Beoordelingsdatum 09-04-2019

9.1 GGz-triagewijzer

Voor deze zorgstandaard is een GGz-triagewijzer ontwikkeld, op basis waarvan de voorwacht van de acuut psychiatrische hulpverlening in kan schatten welke hulpverlening een persoon nodig heeft, op welk moment (urgentie) en van welke hulpverlener(s). Het toepassen van triage heeft verschillende voordelen:

- De persoon in crisis ontvangt de hulpverlening die past bij de urgentie van de zorgvraag.
- De persoon in crisis, zijn naasten en de verwijzer ontvangen gerichte en onderbouwde informatie over de inzet van hulpverlening (waaronder de wachttijd), wat onzekerheid en onrust kan reduceren.
- Triage geeft informatie over patiëntenstromen en patiëntsamenstelling ten behoeve van beleid.
- De afspraken in de GGz-triagewijzer kunnen dienen als uitgangspunt bij het bepalen van de bekostiging van de acuut psychiatrische hulpverlening door de NZa.

Bij het ontwikkelen van de GGz-triagewijzer zijn de (concept) triagedocumenten in de regio's Noord-Holland, Flevoland en Utrecht als uitgangspunt genomen:

- Voor het triagedocument in de regio's Noord-Holland en Flevoland zijn bestaande triageprotocollen, zoals de NTS* en het ProQA*, als startpunt gebruikt.
- Het ontwikkelde triagedocument in de regio Utrecht is gericht op afspraken tussen de GGz-crisisdienst en politie.

De eerste aanzet voor de GGz-triagewijzer is besproken en aangescherpt in een GGz-triageworkshop (zie achtergronddocument [Projectorganisatie voor de deelnemers](#)). De GGz-triagewijzer is vervolgens verder aangescherpt in de ontwikkelgroepen.

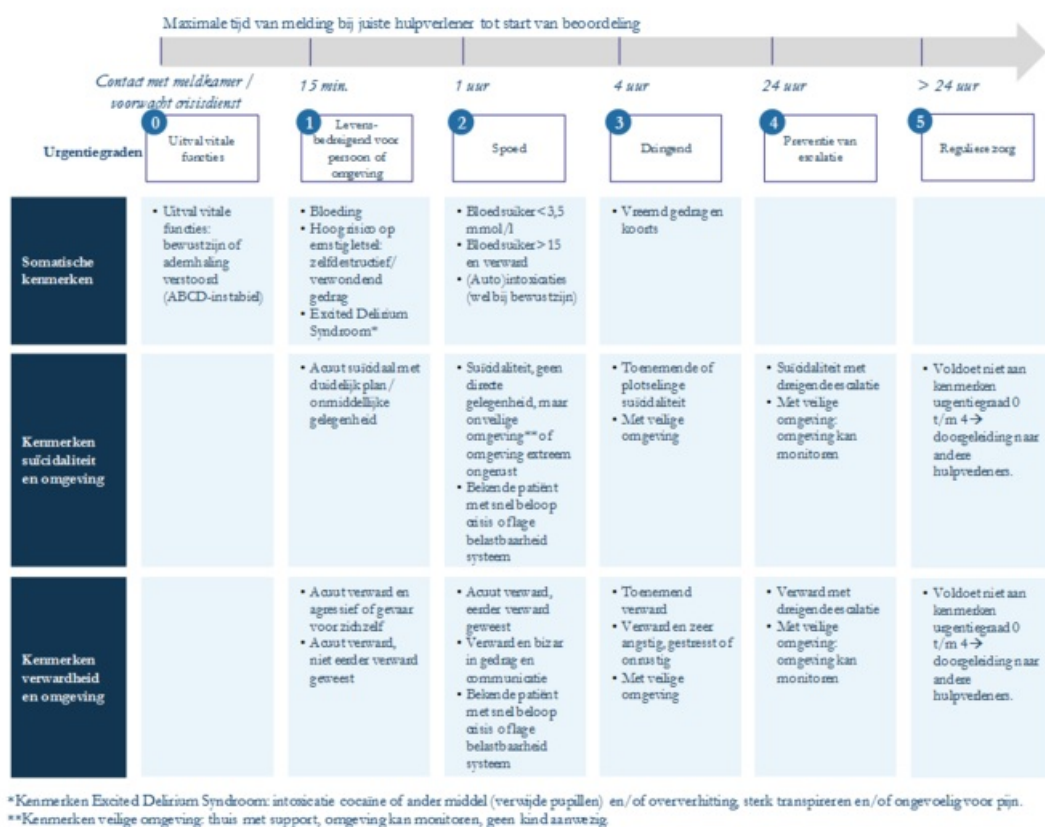
De GGz-triagewijzer is ontwikkeld voor gebruik door de voorwacht van de acuut psychiatrische hulpverlening. Somatische kenmerken, die gebaseerd zijn op ProQA (U0 en U1) en NTS (U0 t/m U3), zijn opgenomen in de triagewijzer voor het geval dat:

