



# > Verbeteren van melding van personen met verward gedrag

## Voorlopig model melding

Utrecht, 27 oktober 2017  
ir. Saskia van der Erf  
Jori Hoendervanger, MSc  
dr. Steef Baeten

**SiRM.** Strategies  
in Regulated  
Markets

# Inhoud

<b>Model op hoofdlijnen</b>	<b>3</b>
<b>1 Inleiding</b>	<b>11</b>
1.1 Aanleiding	11
1.2 Bouwsteen melding	12
1.3 Opdrachtgever model melding	13
1.4 Leeswijzer	13
<b>2 Context</b>	<b>14</b>
2.1 Meldingen van personen met verward gedrag	14
2.2 Hulpverlening aan personen met verward gedrag	18
<b>3 Reikwijdte en doel model melding</b>	<b>20</b>
3.1 Reikwijdte model melding	20
3.2 Uitgangspunten model melding	21
3.3 Doel model melding	21
3.4 Definitie acute en niet-acute hulpbehoefte	22
<b>4 Aanpak model melding</b>	<b>23</b>
4.1 Fases en planning	23
4.2 Betrokken partijen	25
<b>5 Verbeteren melding bij politie</b>	<b>27</b>
5.1 Telefonische behandeling melding door politie	27
5.2 Behandeling melding ter plaatse	30
<b>6 Verbeteren melding bij MKA</b>	<b>33</b>
6.1 MKA-triage gericht op inzet van ambulancezorg	33
6.2 Vervolg MKA-triage door APH-triagist of gemeente/GGD	38
<b>7 Versterken triage- en meldfunctie</b>	<b>39</b>
7.1 APH-triagefunctie voor acute hulpbehoefte	41
7.2 Meldfunctie gemeente/GGD voor niet-acute hulpbehoefte	48
<b>8 Conclusies</b>	<b>53</b>
8.1 Verbeteren behandeling melding bij politie	53
8.2 Verbeteren behandeling melding bij MKA	54
8.3 Versterken triage- en meldfunctie	56

<b>9</b>	<b>Aanbevelingen</b>	<b>63</b>
9.1	Randvoorwaarden voor implementatie model melding	63
9.2	Onderdelen implementatie model melding	65
9.3	Verbeteren melding buiten reikwijdte model	68

# Model op hoofdlijnen

In oktober 2015 benoemden de ministeries van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) en Veiligheid en Justitie (VenJ) en de Vereniging Nederlandse Gemeenten (VNG) het aanjaagteam Verwarde Personen. Het aanjaagteam heeft negen bouwstenen ontwikkeld waar gemeentes en betrokken ketenpartners aan werken om te komen tot een sluitende aanpak voor personen met verward gedrag, waaronder de bouwsteen melding. Voor een sluitende aanpak is het van belang dat de melding van personen met verward gedrag leidt tot een zo snel mogelijke inzet van passende hulpverlening.<sup>1</sup> In dit model gaan we in op de toeleiding naar passende triage en hulpverlening voor meldingen die terechtkomen bij de politie – meldkamer politie (MKP) en 0900-8844 – of de meldkamer ambulancezorg (MKA).

## Context

Meldingen van personen met verward gedrag kunnen acuut of minder acuut van aard zijn. Een persoon die acuut verward gedrag vertoont, heeft vaak tijdens de voorfase al signalen van verward gedrag afgegeven. Vooral als een persoon eerder acuut verward gedrag vertoond heeft, merkt de persoon zelf of zijn naaste vaak wanneer escalatie dreigt. Er zijn in Nederland op dit moment verschillende hulpverlenende instanties waar telefonische meldingen over personen met verward gedrag terecht komen. Het verschilt per 'loket' hoe urgent de meldingen zijn die binnenkomen en wie de melding doet. De hulpverleners bij de 'loketten' proberen personen zo snel mogelijk toe te leiden naar passende hulpverlening en te zorgen voor een veilige situatie.<sup>1</sup> Vooral buiten kantooruren blijkt dit in de huidige situatie lastig te zijn. Dit geldt met name voor het sociaal domein, waar over het algemeen alleen de maatschappelijke opvang beschikbaar is buiten kantooruren.

## Reikwijdte en doel model melding

Het doel van het model melding is het verbeteren van de behandeling van meldingen van personen met verward gedrag die bij de politie en de MKA terechtkomen. Dit model is erop gericht om een snellere toeleiding naar passende triage en hulpverlening te realiseren. De toeleiding naar passende hulpverlening gaat uit van de zelfregie van de persoon met verward gedrag en gebeurt vanuit een persoonsgerichte aanpak. De verbeteringen die wij voorstellen bij de politie en de MKA kunnen voor een deel ook geïmplementeerd worden bij andere 'loketten', zoals de huisartsenpost (HAP).

---

<sup>1</sup> Soms is de persoon voldoende geholpen met een zelfhulpadvies en zijn geen vervolgacties nodig. Het heeft de voorkeur om een persoon die alleen een zelfhulpadvies gekregen heeft een dag erna te bellen om te vragen of het zelfhulpadvies voldoende handvatten heeft geboden.

## Aanpak model melding

SiRM heeft het onderzoek in drie fases uitgevoerd:

- 1 In de eerste fase heeft SiRM de huidige werkwijze en verbetermogelijkheden van verschillende 'loketten' geïnventariseerd door middel van desk research, interviews en een focusgroep met geestelijke gezondheidszorg (ggz)-ervaringsdeskundigen en naasten.
- 2 In de tweede fase heeft SiRM concrete verbetervoorstellen ontwikkeld voor de meldingen die binnenkomen bij de politie en de MKA. We zijn tot de verbetervoorstellen gekomen op basis van inbreng tijdens zes focusgroepen met hulpverleners van de politie, ambulancezorg, GGZ en gemeente/Gemeentelijke Gezondheidsdienst (GGD).
- 3 In de laatste fase heeft SiRM het model melding op draagvlak en haalbaarheid getoetst door het organiseren van een invitationale conference en een consultatie bij de achterban van betrokken landelijke patiëntvertegenwoordigers, branche- en beroepsorganisaties.

## Verbeteren melding bij politie

Om te zorgen dat personen met verward gedrag over wie een telefonische melding binnenkomt bij de politie sneller passende hulpverlening ontvangen, draagt de politie deze meldingen zo snel mogelijk over naar hulpverlening voor triage of toeleiding.

Om aan de juiste hulpverlener over te kunnen dragen stellen politie-centralisten (MKP of 0900-8844 – wanneer sprake is van verdenking van een melding van een persoon met verward gedrag – een aantal aanvullende vragen na de algemene eerste intake. Deze vragen zijn gericht op het beter inschatten van de gevaarsetting en de hulpbehoefte om de meldingen op de juiste manier over te dragen (zie paragraaf 5.1.1). Op basis van deze aanvullende vragen bepaalt de politie-centralist:

- Of de politie in eerste instantie de leiding zou moeten hebben bij het behandelen van de melding, met andere woorden of er inderdaad sprake is van een gevaarsetting, verstoring van de openbare orde of een strafbaar feit.
- Of het lijkt te gaan om een levensbedreigende of een spoedeisende situatie waarbij sprake is van (ernstige) gezondheidsschade<sup>2</sup> of dat dit ter plaatse beoordeeld moet worden. In deze situaties schakelt de politie-centralist via de MKA ambulancezorg<sup>3</sup> in.
- Of er snel hulpverlening nodig is.<sup>4</sup> Als dit het geval is, draagt de politie-centralist de melding over voor triage aan een 'acuut psychiatrische hulpverlening (APH) triagefunctie' voor acute hulpbehoeftes. Dit doet de politie-centralist ook als hij/zij twijfelt of snel hulpverlening nodig is en voor personen in behandeling bij de GGZ.<sup>5</sup>

<sup>2</sup> Kan veroorzaakt worden door zowel somatische als psychische factoren.

<sup>3</sup> Voor levensbedreigende en spoedeisende situaties hanteert de ambulancezorg respectievelijk A1- en A2-urgentie.

<sup>4</sup> Binnen 24 uur conform urgentiegraden van de ggz-triagewijzer, die de ggz-crisisdienst nu implementeert, zie paragraaf 2.3.

<sup>5</sup> De meldkamercentralisten 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 'afpraak op naam' of een 'afpraak op locatie'. Zie ook bijlage 3.

Deze APH-triagefunctie of triagewerkzaamheden kunnen gesitueerd zijn bij de MKA of bij de voorwacht van de ggz-crisisdienst.<sup>6</sup>

- Of inschakeling van hulpverlening niet meteen nodig is, maar dat de politie-centralist zich wel zorgen maakt om de persoon. De politie-centralist doet in dit geval melding bij een gemeente/GGD-meldfunctie voor niet-acute hulpbehoeftes.<sup>7</sup> Dit doet de politie-centralist ook voor personen die reeds bekend zijn bij de Openbare GGZ (OGGZ) of het sociale wijkteam.

Voor elke functie is bij voorkeur één telefoonnummer beschikbaar per politieregio, zodat politie eenvoudig door kan verbinden naar de juiste functie. Zie paragraaf 5.1 voor visuele weergave van de activiteiten in een beslisboom.

Als de politie-centralist besluit tot politie-inzet gebeurt de inschatting van de hulpbehoefte over het algemeen door de agent ter plaatse. Deze neemt op basis van zijn/haar inschatting contact op met de MKA, de acute APH-triagefunctie of de niet-acute gemeente/GGD meldfunctie. Zie paragraaf 5.2 voor een visuele weergave van de activiteiten in een beslisboom.

### Verbeteren melding bij de MKA

De huidige triage op de MKA betreft een triage door de verpleegkundig centralist MKA die gericht is op het al dan niet inzetten van ambulancezorg voor levensbedreigende en spoedeisende situaties.<sup>8</sup> Wanneer het NTS- of ProQA advies is om geen ambulancezorg maar ggz in te schakelen<sup>9</sup>, vraagt de verpleegkundig centralist MKA aan de melder of de persoon in behandeling is (geweest) bij de GGZ of bekend is bij de OGGZ of het sociale wijkteam. Daarnaast schat de verpleegkundig centralist MKA in of het gaat om een persoon die snel hulpverlening nodig heeft<sup>10</sup>:

- Als de persoon in behandeling is (geweest) bij de GGZ of de verpleegkundig centralist MKA schat in dat de persoon snel hulpverlening nodig heeft, draagt de centralist de melding over aan de APH-triagist voor specialistische ggz-triage. Dit doet de centralist ook bij twijfel. Deze APH-triagefunctie kan gesitueerd zijn bij de MKA of bij de voorwacht van de ggz-crisisdienst.<sup>11</sup>
- Als de verpleegkundig centralist MKA inschat dat niet snel hulpverlening nodig is, maar zich wel zorgen maakt om de persoon, schakelt de centralist de melding door naar de gemeente/GGD meldfunctie. Dit doet de centralist ook voor personen die reeds bekend zijn bij de OGGZ of het sociale wijkteam.

Voor elke functie is bij voorkeur één telefoonnummer beschikbaar per ambulancezorgregio, zodat de verpleegkundig centralist MKA eenvoudig door kan verbinden naar de juiste functie. Zie paragraaf 6.1 voor een visuele weergave van de activiteiten in een beslisboom.

<sup>6</sup> De keuze voor de situering is afhankelijk van de regionale situatie en bepalen partijen regionaal.

<sup>7</sup> Ook bij de niet-acute meldfunctie vindt triage van de niet-acute hulpbehoefte plaats.

<sup>8</sup> Kan veroorzaakt worden door zowel somatische als psychische factoren.

<sup>9</sup> Als blijkt dat geen ambulancezorg nodig is, kan uit het NTS/ProQA ook het advies volgen om huisartsenzorg in te schakelen of de verpleegkundig centralist MKA kan zelfhulpadvies geven.

<sup>10</sup> Conform de urgentiegraden van de ggz-triagewijzer, die de ggz-crisisdienst nu implementeert, zie paragraaf 2.3.

<sup>11</sup> De keuze voor de situering is afhankelijk van de regionale situatie en bepalen partijen regionaal.

## Versterken psychische triage- en meldfunctie

Sneller passende hulpverlening bieden aan personen met verward gedrag vraagt om:

- Het versterken van de APH-triagewerkzaamheden, dat wil zeggen de APH-triagefunctie voor acute hulpbehoeftes.
- Het versterken of inrichten van een gemeente<sup>12</sup>/GGD meldfunctie voor niet-acute hulpbehoeftes.

De functies werken nauw samen en zijn bij voorkeur geïntegreerd. De functies kunnen beschikken over relevante informatie en maken afspraken met ketenpartners over de inzet van hulpverlening.

**Tabel 1** geeft een samenvatting van de belangrijkste kenmerken van de APH-triagefunctie en de gemeente/GGD meldfunctie.

	APH-triagefunctie (acuut)	Gemeente/GGD meldfunctie (niet-acuut)
<b>Hoofddoel</b>	Bepalen – bij voorkeur met de persoon zelf en zijn naaste – welke hulpverlening nodig is en binnen welke tijd	Zelfhulpadvies en/of toeleiden naar passende hulpverlening uitgaande van zelfregie en vanuit een persoonsgerichte aanpak
<b>Verwijzers*</b>	MKP, 0900-8844, politie ter plaatse, MKA, personen in behandeling en/of hun naasten	MKP, 0900-8844, politie ter plaatse, MKA, burgers (waaronder personen met verward gedrag zelf en hun naasten)
<b>Inzetten hulpverlening**</b>	<p><i>Bij verdenking van somatiek:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Huisartsenzorg of ambulancezorg</li> </ul> <p><i>Acuut en psychiatrie:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Acuut psychiatrische hulpverlening, mogelijk i.c.m. passend vervoer<sup>13</sup></li> <li>• Verslavingszorg</li> </ul> <p><i>Acuut, geen psychiatrie:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• OGGZ, sociaal wijkteam, Veilig Thuis of jeugdzorg<sup>14</sup></li> </ul> <p><i>In behandeling/onder begeleiding:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Eigen behandelaar/begeleider<sup>15</sup></li> <li>• Zelfhulpadvies en eigen behandelaar/begeleider informeren<sup>16</sup></li> </ul> <p><i>Niet in behandeling/onder begeleiding:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Eigen huisarts</li> <li>• Niet-acute meldfunctie van gemeente/GGD (als eigen huisarts niet bereikbaar)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• OGGZ, sociaal wijkteam, Veilig Thuis of jeugdzorg</li> <li>• Reguliere ggz, verslavingszorg of zorg voor mensen met een verstandelijke beperking</li> <li>• Sociale Diensten van gemeente</li> <li>• Woningcorporaties</li> <li>• Sociaal werk</li> <li>• Lotgenotenorganisaties</li> <li>• Huisarts</li> <li>• Opschalen naar APH-triagefunctie</li> </ul>

<sup>12</sup> De gemeente kan de meldfunctie uitbesteden aan de GGD, maar ook aan bijvoorbeeld een ggz-crisisdienst of andere organisatie zoals Korrelatie. Partijen kunnen de functie ook gezamenlijk organiseren, met de voorwaarde dat er regionaal overzicht bestaat.

<sup>13</sup> Indien mogelijk ook ervaringsdeskundigen inschakelen.

<sup>14</sup> Eventueel kan een beroep gedaan worden op de maatschappelijke opvang als acuut een overnachtingsplek noodzakelijk is, zodat de volgende dag de hulpverlening opgestart kan worden.

<sup>15</sup> Waaronder ggz-behandelaar, specialist ouderengeneeskunde of arts voor verstandelijk gehandicapten.

<sup>16</sup> Soms is de persoon hier voldoende mee geholpen en zijn geen vervolgacties nodig. Het heeft de voorkeur om een persoon die alleen een zelfhulpadvies gekregen heeft een dag erna te bellen om te achterhalen of hij voldoende handvatten heeft gekregen met het zelfhulpadvies.

	APH-triagefunctie (acuut)	Gemeente/GGD meldfunctie (niet-acuut)
<b>Financiering</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Financiering is verantwoordelijkheid van zorgverzekeraars</li> <li>Financiering verloopt (waarschijnlijk) via nieuwe bekostiging acute ggz<sup>17</sup></li> </ul>	Financiering is verantwoordelijkheid van gemeente
<b>Verantwoordelijke sector</b>	GGZ-sector is verantwoordelijk voor organisatie van APH-triagefunctie	Gemeente is verantwoordelijk voor organisatie niet-acute meldfunctie
<b>Uitvoerende organisatie</b>	APH-triagefunctie kan gesitueerd worden bij voorwacht ggz-crisisdienst of op de MKA <sup>18</sup>	Meldfunctie kan wellicht gecombineerd worden met bestaande gemeente/GGD meldpunten voor personen met verward gedrag en/of met andere meldfuncties voor gerelateerde doelgroepen
<b>Personeel</b>	BIG-geregistreeerde verpleegkundige, minimaal HBO niveau met scholing en ervaring in de acute ggz	BIG-geregistreeerde hulpverlener met ggz-expertise <sup>19</sup>
<b>Informatie</b>	Voor crisisgevoelige personen: crisiskaart, crisisafspraken, contactgegevens eigen behandelaar/begeleider, huisarts, evt. juridische titel (IBS, RM) en evt. vooraanmelding	Contactgegevens naaste, sociale en veiligheidsdomein, betrokken hulpverleners, verloop hulpverlening, crisiskaart, evt. signalen dreigende escalatie
<b>Bereikbaarheid</b>	24/7 <sup>20</sup> via bij voorkeur één telefoonnummer per politieregio en per ambulancezorgregio en 24/7 beschikbaar voor doen triage	24/7 bereikbaarheid via bij voorkeur één telefoonnummer per politieregio en per ambulancezorgregio

\*In het kader van dit model melding. Deze functies kunnen ook evt. voor andere verwijzers worden ingezet als partijen daar afspraken over maken.

\*\* De functies kunnen meerdere hulpverleningsinstanties tegelijkertijd inschakelen.

**Tabel 1.** Samenvatting APH-triagefunctie en gemeente/GGD meldfunctie

### APH-triagefunctie

De APH-triagefunctie is erop gericht om te bepalen welke hulpverlening nodig is (of acuut psychiatrische hulpverlening nodig is) en binnen welke tijd. Dit model beschrijft doorverwijzingen aan de APH-triagefunctie vanuit politie en ambulancezorg. De APH-triagefunctie zal daarnaast op termijn mogelijk meldingen ontvangen vanuit de huisartsenzorg. De APH-triagefunctie is ook beschikbaar voor personen in behandeling en hun naasten.

Voor meldingen die binnenkomen via de politie sluit de APH-triagist eerst telefonisch somatiek uit bij personen met verward gedrag. Bij twijfel of er sprake is van somatiek schakelt de triagist huisartsenzorg of ambulancezorg in. Nadat somatiek is uitgesloten vervolgt de APH-triagist de

<sup>17</sup> De NZa is in gesprek met partijen in de GGZ over een nieuwe bekostiging van de acute ggz.

<sup>18</sup> In regio's waar de triagewerkzaamheden al naar ieders tevredenheid door andere organisaties worden ingevuld – bijvoorbeeld huisartsen(posten) – en deze voldoen aan de voorwaarden die we in dit model melding stellen, is continuering hiervan raadzaam.

<sup>19</sup> Dit is bij voorkeur een SPV, een Verpleegkundig Specialist met ggz-expertise of een HBO V verpleegkundige met extra opleiding.

<sup>20</sup> De melder/verwijzer kan 24/7 door een persoon te woord gestaan worden.



psychische triage – bij voorkeur met de persoon en zijn naaste – met behulp van de ggz-triagewijzer. De telefonische triage door de APH-triagist kan leiden tot de volgende uitkomsten:

- *Inzet acuut psychiatrische hulpverlening*: De inzet van acuut psychiatrische hulpverlening – gedefinieerd als psychiatrische beoordeling binnen 24 uur – is nodig.<sup>21</sup> Voor personen, voor wie de beoordeling binnen 1 uur dient te starten (U2-urgentie)<sup>22</sup> kan het nodig zijn om passend vervoer in te zetten naar een beoordelingslocatie of SEH. Als hiervoor vervoer per ambulance nodig is, neemt de APH-triagist contact op met de MKA.<sup>23</sup>
- *Geen inzet acuut psychiatrische hulpverlening*: Er is geen inzet van acuut psychiatrische hulpverlening nodig. De APH-triagist gaat na of de persoon in behandeling is of onder begeleiding staat:
  - *De persoon is onder behandeling of staat onder begeleiding*: Als de gegevens van de eigen behandelaar of begeleider<sup>24</sup> beschikbaar zijn en deze is bereikbaar, draagt de APH-triagist de melding over aan deze hulpverlener. Als de eigen behandelaar of begeleider niet bereikbaar is en er is geen acute hulpvraag, geeft de APH-triagist een zelfhulpadvies<sup>25</sup> en informeert de behandelaar/begeleider. Als er wel sprake is van een acute (niet-psychiatrische) hulpvraag, dan zou de APH-triagist 24/7 OGGZ, het sociale wijkteam, Veilig Thuis, maatschappelijke opvang of jeugdzorg in moeten kunnen schakelen.
  - *De persoon is niet in behandeling/staat niet onder begeleiding en er is sprake van een acute hulpbehoefte*: Er is wel een acute hulpbehoefte, maar het betreft geen psychiatrie. De APH-triagist zou in dit geval 24/7 OGGZ, het sociale wijkteam, Veilig Thuis of jeugdzorg in moeten kunnen zetten.
  - *De persoon is niet in behandeling/staat niet onder begeleiding en er is sprake van een niet-acute hulpbehoefte*: De APH-triagist gaat na of de eigen huisarts bereikbaar is. Als deze bereikbaar is, draagt de triagist de melding over aan de eigen huisarts. Als de eigen huisarts niet bereikbaar is, schakelt de APH-triagist de melding door naar de niet-acute meldfunctie van de gemeente/GGD en informeert zo mogelijk de eigen huisarts.

Als sprake is van een acute onveilige situatie die door hulpverleners niet te hanteren is, neemt de APH-triagist contact op met de MKP voor eventuele politie-inzet.<sup>26</sup>

De GGZ-sector is er verantwoordelijk voor dat de acute APH-functie georganiseerd wordt in de regio. Indien meerdere ggz-aanbieders in een regio actief zijn, is goede samenwerking noodzakelijk. De financiering verloopt waarschijnlijk via de nieuwe bekostiging acute ggz. De

<sup>21</sup> Bij twijfel is bij voorkeur beoordeling ter plaatse mogelijk.

<sup>22</sup> Conform de urgentiegraden van de ggz-triagewijzer, die de ggz-crisisdienst nu implementeert, zie paragraaf 2.3.

<sup>23</sup> Als het mogelijk is, schakelt de APH-triagist ervaringsdeskundigen in, die de persoon in crisis bij kunnen staan.

<sup>24</sup> Het kan gaan om behandeling bij de eigen ggz-behandelaar, de specialist ouderengeneeskunde of de arts voor verstandelijk gehandicapten of bijvoorbeeld begeleiding door sociaal werk.

<sup>25</sup> Op basis van herstelondersteunende principes. De APH-triagist kan zelf een advies geven, doorschakelen naar een collega-hulpverlener en/of adviseren contact op te nemen met een (anonieme) hulplijn, zoals Korrelatie of Sensor. Indien een zelfhulpadvies voldoende handvatten biedt voor de persoon met verward gedrag om zijn eigen regie te herstellen, is inzet van aanvullende hulpverlening niet nodig.

<sup>26</sup> Als een naaste een melding doet, kan de APH-triagist de naaste attenderen op relevante cliënten- of familieorganisaties.

APH-triagewerkzaamheden kunnen gesitueerd worden bij de ggz-crisisdienst, maar kunnen zich ook bevinden op de MKA. Het is niet nodig om voor de APH-triagewerkzaamheden een nieuwe organisatie op te richten.<sup>27</sup>

#### Gemeente/GGD meldfunctie

De meldfunctie van de gemeente of de GGD is erop gericht om personen met verward gedrag met een niet-acute hulpbehoefte toe te leiden naar passende hulpverlening. Ook burgers kunnen bellen naar deze meldfunctie. Toeleiding naar zorg, begeleiding of ondersteuning gebeurt vanuit een passende, persoonsgerichte aanpak die gericht is op het herstel van de zelfregie van de persoon met verward gedrag. Hierbij gaat de hulpverlener zoveel mogelijk uit van de behoeftes van de persoon met verward gedrag en zijn omgeving en verkent de hulpverlener de mogelijkheden van inzet van naasten en/of ervaringsdeskundigen. Vaak schakelt de hulpverlener hiervoor meerdere hulpverleningsorganisaties tegelijkertijd in.

De hulpverlener kent de mogelijk betrokken hulpverleningsorganisaties goed, waaronder de verschillende soorten hulpverlening die zij kunnen inzetten en op welke termijn. Als sprake is van een acute onveilige situatie die door hulpverleners niet te hanteren is, neemt de hulpverlener contact op met de MKP voor politie-inzet. Om tijdige toeleiding naar passende hulpverlening te waarborgen, zijn goede afspraken tussen ketenpartners noodzakelijk.

De gemeente is verantwoordelijk voor de organisatie van de meldfunctie voor personen met een niet-acute hulpbehoefte. De meldfunctie kan mogelijk gecombineerd worden met of uitgevoerd worden door bestaande gemeente/GGD meldpunten voor personen met verward gedrag en/of met andere meldfuncties die gemeentes of regio's op dit moment inrichten.<sup>28</sup> De meldfunctie is bedoeld voor meldingen over en door personen met verward gedrag met een niet-acute hulpbehoefte of hun naasten en dient 24/7 bereikbaar te zijn.

#### **Randvoorwaarden voor implementatie van model melding**

Het model melding beschrijft de gewenste behandeling van meldingen van personen met verward gedrag bij de politie en de MKA. Nog niet alle randvoorwaarden die nodig zijn voor implementatie van het model in de regio's zijn vervuld. Het gaat om de volgende randvoorwaarden:

- Voldoende financiering en passende bekostiging voor de APH-triagefunctie en de gemeente/GGD meldfunctie.<sup>29</sup>
- Voldoende capaciteit bij de APH-triagefunctie en de gemeente/GGD meldfunctie om de 24/7 bereikbaarheid en beschikbaarheid te kunnen waarborgen.

<sup>27</sup> De keuze voor situering is afhankelijk van de regionale situatie en bepalen partijen regionaal.

<sup>28</sup> De gemeente kan de meldfunctie ook (deels) uitbesteden aan bijvoorbeeld een ggz-crisisdienst of andere organisatie zoals Korrelatie. Partijen kunnen de functie ook gezamenlijk organiseren met de voorwaarde dat regionaal overzicht bestaat.

