

Regioplan acute psychiatrie Groningen 2021



| Regioplan acute psychiatrie Groningen 2021 | |
|---|--|
| Betreft | Regioplan acute psychiatrie Groningen |
| Aan | Menzis zorgverzekeraar |
| Van | Lentis, regievoerend zorgaanbieder regio Groningen Penvoerder: directie cluster acute zorg Lentis |
| Status | Regioplan acute psychiatrie Groningen 2021 (definitief) |
| Voorgaande document | Regioplan Acute Psychiatrie Groningen 2020 |
| Landelijke kaders | <ul style="list-style-type: none"> - Format Regioplan acute ggz augustus 2020 - Generieke Module Acute Psychiatrie (GMAP) 1 april 2019 - Geconcretiseerde normen GMAP met onderbouwing - Implementatieplan GMAP - Minimale dataset - Kwaliteitsafspraken - Diverse bijlagen bij de GMAP¹ |



¹ <https://www.ggzstandaarden.nl/generieke-modules/acute-psychiatrie/inleiding>

Inhoudsopgave

| | |
|--|----|
| Inleiding en context beschrijving..... | 3 |
| Evaluatie van de Speerpunten 2020..... | 4 |
| Begrippenkader | 7 |
| Deel I. Brede beleidsvisie keten acute GGZ met alle betrokken partijen..... | 9 |
| 1.1 Procesbeschrijving van de keten Acute GGZ..... | 10 |
| Specifieke doelgroepen | 12 |
| Patiënten die reeds in SGGZ-zorg zijn en in crisis (dreigen) te raken | 16 |
| 1.2. Organisatie en samenwerking keten acute psychiatrie Groningen | 18 |
| Speerpunten voor 2021 in de brede keten: | 19 |
| Deel II. Beschrijving concrete afspraken over uitvoering acute GGZ-zorgverlening | 20 |
| Budgethouder en gevolmachtigde partijen(zorgaanbieders) | 20 |
| 2.1. Beschrijving uitvoering functies acute ggz tot maximaal 3 dagen | 20 |
| 2.2 Contractafspraken tussen budgethouder en gevolmachtigde partijen | 24 |
| 2.3 Kwaliteitsafspraken | 25 |
| De speerpunten voor de acute GGZ 2021 zijn: | 27 |

Inleiding en context beschrijving

In het kader van de implementatie van de Generieke Module Acute Psychiatrie (GMAP) en de financiering van de acute GGZ (18+) tot maximaal 3 dagen, moet elke acute GGZ-regio² vanaf 2020 een regioplan opstellen. Het voorliggende regioplan acute GGZ Groningen 2021 is een actualisatie van het regioplan voor 2020. De tekst is geactualiseerd en geëvalueerd met relevante ketenpartners aan de hand van de speerpunten voor 2020. We beschouwen het regioplan als een werkdocument³.

We maken voor 2021 onderscheid in kritische randvoorwaarden en speerpunten. Met kritische randvoorwaarden bedoelen we zaken die, voor een goed functioneren van de acute keten, ingeregeld en afgestemd moeten zijn. Dit gaat om verbetering en onderhoud. Speerpunten zijn door de deelnemers van de acute keten gezamenlijk geformuleerde ambities voor de toekomst. Dit gaat meer om vernieuwing en co-creëren.

Voor 2021 zijn kritische randvoorwaarden en speerpunten beschreven voor:

- De brede keten, deze staan beschreven aan het eind van deel 1
- De uitvoerenden van de acute GGZ, deze staan beschreven aan het eind van deel 2

Het afgelopen jaar zijn een aantal ontwikkelingen geweest, die nadrukkelijk van invloed zijn op de acute GGZ. Wij noemen de belangrijkste vier:

1. Het meerjarenprogramma (MJP) GGZ/voor mensen met psychische kwetsbaarheid, met als initiatiefnemers en verantwoordelijke partijen: Menzis, Gemeenten en Aanbieders. In dit meerjarenprogramma staan doelen in het kader van preventie en minder recidive centraal, ook gerelateerd aan crisis.
2. Landelijk besluit dat vervoer zowel voor als na beoordeling bij de Regionale Ambulante Vervoerder (RAV) is belegd. In dit kader wordt per Q4 2020 passend vervoer voor en na beoordeling gerealiseerd door inzet van een psycholance van de RAV Groningen, met daarop verpleegkundige begeleiding vanuit Lentis (inzet op basis van detachering).
3. Discussiestuk over de inrichting en bekostiging van het acute zorglandschap 'Houtskoolschets acute zorg' door VWS opgesteld. Op dit discussiestuk kan tot 1 november via een openbare internetconsultatie worden gereageerd.
4. Last but not least: de Covid-19 uitbraak heeft de hele maatschappij, maar zeker ook de ketenpartners acute GGZ, sterk beïnvloed. Het voortdurend anticiperen op de voortschrijdende inzichten en fluctuaties in besmettingsrisico en graad in de regio, vraagt sinds begin 2020 veel aandacht. Dit betekent ook dat er minder aandacht besteed kon worden aan de speerpunten voor 2020 dan bij het opstellen van het regioplan in september 2019 was gedacht.

Inmiddels leidt de evaluatie en actualisatie van het regioplan, na de Covid-19 uitbraak, weer tot nieuwe energie voor de optimalisatie van de ketensamenwerking acute ggz.

De processen zijn beschreven met inachtneming van de Wet op de Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg (Wet BIG), de Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (WGBO) en de Algemene Verordening Gegevensbescherming (AVG).

² In het kader van de acute GGZ zijn landelijk door Zorgverzekeraars Nederland en de Nederlandse GGZ 28 regio's bepaald, waarvan regio Groningen er één is. Binnen een regio is één zorgaanbieder aangewezen als regievoerder voor de acute ggz en één zorgverzekeraar die (in afstemming met een tweede zorgverzekeraar) in representatie zorg inkoop. In Groningen betreft dit Lentis als zorgaanbieder en Menzis als zorgverzekeraar, met Zilveren Kruis als tweede zorgverzekeraar.