- De persoon somatische en/of psychiatrische kenmerken vertoont die horen bij U0 en U1. De voorwacht van de acuut psychiatrische hulpverlening neemt in dat geval contact op met meldkamer 112 voor inzet van politie/ambulance.
- De persoon psychiatrische en/of somatische kenmerken U2 t/m U4 vertoont, maar het een onbekende patiënt betreft. De voorwacht van de acuut psychiatrische hulpverlening kan in dat geval, indien daar aanleiding toe is, de hulp inroepen van de huisarts.
- De GGz-triagewijzer kan een hulpmiddel vormen voor triagisten/verwijzers van de meldkamer/politie en de huisartsenzorg. Zij kunnen voor psychiatrische kenmerken passend bij U2 of hoger contact opnemen met de voorwacht van de acuut psychiatrische hulpverlening.

Voor het toepassen van de GGz-triagewijzer in de praktijk gelden de volgende uitgangspunten:

- De GGz-triagewijzer is bedoeld als handvat voor de voorwacht van de acuut psychiatrische hulpverlening. Beredeneerd afwijken* van de triagewijzer kan op grond van specifieke omstandigheden en professioneel inzicht nodig zijn.
- Wanneer de voorwacht van de acuut psychiatrische hulpverlening in gesprek is als de verwijzer belt, dan belt de voorwacht zo snel mogelijk, maar in ieder geval binnen een kwartier, terug om telefonische triage toe te passen. Als de voorwacht binnen een kwartier niet opneemt, dan belt de verwijzer in dringende gevallen* meldkamer 112.
- In alle gevallen geldt dat de acuut psychiatrische hulpverlening de wachttijd zo kort mogelijk probeert te houden: De wachttijden in de GGz-triagewijzer betreffen maximale wachttijden.
- Bij het bepalen van de urgentie erkent de voorwacht van de acuut psychiatrische hulpverlening het professionele oordeel van de verwijzer. Daarnaast informeert de voorwacht bij de verwijzer naar de mening van de persoon in crisis en zijn naasten over de situatie. Dit oordeel dient bijzonder zwaar te wegen bij inschattingen over de veiligheid en het risico op escalatie, zeker wanneer de persoon in crisis en naasten spreken vanuit eerdere ervaringen met crisissituaties.
- De voorwacht leest de triagewijzer van links naar rechts: pas wanneer de kenmerken van een hogere urgentiegraad uitgesloten zijn (meest links), schat de voorwacht in of de persoon voldoet aan de kenmerken van een urgentiegraad lager (urgentiegraad naar rechts).
- De ketenpartners houden rekening met de wachttijd van de hele keten. Dit houdt in dat wanneer een huisarts eerst somatiek heeft moeten uitsluiten, de acuut psychiatrische hulpverlening probeert de wachttijd op de start van de psychiatrische beoordeling te verkorten.
- Een belangrijke stap vóór het breed toepassen van de GGz-triagewijzer is het testen ervan in de praktijk (pilotfase).
- De GGz-triagewijzer kan gebruikt worden voor het aanscherpen van de psychiatrische triage bij de huisartsenvoorziening/HAP en bij de meldkamer ambulancezorg.