<sup>29</sup> Zorgverzekeraars, de GGZ en de NZa werken op dit moment aan een nieuwe bekostiging voor de acute ggz, waarbinnen de triagefunctie ook een plek krijgt. Het streven van de betrokken partijen is dat er vanaf 2019 een nieuwe en passende bekostiging voor de acute ggz geldig is. Dit is een noodzakelijke voorwaarde om de APH triagefunctie en snellere beoordelingen door de ggz crisisdienst te kunnen financieren vanuit de Zvw. De uitkomst van het adviestraject door de NZa is nog niet bekend. VWS dient vervolgens nog een besluit te nemen over het advies van de NZa.

- 24/7 voldoende beschikbare in te zetten passende hulpverlening, waaronder dekkende afspraken in de regio over passend vervoer van personen met verward gedrag vóór de beoordeling van de persoon door de hulpverlening.
- Systematisch gebruik van de ggz-triagewijzer door de APH-triagist en de inzet van ambulancezorg en/of passend vervoer door de MKA op aanvraag van de APH-triagist.

### Onderdelen implementatie model melding

Naast het vervullen van de randvoorwaarden dient (parallel) gewerkt te worden aan de verschillende stappen die nodig zijn voor het implementeren van de verbetervoorstellen uit het model melding. Het implementeren van de verbetervoorstellen vraagt om:

- het testen van het model melding,
- het maken van lokale en regionale afspraken over de invulling van de triage- en meldfunctie,<sup>30</sup>
- het implementeren van de werkwijze intern bij de politie, de MKA en de uitvoerders van de triage- en meldfunctie.

### Verbeteren melding buiten reikwijdte model

Dit model melding richt zich op de meldingen van personen met verward gedrag bij de politie (MKP en 0900-8844) en de MKA. Ook buiten de reikwijdte van dit model bestaat ruimte om te zorgen dat personen met verward gedrag bij een melding sneller toegeleid worden naar passende hulpverlening:

- Bij de HAP en de ggz-crisisdienst komen meldingen van personen met verward gedrag binnen en zijn er mogelijkheden om de behandeling daarvan te verbeteren.
- Helderheid creëren over het beste 'loket' voor meldingen van burgers die zich zorgen maken over een persoon met verward gedrag.
- Ketenpartners dienen te zorgen voor afstemming over hun triagesystemen en urgentiegraden om ervoor te zorgen dat ze de benadering en taal van het andere triagesysteem begrijpen.

---

<sup>30</sup> Het gaat in eerste instantie om afspraken over wie de uitvoerder is of uitvoerders zijn. Vervolgens dienen ketenpartners afspraken te maken over de invulling van de functies, voornamelijk over de informatie-uitwisseling en de inzet van hulpverlening. Om te voorkomen dat hulpverleners uit diverse gemeenten met dezelfde cliënt bezig zijn, zijn daarnaast afspraken over regionaal toezicht van belang. Ook dienen er goede samenwerkingsafspraken gemaakt te worden.

# I Inleiding

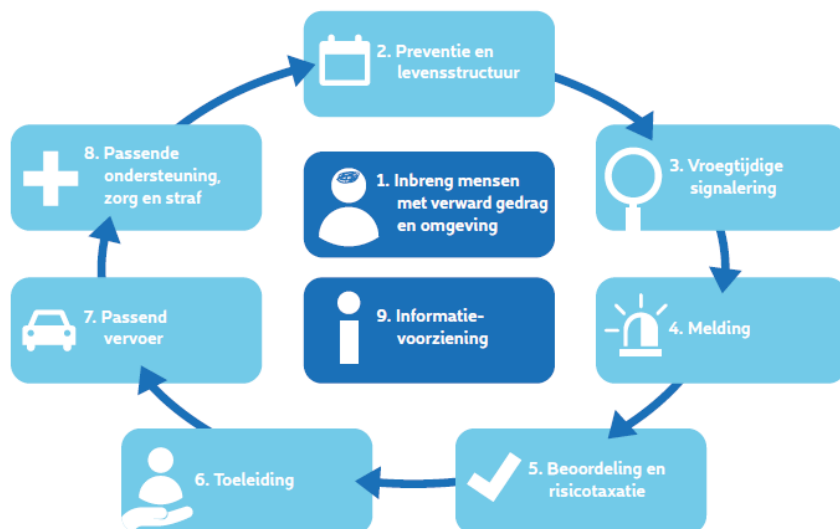
In oktober 2015 benoemden de ministeries van VWS en VenJ en de VNG het aanjaagteam Verwarde Personen. Het aanjaagteam heeft negen bouwstenen ontwikkeld waar gemeentes en betrokken ketenpartners aan werken om te komen tot een sluitende aanpak voor personen met verward gedrag, waaronder de bouwsteen melding. Voor een sluitende aanpak is het van belang dat de melding van personen met verward gedrag leidt tot een zo snel mogelijke inzet van passende hulpverlening.<sup>31</sup> In dit model gaan we in op de toeleiding naar passende triage en hulpverlening voor meldingen die terechtkomen bij de politie – MKP of 0900-8844 – of de MKA.

In dit hoofdstuk komen de aanleiding van het onderzoek, de bouwsteen melding en de opdrachtgever aan de orde. Tevens bevat het hoofdstuk een leeswijzer voor het rapport.

## 1.1 Aanleiding

In oktober 2015 benoemden de ministeries van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) en Veiligheid en Justitie (VenJ) en de Vereniging Nederlandse Gemeenten (VNG) het aanjaagteam Verwarde Personen. Het voornaamste doel van het aanjaagteam was het bevorderen van een sluitende aanpak in alle gemeentes en regio's voor personen met verward gedrag. Het aanjaagteam heeft 'personen met verward gedrag' gedefinieerd als 'mensen die grip op hun leven (dreigen te) verliezen, waardoor het risico aanwezig is dat zij zichzelf of anderen schade berokkenen'. In 2016 bood het aanjaagteam haar tussenrapportages en eindrapportage aan. Het aanjaagteam presenteert daarin negen bouwstenen (zie **Figuur 1**) die gemeentes en haar ketenpartners vorm moeten geven om te komen tot een sluitende aanpak, waaronder de [bouwsteen melding](#). Inmiddels is het aanjaagteam opgevolgd door een schakelteam om de aanpak op regionaal/lokaal niveau verder te begeleiden. Het is de bedoeling dat alle gemeentes en regio's per 1 oktober 2018 beschikken over een goed werkende aanpak voor mensen met verward gedrag.

<sup>31</sup> Soms is de persoon voldoende geholpen met een zelfhulpadvies en zijn geen vervolgacties nodig. Het heeft de voorkeur om een persoon die alleen een zelfhulpadvies gekregen heeft een dag erna te bellen om te vragen of het zelfhulpadvies voldoende handvatten heeft geboden.



Figuur 1 Negen bouwstenen schakelteam personen met verward gedrag

## 1.2 Bouwsteen melding

In dit model melding staat bouwsteen 4 - melding centraal. Het aanjaagteam geeft aan dat door in de meldkamer al alert te zijn op verwardheid en te beschikken over deskundigheid op dit terrein, meteen een passende professional ingeschakeld kan worden. Voor een sluitende aanpak is het essentieel dat de melding van personen met verward gedrag leidt tot een zo snel mogelijke inzet van passende hulpverlening. Betrokkenen geven aan dat de bepaling van de urgentie van de melding en de in te schakelen hulpverlener nog onvoldoende goed georganiseerd is voor personen met verward gedrag. Personen met verward gedrag, naasten of de omgeving ontvangen daardoor nog niet altijd tijdig passende hulp.

Hoewel het voor de bouwstenen vooral van belang is dat er op regionaal/lokaal niveau verdere doorontwikkeling plaatsvindt, is voor een aantal bouwstenen eerst behoefte aan verdere uitwerking op landelijk niveau. Hieronder valt de vierde bouwsteen 'Melding'. Meldingen over personen met verward gedrag kunnen op verschillende manieren binnenkomen bij een hulpverleningsorganisatie, bijvoorbeeld via het noodnummer (112), het algemene nummer van de politie (0900-8844), de huisarts, de eigen behandelaar, meldpunten van de gemeente/GGD, enzovoorts. Het op landelijk niveau verbetermogelijkheden identificeren en uitwerken zorgt ervoor dat niet iedere regio 'het wiel opnieuw uit hoeft te vinden'.

Het verder uitwerken van de bouwsteen 'Melding' omvat ook een deel van de uitwerking van de bouwstenen 'Beoordeling en risicotaxatie' en 'Toeleiding'. Een betere behandeling van de melding hangt immers af van de juistheid van de urgentiebepaling van de melding en de in te schakelen hulpverlener. Het bepalen van de urgentie en de in te schakelen hulp gebeurt door de (telefonische) inschatting of triage door de hulpverlener. De uitwerking van de bouwsteen melding gaat niet in op de somatische/psychiatrische beoordeling van de persoon door een arts op een beoordelingslocatie. De koppeling met de bouwsteen 'Passend vervoer' en de uitwerking van het

model melding in het ‘Voorlopig model vervoer’ is van belang<sup>32</sup>. In het model melding komt de inzet van passend vervoer met psychiatrische hulpverlening vóór de beoordeling aan de orde.

### 1.3 Opdrachtgever model melding

In oktober 2016 hebben Ambulancezorg Nederland (AZN) en politie SiRM gevraagd om een landelijk model melding op te stellen. Bij het opstellen van het model hebben AZN en de politie SiRM gevraagd om nauw samen te werken met de betrokken branche- en beroepsorganisaties. SiRM heeft daartoe een begeleidingscommissie samengesteld (zie hoofdstuk 4). Het ministerie van VWS heeft de subsidie voor het project verleend aan AZN.

### 1.4 Leeswijzer

In dit model melding werkt SiRM de bouwsteen melding als volgt uit:

- We schetsen in hoofdstuk 2 eerst de context van de melding van personen met verward gedrag. We brengen hiervoor de verschillende ‘loketten’ waar meldingen binnenkomen in kaart en welke hulpverlening voor de meldingen ingezet kan worden tijdens en buiten kantooruren.
- In hoofdstuk 3 beschrijven we vervolgens de reikwijdte en het doel van het model melding.
- Hoofdstuk 4 beschrijft de aanpak van het onderzoek in drie fasen.
- Daarna geven we concrete verbetermogelijkheden voor de meldingen van personen met verward gedrag die binnenkomen bij de MKP en het 0900-nummer van de politie (hoofdstuk 5) en de MKA (hoofdstuk 6).
- In hoofdstuk 7 gaan we in op het inrichten of versterken van de acute triage- en niet-acute meldfunctie. Het betreft triage van psychische problematiek in acute situaties die bijvoorbeeld gesitueerd kan worden bij de ggz-crisisdienst of de MKA en een meldfunctie voor niet-acute situaties onder regie van de gemeente.
- Tenslotte presenteren we de conclusies in hoofdstuk 8 en de aanbevelingen in hoofdstuk 9.

---

<sup>32</sup> SiRM – Strategies in Regulated Markets (2017) Voorlopig model vervoer voor personen met verward gedrag.

## 2 Context

Meldingen van personen met verward gedrag kunnen acuut of minder acuut van aard zijn. Een persoon die acuut verward gedrag vertoont heeft vaak tijdens de voorfase al signalen van verward gedrag afgegeven. Er zijn in Nederland op dit moment verschillende hulpverlenende instanties waar telefonische meldingen over personen met verward gedrag terecht komen. Het verschilt per 'loket' hoe urgent de meldingen zijn die binnenkomen en wie de melding doet. De hulpverleners bij de 'loketten' proberen personen zo snel mogelijk toe te leiden naar passende hulpverlening<sup>33</sup> en te zorgen voor een veilige situatie. Vooral buiten kantooruren blijkt dit lastig te zijn, met name voor het sociaal domein, waar over het algemeen alleen de maatschappelijke opvang beschikbaar is buiten kantooruren.

In dit hoofdstuk schetsen we de huidige context van de melding van personen met verward gedrag. We brengen hiervoor de verschillende 'loketten' waar meldingen binnenkomen in kaart en naar welke hulpverlening de meldingen toegeleid kunnen worden tijdens en buiten kantooruren.

### 2.1 Meldingen van personen met verward gedrag

Een persoon die acuut verward gedrag vertoont heeft vaak tijdens de voorfase al signalen van verward gedrag afgegeven. Vooral als personen eerder acuut verward gedrag vertoond hebben, merkt de persoon zelf, zijn naaste of omgeving vaak wanneer escalatie dreigt. In geval van (dreigende) escalatie kan de persoon zelf, zijn naaste of iemand uit de omgeving contact opnemen met een hulpverlenende instantie. Dit kan bijvoorbeeld bij:

- MKP,
- MKA,
- Ggz-crisisdienst,
- Huisartsenpost (HAP),
- 0900-8844 of
- Een meldpunt van de gemeente of GGD.

In onderstaande paragrafen beschrijven we per 'loket' welke meldingen binnenkomen en wat de **huidige** werkwijze van het loket is. In Bijlage 3 en 4 beschrijven we de huidige werkwijze van de verschillende 'loketten' in meer detail. Ook komen gebieden voor verbetering aan de orde.

<sup>33</sup> Soms is de persoon voldoende geholpen met een zelfhulpadvies en zijn geen vervolgacties nodig. Het heeft de voorkeur om een persoon die alleen een zelfhulpadvies gekregen heeft een dag erna te bellen om te vragen of het zelfhulpadvies voldoende handvatten heeft geboden.

### 2.1.1 Meldkamer politie

De omgeving, naasten, hulpverleners en de persoon zelf kunnen bij een escalatie van verward gedrag via 112 contact opnemen met de MKP:

- Het is meestal de omgeving (omstanders) die de MKP inschakelt voor hulp bij personen met verward gedrag. De omgeving neemt vaak vooral de overlast of het plegen van een (mogelijk) strafbaar feit waar en is minder gericht op de onderliggende hulpvraag. Ook als snel actie vereist is, bellen burgers of dienstverleners de politie, bijvoorbeeld als iemand dicht langs het spoor loopt. Daarnaast bellen burgers met de MKP omdat zij 24/7 beschikbaar zijn voor iedereen.
- Het komt ook voor dat een naaste van de persoon met verward gedrag de hulp van de MKP inschakelt. Naasten bellen de politie vaak, omdat zij weten dat politie snel ter plekke kan zijn. De persoon met verward gedrag is soms al wel aangemeld bij een ggz-crisisdienst, maar die kan niet altijd binnen korte tijd komen. Een update/post op social media – waarin iemand bijvoorbeeld aankondigt zelfmoord te willen plegen – kan ook aanleiding zijn voor een naaste om de MKP te bellen.
- Daarnaast ontvangt de MKP meldingen van *hulpverleners*, zoals de ggz-crisisdienst of ambulancezorg. Andere hulpverleners vragen assistentie van de politie bij het beoordelen, behandelen of vervoeren van een persoon met verward gedrag wanneer het een onveilige situatie betreft die zij denken niet zelf te kunnen hanteren.
- Meldkamers hebben ten slotte te maken met een aantal vaste personen met verward gedrag dat regelmatig de MKP of 0900-8844 belt. Zij zijn bekend bij de meldkamer.<sup>34</sup>

MKP-centralisten maken telefonisch een inschatting van de situatie van een melding. Deze inschatting is in eerste instantie gericht op het bepalen of het gaat om (een verdenking van) het plegen van een strafbaar feit. Daarnaast beoordeelt de MKP-centralist of de openbare orde verstoord is of dat er sprake is van gevaar of dreiging. Als de MKP een melding ontvangt over overlast, een strafbaar feit of verstoring van de openbare orde, stuurt de MKP in principe altijd een politievoertuig naar de plek van overlast. In de huidige situatie is het meestal de agent ter plaatse die een inschatting maakt of de persoon met verward gedrag ook een hulpbehoefte heeft. De agent ter plaatse moet dan kunnen herkennen dat het (ook) gaat om verwardheid.

### 2.1.2 Meldkamer ambulancezorg

Het is over het algemeen de naaste, de omgeving of een dienst- of hulpverlener die de MKA inschakelt bij personen die acuut verward gedrag vertonen. De meldingen die binnenkomen bij de MKA over personen met verward gedrag betreffen vaak meldingen waarbij sprake is van een combinatie van ggz- en verslavingsproblematiek. Het gaat veelal om personen die onder invloed zijn van middelen of personen die zichzelf verwond hebben. Daarnaast gaat het om meldingen van (acuut) verward gedrag, dat door een somatische oorzaak wordt veroorzaakt, bijvoorbeeld een

<sup>34</sup> Deze personen bellen de MKP onder andere doordat deze 24/7 bereikbaar is.



hypoglycemie of een delier. De MKP schakelt via de MKA ambulancezorg<sup>35</sup> in als het lijkt te gaan om een levensbedreigende of een spoedeisende situatie waarbij sprake is van (ernstige) gezondheidsschade<sup>36</sup> of dat dit ter plaatse beoordeeld moet worden. Personen met verward gedrag nemen soms ook zelf contact op met de MKA. Meestal gaat het om een aantal vaste personen. De verpleegkundig centralisten MKA kunnen deze personen vaak in korte tijd geruiststellen. Verpleegkundig centralisten MKA triëren de meldingen die binnenkomen telefonisch. Na de telefonische triage door de verpleegkundig centralisten MKA kan een fysieke triage door ambulanceverpleegkundigen ter plaatse plaatsvinden. Ook kan andere hulpverlening ingeschakeld worden door de MKA.

### 2.1.3 Ggz-crisisdienst

Naast en de persoon met verward gedrag zelf, politie en andere hulpverleners, nemen op dit moment contact op met de ggz-crisisdienst als er sprake is van een acute situatie:

- De naasten of de persoon met verward gedrag zelf hebben vaak afspraken over het direct contact opnemen met de crisisdienst bij spoedvragen. Het gaat in dit geval over personen die bekend zijn in de GGZ. Zij kunnen zich ook direct presenteren bij het kantoor van de ggz-crisisdienst.
- De politie neemt regelmatig contact op met de crisisdienst als zij een persoon met verward gedrag aantreffen, waarvan zij inschatten dat deze psychiatrisch beoordeeld dient te worden. Het zijn over het algemeen de agenten op straat die de crisisdienst bellen, maar een melding bij de crisisdienst kan ook van de MKP of het politiebureau komen.<sup>37</sup>
- Hulpverleners in de gezondheidszorg, zoals de huisarts en de ambulancezorg, nemen contact op met de crisisdienst als uit hun triage blijkt dat een psychiatrische beoordeling nodig is.

De voorwacht van de ggz-crisisdienst voert telefonische en/of fysieke triage uit om te bepalen of de persoon met verward gedrag een psychiatrische beoordeling nodig heeft en binnen welk tijdsbestek.

### 2.1.4 HAP/huisarts

Personen met verward gedrag of naasten die zich zorgen maken over hun familielid of partner die verward gedrag vertoont, nemen in de huidige situatie in veel gevallen contact op met de huisarts als de situatie dreigt te escaleren. Dit doen zij ook regelmatig in geval van escalatie van een situatie waarin de persoon met verward gedrag met spoed hulp nodig heeft, maar niet in onmiddellijk levensgevaar verkeert. Tijdens kantooruren bellen zij met de eigen huisartsenpraktijk en krijgen zij de praktijkassistente aan de lijn, die telefonische triage uitvoert. Als de zorgvraag zich tijdens avond-, nacht- of weekenduren (ANW-uren) voordoet, belt de persoon zelf of zijn naaste met de HAP. Op de HAP werken triagisten die de urgentie en in te zetten hulpverlening bepalen (onder regie van de dienstdoende huisarts op de HAP). HAP's ontvangen naast meldingen die

<sup>35</sup> Voor levensbedreigende en spoedeisende situaties hanteert de ambulancezorg respectievelijk A1- en A2-urgentie.

<sup>36</sup> Kan veroorzaakt worden door zowel somatische als psychische factoren.

<sup>37</sup> In Amsterdam gaat een melding van de politie altijd eerst naar de MKA. De MKA belt eventueel de crisisdienst of schakelt de psycholance in.

psychisch van oorsprong zijn, ook regelmatig meldingen van (acuut) verward gedrag, dat door een somatische oorzaak wordt veroorzaakt, bijvoorbeeld een hypoglycemie of een delier.

### 2.1.5 Politie 0900-8844

Personen met verward gedrag zelf nemen met enige regelmaat contact op met het telefoonnummer 0900-8844 van de politie. Een voorbeeld hiervan is een man die meerdere malen contact opneemt met de politie, omdat hij ervan overtuigd is dat zijn vuilnis gestolen wordt. Als er sprake is van overlast, is de omgeving vaak geneigd om contact op te nemen met politie via het telefoonnummer 0900-8844. Burgers observeren vooral de overlast en zijn zich minder bewust van de hulpvraag die hieraan ten grondslag kan liggen. Hulpverleners van de politie maken telefonisch een inschatting van de situatie. Deze inschatting is in eerste instantie gericht op het bepalen of het gaat om (een verdenking van) het plegen van een strafbaar feit. Daarnaast beoordeelt de 0900-centralist of er sprake is van verstoring van de openbare orde of dat er sprake is van gevaar of dreiging.

### 2.1.6 Meldpunt gemeente/GGD

Als een persoon signalen van verwardheid vertoont, zien mensen in de omgeving dit vaak. Het gaat hierbij bijvoorbeeld om een oudere buurvrouw die de deur niet meer uitkomt en steeds vaker dingen vergeet. Burgers kunnen in dit geval in veel regio's naar een meldpunt van de gemeente/Gemeentelijke Gezondheidsdienst (GGD) bellen. Twintig GGD'en hebben een Openbare GGZ (OGGZ)-meldfunctie voor kwetsbare groepen.<sup>38</sup> Een aantal regio's heeft specifieke meldpunten voor personen met verward gedrag opgezet, zoals het 'Advies- en meldpunt verwarde personen' in Rotterdam en het meldpunt verwarde personen van de GGD Drenthe. Daarnaast zijn in veel regio's meldpunten Zorg en Overlast. De inrichting en financiering verschilt per meldfunctie. Het merendeel van de meldfuncties is alleen geopend tijdens kantooruren.

De meldfuncties zijn gericht op burgers die zich ernstig zorgen maken over hun buurman of buurvrouw of iemand anders in hun omgeving. Burgers kunnen deze meldfuncties ook bellen als een persoon veel overlast veroorzaakt. Ook publieke organisaties (bijvoorbeeld de woningcorporatie) en hulpverleners kunnen een melding doen bij de meldfunctie. Medewerkers van de meldfuncties maken telefonisch een inschatting van de situatie.

Het schakelteam heeft op 24 februari 2017 aan de minister geadviseerd om regionale advies- en meldpunten in te richten en een landelijk telefoonnummer in te stellen dat daar rechtstreeks naar doorschakelt.<sup>39</sup> Het ministerie van VWS werkt dit advies op dit moment verder uit. Dit landelijk telefoonnummer staat ten dienste van een goede bereikbaarheid van regionale advies- en meldpunten. In het advies staat dat deze regionale meldpunten 24/7 bereikbaar dienen te zijn. Het schakelteam adviseert om de meldpunten waar mogelijk aan te laten sluiten bij bestaande meldpunten, zoals de GGD'en, of bij andere regionale meldkamers. Deze meldpunten hebben de

<sup>38</sup> Nieuwe OGGZ: handreiking voor GGD'en, GGD GHOR Nederland

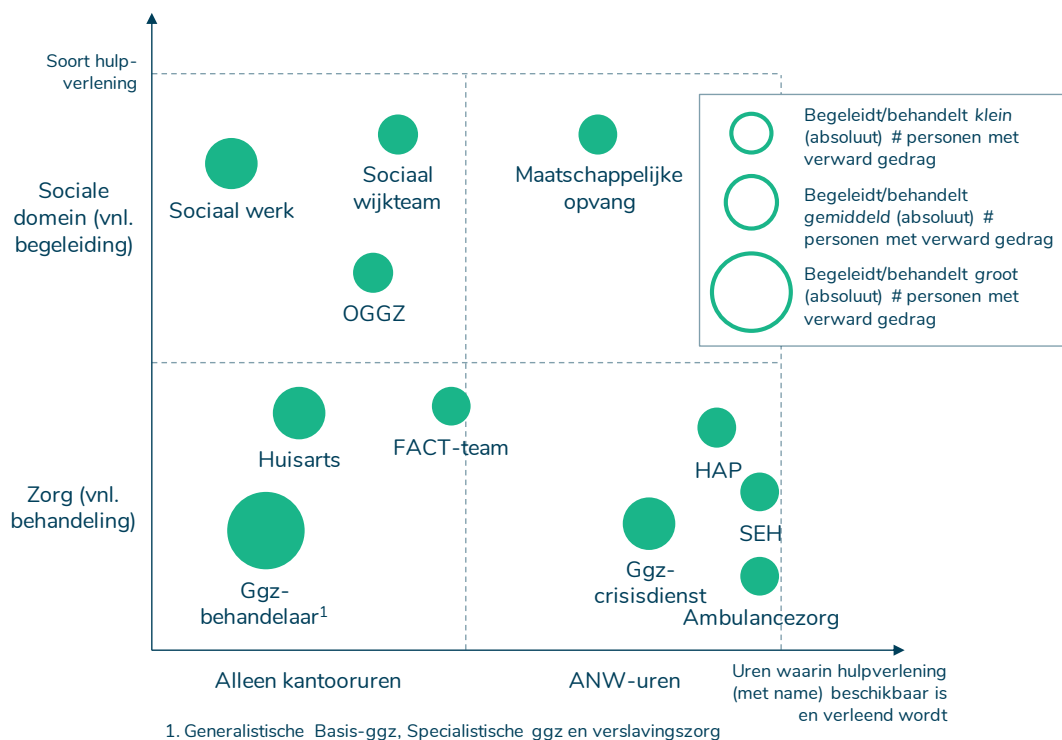
<sup>39</sup> Advies niet-acute meldingen personen met verward gedrag, schakelteam personen met verward gedrag, Den Haag 24 februari 2017.

juiste infrastructuur en netwerk om bij alle meldingen en adviesvragen te kunnen zorgen voor een adequate opvolging.

## 2.2 Hulpverlening aan personen met verward gedrag

Het verschilt per loket welke hulpverlening de medewerkers van het loket in kunnen zetten. Personen met verward gedrag hebben afhankelijk van hun kenmerken hulpverlening vanuit het sociale domein of het zorgdomein nodig. Als er behandeling nodig is (somaatich of psychiatrisch) dient zorg ingeschakeld te worden. In het zorgdomein zijn meerdere hulpverleners binnen en buiten kantooruren beschikbaar. Als de hulpbehoefte vraagt om ondersteuning en begeleiding van de persoon dient het sociaal domein ingeschakeld te worden. In het sociaal domein zijn binnen kantooruren meerdere hulpverleners beschikbaar, buiten kantooruren is dit minder het geval en is over het algemeen alleen de maatschappelijke opvang beschikbaar.

