

GENERIEKE MODULE

Acute psychiatrie

Maart 2017

Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGz
Postbus 20 062
3502 LB Utrecht
030 282 33 02
secretariaat@kwaliteitsontwikkelingggz.nl

www.kwaliteitsontwikkelingggz.nl



**Kwaliteits-
ontwikkeling**
GGz

Netwerk voor goede zorg

Inhoudsopgave

1	Inleiding	3
1.1	GGz-onderwerp	3
1.2	Doelstelling	3
1.3	Doelgroepen	3
1.4	Uitgangspunten	5
1.5	Betrokken organisaties	6
1.6	Leeswijzer	6
2	Patiënten- en naastenperspectief	7
2.1	Inleiding	7
2.2	Specifieke aandachtspunten	7
2.2.1	Focus van zorg	7
2.2.2	Vorm van zorg	8
2.2.3	Inhoud van zorg	8
2.2.4	Eisen aan zorg	8
2.2.5	Nieuwe situatie	8
2.2.6	Overdracht	9
2.2.7	Adequaat aanbod van crisisinterventies	9
3	Hulpverlening aan personen in een crisissituatie	11
3.1	Inleiding	11
3.2	Vroege onderkenning en preventie	11
3.3	Diagnostiek	12
3.3.1	Persoon in crisis thuis of ergens anders	12
3.3.2	Inschatting crisis door eerste hulpverlener en bepaling urgentie en inzet door psychiatrische hulpverlening	13
3.3.3	Persoon wacht thuis of vervoer naar locatie voor beoordeling	15
3.3.4	Beoordeling persoon in crisis, thuis of op beoordelingslocatie	17
3.3.5	Vervoer naar instelling of terug naar huis	18
3.4	Monitoring	19
3.5	Behandeling, begeleiding en terugvalpreventie	20
3.6	Herstel, participatie, re-integratie en Langdurige en Chronische GGz	20
4	Organisatie van acuut psychiatrische hulpverlening	21
4.1	Betrokken hulpverleners	21
4.1.1	Rollen persoon in crisis en naasten	21
4.1.2	Rollen GGz-instelling, vrijgevestigde GGz-aanbieders en crisisdienst	22
4.1.3	Rollen huisarts/HAP/POH-GGz	25
4.1.4	Rollen politie	26
4.1.5	Rollen meldkamer 112	27
4.1.6	Rollen hulpverleners maatschappelijke opvang/RIBW	28



4.1.7	Rollen vervoerders ambulancezorg	29
4.1.8	Rollen SEH/ziekenhuispsychiatrie	30
4.1.9	Rollen verslavingszorg	31
4.1.10	Rollen overige partijen	31
4.2	Samenwerking	32
4.2.1	Overleg tussen ketenpartners	32
4.2.2	Overige randvoorwaarden	34
4.3	Competenties	34
4.4	Kwaliteitsbeleid	35
4.5	Kosteneffectiviteit en doelmatige zorg	35
4.6	Financiering	36
5	Kwaliteitsindicatoren	37
6	Literatuurverwijzingen	38



1 Inleiding

Deze generieke module beschrijft de inhoud en organisatie van hulpverlening voor personen in een crisissituatie, waarvan het vermoeden bestaat dat zij een acute psychiatrische stoornis hebben. De generieke module is opgesteld in opdracht van het Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGz en is tot stand gekomen in samenwerking met de betrokken ketenpartijen in de acuut psychiatrische hulpverlening. In deze inleiding beschrijven we kort het onderwerp, de doelstelling, de doelgroepen, de uitgangspunten en de betrokken organisaties bij de ontwikkeling van de module. Aan het einde van de inleiding geven we een leeswijzer.

1.1 GGz-onderwerp

Deze generieke module betreft een standaard voor de te verlenen hulp aan personen in een crisissituatie, waarvan het vermoeden bestaat dat zij een acute psychiatrische stoornis hebben en bij wie snel (medisch) ingrijpen noodzakelijk is. In de acute psychiatrie gaat het vaak om ernstige gevallen met gevaarelementen¹, waarbij de-escalatie en snelle en nauwkeurige afstemming, overdracht en samenwerking tussen de (vele) betrokken ketenpartners van groot belang is.

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

1.2 Doelstelling

De doelstelling van deze generieke module 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, dat hulpverleners het oordeel van de persoon en zijn naasten zoveel mogelijk betrekken, en dat hulpverleners 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 psychiatrische 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.

Een crisissituatie kan zich voordoen bij verschillende psychiatrische aandoeningen en problemen, en kan door middel van vroege onderkenning en preventieve interventies mogelijk voorkomen worden. We beschrijven dit meer uitgebreid in paragraaf 3.2. 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.

1.3 Doelgroepen

Definitie van crisis

Deze generieke module beschrijft de benodigde inhoud en organisatie van hulpverlening voor personen (alle leeftijdscategorieën) in een crisissituatie, waarvan het vermoeden bestaat dat zij een acute psychiatrische

stoornis hebben (inclusief verslavingsproblematiek). De kenmerken van de persoon en zijn omgeving bepalen of sprake is van een crisis en wat de omvang van de crisis is. Als onderdeel van de generieke module Acute Psychiatrie hebben ketenpartijen een GGz-triagewijzer (zie Bijlage 1 GGz-triagewijzer) ontwikkeld. Op basis van de kenmerken van de persoon en zijn omgeving bepaalt de voorwacht van de acuut psychiatrische hulpverlening aan de hand van de GGz-triagewijzer de urgentie en inzet van hulpverlening.² De GGz-triagewijzer is erop gericht dat in alle situaties passende hulp geleverd wordt.

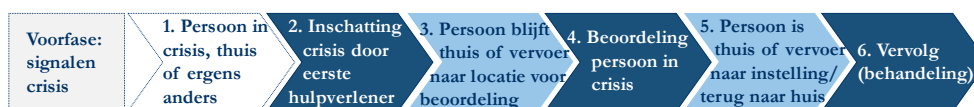
Aanleiding en relatie tot actuele ontwikkelingen

Een knelpuntenanalyse van de acute psychiatrieketen die SiRM – Strategies in Regulated Markets – begin 2015 in opdracht van het ministerie van VWS uitgevoerd heeft, vormt de aanleiding voor deze generieke module. Op basis van de knelpuntenanalyse heeft minister Schippers in mei 2015 veldpartijen de opdracht gegeven om vijf van de geprioriteerde knelpunten³ op te lossen door het ontwikkelen van een multidisciplinaire zorgstandaard. Veldpartijen hebben deze multidisciplinaire zorgstandaard ontwikkeld in de vorm van een generieke module in opdracht van het Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGz.

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, waarvan het vermoeden bestaat dat zij een acute psychiatrische stoornis hebben, maken deel uit van deze groep mensen. Deze generieke module is een standaard, die de inhoud en organisatie van hulpverlening voor personen in crisis met (het vermoeden van) een acute psychiatrische stoornis beschrijft. Bij het schrijven van de generieke module is zoveel mogelijk rekening gehouden met de bredere context en de integrale benadering om er zo voor te zorgen dat deze generieke module en de beweging gestart door het Aanjaagteam elkaar aanvullen en versterken.⁴ De generieke module vormt hiermee een onderdeel van de verbetering die partijen inzetten in de hulpverlening, opvang en ondersteuning voor verwarde personen.⁵ Bij de doorontwikkeling van de generieke module is het van belang om alle partijen die betrokken zijn bij de integrale aanpak voor personen met verward gedrag, waaronder de gemeente, te betrekken.

Beschrijving aan de hand van stappen die persoon kan doorlopen

In Figuur 1 geven we schematisch weer welke stappen een persoon in crisis, bij wie het vermoeden bestaat van een acute psychiatrische stoornis, kan doorlopen. We beschrijven de inhoud en organisatie van hulpverlening in deze generieke module aan de hand van de stappen in het stroomschema. Voor iedere stap geldt dat hulpverleners het oordeel van de persoon in crisis en zijn naasten betrekken bij hun handelen.



Figuur 1. Schematische weergave van stappen, die persoon in crisis met (vermoeden van) acute psychiatrische stoornis, kan doorlopen

- Voorafgaand aan een crisis signaleert de omgeving van de persoon vaak een vatbaarheid voor crisis (voorfase).
- Een persoon kan op verschillende plekken in crisis raken of in crisis aangetroffen worden (stap 1).
- 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).

- Een beoordeling vindt in principe thuis plaats. Indien toch nodig, vindt vervoer naar een eerste opvang ofwel beoordelingslocatie plaats (stap 3, zie paragraaf 3.3.3).
- Vervolgens vindt beoordeling van de persoon in crisis plaats door de psychiatrische hulpverleners (stap 4).
- 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).
- De acuut psychiatrisch hulpverlener bepaalt op grond van de beoordeling in overleg met de persoon in crisis en zijn naasten de behandeling (stap 6).

