

Verbeteren van melding van personen met verward gedrag

Bijlagen bij voorlopig model
melding



Utrecht, 27-10-2017

SiRM. Strategies
in Regulated
Markets



Inhoud

1	Afkortingen en definities	2
2	Begeleidingscommissie, focusgroepen en interviews	4
2.1	Deelnemers aan begeleidingscommissie - leden	4
2.2	Deelnemers aan begeleidingscommissie - agendaleden	4
2.3	Deelnemers aan focusgroepen	5
2.4	Geïnterviewden politie 0900-8844	7
2.5	Geïnterviewden meldkamer politie	7
2.6	Geïnterviewden meldkamer ambulance	7
2.7	Geïnterviewde experts	7
2.8	Geïnterviewde bestuurders	8
2.9	Deelnemers invitational conference	8
3	Huidige werkwijze en gebieden voor verbetering bij politie en MKA	11
3.1	Politie 0900-8844	11
3.2	Meldkamer politie	13
3.3	Meldkamer ambulance	17
4	Huidige werkwijze en gebieden voor verbetering voor overige meldpunten	22
4.1	Meldpunt GGD of gemeente	22
4.2	Huisartsenpost	24
4.3	Crisisdienst	26
5	Voorbeelden van informatiedeling in het veld	28
5.1	Wet bescherming persoonsgegevens	28
5.2	Het Veiligheidshuis	29
5.3	Fries Schakelpunt	29
6	Ervaringen van ggz-ervaringsdeskundigen en naasten	31
6.1	Personen met verward gedrag	31
6.2	Melding doen	31
6.3	Behandeling van meldingen	32
6.4	Uitkomst van melding	34
7	Uitwerking beslisbomen	36
7.1	Te stellen vragen door politie-centralist	36
7.2	Behandeling politie ter plaatse	37
7.3	Te stellen vragen door verpleegkundig centralist MKA	37
7.4	Te stellen vragen door APH-triagist	39
8	Ggz-triagewijzer	40

I Afkortingen en definities

We hanteren verschillende afkortingen in het rapport:

ALS	Advanced Life Support
ANW	Avond, nacht, weekend
APH	Acuut Psychiatrische Hulpverlening
AZN	Ambulancezorg Nederland
BIG	Beroepen in de individuele gezondheidszorg
BSN	Burgerservicenummer
CPA	Centrale posten ambulancevervoer
DIA	Directe Inzet Ambulance
DROC	Dienst Regionaal Operationeel Centrum
DROS	Dienst Regionaal Operationeel Servicecentrum
EHGV	Eerste Hulp Geen Vervoer
GGD	Gemeentelijke of gemeenschappelijke gezondheidsdienst
GGZ	Geestelijke gezondheidszorg
GHOR	Geneeskundige hulpverleningsorganisatie in de regio
HAP	Huisartsenpost
IGZ	Inspectie voor de Gezondheidszorg
LNAZ	Landelijk Netwerk Acute Zorg
MKA	Meldkamer ambulancezorg
MKP	Meldkamer politie
MSZ	Medisch specialistische zorg
NTS	Nederlandse Triage Standaard
NVMMA	Nederlandse Vereniging van Medisch Managers Ambulancezorg
NVSHA	Nederlandse Vereniging van Spoedeisende Hulp Artsen
NVvP	Nederlandse Vereniging van Psychiaters
NZa	Nederlandse Zorgautoriteit
OGGZ	Openbare geestelijke gezondheidszorg
OVP	Opvang Verwarde Personen
RAV	Regionale ambulancevoorziening
RIVM	Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu
ROAZ	Regionaal Overleg Acute Zorg
SEH	Spoedeisende hulpposten
Twaz	Tijdelijke wet ambulancezorg
UMC	Universitair Medisch Centra
V&J	Veiligheid en Justitie
V&VN	Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland
VGN	Vereniging Gehandicaptten Nederland
VNG	Vereniging Nederlandse Gemeenten
VWS	Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Wbp	Wet bescherming persoonsgegevens
ZN	Zorgverzekeraars Nederland
Zvw	Zorgverzekeringswet

Daarnaast hanteren we de volgende definities:

- **Aanrijtijd:** De tijd waarin de hulpverlening na een melding van een persoon met verward gedrag bij de persoon aanwezig is.
- **Crisisafspraken:** Afspraken die handvatten bieden voor een bekende ggz-patiënt, zijn naasten en hulpverleners om een crisissituatie te voorkomen
- **Crisiskaart:** samenvatting van crisisafspraken, beschrijft wat voor de persoon belangrijk is, wanneer hij psychiatrisch in crisis verkeert
- **De-escaleren:** het creëren en/of herstellen van rust en veiligheid voor de persoon in crisis en zijn omgeving.
- **Ervaringsdeskundigen:** personen die behandeld zijn in de GGZ hebben de mogelijkheid om zich te laten scholen tot ervaringswerker. Zie voor meer informatie het [Beroepscompetentieprofiel Ervaringsdeskundigheid](#).
- **Herstel:** Een verandering van iemands houding, waarden, gevoelens, doelen, vaardigheden en/of rollen: een manier van een bevredigend en hoopvol leven ondanks de beperkingen die met de aandoening gepaard gaan (Anthony, 2002).
- **Huisartsenzorg:** De zorg en triage in de huisartsenpraktijk en op de HAP.
- **Maatschappelijke ondersteuning:** Onder andere hulpverleners in beschermd wonen, de maatschappelijke opvang en het sociaal wijkteam.
- **Naasten:** Familieleden en andere naastbetrokkenen (bijvoorbeeld vrienden en burens) van personen in crisis met (het vermoeden van) een acute psychiatrische stoornis, bijvoorbeeld een wettelijk vertegenwoordiger van de persoon. De persoon in crisis kan vaak aangeven wie relevante naasten zijn en welke naasten hij graag betreft bij de beoordeling: dit kan ook één naaste zijn.
- **Triage:** het maken van een inschatting van de urgentie van de crisis op basis van kenmerken van de persoon en de omgeving. De urgentie bepaalt de wachttijd op de hulpverlening en welke hulpverlener(s) worden ingeschakeld.
- **Verwijzer:** Degene die de persoon in crisis aanmeldt bij de acuut psychiatrische hulpverlening. Veelvoorkomende verwijzers zijn de huisarts/HAP, politie, de persoon zelf en zijn naaste.
- **Voorwacht:** De acuut psychiatrisch hulpverlener die de telefonische triage uitvoert

2 Begeleidingscommissie, focusgroepen en interviews

2.1 Deelnemers aan begeleidingscommissie - leden

Naam	Organisatie
Anne-Marie Vervaet (waarnemer)	VWS
Aram van Reijssen	GGZ Nederland
Carina Stigter	GGZ Nederland
David Baden	NVSHA
Ella Benedictus	InEen, vereniging van organisaties voor eerstelijnszorg.
Frank Berens	Schakelteam verwarde personen
Henk van Dijk & Paula Torn	Politie
Ico Kloppenburg & Nicolette Piekaar	VNG
Jaap Frank Ponstein, Kate Borkent & Natascha Walpot	AZN
Joost Bernsen	GGD/GHOR Nederland
Jos Noordover	VGN
Lilly Buurke	GGZ Nederland
Menoës Geraets	V&VN
Nic Vos de Wael & Lotte Frans-Kits	MIND Landelijk Platform Psychische Gezondheid
Peter van Zuidam	Zilveren Kruis namens Zorgverzekeraars Nederland
Pieter Prins	NVvP
Pieternel van Exter	NVMMA

2.2 Deelnemers aan begeleidingscommissie - agendaleden

Naam	Organisatie
Anne-marie Bruijs	Alzheimer Nederland
Dorien Kloosterman	leder(in)
Esther Teunissen	Bureau Regioburgermeesters
Janneke van Gog	NVvP
Jasper van Kuik	ZN
Jelke Sloterdijk	De Friesland
Lindsey Kurt	NVvP
Margreet Hoogveen	AZN

2.3 Deelnemers aan focusgroepen

Naam	Aangedragen door
Ervaringen van ervaringsdeskundigen en naasten	
Anne-marie Bruijs	Alzheimer NL
Bart Frank	MIND Landelijk Platform Psychische Gezondheid
Dorris in 't Panhuis	MIND Landelijk Platform Psychische Gezondheid
Edo Paardekooper Overman	MIND Landelijk Platform Psychische Gezondheid
Henk van Pagee	Alzheimer NL
Hennie Kleijwegt	MIND Landelijk Platform Psychische Gezondheid
Jan Peet	MIND Landelijk Platform Psychische Gezondheid
Joke van der Meulen	MIND Landelijk Platform Psychische Gezondheid
Josta van der Wiele	MIND Landelijk Platform Psychische Gezondheid
Nic Vos de Wael	MIND Landelijk Platform Psychische Gezondheid
Paul Ulrich	MIND Landelijk Platform Psychische Gezondheid
Rutger Colin Kips	MIND Landelijk Platform Psychische Gezondheid
Simone de Bruijn	MIND Landelijk Platform Psychische Gezondheid
Sylvana de Bruijn	MIND Landelijk Platform Psychische Gezondheid
Wies Verwaaijen	MIND Landelijk Platform Psychische Gezondheid
Ontwikkelen van handvatten voor betere inschatting en toeleiding tot verdere inschatting/triage hulpvraag voor 0900-8844 en meldkamer politie	
Aleid de Booi (alleen 1A)	GGD&GHOR Nederland
Anneke Weits (alleen 1B)	Politie
Aram van Reijssen	NVvP
Catrien Bennema	InEen
Daisy Overeem Winkel	Politie
Dorien Cohen Stuart	InEen
Guus Palm	Gemeente Den Haag
Hans Slijpen	Politie
Herman Oosterik	V&VN
Hermania van den Brink-van Stralen	Politie
Hilde Rijnders	GGZ Nederland
Maaïke van der Erf	GGZ Nederland
Maartje Vollebergh	Gemeente Den Haag
Philip den Hollander	Gemeente Rotterdam
Ria Brinkman	Politie
Roos Huyben	GGZ Nederland

Ontwikkelen ggz-elementen in triage processen van meldkamers ambulance

Angela de Creef (alleen 2A)	ProQA
Aram van Reijssen	NVvP
Ardan Miedema (alleen 2A)	GGD&GHOR Nederland
Caroline Spencer	InEen
Claudia Verhagen (alleen 2A)	NTS
Herman Oosterik (alleen 2A)	V&VN
Hilde Rijnders	GGZ Nederland
Ingrid Houtman	InEen
Josta van der Wiele (alleen 2A)	MIND Landelijk Platform Psychische Gezondheid
Laelia Luchtmeijer (alleen 2A)	Gemeente Rotterdam
Martha Tausk:	GGZ Nederland
Peter van den Berg	AZN/ NVMMA
Pieterneel van Exter	AZN/ NVMMA
Trudie van Duin (alleen 2A)	AZN/ NVMMA
Wendy Haverkort (alleen 2B)	ProQA

Uitwerken fysieke triage door SPV i.s.m. ambulance of politie

Anneke Weits	Politie
Bert van den Herik	GGzE
Christine van Boeijen	GGZ Nederland
Cora de Rijk	GGZ Nederland
Edsel Albertus	AZN/ NVMMA
Ina Bolt	AZN/ NVMMA
Ilse Kunst	GGD&GHOR Nederland,
Joep van den Boogaard	GGD&GHOR Nederland
Paul Creemers	NVvP
Peter Speijer	Politie
Peter van den Berg	AZN/ NVMMA
Peter van Zuidam	ZN
Pieterneel van Exter	AZN/ NVMMA
Renee Klitsie:	GGZ Nederland

Verkennen van samenwerking tussen meldpunten

Arjan Hanekamp	AZN/ NVMMA
Gemeente Waalre	VNG
Ilse Kunst	GGD&GHOR Nederland
John v Engelen	AZN/ NVMMA
Karin Freriks	GGZ Nederland

Maite Tromp-van de Pas	NVSHA
Nicolette Piekaar	VNG
Peter Aben	InEen
Peter Plantinga	NVSHA

2.4 Geïnterviewden politie 0900-8844

Naam	Regio
Conita Boudewijns	Zeeland West-Brabant
Dirk Weggeman	Rotterdam
Hermania van den Brink – van Stralen	Midden Nederland

2.5 Geïnterviewden meldkamer politie

Naam	Regio
Hermania van den Brink – van Stralen	Midden Nederland
Peter Hordijk	Den Haag
Peter Speijer	Rotterdam
Petra de Boer	Noord-Nederland
Ria Brinkman	Amsterdam
Wim Pijnenborg	Zeeland West-Brabant

2.6 Geïnterviewden meldkamer ambulance

Naam	Regio
Arnold van der Meijden	Haaglanden
Frits Weijschede	Zuid-Holland Zuid
Hans van Ettekooven, Kees de Ruyter en Wim Pijnenborg	Brabant Noord
Jasper Matena, Pieternel van Exter en Frank Berg	Amsterdam-Amstelland
John van Engelen	Utrecht
Myrthe Mos	Noord-Nederland
Piet Hein ten Hacken en Peter van de Berg	Gelderland-Midden

2.7 Geïnterviewde experts

Naam	Organisatie
Angela Uytdewilligen	Schakelteam verwarde personen
Angelique van der Heijden en Gelske van Aken	Stichting huisartsenposten West-Brabant
Corline de Groot	HAP SMASH Den Haag
Jelle Zeilstra en Saskia den Heijer	Meldpunt verwarde personen GGD Rotterdam

Martin Smeekes en Xander Kluts	ProQA
Noor Pelger	Onze Huisartsen
Peter Haima	Drentse aanpak verwarde personen 2016-2020
Ype Schat	NTS

2.8 Geïnterviewde bestuurders

Bestuurder	Namens organisatie
Albert Blom	GGZ Nederland
Bram van Hemmen	VNG
Jaap-Frank Ponstein en Martin Smeekes	AZN
Jasper van Kuik en Jaap van der Rijs	ZN
Jelke Sloterdijk	ZN
Joost Bernsen en Moniek Pieters	GGD/GHOR Nederland
Pieter-Jaap Aalbersberg	Politie

2.9 Deelnemers invitational conference

Dit zijn alle deelnemers die zich opgegeven hebben voor de invitational conference op 5 juli 2017. Tijdens de invitational conference waren een aantal personen die zich hadden opgegeven niet aanwezig en waren er andere personen wel die zich niet van tevoren hadden ingeschreven.