³ Het regioplan wordt jaarlijks in september herzien.

Evaluatie van de Speerpunten 2020

1. Meer participatie door professionals in de crisisdienst en gebruik van beschikbare expertise in de regio

In oktober 2019 is een bijeenkomst georganiseerd voor alle psychiaters werkzaam in regio Groningen, waarin input is gevraagd aan de hand van de volgende vragen:

- Wat is belangrijk in de 24-uurs crisisdienst, wat vinden jullie belangrijk om mee te nemen in het toekomstplan?
- Hoe wil je inbreng hebben in het proces?
- Hoe wil je geïnformeerd of betrokken worden?

De bijeenkomst heeft veel input opgeleverd en kenmerkte zich door een constructieve sfeer.

Deelnemers hadden een voorkeur voor een vaste kern aan participanten voor de toekomstige opzet van de regionale crisisdienst.

Door wisseling van personen die de bijeenkomst organiseerden en vervolgens de Covid-19 uitbraak, is tot de zomer 2020 hierop geen vervolg geweest. Inmiddels is de kerngroep, bestaande uit inhoudelijk verantwoordelijken van INTER-PSY, Lentis, UCP en VNN, weer bij elkaar geweest. Zij bereiden een – corona-proof – multidisciplinaire vervolgbijeenkomst voor in het vierde kwartaal van 2020.

De continuïteit van de crisisdienst wordt nu in Groningen 24/7 geborgd door de regionale crisisdienst van Lentis, waarin naast medewerkers in dienst van Lentis ook een aantal professionals van buiten Lentis participeren, het UCP voor beoordelingen op terrein UMCG inclusief SEH en de ziekenhuispsychiaters van Martiniziekenhuis voor beoordelingen op SEH Martini Ziekenhuis. De verdere uitwerking van de toekomstige opzet van de regionale crisisdienst krijgt in 2021 een vervolg als een kritische randvoorwaarde voor de acute GGZ. De regie op het vervolg is belegd bij de zogenaamde kerngroep, bestaande uit vertegenwoordigers van INTER-PSY, Lentis, UCP en VNN.

2. Crisissen binnen kantoor tijd en preventief anticiperend beleid bij crisisgevoelige cliënten met een lopende behandeling

In augustus/september 2020 is in een bijeenkomst voor SGGZ-aanbieders in de regio geëvalueerd hoe de lopende praktijk is en wat aandacht behoeft. Met een set aan afspraken en periodiek overleg wordt de verbetercyclus in de samenwerking tussen SGGZ-aanbieders en de uitvoerders van acute GGZ in de regio geborgd. Het vervolg op dit speerpunt is het speerpunt voor de acute GGZ 2021 'continuïteit van zorg in relatie tot crisiszorg'.

3. Professionaliseren van de acuut psychiatrische hulpverlening (APH-)triage

De GMAP geeft duidelijke normen voor deze spilfunctie in de acute psychiatrische hulpverlening. In 2020 wordt veel aandacht besteed aan het inregelen van de monitoring van deze spilfunctie op basis van de landelijk vastgestelde Minimale Data- Set (MDS). Hier worstelen veel regievoerders mee, reden waarom hiervoor in Q4 2020 een landelijke werkgroep wordt opgericht, waarin Lentis participeert. Een goed ingerichte MDS ondersteunt het monitoren van de implementatiegraad van de GMAP, het beloop in de acute GGZ en de verbetercyclus in uitvoering van triage en beoordeling.

4. Verbeteren beschikbaarheid verslavingsexpertise

Tijdens de evaluatie blijkt dat weinig gebruik wordt gemaakt van de 24/7 consultatiemogelijkheid van de verslavingsarts. Enkele ketenpartners waren onvoldoende op de hoogte van de mogelijkheid of van het telefoonnummer. De ervaringen met de beoogde versnelde opvolging na crisis door VNN bij verslavingsproblematiek, zijn wisselend. De mogelijkheid (op indicatie) van een veilige uitslaapmogelijkheid van personen onder invloed wordt gemist. Het is onder meer lastig om hierin te voorzien, doordat dit geen homogene groep betreft. Bij de evaluatie van dit speerpunt is een werkgroep samengesteld die zich in Q4 2020 over eventuele mogelijkheden gaat buigen. De oriëntatie op ontwikkelen van gesloten klinische capaciteit in samenspraak met Lentis en andere relevante stakeholders buiten deze regio, om zo een snellere doorstroom te realiseren, kan geen gestalte krijgen zonder betrokkenheid van financier(s). De verbeterde beschikbaarheid van verslavingsexpertise blijft een belangrijk punt van aandacht en komt als speerpunt voor 2021 voor de acute GGZ terug voor nadere invulling van Acute Verslavingszorg in regio Groningen.

5. Verbetering melding

Niet iedere persoon met (acuut) verward gedrag, kampt met een crisis die veroorzaakt wordt door vooropstaande psychiatrische problematiek. Daarnaast is bij een melding lang niet altijd duidelijk of en waar

iemand in zorg is. Dit blijkt onder meer uit een analyse die in Groningen uitgevoerd is van 36 E33 meldingen⁴ en een analyse over beoordelingen van personen met psychische problematiek door forensisch artsen GGD⁵.