Het figuur hieronder beschrijft per urgentiegraad de kenmerken van de persoon in crisis en zijn omgeving en de maximale wachttijd.



Figuur: Urgentiegraden, kenmerken van persoon en tijden

- De kenmerken zijn opgesplitst in 'somatische kenmerken', 'kenmerken suïcidaliteit en omgeving' en 'kenmerken verwardheid en omgeving'.
- Voor wat betreft de somatische kenmerken betreft de maximale wachttijd de maximale wachttijd op ambulanceverpleegkundigen of huisarts (zie Figuur). Hiervoor zijn voor U0 tot en met U3 de kenmerken en tijden uit het NTS overgenomen en voor U0 en U1 de kenmerken en tijden van ProQA.
- Voor wat betreft de kenmerken van suïcidaliteit/verwardheid en omgeving betreft de maximale wachttijd de maximale wachttijd tot de start van de beoordeling (zie Figuur voor de benodigde expertise bij de beoordeling en op de beoordelingslocatie).
- Het verdient de voorkeur om een crisisbeoordeling uit te voeren in de thuissituatie van de persoon, in aanwezigheid van de relevante naastbetrokkene(n), om een goed beeld te krijgen van de aard van de crisis. Echter wanneer het niet haalbaar is om de crisisbeoordeling van een persoon met een urgentie van U2 op suïcidaliteit/verwardheid en omgeving binnen een uur thuis te starten, dan heeft het de voorkeur dat de persoon op een beoordelingslocatie beoordeeld wordt.

Het figuur hieronder beschrijft per urgentiegraad en per type kenmerken welke inzet van hulpverlener(s) nodig is. Hierbij geven we ook aan welke expertise nodig is van de psychiatrische hulpverlening bij de uitvoer van de crisisbeoordeling en welke expertise nodig is op de beoordelingslocatie. Voor wat betreft de uitvoer van de crisisbeoordeling is voor bekende GGZ-patiënten de eigen regiebehandelaar binnen kantooruren verantwoordelijk* voor in gang zetten van

het opschalen van zorg.

Indien de voorwacht van de crisisdienst inschat dat begeleiding van politie nodig is vanwege een hoog agressieniveau of een strafbaar feit, dan verleent politie assistentie bij het uitvoeren van de beoordeling. De voorwacht en politie erkennen hierbij elkaars professionele oordeel. Discussie over terechte of onterechte politieassistentie vindt achteraf plaats.

Figuur: Hulpverlener(s) per urgentiegraad en type kenmerk

* Toelichtingen

de NTS: De NTS wordt gebruikt door SEH-verpleegkundigen, triagisten op HAP's en centralisten op de meldkamers van de ambulancezorg. In de dagpraktijk hanteert de huisartsenzorg de NHG triagewijzer. De NHG triagewijzer is gebaseerd op het NTS.

het ProQA: De NTS wordt gebruikt door SEH-verpleegkundigen, triagisten op HAP's en centralisten op de meldkamers van de ambulancezorg. In de dagpraktijk hanteert de huisartsenzorg de NHG triagewijzer. De NHG triagewijzer is gebaseerd op het NTS.

Beredeneerd afwijken: Indien de voorwacht afwijkt van het beleid in de GGz-triagewijzer, gebeurt dit in samenspraak met de persoon in crisis, zijn naasten en de verwijzer.

dringende gevallen: Bij een erg hoge urgentie (urgentiegraden U0 en U1) neemt de verwijzer direct contact op met meldkamer 112.

verantwoordelijk: Voor de momenten binnen kantooruren waarin de eigen GGz-behandelaar niet aanwezig is, dient hij waarneming geregeld te hebben.