Deelnemer	Organisatie
Alain Kool	VGGM
Anne-Marie Vervaet	Ministerie VWS
Aram van Reijssen	Parnassia
Arjan Hanekamp	RAV IJsselland
Arnoud Jansen	Dimence
Bart Frank	Ervaringsdeskundige/ naaste
Bas Montebal	Menzis
Bert Stavenuiter	Ypsilon
Bianca den Outer	Schakelteam verwarde personen
Claudia Verhagen	Veiligheids- en Gezondheidsregio Gelderland-Midden
Cora Capel	GGD Noord- en Oost-Gelderland
Dirk Weggeman	Politie
Ella Benedictus	InEen
Evert Boomsma	Sociaal Domein Fryslan
Frank Berens	Schakelteam verwarde personen
Frits Weijsschede	RAV Zuid-Holland-Zuid







Hafiza William	Ervaringsdeskundige/ naaste
Hanneke Schoenmakers	VGZ
Hans Slijpen	Politie
Harrie Storms	Ministerie VWS
Harry Kwast	Altrecht
Heleen van Wijk	GGD regio Utrecht
Henk van Dijk	Politie
Herman Oosterik	V&VN
Ilse Kunst	GGD Gelderland-Zuid
Ina Bolt	UMCG Ambulancezorg
Jack van der Kruijs	Gemeente Tilburg
Jan Filippo	GGD Flevoland
Jan Peet	Ervaringsdeskundige/ naaste
Jasper van kuik	ZN
Jelke Sloterdijk	De Friesland
Jitske Nijhuis	Gemeente Tilburg
Joep van den Boogaard	GGD Gelderland Zuid
John Huijg	Ervaringsdeskundige/ naaste
John van Engelen	RAV Utrecht
Joke van der Meulen	Ervaringsdeskundige/ naaste
Jos Noordover	VGN
Karen Griep	GGZ Centraal
Karin Freriks	GGNet
Klasina Bergsma	RAV G&V
Lex de Bont	Politie
Lilly Buurke	GGZ Nederland
Lineke Barning-Sparenberg	Politie
Magda Korteweg	Altrecht
Margreet Hoogeveen	AZN
Maroen Nader	ZonMW
Mirjam Polak	GGD Utrecht
Myrthe Mos	Meldkamer Noord Nederland
Natascha Walpot	Ambulance Amsterdam
Nic Vos de Wael	MIND
Nicolette Piekaar	VNG
Nina van der Velden	GGD Gelderland Midden

Peter Speijer	Politie
Peter van den Berg	Veiligheids- en Gezondheidsregio Gelderland-Midden
Peter van Zuidam	Zilveren Kruis
Petra van Buren	Stichting Kernkracht
Pieterneel van Exter	Ambulance Amsterdam
René Wubs	GGZ NHN
Renee Klitsie	Altrecht
Saskia Overkamp	GGD Hollands Midden
Simone de Bruijn	Ervaringsdeskundige/ naaste
Thomas Eckhardt	GGD Haaglanden
Wies van den Nieuwendijk	Ervaringsdeskundige/ naaste
Wies Verwaaijen	Ervaringsdeskundige/ naaste
Wilma Kieft	GGD Utrecht
Wim Huson	Schakelteam verwarde personen
Youp van Zorge	Ministerie VWS

3 Huidige werkwijze en gebieden voor verbetering bij politie en MKA

In deze bijlage komt de huidige werkwijze bij 0900-8844, de meldkamer politie en de meldkamer ambulance aan de orde. De bijlage is gebaseerd op de interviews die SiRM gevoerd heeft voordat de focusgroepen zijn gehouden over de verbetervoorstellen zoals ze in het hoofdrapport beschreven zijn. Niet alle gebieden waarop verbetering mogelijk is komen daarom terug in het hoofdrapport.

We beschrijven per meldpunt de volgende onderwerpen:

-  Het aantal meldingen van personen met verward gedrag dat binnenkomt op het meldpunt, de meldkamer of de hulppost.
-  De opleiding en ervaring van het personeel dat de inschatting maakt of de triage uitvoert van de melding van de persoon met verward gedrag.
-  De wijze waarop de inschatting wordt gemaakt of de triage plaatsvindt, dat wil zeggen de manier waarop de medewerkers van het meldpunt de in te schakelen hulpverlener en urgentie bepalen.
-  Welke informatie medewerkers van de meldpunten gebruiken om hun inschatting te maken of om triage uit te voeren.
-  Naar welke hulpverleners zij de persoon met verward gedrag kunnen toeleiden.
-  Vervolgens geven we per meldpunt aan wat de gebieden zijn waarop verbetering mogelijk is.

3.1 Politie 0900-8844

Aantal meldingen

0900-8844 is een veel gebeld nummer, ter illustratie: Rotterdam ontvangt circa 1500 meldingen per dag en Zeeland West-Brabant 1200. Het betreft in 1 tot 5% van de gevallen een melding van personen met verward gedrag.



Personeel

De 0900-centralisten zijn niet opgeleid om de hulpvraag te achterhalen bij meldingen van personen met verward gedrag. 0900-centralisten hebben een interne opleiding gevolgd, waar zorg nauwelijks onderdeel in is. Het personeel heeft geen specifieke ggz-kennis of vaardigheden. De inschatting van de situatie bij 0900-8844 meldingen is onder andere gericht op het bepalen of iemand een strafbaar feit heeft begaan. Daarnaast geeft de 0900-centralist advies en informatie over openbare orde (geen spoed, wel politie). De inschatting van de in te schakelen hulpverlening en de urgentie bij meldingen van personen met verward gedrag gebeurt veelal op basis van ervaring.



Inschatting of triage

0900-centralisten maken gebruik van Q&A's om de melding in te schatten. In de Q&A's staan vragen die centralisten kunnen stellen aan de persoon die contact opneemt met 0900-8844. Er zijn echter geen specifieke Q&A-vragen over verwarde personen. De vragen zijn vooral gericht op het inschatten of er sprake is van een (verdenking van) het plegen van een strafbaar feit, verstoring van openbare orde, gevaar of dreiging. Er zijn drie classificaties van de urgentie van de melding: 'spoed', 'nu' en 'later'. De centralisten vinden het maken van een goede inschatting van de persoon lastig telefonisch. Het zijn uiteindelijk de basisteams van de politie op straat die een fysieke inschatting maken. Bij sommige basisteams in Rotterdam is een ggz professional betrokken om de fysieke inschatting te verbeteren. Zij kunnen ook vaak ter plekke al de-escaleren.



Informatie

0900-centralisten raadplegen vooral de Basisvoorziening Handhaving (BVH), het interne informatiesysteem van de politie, om informatie te vinden over de persoon met verward gedrag. De BVH is het systeem dat de politie gebruikt voor de administratieve afhandeling van meldingen en incidenten. De meldkamers geven aan onvoldoende tijd te hebben om hulpverleners te bellen om te vragen of de persoon met verward gedrag bij hen bekend is. Zij missen nu informatie over de persoon om een goede inschatting te kunnen maken. Zij zouden graag weten of de persoon gezondheidsproblemen heeft, op welke manier de persoon het beste bejegend kan worden en met welke naaste of hulpverlener zij contact op kunnen nemen over de persoon.



Toeleiding hulpverlening

Wanneer het een acute melding betreft schakelen 0900-centralisten de MKP in. Ook als er met spoed medische zorg nodig is schakelen zij de MKP in en niet direct de MKA. Bij minder acute meldingen kunnen 0900-centralisten de GGZ inschakelen als de naam van de instelling of behandelaar bekend is. Centralisten kunnen de persoon met verward gedrag over het algemeen niet doorschakelen naar de crisisdienst. Als de persoon nog niet bekend is bij de GGZ, of de 0900-centralisten hebben deze informatie niet, vragen zij het basisteam van de politie om de melding op te pakken. Dit leidt niet altijd tot passende hulpverlening, wat er soms toe leidt dat de persoon weer 0900 belt. Wanneer de 0900-centralist inschat dat de persoon geen GGZ nodig heeft maar vooral aandacht, praten zij – als het rustig is – zelf met de personen met verward gedrag. Tijdens drukte (bijvoorbeeld door weersomstandigheden) proberen de 0900-centralisten het gesprek snel

af te ronden. Zij kunnen deze mensen ook doorverwijzen naar telefonische hulpdiensten bemand met vrijwilligers zoals Sensoor en 113. We kennen geen voorbeelden waarin 0900-8844 nauw samenwerkt met lokale meldpunten, zo is er geen coördinatie of doorschakeling tussen het RSC-Rotterdam en het 'Advies- en meldpunt verwarde personen'.



Gebieden voor verbetering

Volgens de geïnterviewden kan de telefonische en fysieke inschatting van de melding van de persoon met verward gedrag verbeterd worden:

- Personeel: de basisteams waar nu al professionals met ggz en psychosociale kennis zijn aangesloten zijn beter in staat om de situatie in te schatten en de persoon met verward gedrag toe te leiden naar passende hulpverlening. Er kan ingezet worden op de opleiding van basisteams in het omgaan met personen met verward gedrag.
- Inschatting: 0900-centralisten zouden meer handvatten moeten krijgen om de melding in te kunnen schatten en het vervolg te bepalen. In de Q&A zouden daartoe een aantal specifieke vragen opgenomen kunnen worden over verward gedrag.
- Informatie: 0900-centralisten zouden graag van bekende ggz-patiënten digitaal kunnen inzien bij welke ggz-instelling zij onder behandeling zijn en wie hun behandelaar is. De informatie kan uit de crisiskaart van de persoon zelf komen of er vindt hierover uitwisseling met de GGZ plaats. Dit kan echter alleen met toestemming van de cliënt.

3.2 Meldkamer politie



Aantal meldingen

Alhoewel een goede inschatting van het aantal meldingen van personen met verward gedrag moeilijk is (vanwege verschillende definities, registraties en regionale verschillen), betreft het aantal meldingen van of over personen met verward gedrag ongeveer 1 tot 5% van het totaal aantal meldingen dat de MKP ontvangt. In regio's met grote steden zoals Amsterdam en Rotterdam krijgt de MKP een aantal meldingen per uur van of over personen met verward gedrag.



Personeel

MKP-centralisten hebben in de regel geen uitgebreide ggz-kennis of vaardigheden. Zij volgen een zesweekse opleiding tot meldkamercentralist en sommigen hebben ervaring als agent op straat¹. Geestelijke gezondheidszorg is slechts een klein onderdeel van de zes weken durende opleiding. Een deel van de geïnterviewden geeft aan dat MKP-centralisten onvoldoende zijn opgeleid om verward gedrag te herkennen. De inschatting van de melding gebeurt over het algemeen op ervaring en intuïtie. De politie maakt een inschatting, het is niet aan de politie om medische diagnoses (triage) vast te stellen. In Rotterdam heeft een SPV een aantal maanden in het weekend gewerkt op de MKP. De SPV ondersteunde de MKP-centralisten bij het maken van een inschatting van de melding van de persoon met verward gedrag.

¹ In de politieopleiding is wel wat aandacht voor ggz.

Ook voor agenten van de basisteams op straat geldt dat verward gedrag soms lastig te herkennen is, bijvoorbeeld bij een persoon met Excited Delirium Syndrome (EDS). De persoon kan zich op dat moment erg agressief gedragen en onrust in zijn omgeving veroorzaken, terwijl snelle medicamenteuze behandeling nodig is om risico's op gezondheidsschade bij de persoon zelf te verkleinen.



Inschatting of triage

De MKP-inschatting is altijd in eerste instantie gericht op het bepalen of er al dan niet een strafbaar feit is gepleegd of dat er een verdenking op het plegen van een strafbaar feit bestaat. Daarnaast gaat de MKP na of de openbare orde verstoord is en of sprake is van gevaar of dreiging. De wijze waarop de MKP-centralisten de inschatting van de melding van de persoon met verward gedrag maken is niet in alle meldkamers gelijk. In sommige MKP's is sprake van een enigszins geprotocolleerde uitvraag, terwijl bij andere MKP's de uitvraag tijdens een minder gestructureerd gesprek plaatsvindt. In Amsterdam bestaat er een protocol 'verwarde personen', maar dit protocol is in feite alleen bruikbaar als de persoon met verward gedrag zelf belt. Op de MKP in Noord-Nederland is er een deels gestructureerde uitvraag, die (zeer) beperkt psychiatrische problematiek uitvraagt. Geïnterviewden geven aan dat volledig protocolleren lastig is omdat er een grote verscheidenheid aan type meldingen binnenkomt.



Informatie

MKP-centralisten maken gebruik van het Geïntegreerd Meldkamer Systeem (GMS) om meldingen aan te nemen, te verwerken en uit te geven. GMS toont op alle aangesloten werkstations realtime dezelfde informatie. Wanneer er een multidisciplinair incident is, kunnen ambulancezorg en brandweer ook realtime meelesen (in delen van het systeem die niet enkel voor de politie toegankelijk zijn). Het GMS systeem van de politie is gekoppeld aan het BVH, waarin alle basisteams en overige onderdelen van de politie de werkzaamheden registreren. De politie heeft geen toegang tot het medisch GMS-kladblok van de MKA.

De MKP-centralisten kunnen bij een melding van een persoon met verward gedrag in het BVH van de politie opzoeken of er al iets over deze persoon geregistreerd staat, bijvoorbeeld uit eerdere meldingen. Soms is er over bekende personen of adressen een 'afspraak op naam' of een 'afspraak op locatie'. Deze afspraken omschrijven de manier waarop de MKP-centralisten en eventueel basisteams op straat om dienen te gaan met de melding. Het BVH kan in bepaalde regio's informatie uit de crisiskaart bevatten als de eigenaar van de crisiskaart hier toestemming voor heeft gegeven. In het BVH kan ook informatie opgenomen zijn over bekende personen met dementie, zoals de contactpersoon.