In 2019 is een pilot voorbereid waarbij in de middag-/avonduren een zorgprofessional ter plaatse de melding verrijkt met een uitgebreidere inventarisatie van de situatie van de betrokkene en de context. De verwachte opbrengst was een gerichtere inzet van beoordeling, passende zorg en vervoer. Doelstelling was tevens de keten te verbinden met het sociaal domein en zorgen voor de juiste zorg en ondersteuning. Deze insteek is niet haalbaar gebleken. Door enerzijds discussie met zorgpartners over verantwoordelijkheden in de samenwerking in deze pilot en anderzijds ingehaald te zijn door ontwikkelingen die betrekking hebben op de toekomstige rol van de Ambulancezorg in het vervoer. De Ambulancezorg heeft besloten om per 1-10-2020 de psycholance in te zetten. Er wordt nu een aangepaste pilot voorbereid voor de stad Groningen met een telefonische bereikbaarheidsdienst (ma-do 15:00-23:00 uur) die wordt bemand door een medewerker van het WIJ-team. Het WIJ-team ontvangt ook de meldingen bij meldpunt gemeente Groningen in het kader van de WVGGZ en de meldingen voor niet-acute zorg. Een tweede professional voor deze bereikbaarheidsdienst is afkomstig van Lentis, GGD of VNN. Politie, de CBL en de psycholance kunnen rechtsreeks contact opnemen indien een betrokkene niet direct gespecialiseerde GGZ-zorg nodig heeft. Er wordt gekeken hoe de juiste zorg en ondersteuning georganiseerd kan worden. Daarbij zal zoveel mogelijk worden gekeken hoe de reguliere verantwoordelijke zorgorganisatie de vervolgzorg kan continueren. Dit krijgt een vervolg in het speerpunt 2 voor 2021 in de brede keten: sociale triage.

6. Verbetering in de acute ketenzorg voor cliënten met een verstandelijke beperking en psychiatrische problematiek

Voor crisis en beoordeling van cliënten met VG-problematiek wordt op initiatief van het Zorgkantoor Menzis en in samenspraak met het VG-veld, in Q4 2020 een 7X24-uurs consultatiemogelijkheid en plaatsingsmogelijkheid in geval van IBS WZD op een WZD-accommodatie gerealiseerd. Dit lost een belangrijk knelpunt op. Verwacht wordt dat in Q4 2020 binnen het VG-veld ook werkafspraken tot stand komen over de uitvoering van de beoordelingen voor situaties waarbij het duidelijk is dat een IBS WZD-beoordeling aan de orde is bij iemand met VG-problematiek. Vanuit de acute GGZ eindigt per 31-12 2020 het overgangsjaar hiervoor. In september 2020 blijkt dat dit niet van toepassing is op WZD-cliënten zonder WLZ-indicatie. Hiervoor zal in Q4 overleg met gemeenten moeten plaatsvinden. Dit krijgt een vervolg als kritische randvoorwaarde voor 2021 in de brede keten, met name waar het gaat om inregelen van afspraken over IBS-WZD uitvoering en plaatsing in de regio voor mensen met VG problematiek.

7. Beschikbaarheid van en samenwerking met Openbare Geestelijke Gezondheid Zorg (OGGZ) / sociaal domein

Als gevolg van de decentralisatie in het gemeentelijk domein, is onduidelijkheid ontstaan in de regio waar men in welke gemeente vanuit kan gaan qua (24/7) beschikbaarheid en toegankelijkheid van het sociaal domein en in het bijzonder de OGGZ.

In de bovengenoemde pilot (bij speerpunt 5) wordt verbinding met het sociaal domein gemaakt en wordt geëxperimenteerd met bereikbaarheid en beschikbaarheid van het sociaal domein.

Met de regio is de afspraak gemaakt dat middels een lichte vorm bereikbaarheid van sociale teams/OGGZ de overdrachtsinformatie wordt gestuurd naar een beveiligd emailadres die de volgende dag gelezen wordt door iemand die de gewenste vervolgzorg gaat oppakken.

Een belangrijk onderwerp in de samenwerking betreft de Taskforce Wachtlijden GGZ Groningen waar wordt gekeken naar oplossingen die we gezamenlijk in de keten kunnen oppakken. Door het bundelen van krachten en expertise kan bijvoorbeeld het ontstane vacuüm tussen verwijzing en intake worden ingevuld met interventies die ondersteuning bieden bij praktische en psychosociale problemen. Verwachting hierbij is dat dit de kans op een crisis en daarmee het beroep op acute zorg zal verminderen. Er is behoefte om daar waar door deze verschuiving van inzet ook daadwerkelijk een structurele daling van de wachtlijsten zichtbaar wordt, het gesprek wordt gevoerd over de inzet van middelen die dit vraagt van het sociaal domein.

⁴ Inzicht in cliëntpaden personen met verward gedrag rond melding en beoordeling; Casusanalyse van 36 cliënten in Groningen met als bron: politiemeldingen, 2018

⁵ "Nieuwe en vooral oude bekenden" Beoordeling personen met psychische problematiek door forensisch artsen GGD Groningen, J Broer, 3 april 2019

Vanuit de acute GGZ Lentis is per september '20 een projectleider ingesteld voor Verbinding Acute GGZ en Sociaal Domein, gericht op verhelderen van wederzijdse verwachtingen tussen sociaal domein en (acute) psychiatrie in huidige situatie en bij nieuwe ontwikkelingen. Dit krijgt een vervolg in het speerpunt 2 voor 2021 in de brede keten: sociale triage.

8. De overgang per 1 januari 2020 van de BOPZ in de WVGZ en WZD in relatie tot de acute GGZ

Wat cliënten met VG-problematiek en IBS-WZD beoordeling en plaatsing betreft, zie speerpunt 6.

Voor cliënten met PG-problematiek en IBS-WZD beoordeling en plaatsing loopt overleg nog door in Q4 2020 van het VVT-veld en Menzis Zorgkantoor. Dit om tot werkafspraken te komen. Ook hierbij is de verwachting vanuit de acute GGZ dat, wanneer duidelijk is dat een IBS WZD-beoordeling en plaatsing bij iemand met PG-problematiek aan de orde is, dit per 1-1-2021 naar het VVT-veld kan worden doorgezet. Wanneer het niet duidelijk is of een WZD of WVGZ-kader van toepassing is, kan de acute GGZ beoordelen voor een aanvraag crisismaatregel WVGZ en, indien van toepassing, in plaatsing op een WVGZ-accommodatie voorzien. Met name in geval van multiproblematiek en bij mensen met Niet Aangeboren Hersenletsel is het voorliggend kader lastig te bepalen. Dit krijgt een vervolg als kritische randvoorwaarde voor 2021 in de brede keten, met name waar het gaat om inregelen van afspraken over IBS-WZD uitvoering en plaatsing in de regio voor mensen met PG problematiek.