**Figuur 2** toont de verschillende soorten hulpverlening die ingezet kunnen worden naar aanleiding van een melding van een persoon met verward gedrag. Het kan gaan om hulpverlening vallend onder het sociale domein (voornamelijk begeleiding) of onder zorg (voornamelijk behandeling). Sommige hulpverlening is alleen tijdens kantooruren beschikbaar, zoals het sociaal werk en de eigen huisarts van de persoon. In de ANW-uren is andere hulpverlening beschikbaar. De grootte van de bollen geeft weer hoeveel meldingen er naar schatting binnenkomen van/over personen met verward gedrag.<sup>40</sup>



**Figuur 2.** Hulpverlening die ingezet kan worden n.a.v. meldingen van personen met verward gedrag

<sup>40</sup> De schattingen zijn gebaseerd op de interviews die SiRM gevoerd heeft met de verschillende loketten. Zie bijlage 3 en 4.

Tijdens kantooruren zijn er verschillende partijen die hulp kunnen verlenen. Als er sprake is van (psycho)sociale problematiek kan bijvoorbeeld sociaal werk, het sociaal wijkteam of de OGGZ ingeschakeld worden. Als er een zorgvraag is en de persoon in behandeling is, kan de eigen ggz-behandelaar of het 'Flexible Assertive Community Treatment' (FACT)-team ingeschakeld worden. Is iemand niet in behandeling dan kan de huisarts een verwijzing organiseren.

Buiten kantooruren zijn meerdere partijen beschikbaar om hulp te verlenen, maar nauwelijks partijen die beschikbaar binnen het sociale domein. In de ANW-uren kan voor een zorgvraag onder andere de SEH, ambulancezorg, de ggz-crisisdienst of de HAP ingeschakeld worden. ggz-crisisdiensten zijn 24/7 beschikbaar. In het sociaal domein is over het algemeen alleen de maatschappelijke opvang beschikbaar buiten kantooruren.

## 3 Reikwijdte en doel model melding

Het doel van het model melding is het verbeteren van de behandeling van meldingen van personen met verward gedrag die bij de politie en de MKA terecht komen. Dit model is erop gericht om een snellere toeleiding naar passende triage en hulpverlening te realiseren.<sup>41</sup> De toeleiding naar passende hulpverlening gaat uit van de zelfregie van de persoon met verward gedrag en gebeurt vanuit een persoonsgerichte aanpak. De verbeteringen die wij voorstellen bij de politie en de MKA kunnen voor een deel ook geïmplementeerd worden bij andere 'loketten', zoals de huisartsenpost (HAP). We maken in het model onderscheid tussen de acute keten en de niet-acute keten. We verstaan onder acute keten hulpbehoeftes die binnen 24 uur aandacht nodig hebben.<sup>42</sup>

We beschrijven in dit hoofdstuk de reikwijdte van het model melding: de doelgroep en de 'loketten' die in dit model centraal staan. Vervolgens komen de uitgangspunten en het doel van het model melding aan de orde. We sluiten het hoofdstuk af met de definitie van acuut die we in dit model hanteren en plaatsen deze definitie in de context van de urgentiegraden die partijen hanteren.

### 3.1 Reikwijdte model melding

De bouwsteen 'Melding' van het schakelteam geeft aan dat het voor een sluitende aanpak voor personen met verward gedrag essentieel is dat de signalering leidt tot een zo snel mogelijke inzet van passende hulpverlening. Het schakelteam benadrukt dat door in de meldkamer al alert te zijn op verwardheid en te beschikken over deskundigheid op dit terrein, meteen passende hulpverlening ingeschakeld kan worden.<sup>43</sup> Het is van belang dat, als bij de meldkamer een melding binnenkomt, waarbij sprake is van overlast, gevaar voor de persoon zelf (bijvoorbeeld bij suïcidaliteit) of anderen of strafbare feiten, de centralist zich realiseert dat er mogelijk sprake is van een persoon met verward gedrag.

SiRM beschrijft in dit model melding het verbeteren van de meldingen die bij de politie (MKP en 0900-8844) en de MKA terecht komen. Het verbeteren van de meldingen van personen met verward gedrag die bij andere 'loketten' binnenkomen, zoals de huisarts en HAP, komen in dit model minder aan de orde. De verbeteringen die wij voorstellen bij de politie en de MKA kunnen voor een deel ook geïmplementeerd worden bij andere 'loketten' zoals de HAP. In Bijlage 4

<sup>41</sup> Soms is de persoon voldoende geholpen met een zelfhulpadvies en zijn geen vervolgacties nodig. Het heeft de voorkeur om een persoon die alleen een zelfhulpadvies gekregen heeft een dag erna te bellen om te vragen of het zelfhulpadvies voldoende handvatten heeft geboden.

<sup>42</sup> Conform urgentiegraden van de ggz-triagewijzer, die de ggz-crisisdienst nu implementeert, zie paragraaf 2.3.

<sup>43</sup> Zie ook de factsheet bouwsteen 4: melding.

beschrijven we voor de loketten naast de MKP, 0900-8844 en MKA de huidige werkwijze en mogelijke gebieden voor verbetering.

Het model melding is gericht op personen met verward gedrag (waaronder suïcidaliteit). De oorzaak van het verwarde gedrag kan variëren: een somatische aandoening, psychiatrische aandoening, psychogeriatrische aandoening (dementie), een verstandelijke beperking of psychosociale problematiek. Deze personen zijn mogelijk al in een zorg- of ondersteuningstraject, maar dit hoeft niet.

Besluitvorming over de meerwaarde van een landelijke telefoonnummer als toegang naar de regionale en lokale meldpunten is geen onderdeel van dit model. VWS wil stimuleren dat bestaande regionale meldpunten uitgebreid en/of versterkt worden, maar de verantwoordelijkheid daarvoor ligt op lokaal/ regionaal niveau. Het Schakelteam zal monitoren hoe op regionaal niveau meldnummers onderdeel zijn van sluitende aanpak.<sup>44</sup>

## 3.2 Uitgangspunten model melding

Personen met verward gedrag hebben op tijd (psychische) hulpverlening nodig. Op het moment dat meldingen over personen met verward gedrag bij de politie of MKA binnenkomen, is er vaak sprake van een verstoring van de openbare orde of is een gevaarlijke situatie ontstaan voor de persoon en/of zijn omgeving. Het is in dit geval niet gelukt om de persoon op tijd passende hulpverlening te bieden. Dit kan verschillende oorzaken hebben: soms is de hulpbehoefte niet onderkend, soms is geen passende hulpverlening ingezet, soms heeft de persoon de hulpverlening zelf geweigerd of heeft de hulpverlening geen effect.

Het is een taak van alle partijen om meldingen van personen met verward gedrag en suïcidaliteit bij de politie en de MKA zoveel mogelijk te voorkomen door personen passende zorg en ondersteuning in de eigen omgeving te bieden, met onder andere aandacht voor preventie en vroegsignalering en voldoende mogelijkheden voor de inzet van intensieve zorg thuis (zie ook bouwsteen 'Preventie en levensstructuur' en 'Vroegtijdige signalering').

Als het verwarde gedrag toch leidt tot een melding bij de politie, heeft de persoon met verward gedrag over het algemeen meer baat bij hulpverlening dan optreden van de politie. De politie gaat (waar nodig) mee ter ondersteuning van de hulpverlener. Als er geen sprake is van een strafbaar feit of acuut gevaar, heeft de politie niet de leiding.

## 3.3 Doel model melding

Het doel van het model melding is het verbeteren van de behandeling van meldingen van personen met verward gedrag bij de politie en de MKA om een snellere toeleiding naar passende hulpverlening te realiseren.

---

<sup>44</sup> Zie ook de voortgangsbrief van het Ministerie van VWS: Informatie over verschillende onderwerpen gerelateerd aan de ondersteuning van personen met verward gedrag, 29 juni

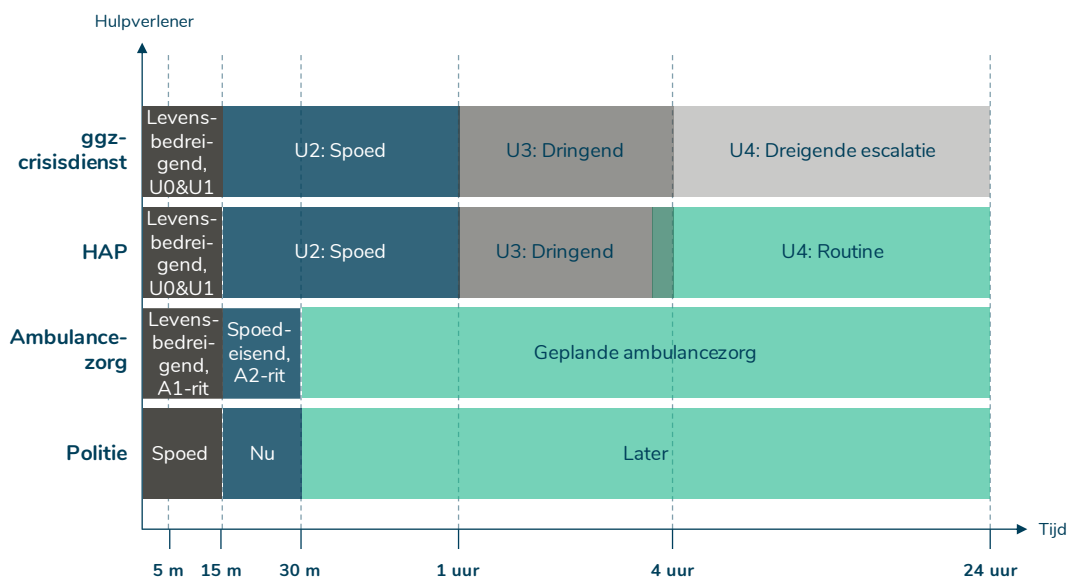
Uit een focusgroep met ggz-ervaringsdeskundigen en naasten blijkt dat zij vooral knelpunten ervaren bij het melden van dreigende escalatie en de behandeling daarvan (zie Bijlage 6). De deelnemers aan de focusgroep geven aan dat zij behoefte hebben aan een 'loket' voor niet-acute meldingen. Ervaringsdeskundigen en naasten zijn nu vaak genoodzaakt te wachten met melden, totdat de situatie escaleert en de persoon in kwestie in een crisis belandt. Hulpverleners treden pas op wanneer een crisis ontstaat. Voor personen met psychogeriatrische problematiek en hun naasten zijn er meldpunten geheugenproblemen, dementienetwerken of casemanagers dementie. Deze 'loketten' zijn echter niet altijd bekend bij de personen met verward gedrag of hun naasten. Daarnaast zijn sommige 'loketten' alleen bereikbaar voor zorgverleners en niet voor burgers of niet 24/7 bereikbaar.

### 3.4 Definitie acute en niet-acute hulpbehoefte

We maken in het model onderscheid tussen de acute keten en de niet-acute keten. We verstaan onder acute keten hulpbehoeftes die binnen 24 uur aandacht nodig hebben. We gebruiken daarmee de term 'acuut' zoals deze gehanteerd wordt door de ggz-crisisdienst, die op dit moment de ggz-triagewijzer implementeert.

De politie, de verschillende sectoren in de zorg en het sociale domein hanteren verschillende definities van acute en niet-acute hulpbehoefte. Daar waar de politie en ambulancezorg onder 'acuut' verstaan binnen 15 minuten, kan voor de ggz-crisisdienst een acute hulpbehoefte iemand betekenen die binnen 24 uur gezien dient te worden omdat zijn/haar situatie dreigt te escaleren. Ook de urgentiesystemen van de GGZ en HAP zijn nog niet optimaal op elkaar aangesloten (zie **Figuur 3**).

Het is van belang dat ketenpartners elkaars taal kennen en begrijpen. Dit betekent dat de centralisten en triagisten op de hoogte zijn van de urgentiegraden bij de politie, binnen NTS, ProQA en de ggz-triagewijzer.



**Figuur 3.** Urgentiegraden en bijbehorende tijden per hulpverlener

## 4 Aanpak model melding

SiRM heeft het onderzoek in drie fases uitgevoerd. In de eerste fase heeft SiRM de huidige werkwijze en verbetermogelijkheden van verschillende 'loketten' geïnterviewd door middel van desk research, interviews en een focusgroep met ggz-ervaringsdeskundigen en naasten. In de tweede fase heeft SiRM concrete verbetervoorstellen ontwikkeld voor de meldingen die binnenkomen bij politie en de MKA op basis van zes focusgroepen met hulpverleners. In de laatste fase heeft SiRM het model melding op draagvlak en haalbaarheid getoetst door het organiseren van een invitationale conference en een consultatie bij de achterban van betrokken landelijke patiëntvertegenwoordigers, branche- en beroepsorganisaties.

Wij bespreken in dit hoofdstuk de drie fases van het onderzoek en de betrokken partijen bij het onderzoek.

### 4.1 Fases en planning

Het model is opgesteld in drie fases. In de eerste fase hebben we de huidige werkwijze en gebieden waarop verbetering mogelijk is in kaart gebracht. Deze informatie is verzameld in een focusgroep met ggz-ervaringsdeskundigen en naasten en door middel van interviews en desk research. In de tweede fase hebben we de verbetervoorstellen uitgewerkt op basis van de input uit zes focusgroepen. Deze focusgroepen hebben geleid tot concrete adviezen voor verbetering van screening door de MKP en triage door de MKA en over de inzet van passende hulpverlening. In juli 2017 hebben we het model getoetst en aangescherpt door middel van een invitationale conference.



Figuur 4 Drie fases en planning van project



#### 4.1.1 Fase 1 – Inventariseren huidige werkwijze en verbetermogelijkheden

In de eerste fase heeft SiRM de brede context van de acute en niet-acute meldingen van personen met verward gedrag in kaart gebracht. We hebben inzichtelijk gemaakt hoe de melding en triage nu verlopen en waar de mogelijkheden met het grootste verbeterpotentieel liggen. De eerste fase van het onderzoek liep van november 2016 tot en met maart 2017.

Aan het begin van het project hebben we daarnaast de bestuurders van de betrokken branche- en beroepsorganisaties geïnterviewd om de belangen en ambities van partijen te achterhalen en de verwachtingen af te stemmen (zie Bijlage 2 voor een overzicht van de geïnterviewde bestuurders).

Op basis van desk research en interviews hebben we de huidige werkwijze en verbetermogelijkheden bij de verschillende 'loketten' in kaart gebracht. We hebben per 'loket' de volgende punten in kaart gebracht:

- Het aantal meldingen van personen met verward gedrag dat binnenkomt bij het 'loket', de meldkamer of de hulppost.
- De opleiding en ervaring van het personeel dat de inschatting maakt of de triage uitvoert op basis 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 'loket' de in te schakelen hulpverlener(s) en urgentie bepalen.
- Welke informatie medewerkers van de 'loketten' gebruiken om hun inschatting te maken of om triage uit te voeren.
- Naar welke hulpverleners medewerkers de persoon met verward gedrag kunnen toeleiden.
- Wat de gebieden zijn waarop verbetering mogelijk is.

Voor een overzicht van de geïnterviewde partijen zie Bijlage 2. Voor de huidige werkwijze en verbetermogelijkheden zie Bijlage 3 en 4.

We hebben daarnaast een focusgroep met ggz-ervaringsdeskundigen en naasten georganiseerd om de doelgroep en zorgbehoefte in kaart te brengen. De deelnemers zijn in overleg met MIND Landelijk Platform Psychische Gezondheid bepaald. We beschrijven de ervaringen van ervaringsdeskundigen en naasten in Bijlage 6.

#### 4.1.2 Fase 2 – Uitwerken verbetervoorstellen

In de tweede fase heeft SiRM concrete verbetervoorstellen ontwikkeld met dienst- en hulpverleners uit de praktijk. We hebben adviezen opgesteld voor een betere urgentiebepaling en inschatting van meer passende hulpverlening voor meldingen van personen met verward gedrag door de politie (0900-8844 en MKP) en MKA. De tweede fase van het onderzoek liep van maart tot en met mei 2017.

In de tweede fase van het project hebben we zes focusgroepen georganiseerd met dienst- en hulpverleners uit de praktijk:

- Twee focusgroepen over het ontwikkelen van vragen voor betere inschatting van het bestaan van een hulpbehoefte en de toeleiding tot triage van de hulpbehoefte voor 0900-8844 en de MKP.
- Twee focusgroepen over het ontwikkelen van ggz-elementen in de triageprocessen van de MKA.
- Een focusgroep over het uitwerken van fysieke triage door de SPV in samenwerking met ambulancezorgprofessionals en/of politie.
- Een focusgroep over het verkennen van samenwerking tussen (zorg)meldfuncties.

De inbreng vanuit de focusgroepen vormt een belangrijke basis voor de verbetervoorstellen (hoofdstuk 5 en 6). Voor een overzicht van de deelnemers aan de focusgroepen, zie Bijlage 2.

#### 4.1.3 Fase 3 – Toetsen model melding

In de laatste fase toetst SiRM het model melding op draagvlak en haalbaarheid. Hiervoor hebben we het model aan de projectleiders van de regionale schakelteams personen met verward gedrag gepresenteerd en een invitational conference georganiseerd. Tijdens de invitational conference<sup>45</sup> hebben we het model aan een breed publiek gepresenteerd. We zijn vervolgens uiteen gegaan in groepen om gerichte input voor het model melding te verzamelen op een aantal discussiepunten en voor de randvoorwaarden voor de implementatie. Na de invitational conference volgde een brede achterban consultatie. De derde fase van het onderzoek loopt van mei tot en met september 2017.

## 4.2 Betrokken partijen

De betrokken patiënt-, branche- en beroepsorganisaties begeleiden SiRM tijdens het project door deel te nemen in de begeleidingscommissie. De volgende partijen nemen deel in de begeleidingscommissie:

- Ambulancezorg Nederland (AZN),
- GGD/GHOR Nederland,
- GGZ Nederland,
- InEen, vereniging van organisaties voor eerstelijnszorg, in samenspraak met NHG.
- MIND Landelijk Platform Psychische Gezondheid,
- Nederlandse Vereniging van Medisch Managers Ambulancezorg (NVMMA),
- Nederlandse Vereniging van Spoedeisende Hulp Artsen (NVSHA),
- Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP),
- Politie,
- Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN),
- Vereniging Gehandicapten Nederland (VGN),
- Vereniging Nederlandse Gemeenten (VNG),

<sup>45</sup> De invitational conference was op woensdag 5 juli en er waren ruim 60 belangstellenden aanwezig.

- Zorgverzekeraar Zilveren Kruis namens Zorgverzekeraars Nederland (ZN) en
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) als waarnemer.

Daarnaast neemt het Schakelteam verwarde personen deel aan de begeleidingscommissie en hebben een aantal organisaties een agendalid afgevaardigd. Deze agendaleden hebben de stukken ontvangen en zijn in de gelegenheid gesteld om daar commentaar op te leveren. Het gaat om de volgende organisaties:

- Alzheimer Nederland,
- Bureau Regioburgermeesters,
- zorgverzekeraar De Friesland namens ZN en
- Ieder(in).

De begeleidingscommissie brengt haar kennis en expertise in en betreft haar achterban en bestuur tijdens het proces. We vergaderen in totaal vier keer met de begeleidingscommissie: aan het begin van het project en na elke fase. In Bijlage 2 vindt u een overzicht van de deelnemers aan de begeleidingscommissie.

## 5 Verbeteren melding bij politie

Om te zorgen dat personen met verward gedrag over wie een telefonische melding binnenkomt bij de politie sneller passende hulpverlening ontvangen, draagt de politie deze meldingen zo snel mogelijk over naar hulpverlening voor triage of toeleiding. Als er sprake is van een vermoeden van een levensbedreigende of spoedeisende situatie waarbij sprake is van (ernstige) gezondheidsschade<sup>46</sup>, schakelt de politie door naar de MKA. Bij een vermoeden van overige acute hulpbehoeftes kan de politie de melding overdragen aan een zogenaamde 'APH-triagefunctie'<sup>47</sup>. Voor niet-acute hulpbehoeftes kan de politie een melding doen bij een daarvoor bestemde 'gemeente/GGD meldfunctie'. Politie-centralisten stellen een aantal aanvullende vragen over gevaarstelling en hulpbehoefte om de meldingen op de juiste manier over te dragen. Als er al een agent ter plaatse is, dan maakt deze meestal de inschatting.

In dit hoofdstuk beschrijven we de gewenste behandeling van meldingen bij de politie over personen met verward gedrag. We bespreken de gewenste behandeling in twee paragrafen:

- Telefonische behandeling melding door MKP en 0900-8844.
- Behandeling melding ter plaatse.

### 5.1 Telefonische behandeling melding door politie

In **Figuur 5** staat de gewenste telefonische behandeling van meldingen van personen met verward gedrag door de politie (MKP en 0900-8844) weergegeven.

Ten opzichte van de huidige werkwijze op de meldkamers betekent de voorgestelde werkwijze in **Figuur 5** dat de politie-centralist – wanneer sprake is van verdenking van een melding van een persoon met verward gedrag – een aantal aanvullende vragen stelt na de algemene eerste intake (zie ook Bijlage 7). Op basis van deze aanvullende vragen bepaalt de politie-centralist:

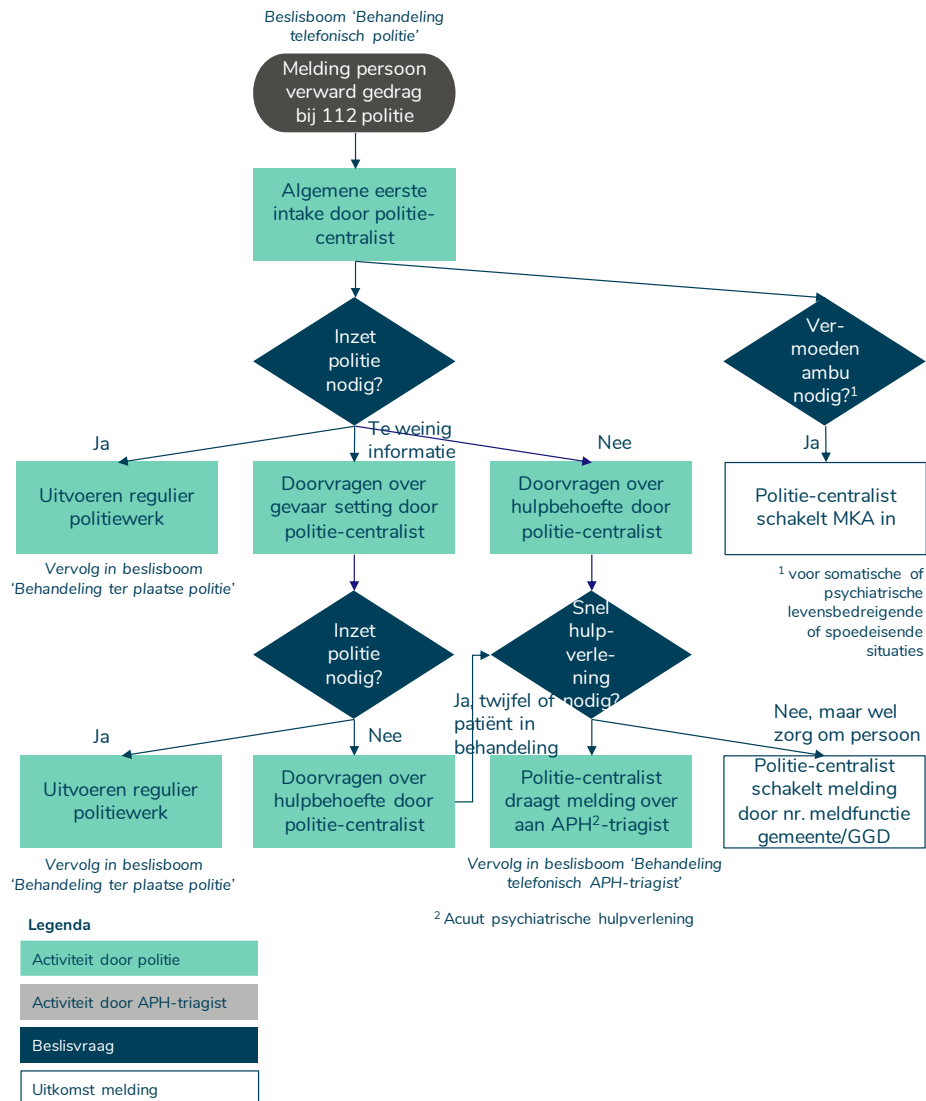
- Of de politie in eerste instantie de leiding zou moeten hebben bij het behandelen van de melding, met andere woorden of er inderdaad sprake is van een gevaarstelling, verstoring van de openbare orde of een strafbaar feit.
- Of het lijkt te gaan om een levensbedreigende of een spoedeisende situatie waarbij sprake is van (ernstige) gezondheidsschade<sup>46</sup> of dat dit ter plaatse beoordeeld moet worden. In deze situaties schakelt de politie-centralist via de MKA ambulancezorg<sup>48</sup> in.

<sup>46</sup> Kan veroorzaakt worden door zowel somatische als psychische factoren.

<sup>47</sup> Acut Psychiatrische Hulpverlening.

<sup>48</sup> Voor levensbedreigende en spoedeisende situaties hanteert de ambulancezorg respectievelijk A1- en A2-urgentie.

- Of er snel hulpverlening nodig is.<sup>49</sup> Als dit het geval is draagt de politie-centralist de melding over voor triage aan een 'APH-triagemodule' voor acute hulpbehoeftes.<sup>50</sup> Dit doet de politie-centralist ook als hij/zij twijfelt of snel hulpverlening nodig is en voor personen in behandeling bij de GGZ<sup>51</sup>.
- Of inschakeling van hulpverlening niet meteen nodig is, maar dat de politie-centralist zich wel zorgen maakt om de persoon. De politie-centralist doet in dit geval een melding bij een gemeente/GGD meldfunctie voor niet-acute hulpbehoeftes.<sup>52</sup> Dit doet de politie-centralist ook voor personen die reeds bekend zijn bij de OGGZ of het sociale wijkteam.



**Figuur 5** Telefonische behandeling melding van personen met verward gedrag bij politie

<sup>49</sup> Conform urgentiegraden van de ggz-triagewijzer, die de ggz-crisisdienst nu implementeert, zie paragraaf 2.3.

<sup>50</sup> In pilots dient verder uitgewerkt te worden hoe de meldingen van de politie worden overgedragen aan de APH-functie, onder andere met betrekking tot de privacy wetgeving.

<sup>51</sup> De meldkamercentralisten 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'. Zie ook bijlage 3.

<sup>52</sup> Ook bij de niet-acute meldfunctie vindt triage van de niet-acute hulpbehoefte plaats.