Beschrijving voor drie verwijssituaties

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

- Een persoon raakt thuis in crisis, de huisarts/HAP verwijst door naar de acuut psychiatrische hulpverlening of de persoon zelf/een naaste neemt contact op met de acuut psychiatrische hulpverlening. Hierbij was ook aandacht voor 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).

We beschrijven de inhoud en organisatie van hulpverlening in deze module zoveel mogelijk generiek. Waar nodig, is de beschrijving specifiek per verwijssituatie. Naast de bovengenoemde drie verwijssituaties zijn ook diverse andere situaties voorstelbaar, welke vaak dezelfde soort keten van hulpverlening vragen, maar die inhoudelijk kunnen verschillen (bijvoorbeeld bij ouderen met cognitieve problemen, minderjarigen, of personen zonder verblijfstatus). Ondanks dat we op deze situaties niet specifiek ingaan in deze module, kan de generieke module ook voor deze situaties gebruikt worden.

1.4 Uitgangspunten

Voor de ontwikkeling van deze generieke module is gebruik gemaakt van de beschikbare standaarden en 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 Crisisinterventies belangrijke input. In de module zijn verwijzingen opgenomen naar de relevante standaarden en documenten.

1.5 Betrokken organisaties

Bij het opstellen van de generieke module waren voornamelijk de volgende organisaties betrokken:

- Ambulancezorg Nederland
- Federatie Opvang
- InEen
- GGZ Nederland
- Landelijk Netwerk Acute Zorg
- Landelijk Platform GGz
- Nederlands Huisartsen Genootschap en Landelijke Huisartsen Vereniging
- Nederlandse Vereniging van Spoedeisende Hulp Artsen
- Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie
- Politie
- Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland

We beschrijven de projectorganisatie en betrokken personen tijdens het project in Bijlage 2 Projectorganisatie.

1.6 Leeswijzer

Hoofdstuk 2 van de generieke module beschrijft de wensen en aandachts- en verbeterpunten voor de acuut psychiatrische hulpverlening vanuit het perspectief van patiënten en hun naasten. Hoofdstuk 3 beschrijft de inhoud van de hulpverlening die personen in een crisissituatie nodig hebben. Hoofdstuk 4 beschrijft welke organisatie nodig is om deze inhoud van hulpverlening te kunnen leveren. Hierbij geven we onder andere aan wat de rollen en verantwoordelijkheden zijn van de persoon in crisis, zijn naasten en vaak betrokken hulpverleners. Hoofdstuk 5 beschrijft de kwaliteitsindicatoren.

We geven een uitleg bij de gehanteerde definities en afkortingen in de module in Bijlage 3 Leeswijzer: juridisch kader, definities en afkortingen. Daarnaast beschrijven we in bijlage 3 wat de juridische randvoorwaarden zijn bij het betrekken van naasten. Alle bijlagen behorend bij deze module zijn afzonderlijk bij de module gepubliceerd.

2 Patiënten- en naastenperspectief

In dit hoofdstuk heeft het LPGGz 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.⁶ Bij het betrekken van de naasten houden hulpverleners zich aan het hiervoor geldende juridische kader (zie Bijlage 3 Leeswijzer: juridisch kader, definities en afkortingen).

2.1 Inleiding

De balans in het leven is op het moment van 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 naaste is hierbij van belang en vaak beter haalbaar dan gedacht.

In paragraaf 2.2 beschrijven we de aandachts- en verbeterpunten voor de acuut psychiatrische hulpverlening vanuit patiënten- en naastenperspectief. De [Basisset Kwaliteitscriteria in de GGz vanuit patiënt- en familieperspectief](#) vormt de basis voor deze beschrijving.

2.2 Specifieke aandachtspunten

2.2.1 Focus van zorg

De hulpverlening in het geval van 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.

In het eerste contact probeert de hulpverlener de situatie 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.

Wanneer deze aanpak onvoldoende werkt, kan de hulpverlener overgaan tot drang en dwang. Dit is echter het laatste redmiddel. Zolang iemand nog in crisis zit, moet de hulpverlening nog niet vooruit lopen op vervolgafspraken.

Voor een deel van de personen in crisis biedt het geen oplossing om hen uit de situatie te halen en hen elders te plaatsen. 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.

2.2.2 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, welke wanneer nodig geactualiseerd wordt (zie paragraaf 3.2).

Naasten kunnen het overnemen van de regie door de acut psychiatische 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.

2.2.3 Inhoud van zorg

Adequate hulpverlening in crisissituaties is gericht op het eerdergenoemde 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.

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 acut wordt ingeschat blijft de hulpvraag staan. De wens van patiënten en naasten is dat er een duidelijk meldpunt⁷ 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.

2.2.4 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.

Het is van belang om vanuit de geldende protocollen te werken, maar ook vanuit de wensen van de persoon in crisis en zijn naasten. Vanwege de acute situatie kan er spanning optreden tussen het snel 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.

2.2.5 Nieuwe situatie

Wanneer een persoon uit de situatie wordt gehaald en elders wordt geplaatst, 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'.

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.

2.2.6 Overdracht

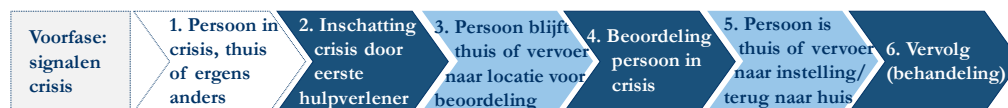
Overdrachtmomenten zijn risicogevoelig, waardoor er voor patiënten en naasten vaak zaken misgaan tijdens deze momenten. Wat patiënten en naasten betreft, is er pas overgedragen als iemand op een plek is aangekomen die alle betrokken partijen zoveel mogelijk accepteren.

Als de persoon weer naar de eigen situatie teruggaat, moet er aandacht zijn voor de relationele of maatschappelijke aspecten. De psychiatisch hulpverlener dient goed in te schatten of de persoon door de interventie weer stabiel is of dat er 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.

2.2.7 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.⁸ Personen die eerder een crisis hebben doorgemaakt, bezitten vaak een crisiskaart, waarin de gewenste eerste interventies staan beschreven (zie paragraaf 3.2).

De toe te passen interventies zijn afhankelijk 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 psychiatrische stoornis kan doorlopen (zie Figuur 2) over het algemeen verschillende generieke interventies en competenties van professionals gewenst zijn. Deze interventies en competenties beschrijven we in deze paragraaf.



Figuur 2. Schematische weergave van stappen, die persoon in crisis met (vermoeden van) acute psychiatrische stoornis, kan doorlopen

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

- Bij de triage maakt de acut psychiatrische hulpverlening gebruik van de GGz-triagewijzer (zie Bijlage 1 GGz-triagewijzer). Voor personen in crisis en naasten is het van belang dat de verwijzer en acut psychiatrische hulpverlening 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 acut 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 voorwacht van de acut psychiatrische hulpverlening een inschatting van de ernst van de situatie. Hierbij bepaalt de voorwacht 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 voorwacht en verwijzer schetsen overeenkomen met

de werkelijke acties die ondernomen worden, zodat de persoon en zijn naasten geen onrealistische verwachtingen krijgen.

- De verwijzer en voorwacht 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, 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 generieke module Drang en dwang.

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.

3 Hulpverlening aan personen in een crisissituatie

3.1 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 Bijlage 1 GGz-triagewijzer) ontwikkeld.

In dit hoofdstuk beschrijven we de gewenste inhoud van hulpverlening voor personen in crisis waarvan het vermoeden bestaat dat zij een acute psychiatrische stoornis hebben. In paragraaf 3.2 beschrijven we hoe in de 'voorfase' (stap 0 van het zorgproces, zie Figuur 3) door middel van vroege onderkenning en preventie een crisissituatie voorkomen zou kunnen worden. In paragraaf 3.3 beschrijven we de inhoud van de hulpverlening vanaf het moment dat de crisis daadwerkelijk ontstaat (stap 1 t/m 5). In paragraaf 3.4 tot en met 3.6 gaan we kort in op de inhoud van de hulpverlening bij de vervolghandeling (stap 6).



Figuur 3. Schematische weergave van stappen, die persoon in crisis met (vermoeden van) acute psychiatrische stoornis, kan doorlopen

Waar nodig specificeren we de beschrijving van de inhoud van de hulpverlening naar de drie verwijssituaties.