9.2 Leeswijzer: juridisch kader, definities en afkortingen

9.2.1 Juridisch kader voor het betrekken van naasten

Bij het betrekken van naasten in de verschillende fasen van een crisis handelen hulpverleners volgens de geldende privacywetgeving, zoals de Wet bescherming persoonsgegevens (WBP) en volgens de Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO):

- Het is aan de persoon in crisis om te beslissen of hij wil dat zijn naasten betrokken worden. Als de persoon desgevraagd geen toestemming geeft om zijn naasten te betrekken, kan de hulpverlener de naasten uitsluitend niet-persoonsgebonden informatie verstrekken.
- Met de komst van de Wet verplichte ggz (Wvvggz) hebben familie en directe naasten voor het

eerst een wettelijke status gekregen in de procedure bij verplichte zorg. In deze wet heeft de wetgever naast gedefinieerd als ‘de voor de continuïteit van zorg relevante familie en naasten’. Zie ook de [zorgstandaard Naasten](#)

- Op basis van de WGBO kan een hulpverlener, mits hier zwaarwegende redenen voor zijn, besluiten om de WGBO boven de privacywetgeving te stellen* en vanuit goed hulpverlenerschap naasten te betrekken.
- Hulpverleners maken gebruik van de aanbevelingen in de zorgstandaard ‘Samenwerking en ondersteuning naasten van mensen met psychische problematiek’ voor de organisatie van samenwerking met naasten binnen de geldende (wettelijke) randvoorwaarden. De ‘Criteria familiebeleid vanuit cliënten- en familieperspectief’ van het LPGGz en haar lidorganisaties vormden een belangrijk uitgangspunt bij het opstellen van deze zorgstandaard.
- Indien aanwezig maken hulpverleners gebruik van familiebeleid binnen de GGz-instelling, waarin afspraken gemaakt zijn over de bejegening, het informeren, het bij de zorg betrekken en het ondersteunen van naasten. Het LPGGz bevordert dit familiebeleid en draagt er zorg voor dat de criteria vanuit cliënten- en naastenperspectief hierin meegenomen worden.¹⁸

De juridische randvoorwaarden rondom de informatie-uitwisseling tussen hulpverleners en tussen hulpverleners en naasten na de beoordeling door de SPV/verpleegkundig specialist en A(N)IOS/psychiater beschrijven we in Behandeling, begeleiding en terugvalpreventie.

* Toelichtingen

de WGBO boven de privacywetgeving te stellen: Dit onderdeel vereist, evenals het toepassen van beperkende maatregelen zonder BOPZ-maatregel op de beoordelingslocatie en bij het vervoer, nadere juridische uitwerking.

9.2.2 Definities

In de zorgstandaard hanteren we de volgende definities:

- Acut psychiatisch hulpverlener: BIG-geregistreerde professional: een psychiater, SPV, verpleegkundig specialist GGz, een A(N)IOS of een verslavingsarts KNMG. Acut psychiatische hulpverleners moeten beschikken over specifieke kennis en vaardigheden: crisisbeoordelingen/-interventies vragen specifieke deskundigheid en daarom ervaring en scholing.
- Achterwacht: De psychiater van de acut psychiatische hulpverlening. De psychiater is tijdens een beoordeling telefonisch bereikbaar en indien nodig snel ter plaatse.
- Crisisafspraken: Afspraken die handvatten bieden voor een bekende GGz-patiënt, zijn naasten en hulpverleners om een crisissituatie te voorkomen (zie [Vroege onderkenning en preventie](#)).
- Crisiskaart: samenvatting van crisisafspraken*, beschrijft wat voor de persoon belangrijk is, wanneer hij psychiatisch in crisis verkeert.
- De-escaleren: het creëren en/of herstellen van rust en veiligheid voor de persoon in crisis en zijn omgeving.
- Ervaringsdeskundigen: personen die behandeld zijn in de GGz hebben de mogelijkheid om zich te laten scholen tot ervaringswerker. Zie voor meer informatie het Beroepscompetentieprofiel

Ervaringsdeskundigheid.