Daarnaast kunnen de MKP-centralisten het team Real Time Intelligence Centre (RTIC) raadplegen. Dit gebeurt als er bijvoorbeeld veel onduidelijkheden rondom de melding van de persoon met verward gedrag zijn. Het team RTIC levert real time intelligence op actuele informatievragen voor de operaties (noodhulp, handhaving, opsporing, B&B) en antwoord op vragen van dienders op

straat. Het team RTIC heeft toegang tot informatie uit politiesystemen gekoppeld aan informatie uit openbare bronnen zoals websites en social media. Ze hebben toegang tot informatie over het aantal meldingen op het betreffende adres, het soort meldingen, hoe de meldingen zijn afgelopen, of de persoon eerder een strafbaar feit heeft begaan, etc.



Toeleiding hulpverlening

Het zijn over het algemeen de basisteams die de persoon met verward gedrag proberen toe te leiden naar passende hulpverlening, niet de MKP. De basisteams van de politie kunnen direct de crisisdienst inschakelen bij een persoon van wie zij vermoeden dat hij een psychiatrische beoordeling nodig heeft. In sommige regio's kan de MKP ook direct contact opnemen met de crisisdienst (bijvoorbeeld in Midden Nederland en Noord-Nederland), dit hoeft niet altijd via de basisteams te verlopen. Als er geen gevaarsetting is, kan de crisisdienst ook zonder de politie op een melding af gaan. De psychiatrische beoordeling door de crisisdienst vindt in sommige regio's op (een daarvoor ingerichte ruimte op) het politiebureau plaats (zoals in Den Haag). Als de persoon met verward gedrag niet bekend is, kan er een (GGD) arts gevraagd om de persoon somatisch te beoordelen. In verschillende regio's heeft de politie afspraken met de GGZ dat zij personen met verward gedrag direct naar een ggz-instelling kunnen brengen voor de psychiatrische beoordeling. Er zijn meestal geen afspraken met andere soorten instellingen, zoals voor psychosociale problematiek.

De MKP schakelt vooral de MKA bij als er somatische zorg nodig is, minder als er psychiatrische hulpverlening nodig is. Bij suïcidaliteit zonder lichamelijk letsel of auto-intoxicatie schakelt de MKP meestal geen ambulance in. Als sedatie nodig is tijdens eventueel vervoer dan schakelt het basisteam de MKA bij voor de inzet van een ambulance. Dit kan echter verschillen per RAV. In Amsterdam belt het basisteam direct de MKA om de inzet van de psycholance aan te vragen als ze een persoon met verward gedrag aantreffen die met spoed een psychiatrische beoordeling nodig heeft.²

In sommige gevallen bepaalt de MKP-centralist dat er geen inzet van de politie nodig is, maar heeft de melder wel een hulpvraag. De MKP-centralist heeft op dat moment weinig mogelijkheden om hulpverlening in te schakelen en geïnterviewden vragen zich ook af of deze coördinatie bij de MKP zou moeten liggen. MKP-centralisten kunnen personen met verward gedrag die vaker bellen als het rustig is meestal wel geruststellen door kort met hen te praten. MKP-centralisten kunnen deze personen eventueel ook doorverwijzen naar telefonische hulpdiensten bemand met vrijwilligers zoals Sensor. Als agenten uit het basisteam inschatten dat er geen acute hulpverlening nodig is, proberen zij eerst het persoonlijke- of zorgnetwerk van de persoon met verward gedrag in te schakelen. Het is afhankelijk van de regio of de MKP de huisarts of huisartsenpost direct kan consulteren of inschakelen. In Midden Nederland bijvoorbeeld, kan de MKP direct contact opnemen met de huisarts of huisartsenpost, terwijl dit contact in andere regio's alleen verloopt via de basisteams of lijkt te ontbreken. In Eindhoven waar de ggz-medewerker de

² Zie ook het landelijk kwaliteitskader (acute) psychiatrie ambulancezorg.

fysieke triage uitvoert met het basisteam, kan deze ggz-medewerker de huisarts, wijkverpleegkundige of de eigen behandelaar inschakelen. In veel regio's informeert het basisteam de wijkagent of buurtregisseur over de situatie als het gevaar geweken is. Deze stelt de niet-acute) hulpverleningsorganisaties op de hoogte.



Gebieden voor verbetering

Volgens de geïnterviewden liggen de verbetervoorstellen vooral bij personeel, triage en toeleiden naar passende hulpverlening:

- **Personeel**: Er kan ingezet worden op de training van MKP-centralisten in het omgaan met personen met verward gedrag. Dit kan bijvoorbeeld door medewerkers van de crisisdienst trainingen over dit onderwerp te laten geven, of meldkamercentralisten mee te laten lopen op de crisisdienst.
- **Inschatting**: Voor een betere inschatting van acute of niet-acute hulpvragen zouden MKP-centralisten extra handvatten moeten krijgen. Geïnterviewden zijn het met elkaar eens dat het niet de taak is van MKP-centralisten om triage uit te voeren op basis van de kenmerken van het verward gedrag van de persoon. Tegelijkertijd bestaat er in een aantal regio's (Rotterdam, Amsterdam en Zeeland West-Brabant) de behoefte om de MKP-centralisten handvatten te geven om te bepalen wanneer er sprake is van een hulpvraag door psychische (al dan niet gecombineerd met een verstandelijke beperking), psychosociale of psychogeriatrische problematiek. Het gaat om een globale inschatting van de urgentie en de (eventueel) in te schakelen hulpverlening. De inschatting van de urgentie kan ook door, of in overleg met, een SPV plaatsvinden. De SPV kan ook onderdeel zijn van de MKA. Het is van belang dat de SPV toegang heeft – direct of indirect via collega's – tot relevante ggz-informatie over de persoon met verward gedrag. Een adviesfunctie van de GGD zoals in Amsterdam het 'Vangnet en Advies' kan ook behulpzaam zijn bij het maken van een globale inschatting. Uit de huidige werkwijze blijkt dat de echte inschatting van de situatie vaak fysiek plaatsvindt. De pilot in Eindhoven laat zien dat het erg behulpzaam kan zijn om een ggz-medewerker mee te laten rijden met het basisteam om ter plekke een fysieke triage uit te voeren. Meestal werkt de komst van de SPV de-escalierend, waardoor vervolgzorg soms niet meer nodig is. Als er een psychiatrische beoordeling nodig is, is wel van belang om na te denken over passend vervoer, mocht vervoer naar een beoordelingslocatie nodig zijn.
- Vervoer door de politie is niet passend voor een persoon met verward gedrag waarbij geen sprake is van (een verdenking van) een strafbaar feit. De SPV kan met de MKA proberen passender vervoer in te schakelen door ambulancezorg of een zelfstandige aanbieder van vervoer met psychiatrische hulpverlening zoals betrokken branche- en beroepsorganisaties hebben gepresenteerd in het 'Voorlopig model vervoer'³. Het direct vervoeren van de politie naar een ggz-instelling, zoals in sommige regio's gebeurt, wordt in 2017 afgebouwd. Vervoer door de politie kan traumatiserend zijn voor de persoon met verward gedrag. Daarnaast ontbreekt de juridische basis voor (geboeid) vervoer vaak.
- **Toeleiding hulpverlening**: Het dient per categorie hulpvraag helder te zijn welke organisatie de politie kan inschakelen om de regie over te nemen en hulp te leveren. Het is voor MKP-

³ SiRM – Strategies in Regulated Markets (2017) Voorlopig model vervoer voor personen met verward gedrag.

centralisten en agenten uit de basisteams niet altijd duidelijk welke hulpverlening zij kunnen inschakelen. Als de politie een globale inschatting zou kunnen maken van de hulpvraag, dan is het van belang dat zij vervolgens passende hulpverlening kunnen inschakelen en de regie over de persoon over kunnen dragen. Het kunnen overdragen van de regie was een belangrijk punt tijdens de interviews met de MKP's. Voor acuut psychiatrische hulpvragen kunnen agenten uit de basisteams de crisisdienst inschakelen. Ook de MKP kan dit in een aantal regio's direct. Voor niet-acute hulpvragen is de in te schakelen hulpverlener vaak minder duidelijk (vooral in de ANW-uren). Het is gewenst om uit te werken welke hulpverlener de politie kan inschakelen. De hulpverlener dient in dat geval de regie over te nemen van de politie. Het gaat naast de crisisdienst bijvoorbeeld om sociaal werk, de huisarts of huisartsenpost, het Flexible Assertive community Treatment (FACT) team⁴, woonbegeleiding vanuit VG, wijkverpleegkundige voor dementie, sociaal wijkteam, OGGZ teams, de ambulancezorg, etc.

3.3 Meldkamer ambulance



Aantal meldingen

Net zoals voor de MKP geldt ook voor de MKA dat het lastig is om een goede inschatting te maken van het aantal meldingen van personen met verward gedrag dat binnenkomt bij de MKA. Er bestaat geen uniforme manier van registreren. Op basis van de genoemde cijfers tijdens de interviews maken we een ruwe inschatting dat ongeveer 1 tot 5% van het totale aantal meldingen dat de MKA ontvangt meldingen van of over verwarde personen betreft (vergelijkbaar met de percentages op de MKP).



Personeel

MKA-centralisten zijn vaak (hbo-)verpleegkundigen die tijdens hun opleiding ook (kort) psychiatrie hebben behandeld. Daarnaast is psychiatrie een (klein) onderdeel van de centralistenopleiding zelf. De achtergrond en affiniteit van de meeste verpleegkundig centralisten is echter meestal somatische zorg. In sommige regio's worden meldkamercentralisten nu bijgeschoold in het omgaan met personen met verward gedrag (bijvoorbeeld Brabant Noord).

In de RAV NNHN is een pilot met een psycholance van start gegaan. Als onderdeel van de pilot werken er op de MKA tijdens een bepaalde periode SPV-en om de verpleegkundig centralisten MKA te ondersteunen bij de triage.



Inschatting of triage

Ongeveer de helft van de MKA's maakt gebruik van het NTS en de andere helft van het triagesysteem ProQA. Verpleegkundig centralisten MKA die gebruik maken van NTS volgen het pad dat NTS voorschrijft. Zij gebruiken vervolgens hun expertise voor het formuleren van vragen

⁴ FACT-teams behandelen en begeleiding mensen die een ernstige psychiatrische aandoening hebben in combinatie met problemen op andere levensterreinen (wonen, werken, sociale contacten, financiën etc.).

en het interpreteren van antwoorden. De verpleegkundig centralist MKA probeert eerst een beeld te krijgen van de situatie en de urgentie en vervolgens bepaalt hij de urgentiecode en de inzet. Ook of politie-inzet nodig is volgt uit het NTS.

Verpleegkundig centralisten MKA die gebruik maken van ProQA volgen exact de structuur van het pad dat ProQA voorschrijft. Verpleegkundig centralisten MKA moeten vragen en instructies letterlijk formuleren zoals zij in ProQA staan. De verpleegkundig centralist MKA legt bij elke melding de antwoorden op acht 'ingangsvragen' vast, in een vaste volgorde. De verpleegkundig centralist MKA vraagt naar de situatie, luistert en komt gestructureerd tot een code voor een melding. ProQA-meldkamers spreken in de landelijk urgentie tabel (LUT) gezamenlijk af welke inzet en urgentie hoort bij de ProQA uitkomstcode. NTS centralisten gaan eerst met de ABCDE-check na of er sprake is van een levensbedreigende situatie. Vervolgens biedt het NTS via de overige ingangsklacht 'Vreemd gedrag of suïcidaal' en de vragen die hierop volgen mogelijkheden om relevante ggz- en/of psychische kenmerken uit te vragen. Ook de eerste vragen in ProQA zijn erop gericht om te bepalen of er sprake is van een levensbedreigende situatie. De triagevragen van ProQA die betrekking hebben op verward gedrag (Hoofdstuk 25 'Psychiatrisch/ Abnormaal gedrag/ Zelfmoordpoging') zijn gericht op het uitsluiten van een levensbedreigende of spoedeisende situatie. Voor niet-spoedeisende situaties – als geen ambulancezorg inzet nodig is binnen 30 minuten – geven triagesystemen NTS en ProQA minder handvatten. Om dit te ondervangen is in de regio Noord-Nederland een nieuw triageprotocol dat centralisten volgen ná de ProQA-uitvraag. Het betreft een protocol dat is gebaseerd op de ggz-triagewijzer²⁴ (zie bijlage ggz-triagewijzer).

De triage van de verpleegkundig centralisten MKA is in eerste instantie gericht op het bepalen of zij een ambulance in moeten zetten en zo ja met welke urgentie. Daarnaast heeft de MKA een zorg-coördinerende rol, bijvoorbeeld door het overdragen van de zorgvraag aan de huisarts of huisartsenpost. Als de MKA ambulancezorg inzet, volgt een fysieke triage en eventueel behandeling of doorverwijzing door de ambulanceverpleegkundige van de persoon met verward gedrag. Ambulanceverpleegkundigen maken voor de fysieke triage gebruik van het Landelijk Protocol Ambulancezorg. In Amsterdam zet de MKA op aanvraag van de politie een psycholance in bij personen met verward gedrag waarvoor somatiek (telefonisch) uitgesloten is. Een psycholance is een vorm van zorgdifferentiatie in de ambulancezorg, namelijk een zorgambulance bemenst door een SPV van de Spoedeisende Psychiatrie Amsterdam (SPA) en een Zorgambulance-chauffeur. De SPV kan de situatie de-escaleren, waardoor vervoer naar een beoordelingslocatie niet altijd nodig is.