Voor alle stappen geldt dat hulpverleners zich bij het betrekken van naasten houden aan het hiervoor geldende juridische kader (zie Bijlage 3 Leeswijzer: juridisch kader, definities en afkortingen). Daarnaast geldt voor alle stappen dat verwijzers en acuut psychiatrisch hulpverleners de politie kunnen benaderen voor het verlenen van assistentie, wanneer sprake is van een hoog agressieniveau of sprake lijkt te zijn van het plegen van een strafbaar feit. Verwijzers/acuut psychiatrisch hulpverleners en politie erkennen hierbij elkaars professionele oordeel. Discussie over terechte of onterechte politieassistentie vindt *achteraf* plaats.

3.2 Vroege onderkenning en preventie

Voorafgaand aan een crisissituatie merken de persoon zelf en/of zijn naasten in een deel van de gevallen dat hij vatbaar is voor een crisis. Naast de naastbetrokkenen spelen huisartsen, de POH-GGz, wijkverpleegkundigen, de maatschappelijke ondersteuning, de wijkagent, scholen, sociale wijkteams, werkgevers, GGz-hulpverleners en hulpverleners in ziekenhuizen een belangrijke rol in de vroege onderkenning en preventie. Deze hulpverleners kunnen als het nodig is advies vragen aan de psychiatrische hulpverleners of ervaringswerkers. Hulpverleners kunnen met vroege onderkenning en preventie een crisissituatie bij een persoon mogelijk voorkomen.

De aanpak voor vroege onderkenning en preventie is anders voor personen die eerder vanwege crisis in contact zijn geweest met de psychiatrische hulpverlening dan voor personen die niet eerder vanwege crisis in contact zijn geweest.

Personen die niet eerder vanwege crisis in contact zijn geweest met de psychiatrische hulpverlening

Als het gaat om personen die niet eerder een crisissituatie doorgemaakt hebben, 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.⁹
- 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.

Personen die eerder vanwege crisis in contact zijn geweest met de psychiatrische hulpverlening

Een aanzienlijk deel van de acuut psychiatrische patiënten heeft eerder een crisis doorgemaakt.¹⁰ 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.¹¹ Een model voor een plan voor crisisafspraken vindt u in Bijlage 5 Model voor plan voor crisisafspraken en [hier](#). In de crisisafspraken is bijvoorbeeld opgenomen wat de signalen zijn die de persoon vertoont in de voorfase van een crisis, bij welk type levensgebeurtenissen de persoon vatbaarder is voor crisis, en wat de actiepunten voor de persoon en zijn omgeving zijn 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 de persoon 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.

Voor personen met crisisafspraken is het streven dat zij een *crisiskaart* bij zich dragen. De crisiskaart 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. Meer informatie over de crisiskaart vindt u [hier](#). De persoon stelt de crisiskaart op samen met zijn naasten en/of de betrokkenen bij de crisis en wordt daarbij ondersteund door een consulent¹². De consulent deelt de crisiskaartinformatie, als de persoon daar toestemming voor geeft, met de hulpverleners van de persoon (waaronder de huisarts¹³). Daarnaast vraagt de consulent aan de persoon of hij de crisiskaart wil laten registeren bij de regiebehandelaar en HAP en, indien daar redenen toe zijn, de politie¹⁴, zodat deze hulpverleners in geval van een crisissituatie direct de juiste personen in kunnen schakelen. De persoon en zijn naasten evalueren en actualiseren (als nodig) de crisiskaart in samenwerking met de consulent minimaal eens per jaar.

3.3 Diagnostiek

3.3.1 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 is¹⁵:

- Somatische en psychiatrische 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
- Of de persoon een juridisch kader heeft: BOPZ-maatregel/strafrecht
- 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 paragraaf 3.2).

3.3.2 Inschatting crisis door eerste hulpverlener en bepaling urgentie en inzet door psychiatrische hulpverlening

Hieronder beschrijven we per verwijssituatie op welke manier 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 ofwel een tweede triage toepast.

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 NTS.¹⁶ Zo beoordeelt de triagist de ernst en urgentie en bepaalt de triagist 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 agressierisico¹⁷ of 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.

De huisarts sluit eerst somatische problematiek uit, vóórdat hij acuut psychiatrische hulpverlening inschakelt. Hierbij heeft hij extra aandacht voor de volgende doelgroepen:

- Eerste psychose
- Vermoeden van intoxicatie
- Delier
- Persoon is 40 jaar of ouder en heeft geen psychiatrische voorgeschiedenis
- Persoon is 65 jaar of ouder en heeft een psychiatrische 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 psychiatrische 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 politiewerk¹⁸](#) geeft een leidraad voor de wijze waarop politiemensen een persoon, bij wie het vermoeden bestaat van een crisis, moeten benaderen. Politiebeambten schatten op basis van hun ervaring en scholing in of acuut psychiatrische hulpverlening nodig is. Hierbij kan politie de GGz-triagewijzer (zie Bijlage 1 GGz-triagewijzer) als hulpmiddel gebruiken.

De [informatiebrochure voor politiemensen voor GGZ-gerelateerd politiewerk](#) beschrijft welke informatie de psychiatrisch hulpverlener nodig heeft van politie voor aanmelding bij de acuut psychiatrische hulpverlening. Voor niet-bekende patiënten kan de voorwacht 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 basis hiervan kan de politiebeambte besluiten of en zo ja hoe zij 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.¹⁹ 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.²⁰

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 instructies²¹ om in te schatten welk type

hulpverlening de persoon nodig heeft: huisartsenzorg, (acuut) specialistische somatische zorg, acuut psychiatrische hulpverlening²² en/of inzet van politie. Hiervoor heeft hij informatie over de persoon nodig (zie paragraaf 3.3.1).

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 de eerste hulpverlener (telefonisch) contact op met de acuut psychiatrische hulpverlening. Voor verwijzers moet duidelijk zijn hoe zij de acuut psychiatrische hulpverleners kunnen bereiken.²³ Een checklist en voorbeelden van samenwerkingsafspraken tussen HAP's en de GGz vindt u [hier](#).

Het Handboek Spoedeisende Psychiatrie²⁴ en het Praktijkboek Crisisinterventie²⁵ beschrijven de informatie die de voorwacht van de acuut psychiatrische hulpverlening²⁶ nodig heeft bij aanmelding van de persoon (zie ook Bijlage 8 Benodigde informatie voor triage door voorwacht crisisdienst). De voorwacht van de acuut psychiatrische hulpverlening maakt op basis van de informatie van de verwijzer een inschatting van de urgentie en bepaalt op basis hiervan welke inzet van acuut psychiatrische hulpverlening op welke termijn nodig is. Hiervoor maakt de voorwacht gebruik van de GGz-triagewijzer (zie Bijlage 1 GGz-triagewijzer). Als somatiek nog niet uitgesloten is, dan kan de voorwacht inzet van (acuut) somatische zorg adviseren.

Op basis van de telefonische triage informeert de voorwacht de verwijzer over de geschatte wachttijd op de acuut psychiatrische hulpverlening. Het is van belang dat de voorwacht en de verwijzer afspraken maken over het bewaken van de veiligheid gedurende de wachttijd op de acuut psychiatrisch hulpverlener.²⁷ De verwijzer informeert de persoon en zijn naasten over de gemaakte afspraken met de acuut psychiatrisch hulpverlener. De voorwacht van de acuut psychiatrische hulpverlening 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 paragraaf 3.4).

3.3.3 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 noodzakelijk²⁸:

- 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. Als onderdeel hiervan dient er tijdens de wachttijd 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 vervoer²⁹:

- 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 psychiatrisch hulpverlener. Hierbij maakt de verwijzer zoveel mogelijk gebruik van de SBAR (bij voorkeur de [SBAR voor de acute psychiatrie](#)).
- 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.³⁰
- De bejegening van vervoerders is gericht op versterking van de eigen kracht van de persoon gebaseerd op herstel ondersteunende 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 psychiatrische patiënten.³¹
- 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.³² Als sprake is van een hoog agressieniveau³³ ondersteunt politie bij het vervoer.
- 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 (bij voorkeur de [SBAR voor de acute psychiatrie](#)).

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 psychiatrische patiënten. De bejegening is gericht op het versterken van de eigen kracht van de persoon en volgens de herstel ondersteunende 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 en is een patiëntvriendelijke locatie (zoveel mogelijk prikkelarm en met daglicht) met patiëntvriendelijke spreekkamers. De ruimte beschikt over faciliteiten voor basaal lichamelijk onderzoek.³⁴ In geval van nood zijn in de onmiddellijke omgeving van de beoordelingsruimte beperkende maatregelen toepasbaar (conform de Wet BOPZ). Deze maatregelen worden alleen toegepast indien dit sterk in het belang is van de persoon en/of zijn omgeving.³⁵
- De locatie is alléén een politiecel als er sprake is van (verdenking op) 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 bovenstaande criteria ook aan de criteria, zoals beschreven in de [Praktijktuets Spoed Eisende Hulp](#) en de verscherping³⁶ 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.