- Herstel: Een verandering van iemands houding, waarden, gevoelens, doelen, vaardigheden en/of rollen: een manier van een bevredigend en hoopvol leven ondanks de beperkingen die met de aandoening gepaard gaan. ¹⁹
- Huisartsenzorg: De zorg en triage in de huisartsenpraktijk en op de HAP.
- Maatschappelijke ondersteuning: Onder andere hulpverleners in beschermd wonen, de maatschappelijke opvang en het sociaal wijkteam.
- Naasten: Familieleden en andere naastbetrokkenen (bijvoorbeeld vrienden en burens) van personen in crisis met (het vermoeden van) een acute psychiatrische stoornis, bijvoorbeeld een wettelijk vertegenwoordiger van de persoon. De persoon in crisis kan vaak aangeven wie relevante naasten zijn en welke naasten hij graag betreft bij de beoordeling: dit kan ook één naaste zijn.
- Personen met het vermoeden van een acute psychiatrische stoornis: Personen met kenmerken van verwardheid en/of suïcidaliteit, zie achtergronddocument GGZ-[triagewijzer](#).
- Triage: het maken van een inschatting van de urgentie van de crisis op basis van kenmerken van de persoon en de omgeving. De urgentie bepaalt de wachttijd op de hulpverlening en welke hulpverlener(s) worden ingeschakeld.
- Uitslaapbed: Een bed voor een persoon onder invloed voor wie de acuut psychiatrisch hulpverlener beoordeelt dat hij niet opgenomen hoeft te worden in een psychiatrische instelling, maar gebaat is bij een kort verblijf in een bed met expertise van de verslavingszorg en nabijheid van somatische zorg.
- Verwijzer*: Degene die de persoon in crisis aanmeldt bij de acuut psychiatrische hulpverlening. Veelvoorkomende verwijzers zijn de huisarts/HAP, politie, de persoon zelf en zijn naaste.
- Voorwacht: De acuut psychiatrisch hulpverlener die de telefonische triage uitvoert in stap 3.
- Waar we in deze zorgstandaard spreken over 'hij' en 'hem', bedoelen we 'hij' of 'zij' en 'hem' of 'haar'.

* Toelichtingen

crisisafspraken: Zie <http://www.crisiskaartggz.nl/crisiskaart/> en hieronder bij Meer informatie crisisafspraken en crisiskaart opstellen/bijwerken.

[Meer informatie](#)

Verwijzer: Indien de persoon in crisis een bekende GGZ-patiënt is en hij en zijn naasten beschikken over het telefoonnummer van de GGZ-crisisdienst. Met de term verwijzer wijken we in deze zorgstandaard af van de term verwijzer in de DBC-spelregels.

9.2.3 Afkortingen:

We hanteren verschillende afkortingen in de zorgstandaard:

- A(N)IOS: Arts (Niet) In Opleiding tot Specialist
- ANW-uren: Avond-, Nacht- en Weekenduren
- BOPZ: De Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen (Wet Bopz) geldt niet

meer. Per 1 januari 2020 is de Wet Bopz vervangen door de Wet verplichte ggz (Wvggz) en de Wet zorg en dwang (Wzd). Per 1 januari 2021 gelden de overgangsbepalingen uit de Wet Bopz niet langer.