Informatie

Verpleegkundig centralisten MKA gebruiken het GMS om meldingen aan te nemen, te verwerken en uit te geven. Het GMS bevat voor de MKA een medisch kladblok of patiëntendossier waarin de resultaten van de triage worden opgeslagen. Het GMS kan over bekende personen met verward gedrag een afspraak op locatie (AOL) bevatten. Deze afspraak omschrijft de manier waarop de verpleegkundig centralisten MKA en eventueel ambulancemedewerkers om dienen te gaan met de

melding. De AOL bevat gegevens over de behandeling van de persoon, de eventuele ggz-instelling en ggz-behandelaar of gegevens over andere zorgaanbieders zoals het wijkteam. De verpleegkundig centralisten MKA hanteren geen 'afspraken op naam' zoals de MKP deze wel heeft. Verpleegkundig centralisten MKA raadplegen over het algemeen geen andere informatiebronnen dan het GMS. Er is geen toegang tot gegevens uit de crisiskaart.

Geïnterviewden zijn terughoudend in de wens naar meer informatie op persoonsniveau. Zij geven aan dat er een risico bestaat dat verpleegkundig centralisten MKA door extra informatie 'oogkleppen' op zouden kunnen hebben als het gaat om het bepalen van de urgentie en in te schakelen hulpverlener⁵. Ook kan de informatie lastig te interpreteren zijn voor verpleegkundig centralisten MKA zonder ggz- of psychosociale kennis. Verpleegkundig centralisten MKA hebben daarentegen wel behoefte aan informatie over mogelijke contactpersonen van bijvoorbeeld naasten, de huisarts of de behandelaar.



Toeleiding hulpverlening

De triagesystemen NTS en ProQA leiden tot een advies over de in te zetten hulpverlening en de urgentie. Als de triage leidt tot een spoedurgentie zet de MKA over het algemeen een Advanced Life Support (ALS) ambulance in bij een melding van een persoon met verward gedrag met het oog op eventuele sedatie. Een zorgambulance is hier onvoldoende voor toegerust. Het gaat over het algemeen om A1 ritten omdat het vaak gevaar en agressie betreft, maar ook bijvoorbeeld verminderd bewustzijn.

De MKA kan in de meeste regio's niet direct de crisisdienst inschakelen voor een melding. Het inschakelen van de crisisdienst verloopt over het algemeen via de huisarts. Verpleegkundig centralisten MKA kunnen vaak wel overleggen met medewerkers van de crisisdienst over een melding. Ambulanceverpleegkundigen kunnen over het algemeen ter plaatse contact opnemen met de crisisdienst. Soms is het nodig om eerst somatiek uit te laten sluiten door een arts voordat de crisisdienst komt. Ambulancezorg kan niet – zoals de politie dat in veel regio's wel kan – personen met verward gedrag direct naar een ggz-instelling brengen. In Amsterdam schakelt het basisteam van de politie de MKA in als zij een persoon met verward gedrag aantreffen die (snel) hulp nodig heeft. De MKA zet in dit geval de psycholance in. Deze mag niet met spoed (met optische geluidssignalen) rijden. De psycholance vervoert de persoon met verward gedrag als het nodig is naar de Spoedeisende Psychiatrie Opvang Ruimte (SPOR).

Als het gaat om een persoon die geen acute hulpvraag heeft, schakelt de MKA in sommige regio's direct door naar de huisarts of huisartsenpost, of vraagt de MKA de melder om zelf contact op te nemen. Verpleegkundig centralisten MKA kunnen personen met verward gedrag die vaker bellen als het rustig is vaak wel geruststellen door kort met hen te praten. Zij schakelen deze personen soms direct door naar de eigen behandelaar, de ggz-instelling, zoals in Amsterdam of andere

⁵ Denk aan een persoon die bekend is bij de GGZ, waarbij een symptoom toegeschreven wordt aan de psychiatrische problematiek, maar het in feite een somatische oorzaak heeft.

zorgaanbieder. MKA-centralisten kunnen deze personen eventueel ook doorverwijzen naar telefonische hulpdiensten bemand met vrijwilligers zoals Sensor.



Gebieden voor verbetering

Volgens de geïnterviewden liggen de verbetervoorstellen vooral bij personeel, triage en toeleiden naar passende hulpverlening:

- Personeel: Een (intensivering van de) samenwerking tussen (zorg)meldkamers voor acute en niet-acute vragen leidt vermoedelijk tot betere toeleiding naar hulp. Het virtueel of fysiek dichterbij elkaar brengen van de verschillende zorgmeldkamers voor acute en niet-acute hulpvragen draagt bij aan een betere bepaling van de inzet en urgentie van hulpverlening voor de persoon met verward gedrag. Op een zogenaamde zorgmeldkamer werken virtueel of fysiek verschillende zorgdisciplines samen: ambulancezorg, huisartsenzorg, psychiatrische hulpverlening. Zij hebben toegang tot dezelfde informatie. Dit vergroot de onderlinge verbinding en samenwerking. Het maakt de doorverwijzing tussen de verschillende vormen van zorg soepeler. Vervolgens zouden ook GGD/gemeentelijke meldpunten, het sociale domein (sociale wijkteams) aan kunnen sluiten en de wijkagent/ buurtregisseur. Niet alleen personen met verward gedrag zullen baat hebben bij een dergelijke organisatie, maar ook andere burgers met een hulpvraag.
- Triage: Toevoegen van vragen over psychiatrische toestand aan triage MKA creëert mogelijkheden voor inschakelen gedifferentieerd vervoer en GGZ. Op dit moment is de triage op de MKA met name gericht op de bepaling van inzet en urgentie van somatische zorg. Het toevoegen van vragen aan of volgend op het triageprotocol over de psychische/psychiatrische toestand, zorgt voor meer inzicht in de benodigde inzet en urgentie van psychiatrische hulpverlening. Dit biedt mogelijkheden voor de inzet van:
 - Aanbieders van vervoer met psychiatrische hulpverlening zoals betrokken branche- en beroepsorganisaties hebben gepresenteerd in het 'Voorlopig model vervoer'³. Het kan gaan om zelfstandige aanbieders van vervoer met psychiatrische hulpverlening, zoals de ggz vervoersdienst in Arnhem of bijvoorbeeld een psycholance van de RAV⁶. Het gaat om personen met verward gedrag waarbij somatiek (telefonisch) uitgesloten is maar die wel binnen een uur een psychiatrische beoordeling nodig hebben. Voor de uitvraag van de psychiatrische toestand is het behulpzaam om te weten of de persoon met verward gedrag bekend is bij de gespecialiseerde ggz. Die informatie is nu niet bekend bij de MKA. Verkend zou moeten worden of het mogelijk is om als meldkamer over dergelijke informatie te beschikken.
 - De crisisdienst en de GGZ. Op dit moment is het voor de MKA in veel regio's nog niet mogelijk om de crisisdienst direct in te schakelen voor bijvoorbeeld een thuisbeoordeling. De verwachting is dat wanneer de MKA triagevragen hanteert uit de ggz-triagewijzer²⁴, zij beter in staat zijn om te bepalen of de inzet van de crisisdienst of reguliere ggz nodig is. Bovendien spreken de MKA en de crisisdienst daarmee elkaars

⁶ De RAV in Amsterdam geeft aan dat een psycholance waarschijnlijk alleen in gebieden met veel meldingen doelmatig ingezet kan worden.

taal (crisisdiensten implementeren op dit moment de ggz-triagewijzer) en ontstaat er minder discussie over het professioneel oordeel van de MKA.







- De extra vragen over de psychiatrische toestand kunnen uitgevraagd worden door verpleegkundig centralisten MKA die daarvoor extra scholing krijgen of bijvoorbeeld door een SPV. Deze kan zich (in regio's met veel meldingen) op de meldkamer bevinden, maar ook kan gedacht worden aan een SPV die de extra vragen telefonisch voor meerdere meldkamers stelt.⁷ Als uit de extra vragen over de psychiatrische toestand blijkt dat er geen ggz of andere zorgaanbieder nodig is, dan schakelt de MKA door naar de huisarts of vraagt de persoon om de huisarts te bellen. De huisarts kan de persoon met verward gedrag en zijn naaste vervolgens toeleiden naar passende hulpverlening, bijvoorbeeld sociaal werk.
- Toeleiding hulpverlening: Toegeruste beoordelingslocaties en voldoende beddencapaciteit na beoordeling zijn van belang voor inzet ambulancezorg en alternatief vervoer. Als de MKA ambulancezorg of eventueel vervoer met psychiatrische hulpverlening inzet voor personen met verward gedrag, is het van belang dat de brenglocatie de persoon met verward gedrag accepteert. Veel geïnterviewden geven aan dat zij het van belang vinden dat een psychiatrische beoordeling op of nabij een SEH plaatsvindt. Een somatische grondslag is niet altijd (telefonisch) uit te sluiten en bovendien is er regelmatig sprake van gecombineerde problematiek (bijvoorbeeld intoxicatie en suïcidaliteit). Dit vraagt van SEH-en dat zij een geschikte psychiatrische opvangruimte hebben. Een aandachtspunt voor het vervoer ná de psychiatrische beoordeling is bovendien voldoende beschikbaarheid van bedden voor opname of eventuele uitslaapbedden. Deze onderwerpen komen ook terug bij de regionale uitwerking van de bouwstenen 5 'Beoordeling en risicotaxatie' en 6 'Toeleiding'.

⁷ Volgens de huidige wet- en regelgeving dient de SPV dan ook de opleiding tot verpleegkundig centralist te volgen.

4 Huidige werkwijze en gebieden voor verbetering voor overige meldpunten

In deze bijlage komt de huidige werkwijze bij de verschillende meldpunten, meldkamers en andere hulpposten aan de orde. De bijlage is gebaseerd op de interviews die SiRM gevoerd heeft. In dit model melding ligt de nadruk op het verbeteren van behandeling van meldingen bij de politie (MKP en 0900-8844) en de MKA. De gebieden waarop verbetering mogelijk is voor de 'loketten' in deze bijlage komen daarom niet verder terug in het hoofdrapport.

We beschrijven per meldpunt de volgende onderwerpen:

-  Het aantal meldingen van personen met verward gedrag dat binnenkomt op het meldpunt, de meldkamer of de hulppost.
-  De opleiding en ervaring van het personeel dat de inschatting maakt of de triage uitvoert van de melding van de persoon met verward gedrag.
-  De wijze waarop de inschatting wordt gemaakt of de triage plaatsvindt, dat wil zeggen de manier waarop de medewerkers van het meldpunt de in te schakelen hulpverlener en urgentie bepalen.
-  Welke informatie medewerkers van de meldpunten gebruiken om hun inschatting te maken of om triage uit te voeren.
-  Naar welke hulpverleners zij de persoon met verward gedrag kunnen toeleiden.
-  Vervolgens geven we per meldpunt aan wat de gebieden zijn waarop verbetering mogelijk is.

4.1 Meldpunt GGD of gemeente

Aantal meldingen

De huidige meldpunten van de GGD of de gemeente die specifiek gericht zijn op personen met verward gedrag ontvangen nu nog slechts een aantal meldingen per dag. Bij het 'Advies- en meldpunt verwarde personen' in Rotterdam zijn ervan af begin september tot en met eind november 2016 ongeveer 2 meldingen per dag geweest. Het meldpunt is wel recent pas opgezet en er is eind 2016 nog weinig ruchtbaarheid aan gegeven. Het meldpunt in Drenthe ontvangt ook slechts een aantal meldingen per dag. Het is echter lastig in te schatten hoeveel meldingen over

personen met verward gedrag er exact binnenkomen bij de bestaande meldpunten. Vaak worden de meldingen onder een andere naam geregistreerd, bijvoorbeeld onder overlast.



Personeel

De opleiding en ervaring van het personeel dat de telefoon opneemt verschilt per meldpunt. In Rotterdam nemen Sociaal Psychiatrisch Verpleegkundigen (SPV-en) en andere HBO-geschoolde medewerkers de meldingen in behandeling.



Inschatting of triage

Om de in te schakelen hulpverlener en de urgentie te bepalen gebruiken medewerkers van het meldpunt in Rotterdam een gesprekswijzer. Bij andere meldpunten zoals in Drenthe is er geen geprotocolleerde uitvraag, maar achterhaalt de medewerker door het voeren van het telefoongesprek welke hulp de persoon met verward gedrag nodig heeft en binnen welke tijdstermijn.



Informatie

Meldpunten hebben regelmatig toegang tot andere informatiesystemen, ofwel direct, ofwel door contact op te nemen met medewerkers van die informatiesystemen. Het meldpunt in Rotterdam probeert zoveel mogelijk informatie vanuit verschillende sectoren te ontsluiten. In Drenthe bellen medewerkers van het meldpunt regelmatig met SPV-en van de OGGZ, van de GGZ of van de crisisdienst om te achterhalen of de persoon over wie zij een melding ontvangen bekend is.



Toeleiding hulpverlening

De medewerkers van het meldpunt van de GGD of gemeente kunnen de personen met verward gedrag waarover zij meldingen ontvangen over het algemeen toeleiden naar sociaal werk (sociale wijkteams) en de GGZ. Wanneer de persoon bekend is bij de hulpverlening, schakelt het meldpunt over het algemeen de eigen hulpverlener of behandelaar van de persoon in. Als de persoon met verward gedrag nog nergens bekend is neemt het meldpunt de regie over het vervolg. Als tijdens het eerste telefoongesprek blijkt dat het gaat om een acute situatie dan kan de medewerker van het meldpunt de persoon vragen om 112 te bellen of (zoals in Rotterdam) de medewerker kan direct doorschakelen naar de MKP. Als medewerkers van het meldpunt in Drenthe twijfelen of de situatie veilig is, dan vragen zij of de politie ter plaatse kunnen verifiëren.