### 5.1.1 Politie bepaalt of zij in eerste instantie de leiding zou moeten nemen

De indruk bestaat dat politie-centralisten soms politie inzetten als daar geen noodzaak toe is of omdat de melding niet herkend wordt als verwardheid. Om dit te voorkomen dient de politie-centralist door te vragen over de gevaar setting als er op basis van de eerste intake te weinig informatie is om te bepalen of de politie de leiding zou moeten nemen bij de melding. De politie-centralist maakt daarvoor bijvoorbeeld gebruik van de volgende vragen:

- Voelt de melder zich bedreigd en kan hij/zij vrijuit spreken?
- 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?
- Zijn er kinderen aanwezig?

Als de persoon met verward gedrag zich bijvoorbeeld in een veilige omgeving bevindt met een steunsysteem, kan inzet van hulpverlening nodig zijn, maar hoeft niet altijd sprake te zijn van directe politie-inzet. Als er sprake is van een strafbaar feit, dan is wel politie-inzet nodig.

### 5.1.2 Politie schat in welke hulpverlening nodig is en draagt melding over

Wanneer politie-inzet niet nodig is, maar de melder politie via 112 belt, is vaak wel sprake van een hulpbehoefte bij de melder. De politie-centralist stelt een aantal extra vragen om te bepalen of er sprake is van een hulpbehoefte en of er snel hulpverlening (binnen 24 uur) nodig is.

Als het lijkt te gaan om een levensbedreigende of een spoedeisende situatie waarbij sprake is van (ernstige) gezondheidsschade<sup>53</sup> of dat dit ter plaatse beoordeeld moet worden, dan schakelt de politie-centralist via de MKA ambulancezorg in.<sup>54</sup>

In de overige gevallen kan de politie-centralist aanvullende vragen stellen aan de melder om te bepalen of snel hulpverlening ingeschakeld dient te worden, zoals:

- Komt de persoon zeer verward over?
- Wil de persoon zelfmoord plegen?
- Heeft de persoon een crisiskaart? Heeft de persoon eerder psychiatrische problemen gehad of is de persoon bij GGZ onder behandeling (geweest)?
- Is de persoon bekend bij de OGGZ of het sociale wijkteam?
- Kan de persoon zeer moeilijk gerustgesteld worden?
- Zijn er kinderen aanwezig?

De politie-centralist zal de melding overdragen aan de APH-triagist als er bijvoorbeeld een vermoeden is van een persoon die zelfmoord wil plegen maar die geen duidelijk plan of directe gelegenheid heeft of als de persoon bij GGZ onder behandeling is (geweest)<sup>55</sup>. Ook als de persoon

<sup>53</sup> Kan veroorzaakt worden door zowel somatische als psychische factoren.

<sup>54</sup> Voor levensbedreigende en spoedeisende situaties hanteert de ambulancezorg respectievelijk A1- en A2-urgentie.

<sup>55</sup> Politie-centralisten kunnen bij een melding van een persoon met verward gedrag in het Basis Voorziening Handhaving (BVH) van de politie opzoeken of er al iets over deze persoon geregistreerd staat. Soms is er over bekende personen of

erg verward overkomt of heel moeilijk gerustgesteld kan worden kan de politie-centralist besluiten om de melding over te dragen aan de acute triagefunctie. Bij twijfel of snel psychische hulpverlening nodig is, draagt de politie-centralist ook de melding over aan de APH-triagist.<sup>56</sup>

Als de politie-centralist – op basis van de algemene intake en de extra vragen – inschat dat snelle hulpverlening niet nodig is, maar zich wel zorgen maakt om de persoon, kan de politie-centralist een melding doen bij een gemeente<sup>57</sup>/GGD meldfunctie (telefonisch of per mail). Het gaat in dit geval om een niet-acute hulpbehoefte. Als de persoon bekend is bij de OGGZ of het sociale wijkteam, dan draagt de politie-centralist de melding ook over aan de gemeente/ GGD meldfunctie.

Voor elke functies is bij voorkeur één telefoonnummer beschikbaar per politieregio.

In hoofdstuk 7 beschrijven we wat de APH-triagefunctie en de gemeente/GGD meldfunctie inhouden en waar de functies aan moeten voldoen.

## 5.2 Behandeling melding ter plaatse

In veel gevallen is er bij een 112-politiemelding van een persoon met verward gedrag sprake van een verstoring van de openbare orde en gaat de politie ter plaatse.<sup>58</sup> Als de politie-centralist besluit tot politie-inzet gebeurt de inschatting van de hulpbehoefte over het algemeen door de agent ter plaatse. Als uit de telefonische melding al blijkt dat acuut psychiatrische hulpverlening ingeschakeld dient te worden, kan de politie-centralist de melding overdragen aan de APH-triagist.

In **Figuur 6** staat de gewenste behandeling van een melding van een persoon met verward gedrag ter plaatse. Het betreft een vervolg op de eerder gepresenteerde beslisboom in **Figuur 5**:

- Als de persoon met verward gedrag een strafbaar feit heeft begaan vindt in de regel vervoer naar het politiebureau plaats. De agent op het bureau neemt vervolgens zo nodig contact op met de APH-triagist.<sup>59</sup>
- Als het lijkt te gaan om een levensbedreigende of spoedeisende situatie waarbij sprake is van (ernstige) gezondheidsschade<sup>60</sup> of dat dit ter plaatse beoordeeld moet worden, dan schakelt de agent ter plaatse de MKA in, zodat een ambulance met A1 of A2-urgentie ingeschakeld kan worden.

---

adressen een 'afspraak op naam' of een 'afspraak op locatie'. Deze afspraken omschrijven de manier waarop 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 hun contactpersoon.

<sup>56</sup> Tijdens de invitational conference gaven meerdere deelnemers aan dat zij er – zeker in de testfase – de voorkeur aan geven dat de politie bij een hulpbehoefte altijd de melding overdraagt aan de acute triagefunctie.

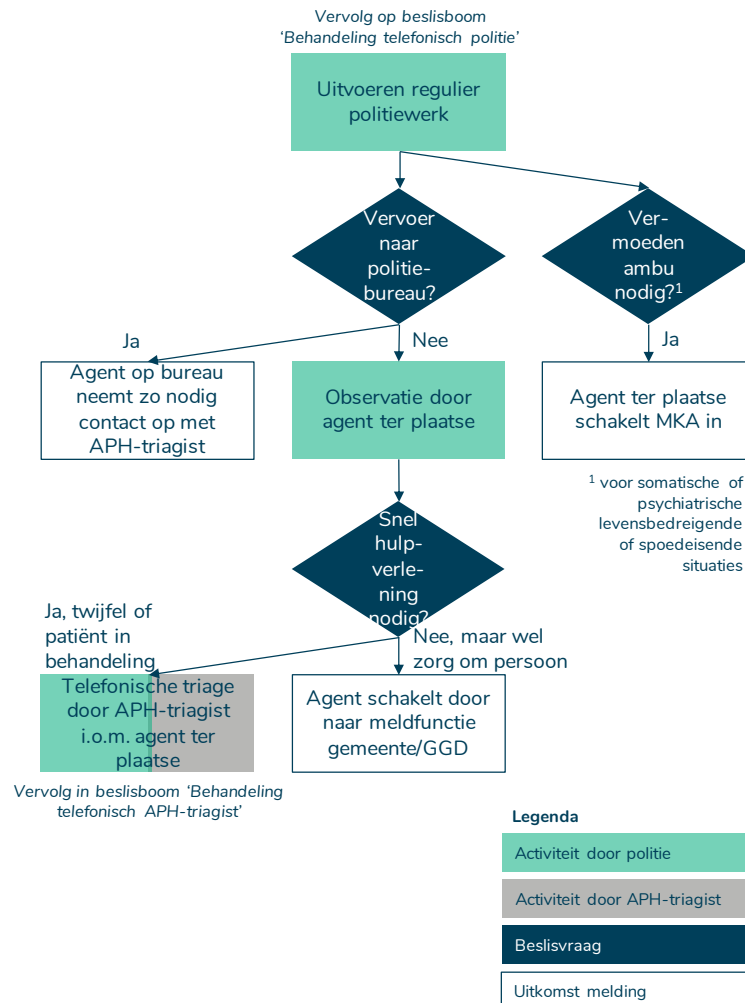
<sup>57</sup> De gemeente kan de meldfunctie uitbesteden aan de GGD, maar ook aan bijvoorbeeld een crisisdienst of andere organisatie. Partijen kunnen de functie ook gezamenlijk organiseren.

<sup>58</sup> Het kan ook voorkomen dat agenten op straat zelf een persoon met verward gedrag zien.

<sup>59</sup> of bij somatische problemen met de arrestantenarts.

<sup>60</sup> Kan veroorzaakt worden door zowel somatische als psychische factoren.

- Als het niet gaat om een levensbedreigende of spoedeisende somatische of psychiatrische situatie, maar de agent wel inschat dat snel hulpverlening nodig is neemt de agent ter plaatse contact op met de APH-triagefunctie. De agent voorziet de APH-triagist vervolgens van informatie voor de triage (dit gebeurt in sommige regio's al).<sup>61</sup>
- Als het geen acute situatie betreft, maar de agent maakt zich wel zorgen om de persoon kan de agent een melding doen bij een gemeente/GGD meldfunctie. Deze meldfunctie neemt vervolgens de regie over het vervullen van de hulpbehoefte van de persoon met verward gedrag over.



Figuur 6 Behandeling melding van persoon met verward gedrag ter plaatse door politie

### 5.2.1 Agent ter plaatse vermoedt dat snel hulpverlening nodig is

Op het moment dat de agent ter plaatse komt, kan deze inschatten dat met spoed inzet van ambulancezorg via de MKA nodig is. Zeer agressieve personen die middelen hebben genomen kunnen bijvoorbeeld lijden aan het Excited Delirium Syndrom (EDS). Voor personen met EDS is

<sup>61</sup> Bij twijfel is bij voorkeur beoordeling ter plaatse mogelijk.



snel vervoer naar een SEH nodig. In een aantal regio's is een specifiek uitvraagprotocol voor EDS opgesteld (zie Bijlage 7).

Wanneer de agent ter plaatse inschat dat snel (binnen 24 uur) psychische hulpverlening nodig is voor de persoon met verward gedrag, neemt de agent contact op met de APH-triagist. De agent vraagt de persoon met verward gedrag of hij een crisiskaart heeft, alvorens de APH-triagist te bellen. In overleg met de agent ter plaatse volgt een telefonische triage door de APH-triagist.

Op basis van de observaties van de agent ter plaatse bepaalt de APH-triagist de in te zetten hulpverlener(s) en de urgentie.<sup>62</sup> De APH-triagist kan indien noodzakelijk vervoer organiseren dat binnen 30 minuten ter plaatse kan arriveren. Het gaat ofwel om een ambulance ofwel om ander passend vervoer met psychiatrische hulpverlening. De APH-triagist koppelt terug aan de politie of de persoon met verward gedrag hulpverlening heeft ontvangen.

In hoofdstuk 7 beschrijven we uitgebreid welke hulpverlening de APH-triagist kan inschakelen en op welke manier de APH-triagist vervoer in kan schakelen. Ook bevat het hoofdstuk waar de APH-triagefunctie aan moet voldoen.

### 5.2.2 Agent ter plaatse maakt zich zorgen om persoon

Als de agent ter plaatse – op basis van zijn observaties – niet het gevoel heeft dat er snel hulpverlening nodig is, maar zich wel zorgen maakt om de persoon, kan de agent 24/7 een melding doen bij een gemeente<sup>63</sup>/GGD meldfunctie. Het gaat in dit geval om een melding met een niet-acute hulpbehoefte.

De hulpverlener van de gemeente/GGD meldfunctie neemt contact op met de hulpverleners die betrokken zijn bij de persoon met verward gedrag als de persoon bekend is bij de meldfunctie. Als dit niet het geval is neemt de hulpverlener contact op met de persoon zelf of zijn naaste om de hulpvraag nader uit te vragen. Vervolgens bepaalt de hulpverlener – bij voorkeur met de persoon en zijn naaste – welke hulpverlening nodig is en binnen hoeveel tijd. De hulpverlener koppelt terug aan de politie of de persoon met verward gedrag hulpverlening heeft ontvangen.

In hoofdstuk 7 beschrijven we welke hulpverlening de hulpverlener van de gemeente/GGD meldfunctie kan inschakelen. Ook bevat het hoofdstuk waar de gemeente/GGD meldfunctie aan moet voldoen.

<sup>62</sup> Als de APH-triagist twijfelt op basis van de telefonische triage i.s.m. de agent ter plaatse, is bij voorkeur street triage / beoordeling ter plaatse mogelijk.

<sup>63</sup> De gemeente kan de meldfunctie uitbesteden aan de GGD, maar ook aan bijvoorbeeld een crisisdienst of andere organisatie zoals Korrelatie. Partijen kunnen de functie ook gezamenlijk organiseren, zolang er maar regionaal overzicht bestaat.

## 6 Verbeteren melding bij MKA

De MKA-triage is gericht op het al dan niet inzetten van ambulancezorg voor een levensbedreigende of spoedeisende situatie waarbij sprake is van (ernstige) gezondheidsschade<sup>64</sup> of dat dit ter plaatse beoordeeld moet worden.<sup>65</sup> De triage van de verpleegkundig centralist MKA is niet gericht op het bepalen van hulpverlener en urgentie in situaties waar geen ambulancezorg nodig is. Om te zorgen dat de overige personen met verward gedrag over wie een telefonische melding binnenkomt bij de MKA sneller passende hulpverlening ontvangen, dragen centralisten de melding over aan een APH-triagefunctie (acuut<sup>66</sup> of in behandeling) of schakelen ze de melding door aan de gemeente/GGD meldfunctie (niet-acuut en niet in behandeling). De APH-triagist bepaalt of inzet van acuut psychiatrische hulpverlening nodig is en kan zo nodig alsnog vervoer inzetten.<sup>67</sup>

In dit hoofdstuk beschrijven we de gewenste behandeling van meldingen van personen met verward gedrag die binnenkomen bij de MKA. We bespreken de gewenste behandeling in twee paragrafen:

- De huidige triage door de verpleegkundig centralist MKA die gericht is op het al dan niet inzetten van ambulancezorg voor levensbedreigende (max. aanrijtijd 15 minuten) en spoedeisende ambulancezorg (max. aanrijtijd 30 minuten).<sup>68</sup> Inzetten van ambulancezorg gebeurt zowel voor levensbedreigende en spoedeisende somatische situaties als voor psychiatrische situaties.
- Het vervolg van de MKA-triage: de specialistische psychische triage door de APH-triagist bij acute hulpbehoeftes of de verdere behandeling van de melding door de hulpverlener van de gemeente/GGD meldfunctie bij niet-acute hulpbehoeftes.

### 6.1 MKA-triage gericht op inzet van ambulancezorg

**Figuur 7** beschrijft de gewenste behandeling van meldingen van personen met verward gedrag bij de MKA:

- Verpleegkundig centralisten MKA bepalen eerst of de inzet van ambulancezorg nodig is bij een melding van een persoon met verward gedrag op basis van de huidige triagesystemen NTS en ProQA. Deze triagesystemen voldoen voor de inschatting of ambulancezorg nodig is voor een persoon met verward gedrag in geval van levensbedreigende (A1-urgentie, ambulancezorg binnen 15 minuten) en spoedeisende (A2-urgentie, ambulancezorg binnen

<sup>64</sup> Kan veroorzaakt worden door zowel somatische als psychische factoren.

<sup>65</sup> Conform urgentiegraden A1 en A2 die de ambulancezorg hanteert, zie paragraaf 2.3.

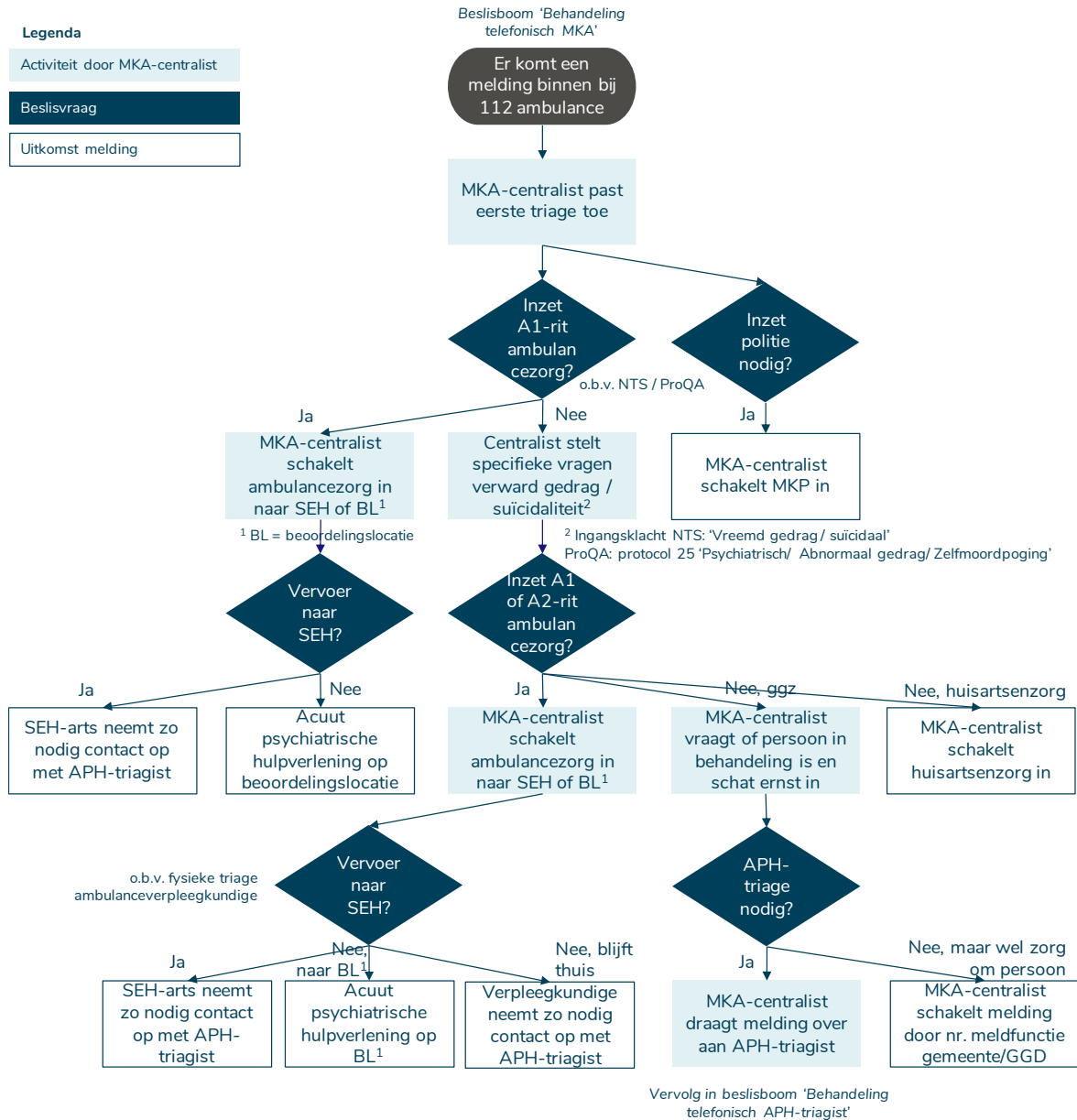
<sup>66</sup> Dat wil zeggen binnen 24 uur hulpverlening nodig conform urgentiegraden van de ggz-triagewijzer, die de ggz-crisis-dienst nu implementeert, zie paragraaf 2.3.

<sup>67</sup> Een ambulance of ander passend vervoer.

<sup>68</sup> De maximale aanrijtijden zijn streefnormen.

30 minuten) situaties. Inzetten van ambulancezorg gebeurt zowel voor levensbedreigende en spoedeisende somatische situaties als voor psychiatrische situaties.

- Als geen spoedeisende ambulancezorg nodig is en het triagesysteem adviseert ggz, vragen verpleegkundig centralisten MKA de melder of de persoon in behandeling bij de GGZ is (geweest) of dat deze bekend is bij de OGGZ of het sociale wijkteam. Daarnaast schatten verpleegkundig centralisten MKA in of het gaat om een persoon die snel psychische hulpverlening nodig heeft. Als de persoon in behandeling bij de GGZ in behandeling is (geweest) of er is snel hulpverlening nodig, dan draagt de centralist de melding over aan de APH-triagist. Als er niet snel hulpverlening nodig is maar zij zich wel zorgen maken om de persoon, of de persoon is bekend bij de OGGZ of het sociale wijkteam, schakelt de verpleegkundig centralist MKA de melding door naar de niet-acute gemeente/GGD meldfunctie.
- De ambulanceverpleegkundige of de SEH-arts KNMG neemt zo nodig contact op met de APH-triagefunctie voor verdere psychische zorg na het verlenen van ambulance-/SEH-zorg. Als de ambulance besluit de patiënt niet te vervoeren, maar er mogelijk wel psychische zorg nodig is, dan schakelt de ambulanceverpleegkundige de APH-triagefunctie in. Als de persoon met verward gedrag op de SEH somatische zorg heeft ontvangen, en de SEH-arts KNMG schat in dat psychische zorg nodig is, schakelt deze de APH-triagefunctie in. Als de patiënt vervoerd is naar een beoordelingslocatie, dan vindt daar acuut psychiatrische hulpverlening plaats.



**Figuur 7.** Telefonische behandeling melding van personen met verward gedrag bij MKA

### 6.1.1 Verpleegkundig centralist MKA bepaalt of inzet ambulancezorg nodig is

De beslisboom start met de wijze waarop de MKA op dit moment levensbedreigende en spoedeisende situaties triageert aan de hand van de NTS of op basis van ProQA. Deze triage van verpleegkundig centralisten MKA is gericht op het uitsluiten van een levensbedreigende of spoedeisende situatie om zo snel in te schatten of ambulancezorg nodig is en binnen welke tijd (15 of 30 minuten).

De triage van meldingen van personen met verward gedrag betreft op dit moment het zoveel mogelijk uitsluiten van een levensbedreigende situatie op basis van een eerste triage. Tijdens deze eerste triage stelt de verpleegkundig centralist MKA ook vragen om eventueel gevaar voor de hulpverlening te bepalen (bijvoorbeeld: Is hij/zij gewelddadig? Heeft hij/zij een wapen? Gevaar voor

hulpverlening? Zijn er kinderen aanwezig? Bestaat er gevaar voor omstanders?). Als er sprake is van een acute onveilige situatie voor de patiënt en/of hulpverleners, die door de hulpverleners niet te hanteren is, schakelt de verpleegkundig centralist MKA de MKP in, ter ondersteuning van de hulpverlener ter plaatse.

Als er op basis van de eerste triage geen sprake is van de inzet van ambulancezorg, volgt een (korte) uitvraag die specifiek gericht is op de kenmerken van verward gedrag. In het NTS gaat het om de ingangsklacht 'Vreemd gedrag of suïcidaal' en in ProQA om Hoofdstuk 25 'Psychiatrisch/ Abnormaal gedrag/ Zelfmoordpoging'. Op basis van de beantwoording van deze vragen bepaalt de verpleegkundig centralist MKA of inzet van ambulancezorg nodig is.

In **Tabel 2** staan de relevante vragen voor meldingen van personen met verward gedrag aangegeven per triagesysteem. Uit de tabel blijkt dat het NTS meer specifieke vragen bevat over verward gedrag dan het ProQA. Als het gaat om de inzet van spoedeisende ambulancezorg voldoen de huidige triagesystemen in grote lijnen.

	Algemene eerste uitvraag	Specifieke uitvraag verward gedrag
NTS	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gevaar voor hulpverlening?</li> <li>• Reanimatie? Ja/Nee</li> <li>• Disability?</li> <li>• Airway?</li> <li>• Breathing?</li> <li>• Circulation?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Is er kans op zelfdoding?</li> <li>• Bent u op uw hoofd gevallen of een ernstig hoofdletsel gehad?</li> <li>• Vertoont patiënt gedrag dat volstrekt onbegrijpelijk is, gedrag dat niet past bij de omstandigheden?</li> <li>• Bent u extreem ongerust over de patiënt?</li> <li>• Is er koorts? Hoe hoog?</li> <li>• Hoe en wanneer is het begonnen? Wordt het erger?</li> <li>• Is de patiënt angstig? Hoe erg? Is de angst alles overheersend en niet corrigeerbaar?</li> </ul>
ProQA	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vertel mij precies wat er gebeurd is</li> <li>• Ademt of hoest hij/zij?</li> <li>• Is hij/zij wakker (bij kennis)?</li> <li>• Is er een levensbedreigende bloeding?</li> <li>• Is dit een zelfmoordpoging?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Is hij/zij gewelddadig?</li> <li>• Heeft hij/zij een wapen?</li> <li>• Denkt hij/zij eraan om zelfmoord te plegen?</li> <li>• Is hij/zij helemaal wakker (reageert hij/zij normaal)?</li> </ul>

**Tabel 2.** Vragen gericht op kenmerken van verwardheid in de verschillende triagesystemen en per urgentie (niet uitputtend)

Bij een levensbedreigende psychiatrische situatie is het streven dat de ambulancezorg binnen 15 minuten (A1-rit) ter plaatste bij de patiënt is. Het gaat bijvoorbeeld om:<sup>69</sup>

- acuut suïcidaal gedrag met duidelijk plan of onmiddellijke gelegenheid,
- acuut verward en agressief gedrag of gevaar voor zichzelf of
- acuut verward gedrag, niet eerder verward geweest.

<sup>69</sup> Bron: ggz-triagewijzer.

De eerste twee worden in beide triagesystemen voldoende uitgevraagd. De laatste komt minder aan de orde in ProQA, al geven verpleegkundig centralisten MKA die gebruik maken van ProQA aan dat zij veel relevante informatie ontvangen door de vraag ‘Vertel mij precies wat er gebeurd is’ te stellen.

Voor spoedeisende psychiatrische situaties conform de ggz-triagewijzer<sup>70</sup>, waarvoor uit NTS of ProQA geen A1 of A2-urgentie volgt, kan eventueel toch de inzet van ambulance of ander passend vervoer nodig zijn. Voor spoedeisende psychiatrische situaties (U2-urgentie<sup>71</sup>) kan het nodig zijn om passend vervoer in te zetten, bijvoorbeeld omdat thuis beoordelen niet mogelijk is omdat de persoon zich in een onveilige omgeving<sup>72</sup> bevindt of omdat de crisisdienst niet binnen een uur bij de persoon thuis kan zijn. Spoedeisende psychiatrische situaties betreffen:<sup>69</sup>

- suïcidaliteit, waarbij geen directe gelegenheid is, maar onveilige omgeving of omgeving extreem ongerust,
- acuut verward, wel eerder verward geweest,
- verward en bizar in gedrag en communicatie,
- een patiënt met snel beloop crisis of lage belastbaarheid systeem.