- GGD: Gemeentelijke Gezondheidsdienst
- GHB: Een drug
- HAP: Huisartsenpost
- HIC: High en Intensive Care in de psychiatrie
- IHT: Intensive Home Treatment
- KNMG: Koninklijke Nederlandse Maatschappij der Geneeskunst
- LPGGz: Landelijk Platform GGz (vertegenwoordiging patiënten en naasten)
- Ministerie van V&J: Ministerie van Veiligheid en Justitie
- Ministerie van VWS: Volksgezondheid, Welzijn en Sport
- MPU: Medisch Psychiatrische Unit
- NIFP: Nederlands Instituut voor Forensische Psychiatrie en Psychologie
- NTS: Nederlandse Triage Standaard
- PAAZ: Psychiatrische Afdeling Algemeen Ziekenhuis
- POH-GGz: De praktijkondersteuner huisarts GGZ (POH-GGZ) is opgeleid als bijvoorbeeld sociaalpsychiatrische verpleegkundige, verpleegkundige, psycholoog of maatschappelijk werker met veelal een aanvullende POH-GGZ-opleiding. De POH-GGZ biedt vraagverheldering, diagnostiek, (langer durende) ondersteuning en begeleiding of kortdurende behandeling aan patiënten met klachten van psychische, psychiatrische, psychosociale of psychosomatische aard onder verantwoordelijkheid van de huisarts.
- PUK: Psychiatrische Universiteitskliniek
- RAV: Regionale Ambulance Voorziening
- RIBW: Regionale Instelling voor Beschermende Woonvormen
- ROAZ: Regionaal Overleg Acute Zorg
- RTIC: Real-Time Intelligence Center
- SBAR: Situation, Background, Assessment, Recommendation (methode voor communicatie tussen verschillende hulpverleners)
- SEH: Spoed Eisende Hulp van een Algemeen Ziekenhuis
- SPV: Sociaal psychiatrisch verpleegkundige
- TWAZ: Tijdelijke Wet Ambulancezorg
- UMC: Universitair Medisch Centrum
- VNG: Vereniging Nederlandse Gemeenten
- WGBO: Wet op de Geneeskundige Behandelovereenkomst
- WVGZ: Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg, kent twee procedures:
 - Een [zorgmachtiging](#) via de rechter
 - Een [crisismaatregel](#) via de burgemeester (bij spoed)

9.3 Overzicht beschermende en uitlokkende factoren voor crisis

Dit overzicht beschrijft factoren die beschermend of uitlokkend zijn voor een crisis. Het overzicht is opgesteld op basis van de beschreven uitlokkende en beschermende factoren in het Handboek Spoedeisende Psychiatrie, het NHG/LHV standpunt GGz en de multidisciplinaire richtlijn diagnostiek

en behandeling van suïcidaal gedrag. In het overzicht zijn uitlokkende factoren gesplitst in kwetsbaarheidsfactoren en stressfactoren. Bij de kwetsbaarheidsfactoren gaat het om persoonskenmerken of -eigenschappen met een meer duurzaam karakter. Stressfactoren betreffen factoren die door de tijd variëren. Hierbij gaat het met name om de life events.

Onderwijsproblemen	- Conflict met klasgenoot
Werkproblemen	- Verandering in werkuren of -omstandigheden
Huisvestingsproblemen	- Verandering in woonomstandigheden - Dakloos zijn
Financiële problemen	- Ernstige schulden
Problemen met het gezondheidszorgsysteem	- Gebrekkige zorgverzekering
(Oorlogs-)trauma	- Trauma ervaren (in het verleden)

9.4 Model voor plan voor crisisafspraken

Signaleringsplan

Signaleringsplan

Naam patiënt:	
Naam behandelaar:	
Naam verpleegkundige:	
Datum:	

Belangrijke telefoonnummers	

9.5 Brøset Violence Checklist

The Brøset Violence Checklist (BVC) is een 6-item checklist die helpt bij het voorspellen van dreigend agressief gedrag. Origineel is de BVC ontwikkeld door Linaker and Busch-Iversen (1995) en verder ontwikkeld door Almvik & Woods (2000), Fluttart (2007) is verantwoordelijk voor de Nederlandse vertaling. [de BVC-NL](#). De rechten voor digitaal gebruik van de BVC zijn in handen van [Frenzs](#).

9.6 Triagechecklist eerste hulp

Het Handboek Spoedeisende Psychiatrie bevat een triagechecklist voor personen met psychiatrische problemen op een eerste hulp (pagina 55). Deze checklist kan als leidraad dienen voor de ontwikkeling van handvatten voor hulpverleners in de maatschappelijke opvang/beschermd wonen om in te schatten welke hulpverlening de persoon nodig heeft:

- Inventariseer problemen
- Observeer het gedrag van de persoon
- Verzamel informatie bij naasten van de persoon
- Check vitale functies
- Inventariseer aanwijzingen voor lichamelijke ziekte
- Vraag naar medicatiegebruik (en indien mogelijk controleren)
- Vraag naar de somatische en psychiatrische voorgeschiedenis. Heeft de persoon een crisiskaart?
- Bepaal de ernst van de problemen
- Bepaal of de persoon een gevaar is voor zichzelf of voor anderen
- Schat het risico van weglopen in
- Overweeg of de verschijnselen van de persoon veroorzaakt kunnen worden door een somatische crisis
- Bepaal de urgentie van verpleegkundige zorg
- Bepaal hoe lang de persoon kan wachten op nadere beoordeling
- Maak de omgeving geschikt om de persoon veilig te laten wachten (bijvoorbeeld: verwijder potentieel gevaarlijke voorwerpen)
- Beoordeel welke maatregelen genomen moeten worden om somatische noodtoestanden te voorkomen

9.7 Informatie triage door voorwacht crisisdienst

In het Handboek Spoedeisende Psychiatrie (pagina 56) en het Praktijkboek Crisisinterventie (pagina 50) staat beschreven welke informatie de voorwacht van de GGz-crisisdienst nodig heeft voor (telefonische) triage. We geven de benodigde informatie hieronder weer:

- Verwijzergegevens:
 - Naam
 - Beroep
 - Bereikbaarheid
- Cliëntgegevens:
 - Personalia
 - Aanleiding voor consultvraag
 - Hulpvraag cliënt
 - Inschatting verwijzer van eventuele psychische ziekte
 - Gegevens eventuele (GGz-)behandeling/behandelaar
 - Eventuele psychiatrische voorgeschiedenis (inclusief crisiskaart)
 - Begindatum van klachten
- Eventuele:
 - Agressie, actueel en in het verleden
 - Suïcidaliteit

- Verslaving
- Lichamelijke bijzonderheden
- Medicijngebruik
- Gegevens steunsysteem:
 - Namen
 - Relatie tot cliënt
 - Telefoonnummers
- Overwegingen verwijzer:
 - Inschatting verwijzer achtergrond klachten
 - Hulpvraag verwijzer

9.8 Verdieping

9.8.1 Protocollen

- detoxificatieprotocol voor GHB (ontwikkeld door NISPA);
- het [stappenplan GHB opvang intoxicatie en onthouding](#) (regio Den Haag);
- de [procedure Acute GHB onthouding](#) (Netwerk Acute Zorg Euregio);
- en onderdelen van de [richtlijn Verwarde personen](#) (Amsterdam).

9.8.2 Ambulance Amsterdam

Een voorbeeld van werkinstructies voor sedatie geeft de werkinstructie bij onrust van Ambulance Amsterdam. (zie [Werkinstructies](#) en [Landelijk Protocol Ambulancezorg](#)). Het toepassen van beperkende maatregelen tijdens vervoer zonder dat er verplichte zorg in het kader van de WVGZ geldt, gebeurt op dit moment onder de WGBA ('goed hulpverlenerschap')/Ambtsinstructies (politie), maar vereist nadere (juridische) uitwerking.