Gebieden voor verbetering

Geïnterviewden geven aan dat de belangrijkste verbetermogelijkheid voor gemeentelijke meldpunten ligt bij 24/7 toeleiden naar passende hulpverlening:

- Toeleiding hulpverlening: Het meldpunt in Rotterdam is 24/7 bereikbaar en ook in Drenthe is dit de wens. Echter, buiten kantooruren is de in te schakelen hulpverlening beperkt. Medewerkers van de meldpunten hebben moeite met het toeleiden naar passende hulpverlening in geval van meldingen van dreigende escalatie die niet kunnen wachten tot de volgende morgen of tot na het weekend. Voor de MKP en MKA zijn deze hulpvragen niet spoedeisend genoeg. De meldpunten van de GGD of gemeente zijn vaak geen erkende

verwijzer voor de crisisdienst. De inzet van hulpverlening dient in dit geval te verlopen via de huisartsenpost. Dit zorgt voor vertraging en leidt niet altijd op tijd tot passende hulpverlening. Daarnaast moet de bekendheid van de meldpunten van de GGD of gemeente vergoot worden. Nu zijn deze meldpunten niet altijd bekend bij de doelgroep, waardoor deze personen bellen met een spoedeisend nummer, zoals 112.

4.2 Huisartsenpost



Aantal meldingen

Alhoewel dit niet systematisch geregistreerd wordt, blijkt uit ruwe schattingen dat ongeveer 1 tot 5% van de contacten (telefonisch of fysiek) met de huisartsenpost (naasten van) personen met verward gedrag betreft.⁸ Het aantal contacten per dag hangt af van het adherentiegebied van de huisartsenpost. Geïnterviewde huisartsenposten geven aan dat het aantal contacten waarschijnlijk zal toenemen:

- Enerzijds omdat stabiele chronisch psychiatrische patiënten in toenemende mate (die niet crisisgevoelig zijn en met een laag risico op terugval) in huisartsenpraktijk begeleid worden.
- Anderzijds omdat kwetsbare ouderen met psychogeriatrische problematiek langer thuis blijven wonen.

Het is niet bekend hoeveel spoedvragen de huisarts gedurende kantooruren ontvangt van (naasten van) personen met verward gedrag.



Personeel

Op de huisartsenposten voeren triagisten de telefonische (en fysieke) triage uit. Triagisten zijn doktersassistenten, verpleegkundigen (niveau 4) en basisartsen die een opleiding triage hebben gevolgd.⁹ Triagisten hebben geen specifieke ggz-vaardigheden of kennis. Soms wordt aanvullend op de opleiding tot triagist extra scholing gedaan op het vlak van ggz-vaardigheden. Bij sommige huisartsenposten wordt geëxperimenteerd met de aanwezigheid van den praktijkondersteuner huisarts met specifieke ggz vaardigheden en kennis (POH-GGZ) op bepaalde tijden.



Inschatting of triage

De triage van de urgentie van de zorgvraag en bepalen van de vervolgactie gebeurt bij de huisartsenpost op basis van de Nederlandse Triage Standaard (NTS). Het NTS is vooral gericht op het beschrijven van het toestandsbeeld en uitsluiten van bedreiging van ledematen of organen, maar bevat ook de ingangsklacht 'Vreemd gedrag of suïcidaal'. Op basis van deze ingangsklacht volgen bijvoorbeeld vragen over suïcidaliteit, vreemd gedrag, bizar gedrag, het verloop van het vreemde gedrag en of de omgeving ongerust is. De huisartsassistente maakt gedurende kantooruren meestal gebruik van de NHG-triagewijzer. Deze triagewijzer is gebaseerd op de NTS.

⁸ Het betreft ook meldingen over suïcidaal gedrag.

⁹ De opleiding leidt tot een door InEen erkend diploma, dat iedere 5 jaar geherregistreerd dient te worden.



Informatie

Voor een deel van de personen met verward gedrag die contact opnemen met de huisartsenpost beschikt de triagist over een samenvatting van het dossier van de huisarts. De patiënt moet hiervoor vooraf toestemming geven aan de huisarts. De huisarts moet er actief voor zorgen dat deze informatie beschikbaar is op de huisartsenpost. Als uit het dossier op de huisartsenpost blijkt dat de persoon met verward gedrag bekend is bij de GGZ,¹⁰ en er is sprake van een acute situatie, kan de triagist contact opnemen met de ggz-crisisdienst voor informatie over de persoon.¹¹

De praktijkassistente van de huisarts beschikt over een uitgebreid dossier van de persoon met verward gedrag, al bevat het dossier nog niet overal de terugkoppeling van de crisisdienst. Geïnterviewden geven aan dat een vooraanmelding van een crisisgevoelige persoon bij de huisarts door de GGZ (inclusief FACT) en de V&V-zorg van belang is. De huisarts dient deze informatie (met toestemming van de patiënt) vervolgens te verstrekken aan de huisartsenpost, voor het geval dat een crisis inderdaad optreedt in de ANW-uren.

Informatie over gevaar dat een persoon met verward gedrag mogelijk vormt is over het algemeen niet beschikbaar. De triagist maakt een eigen inschatting. Bij een vermoeden van gevaar schakelt de triagist de politie in.



Toeleiding hulpverlening

Huisartsenposten en huisartsenpraktijken kunnen de crisisdienst inschakelen als uit de triage blijkt dat er sprake is van een crisis. Huisartsenposten hebben regelmatig een samenwerkingsovereenkomst met de crisisdienst. Het is van belang dat huisartsen en medewerkers van de crisisdienst elkaars professionele oordeel respecteren en dat eventuele discussie over een verwijzing pas achteraf plaatsvindt. Personen met verward gedrag die een persoonlijke crisisregeling met een ggz-organisatie hebben, kunnen in sommige regio's afspreken dat zij 'telefoon op recept' kunnen bellen bij (dreigende) crisis. Daarnaast is er binnen kantooruren vaak overleg met het sociale wijkteam of andere partners in het sociale domein.

Buiten kantooruren is de in te schakelen hulpverlening voor de huisartsenpost beperkt. Bij niet-acute meldingen, die niet kunnen wachten tot na het weekend of de volgende werkdag, maar niet urgent genoeg zijn voor de crisisdienst of er is geen psychiatrische beoordeling nodig, hebben triagisten van de huisartsenpost moeite met het toeleiden naar passende hulpverlening. De huisartsenpost zoekt over het algemeen geen contact met de OGGZ over passende in te zetten hulpverlening. Er is alleen incidenteel contact tijdens avond- en weekenddiensten.

¹⁰ Doordat de persoon dit zelf heeft verteld of toestemming heeft gegeven aan de ggz instelling om deze informatie te delen met zijn of haar huisarts.

¹¹ De ggz-organisatie dient hiervoor het dossier actueel te houden en informatie op te nemen in de professionele samenvatting. De GGZ heeft hierin een rol door het tijdig terugkoppelen van relevante informatie, ook over eerdere crises, aan de huisarts.



Gebieden voor verbetering

Huisartsenposten kunnen de triage van contacten met (naasten van) personen met verward gedrag verbeteren en inschakelen van sociaal werk verkennen:

- **Personeel:** In regio's met veel meldingen kunnen huisartsenposten voor de triage ook SPV-en of praktijkondersteuners GGZ (POH GGz) aantrekken. Zij kunnen zich vooral richten op de contacten met (naasten van) personen met verward gedrag. In regio's met minder meldingen zou deze functie bovenregionaal ingericht kunnen worden.
- **Triage:** De triagesystematiek op de HAP zou baat hebben bij verdieping op het vlak van het uitvragen van verward gedrag. Mogelijkheden hiervoor zouden kunnen zijn: een aanscherping in NTS, en opleiding of bijscholing van triagisten.
- **Informatie:** Betere vooraanmelding van crisisgevoelige patiënten door GGZ en V&V-zorg aan de huisarts is gewenst. Evenals een goed werkend systeem waarmee de huisarts deze informatie veilig en efficiënt aan de huisartsenpost kan verstrekken.
- **Toeleiding hulpverlening:** huisartsenposten en het sociale domein zouden een nauwere samenwerking kunnen verkennen zodat triagisten voor de minder acute meldingen, die toch niet kunnen wachten tot na het weekend, sociaal werk kunnen inzetten. Hiervoor is wel 24/7 bereikbaarheid van het gemeente/GGD meldfunctie vereist.

4.3 Crisisdienst



Aantal meldingen

In 2014 hebben ggz-instellingen 66.000 crisis Diagnose Behandel Combinaties (DBC's) gedeclareerd. In totaal zijn er 54 ggz-instellingen die patiënten met een crisis DBC opvangen.¹²



Personeel

De voorwacht van de crisisdienst triageert de binnengekomen melding telefonisch. Over het algemeen vormen SPV-en de voorwacht, bij enkele crisisdiensten zijn het juist psychiaters.



Inschatting of triage

De voorwacht van de crisisdienst maakt op dit moment nog geen gebruik van gestructureerde triage om de inzet van hulpverlening en urgentie te bepalen. In het kader van het ontwikkelen van de Generieke Module Acute Psychiatrie in 2016²⁴, hebben SPV-en en psychiaters de ggz-triagewijzer opgesteld (zie bijlage ggz-triagewijzer).



Informatie

De voorwacht van de crisisdienst heeft toegang tot de patiëntendossiers van de ggz-instelling waar de crisisdienst onderdeel van uitmaakt. Als er een melding binnenkomt van een persoon met verward gedrag die bij de betreffende instelling onder behandeling is, kan de voorwacht het patiëntendossier consulteren. Als de persoon niet in behandeling is of ergens anders, dan heeft de ggz-crisisdienst weinig informatie (eventueel van een eerdere melding). Crisisdiensten geven aan

¹² www.zorgprismapubliek.nl/producten/geestelijke-gezondheidszorg/geestelijke-gezondheidszorg/row-6/hoeveel-crisis-dbc's-zijn-er-en-hoeveel-ggz-instellingen-behandelen-patiënten-met-een-crisis-dbc/.

dat zij behoefte hebben aan informatie over of de persoon met verward gedrag in het verleden agressie heeft geuit richting de omgeving en over of er iets bekend is over wapenbezit.



Toeleiding hulpverlening

Crisisdiensten verlenen op basis van de melding hulp aan personen met verward gedrag die psychiatrisch beoordeeld moeten worden. Circa driekwart van de crisisdiensten beoordeelt ook patiënten met verslavingsproblematiek.¹³ Personen met verward gedrag voor wie de triage uitwijst dat zij niet op korte termijn een psychiatrische beoordeling nodig hebben, verwijst de crisisdienst over het algemeen naar de eigen behandelaar van de persoon of de huisarts.



Gebieden voor verbetering

Geïnterviewden geven aan dat de verbetermogelijkheden voor de crisisdienst vooral liggen bij triage en informatie

- Triage: Consequent werken met de ggz-triagewijzer creëert meer helderheid richting verwijzers over de inzet en urgentie van acute psychiatrie. Door consequent met de ggz-triagewijzer te werken creëren crisisdiensten meer helderheid over hun inzet en de urgentie die de persoon met verward gedrag vraagt. Veldpartijen starten in 2017 met het implementeren van de Generieke Module Acute Psychiatrie, onder andere door de ggz-triagewijzer te testen in de praktijk. Op basis van de praktijktest zal de ggz-triagewijzer aangescherpt worden.
- Informatie: Ontvangen van informatie over agressie in het verleden en/of wapenbezit, om de veiligheid van medewerkers crisisdienst en persoon met verward gedrag zelf te verhogen. Het beschikken over informatie over agressie in het verleden en/of wapenbezit, verhoogt de veiligheid, zowel voor de medewerkers van de crisisdienst als voor de persoon zelf. Crisisdiensten dienen de mogelijkheden voor het ontvangen van deze informatie te verkennen met de politie, reclassering en OM. Het schakelteam besteedt ook aandacht aan informatie-uitwisseling in de bouwsteen 'Informatievoorziening'.

¹³ J. Stobbe, J.R.J. De Leeuw, C.L. Mulder, TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 58(2016)9, 624-631, Werkwijze van ambulante psychiatrische crisisdiensten in Nederland.

5 Voorbeelden van informatiedeling in het veld

In deze bijlage gaan we eerst kort in op de Wet bescherming persoonsgegevens, waarin staat onder welke omstandigheden persoonsgegevens gedeeld mogen worden en hoe er vervolgens met de gegevens omgegaan dient te worden. Daarna beschrijven we de toepassing van de wet in het Veiligheidshuis. Tenslotte gaan we in op het voorbeeld in Friesland waar ggz behandelaren elektronisch gegevens delen met de crisisdienst GGZ Friesland Spoed.

5.1 Wet bescherming persoonsgegevens

In de Wet bescherming persoonsgegevens (Wbp) staan voorwaarden voor en eisen aan de omgang met persoonsgegevens. Als meerdere partijen samenwerken (bijvoorbeeld in een samenwerkingsverband) en hiervoor gegevens willen uitwisselen¹⁴, moeten zij zich aan de Wbp houden.

In hoeverre samenwerkingspartners persoonsgegevens mogen uitwisselen, hangt af van de relevante bepaling uit de Wbp en aan specifieke wetgeving voor de betreffende partij.¹⁵ Of gegevens uitgewisseld mogen worden, hangt primair af van het doel en de verwerkingsgrondslag (artikel 7 respectievelijk artikel 8 Wbp). Een doel is gerechtvaardigd als dit kan worden gebaseerd op één van de volgende grondslagen:

- De betrokkene heeft zijn/haar ondubbelzinnige toestemming gegeven.
- De verwerking is noodzakelijk om de overeenkomst met de betrokkene uit te voeren.
- De verwerking is noodzakelijk om te voldoen aan een wettelijke plicht die op de verantwoordelijke rust.
- De verwerking is noodzakelijk om de vitale belangen van de betrokkene te waarborgen.
- De verwerking is noodzakelijk voor de verantwoordelijke om diens publiekrechtelijke taak uit te voeren dan wel voor het bestuursorgaan waaraan deze gegevens worden verstrekt.
- De verwerking is noodzakelijk om een gerechtvaardigd belang van de betrokkene te waarborgen dat zwaarder weegt dan de privacy-inbreuk bij de betrokkene.