Begrippenkader

Acute psychiatrische hulpverlening⁶

Hulpverlening die deel uitmaakt van de gespecialiseerde GGZ en welke gericht is op personen in een crisissituatie waarvan het vermoeden bestaat dat zij een acute psychiatrische stoornis hebben. De zorg wordt geleverd conform de generieke module acute psychiatrie

Acute psychiatrische hulpverlening binnen budget⁷

Acute psychiatrische hulpverlening als bedoeld bij beschrijving 'acute psychiatrische hulpverlening', die tevens gericht is op personen bij wie snel (medisch) ingrijpen noodzakelijk is en de zorg bestaat uit de functies triage, beoordeling, beschikbaarheid (outreaching) ambulante crisisbehandeling tot maximaal drie kalenderdagen (inclusief beoordelingsruimte) en beschikbaarheid crisisbedden en opname tot maximaal drie kalenderdagen. De zorg wordt geleverd conform de eisen die de generieke module acute psychiatrie stelt aan de organisatie en expertise van het team en de samenwerkingsafspraken (regioplan)

Beschikbaarheid⁸

De tijdsperiode waarin (een) behandelaar(s) volgens het rooster geen andere zorg verleent dan de acute psychiatrische hulpverlening en aanwezig/oproepbaar is om acute psychiatrische hulpverlening te kunnen verlenen

Generieke module acute psychiatrie⁹

Module waarin de inhoud en organisatie van hulpverlening wordt beschreven voor personen in een crisissituatie, waarvan het vermoeden bestaat dat zij een acute psychiatrische stoornis hebben bij wie snel (medisch) ingrijpen noodzakelijk is

Gespecialiseerde GGZ¹⁰

Geneeskundige geestelijke gezondheidszorg (GGZ) als omschreven bij of krachtens de Zorgverzekeringswet (Zvw), niet zijnde generalistische basis-GGZ

Opschaling van zorg¹¹

Als sprake is van een acute situatie bij de patiënt of diens naasten, maar niet zo acuut dat inzet van acuut psychiatrische hulpverlening nodig is, kan tijdelijk meer zorg noodzakelijk zijn. Dit is of wordt vastgelegd in het behandelplan/signaleringsplan. Een actueel behandelplan/signaleringsplan is essentieel in geval van opschaling van zorg. De opschaling van zorg wordt uitgevoerd door het behandelteam of behandelaar bij wie de patiënt in zorg is

Regio¹²

Een geografisch gebied voor de levering van acute psychiatrische hulpverlening. De indeling van de regio's is vastgelegd in een bijlage van de generieke module acute psychiatrie

⁶ Begripsbepaling uit de beleidsregel acute psychiatrische hulpverlening van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZA)- BR/REG-21123

⁷ Begripsbepaling uit de beleidsregel acute psychiatrische hulpverlening van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZA)- BR/REG-21123

⁸ Begripsbepaling uit de beleidsregel acute psychiatrische hulpverlening van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZA)- BR/REG-21123

⁹ Begripsbepaling uit de beleidsregel acute psychiatrische hulpverlening van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZA)- BR/REG-21123

¹⁰ Begripsbepaling uit de beleidsregel acute psychiatrische hulpverlening van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZA)- BR/REG-21123

¹¹ Zoals gedefinieerd in overleg met SGGZ aanbieders in regio Groningen

¹² Begripsbepaling uit de beleidsregel acute psychiatrische hulpverlening van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZA)- BR/REG-21123

Regioplan¹³

Vastgelegde afspraken over de levering van acute psychiatrische hulpverlening door het regionaal overleg van ketenpartners acute psychiatrie conform de generieke module acute psychiatrie, zoals omschreven in het implementatieplan bij de GMAP

Zorgcontinuïteit¹⁴

Onder zorgcontinuïteit verstaan we de zaken die geregeld moeten worden om een behandeling eenduidig en met continue voortgang te laten verlopen. Bij eventuele (dreigende) verstoringen van deze continuïteit heeft de behandelorganisatie een vangnet georganiseerd. Bij zorgcontinuïteit is het bestaande behandel- c.q. signaleringsplan het uitgangspunt

¹³ Begripsbepaling uit de beleidsregel acute psychiatrische hulpverlening van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZA)- BR/REG-21123

¹⁴ Zoals gedefinieerd in overleg met SGGZ aanbieders in regio Groningen

Deel I. Brede beleidsvisie keten acute GGZ met alle betrokken partijen

Dit hoofdstuk beschrijft het functioneren van de (brede) keten acute GGZ in Groningen.

De eerste representerende Zorgverzekeraar (Menzis) en de gemeenten trekken al langere tijd samen op in een streven naar een integrale domeinoverstijgende benadering in de regio, voor alle burgers en hun leefwereld. Vanuit die context bekeken is de acute GGZ één van meerdere domeinen die daar deel van uitmaakt. Dit domein komt vooral in beeld bij burgers met een psychische kwetsbaarheid. In het meerjarenprogramma GGZ/ mensen met psychische kwetsbaarheid¹⁵ zijn programmadoelen voor preventie (voorkomen van) en minder recidive (de repeterende breuk) opgenomen. Met de uitwerking van het Regioplan, waarbij de aanleiding en prioriteit nu bij de acute psychiatrie ligt, is het van belang om deze brede context voor ogen te houden.

Deel 1 beschrijft de wijze waarop de brede keten in Groningen functioneert.

Deel 2 van dit regioplan beschrijft vervolgens hoe binnen die brede keten de acute GGZ-functies in Groningen zijn ingevuld.