Een aantal van de bovenstaande kenmerken worden uitgevraagd in de MKA-triagesystemen, zoals over de suïcidaliteit en bizar in gedrag in communicatie. Echter niet alle kenmerken worden expliciet uitgevraagd, vooral bij ProQA. Om een dergelijke uitvraag goed te kunnen uitvoeren dient de triagist over ggz-expertise en over informatie over crisisgevoelige personen te beschikken (zie laatste bullet). Daarnaast neemt triage van een psychische toestand over het algemeen meer tijd in beslag en deze tijd kunnen verpleegkundig centralisten MKA meestal niet vrijmaken, omdat de lijn vrij dient te zijn voor levensbedreigende situaties. SiRM adviseert om deze uitvraag te laten doen door de APH-triagist. Het kan voorkomen dat de APH-triagist bepaalt dat vervoer nodig is: een ambulance of ander passend vervoer met psychiatrische hulpverlening. De APH-triagist kan gesitueerd zijn bij de MKA.

### 6.1.2 Verpleegkundig centralist MKA schat in of acute of niet-acute ggz nodig is

Als geen sprake is van de inzet van spoedeisende ambulancezorg (A1 of A2-urgentie), leiden de antwoorden in het huidige NTS of ProQA over het algemeen tot een advies om huisartsenzorg, danwel de ggz in te schakelen.

Wanneer het advies is om de ggz in te schakelen, vraagt de verpleegkundig centralist MKA of de persoon in behandeling bij de ggz is (geweest) of dat deze bekend is bij de OGGZ of het sociale wijkteam. De verpleegkundig centralist MKA schat daarnaast in of de persoon snel (binnen 24 uur) psychische hulpverlening nodig heeft:

<sup>70</sup> U2: beoordeling van persoon dient binnen 1 uur te starten, zie paragraaf 2.3.

<sup>71</sup> Urgentiegraden uit de ggz-triagewijzer, die de ggz-crisisdienst nu implementeert, zie paragraaf 2.3.

<sup>72</sup> Kenmerken onveilige omgeving zijn: thuis zonder support en/of omgeving kan niet monitoren en/of kind aanwezig en/of wapens aanwezig

- Voor personen in behandeling bij de ggz draagt de verpleegkundig centralist MKA de melding over aan de APH-triagist voor specialistische triage. Ook als snel psychische hulpverlening nodig is en bij twijfel draagt de centralist de melding over aan de APH-triagist.
- Als de persoon bekend is bij de OGGZ of het sociale wijkteam of de verpleegkundig centralist MKA schat in dat de hulpbehoefte langer dan 24 uur kan wachten, schakelt de centralist de melding door aan de gemeente/GGD meldfunctie.

Voor elke functie is bij voorkeur één telefoonnummer beschikbaar per ambulancezorgregio.

### 6.1.3 Ambulanceverpleegkundige en SEH-arts schakelen zo nodig APH-triagist in

Als de persoon met verward gedrag eerst somatische zorg ontvangt omdat de somatische toestand eerst aandacht vergt (bijvoorbeeld bij een suïcidepoging), heeft de persoon daarna vaak alsnog psychische zorg nodig.<sup>73</sup> De ambulanceverpleegkundige of SEH-arts KNMG neemt zo nodig contact op met de APH-triagefunctie, nadat de persoon met verward gedrag thuis of op de SEH somatische zorg heeft ontvangen en de somatische toestand stabiel is, maar de psychische toestand niet stabiel of acuut is.<sup>74</sup> Op deze manier ontvangen personen met verward gedrag de psychische hulpverlening die zij nodig hebben.

## 6.2 Vervolg MKA-triage door APH-triagist of gemeente/GGD

Wanneer snel hulpverlening nodig is of de persoon is al in behandeling bij de ggz, vervolgt de APH-triagist de MKA-triage en zorgt voor toeleiding naar passende hulpverlening voor de persoon met verward gedrag. De APH-triagist kan indien noodzakelijk alsnog vervoer organiseren dat binnen 30 minuten ter plaatse kan arriveren. Het gaat ofwel om een ambulance ofwel om ander passend vervoer met psychiatrische hulpverlening. Voor de inschatting van de urgentie en de eventuele inzet van de acuut psychiatrische hulpverlening maakt de APH-triagist gebruik van de ggz-triagewijzer. De APH-triagist gesitueerd zijn op de MKA.

Wanneer niet snel psychische hulpverlening nodig of de persoon is bekend bij de OGGZ of het sociale wijkteam, vraagt de hulpverlener van de gemeente/GGD meldfunctie bij de melder de hulpvraag nader uit. Vervolgens bepaalt de hulpverlener – bij voorkeur met de persoon en zijn naaste – welke hulpverlening nodig is en binnen hoeveel tijd. De hulpverlener koppelt terug aan de MKA of de persoon met verward gedrag hulpverlening heeft ontvangen.

In hoofdstuk 7 beschrijven we uitgebreid welke hulpverlening de APH-triagist en de hulpverlener van de gemeente/GGD meldfunctie kunnen inschakelen en op welke manier de APH-triagist vervoer in kan schakelen. Ook bevat het hoofdstuk waar de APH-triagefunctie en de gemeente/GGD meldfunctie aan moeten voldoen.

<sup>73</sup> Zie ook het kwaliteitskader (acute) psychiatrische ambulancezorg.

<sup>74</sup> Als een persoon met verward gedrag opgenomen wordt op een PAAZ of PUK, dan hoeft er geen contact met de APH-triagist opgenomen te worden.

## 7 Versterken triage- en meldfunctie

Sneller passende hulpverlening bieden aan personen met verward gedrag vraagt om het versterken van de APH-triagefunctie voor acute hulpbehoeftes en het inrichten of versterken van de gemeente/GGD meldfunctie voor niet-acute hulpbehoeftes. De GGZ-sector is er verantwoordelijk voor dat de acute APH-functie georganiseerd wordt in de regio. De financiering verloopt (waarschijnlijk) via de nieuwe bekostiging acute ggz. De triagewerkzaamheden kunnen gesitueerd worden bij de ggz-crisisdienst of de MKA. De keuze voor situering is afhankelijk van de regionale situatie en bepalen partijen regionaal. De gemeente is verantwoordelijk voor de organisatie van de meldfunctie voor niet-acute hulpbehoeftes, welke ook bereikbaar is voor personen met verward gedrag zelf, hun naasten en andere burgers. De functies werken nauw samen en zijn bij voorkeur geïntegreerd. De functies kunnen beschikken over de relevante informatie en maken afspraken met ketenpartners over de inzet van hulpverlening.

In de voorgaande hoofdstukken hebben we uiteengezet dat voor een snellere inzet van passende hulpverlening voor personen met verward gedrag de triage van de psychische toestand van de persoon versterkt moet worden in acute situaties. In het geval van niet-acute situaties dienen politie en ambulancezorg meldingen door te kunnen schakelen naar een gemeente<sup>75</sup>/GGD meldfunctie. De acute triagefunctie en niet-acute meldfunctie werken nauw samen en zijn bij voorkeur geïntegreerd.

In dit hoofdstuk beschrijven we waaraan deze twee functies dienen te voldoen (zie samenvatting in **Tabel 3**).

	APH-triagefunctie (acuut)	Gemeente/GGD meldfunctie (niet-acuut)
<b>Hoofddoel</b>	Bepalen – bij voorkeur met de persoon zelf en zijn naaste – welke hulpverlening nodig is en binnen welke tijd	Zelfhulpadvies en/of toeleiden naar passende hulpverlening uitgaande van zelfregie en vanuit een persoonsgerichte aanpak
<b>Verwijzers*</b>	MKP, 0900-8844, politie ter plaatse, MKA, personen in behandeling en/of hun naasten	MKP, 0900-8844, politie ter plaatse, MKA, burgers (waaronder personen met verward gedrag zelf en hun naasten)
<b>Inzetten hulpverlening**</b>	Bij verdenking van somatiek: <ul style="list-style-type: none"> <li>Huisartsenzorg of ambulancezorg</li> </ul> Acuut en psychiatrie: <ul style="list-style-type: none"> <li>Acuut psychiatrische hulpverlening, mogelijk i.c.m. passend vervoer</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>OGGZ, sociaal wijkteam, Veilig Thuis of jeugdzorg</li> <li>Reguliere ggz, verslavingszorg of zorg voor mensen met een verstandelijke beperking</li> </ul>

<sup>75</sup> De gemeente kan de meldfunctie uitbesteden aan de GGD, maar ook aan bijvoorbeeld een ggz-crisisdienst of andere organisatie zoals Korrelatie. Partijen kunnen de functie ook gezamenlijk organiseren, zolang er regionaal overzicht bestaat.



	APH-triagemfunctie (acuut)	Gemeente/GGD meldfunctie (niet-acuut)
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verslavingszorg</li> </ul> <p>Acuut, geen psychiatrie:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• OGGZ, sociaal wijkteam, Veilig Thuis of jeugdzorg<sup>76</sup></li> </ul> <p>In behandeling/onder begeleiding:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Eigen behandelaar/begeleider<sup>77</sup></li> <li>• Zelfhulpadvies en eigen behandelaar/begeleider informeren<sup>78</sup></li> </ul> <p>Niet in behandeling/onder begeleiding:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Eigen huisarts</li> <li>• Niet-acute meldfunctie van gemeente/GGD (als eigen huisarts niet bereikbaar)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sociale Diensten van gemeente</li> <li>• Woningcorporaties</li> <li>• Sociaal werk</li> <li>• Lotgenotenorganisaties</li> <li>• Huisarts</li> <li>• Opschalen naar APH-triagemfunctie</li> </ul>
<b>Financiering</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Financiering is verantwoordelijkheid van zorgverzekeraars</li> <li>• Financiering verloopt (waarschijnlijk) via nieuwe bekostiging acute ggz<sup>79</sup></li> </ul>	Financiering is verantwoordelijkheid van gemeente
<b>Verantwoordelijke sector</b>	GGZ-sector is verantwoordelijk voor organisatie van APH-triagemfunctie	Gemeente is verantwoordelijk voor organisatie niet-acute meldfunctie
<b>Uitvoerende organisatie</b>	APH-triagemfunctie kan gesitueerd worden bij voorwacht ggz-crisisdienst of op de MKA <sup>80</sup>	Meldfunctie kan wellicht gecombineerd worden met bestaande gemeente/GGD meldpunten voor personen met verward gedrag en/of met andere meldfuncties voor gerelateerde doelgroepen
<b>Personeel</b>	BIG-geregistreerde verpleegkundige, minimaal HBO niveau met scholing en ervaring in de acute ggz	BIG-geregistreerde hulpverlener met ggz-expertise <sup>81</sup>
<b>Informatie</b>	Voor crisisgevoelige personen: crisiskaart, crisisafspraken, contactgegevens eigen behandelaar/begeleider, huisarts, evt. juridische titel (IBS, RM) en evt. vooraanmelding	Contactgegevens naaste, sociale en veiligheidsdomein, betrokken hulpverleners, verloop hulpverlening, crisiskaart, evt. signalen dreigende escalatie
<b>Bereikbaarheid</b>	24/7 <sup>82</sup> via bij voorkeur één telefoonnummer per politieregio en per ambulancezorgregio en 24/7 beschikbaar voor doen triage	24/7 bereikbaarheid via bij voorkeur één telefoonnummer per politieregio en per ambulancezorgregio

\*In het kader van dit model melding. Deze functies kunnen ook evt. voor andere verwijzers worden ingezet als partijen daar afspraken over maken. \*\* De functies kunnen meerdere hulpverleningsinstanties tegelijkertijd inschakelen.

**Tabel 3.** Samenvatting APH-triagemfunctie en gemeente/GGD meldfunctie

<sup>76</sup> Eventueel kan een beroep gedaan worden op de maatschappelijke opvang als acuut een overnachtingsplek noodzakelijk is, zodat de volgende dag de hulpverlening opgestart kan worden.

<sup>77</sup> Waaronder ggz-behandelaar, specialist ouderengeneeskunde of arts voor verstandelijk gehandicapten.

<sup>78</sup> Soms is de persoon hier voldoende mee geholpen en zijn geen vervolgacties nodig. Het heeft de voorkeur om een persoon die alleen een zelfhulpadvies gekregen heeft een dag erna te bellen om te achterhalen of hij voldoende handvatten heeft gekregen met het zelfhulpadvies.

<sup>79</sup> De NZa is in gesprek met partijen in de GGZ over een nieuwe bekostiging van de acute ggz.

<sup>80</sup> In regio's waar de triagewerkzaamheden al naar ieders tevredenheid door andere organisaties worden ingevuld – bijvoorbeeld huisartsen(posten) – en deze voldoen aan de voorwaarden die we in dit model melding stellen, is continuering hiervan raadzaam.

<sup>81</sup> Dit is bij voorkeur een SPV, een Verpleegkundig Specialist met ggz-expertise of een HBO V verpleegkundige met extra opleiding.

<sup>82</sup> De melder/verwijzer kan 24/7 door een persoon te woord gestaan worden.

## 7.1 APH-triagefunctie voor acute hulpbehoefte

In deze paragraaf beschrijven we de werkwijze van de APH-triagist en de in te zetten hulpverlening, de financiering van de functie, de verantwoordelijke sector en bij welke organisaties de APH-triagefunctie gesitueerd kan worden. Het personeel dat de triagefunctie invult komt vervolgens aan de orde en over welke informatie deze triagist dient te beschikken. Tenslotte komt de bereikbaarheid en beschikbaarheid van de APH-triagefunctie aan de orde.

### 7.1.1 Werkwijze APH-triagist en inzet hulpverlening

We beschrijven de gewenste werkwijze van de APH-triagist in **Figuur 8**. De APH-triagefunctie is erop gericht om te bepalen welke hulpverlening nodig is (of acuut psychiatrische hulpverlening nodig is) en binnen welke tijd.<sup>83</sup> Het betreft een vervolg op de eerdere beslisbomen uit hoofdstuk 5 en 6. Dit model melding is gericht op doorverwijzingen vanuit politie en ambulancezorg. We kunnen ons daarnaast voorstellen dat de APH-triagefunctie meldingen ontvangt vanuit de huisartsenzorg. De APH-triagefunctie is ook beschikbaar voor de persoon met verward gedrag en zijn naaste als daarover afspraken zijn gemaakt in bijvoorbeeld het crisisplan van de persoon.

#### 7.1.1.1 Uitsluiten somatiek

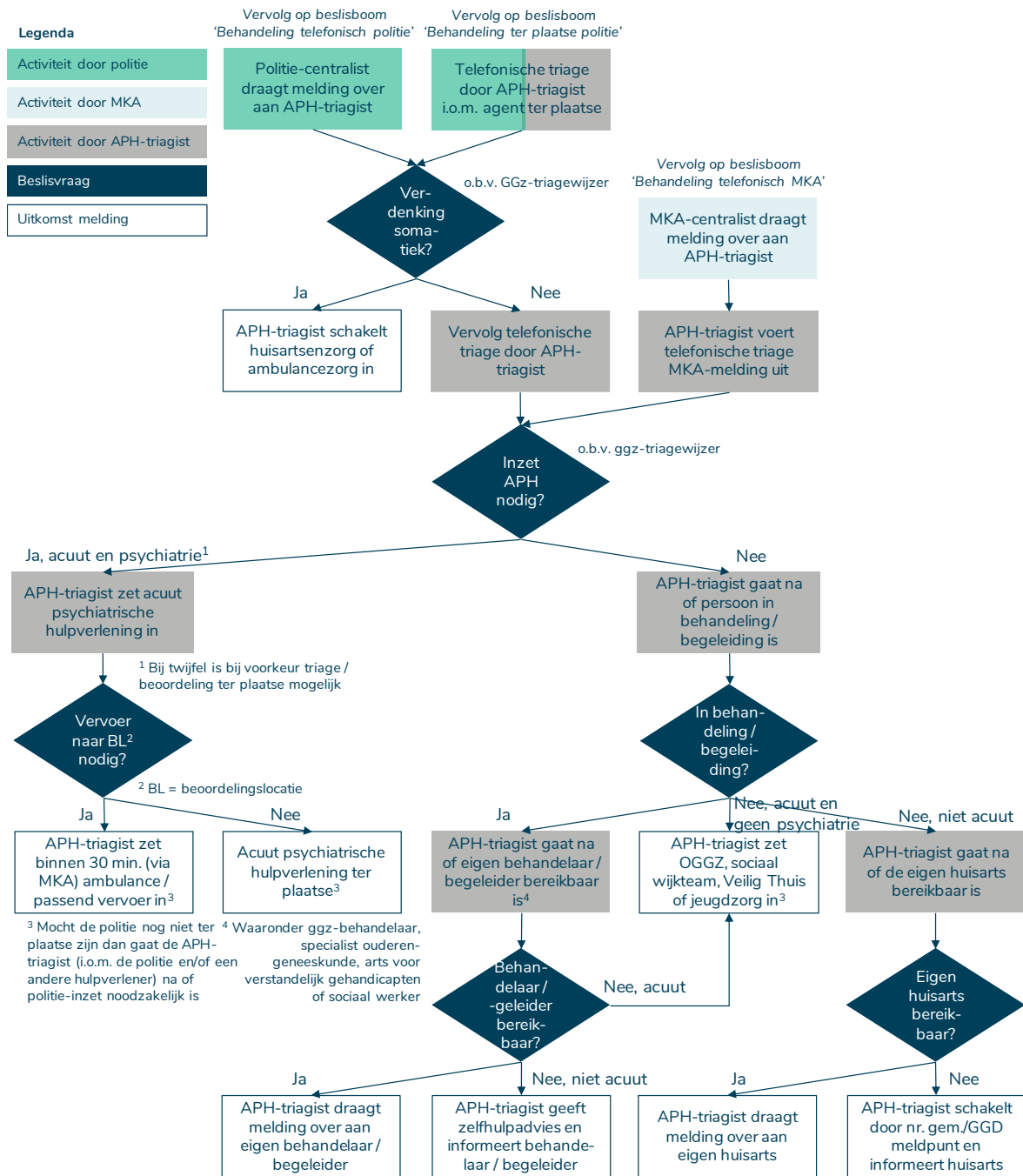
Voor meldingen die binnenkomen via de politie dient de APH-triagist eerst telefonisch somatiek uit te sluiten bij personen met verward gedrag. Het gaat om meldingen die overgedragen zijn vanuit de MKP/0900-8844 of die de APH-triagist trieert in overleg met de agent ter plaatse. Bij twijfel schakelt de APH-triagist huisartsenzorg of MKA in om somatiek uit te sluiten. Voor meldingen die vanuit de MKA binnenkomen geldt dit niet. De verpleegkundig centralist MKA heeft in dat geval de somatiek al telefonisch uitgesloten.

#### 7.1.1.2 Psychische triage

Nadat somatiek is uitgesloten vervolgt de APH-triagist de psychische triage – bij voorkeur met de persoon en zijn naaste – met behulp van de ggz-triagewijzer.<sup>84</sup> De APH-triagist hanteert hierbij een persoonsgerichte aanpak. Begin 2017 is de generieke module acute psychiatrie gepubliceerd als veldnorm voor partijen die in de acute psychiatrie werken. Ondertekenaars van de module zijn naast ggz-organisaties onder andere Ambulancezorg Nederland en de Politie. Onderdeel van de generieke module is de ggz-triagewijzer (zie Bijlage 8). De ggz-triagewijzer is ontwikkeld voor de voorwacht van de crisisdienst om de urgentie en eventuele inzet van acuut psychiatrische hulpverlening te kunnen bepalen. De ggz-triagewijzer wordt in 2017 aangescherpt en getest bij 17 crisisdiensten in Nederland.

<sup>83</sup> Op basis van de ggz-triagewijzer, die de ggz-crisisdienst nu implementeert, zie paragraaf 2.3.

<sup>84</sup> Indien mogelijk screent de APH-triagist ook op een verstandelijke beperking.



Figuur 8. Telefonische behandeling meldingen vanuit politie en MKA van personen met verward gedrag door APH-triagist

### 7.1.1.3 Inzet hulpverlening

De telefonische triage door de APH-triagist kan leiden tot de volgende uitkomsten (N.B. de APH-triagist of de verpleegkundig centralist MKA heeft somatiek al uitgesloten, zie hierboven):

- **Inzet acuut psychiatrische hulpverlening:** De inzet van acuut psychiatrische hulpverlening – gedefinieerd als psychiatrische beoordeling binnen 24 uur – is nodig.<sup>85</sup> Voor personen, voor wie de beoordeling binnen 1 uur dient te starten (U2-urgentie<sup>86</sup>) kan het nodig zijn om passend vervoer in te zetten, bijvoorbeeld omdat thuis beoordelen niet mogelijk is, omdat de crisisdienst niet binnen een uur bij de persoon thuis kan zijn of omdat het risico bestaat dat de persoon met verward gedrag vlucht. De maximale aanrijtijd is in dit geval 30 minuten. De APH-triagist kan 24/7 passend vervoer met psychiatrische hulpverlening naar een beoordelingslocatie of SEH inzetten, mocht dit nodig zijn. Als hiervoor vervoer per ambulance nodig is, neemt de APH-triagist contact op met de MKA. Als het mogelijk is schakelt de APH-triagist ervaringsdeskundigen in die de persoon in crisis bij kunnen staan.<sup>87</sup>
- **Geen inzet acuut psychiatrische hulpverlening:** Er is geen inzet van acuut psychiatrische hulpverlening nodig. De APH-triagist gaat na of de persoon in behandeling is of onder begeleiding staat.
  - De persoon is onder behandeling of staat onder begeleiding: Het kan gaan om behandeling bij de eigen ggz-behandelaar, de specialist ouderengeneeskunde of de arts voor verstandelijk gehandicapten of bijvoorbeeld begeleiding door sociaal werk. Als de gegevens van de eigen behandelaar of begeleider beschikbaar zijn en deze is bereikbaar, draagt de APH-triagist de melding over aan deze hulpverlener. De eigen behandelaar of diens vervanger heeft de verplichting om de persoon binnen 24 uur hulpverlening te bieden. Als de eigen behandelaar of begeleider niet bereikbaar is en er is geen acute hulpvraag, dan geeft de APH-triagist een zelfhulpadvies<sup>88</sup> en informeert de behandelaar/begeleider. Als er wel sprake is van een acute (niet-psychiatrische) hulpvraag, dan zou de APH-triagist 24/7 OGGZ, het sociale wijkteam, Veilig Thuis, maatschappelijke opvang of jeugdzorg in moeten kunnen zetten.<sup>89</sup>
  - De persoon is niet in behandeling en staat niet onder begeleiding en er is sprake van een acute hulpbehoefte: Er is wel een acute hulpbehoefte, maar het betreft geen psychiatrie. Het kan bijvoorbeeld gaan om personen met psychosociale problematiek en/of een verstandelijke beperking. De APH-triagist zou in dit geval 24/7 OGGZ, het sociale wijkteam, Veilig Thuis of jeugdzorg in moeten kunnen zetten.
  - De persoon is niet in behandeling en staat niet onder begeleiding en er is sprake van een niet-acute hulpbehoefte: De APH-triagist gaat na of de eigen huisarts bereikbaar is. Is deze bereikbaar, dan draagt de triagist de melding over aan de eigen huisarts. Als de eigen huisarts niet bereikbaar is, schakelt de APH-triagist de melding door naar de niet-acute meldfunctie van de gemeente/GGD en informeert zo mogelijk de eigen huisarts.

<sup>85</sup> Bij twijfel is bij voorkeur beoordeling ter plaatse mogelijk.

<sup>86</sup> Urgentiegraden uit de ggz-triagewijzer, die de ggz-crisisdienst nu implementeert, zie paragraaf 2.3.

<sup>87</sup> De concrete invulling van de rol en financiering van de ervaringsdeskundigen moet nog verder uitgewerkt worden.

<sup>88</sup> Op basis van herstelondersteunende principes. De APH-triagist kan zelf een advies geven, doorschakelen naar een collega-hulpverlener en/of adviseren om contact op te nemen met een (anonieme) hulplijn, zoals Korrelatie of Sensor. Indien een zelfhulpadvies voldoende handvatten biedt voor de persoon met verward gedrag, om zijn eigen regie te herstellen, hoeft geen aanvullende hulpverlening ingezet te worden.

<sup>89</sup> Er kan overlap zijn in de doelgroep van personen met verward gedrag en personen die betrokken zijn bij huiselijk geweld e.d.

Deze meldfunctie kan bijvoorbeeld de maatschappelijke opvang, jeugdzorg, het Centraal Orgaan opvang Asielzoekers (COA), het Gezondheidscentrum Asielzoekers (GCA) of een zelfregiecentrum inschakelen.

Als sprake is van een acute onveilige situatie die door hulpverleners niet te hanteren is, neemt de APH-triagist contact op met de MKP voor politie-inzet.

Bij inzet van acuut psychiatrische hulpverlening bepaalt de APH-triagist de urgentie aan de hand van de ggz-triagewijzer (zie Bijlage 8). Het kan gaan om de volgende urgenties:

- U0 of U1: Levensbedreigende situatie voor persoon of omgeving, binnen 15 minuten ter plaatste bij de patiënt. Deze urgentie vraagt om inzet van politie en/of ambulancezorg. Een dergelijke melding komt over het algemeen niet binnen bij de APH-triagist via de politie of MKA.
- U2: Spoedeisende situatie, maximale tijd tot start beoordeling 1 uur.
- U3: Dringende situatie, maximale tijd tot start beoordeling 4 uur.
- U4: Preventie van escalatie, maximaal 24 uur tot start beoordeling.

De APH-triagist koppelt aan de verwijzer terug of de persoon hulpverlening heeft ontvangen. Daarnaast informeert de APH-triagist – met toestemming van de persoon – de eigen behandelaar/begeleider van de persoon of de huisarts<sup>90</sup>, over de melding en de eventuele hulpverlening die de persoon heeft ontvangen.

#### 7.1.1.4 Inzet passend vervoer

Voor personen met de urgentie U2 kan het nodig zijn om passend vervoer in te zetten, bijvoorbeeld omdat thuis beoordelen niet mogelijk is of omdat de crisisdienst niet binnen een uur bij de persoon thuis kan zijn. De maximale aanrijtijd is in dit geval 30 minuten, zodat de beoordeling van de persoon binnen 1 uur kan starten. Het voorlopig model vervoer onderscheidt 5 doelgroepen waarvoor georganiseerd vervoer nodig kan zijn vóór de beoordeling:<sup>91</sup>

- Voor twee doelgroepen is vervoer per ambulance naar de SEH nodig. Het gaat om:
  - personen met (auto-)intoxicatie die wel bij bewustzijn zijn maar waar de somatische toestand eerst aandacht vergt en
  - personen die acuut verward zijn, bizar in gedrag en communicatie en waarvoor de somatiek niet (telefonisch) is uitgesloten.
- Voor de andere drie doelgroepen is passend vervoer met psychiatrische hulpverlening naar een beoordelingslocatie nodig. Passend vervoer is vervoer met bejegening die voldoet aan de herstelondersteunende principes, vervoer waarbij een naaste kan meereizen en vervoer dat zoveel mogelijk zittend en prikkelarm is.<sup>92</sup> Het gaat om de volgende doelgroepen:

<sup>90</sup> Als de persoon niet in behandeling/onder begeleiding is. Als de persoon niet is ingeschreven bij een huisarts kan de GGD geïnformeerd worden.