Als er een gerechtvaardigd doel is om persoonsgegevens te delen, bepaalt de Wbp ook dat er zorgvuldig met deze gegevens omgegaan moet worden (zoals beveiliging en transparantie).

¹⁴ Via een gezamenlijk informatiesysteem of mondeling

¹⁵ Andere wetten die van toepassing zijn bijvoorbeeld de Wet geneeskundige behandelovereenkomst (WGBO), de Wet politiegegevens (Wpg), de Wet Justitiële en strafvorderlijke gegevens (Wjsg) en de Reclasseringsregeling 1995.

Voor meer informatie over het delen van persoonsgegevens verwijzen wij u naar het 'Handvat Gegevensdeling in het zorg en veiligheidsdomein'¹⁶, de 'Handreiking privacy governance in Veiligheidshuizen'¹⁷ en de 'Wegwijzer beroepsgeheim in samenwerkingsverbanden' van GGZ Nederland.¹⁸

5.2 Het Veiligheidshuis

In een Veiligheidshuis werken verschillende partners uit de straf- en zorgketen samen met andere gemeentelijke partners.¹⁹ In het Veiligheidshuis komen zij tot een ketenoverstijgende aanpak van maatschappelijke problemen om ernstige overlast en criminaliteit te bestrijden. Voor het uitvoeren van deze ketenoverstijgende taak is gegevensuitwisseling noodzakelijk.

Een Veiligheidshuis is geen zelfstandige rechtspersoon, maar een netwerkorganisatie.²⁰ De deelnemende partijen wisselen gegevens uit met elkaar en niet door of aan een Veiligheidshuis. De partijen in het Veiligheidshuis moeten zich onder andere houden aan de Wbp en kunnen enkel persoonsgegevens uitwisselen als daarvoor een specifieke wettelijke grondslag is aan te wijzen.

Een Veiligheidshuis handelt altijd namens een van de partners. Daarom moet de gegevensregistratie in de systemen van het Veiligheidshuis beperkt blijven tot de noodzakelijke regie-informatie, zoals een plan van aanpak met daarin de afgesproken interventies. De partners zijn verantwoordelijk voor het vastleggen van noodzakelijke gegevens in hun eigen dossiers en systemen.

In het Veiligheidshuis moet voor elke casus die besproken wordt opnieuw bekeken worden of er een wettelijke grondslag is om gegevens uit te wisselen. Daarnaast moet de partner aan de cliënt melden dat er persoonsgegevens over hem of haar worden vastgelegd (behalve als bijvoorbeeld de veiligheid van professionals of andere direct betrokkenen in het geding komen).

5.3 Fries Schakelpunt

In Friesland is het Fries Schakelpunt opgezet, waar ggz behandelaren elektronisch gegevens delen met de crisisdienst GGZ Friesland Spoed. In dit digitale schakelpunt worden crisisplannen opgenomen van cliënten die crisisgevoelig zijn. Als een cliënt in crisis raakt kan een medewerker van GGZ Friesland Spoed die gegevens inzien.

De cliënt moet eerst toestemming geven voordat de behandelaar en GGZ Friesland Spoed gegevens kunnen uitwisselen in het beveiligde netwerk. De behandelaar zal de volgende gegevens van de cliënt opslaan via het netwerk:

¹⁶ www.veiligheidshuizen.nl/doc/Handvat-Gegevensdeling-in-het-zorg-en-veiligheidsdomein.pdf

¹⁷ www.veiligheidshuizen.nl/doc/publicaties/Handreiking-Privacy-Governance-VHH.pdf

¹⁸ www.ggz nederland.nl/uploads/publication/Wegwijzer%20beroepsgeheim%20in%20samenwerkingsverbanden.pdf

¹⁹ In het Veiligheidshuis werken de volgende partijen samen: Gemeenten/ VNG, Openbaar Ministerie, Politie, Raad voor de Kinderbescherming, Reclassering Nederland, Stichting Verslavingsreclassering en Leger des Heils, Jeugdzorg, GGZ, Dienst Justitiële Inrichtingen, Gehandicaptenzorg,

²⁰ Conform het Landelijk kader Veiligheidshuizen

- naam, geboortedatum, BSN, adres en telefoonnummer
- diagnose en behandelmethode (psychotherapie, medicatie)
- aandachtspunten bij crisis (het crisisplan)

Hiervoor ondertekent de cliënt het toestemmingsformulier. De cliënt kan op elk moment de toestemming weer intrekken.

6 Ervaringen van ggz- ervaringsdeskundigen en naasten

In deze bijlage beschrijven we de ervaringen van ggz-ervaringsdeskundigen en naasten met het doen van melding en de behandeling van de melding. De inhoud van dit hoofdstuk is gebaseerd op de resultaten van een focusgroep met ervaringsdeskundigen en naasten. We beschrijven de opbrengsten uit de focusgroep in vier paragrafen: de doelgroep, melding doen, behandeling van meldingen en uitkomst van de melding. We onderbouwen de resultaten uit de focusgroep met enkele casussen van naasten of ervaringsdeskundigen.

De deelnemers aan de focusgroep waren ervaringsdeskundigen en naasten die zelf, of waarvan hun naasten, al langere tijd in ggz behandeling zijn (geweest). Er namen geen personen deel vanuit het perspectief van de psychosociale problematiek of van de (licht) verstandelijke beperking. Er was één persoon met Alzheimer aanwezig bij de focusgroep. Deze bijlage beschrijft de ervaringen van de deelnemers uit de focusgroep. De knelpunten en aanbevelingen die genoemd staan in deze bijlage betreffen de genoemde punten van de focusgroep deelnemers.

6.1 Personen met verward gedrag

Personen in (acute) zorgnood kunnen verward gedrag vertonen. Het gaat om personen waarvan het vermoeden bestaat dat zij door bijvoorbeeld een somatische aandoening, psychiatrische aandoening, psychogeriatrische aandoening (dementie) of een verstandelijke beperking verward gedrag vertonen. Deze personen zijn mogelijk al onder behandeling bij de GGZ, maar dit hoeft niet. Aan de focusgroep namen ervaringsdeskundigen met psychische aandoeningen en met dementie deel en hun naasten²¹ (zie bijlage 2). Het merendeel van de deelnemers aan de focusgroep waren ervaringsdeskundigen en naasten die al regelmatig te maken hebben gehad met crisissituaties.

Bij een melding over een persoon met verward gedrag, gaat de aandacht van de hulpverleners voornamelijk uit naar de persoon met verward gedrag. Er blijkt echter ook een duidelijke behoefte bij de naasten te bestaan aan meer betrokkenheid en ondersteuning bij de zorg voor personen met verward gedrag. De naasten geven aan meer betrokken te willen zijn bij de behandeling van de melding, het gebruikte vervoer en de afwegingen in het behandeltraject. De naaste krijgt bijvoorbeeld niet altijd terugkoppeling over de melding of inspraak/ ondersteuning in de vervolgstappen van het behandeltraject.

6.2 Melding doen

Het is voor omstanders niet altijd duidelijk wat ze kunnen doen als ze een persoon met verward gedrag tegenkomen. Mensen zijn in een dergelijk geval vaak geneigd om de politie te bellen, het

²¹ Naasten van ervaringsdeskundigen zijn vaak familie of vrienden. Soms zijn ze ook de wettelijke vertegenwoordiger.

gaat immers om verstoring van de openbare orde of omdat er sprake is van gevaar of dreiging. Dat er daarnaast ook een hulpvraag kan spelen is minder duidelijk. Het is niet helder voor omstanders dat ze ook naar een alternatief meldpunt dan 112 zouden kunnen bellen. Omstanders weten daarnaast vaak niet op welke manier zij het beste kunnen reageren op personen met verward gedrag, bijvoorbeeld in geval van personen met dementie. Personen met dementie kunnen tijdens dagelijkse situaties ontregeld raken, bijvoorbeeld wanneer zij boodschappen doen. De persoon met dementie kan ervan overtuigd zijn dat hij zijn boodschappen afgerekend heeft, terwijl dit niet het geval is. Winkeliers bellen in zo'n geval regelmatig de politie. Dit is voor de persoon met dementie zeer traumatiserend.

De deelnemers aan de focusgroep geven aan dat er een duidelijke behoefte is aan een meldpunt voor niet-acute meldingen. Ervaringsdeskundigen en naasten zijn nu vaak genoodzaakt te wachten met het doen van een melding totdat de situatie escaleert en de persoon in kwestie in een crisis belandt. Echter, vaak worden naasten bij een niet-acute melding niet gehoord. Hulpdiensten treden pas op wanneer er een crisis ontstaat (zie casus in kader). Deelnemers aan de focusgroep geven aan dat het verschilt per gemeente óf en waar personen met een melding over een dreigende escalatie terecht kunnen. In sommige gemeentes zijn er meldpunten van de GGD/ gemeente.

Voor personen met psychogeriatrische problematiek en hun naasten zijn er meldpunten geheugenproblemen, dementienetwerken of casemanagers dementie. Deze meldpunten zijn echter niet altijd bekend bij de personen met verward gedrag of hun naasten. Daarnaast zijn sommige meldpunten alleen bereikbaar voor zorgverleners en niet voor burgers.

Ervaringsdeskundigen en naasten geven aan dat ze bij (dreigende) escalatie bij voorkeur hun eigen hulpverlener om hulp vragen als zij onder behandeling zijn (geweest). De eigen hulpverlener kent de persoon en zijn behandelgeschiedenis. Naasten en ervaringsdeskundigen geven aan dat ze de crisisdienst vaak niet direct mogen bellen. Dit contact dient via de huisarts te verlopen. De deelnemers van de focusgroep geven aan dat ze niet altijd het gevoel hebben dat de huisarts de melding serieus neemt. Daarnaast kan het voorkomen, dat de huisarts de melding wel serieus neemt, maar dat de crisisdienst het oordeel van de huisarts niet overneemt. Als de patiënt of ervaringsdeskundige contact opneemt met een meldpunt, is informatie over de behandelende instelling of behandelend arts meestal niet voorhanden. Ook als de behandelaar wel bekend is, dan blijkt het vaak lastig om deze te bereiken, vooral tijdens ANW-uren.

6.3 Behandeling van meldingen

Personen met verward gedrag en hun naasten nemen contact op met een meldpunt of de crisisdienst omdat zij hulp zoeken. Ervaringsdeskundigen en naasten geven aan dat een melding echter niet altijd leidt tot (passende) hulp. Naasten krijgen vaak te horen dat hulpverleners niets kunnen doen als de persoon zelf geen behandeling wil. Ervaringsdeskundigen geven aan dat zelfsignalering vaak niet serieus wordt genomen. Sommige personen bellen regelmatig met de hulpdiensten, waardoor deze ze mogelijk zien als 'lastige' personen en hen niet toe leiden tot hulp. Maar een melding is een altijd een hulpvraag.

Onze zoon van 24 heeft een bipolaire stoornis en is bekend bij de GGZ. Er lag al een vooropnameplan bij de huisartsenpost: komt hij zelf voor hulp of bellen wij, dan wordt hij meteen opgenomen.

Op een ochtend belt hij ons wakker, volledig in paniek. Hij was manisch geworden. Hij stond voor het ziekenhuis en riep dat niemand hem wilde helpen. Wij vlug naar hem toe, wat blijkt: hij was volledig in paniek, bang dat hij gek werd in zijn hoofd, wetende dat hij geholpen moest worden naar het GGZ gegaan, waar hem gezegd werd dat hij te vroeg was en hij maar een uur later terug moest komen. Op zijn skateboard is hij in paniek voor hulp door naar het ziekenhuis gesjeesd en daar werd hij weggestuurd, want dat moest via de huisarts. Hij meldde dat er bij de huisartsenpost een vooropname klaarlag, maar daar kon niemand bij want het was inmiddels al 8 uur en dan zijn ze daar gesloten! Gelukkig belde hij ons. Verschrikkelijk om te zien dat hij volledig in paniek gewoon weggestuurd werd!

Wij als ouders hebben zelf tot 4 uur 's middags geprobeerd om iemand te vinden om onze zoon te helpen. Hij was inmiddels al te ver in zijn paniek en angst doorgeschoten en verdween zonder medicijnen uit beeld: "Mam, ze helpen als je het niet nodig hebt, heb je ze wel nodig dan wordt je overal weggestuurd. Nou, ik ben weg en los het zelf wel op!"

Wij, ons gezin en zijn vrienden hebben stad en land doorzocht waar hij was. De angst om de politie aan de deur te krijgen met een overlijdensbericht is niet te verteren. Na 3 weken was er een levensteken, het ging echt heel slecht met hem. We hebben hem thuisgebracht. Een paar uur later na herhaalde keren bellen en van kastje naar de muur gestuurd te worden door de GGz en Politie is hij compleet over zijn toeren met ambulance en politie met nekklem naar de GGz gebracht. Hij kreeg IBS, liep tweemaal weg, en werd dus ook weer met politie, heel naar, teruggebracht.

Kortom buiten de paar dingen die goed gingen, waren er teveel gebeurtenissen die onze zoon en ons niet ten goede kwamen. Het is dat wij ons niet weg laten sturen en sterk genoeg staan als gezin om deuren open te krijgen, maar wat met al die personen die niet zo'n kring om zich heen hebben?

Wanneer je om hulp komt moet je gehoord worden, al is het 'n te vroeg tijdstip. Je mag nooit een om hulproepende wegsturen. Bied een kop koffie aan en laat weten dat je er voor die ander bent. Dit had allemaal niet hoeven gebeuren!

Voor naasten van personen met verward gedrag is het van belang dat zij informatie krijgen over het resultaat van de melding. Naasten ontvangen over het algemeen geen terugkoppeling over wat er met de melding is gedaan. Hulpverleners delen vaak weinig informatie met naasten. Zij beroepen zich op privacyoverwegingen. De deelnemers van de focusgroep geven aan dat er juridisch en beleidsmatig veel meer mogelijk is.²² Binnen het beroepsgeheim is ruimte om informatie te delen als er noodzaak²³ toe is. Deze ruimte is echter beperkt en biedt geen ruimte

²² Brochure 'Wie zorgt praat mee', Ypsilon 2016 en de Handreiking gegevensuitwisseling in de bemoeizorg, 2014.