3.3.4 Beoordeling persoon in crisis, thuis of op beoordelingslocatie

Bij de beoordeling van een persoon in crisis houden acuut psychiatrisch hulpverleners zich aan de richtlijnen die de instelling en de beroepsgroep stellen, waaronder het kwaliteitsstatuut van de instelling³⁷, het [expertisegebied SPV](#) en het [beroepsdeelprofiel verpleegkundig specialist GGz](#). SPV’ en verpleegkundig specialisten GGz moeten bekwaam zijn voor crisisbeoordelingen en -interventies: crisisbeoordelingen/-interventies vergen specifieke deskundigheid en daarom ervaring en scholing.

Een SPV/verpleegkundig specialist voert de beoordeling samen met een A(N)IOS (of psychiater) uit.³⁸ Tijdens de beoordeling werken de SPV/verpleegkundig specialist en A(N)IOS 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.

Voorafgaand aan het bezoek aan de persoon schat de acuut psychiatrische hulpverlening het agressierisico van de persoon in. Hoofdstuk 12 van het Handboek Spoedeisende Psychiatrie beschrijft de hoofdprincipes van de agressietaxatie die in crisissituaties plaatsvindt. Voor de agressietaxatie is gebruik van de [checklist van Nijman en Penterman ‘Risico crisisdienst’](#) aan te raden. 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.

De psychiatrisch hulpverlener houdt bij de beoordeling rekening met de omstandigheden van de beoordelingslocatie en de verstandelijke vermogens en culturele context van de persoon³⁹. Hoofdstuk 9 van het Handboek Spoedeisende Psychiatrie beschrijft voor verschillende locaties en omgevingsfactoren met welke omstandigheden de psychiatrisch hulpverlener rekening dient te houden.

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.⁴⁰ Voor bekende GGz-patiënten is overleg met de hulpverlener bij wie de persoon in zorg is of was van belang. Hiervoor is toestemming van de persoon nodig. In geval van een BOPZ-beoordeling gelden afwijkende regels.⁴¹ Voor informatie over potentieel agressierisico en/of wapenbezit raadpleegt de psychiatrisch hulpverlener de politie.⁴²

In de opleiding en bijscholing voor de acuut psychiatrische hulpverlening wordt voor het opbouwen van kennis voor een crisisbeoordeling gebruik gemaakt van verschillende bronnen:

- Als er sprake is van suïcidaliteit hanteert de psychiatrische hulpverlening de generieke module Diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag.⁴³



- Het acute boekje voor de psychiatrie⁴⁴ 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.
- Het Praktijkboek Crisisinterventie beschrijft toe te passen interventies in een crisis en geeft daarnaast handvatten voor de gespreksvoering en het opbouwen van een goede samenwerkingsrelatie met de persoon in crisis.
- Hoofdstuk 5 van het Handboek Spoedeisende Psychiatrie biedt handvatten voor de diagnostiek van de persoon in crisis.

Een voorbeeld van een formulier waarin de psychiatisch hulpverlener informatie op basis van de toegepaste beoordeling kan registreren vindt u [hier](#). De psychiatisch hulpverlener bespreekt de uitkomst van de diagnostiek met de persoon en zijn naasten en bepaalt het zorgbeleid in overleg met de persoon en zijn naasten.

De beoordelende arts/psychiater⁴⁵ kan een geneeskundige verklaring opstellen en een verzoek indienen voor een IBS-maatregel bij de burgemeester. Dit doet de arts/psychiater als hij beoordeelt dat opname nodig is, maar de persoon niet opgenomen wil worden en als gevolg van de psychiatrische stoornis een acuut gevaar voor zichzelf of zijn omgeving vormt (en het gevaar niet op een andere manier afgewend kan worden). Op die manier wordt de persoon onvrijwillig toegeleid naar passende zorg. Een beschrijving van de (wettelijke) procedure vindt u in hoofdstuk 16 en 17 van het Handboek Spoedeisende Psychiatrie en de [Wet BOPZ](#).

Beoordeling van personen die onder invloed zijn van alcohol of drugs

Voor de beoordeling van personen die onder invloed zijn, geldt dat eerst een somatische screening plaatsvindt. Hoofdstuk 19 van het Handboek Spoedeisende Psychiatrie dient hierbij als leidraad. De arts kan geneesmiddelen toedienen om het afvoeren van aanwezige giftige stoffen in het lichaam te starten. Hoofdstuk 15 van het Handboek Spoedeisende Psychiatrie dient hierbij als uitgangspunt. Daarnaast zijn voor verschillende verslavende middelen (regionale) specifieke protocollen opgesteld.⁴⁶

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. Herbeoordelingen kunnen nodig zijn, deze 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 omgeving⁴⁷ blijft tot hij (weer) naar huis kan.

3.3.5 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 paragraaf 3.3.3). Daarnaast gelden de volgende voorwaarden:

- De psychiatrisch hulpverlener heeft met de persoon besproken in hoeverre hij een behandeling krijgt, welke behandeling hij krijgt en waar de behandeling plaatsvindt.
- De psychiatrisch 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 de [SBAR voor de acute psychiatrie](#)).
- Tussen de psychiatrisch hulpverlener en vervoerders zijn afspraken gemaakt over de verantwoordelijkheid in de wachttijd op de vervoerders.

Als het nodig is, ontvangt de persoon psychiatrische en/of somatische zorg tijdens het vervoer. Verdere voorwaarden voor 'medisch/verpleegkundig' vervoer treft u in het [Kwaliteitskader \(acute\) psychiatrie ambulancezorg](#) en het [Landelijk Protocol Ambulancezorg](#).⁴⁸

3.4 Monitoring

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 en dient de [richtlijn inzake het omgaan met medische gegevens van de KNMG](#) als uitgangspunt. Zie ook Bijlage 3 Leeswijzer: juridisch kader, definities en afkortingen.
- De huisarts: in de [NHG-Richtlijn Informatie uitwisseling huisarts – tweedelijns 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.⁴⁹ De [Generieke module Landelijke Samenwerkingsafspraken](#) en de [Handreiking regionale samenwerkingsafspraken HAP + Acute GGz](#) beschrijven verder welke gegevensuitwisseling nodig is tussen de huisarts en de GGz.

De psychiatrisch hulpverlener deelt alleen informatie die noodzakelijk is voor 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 gedwongen maatregel: in dit geval probeert de behandelaar toestemming te krijgen, maar is het geen vereiste voor de uitwisseling van informatie. Zie onderdelen in de [Wet BOPZ](#) voor meer informatie.

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 relevant⁵⁰. Een GGz-behandelaar kan daarnaast een 'vooraanmelding' doen bij een GGz-crisisdienst, waarbij hij via de huisarts de HAP op de hoogte stelt.

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 paragraaf 3.2). 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 paragraaf 3.2).

Gezamenlijk evalueren

In een structureel overleg met de ketenpartners in de acut psychiatrie evalueert de acut psychiatrie 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.

3.5 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 acut psychiatrie 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 acut psychiatrie 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 reguliere 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 reguliere 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 behandeltraject door de GGz 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. Voor de behandeling, begeleiding en terugvalpreventie verwijzen we u verder naar de diagnose specifieke zorgstandaarden.

Tijdens de behandeling dienen zorgprofessionals zich ervan bewust te zijn dat naasten vaak behoefte hebben aan uitleg, hulp en steun.⁵¹ 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 generieke module 'Samenwerking en ondersteuning naasten van mensen met psychische problematiek'.⁵²

3.6 Herstel, participatie, re-integratie en Langdurige en Chronische GGz

De behandeling dient zoveel mogelijk gericht te zijn op de ondersteuning van het herstel van de persoon. We verwijzen u hiervoor naar de Generieke module Herstelondersteuning.

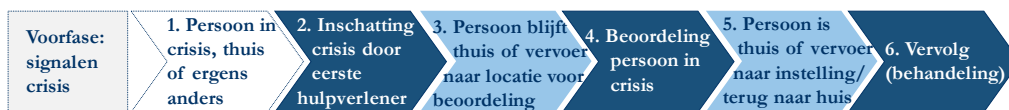
4 Organisatie van acuut psychiatrische hulpverlening

Dit hoofdstuk beschrijft welke organisatie nodig is om de inhoud van hulpverlening te bieden voor personen in een crisissituatie, bij wie het vermoeden bestaat van een acute psychiatrische stoornis, zoals beschreven in hoofdstuk 3. Het grootste onderdeel van het hoofdstuk betreft paragraaf 4.1, waarin we de rollen beschrijven van de persoon in crisis en zijn naasten en de hulpverleners die vaak betrokken zijn. In de overige paragrafen beschrijven we de verdere voorwaarden voor een goede inhoud en organisatie van acuut psychiatrische hulpverlening.