De ketenpartners in de keten acute psychiatrie Groningen

Algemene ziekenhuizen in Groningen (UMCG, Martini Ziekenhuis, Ommelander Ziekenhuis, Refaja ziekenhuis), huisartsen (vertegenwoordiging huisartsenkring en doktersdienst Groningen), GGD Groningen, Gemeenten/Sociaal Domein, Meldkamer Noord Nederland, Politie Noord-Nederland, Regionaal Ambulance Vervoer – Ambulancezorg Groningen, SGGZ aanbieders in Groningen inclusief Verslavingszorg, Zorgverzekeraar en Zorgkantoor Menzis

Uitgangspunten van de acute psychiatrie

Algemene uitgangspunten:

Alle inwoners van en verblijvende mensen in de regio Groningen kunnen 24/7/365 rekenen op crisishulpverlening bij acute (psychiatrische) crisis.

We maken onderscheid in 'continuïteit van zorg', 'opschaling van zorg' en 'crisiszorg'.¹⁶

De uitgangspunten bij toeleiding naar beoordeling en passende zorg en voor overdracht zoals geformuleerd in het ketendocument "Samenwerking rondom de crisisbeoordeling op de CBL" blijven van toepassing:

- De betreffende hulpverlener checkt of het eigen zorgkader/naasten van de persoon als eerste stap kan worden ingeschakeld.
- De persoon ontvangt aansluitende zorg. Dit betekent dat de persoon niet onnodig wordt vervoerd naar verschillende locaties en in de acute situatie niet te maken krijgt met onnodig veel verschillende professies/ zorgverleners uit meerdere organisaties.
- De juiste organisatie wordt ingeroepen om te voorkomen dat de beschikbaarheid van professionals in acute situaties en (waar van toepassing) de crisisfunctie niet onnodig wordt verstoord.
- Alle zorgverleners in de keten zijn verantwoordelijk voor continuïteit in het zorgproces en nemen een actieve houding aan ten aanzien van de overdracht.
- Het aantal overdrachtsmomenten in de keten wordt tot een minimum beperkt in verband met risico's voor de persoon.
- De keten organiseert de overdracht minimaal volgens de adviezen uit het Kwaliteitsdocument Ketenzorg bij suicidaliteit.

¹⁵ MJP GGZ/mensen met psychische kwetsbaarheid; Initiatiefnemers en verantwoordelijke partijen: Menzis Gemeenten & Aanbieders. Programmatische aanpak via DoelinspanningenNetwerk (DIN)

¹⁶ Zie begrippenkader met definities.

1.1 Procesbeschrijving van de keten Acute GGZ

In geval van melding/verwijzing met vermoeden van acute psychiatrische crisis

Niet alle problematiek die als crisis bij de acute GGZ in beeld wordt gebracht, betreft (uitsluitend of vooropstaand) psychiatrische problematiek.

De routing vanaf melding/verwijzing is op de volgende pagina's in een processchema weergegeven vanuit twee scenario's:

- Scenario I:
De persoon in crisis bevindt zich in de thuissituatie (en vraagt om huisartsenzorg).
- Scenario II:
De persoon in crisis bevindt zich niet in de thuissituatie maar op straat/ in de openbare ruimte (> toeleiding naar beoordeling /screening).

Scenario 1: Persoon in crisis in thuissituatie

Huisartsenpraktijk of DDG

| | | |
|--|--|---|
| <p>1 Bij huisarts ingeschreven patiënt belt om hulp</p> <ul style="list-style-type: none"> 8.00 uur - 17.00 uur > huisartsenpraktijk Buiten deze uren naar DDG - inwoners AZC gaan naar de dienstdoende huisarts van het AZC | <p>2 Triège-assistent van huisarts/DDG trieert op urgentie (volgens NTS) op:</p> <p>Mogelijk sprake van acute klachten (psychisch of somatisch) met gevaar voor patiënt, omgeving of suïcidaliteit.</p> <ul style="list-style-type: none"> Acute psychiatrische klachten? Zo ja in zorg bij Lentis, UCP of elders de laatste drie maanden? Is de huisarts bekend met een Noodplan/crisisplan? <p>Triagist kiest vervolgstap obv urgentie en iom arts</p> <p>In werking zetten van afspraken uit Noodplan en indien van toepassing</p> <p>Telefonisch advies door arts: kan het wachten tot de volgende dag? Direct doorverbinden met dienstdoende arts</p> <p>De patiënt wordt direct of binnen enkele uren gezien door de arts:</p> <ul style="list-style-type: none"> Binnen kantooruren afspraak voor consult arts op praktijkadres Buiten kantooruren consult op adres van DDG. Inwoners AZC worden gezien op locatie AZC door huisarts AZC | <p>3 Huisarts maakt in contact met persoon een afweging over wat nodig is</p> <ul style="list-style-type: none"> Sprake van acute/dreigende situatie, o.a. suïcidaliteit? Situatie medicijngebruik: heeft patiënt recent pillen/middelen gebruikt? Indicatie voor (directe verwijzing) naar SEH of acute psychiatrie? Kan perspectief worden geboden met bv. afspraak op korte termijn? <p>Indien in zorg bij Lentis, UCP of elders:</p> <ul style="list-style-type: none"> Advies nodig van behandelend of dienstdoende psychiater, kan deze de patiënt eerder Poliklinisch zien? Is er een indicatie voor beoordeling op locatie of op CBL? <p>Indien niet in zorg:</p> <ul style="list-style-type: none"> DD arts overlegt met crisisdienst over beleid tav persoon/mogelijke verwijzing naar crisisdienst voor de beoordeling van de persoon op locatie of CBL Is er een indicatie voor liggend ambulancevervoer? Is in verband met agressie/dreiging politieassistentie nodig? |
| <p>SEH <</p> | <p>Politie</p> <p>Indien ondersteuning politie bij vervoer: De politie ondersteunt zo nodig cliëntvervoer van de persoon</p> | <p>A ></p> <p>Interventie door de huisarts</p> |
| <p>CBL <</p> <p>Ambulancevervoer <</p> <p>Indien ambulance of psycholance: vervoert naar de geïndiceerde ontvangende locatie SEH of CBL</p> | <p>Meldkamer ></p> <p>Verzoek om ambulance of psycholance. De Meldkamer schakelt via huisarts de ambulande en/of politie in voor vervoer en/of assistentie</p> | <p>B ></p> <p>persoon wordt op korte termijn gezien door Lentis, UCP of elders</p> |
| <p>Volgens het werkproces van de ziekenhuizen</p> | <p>D ></p> <p>Indien indicatie voor vervoer ambulance of psycholance met of zonder assistentie. Huisarts belt met Meldkamer NN</p> | <p>Aansluiting aan werkproces/zorgtraject betreffende organisatie</p> |