10. Referentielijst

1. Achilles R.A., Beerthuis R.J., Ewijk W.M. (redactie) (2014). Handboek Spoedeisende Psychiatrie. Tweede, geheel herziene druk. Utrecht: De Tijdstroom.
2. Achilles R.A., Beerthuis R.J., Ewijk W.M. (redactie) (2014). Handboek Spoedeisende Psychiatrie. Tweede, geheel herziene druk. Utrecht: De Tijdstroom.
3. Achilles R.A., Beerthuis R.J., Ewijk W.M. (redactie). (2014). Handboek Spoedeisende Psychiatrie. Tweede, geheel herziene druk. Utrecht: De Tijdstroom. Oenen F.J. van, Bernardt C., Post L van der. (2007). Praktijkboek Crisisinterventie. De kunst van het interveniëren in moeilijke behandelssituaties in de spoedeisende psychiatrie en psychotherapie. Utrecht: De Tijdstroom
4. Achilles R.A., Beerthuis R.J., Ewijk W.M. (redactie) (2014). Handboek Spoedeisende Psychiatrie, p.56. Tweede, geheel herziene druk. Utrecht: De Tijdstroom.
5. Oenen F.J. van, Bernardt C., Post L van der. (2007). Praktijkboek Crisisinterventie. De kunst van het interveniëren in moeilijke behandelssituaties in de spoedeisende psychiatrie en psychotherapie, p.50. Utrecht: DeTijdstroom.
6. Achilles R.A., Beerthuis R.J., Ewijk W.M. (redactie). (2014). Handboek Spoedeisende Psychiatrie. Tweede, geheel herziene druk. Utrecht: De Tijdstroom. Oenen F.J. van, Bernardt C., Post L. van der. (2007). Praktijkboek Crisisinterventie. De kunst van het interveniëren in moeilijke behandelssituaties in de spoedeisende psychiatrie en psychotherapie. Utrecht: DeTijdstroom.
7. Ambulancezorg Nederland, Nederlandse Vereniging van Medisch Managers Ambulancezorg (NVMMA), Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland Ambulancezorg (2015) Kwaliteitskader '(acute) psychiatrie ambulancezorg' (inclusief handreiking). 30 september 2015.
8. Achilles R.A., Beerthuis R.J., Ewijk W.M. (redactie) (2014). Handboek Spoedeisende Psychiatrie. Tweede, geheel herziene druk. Utrecht: De Tijdstroom.
9. NHG, 2011. De samenvatting geeft de actuele problemen weer en bevat informatie over de medicatie en laatste consulten.
10. Luykx, J.J., Moret-Hartman, M., Tempelaar, W.M., Tijdkink, J.K., Vinkers, C.H. en Witte,L.D. de (2017). Acute psychiatrie 2017. Alphen a/d Rijn: Van Zuilten Communications.
11. Oenen F.J. van, Bernardt C., Post L. van der (2007) Praktijkboek Crisisinterventie. De kunst van het interveniëren in moeilijke behandelssituaties in de spoedeisende psychiatrie en psychotherapie. Utrecht: De Tijdstroom. Achilles R.A., Beerthuis R.J., Ewijk W.M. (redactie) (2014). Handboek Spoedeisende Psychiatrie. Tweede, geheel herziene druk. Utrecht: De Tijdstroom. Hoofdstuk 5.
12. Achilles R.A., Beerthuis R.J., Ewijk W.M. (redactie) (2014). Handboek Spoedeisende Psychiatrie. Tweede, geheel herziene druk. Utrecht: De Tijdstroom. Hoofdstuk 19.
13. Achilles R.A., Beerthuis R.J., Ewijk W.M. (redactie) (2014). Handboek Spoedeisende Psychiatrie. Tweede, geheel herziene druk. Utrecht: De Tijdstroom. Hoofdstuk 15.
14. Achilles R.A., Beerthuis R.J., Ewijk W.M. (redactie). (2014). Handboek Spoedeisende Psychiatrie. Tweede, geheel herziene druk. Utrecht: De Tijdstroom. Oenen F.J. van, Bernardt C., Post L. van der. (2007). Praktijkboek Crisisinterventie. De kunst van het interveniëren in moeilijke behandelssituaties in de spoedeisende psychiatrie en psychotherapie. Utrecht: De

Tijdstroom.

15. NVvP, Nederlands Instituut van Psychologen (NIP) en Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN) (2012) Multidisciplinaire richtlijn diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag. Utrecht: De Tijdstroom.
16. Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG), Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV) (2015) NHG/LHV-standpunt: Geestelijke gezondheidszorg in de huisartsenzorg. Utrecht.
17. - Aanjaagteam verwarde personen (2016) Samen doorpakken: Op weg naar een meer persoonsgerichte aanpak voor en met mensen met verward gedrag. - Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (2015) Openbare geestelijke gezondheidszorg. 16 februari 2015. Bilthoven: RIVM.
18. LPGGz, 2014.
19. Anthony, 2002.