Voor alle stappen geldt dat hulpverleners zich bij het betrekken van naasten houden aan het hiervoor geldende juridische kader (zie Bijlage 3 Leeswijzer: juridisch kader, definities en afkortingen).

4.1 Betrokken hulpverleners

Bij de hulpverlening voor personen in een crisissituatie met (het vermoeden van) een acute psychiatrische stoornis zijn diverse hulpverleners betrokken. In deze paragraaf beschrijven we welke rollen de persoon in crisis, zijn naasten en vaak betrokken hulpverleners vervullen. We beschrijven de rollen per stap die een persoon in crisis, bij wie het vermoeden bestaat van een acute psychiatrische stoornis, kan doorlopen (zie Figuur 4). Hierbij beschrijven we alleen de rollen voor de stappen die relevant zijn voor de betreffende partij.



Figuur 4 Schematische weergave van stappen, die persoon in crisis met (vermoeden van) acute psychiatrische stoornis, kan doorlopen

4.1.1 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.⁵³
- Wanneer de persoon eerder een crisis doorgemaakt heeft, zijn bij voorkeur crisisafspraken in bijvoorbeeld de vorm van een crisis- of signaleringsplan beschikbaar (zie paragraaf 3.2). Deze crisisafspraken 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 kantooruren contact opnemen met de huisartsenvoorziening of de regiebehandelaar. Buiten kantooruren 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 voor de crisisinterventie en het zorgbeleid. 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 paragraaf 3.2 voor meer informatie). De persoon en zijn naasten evalueren de crisiskaart minimaal één keer per jaar in samenwerking met de consulent.
- Personen die behandeld zijn in de GGz hebben de mogelijkheid om zich te laten scholen tot ervaringswerker.⁵⁴ 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.

4.1.2 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 kwaliteitsstatuten van instellingen (zie paragraaf 4.2.1).
- 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 bekende GGz-patiënten is de eigen regiebehandelaar binnen kantooruren verantwoordelijk voor het in gang zetten van het opschalen van zorg.⁵⁵
- 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.
- Wanneer de voorwacht van de crisisdienst in gesprek is als de verwijzer belt, dan belt de voorwacht zo snel mogelijk, maar in ieder geval binnen een kwartier, terug.



- De voorwacht 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 voorwacht bepaalt de urgentiegraad met behulp van de GGz-triagewijzer (zie Bijlage 1 GGz-triagewijzer). De voorwacht van de crisisdienst erkent bij de triage het professionele oordeel van de verwijzer en betreft het oordeel van de persoon en zijn naasten.⁵⁶
- De voorwacht van de crisisdienst informeert de verwijzer over de geschatte wachttijd op de crisisdienst. Daarnaast informeert de voorwacht de persoon in crisis en zijn naasten over de gemaakte afspraken (niet-privacygevoelige informatie). De voorwacht kan de verwijzer vragen om de persoon in crisis en zijn naasten te informeren.
- De voorwacht 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.⁵⁷ Als dit niet veilig lijkt, zoeken partijen samen naar een oplossing. De acut psychisch hulpverlener en verwijzer bespreken hierbij in hoeverre het mogelijk is voor de verwijzer om bij de persoon te wachten tot de crisisdienst arriveert.⁵⁸
- 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.⁵⁹
- 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 voorwacht 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 voorwacht 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 agressieniveau⁶⁰ 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 paragraaf 4.2.

Stap 4: Beoordeling persoon in crisis

Algemeen:

- Als de voorwacht inschat dat begeleiding van politie nodig is in verband met een hoog agressieniveau of een strafbaar feit (inschatting bijvoorbeeld op basis van de Bijlage 6 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 acut psychisch 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 (voorwacht 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 acut 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 acut 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.⁶¹
- Indien vervoer naar een instelling nodig is, is de acut 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 acut 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 acut psychiatrische hulpverlening beschikbaar aan de persoon en zijn naasten.
- Als er sprake is van een hoog agressieniveau⁶² 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 acut 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 paragraaf 3.2). 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 consultant 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.⁶³ Deze ervaringswerkers kunnen onder andere een rol vervullen op beoordelingslocaties.

4.1.3 Rollen huisarts/HAP/POH-GGz

Stap 0: Voorfase – signalen van crisis

- De huisarts en POH-GGz spelen een belangrijke rol in de vroege onderkenning en preventie van crisis. Bijlage 4 beschrijft de beschermende en uitlokkende factoren van een crisis.
- Indien de huisarts en/of POH-GGz advies nodig heeft van de gespecialiseerde GGz, dan neemt hij hiermee contact op (zie paragraaf 4.2.1).⁶⁴
- 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 agressieniveau⁶⁵ of wanneer sprake lijkt te zijn van een strafbaar feit schakelt de triagist politie in.⁶⁶ 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 paragraaf 4.2).
- De huisarts/HAP informeert de voorwacht van de acuut psychiatrische hulpverlening en beantwoordt de gestelde vragen, zodat de voorwacht 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.⁶⁷ 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.⁶⁸
- 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.⁶⁹
- 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 voorwacht van de acuut psychiatrische hulpverlening.
- Als er sprake is van een hoog agressieniveau⁷⁰ of sprake lijkt te zijn van het plegen van een strafbaar feit, schakelt de huisarts/HAP politie in.

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 ook paragraaf 3.4). 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.

4.1.4 Rollen politie

In deze paragraaf beschrijven we de rollen van politie in de situaties, waarin politie de persoon in crisis verwijst 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.⁷¹ Daarnaast verstrekt politie informatie over potentieel agressierisico en/of wapenbezit.⁷²

Stap 0: Voorfase – signalen van crisis

- De wijkagent kan een rol spelen in de vroege onderkenning 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 paragraaf 4.2.1).

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 psychiatrisch in 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.⁷³ 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 paragraaf 4.2).
- Politie geeft de informatie die de voorwacht 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 acut 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 acut psychiatrische hulpverlening (niet-privacygevoelige informatie).

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

- De acut psychiatrisch hulpverlener bepaalt, op basis van de 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 acut 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.⁷⁴ Als dit niet veilig lijkt, zoeken partijen samen naar een oplossing. De acut 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.⁷⁵
- 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 paragraaf 3.3.3 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 voorwacht 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.⁷⁶

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.⁷⁷

4.1.5 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 voorwacht van de acut psychiatrische hulpverlening (zie de Bijlage 1 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.

4.1.6 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 onderkenning 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 paragraaf 4.2.1).
- 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 paragraaf 3.3.1).

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.⁷⁸ 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 voorwacht van de acuut psychiatrische hulpverlening vraagt zo zorgvuldig mogelijk door, zodat zo goed mogelijk triage 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.⁷⁹
- 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 voorwacht van de crisisdienst.
- Als er sprake is van een hoog agressieniveau⁸⁰ 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, 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.

4.1.7 Rollen vervoerders ambulancezorg⁸¹

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 IBS of RM 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 beschrijving van voorwaarden in paragraaf 3.3.3. Verdere voorwaarden voor ambulancevervoer zijn beschreven in het [Kwaliteitskader \(acute\) psychiatrie ambulancezorg](#) en het [Landelijk Protocol Ambulancezorg](#).
- De 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.⁸²
- 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.

4.1.8 Rollen SEH/ziekenhuispsychiatrie

Stap 0: Voorfase – signalen van crisis

- De PAAZ/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 paragraaf 4.2). De (hulpverlening op de) SEH voldoet dan aan de voorwaarden zoals beschreven in paragraaf 3.3.3. 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. De generieke module Ziekenhuispsychiatrie beschrijft de te leveren kwaliteit van zorg voor personen met psychiatrische 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.⁸³

- Wanneer vervoer naar een instelling nodig is, is de acut psychiatisch 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 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 paragraaf 3.2). 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.

4.1.9 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 acut 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 acut psychiatrische hulpverlening en verslavingszorg gezamenlijk verantwoordelijk voor het regelen van dit uitslaapbed.

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

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

4.1.10 Rollen overige partijen

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

- Regulerende partijen, als de NZa en VWS, zorgen dat voldaan wordt aan de randvoorwaarden voor regulering en bekostiging.⁸⁴
- 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.⁸⁵

- Wijkverpleegkundigen, het sociaal wijkteam, scholen, werkgevers en hulpverleners in ziekenhuizen spelen een belangrijke rol in de vroege onderkenning en preventie van crisis (stap 0). Deze personen kunnen als het nodig is advies vragen aan de huisarts, psychiatrische hulpverlening of ervaringswerkers⁸⁶ (zie ook paragraaf 4.2.1).
- 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 en maken samen met de andere relevante ketenpartners afspraken over de beoordelingslocatie. Zie hiervoor paragraaf 4.2.1.
- (Loco-)burgemeesters spelen een rol bij het afgeven van de IBS (stap 4, zie paragraaf 3.3.4).
- 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 paragraaf 4.2). Daarnaast heeft het Openbaar Ministerie een belangrijke rol in de Wet BOPZ.
- 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.