Scenario 2: Persoon in crisis op straat/ in de openbare ruimte/ toeleiding naar beoordeling/screening

Melding bij de meldkamer

Politie N N

Ambulancezorg Groningen

GGD op locatie Hooghoudt

CBL

1 Familie/betrokkene of omstander belt 112 om hulp voor persoon in crisis

2 Centralist meldkamer trieert met vragen:

- Mate van spoed/ is er levensgevaar?
- Verwardheid agv alcohol of verdovende middelen
- Gevaar voor persoon of omgeving?
- Kan het ter plekke worden afgehandeld?
- Moet een ketenorganisatie worden ingeschakeld? Zo ja: Meldkamer belt met betreffende organisatie: huisarts/DDG?lents, UCP, VNN of andere zorgaanbieder waar persoon in zorg is.

De meldkamer maakt een keuze:

a Centralist meldkamer schakelt door naar kolom Politie (blauw)

b Meldkamer, de kolom Medisch (wit) roept ambulance op voor vervoer

c Meldkamer, de kolom Medisch (wit) kan buiten kantoor tijd -in overleg met DDG- verwijzen voor consultatie naar DDG.

Scenario I
Huisartsenzorg

3 De politie maakt op de betreffende locatie een inschatting:

- Is er sprake van strafrechtelijke aspecten?
- Is de situatie onveilig?
- Is betrokkene in zorg en bij welke organisatie? (check op informatie via het meldkamerinformatiecentrum of via de crisisdienst en binnen kantooruren het UCP of VNN waar de persoon in zorg is)
- Is het ter plekke op te lossen, onder andere met steun uit de omgeving van de persoon?
- Moet professionele hulp uit de keten worden ingeroepen en de komst van de persoon worden gemeld?

De politie maakt een keuze:

a De politie schakelt in overleg (met de persoon of mantelzorg) de omgeving/naastbetrokkene in.

b Bij strafrechtelijke aspecten verzoekt OPCCO de GGD-arts om een beoordeling van de persoon op de Hooghoudtlocatie.

c Bij noodzaak voor ambulancevervoer naar SEH roept de politie via de meldkamer ambulancevervoer in.

d De persoon gaat met eigen vervoer, taxi of politie naar CBL

De ambulancezorg trieert met ProQA en vervoert naar geïndiceerde bestemming/de ontvangende ketenorganisatie.

Bij geweld wordt de politie ingeschakeld!

5 De GGD-arts voert een medische screening uit, beoordeelt de gezondheidstoestand en maakt de afweging:

- Moet er direct hulpverlening starten?
 - Is verwijzing naar de SEH nodig i.v.m. acute somatiek?
 - Is psychiatrische beoordeling nodig?
 - Kan het wachten tot de volgende dag o.a. is het bieden van perspectief op aansluitend contact op de volgende werkdag met Lents, UCP, VNN of andere zorgaanbieder waar persoon in zorg is voldoende?
 - Kan de persoon worden ingesloten?
- Zonodig vraagt de GGD de regionale crisisdienst om een beoordeling op de locatie Hooghoudt.

Volgens het werkproces van de ziekenhuizen

Pilot personen verward gedrag/ sociaal domein/oggz

Ontwikkelingsrichting aansluiten naar sociaal en andere domeinen in geval wel zorg, maar geen indicatie voor SEH of acute ggz

4 De psycholance vervoert naar de geïndiceerde locatie SEH of CBL

Huisartsen/ Doktersdienst Groningen (DDG)

De huisarts weegt met de patiënt af welk beleid nodig is, schat de ernst in van de situatie (o.a. suïcidaliteit) en handelt in eerste instantie zelf af. Volstaat dat niet, dan verwijst de huisarts bij acute somatische problemen naar de SEH en bij noodzaak voor acute psychiatrische beoordeling naar de crisisdienst van de GGZ. De huisarts gaat na of kinderen betrokken zijn volgens de Meldcode. Buiten kantoor tijd participeren huisartsen in Groningen in de Doktersdienst Groningen. Deze dienst verzorgt buiten kantoor tijd de huisartsenzorg. De DDG triert buiten kantoor tijd in eerste instantie op de mate van spoed om te bepalen binnen welke tijd de betreffende persoon wordt gezien door een arts of dat direct verwijzen naar de SEH of GGZ noodzakelijk is.

Meldkamer Noord-Nederland

112-meldingen komen in Noord-Nederland (Drenthe, Friesland, Groningen) binnen bij een gezamenlijke meldkamer van politie, brandweer en ambulance. Deze meldkamer bevindt zich in Drachten, Friesland.

Op de meldkamer wordt bepaald wat de mate van spoed is en welke instantie betrokken moet worden. De procesuitwerking van de GGZ-triagewijzer op basis waarvan de crisisdienst triert, sluit aan bij de uitwerking van voorlopig model melding¹⁷. Daarmee ligt er een goede basis voor de aansluiting van de keten acute psychiatrie met de werkwijze bij de meldkamer Noord-Nederland en betrokken ketenpartners als politie en ambulancedienst.