<sup>91</sup> Bron: Voorlopig model vervoer, SiRM, 2017.

<sup>92</sup> Aanbieders van passend vervoer zijn bijvoorbeeld een zelfstandige vervoerder met psychiatrische hulpverlening of een ggz-instelling. De Regionale Ambulancezorg Voorziening (RAV) kan ook aanbieder zijn van vervoer met psychiatrische hulpverlening – al dan niet met een psycholance – mits de ambulancezorg voldoet aan de uitgangspunten en beschikt over ggz-expertise.

- personen die acuut verward zijn, bizar in gedrag en communicatie en waarvoor de somatiek wel (telefonisch) is uitgesloten,
- suïcidale personen waarbij geen sprake is van een directe gelegenheid maar de omgeving onveilig is en
- personen met een snel beloop van de crisis of een lage belastbaarheid van het systeem.

De APH-triagist bepaalt op basis van de kenmerken van de persoon en de omgeving – bij voorkeur met de persoon en zijn naaste – of georganiseerd vervoer nodig is voor een persoon met U2-urgentie. Als hiervoor vervoer per ambulance nodig is, kan de APH-triagist dit inzetten via de MKA.

### 7.1.1.5 Doorzettingskracht APH-triagist

Het is van belang dat de APH-triagefunctie 24/7 passende hulpverlening in kan zetten, dan wel de melding kan overdragen aan andere hulpverleners:<sup>93</sup>

- De APH-triagist kan 24/7 acuut psychiatrische hulpverlening inschakelen, dat wil zeggen een A(N)IOS/psychiater en SPV/verpleegkundig specialist (met psychiater op achterwacht) om de psychiatrische beoordeling uit te voeren. Dit team start de psychiatrische beoordeling afhankelijk van de urgentie die de APH-triagist heeft vastgesteld binnen 1 uur, 4 uur, of 24 uur.
- De APH-triagist kan 24/7 passend vervoer met psychiatrische hulpverlening naar een beoordelingslocatie of SEH inzetten, mocht dit nodig zijn. Als hiervoor vervoer per ambulance nodig is, neemt de APH-triagist contact op met de MKA. De verpleegkundig centralist MKA neemt een beslissing over de inzet van A2-rit op verzoek van de APH-triagist en doet eventueel een aanvullende uitvraag om beter te begrijpen welke inzet nodig is (conform de werkwijze met de huisarts). Samenwerken op basis van vertrouwen is het leidende principe: De MKA volgt het professionele oordeel van de APH-triagist en beoordeelt een A2 voor de psychiatrie hetzelfde als een A2 voor de somatiek. Discussie vindt achteraf plaats bij evaluatie van casuïstiek. Als het mogelijk is schakelt de APH-triagist ervaringsdeskundigen in die de persoon in crisis bij kunnen staan.
- De APH-triagist kan 24/7 OGGZ of het sociale wijkteam inzetten bij een acute hulpvraag die geen psychiatrie betreft.

Om deze doorzettingskracht van de APH-triagist te waarborgen zijn goede afspraken tussen ketenpartners noodzakelijk, waaronder naast de APH-triagefunctie in ieder geval: de politie, de MKA<sup>94</sup>, de ggz-crisisdienst, ggz-vervoerders, de OGGZ, de sociale wijkteams, de niet-acute meldfunctie van de gemeente/GGD, huisartsen, ggz-instellingen, VG-instellingen en verpleeghuizen.

<sup>93</sup> Hierbij gaat de APH-triagist zoveel mogelijk uit van de behoeftes van de persoon met verward gedrag en zijn omgeving en verkent de APH-triagist de mogelijkheden van inzet van naasten en/of ervaringsdeskundigen.

<sup>94</sup> In de regio maken de ggz-crisisdienst en MKA afspraken over wanneer welk vervoer geschikt is. Dit is vooral relevant in de regio's met een relatief lage capaciteit van vervoersmiddelen en ambulancezorgprofessionals.

Indien er sprake is van een niet-acute hulpbehoefte kan de APH-triagist tijdens kantooruren de niet-acute meldingen overdragen aan de eigen behandelaar/begeleider, de eigen huisarts of 24/7 doorschakelen naar een gemeente/GGD meldfunctie.

### 7.1.2 Financiering, verantwoordelijke sector en uitvoerende organisatie

De psychische triage van personen met verward gedrag in acute situaties valt onder de Zorgverzekeringswet (Zvw). De financiering en contractering van de APH-triagefunctie is daarmee een verantwoordelijkheid van zorgverzekeraars. Het gaat om de financiering van de triagefunctie. De in te zetten hulpverlening die volgt op de APH-triage kan ook begeleiding en/of ondersteuning betreffen in het kader van de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo).

De GGZ-sector is er verantwoordelijk voor dat de APH-triagefunctie georganiseerd wordt. Indien meerdere ggz-aanbieders in een regio actief zijn, is goede samenwerking noodzakelijk. De financiering verloopt waarschijnlijk via de nieuwe bekostiging acute ggz. De GGZ, zorgverzekeraars en de NZa werken op dit moment aan een nieuwe bekostiging voor de acute ggz, waarbinnen de triagefunctie ook een plek krijgt. De APH-triagewerkzaamheden kunnen gesitueerd worden bij de ggz-crisisdienst, maar kunnen zich ook bevinden op de MKA.<sup>95</sup> Het is niet nodig om voor de APH-triagewerkzaamheden een nieuwe organisatie op te richten. De ggz-crisisdienst en de MKA kunnen de functie ook gezamenlijk organiseren. De keuze voor situering is afhankelijk van de regionale situatie en bepalen partijen regionaal. De opties hebben andere voordelen als het gaat om het uitvoeren van de APH-triagefunctie, bijvoorbeeld:

- Het voordeel van het situeren van de APH-functie bij de ggz-crisisdienst is dat deze het beste zicht heeft op de beschikbaarheid van de in te zetten acuut psychiatrische hulpverlening.
- Voordeel van het situeren van de APH-functie bij de MKA is dat de slagvaardigheid van de MKA over het algemeen groter is. Daarnaast zal het doorschakelen van meldingen die binnenkomen via de MKA soepeler verlopen. Ook is de inzet van vervoer eenvoudiger te organiseren.

### 7.1.3 Personeel en informatie

De APH-triagist is een BIG geregistreerd verpleegkundige, met minimaal HBO niveau met scholing en ervaring in de acute ggz. De APH-triagist:

- Kan somatiek uitsluiten, mocht dit nog niet gebeurd zijn (bijvoorbeeld bij doorverwijzing vanuit de politie).<sup>96</sup>
- Heeft kennis van zowel het sociale als het zorgdomein, is goed op de hoogte van zowel de lokale sociale- als de zorgkaart.
- Heeft empathie, kan goed luisteren en is sensitief.
- Heeft doorzettingsvermogen, is stressbestendig en daadkrachtig.

<sup>95</sup> In regio's waar de triagewerkzaamheden al naar ieders tevredenheid door andere organisaties worden ingevuld – bijvoorbeeld huisartsen(posten) – en deze voldoen aan de voorwaarden die we in dit model melding stellen, is het raadzaam om dit te continueren.

<sup>96</sup> Hier kunnen mogelijk landelijke trainingen voor ontwikkeld worden.

- Heeft bij voorkeur ervaring met het verlenen van acuut psychiatrische hulpverlening.
- Is zelfstandig verantwoordelijk en beschikt daarmee minimaal over Hbo-niveau.
- Heeft trainingen ontvangen van ervaringsdeskundigen.

De APH-triagist moet zich kunnen concentreren op de triage. De triage wordt daarom bij voorkeur niet uitgevoerd door de hulpverlener die op hetzelfde moment beoordelingen uitvoert.

De APH-triagefunctie beschikt over relevante informatie over personen met verward gedrag over wie meldingen binnen kunnen komen:

- Voor personen die drager zijn van een crisiskaart beschikt de APH-functie – met toestemming van de persoon - over de informatie uit de crisiskaart. Het gaat om personen die eerder een crisis hebben doorgemaakt of crisisgevoelig zijn. De crisiskaart bevat minimaal de persoonlijke gegevens van de persoon, een omschrijving van de kenmerken van een crisis bij de persoon, de medicatie in geval van een crisis en de gegevens van de contactpersonen bij crisis (bijvoorbeeld eigen behandelaar of naasten). Er kunnen ook afspraken in staan over de wijze waarop de persoon bejegend wil worden tijdens een crisis. Meer informatie over de crisiskaart vindt u [op de website crisiskaartggz.nl](http://op.de.website.crisiskaartggz.nl).
- Voor personen die in behandeling zijn bij de GGZ en die crisisgevoelig zijn, beschikt de APH-triagefunctie over de contactgegevens van de eigen behandelaar en de huisarts en over de afspraken die gemaakt zijn met ketenpartners (afgesproken interventies, crisisplan, etc.).
- Voor personen met psychogeriatrische problematiek die crisisgevoelig zijn, beschikt de APH-triagefunctie over de contactgegevens van de huisarts en de casemanager dementie, als zij deze hebben.
- Voor personen die een relevante/actuele juridische titel hebben (IBS of RM) dient de APH-triagefunctie hiervan op de hoogte te zijn.
- Als een vooraanmelding van een crisis wordt gedaan door een huisarts of eigen ggz-behandelaar, is de APH-triagefunctie hiervan op de hoogte.
- Voor informatie over potentieel agressierisico en/of wapenbezit kan de APH-triagist politie raadplegen. Politie deelt de informatie die van toepassing is voor de situatie.

De APH-triagefunctie beschikt bij voorkeur digitaal (via een beveiligde verbinding) over bovenstaande informatie. Als de APH-triagefunctie niet digitaal over deze informatie beschikt, kan de APH-triagefunctie de relevante hulpverleningsorganisaties consulteren om deze informatie te achterhalen. Of gegevens uitgewisseld mogen worden, hangt primair af van het doel en de verwerkingsgrondslag (artikel 7 respectievelijk artikel 8 Wet bescherming persoonsgegevens). Een doel is gerechtvaardigd als dit kan worden gebaseerd op één van de grondslagen die in de wet zijn opgenomen (zie Bijlage 5). Grondslagen als 'De verwerking is noodzakelijk om de overeenkomst met de betrokkene uit te voeren', 'De verwerking is noodzakelijk om de vitale belangen van de betrokkene te waarborgen' of 'De verwerking is noodzakelijk om een gerechtvaardigd belang van de betrokkene te waarborgen dat zwaarder weegt dan de privacy-inbreuk bij de betrokkene' kunnen relevante grondslagen zijn voor personen met verward gedrag die crisisgevoelig zijn.



#### 7.1.4 Bereikbaarheid en beschikbaarheid triagefunctie

De APH-triagefunctie moet 24/7 bereikbaar zijn via bij voorkeur één telefoonnummer per politieregio en per ambulancezorgregio. Ook dient de APH-triagist 24/7 binnen 5 minuten telefonisch beschikbaar te zijn om triage uit te kunnen voeren. De politie en verpleegkundig centralisten MKA dienen immers 24/7 meldingen over te kunnen dragen en ook agenten ter plaatse moeten op ieder moment de APH-triagist kunnen bereiken.

## 7.2 Meldfunctie gemeente/GGD voor niet-acute hulpbehoefte

In deze paragraaf beschrijven we de werkwijze van de hulpverlener van de gemeente/GGD meldfunctie en de in te zetten hulpverlening. Daarna beschrijven we de financiering van de functie, de verantwoordelijke sector en bij welke organisaties de meldfunctie gesitueerd kan worden. Het personeel dat de meldfunctie invult komt vervolgens aan de orde en over welke informatie deze hulpverlener dient te beschikken. Tenslotte komt de bereikbaarheid van de gemeente/GGD meldfunctie aan de orde.

### 7.2.1 Werkwijze hulpverlener gemeente/GGD meldfunctie en inzet hulpverlening

De meldfunctie van de gemeente of de GGD is erop gericht om personen met verward gedrag met een niet-acute hulpbehoefte toe te leiden naar passende hulpverlening. Ook burgers kunnen bellen naar deze meldfunctie. Toeleiding naar zorg, begeleiding of ondersteuning, gebeurt vanuit een passende, persoonsgerichte aanpak die gericht is op het herstel van de zelfregie van de persoon met verward gedrag. Hierbij gaat de hulpverlener zoveel mogelijk uit van de behoeftes van de persoon met verward gedrag en zijn omgeving en verkent de hulpverlener de mogelijkheden van inzet van naasten en/of ervaringsdeskundigen. De hulpverlener van de meldfunctie:

- Gaat bij meldingen over personen met verward gedrag na of de persoon met verward gedrag al bekend is bij de meldfunctie.
- Neemt contact op met de hulpverleners die betrokken zijn bij de persoon met verward gedrag als de persoon bekend is bij de meldfunctie (huisarts, de eigen ggz-behandelaar, het FACT-team, specialist ouderengeneeskunde, gedragsdeskundige van ondersteuning voor verstandelijk beperkten, het sociaal wijkteam, Veilig Thuis etc.).
- Vraagt bij de persoon zelf en/of zijn naaste de hulpvraag nader uit als deze niet bekend is bij de meldfunctie. Bepaalt – bij voorkeur met de persoon en zijn naaste – welke hulpverlening nodig is en binnen hoeveel tijd. De hulpverlener gebruikt hiervoor een gestandaardiseerd document zoals de [Zelfredzaamheid-Matrix](#). Hij/zij kan ook gebruik maken van de SCIL als de hulpverlener een verstandelijke beperking vermoedt.<sup>97</sup> De hulpverlener schaaft indien nodig op naar de APH-triagefunctie.
- Verstrekt algemene – niet-medische – informatie aan de verwijzer of burger over of de persoon met verward gedrag hulpverlening heeft ontvangen.

<sup>97</sup> De SCIL is geschikt om te screenen op een mogelijke licht verstandelijke beperking. Het gaat om een korte screeningslijst die in negen van de tien gevallen een LVB correct voorspelt.

- Speelt een rol bij de preventie en vroegsignalering van een eventuele crisis van de bekende personen bij de meldfunctie. Hiertoe noteert de hulpverlener de signalen die zij ontvangt uit de omgeving of van hulpverleners (zoals de wijkagent) in het dossier van de persoon. De hulpverlener schakelt hulpverlening in bij dreigende escalatie.

Het is van belang dat de hulpverlener van de meldfunctie passende hulpverlening in kan schakelen voor de persoon met verward gedrag. Vaak schakelt de hulpverlener hiervoor meerdere hulpverleningsorganisaties tegelijkertijd in:

- De hulpverlener moet kunnen opschalen naar de APH-triagefunctie als deze verwacht dat er toch acuut psychiatrische hulpverlening nodig is voor de persoon.
- De hulpverlener moet 24/7 OGGZ of het sociaal wijkteam in kunnen schakelen als de situatie acuut is, maar geen psychiatrische hulpverlening nodig is.
- Voor niet-acute situaties, waar psychiatrie, verslaving of verstandelijke beperking een rol speelt kan de hulpverlener de persoon toeleiden naar de reguliere ggz, verslavingszorg, zorg voor mensen met een verstandelijke beperking of de huisarts.
- De hulpverlener kan de persoon toeleiden naar de gemeentelijke Sociale Diensten voor het waarborgen van zijn/haar financiële stabiliteit.
- Voor het realiseren van een stabiele woonomgeving kan de hulpverlener de persoon helpen bij het contact met de woningcorporatie.
- Voor het verbeteren van de participatie in de maatschappij kan de hulpverlener de persoon in contact brengen met maatschappelijk werk of welzijnsorganisaties.
- Als de persoon behoefte heeft aan herkenning of steun, dan kan de hulpverlener de persoon in contact brengen met lotgenoten- of patiëntenorganisaties.

Om de persoon met verward gedrag zo snel mogelijk toe te leiden naar passende hulpverlening kent de hulpverlener de mogelijk betrokken hulpverleningsorganisaties goed, waaronder de verschillende soorten hulpverlening die zij kunnen inzetten en op welke termijn. Als sprake is van een acute onveilige situatie die door hulpverleners niet te hanteren is, neemt de hulpverlener contact op met de MKP voor politie-inzet.

Om tijdige toeleiding naar passende hulpverlening te waarborgen, zijn goede afspraken tussen ketenpartners noodzakelijk, waaronder naast de gemeente/GGD meldfunctie in ieder geval: de ggz-crisisdienst, de APH-triagist, de politie, de Sociale Diensten van de gemeente, de GGD, de OGGZ, de sociale wijkteams, de woningcorporatie, huisartsen, ggz-instellingen, VG-instellingen, verpleeghuizen, maatschappelijk werk, welzijnsorganisaties en de MKA.

### 7.2.2 Financiering, verantwoordelijke sector en uitvoerende organisatie

De niet-acute meldfunctie voor personen met verward gedrag valt onder de regie van de gemeente, onder andere vanuit hun taak om een sluitende aanpak te ontwikkelen voor deze personen in het kader van de Wmo. De financiering en eventuele uitbesteding (bijvoorbeeld aan de GGD of een andere organisatie zoals Korrelatie) van de meldfunctie voor niet-acute hulpbehoeftes

is daarmee een verantwoordelijkheid van de gemeente<sup>98</sup>. Het gaat om de financiering van de meldfunctie. De in te zetten hulpverlening die volgt op de inschatting van de hulpverlener bij de meldfunctie kan ook zorg betreffen in het kader van de Zvw.

De niet-acute meldfunctie voor personen met verward gedrag kan wellicht gecombineerd worden met of uitgevoerd worden door bestaande gemeente/GGD meldpunten voor personen met verward gedrag (zie paragraaf 2.1.6) en/of met andere meldfuncties die gemeentes of regio's op dit moment inrichten:

- Het schakelteam heeft op 24 februari 2017 aan de minister geadviseerd om regionale advies- en meldpunten in te richten en een landelijk telefoonnummer in te stellen dat daar rechtstreeks naar doorschakelt.<sup>99</sup>
- Een meldfunctie in het kader van de wet verplichte ggz voor personen voor wie de noodzaak tot geestelijke gezondheidszorg moet worden onderzocht.<sup>100</sup>
- Andere (bestaande) meldfuncties voor dezelfde doelgroep of doelgroepen die gerelateerd zijn aan personen met verward gedrag, bijvoorbeeld kwetsbare ouderen. Twintig GGD'en hebben een OGGZ-meldfunctie voor kwetsbare groepen.<sup>101</sup> Een aantal gemeentes/regio's heeft specifieke meldpunten voor personen met verward gedrag opgezet, zoals het 'Advies- en meldpunt verwarde personen' in Rotterdam en het meldpunt verwarde personen van de GGD Drenthe. Daarnaast zijn in veel regio's meldpunten Zorg en Overlast.

Gemeentes kunnen ervoor kiezen om de meldfunctie voor personen met verward gedrag onder te brengen bij de GGD. Zij hebben regelmatig (medische) expertise in huis om te kunnen beoordelen welke zorg er nodig is en wie die kan bieden. Daarnaast werken zij in meerdere regio's outreachend (bemoeizorg of OGGZ).

### 1.1.1 Personeel en informatie

De hulpverlener van de meldfunctie is een BIG-geregistreerde hulpverlener met ggz-expertise. Deze hulpverlener is bij voorkeur een SPV, een Verpleegkundig Specialist met ggz-expertise of een HBO V verpleegkundige met extra opleiding. De hulpverlener:

- Kan indien nodig opschalen als de hulpbehoefte acuter wordt.
- Heeft kennis van zowel het sociale als het zorgdomein, is goed op de hoogte van zowel de lokale sociale- als de zorgkaart.
- Heeft empathie, kan goed luisteren en is sensitief.
- Heeft netwerkvaardigheden, is daadkrachtig, proactief en initiatiefrijk.
- Heeft bij voorkeur ervaring met het verlenen van bemoeizorg.
- Is zelfstandig verantwoordelijk en beschikt dus minimaal over Hbo-niveau.
- Heeft trainingen ontvangen van ervaringsdeskundigen

<sup>98</sup> Of van de centrumgemeente als hier afspraken over gemaakt zijn

<sup>99</sup> Advies niet-acute meldingen personen met verward gedrag, schakelteam personen met verward gedrag, Den Haag 24 februari 2017.

<sup>100</sup> Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg geconsolideerde versie Eerste Kamer, 14 februari 2017.

<sup>101</sup> Nieuwe OGGZ: handreiking voor GGD'en, GGD GHOR Nederland.

Het dossier van de meldfunctie over een bekend persoon met verward gedrag bevat de volgende informatie:

- Gegevens van contactpersonen in de naaste omgeving van de persoon.
- Gegevens van de contactpersonen in het sociale en veiligheidsdomein: van het sociaal wijkteam, de wijkagent, de maatschappelijke opvang, OGGZ-teams, de woningcorporatie, etc.
- Gegevens van de contactpersonen in de zorg: de huisarts, het FACT-team, de ggz-behandelaar, de specialist ouderengeneeskunde, de arts voor verstandelijk gehandicapten, de gedragsdeskundige, de wijkverpleegkundige voor dementie, de verpleeghuisarts, etc. en eventuele afspraken die met hen gemaakt zijn (afgesproken interventies, crisisplan, informatie over de wijze waarop de persoon bejegend wil worden, etc.)
- Verloop van de hulpverlening op hoofdlijnen.
- Voor personen die drager zijn van een crisiskaart beschikt de APH-functie – met toestemming van de persoon - over de informatie uit de crisiskaart (zie ook paragraaf 7.1.3).
- Bij voorkeur: signalen uit omgeving en van hulpverleners ten behoeve van vroegsignalering.
- Als een vooraanmelding van een crisis wordt gedaan door een huisarts of eigen ggz-behandelaar dan is de gemeente/GGD meldfunctie hiervan op de hoogte.

Ketenpartners kunnen ten aanzien van het delen van informatie leren van voorbeelden, zoals die van het Veiligheidshuis (zie Bijlage 5). De deelnemende partijen aan een Veiligheidshuis wisselen met elkaar gegevens uit en via een Veiligheidshuis. De partijen in het Veiligheidshuis moeten zich dus onder andere houden aan de Wbp en kunnen enkel persoonsgegevens uitwisselen als daarvoor een specifieke wettelijke grondslag is aan te wijzen (zie paragraaf 7.1.3). 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.<sup>102</sup>

### 7.2.3 Bereikbaarheid en beschikbaarheid

De meldfunctie is bedoeld voor meldingen over en door personen met verward gedrag of hun naaste met een niet-acute hulpbehoefte en voor personen die bekend zijn bij de OGGZ of het sociaal wijkteam. De gemeente/GGD meldfunctie dient 24/7 bereikbaar te zijn, via bij voorkeur één telefoonnummer per politieregio en per ambulancezorgregio.<sup>103</sup>

- De deelnemers aan de focusgroep met ervaringsdeskundigen en naasten geven aan dat zij behoefte hebben aan een ‘loket’ voor niet-acute meldingen. Als de persoon, die de grip op zijn leven dreigt kwijt te raken, immers niet snel genoeg hulpverlening ontvangt, kan een niet-acute hulpbehoefte veranderen in een acute hulpbehoefte.

<sup>102</sup> Voor meer informatie zie ook het ‘Handvat Gegevensdeling in het zorg en veiligheidsdomein’ van de Stuurgroep Veiligheidshuizen

<sup>103</sup> De eventuele meerdere meldfuncties achter dit telefoonnummer dienen intensief samen te werken in de regio. Veel personen met verward gedrag die in een kleine gemeente wonen, komen in de naburige centrumgemeente terecht omdat daar de opvangvoorzieningen zijn. Daarmee verdwijnen ze uit beeld bij hun eigen gemeente en bestaat de kans dat meerdere hulpverleners uit verschillende gemeenten langs elkaar heen werken. Wanneer het gaat om mensen die overlast veroorzaken hoeft die overlast ook niet plaats te vinden in de gemeente van herkomst.

- De MKP en de MKA hebben behoefte aan een telefoonnummer waar zij 24/7 meldingen naar kunnen doorschakelen van personen die niet acuut hulp nodig hebben, maar waar zij zich wel zorgen over maken.
- Het schakelteam heeft in haar advies aangegeven dat een de meldfunctie 24/7 beschikbaar zou moeten zijn.

Onder 24/7 telefonische bereikbaarheid verstaan wij dat de melder of verwijzer 24/7 door een persoon te woord gestaan kan worden.

Om te zorgen dat de meldfunctie doelmatig ingevuld kan worden kunnen gemeentes voor een regionale of zelfs bovenregionale invulling van de functie kiezen. Ook kunnen gemeentes de doelmatigheid vergroten door een verbreding van de taken van de hulpverlener bij de meldfunctie (zie ook paragraaf 7.2.2).

## 8 Conclusies

In dit hoofdstuk beschrijven we de conclusies ten aanzien van het verbeteren van de behandeling van meldingen van personen met verward gedrag uit de voorgaande hoofdstukken. Deze verbetervoorstellen moeten leiden tot een snellere toeleiding van personen met verward gedrag naar passende hulpverlening.<sup>104</sup> In het hoofdstuk gaan we achtereenvolgens in op:

- het verbeteren van de behandeling van de melding bij politie: MKP, 0900-8844 en ter plaatse;
- het verbeteren van de behandeling van de melding bij de MKA;
- het versterken van de triagefunctie voor acute hulpbehoeftes en het inrichten of versterken van de meldfunctie voor niet-acute hulpbehoeftes.

### 8.1 Verbeteren behandeling melding bij politie

Om te zorgen dat personen met verward gedrag over wie een telefonische melding binnenkomt bij de politie sneller passende hulpverlening ontvangen, draagt de politie deze meldingen zo snel mogelijk over voor triage of toeleiding naar hulpverlening.