²³ De wet biedt ruimte voor het doorbreken van het beroepsgeheim voor kindermishandeling, direct gevaar van andere en voor het inlichten van andere hulpverleners

voor het inlichten van familie tegen de wens van een patiënt in. Informatieverstrekking aan naasten verloopt beter als informatiedeling met naasten expliciet opgenomen is in de crisisafspraken.

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 dragen²⁴. De crisiskaart bevat onder andere de persoonlijke gegevens van de persoon, een omschrijving van de kenmerken van een crisis bij de persoon en de gegevens van de contactpersonen bij crisis. De persoon wordt bij het opstellen van de crisiskaart ondersteund door een crisiskaartconsulent. De consulent deelt de crisiskaartinformatie, als de persoon daar toestemming voor geeft, met de hulpverleners van de persoon en vraagt de persoon of hij de crisiskaart wil laten registreren bij de regiebehandelaar en huisartsenpost en, indien daar redenen toe zijn, de politie, zodat deze hulpverleners in geval van een crisissituatie direct de juiste personen in kunnen schakelen. Er zijn steeds meer personen die een crisiskaart opstellen, maar het totale aantal is nog klein. De informatie uit de crisiskaart wordt op dit moment nog niet breed gedeeld en als de informatie met toestemming van de persoon gedeeld wordt, is de informatie niet buiten de regio voor hulpverleners beschikbaar. Mocht de persoon in kwestie in een andere regio verward gedrag vertonen, dan is de informatie van de crisiskaart daar niet beschikbaar.

De naasten en ervaringsdeskundigen uit de focusgroep gaven aan dat hulpverleners minder náást de patiënt staan. Zij lijken minder te kijken naar wat een individuele patiënt nodig heeft, maar volgen vooral het algemene protocol. Naasten en ervaringsdeskundigen merken op dat meldkamercentralisten, triagisten bij de huisartsenpost en andere hulpverleners vaak onzeker zijn over hun kennis en vaardigheden wat betreft de hulpverlening aan personen met verward gedrag. Hierdoor vallen ze terug op het opgestelde protocol, zodat zij minder risico lopen op het maken van fouten.

6.4 Uitkomst van melding

Iemand die een melding doet over een persoon met verward gedrag of over zichzelf heeft een hulpvraag. Naasten en ervaringsdeskundigen geven echter aan dat het lastig is om snel hulp te krijgen in het geval van een dreigende situatie, nog niet zijnde een crisis. Zij geven aan dat dit onder andere komt door de bezuinigingen op de (niet-acute) GGZ. Door de bezuinigingen zijn de wachttijden voor opname toegenomen. Daarnaast is niet-acute GGZ minder beschikbaar dan voorheen, zoals de 'telefoon op recept' of het 'bed op recept'.

<i>Ik ben aangemeld voor een team gespecialiseerd in trauma en autisme. Er is namelijk een vermoeden van een vorm van autisme. Ik sta echter al langdurig op de wachtlijst voor behandeling.</i>
<i>Ik heb het idee dat ik eerst helemaal door moet draaien en een zelfmoordpoging moet doen voordat ik hulp krijg. Vanmiddag heb ik wel een afspraak met mijn psychiater, hij heeft mijn medicatie al verhoogd omdat het niet goed gaat. Maar dat is niet voldoende.</i>

²⁴ Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGZ (2016) Generieke module Acute Psychiatrie.

Ik ben bang dat ik gekke dingen ga doen, als ik niet op tijd hulp krijg. Ik begrijp niet wat het doel is van de bezuinigingen door de regering; ik heb met spoed hulp nodig.

Patiënten met meerdere psychiatrische en/of somatische aandoeningen (zogenaamde multiproblematiek) worden regelmatig als 'lastige' patiënten gezien. Deze patiënten zijn vaak duur omdat zij veel tijd kosten, bijvoorbeeld omdat de hulpverlener één op één zorg levert. Door de grote tijdinvestering kosten deze personen vaak meer dan een ggz-organisatie vergoed krijgt vanuit de DBC-opbrengsten. Deze patiënten vallen regelmatig tussen wal en schip omdat zij veel tijd en aandacht vragen en ggz-organisaties hier onvoldoende voor gecompenseerd lijken te worden.

De deelnemers aan de focusgroep geven aan dat personen waarbij de situatie dreigt te escaleren en hun naasten op dit moment vaak niet gehoord en/of geholpen worden. Enkel wanneer ze 'acuut' gedrag vertonen grijpen de politie of ambulancedienst in. Personen zijn soms zo wanhopig dat zij langs het spoor gaan lopen omdat zij weten dat dit een reden voor de politie is om direct hulp te bieden. Ervaringsdeskundigen en naasten geven daarnaast aan dat hulpverleners soms zelf ook verwijzen naar de politie als de hulpverlener onvoldoende snel passende zorg kan bieden aan de persoon met verward gedrag of zijn naaste. Politie is echter onvoldoende toegerust op het bieden van hulp aan personen met verward gedrag. De deelnemers van de focusgroep ervaren de inzet van de politie bij personen met verward gedrag soms als disproportioneel. Tijdens de focusgroep kwamen enkele voorbeelden ter sprake waarbij de politie met meerdere dienstauto's op de melding af kwam en niet in staat was om de situatie te de-escaleren. Het kan voorkomen dat de persoon met verward gedrag geboeid mee naar het bureau genomen wordt en/ of in de cel terecht komt, ook al heeft de persoon een hulpvraag en geen strafbaar feit begaan.

Onze dochter heeft borderline. Het is afgelopen maanden heel slecht met haar gegaan. Ze heeft een opname in instelling X gehad. Het beleid is dat als je je niet aan afspraken houdt, je naar huis moet. Onze dochter hield zich niet aan de afspraken en moest toen naar huis. Het ging nog steeds niet goed. Zelfbeschadiging, zelfmoorddreiging, overdosis. Vanaf 6 september: bijna dagelijks een roep om hulp. Elke keer kwam er iemand van de crisisdienst, elke keer politie erbij. Zij is ook nog even opgenomen in instelling Y. Dit was maar kort, er werd weer terugverwezen naar instelling X, omdat mijn dochter daar in behandeling was. Beide instellingen verwijzen steeds naar elkaar.

Op 21 september nieuwe zelfmoordpoging: weer crisisdienst, politie en de brandweer erbij. Zij kwam toen in de politiecel en zit nu nog steeds in de gevangenis. Maar daar hoort zij niet thuis.

7 Uitwerking beslisbomen

7.1 Te stellen vragen door politie-centralist

Hoofdvraag	Welke vragen dient de politie-centralist te stellen om de hoofdvraag te beantwoorden?
Algemene eerste intake door politie-centralist	De politie-centralist vraagt bijvoorbeeld uit: <ul style="list-style-type: none"> • Wat is er aan de hand? • Waarom bel je? • Wat is er gebeurd? • Vertel kort en bondig wie, wat en waar • Noem je naam, de reden van je telefoontje en op welke locatie je bent
Inzet politie nodig?	Antwoord is ja als bijvoorbeeld: <ul style="list-style-type: none"> • Het gaat om een zelfmoordpoging • De persoon heeft een wapen • Persoon levert gevaar op voor anderen of zichzelf • Bij politie en/of hulpverlening bekend dat de persoon voor een acute onveilige situatie kan zorgen • De persoon vertoont fysiek of verbaal bedreigend gedrag • Er is sprake van een aanval op voorwerpen door de persoon • De politie moet binnentreden in een woning
Vermoeden ambulance nodig?	De politie-centralist schakelt de MKA bij als bijvoorbeeld: <ul style="list-style-type: none"> • Er sprake is van een (gevaarlijke of levensbedreigende) bloeding • De persoon niet goed bij bewustzijn is • Er vermoeden is van zware intoxicatie • Er vermoeden is van Excited Delirium Syndrome (EDS) • De ademhaling van de persoon instabiel is • Er sprake is van hoog risico op ernstig letsel (zelfdestructief/ verwondend gedrag)
Doorvragen over gevaar setting door politie-centralist	De politie-centralist vraagt bijvoorbeeld uit: <ul style="list-style-type: none"> • Is de situatie onder controle? • Als nee: waarom is de situatie niet onder controle? • Is er naast sprake van verbale agressie ook sprake van fysieke agressie?
Doorvragen over hulpbehoefte door politie-centralist	De politie-centralist vraagt bijvoorbeeld uit: <ul style="list-style-type: none"> • Komt de persoon zeer verward over? • Wil de persoon zelfmoord plegen? • Heeft de persoon een crisiskaart? Heeft de persoon een psychiatrisch verleden? • Kan de persoon zeer moeilijk gerustgesteld worden?
Snel hulpverlening nodig?	Antwoord is ja als bijvoorbeeld: <ul style="list-style-type: none"> • Persoon wil zelfmoord plegen (politie-inzet niet direct nodig als er geen duidelijk plan is of directe gelegenheid) • Persoon heeft psychiatrisch verleden • Persoon is bekend met overmatig medicatie of alcohol/ drugsgebruik • De persoon erg verward overkomt • De persoon heel moeilijk gerustgesteld kan worden De politie-centralist draagt de melding over aan de APH-triagist

7.2 Behandeling politie ter plaatse

Hoofdvraag	Welke vragen dient de politie ter plaatse te stellen om de hoofdvraag te beantwoorden?
Vervoer naar politiebureau?	Antwoord is ja als bijvoorbeeld: <ul style="list-style-type: none"> • Er sprake is van een strafbaar feit • De persoon vertoont fysiek of verbaal bedreigend gedrag • Er is sprake van een aanval op voorwerpen door de persoon
Vermoeden ambulance nodig?	De agent ter plaatse schakelt de MKA bij als bijvoorbeeld: <ul style="list-style-type: none"> • Er sprake is van intoxicatie • Er sprake is van snijwonden of bloeding • Persoon is op zijn of haar hoofd gevallen (schedeltrauma) • Er vermoeden is van delirium • Er vermoeden van somatisch lijden dat direct huisartsenzorg behoeft (bijvoorbeeld chronische borderline)
Snel hulpverlening nodig?	Antwoord is ja als bijvoorbeeld: <ul style="list-style-type: none"> • Persoon is suïcidaal (geen directe gelegenheid) en hij bevindt zich in een onveilige situatie of de omgeving is extreem ongerust • Het gaat om een bekende patiënt met een snel beloop van de crisis of lage belastbaarheid van systeem • De persoon is acuut verward (wel eerder verward geweest) en bevindt zich in een onveilige omgeving • De persoon is verward en bizar in gedrag en communicatie <p>De politie schakelt de APH-triagist in voor telefonische triage</p>

7.3 Te stellen vragen door verpleegkundig centralist MKA

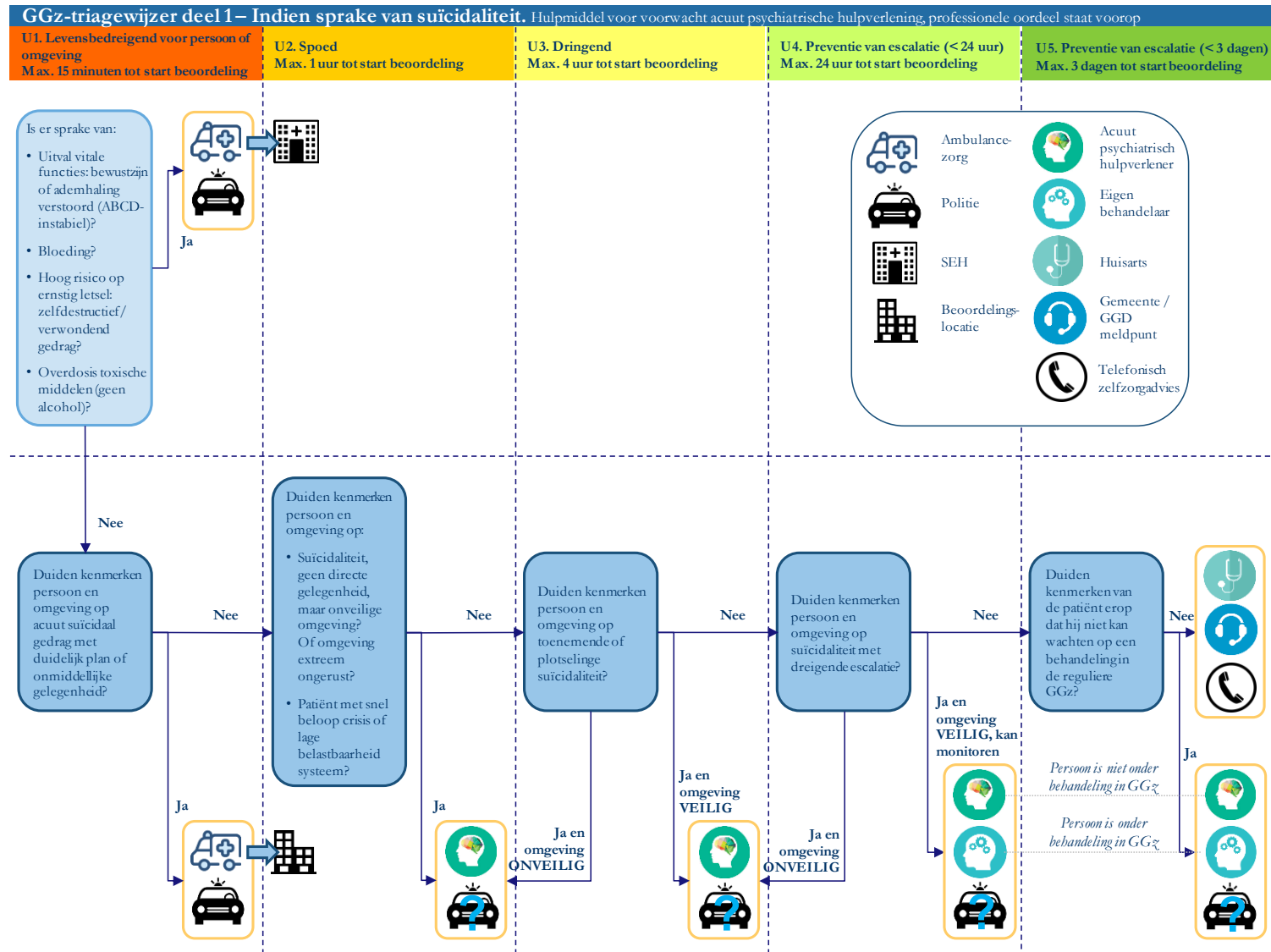
Hoofdvraag	Welke vragen dient de verpleegkundig centralist MKA te stellen om de hoofdvraag te beantwoorden?
Verpleegkundig centralist MKA past eerste triage toe	Op basis van ABCDE-check nagaan of er sprake is van een levensbedreigende situatie.
Inzet politie nodig?	Antwoord is ja als bijvoorbeeld: <ul style="list-style-type: none"> • Het gaat om een zelfmoordpoging • De persoon heeft een wapen • Persoon levert gevaar op voor anderen of zichzelf • Bij politie en/of hulpverlening bekend dat de persoon voor een acute onveilige situatie kan zorgen • De persoon vertoont fysiek of verbaal bedreigend gedrag • Er is sprake van een aanval op voorwerpen door de persoon • De politie moet binnentreden in een woning <p>Indien ja, dan schakelt de verpleegkundig centralist MKA de MKP in.</p>
Inzet A1-rit ambulance nodig (o.b.v. NTS / ProQA)?	Antwoord is ja als bijvoorbeeld: <ul style="list-style-type: none"> • Er sprake is van een (gevaarlijke of levensbedreigende) bloeding • De persoon niet goed bij bewustzijn is • Er vermoeden is van zware intoxicatie (bijvoorbeeld Excited Delirium Syndrome (EDS): verwijde pupillen, oververhitting, sterk transpireren en/of ongevoeligheid voor pijn) • De ademhaling van de persoon instabiel is • Er sprake is van hoog risico op ernstig letsel (zelfdestructief/ verwondend gedrag) <p>Indien ja, dan schakelt de verpleegkundig centralist MKA ambulancezorg in naar SEH of beoordelingslocatie.</p>