4.2 Samenwerking

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

4.2.1 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 hierbij aan te sluiten bij bestaande overlegstructuren. In veel regio's is aansluiting bij de ROAZ-structuur het meest logisch.

Aan het overleg nemen tenminste de volgende partijen deel:

- Ambulancezorg
- Gemeenten (waaronder GGD, sociale wijkteams, jeugd GGz, Veilig Thuis en Veiligheidshuizen)
- GGz-instellingen en crisisdiensten
- Regionale vertegenwoordiging van huisartsenvoorzieningen
- Huisartsenposten
- Maatschappelijke opvang
- Openbaar Ministerie
- Vertegenwoordigers van patiënten en naasten⁸⁷
- Politie
- RIBW (beschermd wonen)
- Verslavingszorg
- Ziekenhuizen (algemene ziekenhuizen en universitaire medische centra)

Daarnaast kunnen de volgende partijen aansluiten op indicatie:

- Arrestantenzorg
- Asielzoekerscentra
- NIFP
- Openbaar Ministerie
- Penitentiare Inrichting/Penitentiair Psychiatrisch Centrum
- Verpleeghuizen
- Vertegenwoordiger sociale pensions/Leger des Heils
- Vertegenwoordiger verstandelijk beperkten
- Wijkagent
- Zorgverzekeraars⁸⁸

Het bestuurlijk overleg vindt minimaal eens per kwartaal plaats.⁸⁹ 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.

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 beoordelingslocaties⁹⁰?
 - De locatie voor beoordeling moet voldoen aan de beschrijving van voorwaarden in paragraaf 3.3.3.
 - Zorgverzekeraars en gemeenten dienen onderling afspraken te maken over de organisatie, omvang en financiering van beoordelingslocaties⁹¹.
- 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)?⁹²
- Hoe wisselen de ketenpartners gegevens/informatie uit (onder andere hoe dit technisch kan) en op welke manier wordt de gegevensuitwisseling gefinancierd?
- Op basis van de beschreven rollen van de betrokken hulpverleners in paragraaf 4.1 van de generieke module: afstemmen van de verwachtingen over de bereikbaarheid, beschikbaarheid, rollen en verantwoordelijkheden. Hieronder vallen afspraken om de continuïteit van hulpverlening te kunnen garanderen: onder andere afspraken over de beschikbaarheid van crisis- en BOPZ-bedden.

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.

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 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.

4.2.2 Overige randvoorwaarden

Naast de randvoorwaarde van structureel overleg tussen alle betrokken ketenpartners, waarin de beschreven afspraken worden gemaakt, 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 Bijlage 1).
- De GGz-instelling heeft voldoende capaciteit om te voldoen aan de beschreven rollen in paragraaf 4.1.2. Speciale aandacht gaat hierbij uit naar voldoende capaciteit van de intensieve ambulante behandeling⁹³ en acute opnamebedden.
- 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 samenwerkingsafspraken 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. Voorbeelden van samenwerkingsafspraken voor personen onder invloed van alcohol vindt u [hier](#).
- GGz-instellingen (waaronder de crisisdiensten), ziekenhuizen, politie en het Openbaar Ministerie hebben samenwerkingsafspraken voor personen in crisis die een strafbaar feit gepleegd hebben. Voorbeelden van samenwerkingsafspraken vindt u [hier](#) en [hier](#).

4.3 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 meeleven, 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 hulpverleners die betrokken zijn bij de hulpverlening voor personen in crisis geldt dat om de hulpverlening, zoals beschreven in hoofdstuk 3, te kunnen leveren, voor een deel van de hulpverleners bijscholing gewenst is. Het is relevant om bij deze scholing ervaringsdeskundigen/naasten te betrekken. Op regionaal niveau spelen de ROAZ en bestaande scholingsstructuren een belangrijke rol in de scholing. Goede afstemming en samenwerking is hierbij noodzakelijk.

4.4 Kwaliteitsbeleid

De betrokken hulpverleners (zie paragraaf 4.1) geven de rollen en afspraken in deze generieke module 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:
 - Urgentie
 - Wachttijden: Wachttijd tot telefonisch contact voor aanmelding en wachttijd vanaf aanmelding tot arriveren van de acuut psychiatrisch hulpverlener, in minuten
 - Beoordelingslocatie
 - Aard van de psychiatrische stoornis
 - Wie is de verwijzer?
 - Wat was de verwijzreden?
 - Demografische gegevens
 - Welke vervolgbehandeling is gestart?

4.5 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 generieke module ontwikkeld is (zie Bijlage 1 GGz-triagewijzer). Bij de ontwikkeling van deze triagewijzer vormden zowel de kwaliteit van hulpverlening als de betaalbaarheid van hulpverlening belangrijke afwegingen voor het maken van keuzes voor de inzet van

zorg en wachttijden. De GGz-triagewijzer moet nog verder getoetst en geëvalueerd worden in de praktijk, waarna implementatie kan plaatsvinden.

- Ook bij de andere onderdelen in de hulpverlening voor personen in crisis, bij wie het vermoeden bestaat van een acute psychiatrische 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. Hierbij is het van belang te realiseren dat de kosten voor de inzet van goede preventieve middelen in de regel lager zijn dan de kosten voor een daadwerkelijke crisis en dat 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.

4.6 Financiering

Belangrijke financieringsbronnen voor de hulpverlening die beschreven is in deze generieke module 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 is dat financiering beschikbaar is voor de beschreven hulpverlening in deze generieke module. De NZa zal in [opdracht](#) van de minister van VWS op basis van deze generieke module 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. Minister Schippers en minister Van der Steur 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.

5 Kwaliteitsindicatoren

Om de kwaliteit van de acuut psychiatrische hulpverlening meetbaar en transparant te maken, nemen we in deze generieke module vijf kwaliteitsindicatoren op⁹⁴:

1. De acuut psychiatrische hulpverlening beschikt over een dataset die bestaat uit minimaal de onderwerpen, zoals beschreven in paragraaf 4.4.
2. Minimaal 90% van de beoordelingen vindt plaats: ofwel in de thuissituatie, ofwel op een beoordelingslocatie, die voldoet aan de voorwaarden, zoals beschreven in paragraaf 3.3.3. 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 Bijlage 1 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 gegevens⁹⁵:
 - a. over het resultaat van de beoordeling van de crisis, de bepaalde behandeling – met de huisartsenvoorziening
 - b. in de crisisafspraken – met de huisartsenvoorziening
 - c. 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.
 - d. 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 Schippers opgelost dienen te worden door middel van de Generieke module Acute psychiatrie (zie paragraaf 1.3).

Naast de specifieke indicatoren voor de Generieke module Acute psychiatrie stelt het Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGz een algemene indicatorenset samen die voor alle zorgstandaarden en generieke modules geldt. Deze indicatorenset bestaat uit negen indicatoren die gericht zijn op het meten van patiëntervaringen, mate van herstel, participatie en re-integratie.

6 Literatuurverwijzingen

Aanjaagteam verwarde personen (2016) Samen doorpakken: Op weg naar een meer persoonsgerichte aanpak voor en met mensen met verward gedrag.

Achilles R.A., Beerthuis R.J., Ewijk W.M. (redactie) (2014) Handboek Spoedeisende Psychiatrie. Tweede, geheel herziene druk. Utrecht: De Tijdstroom.

Ambulancezorg Nederland, Nederlandse Vereniging van Medisch Managers Ambulancezorg (NVMMA), Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland Ambulancezorg (2015) Kwaliteitskader '(acute) psychiatrie ambulancezorg' (inclusief handreiking). 30 september 2015.

Ambulancezorg Nederland, Nederlandse Vereniging van Medisch Managers Ambulancezorg (NVMMA), Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland Ambulancezorg (2016) Landelijk Protocol Ambulancezorg, versie 8.1. Juni 2016.

Derks J., Padt I. van der, Boon J. (2014) Expertisegebied sociaal psychiatrisch verpleegkundige. Utrecht: V&VN.

InEen (2016) Handreiking Regionale Samenwerkingsafspraken HAP + Acute GGz. April 2016. Utrecht.

Jong M. H. de, Kamperman A.M., Oorschot M., Priebe S., Bramer W., Sande R. van de, Gool A.R. van, Mulder C.L. (2016) Interventions to Reduce Compulsory Psychiatric Admissions - A Systematic Review and Meta-analysis. JAMA Psychiatry, 1 juni 2016 online gepubliceerd.