#### 8.1.1 Telefonische behandeling melding door politie

In paragraaf 5.1 is de gewenste telefonische behandeling van meldingen van personen met verward gedrag door de politie beschreven. Ten opzichte van de huidige werkwijze op de meldkamers betekent de voorgestelde werkwijze in paragraaf 5.1 dat de politie-centralist een aantal aanvullende vragen stelt, wanneer sprake is van verdenking van een melding van een persoon met verward gedrag. Op basis van deze aanvullende vragen bepaalt de politie-centralist:

- Of de politie in eerste instantie de leiding zou moeten hebben bij het behandelen van de melding, met andere woorden of er inderdaad sprake is van een gevaarstelling, verstoring van de openbare orde of een strafbaar feit.
- Of het lijkt te gaan om een levensbedreigende of een spoedeisende situatie waarbij sprake is van (ernstige) gezondheidsschade<sup>105</sup> of dat dit ter plaatse beoordeeld moet worden. In deze situaties schakelt de politie-centralist via de MKA ambulancezorg<sup>106</sup> in.
- Of er snel hulpverlening nodig is.<sup>107</sup> Als dit het geval is, draagt de politie-centralist de melding over voor triage aan een APH- triagefunctie voor acute hulpbehoeftes. Dit doet de politie-centralist ook als hij/zij twijfelt of snel hulpverlening nodig is en voor personen in behandeling

<sup>104</sup> Soms is de persoon voldoende geholpen met een zelfhulpadvies en zijn geen vervolgacties nodig. Het heeft de voorkeur om een persoon die alleen een zelfhulpadvies gekregen heeft een dag erna te bellen om te vragen of het zelfhulpadvies voldoende handvatten heeft geboden.

<sup>105</sup> Kan veroorzaakt worden door zowel somatische als psychische factoren.

<sup>106</sup> Voor levensbedreigende en spoedeisende situaties hanteert de ambulancezorg respectievelijk A1- en A2-urgentie.

<sup>107</sup> Conform de urgentiegraden van de ggz-triagewijzer, die de ggz-crisisdienst nu implementeert, zie paragraaf 2.3.

bij de GGZ. Deze APH-triagefunctie of triagewerkzaamheden kunnen gesitueerd zijn bij de MKA of bij de voorwacht van de ggz-crisisdienst.<sup>108</sup>

- Of inschakeling van hulpverlening niet meteen nodig is, maar dat de politie-centralist zich wel zorgen maakt om de persoon. De politie-centralist doet in dit geval een melding bij een gemeente/GGD meldfunctie voor niet-acute hulpbehoeftes.<sup>109</sup> Dit doet de politie-centralist ook voor personen die reeds bekend zijn bij de OGGZ of het sociale wijkteam.

### 8.1.2 Behandeling melding ter plaatse

In veel gevallen is er bij een 112-politiemelding van een persoon met verward gedrag sprake van een verstoring van de openbare orde en gaat de politie ter plaatse. Als de politie-centralist besluit tot politie-inzet gebeurt de inschatting van de hulpbehoefte over het algemeen door de agent ter plaatse. Deze neemt op basis van zijn/haar inschatting contact op met de MKA, de acute APH-triagefunctie of de niet-acute gemeente/GGD meldfunctie.

## 8.2 Verbeteren behandeling melding bij MKA

De huidige triage op de MKA betreft een triage door de verpleegkundig centralist MKA die gericht is op het al dan niet inzetten van ambulancezorg voor levensbedreigende (A1-urgentie) en spoedeisende (A2-urgentie) situaties.<sup>110</sup> Om te zorgen dat overige personen met verward gedrag over wie een telefonische melding binnenkomt bij de MKA sneller passende hulpverlening ontvangen:

- Draagt de verpleegkundig centralist MKA de melding over aan de APH-triagist voor specialistische ggz-triage als de persoon in behandeling is (geweest) bij de GGZ of de centralist inschat dat de persoon snel hulpverlening nodig heeft.
- Schakelt de verpleegkundig centralist MKA de melding door naar de gemeente/GGD meldfunctie als de centralist inschat dat niet snel hulpverlening nodig is, maar zich wel zorgen maakt om de persoon.

### 8.2.1 MKA-triage gericht op inzet van ambulancezorg

Verpleegkundig centralisten MKA bepalen of de inzet van ambulancezorg nodig is bij een melding van een persoon met verward gedrag op basis van de huidige triagesystemen NTS en ProQA:

- Er vindt een eerste triage plaats om bij levensbedreigende situaties<sup>111</sup> zo snel mogelijk ambulancezorg in te zetten. Tijdens deze eerste triage stelt de verpleegkundig centralist MKA ook vragen om eventueel gevaar voor de hulpverlening te bepalen.

<sup>108</sup> De keuze voor de situering is afhankelijk van de regionale situatie en bepalen partijen regionaal.

<sup>109</sup> Ook bij de niet-acute meldfunctie vindt triage van de niet-acute hulpbehoefte plaats.

<sup>110</sup> Conform urgentiegraden A1 en A2 die de ambulancezorg hanteert, zie paragraaf 2.3.

<sup>111</sup> Conform urgentiegraad A1 die de ambulancezorg hanteert, zie paragraaf 2.3. Dit kan veroorzaakt worden door zowel somatische als psychische factoren.

- Indien uit de eerste triage geen inzet van ambulancezorg volgt, volgt een (korte) uitvraag die specifiek gericht is op de kenmerken van verward gedrag.<sup>112</sup> Op basis van deze vragen bepaalt de verpleegkundig centralist MKA of inzet van ambulancezorg alsnog nodig is.

NTS en ProQA voldoen grotendeels voor de inschatting of ambulancezorg nodig is voor een persoon met verward gedrag in geval van levensbedreigende en spoedeisende situaties waarbij sprake is van (ernstige) gezondheidsschade. Verpleegkundig centralisten MKA zijn over het algemeen in staat om levensbedreigende of spoedeisende psychiatrische situaties te onderscheiden op basis van de eerste triage ofwel op basis van de specifieke vragen die horen bij de ingangsklacht of het protocol voor verward gedrag binnen NTS en ProQA.

Wanneer het NTS- of ProQA advies is om geen ambulancezorg maar ggz in te schakelen<sup>113</sup>, vraagt de verpleegkundig centralist MKA aan de melder of de persoon in behandeling is (geweest) bij de ggz of bekend is bij de OGGZ of het sociale wijkteam. Daarnaast schat de verpleegkundig centralist MKA in of het gaat om een persoon die snel hulpverlening nodig heeft<sup>114</sup>:

- Als de persoon in behandeling is (geweest) bij de GGZ of de verpleegkundig centralist MKA schat in dat de persoon snel hulpverlening nodig heeft, draagt de centralist de melding over aan de APH-triagist voor specialistische ggz-triage. Dit doet de centralist ook bij twijfel. Deze APH-triagefunctie kan gesitueerd zijn bij de MKA of bij de voorwacht van de ggz-crisisdienst.<sup>115</sup> Voor spoedeisende psychiatrische situaties conform de ggz-triagewijzer<sup>116</sup>, waarvoor uit NTS of ProQA geen A1- of A2-urgentie volgt, kan eventueel toch de inzet van ambulance of ander passend vervoer nodig zijn (bijvoorbeeld omdat thuis beoordelen niet mogelijk is, omdat de persoon zich in een onveilige omgeving<sup>117</sup> bevindt of omdat de crisisdienst niet binnen een uur bij de persoon thuis kan zijn).
- Als de verpleegkundig centralist MKA inschat dat niet snel hulpverlening nodig is, maar zich wel zorgen maakt om de persoon, schakelt de centralist de melding door naar de gemeente/GGD meldfunctie. Dit doet de centralist ook voor personen die reeds bekend zijn bij de OGGZ of het sociale wijkteam.

Voor elke functie is bij voorkeur één telefoonnummer beschikbaar per ambulancezorgregio.

### 8.2.2 Vervolg MKA-triage door APH-triagist of gemeente/GGD

Wanneer het een acute ggz-behoefte betreft, vervolgt de APH-triagist de MKA-triage en zorgt de triagist voor toeleiding naar passende hulpverlening voor de persoon met verward gedrag. De APH-triagist kan indien noodzakelijk alsnog vervoer organiseren dat binnen 30 minuten ter plaatse

<sup>112</sup> In het NTS gaat het om de ingangsklacht 'Vreemd gedrag of suïcidaal' en in ProQA om Hoofdstuk 25 'Psychiatrisch/ Abnormaal gedrag/ Zelfmoordpoging'.

<sup>113</sup> Als blijkt dat ambulancezorg niet nodig is, kan uit het NTS/ProQA ook het advies volgen om huisartsenzorg in te schakelen of de verpleegkundig centralist MKA kan zelfhulpadvies geven.

<sup>114</sup> Conform de urgentiegraden van de ggz-triagewijzer, die de ggz-crisisdienst nu implementeert, zie paragraaf 2.3.

<sup>115</sup> De keuze voor de situering is afhankelijk van de regionale situatie en bepalen partijen regionaal.

<sup>116</sup> U2: beoordeling van persoon dient binnen 1 uur te starten, zie paragraaf 2.3.

<sup>117</sup> Kenmerken onveilige omgeving zijn: thuis zonder support en/of omgeving kan niet monitoren en/of kind aanwezig en/of wapens aanwezig.



kan arriveren. Het gaat om een ambulance of om ander passend vervoer met psychiatrische hulpverlening.

Wanneer het een niet-acute ggz-behoefte betreft, vraagt de hulpverlener bij de melder de hulpvraag nader uit. Vervolgens bepaalt de hulpverlener – bij voorkeur met de persoon en zijn naaste – welke hulpverlening nodig is en binnen hoeveel tijd. De hulpverlener koppelt aan de MKA terug of de persoon met verward gedrag hulpverlening heeft ontvangen.

### 8.3 Versterken triage- en meldfunctie

Sneller passende hulpverlening bieden aan personen met verward gedrag vraagt om:

- Het versterken van APH-triagewerkzaamheden, dat wil zeggen de APH-triagefunctie voor acute hulpbehoeftes.
- Het versterken of inrichten van een gemeente<sup>118</sup>/GGD meldfunctie voor niet-acute hulpbehoeftes.

De functies werken nauw samen en zijn bij voorkeur geïntegreerd. Hier dienen regionaal afspraken over gemaakt te worden. De functies kunnen beschikken over de relevante informatie en maken afspraken met ketenpartners over de inzet van hulpverlening. **Tabel 3** betreft een samenvatting van de belangrijkste kenmerken van de APH-triagefunctie en de gemeente/GGD meldfunctie.

	APH-triagefunctie (acuut)	Gemeente/GGD meldfunctie (niet-acuut)
<b>Hoofddoel</b>	Bepalen – bij voorkeur met de persoon zelf en zijn naaste – welke hulpverlening nodig is en binnen welke tijd	Zelfhulpadvies en/of toeleiden naar passende hulpverlening uitgaande van zelfregie en vanuit een persoonsgerichte aanpak
<b>Verwijzers*</b>	MKP, 0900-8844, politie ter plaatse, MKA, personen in behandeling en/of hun naasten	MKP, 0900-8844, politie ter plaatse, MKA, burgers (waaronder personen met verward gedrag zelf en hun naasten)
<b>Inzetten hulpverlening**</b>	<p><i>Bij verdenking van somatiek:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Huisartsenzorg of ambulancezorg</li> </ul> <p><i>Acuut en psychiatrie:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Acuut psychiatrische hulpverlening, mogelijk i.c.m. passend vervoer<sup>119</sup></li> <li>• Verslavingszorg</li> </ul> <p><i>Acuut, geen psychiatrie:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• OGGZ, sociaal wijkteam, Veilig Thuis of jeugdzorg<sup>120</sup></li> </ul> <p><i>In behandeling/onder begeleiding:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Eigen behandelaar/begeleider<sup>121</sup></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• OGGZ, sociaal wijkteam, Veilig Thuis of jeugdzorg</li> <li>• Reguliere ggz, verslavingszorg of zorg voor mensen met een verstandelijke beperking</li> <li>• Sociale Diensten van gemeente</li> <li>• Woningcorporaties</li> <li>• Sociaal werk</li> <li>• Lotgenotenorganisaties</li> <li>• Huisarts</li> <li>• Opschalen naar APH-triagefunctie</li> </ul>

<sup>118</sup> De gemeente kan de meldfunctie uitbesteden aan de GGD, maar ook aan bijvoorbeeld een ggz-crisisdienst of andere organisatie zoals Korrelatie. Partijen kunnen de functie ook gezamenlijk organiseren, zolang er regionaal overzicht bestaat.

<sup>119</sup> Indien mogelijk ook ervaringsdeskundigen inschakelen.

<sup>120</sup> Eventueel kan een beroep gedaan worden op de maatschappelijke opvang als acuut een overnachtingsplek noodzakelijk is, zodat de volgende dag de hulpverlening opgestart kan worden.

<sup>121</sup> Waaronder ggz-behandelaar, specialist ouderengeneeskunde of arts voor verstandelijk gehandicapten.

	APH-triagemfunctie (acuut)	Gemeente/GGD meldfunctie (niet-acuut)
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Zelfhulpadvies en eigen behandelaar/begeleider informeren<sup>122</sup></li> </ul> Niet in behandeling/onder begeleiding: <ul style="list-style-type: none"> <li>Eigen huisarts</li> <li>Niet-acute meldfunctie van gemeente/GGD (als eigen huisarts niet bereikbaar)</li> </ul>	
<b>Financiering</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Financiering is verantwoordelijkheid van zorgverzekeraars</li> <li>Financiering verloopt (waarschijnlijk) via nieuwe bekostiging acute ggz<sup>123</sup></li> </ul>	Financiering is verantwoordelijkheid van gemeente
<b>Verantwoordelijke sector</b>	GGZ-sector is verantwoordelijk voor organisatie van APH-triagemfunctie	Gemeente is verantwoordelijk voor organisatie niet-acute meldfunctie
<b>Uitvoerende organisatie</b>	APH-triagemfunctie kan gesitueerd worden bij voorwacht ggz-crisisdienst of op de MKA <sup>124</sup>	Meldfunctie kan wellicht gecombineerd worden met bestaande gemeente/GGD meldpunten voor personen met verward gedrag en/of met andere meldfuncties voor gerelateerde doelgroepen
<b>Personeel</b>	BIG-geregistreerde verpleegkundige, minimaal HBO niveau met scholing en ervaring in de acute ggz	BIG-geregistreerde hulpverlener met ggz-expertise <sup>125</sup>
<b>Informatie</b>	Voor crisisgevoelige personen: crisiskaart, crisisafspraken, contactgegevens eigen behandelaar/begeleider, huisarts, evt. juridische titel (IBS, RM) en evt. vooraanmelding	Contactgegevens naaste, sociale en veiligheidsdomein, betrokken hulpverleners, verloop hulpverlening, crisiskaart, evt. signalen dreigende escalatie
<b>Bereikbaarheid</b>	24/7 <sup>126</sup> via bij voorkeur één telefoonnummer per politieregio en per ambulancezorgregio en 24/7 beschikbaar voor doen triage	24/7 bereikbaarheid via bij voorkeur één telefoonnummer per politieregio en per ambulancezorgregio

\*In het kader van dit model melding. Deze functies kunnen ook evt. voor andere verwijzers worden ingezet als partijen daar afspraken over maken. \*\* De functies kunnen meerdere hulpverleningsinstanties tegelijkertijd inschakelen.

**Tabel 3.** Samenvatting APH-triagemfunctie en gemeente/GGD meldfunctie

### 8.3.1 APH-triagemfunctie voor acute hulpbehoefte

De APH-triagemfunctie is erop gericht om te bepalen welke hulpverlening nodig is (of acuut psychiatrische hulpverlening nodig is) en binnen welke tijd. Dit model beschrijft doorverwijzingen aan de APH-triagemfunctie vanuit politie en ambulancezorg. De APH-triagemfunctie zal daarnaast op termijn mogelijk meldingen ontvangen vanuit de huisartsenzorg. De APH-triagemfunctie is ook

<sup>122</sup> Soms is de persoon hier voldoende mee geholpen en zijn geen vervolgacties nodig. Het heeft de voorkeur om een persoon die alleen een zelfhulpadvies gekregen heeft een dag erna te bellen om te achterhalen of hij voldoende handvatten heeft gekregen met het zelfhulpadvies.

<sup>123</sup> De NZa is in gesprek met partijen in de GGZ over een nieuwe bekostiging van de acute ggz.

<sup>124</sup> In regio's waar de triagewerkzaamheden al naar ieders tevredenheid door andere organisaties worden ingevuld – bijvoorbeeld huisartsen(posten) – en deze voldoen aan de voorwaarden die we in dit model melding stellen, is continuering hiervan raadzaam.

<sup>125</sup> Dit is bij voorkeur een SPV, een Verpleegkundig Specialist met ggz-expertise of een HBO V verpleegkundige met extra opleiding.

<sup>126</sup> De melder/verwijzer kan 24/7 door een persoon te woord gestaan worden.

beschikbaar voor de persoon met verward gedrag en zijn naaste als daarover afspraken zijn gemaakt in bijvoorbeeld het crisis- of signaleringsplan van de persoon.

Voor meldingen die binnenkomen via de politie dient de APH-triagist eerst telefonisch somatiek uit te sluiten bij personen met verward gedrag. Nadat somatiek is uitgesloten vervolgt de APH-triagist de psychische triage – bij voorkeur met de persoon en zijn naaste – met behulp van de ggz-triagewijzer. De telefonische triage door de APH-triagist kan leiden tot de volgende uitkomsten:

- *Inzet acuut psychiatrische hulpverlening:* De inzet van acuut psychiatrische hulpverlening – gedefinieerd als psychiatrische beoordeling binnen 24 uur – is nodig.<sup>127</sup> Voor personen, voor wie de beoordeling binnen 1 uur dient te starten (U2-urgentie<sup>128</sup>) kan het nodig zijn om passend vervoer in te zetten naar een beoordelingslocatie of SEH. Als hiervoor vervoer per ambulance nodig is, neemt de APH-triagist contact op met de MKA. Als het mogelijk is, schakelt de APH-triagist ervaringsdeskundigen in die de persoon in crisis bij kunnen staan.
- *Geen inzet acuut psychiatrische hulpverlening:* Er is geen inzet van acuut psychiatrische hulpverlening nodig. De APH-triagist gaat na of de persoon in behandeling is of onder begeleiding staat:
  - De persoon is onder behandeling/staat onder begeleiding: Als de gegevens van de eigen behandelaar of begeleider<sup>129</sup> beschikbaar zijn en deze is bereikbaar, draagt de APH-triagist de melding over aan deze hulpverlener. Als de eigen behandelaar of begeleider niet bereikbaar is en er is geen acute hulpvraag, dan geeft de APH-triagist een zelfhulpadvies<sup>130</sup> en informeert de triagist de behandelaar/begeleider. Indien wel sprake is van een acute (niet-psychiatrische) hulpvraag, zou de APH-triagist 24/7 OGGZ, het sociale wijkteam, Veilig Thuis, maatschappelijke opvang of jeugdzorg in moeten kunnen zetten.
  - De persoon is niet in behandeling/staat niet onder begeleiding en er is sprake van een acute hulpbehoefte: Er is wel een acute hulpbehoefte, maar het betreft geen psychiatrie. Het kan bijvoorbeeld gaan om personen met psychosociale problematiek en/of een verstandelijke beperking. De APH-triagist zou in dit geval 24/7 OGGZ, het sociale wijkteam, Veilig Thuis of jeugdzorg in moeten kunnen zetten.
  - De persoon is niet in behandeling/staat niet onder begeleiding en er is sprake van een niet-acute hulpbehoefte: De APH-triagist gaat na of de eigen huisarts bereikbaar is. Als deze bereikbaar is, draagt de triagist de melding over aan de eigen huisarts. Als de eigen huisarts niet bereikbaar is, schakelt de APH-triagist de melding door naar de niet-acute meldfunctie van de gemeente/GGD en informeert de triagist zo mogelijk de eigen huisarts.

<sup>127</sup> Bij twijfel is bij voorkeur beoordeling ter plaatse mogelijk.

<sup>128</sup> Urgentiegraden uit de ggz-triagewijzer, die de ggz-crisisdienst nu implementeert, zie paragraaf 2.3.

<sup>129</sup> Het kan gaan om behandeling bij de eigen ggz-behandelaar, de specialist ouderengeneeskunde of de arts voor verstandelijk gehandicapten of bijvoorbeeld begeleiding door sociaal werk.

<sup>130</sup> Op basis van herstelondersteunende principes. De APH-triagist kan zelf een advies geven, doorschakelen naar een collega-hulpverlener en/of adviseren om contact op te nemen met een (anonieme) hulplijn, zoals Korrelatie of Sensor. Indien een zelfhulpadvies voldoende handvatten biedt voor de persoon met verward gedrag, om zijn eigen regie te herstellen, hoeft geen aanvullende hulpverlening ingezet te worden.

Als sprake is van een acute onveilige situatie die door hulpverleners niet te hanteren is, neemt de APH-triagist contact op met de MKP voor eventuele politie-inzet.

Ketenpartners maken afspraken om ervoor te zorgen dat de APH-triagist 24/7 passende hulpverlening in kan schakelen, dan wel de melding kan overdragen aan andere hulpverleners.

De GGZ-sector is er verantwoordelijk voor dat de acute APH-functie georganiseerd wordt in de regio. De financiering verloopt (waarschijnlijk) via de nieuwe bekostiging acute ggz. De APH-triagefunctie kan gesitueerd worden bij de ggz-crisisdienst, maar kan ook gesitueerd zijn op de MKA. Het is niet nodig om voor de APH-triagewerkzaamheden een nieuwe organisatie op te richten. De keuze voor situering is afhankelijk van de regionale situatie en bepalen partijen regionaal.

### **8.3.2 Meldfunctie gemeente/GGD voor niet-acute hulpbehoefte**

De meldfunctie van de gemeente of de GGD is erop gericht om personen met verward gedrag met een niet-acute hulpbehoefte toe te leiden naar passende hulpverlening. Ook burgers kunnen bellen naar deze meldfunctie. Toeleiding naar zorg, begeleiding of ondersteuning, gebeurt vanuit een passende, persoonsgerichte aanpak die gericht is op het herstel van de zelfregie van de persoon met verward gedrag. Hierbij gaat de hulpverlener zoveel mogelijk uit van de behoeftes van de persoon met verward gedrag en zijn omgeving en verkent de hulpverlener de mogelijkheden van inzet van naasten en/of ervaringsdeskundigen. Vaak schakelt de hulpverlener hiervoor meerdere hulpverleningsorganisaties tegelijkertijd in.

Om de persoon met verward gedrag zo snel mogelijk toe te leiden naar passende hulpverlening kent de hulpverlener de mogelijk betrokken hulpverleningsorganisaties goed, waaronder de verschillende soorten hulpverlening die zij kunnen inzetten en op welke termijn. Indien sprake is van een acute onveilige situatie die door hulpverleners niet te hanteren is, neemt de hulpverlener contact op met de MKP voor eventuele politie-inzet. Om tijdige toeleiding naar passende hulpverlening te waarborgen, zijn goede afspraken tussen ketenpartners noodzakelijk.

De gemeente is verantwoordelijk voor de organisatie van de meldfunctie voor niet-acute hulpbehoeftes, welke ook bereikbaar is voor personen met verward gedrag zelf, hun naasten en andere burgers. De niet-acute meldfunctie voor personen met verward gedrag kan wellicht gecombineerd worden met of uitgevoerd worden door bestaande gemeente/GGD meldpunten voor personen met verward gedrag en/of met andere meldfuncties die gemeentes of regio's op dit moment inrichten. De gemeente kan de meldfunctie ook uitbesteden aan een andere partij, zoals de GGD, maar ook aan een ggz-crisisdienst of Korrelatie.