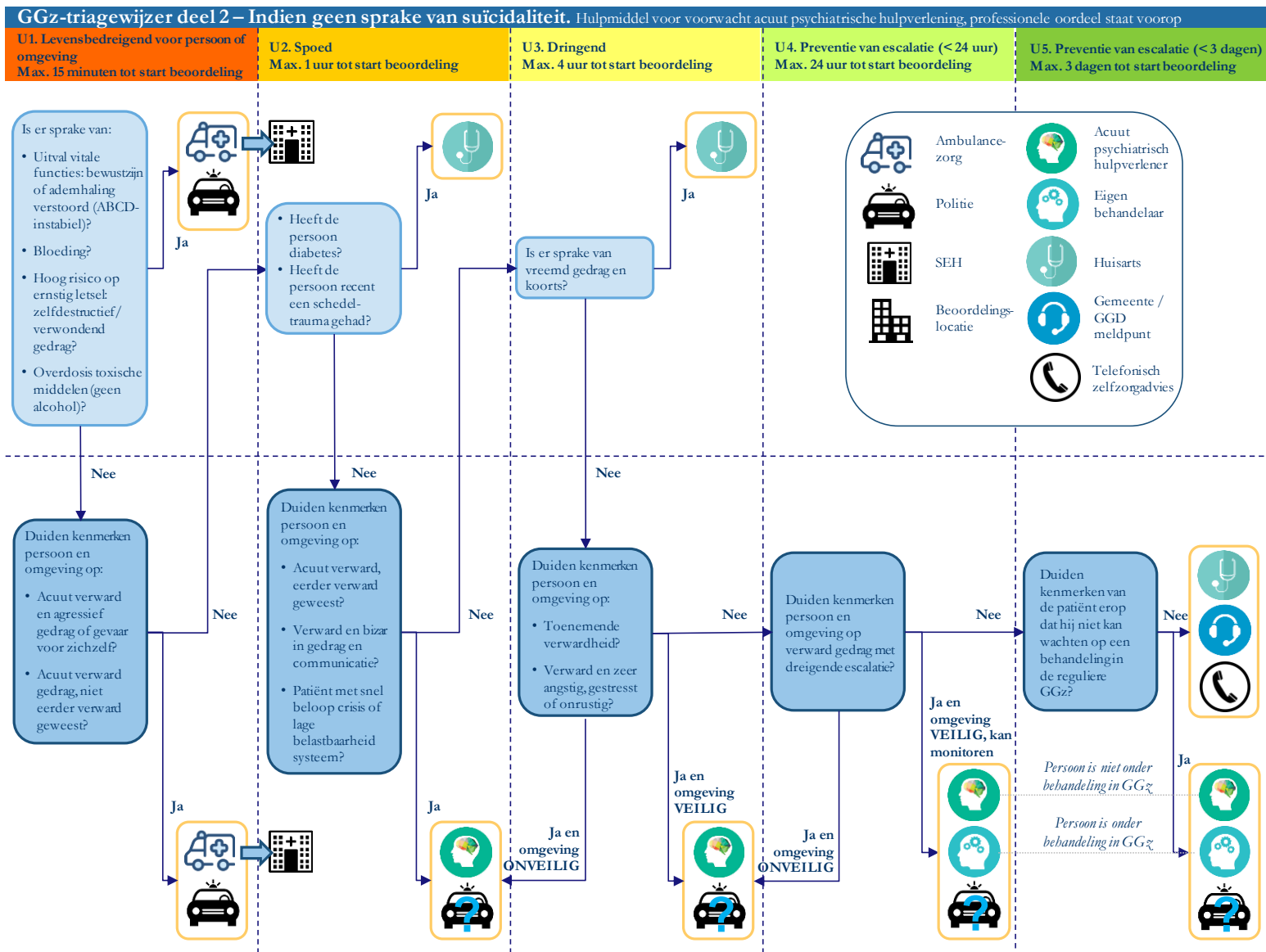
Hoofdvraag	Welke vragen dient de verpleegkundig centralist MKA te stellen om de hoofdvraag te beantwoorden?
Vervoer naar SEH?	<p>Antwoord is ja als bijvoorbeeld:</p> <ul style="list-style-type: none"> • De persoon vertoont acuut verward gedrag en de persoon is agressief of een gevaar voor zichzelf • De persoon vertoont acuut verward gedrag en de persoon is niet eerder verward geweest <p>In bovenstaande gevallen speelt de verdenking van somatiek. SEH-arts KNMG neemt zo nodig contact op met APH-triagist wanneer persoon somatisch stabiel is.</p> <p>Antwoord is nee als bijvoorbeeld:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Er sprake is van een levensbedreigende situatie, waar geen sprake is van somatiek, maar wel een psychiatrische beoordeling plaats dient te vinden (bijvoorbeeld bij een springer die op tijd gered is). <p>Deze persoon dient vervoerd te worden naar een beoordelingslocatie.</p>
Verpleegkundig centralist MKA stelt specifieke vragen verward gedrag/ suïcidaliteit (vragen afhankelijk van gebruik NTS of ProQA)	<p>Bij de ingangsklacht suïcidaliteit vraagt de verpleegkundig centralist MKA bijvoorbeeld uit:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Is dit een zelfmoordpoging? • Heeft de persoon zichzelf gesneden? • Zo ja, waar heeft de persoon zich gesneden? • Is er sprake van een levensbedreigende bloeding? • Is het een poging tot verhangen, wurging of verstikking? • Is er sprake van intoxicatie? • Is hij/zij helemaal wakker (reageert persoon normaal)? <p>Bij de ingangsklacht verward gedrag vraagt de verpleegkundig centralist MKA vraagt bijvoorbeeld uit:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Komt de persoon verward over? • Is het gedrag anders dan u gewend bent (vreemd, verward of onsamenhangend)? • Bent u extreem ongerust over de patiënt? • Is de patiënt angstig? Hoe erg? Is de angst alles overheersend en niet corrigeerbaar? • Heeft de persoon een psychiatrisch verleden? • Is de persoon bekend met overmatig medicatie of alcohol/drugsgebruik? • Is er sprake van intoxicatie? • Is er koorts? Hoe hoog? • Hoe en wanneer is het begonnen? Wordt het erger? • Is hij/zij helemaal wakker (reageert persoon normaal)?
Inzet A1 of A2-rit ambulance-zorg?	<p>Antwoord is ja als bijvoorbeeld:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Er sprake is van acuut suïcidaal gedrag met duidelijk plan of onmiddellijke gelegenheid, • Er sprake is van acuut verward en agressief gedrag of gevaar voor zichzelf • Er sprake is van acuut verward gedrag, maar de persoon is niet eerder verward geweest.
Vervoer naar SEH?	<p>Antwoord is ja als de somatische toestand om spoedeisende hulp in het ziekenhuis vraagt en huisartsenzorg of Eerste Hulp Geen Vervoer (EHGV) door de ambulanceverpleegkundige onvoldoende is. SEH-arts KNMG neemt zo nodig contact op met APH-triagist wanneer persoon somatisch stabiel is.</p>

7.4 Te stellen vragen door APH-triagist



Hoofdvraag	Welke vragen dient de APH-triagist te stellen om de hoofdvraag te beantwoorden?
Verdenking somatiek?	Op basis van ggz-triagewijzer (zie bijlage 8)
Inzet APH nodig?	Op basis van ggz-triagewijzer (zie bijlage 8)
Vervoer naar beoordelingslocatie nodig?	<p>Antwoord is ja als het gaat om iemand waarvoor de beoordeling binnen 1 uur dient te starten (U2-urgentie ggz-triagewijzer), bijvoorbeeld een persoon:</p> <ul style="list-style-type: none"> • die acuut verward is, bizar in gedrag en communicatie en waarvoor de somatiek wel (telefonisch) is uitgesloten, • waarbij geen sprake is van een directe gelegenheid maar de omgeving onveilig is en • met een snel beloop van de crisis of een lage belastbaarheid van het systeem. <p>EN die zich niet thuis bevindt of waarbij de crisisdienst niet binnen 1 uur thuis kan zijn</p> <p>APH-triagist zet binnen 30 minuten (via de MKA) ambulance of passend vervoer in.</p>
APH-triagist gaat na of gegevens eigen behandelaar beschikbaar zijn	<p>De APH-triagist gaat na:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Heeft de patiënt een crisiskaart? • Is er een contactpersoon (naaste of hulpverlener) bekend en beschikbaar? • Zijn er afspraken met de crisisdienst over deze persoon?

8 Ggz-triagewijzer





Toelichting/hulpvragen bij onderdelen uit GGz-triagewijzer

Suïcidaal?	Urgentie-categorie	Item in GGz-triagewijzer	Toelichting/hulpvragen
Wel/niet suïcidaal	U1	Overdosis toxische middelen (geen alcohol)	Overdosis toxische middelen uit zich bijv. in Excited Delirium Syndroom. Kenmerken EDS: verwijde pupillen, oververhitting, sterk transpireren en/of ongevoelig voor pijn
Wel/niet suïcidaal	U2, U3, U4	Omgeving veilig/omgeving onveilig	Kenmerken onveilige omgeving zijn: thuis zonder support en/of omgeving kan niet monitoren en/of kind aanwezig en/of wapens aanwezig
Wel/niet suïcidaal	U4, U5	Persoon is wel/niet in behandeling van GGz	Bij triage o.b.v. dossier van persoon en/of overleg met persoon/naaste/huisarts nagaan of persoon onder behandeling in GGz is. Vervolgens bepalen of persoon benodigde hulpverlening van regiëbehandelaar kan ontvangen
Wel/niet suïcidaal	U2, U3, U4, U5	 Acut psychiatrisch hulpverlener	Benodigde expertise bij uitvoeren van acut psychiatrische beoordeling en bij aankomst persoon op beoordelingslocatie: SPV/verpleegkundig specialist samen met een A(N)IOS. Met psychiater op achterwacht. Zie generieke module Acute Psychiatrie voor meer informatie
Wel/niet suïcidaal	U2, U3, U4, U5	 Assistentie van politie inschakelen?	Assistentie van politie is nodig bij: (verdenking) van strafbaar feit en/of hoog agressierisico en/of forceren deur bij binnentreden woning van persoon
Wel suïcidaal	U1	Acut suïcidaal gedrag met duidelijk plan/onmiddellijke gelegenheid	Bijvoorbeeld strangulatie of springen
Wel suïcidaal	U3	Toenemende of plotselinge suïcidaliteit	De persoon treft concrete voorbereidingen op suïcide: Oefent bijvoorbeeld of heeft pillen/een touw gekocht.
Wel suïcidaal	U4	Suïcidaliteit met dreigende escalatie	De persoon heeft suïcidale plannen, maar nog geen concrete voorbereidingen getroffen. De persoon is niet chronisch suïcidaal.
Niet suïcidaal	U2	Heeft de persoon diabetes?	Nagaan of sprake is van een bloedsuiker < 3,5 mmol/l of een bloedsuiker van > 15 mmol/l
Niet suïcidaal	U2	Heeft de persoon recent een schedeltrauma gehad?	Beschadiging van de hersenen door een klap op het hoofd
Niet suïcidaal	U2	Bizar in gedrag en communicatie	Persoon staat niet in realiteit (heeft hallucinaties/wanen) en bevindt zich in een onveilige omgeving
Niet suïcidaal	U3	Verward en zeer angstig, gestrest of onrustig	Bijvoorbeeld uitputting, paniekaanvallen, controleverlies
Niet suïcidaal	U4	Verward gedrag met dreigende escalatie	Het gedrag van de persoon wijkt af van zijn normale gedrag, hij doet bijvoorbeeld nihilistische uitspraken en slaapt niet meer. De persoon is niet chronisch verward