Koninklijke Nederlandsche Maatschappij Tot Bevordering Der Geneeskunst (2015) College Geneeskundige Specialismen - Besluit van 11 november 2015 houdende de opleidings- en erkenningseisen voor het medisch specialisme psychiatrie - Besluit psychiatrie.

Landelijk Platform GGz (2011). Criteria familiebeleid vanuit cliënten- en familieperspectief. Juli 2011. Utrecht: LPGGz.

Landelijk Platform GGz (2014). Thema: familiebeleid. Wat doen we aan familiebeleid? Website Landelijk Platform GGz. Beschikbaar via: http://www.platformggz.nl/lpggz/thema_familiebeleid.

Mierlo T. van, Bovenberg F., Voskes Y., Mulder N., Keet R. (2013) Werkboek HIC: High en Intensive Care in de psychiatrie. Utrecht: De Tijdstroom.

Mulder C.L., Wierdsma A.I. (2002) Voor wie is de acute dienst? – Verschillen tussen eenmalige en frequente gebruikers. Tijdschrift voor Psychiatrie, nr. 44.

Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG), Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV) (2015) NHG/LHV-standpunt: Geestelijke gezondheidszorg in de huisartsenzorg. Utrecht.

Nederlandse Triage Standaard (NTS) en NHG (2014) NHG-Triagewijzer – gebaseerd op de Nederlandse Triage Standaard. Utrecht: NHG.

Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP) (2010) Beroepscode voor psychiaters

Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGz (2016) Landelijke samenwerkingsafspraken tussen huisarts, generalistische basis GGz en gespecialiseerde GGz. Februari 2016. Utrecht: Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGz.

NVvP, Nederlands Instituut van Psychologen (NIP) en Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN) (2012) Multidisciplinaire richtlijn diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag. Organisatie: Trimbos Instituut. Utrecht: De Tijdstroom.

Oenen F.J. van, Bernardt C., Post L. van der (2007) Praktijkboek Crisisinterventie. De kunst van het interveniëren in moeilijke behandelingsituaties in de spoedeisende psychiatrie en psychotherapie. Utrecht: De Tijdstroom.

Oosterberg E. (2016) GGz in de huisartsenpraktijk. Editie 2016. Utrecht: NHG.

Penterman E.J.M., Nijman H.L.I. (2009) Het inschatten van agressie bij patiënten van de ggz-crisisdienst. Tijdschrift voor psychiatrie 51, 6.

Politie en GGZ Nederland (2012) Convenant Politie – GGZ 2012. Den Haag.

Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (2015) Openbare geestelijke gezondheidszorg. 16 februari 2015. Bilthoven: RIVM.

Schippers E.I. (2012) Tijdelijke Wet Ambulancezorg. 26 april 2012. Den Haag.

Slijpen H. (2014) GGz-gerelateerd politiewerk: een informatiebrochure voor politiemensen. In opdracht van de landelijke expertgroep GGz van politie.

Trimbos Instituut (2010) Procesbeschrijving Ketenzorg bij Suïcidaliteit. Utrecht: Trimbos Instituut.

Eindnoten

- ¹ Achilles et al., 2014.
- ² 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 vóór het breed toepassen van de GGz-triagewijzer is het testen ervan in de praktijk (pilotfase).
- ³ 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) Wachttijd op crisisdienst als lang ervaren.
- ⁴ We beschrijven in deze generieke module bijvoorbeeld aan welke voorwaarden een beoordelingslocatie zou moeten voldoen. Deze beoordelingslocatie kan eventueel geïntegreerd worden in een bredere opvanglocatie voor personen die verward gedrag vertonen.
- ⁵ De GGz zet diverse verbeteringen in om de kwaliteit van zorg voor psychiatrische patiënten te verhogen. Voorbeelden hiervan zijn het opstellen van zorgstandaarden en generieke modules, het maken van afspraken over preventie en vroegsignalering en implementatie van IHT-teams. De verbeteringen hebben mede als doel om mogelijke crisissen te voorkomen en indien nodig de crisisinterventie binnen de behandeling te laten plaats vinden.
- ⁶ Het LPGGz heeft hiervoor informatie verzameld in focusgroepen met patiënten en naasten. Dit is aangevuld met een schriftelijke commentaaronde op de concepttekst.
- ⁷ 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 generieke module (zie o.a. paragraaf 4.1.1) 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 verwerkt in deze generieke module.
- ⁸ Tenzij dit niet in het belang is van de persoon in crisis, bijvoorbeeld wanneer de persoon aangegeven heeft dit pertinent niet te wensen.
- ⁹ Een overzicht van factoren vindt u in Bijlage 4. Overzicht beschermende en uitlokkende factoren voor crisis.
- ¹⁰ 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.
- ¹¹ 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-/signaleringsplan bij bijna een kwart van de patiënten een gedwongen opname kan voorkomen (Bron: De Jong et al., 2016).
- ¹² Stichting Crisiskaart® Nederland beveelt sterk aan om de crisiskaart op te stellen met een onafhankelijke crisiskaartconsulent. De crisiskaartconsulent kan een ervaringsdeskundige hulpverlener zijn.
- ¹³ Zie ook de generieke module [Landelijke samenwerkingsafspraken tussen huisarts, generalistische basis-GGz en gespecialiseerde GGz](#).
- ¹⁴ Momenteel is dit slechts mogelijk in enkele plaatsen. Er wordt door verschillende partners landelijk gewerkt aan de wijze waarop dit kan worden vormgegeven en wat hiervoor de beste wijze is.
- ¹⁵ 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 paragraaf 3.4 en [de vertaling van de wet bescherming persoonsgegevens voor cliënten van de maatschappelijke opvang](#) voor meer informatie.
- ¹⁶ In de dagpraktijk hanteert de huisartsenzorg de NHG triagewijzer. De NHG triagewijzer is gebaseerd op de NTS. Zie de [Handreiking regionale samenwerkingsafspraken HAP + Acute GGz](#) voor een weergave van de elementen voor psychiatrische triage in de NTS.
- ¹⁷ Bij een hoog agressieniveau kan de hulpverlener assistentie vragen van de politie.
- ¹⁸ Deze brochure is nog in ontwikkeling en wordt geactualiseerd in 2017 waarna deze formeel nog dient te worden vastgesteld.
- ¹⁹ Voorbeelden van samenwerkingsafspraken vindt u [hier](#) en [hier](#).
- ²⁰ Voorbeelden van samenwerkingsafspraken voor personen onder invloed van alcohol vindt u [hier](#).
- ²¹ De triagechecklist voor personen met psychiatrische problemen op een eerste hulp van het Handboek Spoedeisende Psychiatrie (pagina 55) kan als leidraad dienen voor het opstellen van deze instructies (zie ook Bijlage 7 Triagechecklist voor personen met psychiatrische problemen op een eerste hulp).
- ²² Rechtstreekse inschakeling van de acuut psychiatrische hulpverlening is alleen mogelijk als hier afspraken over gemaakt zijn tussen de maatschappelijke opvang/beschermde wonen en de GGz/ziekenhuispsychiatrie.