De meldfunctie is bedoeld voor meldingen over en door personen met verward gedrag of hun naaste met een niet-acute hulpbehoefte en voor personen die bekend zijn bij de OGGZ of het

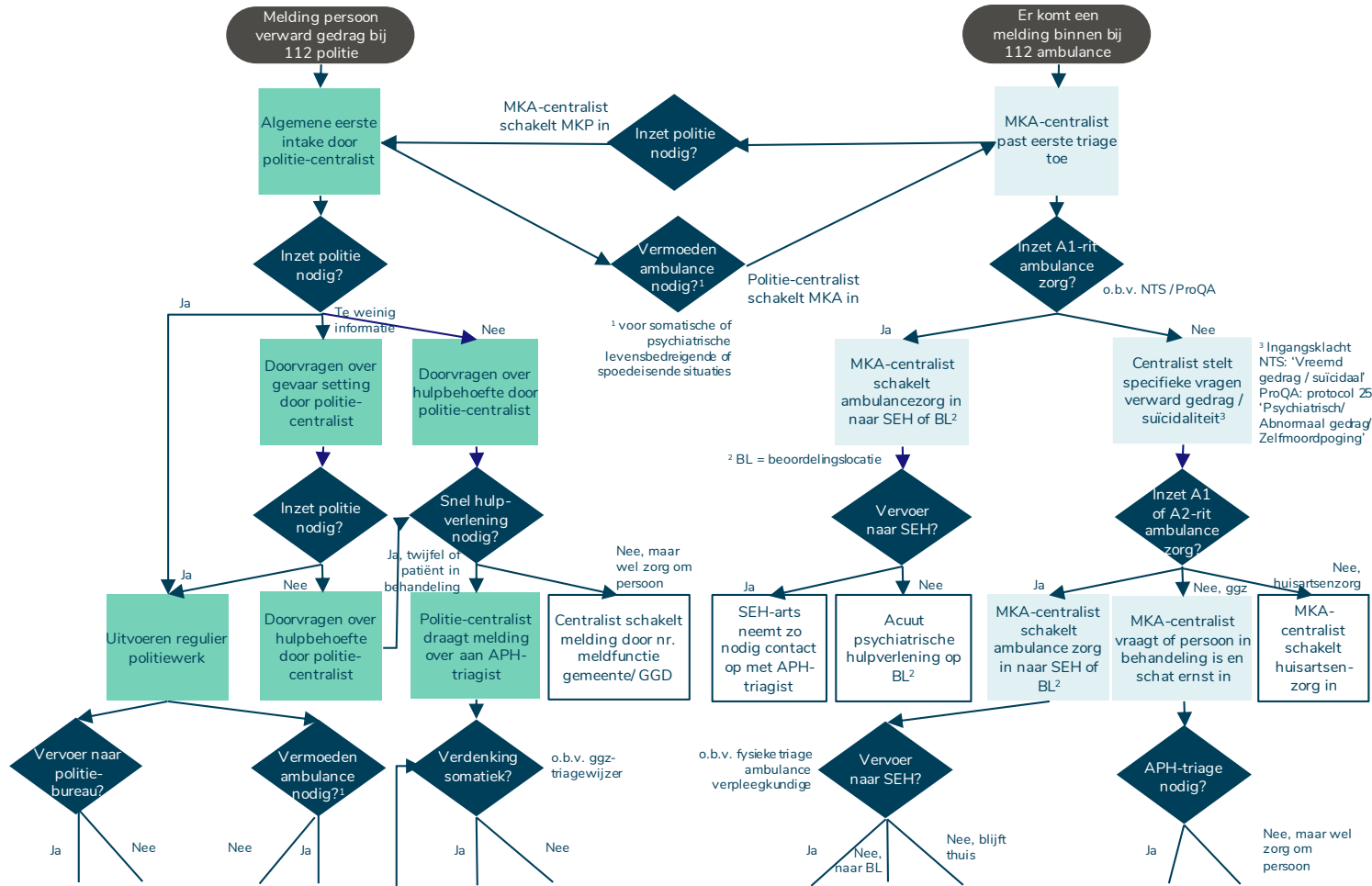
sociaal wijkteam. De gemeente/GGD meldfunctie dient 24/7 bereikbaar te zijn, via bij voorkeur één telefoonnummer per politieregio en per ambulancezorgregio:<sup>131</sup>

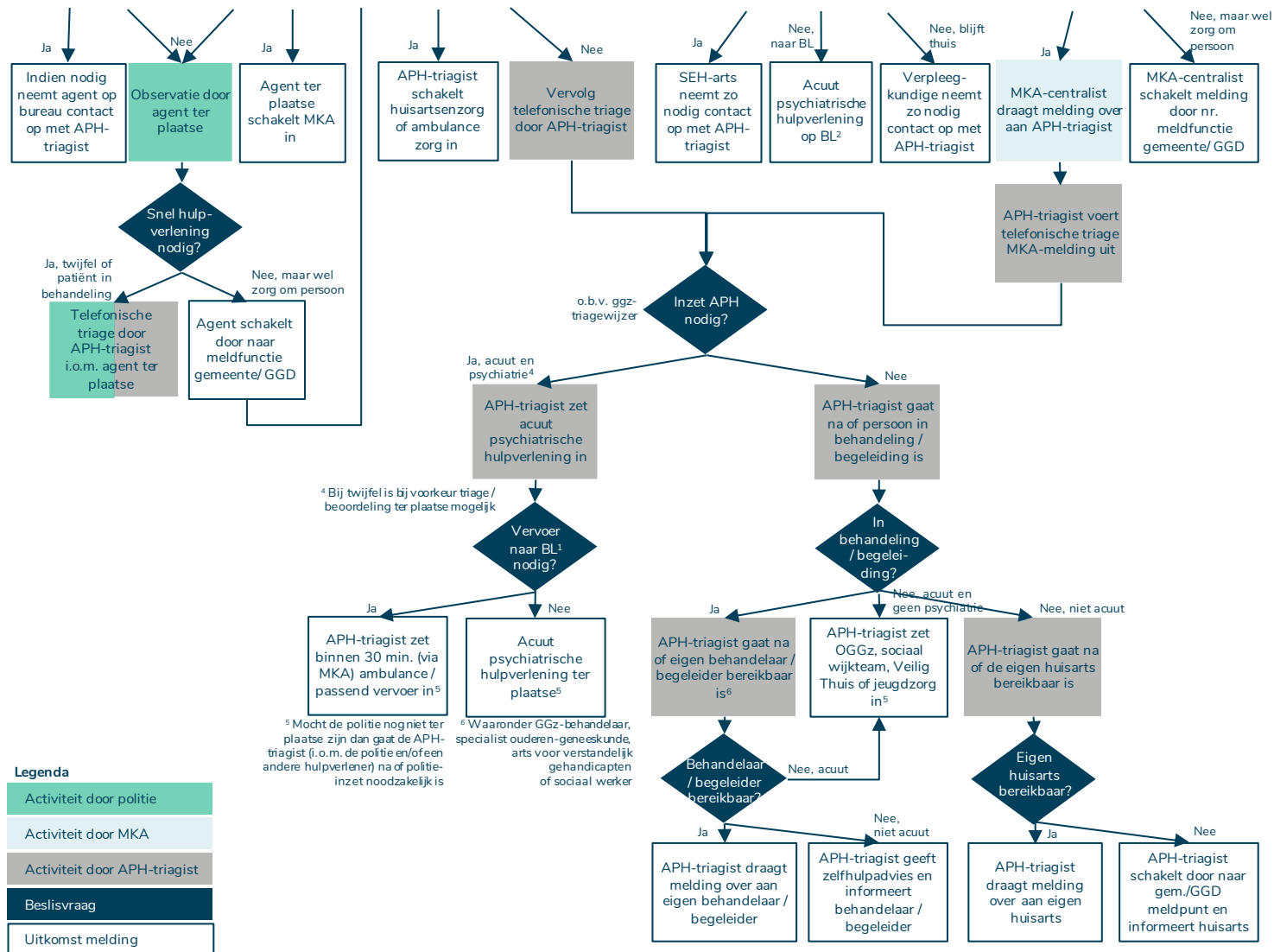
- De deelnemers aan de focusgroep met ervaringsdeskundigen en naasten geven aan dat zij behoefte hebben aan een 'loket' voor niet-acute meldingen. Immers, als de persoon die de grip op zijn leven dreigt kwijt te raken niet snel genoeg hulpverlening ontvangt, kan een niet-acute hulpbehoefte veranderen in een acute hulpbehoefte.
- De MKP en de MKA hebben behoefte aan een telefoonnummer waar zij 24/7 meldingen naartoe kunnen doorschakelen van personen die niet acuut hulp nodig hebben, maar waar zij zich wel zorgen over maken.
- Het schakelteam heeft in haar advies aangegeven dat de meldfunctie 24/7 beschikbaar zou moeten zijn.

De meldfunctie is bij voorkeur bereikbaar via één telefoonnummer per politieregio en per ambulancezorgregio.

---

<sup>131</sup> De eventuele meerdere meldfuncties achter dit telefoonnummer dienen intensief samen te werken in de regio. Veel personen met verward gedrag die in een kleine gemeente wonen, komen in de naburige centrumgemeente terecht omdat daar de opvangvoorzieningen zijn. Hiermee verdwijnen ze uit beeld bij hun eigen gemeente en bestaat de kans dat, meerdere hulpverleners uit verschillende gemeenten langs elkaar heen werken. Wanneer het gaat om mensen die overlast veroorzaken, hoeft die overlast ook niet plaats te vinden in de gemeente van herkomst.





**Figuur 9.** Telefonische behandeling meldingen vanuit politie en MKA van personen met verward gedrag

## 9 Aanbevelingen

In dit hoofdstuk doet SiRM aanbevelingen om de behandeling van de melding van personen met verward gedrag te verbeteren om personen met verward gedrag zo sneller naar passende hulpverlening toe te leiden.<sup>132</sup> Het betreft drie aanbevelingscategorieën:

- De randvoorwaarden voor implementatie van het model.
- De implementatieonderdelen van de verbetervoorstellen uit dit model.
- Het verbeteren van de melding buiten de reikwijdte van dit model.

### 9.1 Randvoorwaarden voor implementatie model melding

Het model melding beschrijft de gewenste behandeling van meldingen van personen met verward gedrag die terecht komen bij de politie en de MKA. Nog niet alle randvoorwaarden die nodig zijn voor implementatie van het model in de regio's zijn vervuld. Voor een juiste invulling van het model melding dienen de randvoorwaarden ingevuld te worden. Het gaat om de volgende randvoorwaarden:

- Voldoende financiering en passende bekostiging voor de APH-triagefunctie en de gemeente/GGD meldfunctie.
- Voldoende capaciteit bij de APH-triagefunctie en de gemeente/GGD meldfunctie om de 24/7 bereikbaarheid en beschikbaarheid te kunnen waarborgen.
- 24/7 in te zetten passende hulpverlening, waaronder dekkende afspraken in de regio over passend vervoer van personen met verward gedrag vóór de beoordeling van de persoon door de hulpverlening.
- Systematisch gebruik van de ggz-triagewijzer door de APH-triagist en inzet van ambulancezorg en/of passend vervoer door de MKA op aanvraag van de APH-triagist.

#### 9.1.1 Voldoende financiering en passende bekostiging

Zorgverzekeraars en gemeentes zijn verantwoordelijk voor de financiering van de respectievelijk acute triagefunctie en niet-acute meldfunctie:

- Zorgverzekeraars, de GGZ en de NZa werken op dit moment aan een nieuwe bekostiging voor de acute ggz, waarbinnen de triagefunctie ook een plek krijgt. Het streven van de betrokken partijen is dat er vanaf 2019 een nieuwe en passende bekostiging voor de acute ggz geldig is. Dit is een noodzakelijke voorwaarde om de APH triagefunctie en snellere beoordelingen door de ggz crisisdienst te kunnen financieren vanuit de Zvw. De uitkomst van het advies traject door de NZa is nog niet bekend. VWS dient vervolgens nog een besluit te nemen over het advies van de NZa. Partijen dienen in de gesprekken over de nieuwe bekostiging

<sup>132</sup> Soms is de persoon voldoende geholpen met een zelfhulpadvies en zijn geen vervolgacties nodig. Het heeft de voorkeur om een persoon die alleen een zelfhulpadvies gekregen heeft een dag erna te bellen om te vragen of het zelfhulpadvies voldoende handvatten heeft geboden.



mee te nemen dat de politie en de MKA mogelijk een beroep zullen doen op de APH-triagefunctie. Dit kan ervoor zorgen dat het aantal te behandelen meldingen fors stijgt.

- Gemeentes dienen in hun begroting ruimte te maken voor het operationaliseren van de meldfunctie voor niet-acute hulpbehoeftes.

Voor eventuele test pilots van het model melding kunnen regio's subsidie aanvragen bij ZonMw in het kader van het actieprogramma 'Lokale initiatieven mensen met verward gedrag'.

### 9.1.2 Voldoende capaciteit triage- en meldfunctie

Om te zorgen dat personen met verward gedrag (sneller) toegeleid worden naar passende hulpverlening is het van belang dat politie en de MKA 24/7 meldingen kunnen overdragen aan de APH-triagefunctie en de gemeente/GGD meldfunctie.

De APH-triagefunctie dient hiervoor binnen 5 minuten bereikbaar te zijn en vervolgens beschikbaar te zijn voor het doen van triage. Op dit moment zijn de crisisdiensten er niet op toegerust om een dergelijke bereikbaarheid en beschikbaarheid voor triage te kunnen garanderen. De MKA kan dit wel, maar beschikt op dit moment veelal niet over de benodigde expertise en vaak ook niet over de capaciteit.

Om niet-acute meldingen van of over personen met verward gedrag 24/7 te kunnen ontvangen, zelfhulpadvies te kunnen geven en de toeleiding naar hulpverlening in gang te kunnen zetten, is 24/7 bereikbaarheid van de gemeente/GGD meldfunctie nodig. De MKP, 0900-8844 en de MKA moeten 24/7 meldingen kunnen doorschakelen als zij inschatten dat sprake is van een niet-acute hulpbehoefte. Ook personen met verward gedrag, hun naasten of omgeving moeten 24/7 kunnen bellen. Op dit moment is in veel regio's nog geen meldfunctie voor personen met verward gedrag en als deze er wel is, is meestal geen sprake van 24/7 bereikbaarheid. Deze bereikbaarheid dient georganiseerd te worden om de gewenste behandeling van meldingen, zoals in dit model beschreven, te realiseren.

### 9.1.3 24/7 voldoende beschikbare passende hulpverlening

Een andere belangrijke randvoorwaarde voor het daadwerkelijk sneller toeleiden naar passende hulpverlening is dat de APH-triagisten en hulpverleners van de gemeente/GGD meldfunctie passende hulpverlening kunnen inzetten. Als de triagefunctie en meldfunctie 24/7 bereikbaar en beschikbaar zijn, maar zij geen passende hulpverlening in kunnen zetten, verliezen de functies hun toegevoegde waarde.

Het tijdig inzetten van passende hulpverlening geldt vooral voor de APH-triagefunctie als een randvoorwaarde, omdat het in dit geval gaat om een acute melding:

- De APH-triagist dient 24/7 (outreaching) tijdige acuut psychiatrische hulpverlening in te kunnen zetten. De nieuwe aanrijtijden, zoals beschreven in de ggz-triagewijzer, zijn nog niet voor alle crisisdiensten haalbaar. Inzet van passend vervoer met een maximale aanrijtijd van 30 minuten kan nodig zijn. Hiervoor dienen dekkende afspraken in de regio te zijn.

- De APH-triagist dient 24/7 OGGZ en/of het sociale wijkteam in te kunnen zetten. OGGZ en/of het sociale wijkteam is in veel regio's nog niet 24/7 beschikbaar. Dit dient georganiseerd te worden om de gewenste behandeling van meldingen, zoals beschreven in dit model, te realiseren.

#### 9.1.4 Gebruik van ggz-triagewijzer en inzet ambulancezorg op aanvraag van APH-triagist

De ggz-triagewijzer is een belangrijke pijler van het model melding. De ggz-triagewijzer is ontwikkeld in het kader van de generieke module Acute Psychiatrie. De triagewijzer stelt de voorwacht van de crisisdienst in staat om de urgentie en eventuele inzet van acuut psychiatrische hulpverlening te bepalen. De ggz-triagewijzer wordt in 2017 aangescherpt en getest bij 15 crisisdiensten in Nederland.

Het model gaat ervan uit dat de APH-triagist een relatie heeft met de MKA, zoals de huisarts deze ook heeft. Als uit de APH-triage blijkt dat binnen 30 minuten passend vervoer nodig is (omdat de beoordeling binnen 1 uur dient te starten), zet de verpleegkundig centralist MKA desgevraagd ambulancezorg in. De MKA volgt hierbij zoveel mogelijk het professionele oordeel van de APH-triagist. Discussie vindt achteraf plaats bij evaluatie van casuïstiek. Deze werkrelatie is er in de meeste regio's nog niet en dient tot stand te komen om ervoor te zorgen dat de APH-triagefunctie adequaat werkt.

## 9.2 Onderdelen implementatie model melding

Naast het vervullen van de randvoorwaarden dient (parallel) gewerkt te worden aan de verschillende noodzakelijke (voorbereidende) stappen voor implementatie van de verbetervoorstellen. Het implementeren van de verbetervoorstellen vraagt om:

- het testen van het model melding,
- het maken van lokale en regionale afspraken over de invulling van de triage- en meldfunctie en
- het implementeren van de werkwijze intern bij de politie, de MKA en de uitvoerders van de triage- en meldfunctie.

### 9.2.1 Testen model melding

De verbetervoorstellen in dit model zijn gebaseerd op:

- een focusgroep met ervaringsdeskundigen en naasten;
- meer dan 20 interviews met meldkamercentralisten, bestuurders en experts;
- 4 vergaderingen met de begeleidingscommissie;
- 6 focusgroepen met dienst- en hulpverleners en
- desk research.

We hebben daarnaast de verbetervoorstellen begin juli 2017 in een breder gremium tijdens een invitational conference getoetst. In augustus 2017 hebben we tot slot een brede achterbanconsultatie gehouden.

SiRM adviseert om het model melding eerst regionaal te testen in pilots, voordat de werkwijze breed ingevoerd wordt in de regio's. Voor het testen dienen partijen in de pilotregio's afspraken te maken over de invulling van de acute APH-triagefunctie en de niet-acute meldfunctie. Het is raadzaam om deze pilots te koppelen aan de pilots die bij de crisisdiensten lopen voor het testen van de ggz-triagewijzer.

De volgende drie punten dienen in de pilots getest te worden:

- De inschatting van politie en MKA omtrent de benodigde (verdere) triage. Het model melding beschrijft dat politie in de meldkamer en op straat kan inschatten of zij contact op dient te nemen met de MKA, de APH-triagefunctie of de gemeente/GGD meldfunctie voor een melding van een persoon met verward gedrag. Bij twijfel schakelt politie de MKA of de APH-triagefunctie in. In het model gaan we er daarnaast vanuit dat de verpleegkundig centralist MKA kan inschatten of APH-triage nodig is. De centralist schakelt bij twijfel de APH-triagefunctie in. In de pilots dient getest te worden of politie en MKA de inschatting juist kunnen maken. Partijen maken voor de pilots op regionaal niveau afspraken over doorverwijzen. Op basis van (wekelijkse) evaluatie van casuïstiek krijgen partijen tijdens de pilots meer inzicht in de juistheid van de inschatting van politie en de MKA.
- Situering van de APH-triagefunctie. Het model beschrijft dat de GGZ-sector verantwoordelijk is voor het organiseren van de APH-triagefunctie. Ook de bekostiging verloopt (naar alle waarschijnlijkheid) via de GGZ. In het model geven we aan dat de APH-triagewerkzaamheden gesitueerd kunnen worden bij de ggz-crisisdienst, maar zich ook kunnen bevinden op de MKA. De keuze voor de situering is afhankelijk van de regionale situatie en bepalen partijen regionaal. Uit de pilots en andere ervaringen in de praktijk moet blijken of deze beide situeringen inderdaad naar tevredenheid van alle betrokken partijen werken.
- 24/7 bereikbaarheid van de niet-acute meldfunctie. In de zomer van 2017 is tijdens het bestuurlijk overleg (BO) verwarde personen gesproken over de bereikbaarheid van de niet-acute meldfunctie. De minister van VWS heeft tijdens dit overleg aangedrongen op 24/7 bereikbaarheid van de niet-acute meldfunctie. In een volgend BO verwarde personen zal dit onderwerp verder besproken worden. Partijen willen pilots opstarten die gericht zijn op de doelmatigheid en kwaliteit van 24/7 bereikbare meldfuncties. Hiervoor is het belangrijk dat partijen registreren om hoeveel meldingen het gaat, wanneer die binnenkomen en wat de opvolging is geweest. Er zullen regionale verschillen zijn in aantallen meldingen die binnenkomen, bijvoorbeeld tussen stedelijke en rurale gebieden. Dit kan leiden tot andere manieren van organiseren.

Specifiek voor de politie is het van belang om tijdens de pilots vooral te letten op:

- De bruikbaarheid en helderheid van de extra vragen over de gevaarsetting en de hulpbehoefte bij de MKP en 0900-8844. Met de extra vragen kritischer bezien of politie de leiding moet hebben bij de melding van personen met verward gedrag en naar welke functie (acuut of niet-acuut) de politie-centralist door moet schakelen.

- Testen van de werkbaarheid van het contact opnemen met de acute en niet-acute functie door de basisteams en het voorzien van informatie aan de APH-triagist door de agent ter plaatse.
- Testen van de haalbaarheid van de veranderopgave door na te gaan of er draagvlak is voor de verbetervoorstellen binnen de politie en of ze passen binnen de cultuur van de politie.

### 9.2.2 Lokale en regionale afspraken maken over invulling triagefunctie en meldfunctie

De verbetervoorstellen bij de politie en de MKA zijn grotendeels gebaseerd op:

- het overdragen van een melding van een persoon met verward gedrag met een acute hulpbehoefte aan de APH-triagefunctie of
- het doorschakelen van een melding over een persoon met een niet-acute hulpbehoefte aan een gemeente/GGD meldfunctie.

Voor de implementatie van het model melding is het essentieel om op lokaal en regionaal niveau te bepalen waar deze functies gesitueerd zullen worden, voor zover dit nog niet gebeurd is. De functies dienen nauw samen te werken en zijn bij voorkeur geïntegreerd. SiRM adviseert om:

- Afspraken over het beleggen van de acute APH-triagefunctie te maken in ROAZ-verband, aangevuld met de politie, vertegenwoordigers van de gemeente/GGD en de regionale projectleider(s) van het schakelteam. Het gaat om afspraken tussen de politie, de MKA, de ggz-crisisdienst en de eventuele ggz-vervoerders.
- Afspraken over de organisatie van de gemeente/GGD meldfunctie voor de niet-acute hulpbehoefte te maken in lokale en regionale overleggen tussen gemeentes, GGD'en of bij regionale schakelteams.

Het gaat in eerste instantie om afspraken over wie de uitvoerder is of uitvoerders zijn. Vervolgens dienen ketenpartners afspraken te maken over de invulling van de functies, voornamelijk over de informatiedeling en de inzet van hulpverlening. Om te voorkomen dat hulpverleners uit diverse gemeenten met dezelfde cliënt bezig zijn, zijn daarnaast afspraken over regionaal toezicht van belang. Ook dienen goede samenwerkingsafspraken gemaakt te worden.

### 9.2.3 Implementatie binnen organisaties

Voor de implementatie van de verbetervoorstellen is het van belang dat het overdragen voor triage of doorschakelen naar de meldfunctie zowel bij politie als bij de MKA opgenomen wordt in de protocollen/werkinstructies. Het gaat om het opstellen van:

- Een Q&A of uitvraag met de extra vragen voor politie-centralisten om de gevaarstelling nader te bepalen en in te schatten of een acute hulpbehoefte bestaat.
- Instructies voor politie-centralisten en agenten op straat over het overdragen en doorschakelen van meldingen aan de APH-triagefunctie en gemeente/GGD meldfunctie.
- Instructies voor verpleegkundig centralisten MKA over het overdragen en doorschakelen van meldingen aan de APH-triagefunctie en gemeente/GGD meldfunctie.
- Instructies voor verpleegkundig centralisten MKA over op welke manier zij omgaan met aanvragen voor de ambulancezorg door APH-triagisten (discussie achteraf).

- Een protocol voor de APH-functie op de MKA, als er in regio's voor gekozen wordt om de functie bij de MKA te situeren.<sup>133</sup>

Vervolgens moeten centralisten (MKP, 0900-8844 en MKA) en agenten op straat getraind worden in het gebruik van de Q&A, instructies en protocollen. Bij deze trainingen zijn bij voorkeur ggz-hulpverleners en ervaringsdeskundigen aanwezig om toelichting te geven. In het algemeen geven focusgroep deelnemers aan dat het zinnig is om regelmatig kennis uit te wisselen met ggz-hulpverleners. Dit kan bijvoorbeeld door medewerkers van de crisisdienst trainingen over dit onderwerp te laten geven of meldkamercentralisten mee te laten lopen op de ggz-crisisdienst. Andersom kunnen medewerkers van de crisisdienst bij de politie meelopen, bijvoorbeeld op de MKP om zo meer kennis en begrip op te doen over de werkwijze van politie.

Naast de implementatieopgave bij politie en MKA dienen ook de uitvoerders van de APH-triagefunctie en gemeente/GGD meldfunctie de voorwaarden en werkwijze, zoals in dit model beschreven, te implementeren. De implementatie is afhankelijk van de partijen die de functies op zich nemen.

## 9.3 Verbeteren melding buiten reikwijdte model

Dit model melding richt zich op de meldingen van personen met verward gedrag die terechtkomen bij politie en de MKA. Ook buiten de reikwijdte van dit model bestaat ruimte om te zorgen dat personen met verward gedrag bij een melding sneller toegeleid worden naar passende hulpverlening:

- Bij de HAP en de ggz-crisisdienst komen meldingen van personen met verward gedrag binnen en zijn er mogelijkheden om de behandeling daarvan te verbeteren.
- Helderheid creëren over het beste 'loket' voor meldingen van burgers die zich zorgen maken over een persoon met verward gedrag.
- Ketenpartners dienen te zorgen voor afstemming over hun triagesystemen om ervoor te zorgen dat ze de benadering en taal van het andere triagesysteem begrijpen.

### 9.3.1 Telefonische melding bij HAP en ggz-crisisdienst

Ook bij de HAP zijn er gebieden voor verbetering bij de behandeling van meldingen van personen met verward gedrag (zie Bijlage 4). Deze zijn in dit model niet verder uitgewerkt. De APH-triagefunctie en de gemeente/GGD meldfunctie die we in dit model voorstellen, kunnen ook voor de HAP een mogelijkheid tot doorverwijzen creëren. SiRM adviseert om de behandeling van de meldingen van personen met verward gedrag bij de HAP te analyseren en verbetervoorstellen te doen aan de hand van dit model.

De verbetering van de behandeling van meldingen van personen met verward gedrag bij de ggz-crisisdienst zijn in gang gezet met de publicatie van de generieke module Acute Psychiatrie begin 2017. In de zomer zijn 15 crisisdiensten een pilot gestart met de ggz-triagewijzer (zie Bijlage 8),

<sup>133</sup> In de regio Noord-Nederland is bijvoorbeeld een nieuw triageprotocol opgesteld dat verpleegkundig centralisten MKA volgen ná de ProQA-uitvraag. Het betreft een protocol dat is gebaseerd op de ggz-triagewijzer.

die onderdeel is van de generieke module en begin 2017 aangescherpt is op basis van een korte testfase.

### 9.3.2 Helderheid over beste 'loket' voor meldingen van personen met verward gedrag

Het model melding gaat over het verbeteren van de behandeling van de melding zodra deze terechtkomt bij de politie of de MKA. Omstanders nemen regelmatig contact op met deze 'loketten', omdat zij niet weten waar zij terecht kunnen met zorgen over een persoon met verward gedrag of omdat de reguliere hulpverlening niet 24/7 beschikbaar is. Dit bleek ook uit de focusgroep die SiRM georganiseerd heeft met ggz-ervaringsdeskundigen en naasten (Zie Bijlage 6). Het is voor omstanders daarnaast niet altijd duidelijk wat ze kunnen doen als ze een persoon met verward gedrag tegenkomen. Omstanders zijn in een dergelijk geval vaak geneigd om de politie te bellen. Het gaat immers om verstoring van de openbare orde of er is sprake van gevaar of dreiging. Dat daarnaast ook een hulpvraag kan spelen, is minder duidelijk.

Het schakelteam heeft in dit kader op 24 februari 2017 aan de minister geadviseerd om regionale advies- en meldpunten in te richten en een landelijk telefoonnummer in te stellen dat daar rechtstreeks naar doorschakelt.<sup>134</sup> VWS wil stimuleren dat bestaande regionale meldpunten uitgebreid en/of versterkt worden, maar de verantwoordelijkheid daarvoor ligt op lokaal/ regionaal niveau. Het Schakelteam zal monitoren hoe meldnummers op regionaal niveau onderdeel zijn van sluitende aanpak.<sup>135</sup>

### 9.3.3 Afstemming over triagesystemen

Politie, ambulancezorg, GGZ en huisartsenzorg hanteren verschillende definities van 'acuut' en gebruiken verschillende triagesystemen met verschillende urgentiegraden (zie ook paragraaf 2.3). Binnen de ambulancezorg wordt gebruik gemaakt van twee verschillende triagesystemen.

Het is van belang dat ketenpartners elkaars taal spreken. Bij voorkeur stemmen zij hun triagesystemen op elkaar af. Om een soepel triageproces te garanderen, zowel voor de MKA als voor de APH-triagist, dienen ze elkaars taal te kennen en begrijpen. Dit betekent dat de centralisten en triagisten op de hoogte zijn van de urgentiegraden bij de politie, binnen NTS, ProQA en de ggz-triagewijzer.

<sup>134</sup> Advies niet-acute meldingen personen met verward gedrag, schakelteam personen met verward gedrag, Den Haag 24 februari 2017.

<sup>135</sup> Zie ook de voortgangsbrief van het Ministerie van VWS: Informatie over verschillende onderwerpen gerelateerd aan de ondersteuning van personen met verward gedrag, 29 juni.