Spoedeisende hulp algemeen ziekenhuis

Helder is dat wanneer sprake is van een levensbedreigende situatie of inschatting dat verwardheid samenhangt met een somatische aandoening en/of intoxicatie dat de persoon naar een SEH moet worden verwezen, (urgentiebepaling U0/U1). De populatie die dit betreft varieert van 'tentamen suïcide, acute intoxicaties al dan niet door middelengebruik, delier, tot mensen met allerlei psychiatrische beelden plus lichamelijke ziekte, al dan niet als oorzaak van de psychiatrische symptomen. Dit alles inclusief crisissituatie, gevaar, eventuele politiebegeleiding.

In Groningen zijn dan 4 mogelijke locaties waar iemand naar toe kan:

- a) SEH UMCG: als psychiatrische screening/ onderzoek nodig is, wordt dit uitgevoerd door een psychiater van het UCP. Wanneer acuut psychiatrische hulpverlening nodig is, wordt dit door de psychiater van het UCP gearrangeerd.
- b) SEH Martini Ziekenhuis: als psychiatrische screening/ onderzoek nodig is, wordt dit uitgevoerd door een ziekenhuispsychiater van het Martini ziekenhuis. Wanneer acuut psychiatrische hulpverlening nodig is, wordt dit door de ziekenhuispsychiatrie gearrangeerd.
- c) SEH Ommelander Ziekenhuis Scheemda: als psychiatrische beoordeling nodig is, neemt de SEH contact op met de regionale crisisdienst.
- d) SEH Refaja Ziekenhuis Stadskanaal: als psychiatrische beoordeling nodig is, neemt de SEH-contact op met de regionale crisisdienst.

¹⁷ Voorlopig model melding SiRM, oktober 2017

De GGD-arts

Personen met intoxicatie alcohol en/of drugs, zonder zorgkader in openbare ruimte, worden in bepaalde omstandigheden door de politie meegenomen naar de cellengang. De GGD-arts voert dan in de cellengang somatische en eerste psychiatrische screening uit. De politie voert landelijk beleid om uitsluitend personen die worden verdacht van een strafbaar feit naar de cellengang te brengen. In de keten moet nog nader worden bepaald wat alternatieve opties zijn voor beschreven personen waarbij geen verdenking van een strafbaar feit aan de orde is. Naar aanleiding van de evaluatie van de speerpunten uit het regioplan 2020 start in Q4 2020 een werkgroep die zich hierover buigt.

De GGD-arts wordt ook geconsulteerd bij personen die zijn aangehouden voor het plegen van een strafbaar feit en met verdenking van acute psychiatrie en/of verward gedrag naar het cellencomplex op de Hooghoudtstraat in Groningen of op een politiebureau zijn gebracht. De GGD-arts doet een 1^{ste} lijns-beoordeling (psychisch en lichamelijk) bij de volgende personen met verward gedrag:

- Voor zover bekend niet in zorg bij Lentis
- Bij agressief gedrag (ook als ze al in zorg zijn bij GGZ of verslavingszorg)
- Onder invloed van alcohol/ drugs
- Personen meegenomen in verband met verdenking strafbaar feit
- Personen afkomstig uit asielzoekerscentra (AZC) wanneer die meegenomen worden naar politiebureau
- Op verzoek van openbaar ministerie (OM)- ‘zo spoedig of zo snel mogelijk’ (ZSM) - personen waarbij tijdens politieverhoor blijkt dat betrokkene zodanig psychisch/psychiatrisch in de war is dat nazorg aangewezen is, of niet toerekeningsvatbaar geacht wordt.

De GGD-arts kan op basis van de 1^{ste} lijns-beoordeling verwijzen naar de GGZ.

Vanaf urgentiebepaling U2 wordt voor psychiatrische beoordeling contact opgenomen met de regionale crisisdienst. De telefonische APH-triage van de regionale crisisdienst is 24/7 bemand. Deel 2 beschrijft de invulling van de acute GGZ-functies (triage, beoordeling, acuut psychiatrische behandeling).

Specifieke doelgroepen

- *Inwoners van een asielzoekerscentrum*

Er zijn in de provincie Groningen drie asielzoekerscentra (AZC): Ter Apel (met een capaciteit van ongeveer 2000 mensen), Delfzijl (ongeveer 500 mensen) en Musselkanaal (ook ongeveer 500 mensen). Musselkanaal gaat september 2020 (weer) open. Zoutkamp, waar tijdens de eerste coronaperiode tijdelijk opvang mogelijk was in de kazerne aldaar, is weer gestopt.

Verwijzing naar de crisisdienst wordt gedaan door de huisarts van het AZC via zorgdomein na telefonisch overleg met de crisisdienst of met de triagist van de 24-uursdienst. Op elk AZC is dagelijks een huisarts aanwezig en delen van de week ook een POH-GGZ. In alle gevallen heeft de huisarts of de POH-GGZ de persoon in crisis gezien.

Binnen kantoortijden worden alleen asielzoekers die nog niet in zorg zijn, aangemeld bij de crisisdienst.

Asielzoekers die al in zorg zijn worden verwezen naar hun eigen behandelaar.

Buiten kantoortijden wordt in alle gevallen aangemeld bij de crisisdienst. De persoon in crisis wordt buiten kantooruren eerst beoordeeld door de dienstdoende huisarts of door de GGD-arts (als de persoon in crisis zich in een politiecel bevindt).

Personen in crisis worden in de meeste gevallen ter plekke beoordeeld door de crisisdienst. Bij agressie of gevaar wordt de politie ingeschakeld en zo nodig wordt desbetreffende persoon naar een cel vervoerd (Ter Apel, Delfzijl of Groningen (Hooghoudt)) om daar door de crisisdienst te worden beoordeeld (na eerst gezien te zijn door de GGD arts).