-
- ²³ Voor afspraken over de bereikbaarheid, beschikbaarheid en directe toegankelijkheid van de acuut psychiatrische hulpverlening, zie Bijlage 1 GGz-triagewijzer. Voor afspraken over de informatie-uitwisseling, zie hoofdstuk 5.
- ²⁴ Op pagina 56.
- ²⁵ Op pagina 50.
- ²⁶ Dit is de acuut psychiatrisch hulpverlener die verantwoordelijk gesteld is voor de triage.
- ²⁷ 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.
- ²⁸ Dit betreft een locatie, waar de acuut psychiatrisch hulpverlener een psychiatrische beoordeling uit kan voeren. Deze beoordelingslocatie kan eventueel onderdeel zijn van een bredere opvanglocatie (voor de groep 'verwarde personen').
- ²⁹ 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.
- ³⁰ In het project vervoer maken we afspraken over de maximale wachttijd op het vervoer (per urgentiegraad). Afspraken hierover worden na oplevering van de projectresultaten opgenomen in deze generieke module.
- ³¹ AZN et al., 2015.
- ³² Een voorbeeld van werkinstructies voor sedatie vindt u [hier](#). Zie ook het [Landelijk Protocol Ambulancezorg](#). Het toepassen van beperkende maatregelen tijdens vervoer zonder dat er een BOPZ maatregel is, gebeurt huidig onder de WGBO ('goed hulpverlenerschap')/Ambtsinstructies (politie), maar vereist nadere (juridische) uitwerking.
- ³³ Bij een hoog agressieniveau kan de hulpverlener assistentie vragen van de politie.
- ³⁴ Denk aan een thermometer, bloeddrukmeter, glucosemeter en saturatiemeter.
- ³⁵ Zie voor een uitgebreide beschrijving van belangrijke omgevingsfactoren bij een beoordelingslocatie het Werkboek HIC. Het toepassen van beperkende maatregelen op een beoordelingslocatie zonder dat er een BOPZ maatregel is, gebeurt huidig onder de WGBO ('goed hulpverlenerschap'), maar vereist nadere (juridische) uitwerking.
- ³⁶ Binnen de focusgroep 'Acute Psychiatrie' zijn met de psychiaters uit de ziekenhuizen in de regio ROAZ AMC de gestelde criteria aangescherpt.
- ³⁷ In het kwaliteitsstatuut dienen behandelaren in de GGz aan te geven waar een bekende patiënt terecht kan in de ANW-uren en tijdens een crisis.
- ³⁸ Hiervoor zijn verschillende uitwerkingvormen denkbaar. Het is bijvoorbeeld mogelijk om de A(N)IOS/psychiater te betrekken via een meekijkconsult.
- ³⁹ Hier voegen we een verwijzing in naar de generieke module Psychische stoornissen en een lichte verstandelijke beperking (LVB), wanneer deze beschikbaar is.
- ⁴⁰ NHG, 2011. De samenvatting geeft de actuele problemen weer en bevat informatie over de medicatie en laatste consulten.
- ⁴¹ De BOPZ geeft de geneesheer-directeur en/of de onafhankelijk verklarend arts mogelijkheden om, zonder toestemming van de patiënt, met andere hulpverleners te overleggen.
- ⁴² De informatiedeling moet nader uitgewerkt worden. Dit wordt opgenomen in het onderhouds- en implementatieplan.
- ⁴³ Een belangrijke bron voor deze module is de [richtlijn diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag](#).
- ⁴⁴ Dit acute boekje wordt in opdracht van de NVvP ontwikkeld en is naar verwachting vanaf eind 2016 beschikbaar.
- ⁴⁵ De ruimte die de Wet BOPZ laat om een geneeskundige verklaring voor de aanvraag van een lastgeving tot een IBS ook door een arts, niet-psychiater zijnde, te laten opstellen, mag uitsluitend benut worden indien het onmogelijk is dit door een psychiater te laten doen.
- ⁴⁶ Zie het [detoxificatieprotocol voor GHB \(ontwikkeld door NISPA\)](#)⁴⁶, het [stappenplan GHB opvang intoxicatie en onthouding \(regio Den Haag\)](#), de [procedure Acute GHB onthouding \(Netwerk Acute Zorg Euregio\)](#), en onderdelen in de [richtlijn Verwarde personen \(Amsterdam\)](#).
- ⁴⁷ Hiervoor gelden dezelfde criteria als voor de beoordelingslocatie, zoals beschreven in paragraaf 3.3.3. Voor personen onder invloed is de nabijheid van somatische zorg daarnaast sterk van belang.
- ⁴⁸ In de regio Rotterdam-Rijnmond en Zuid-Holland Zuid zijn de afspraken over vervoer met de acuut psychiatrische hulpverlening verder uitgewerkt (zie [hier](#)).
- ⁴⁹ Hierbij geldt veronderstelde toestemming: Alleen als de patiënt 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 ook de generieke module [Landelijke samenwerkingsafspraken tussen huisarts, generalistische basis GGz en gespecialiseerde GGz](#).
- ⁵⁰ NHG en LHV, 2015.
- ⁵¹ 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).
- ⁵² Zie ook Bijlage 3. Leeswijzer: juridisch kader, definities en afkortingen
- ⁵³ Voor bekende patiënten is dit de regiebehandelaar. Niet-bekende patiënten kunnen contact opnemen met de huisarts/HAP.
- ⁵⁴ Zie voor meer informatie het [Beroepscompetentieprofiel Ervaringsdeskundigheid](#).

-
- ⁵⁵ 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.
- ⁵⁶ Indien nodig overlegt de voorwacht met de psychiater op achterwacht.
- ⁵⁷ De acuut psychiatrisch hulpverlener en verwijzer erkennen hierbij elkaar professionele oordeel. Discussie vindt *achteraf* plaats, bijvoorbeeld tijdens een structureel overleg tussen de psychiatrische hulpverlening en de ketenpartners in de acuut psychiatrische zorg.
- ⁵⁸ 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, dan zoeken de crisisdienst en de (huis)arts gezamenlijk naar een oplossing.
- ⁵⁹ Zie paragraaf 3.3.3 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.
- ⁶⁰ Bij een hoog agressieniveau kan de hulpverlener assistentie vragen van de politie.
- ⁶¹ Zie paragraaf 3.3.3 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.
- ⁶² Bij een hoog agressieniveau kan de hulpverlener assistentie vragen van de politie.
- ⁶³ Zie voor meer informatie het [Beroepscompetentieprofiel Ervaringsdeskundigheid](#).
- ⁶⁴ Zie ook de [Handreiking regionale samenwerkingsafspraken HAP + Acute GGz](#) en de generieke module [Landelijke samenwerkingsafspraken tussen huisarts, generalistische basis GGz en gespecialiseerde GGz](#).
- ⁶⁵ Bij een hoog agressieniveau kan de hulpverlener assistentie vragen van de politie.
- ⁶⁶ Zie ook Figuur 6 in Bijlage 1 GGz-triagewijzer. Onder omgeving verstaan we ook de hulpverleners die bij de persoon zijn.
- ⁶⁷ De acuut psychiatrisch hulpverlener en huisarts/HAP erkennen hierbij elkaar professionele oordeel. Discussie vindt *achteraf* plaats.
- ⁶⁸ 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.
- ⁶⁹ Zie paragraaf 3.3.3 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.
- ⁷⁰ Bij een hoog agressieniveau kan de hulpverlener assistentie vragen van de politie.
- ⁷¹ Zie de afspraken in het [Convenant tussen GGZ Nederland en politie](#) in 2012.
- ⁷² Dit onderdeel moet nog nader uitgewerkt worden. Dit wordt opgenomen in het onderhouds- & implementatieplan.
- ⁷³ Wanneer de agressie veroorzaakt wordt door middelengebruik, wordt de persoon vervoerd naar de SEH.
- ⁷⁴ De acuut psychiatrisch hulpverlener en huisarts/HAP erkennen hierbij elkaar professionele oordeel. Discussie vindt *achteraf* plaats.
- ⁷⁵ Zie paragraaf 3.3.3 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.
- ⁷⁶ In deze gevallen is bemoeienis van politie van belang voor enerzijds de rechtsgang en anderzijds de veiligheid van alle betrokkenen.
- ⁷⁷ Momenteel wordt er door verschillende partners landelijk gewerkt aan de wijze waarop dit kan worden vormgegeven en wat hiervoor de beste wijze is.
- ⁷⁸ Het mogelijk maken van directe inschakeling van de acuut psychiatrische hulpverlening voor bekende GGz-patiënten lijkt aan te bevelen.
- ⁷⁹ Zie paragraaf 3.3.3 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.
- ⁸⁰ Bij een hoog agressieniveau kan de hulpverlener assistentie vragen van de politie.
- ⁸¹ Deze paragraaf scherpen we verder aan 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 maken we ook afspraken over de maximale wachttijd op het vervoer.
- ⁸² 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.
- ⁸³ Zie paragraaf 3.3.3 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.
- ⁸⁴ Beschreven in het implementatieplan.

⁸⁵ Aanjaagteam Verwarde Personen, 2016; RIVM, 2015.

⁸⁶ Ervaringswerkers met een competentie in vroegsignalering en kennis in de mogelijkheden van hulpverlening.

⁸⁷ Vertegenwoordigers van ervaringsdeskundigen en naasten van patiënten zijn te benaderen voor deelname aan structureel overleg via onder andere het LPGGz en cliëntenraden van GGz-instellingen.

⁸⁸ 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.

⁸⁹ Dit onderdeel wordt nog nader uitgewerkt in het onderhouds- en implementatieplan.

⁹⁰ 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.

⁹¹ 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.

⁹² Zie ook de generieke module [Landelijke samenwerkingsafspraken tussen huisarts, generalistische basis GGz en gespecialiseerde GGz](#).

⁹³ Trimbos Instituut geeft in een [advies](#) in februari 2016 streefcijfers voor de intensivering van de ambulante GGz.

⁹⁴ Voor deze indicatoren zijn nog ontwikkelingen nodig. Zo zijn voor indicator 1 onder andere nog technische ontwikkelingen nodig en is voor indicator 3 een voorwaarde dat de bekostiging van de acuut psychiatrische hulpverlening aangepast wordt.

⁹⁵ Zie paragraaf 3.4 over de regelgeving bij het uitwisselen van gegevens.



Kwaliteits-
ontwikkeling
GGZ

Netwerk voor goede zorg