Voor opschaling van zorg maakt het AZC gebruik van:

- Consultatie van de crisisdienst (met name medicamenteus)
- IHT (via de crisisdienst)
- FACT-team Veldzicht
- Crisisopname Veldzicht
- Crisisopname Lentis (vooral buiten kantooruren omdat Veldzicht dan niet opneemt)
- Ondersteuning VNN (2 dagen per week 2 medewerkers aanwezig AZC Ter Apel)

- *Jeugd tot 18*

In regio Groningen is sprake van een “harde knip” in de crisisdienst voor jeugdigen en volwassenen. Voor jeugd onder de 18 jaar in crisis fungeert de 24/7 crisisorganisatie Spoed voor Jeugd Groningen. Spoed voor Jeugd Groningen kent een integrale aanpak in geval van crisis, inclusief psychiatrische crisis. In de (sinds 1 juli 2020) vernieuwde opzet van Spoed voor Jeugd dragen gemeenten, lokale wijkteams en zorgaanbieders gezamenlijk de verantwoordelijkheid voor de crisis- en spoedjeugdzorg in Groningen¹⁸.

- *Keten acute psychiatrie en verslavingszorg*

Wanneer middelengebruik bij een persoon in crisis aan de orde is, is de verslavingszorg 24/7 bereikbaar om te checken of betrokkene in zorg is, voor relevante informatieoverdracht en ter consultatie voor personen die niet in zorg zijn. Verslavingszorg Noord-Nederland (VNN) draagt zorg voor 24/7 bereikbaarheid, de consultatieve functie en de inzet/ opvolging van zorg vanuit (primair) de ambulante functie van de verslavingszorg. VNN draagt zorg voor de consultatieve en ambulante functie van verslavingszorg in de acute GGZ. Daarbinnen kan:

- de crisisdienst verifiëren of iemand al in zorg is bij VNN;
- indien iemand al in zorg is: overleggen met behandelaar VNN over (crisis)beleid en het bieden van daarbij passende crisiszorg;
- versnelde verslavingszorg worden gearrangeerd, bijvoorbeeld mede behandelen vanuit VNN, het (weer) overnemen van de zorg, of de cliënt een afspraak bij de verslavingszorg meegeven voor de eerstvolgende werkdag;
- door de verslavingsarts mee worden gedacht bij het in te zetten beleid in de acute crisisfase, door middel van telefonische consultatie
- consultatie aan Lentis, Martini ziekenhuis en het UCP kan voor personen die nog niet in zorg zijn bij VNN

- *Keten acute psychiatrie en verstandelijke beperking*

Voor crisis en beoordeling van cliënten met VG-problematiek wordt op initiatief van het Zorgkantoor Menzis en in samenspraak met het VG-veld, in Q4 2020 een 7X24 uren consultatiemogelijkheid en plaatsingsmogelijkheid in geval van IBS WZD op een WZD-accommodatie gerealiseerd. Dit lost een belangrijk knelpunt op. Verwacht wordt dat in Q4 2020 binnen het VG-veld ook werkafspraken tot stand komen over de uitvoering van de beoordelingen voor situaties waarbij het duidelijk is dat een IBS WZD beoordeling aan de orde is bij iemand met VG-problematiek. Vanuit de acute GGZ eindigt per 31-12 2020 het overgangsjaar in deze.

Wanneer in geval van crisis bij een persoon met VG-problematiek geen verplichte zorg aan de orde is, maar een VG-setting het meest passend is, kan tijdens kantooruren een crisisplaatsing worden geregeld in afstemming met de crisisregisseur Noord (nu nog¹⁹ zorginhoudelijk adviseurs Menzis). Bovenstaande zijn afspraken met betrekking tot WZD- cliënten met een WLZ-indicatie. Zorgkantoor Menzis geeft aan dat WZD-beoordeling en plaatsing van cliënten zonder WLZ-indicatie feitelijk gemeenten aan zet zijn. Hierover moet in Q4 2020 nog nader worden overlegd.

¹⁸ <https://spoedvoorjeugdgroningen.nl/>

¹⁹ Oktober 2020

- *Keten acute psychiatrie en ouderenzorg*

Voor ouderen met psychiatrische problematiek is de keten acute GGZ Groningen in de praktijk een soepel verlopende keten. De acute GGZ buiten kantoor tijd (zie uitwerking in deel 2) bedient 18 jaar en ouder, inclusief ouderen, in geval de zorg niet kan wachten tot werkdagen.

Voor de VVT in de regio Groningen hebben de Ouderenpsychiatrie van zowel Lentis als UCP vaste consulenten per regio. Deze consulenten kunnen tijdens kantooruren ook benaderd worden bij acute problematiek. Overdag pakken de bureaudiensten en behandelaren van de Ouderenpsychiatrie zoveel mogelijk zelf de crisis op. Dit vanwege hun specifieke expertise, bekendheid en korte lijnen met het ouderennetwerk. Wanneer dit vanwege piekbelasting en benodigde urgentie niet lukt, valt men terug op de routing acute GGZ zoals uitgewerkt in deel 2.

Door de splitsing van de WVGZ en WZD is niet altijd helder in welk kader iemand beoordeeld moet worden. Als vooraf of bij triage helder is dat PG voorliggend is, dan volgt beoordeling in het kader van IBS WZD. Als daarover twijfel bestaat of eerst nadere diagnostiek nodig is, kan de acute ggz de beoordeling doen in het kader van CM WVGZ. Met name in geval van multiproblematiek en bij mensen met Niet Aangeboren Hersenletsel is het voorliggend kader lastig te bepalen.

Het VVT-veld had voor 2020 niet geanticipeerd op het 24/7 uitvoeren van IBS WZD-beoordelingen en het voorzien in plaatsingsmogelijkheid in een WZD-accommodatie in geval van crises. Recent komt het veld, mede door inzet van Zorgkantoor Menzis, in beweging om zaken in te regelen.

Na beoordeling

Nadat de psychiatrische beoordeling heeft plaatsgevonden, kunnen verschillende vervolgstappen nodig zijn.

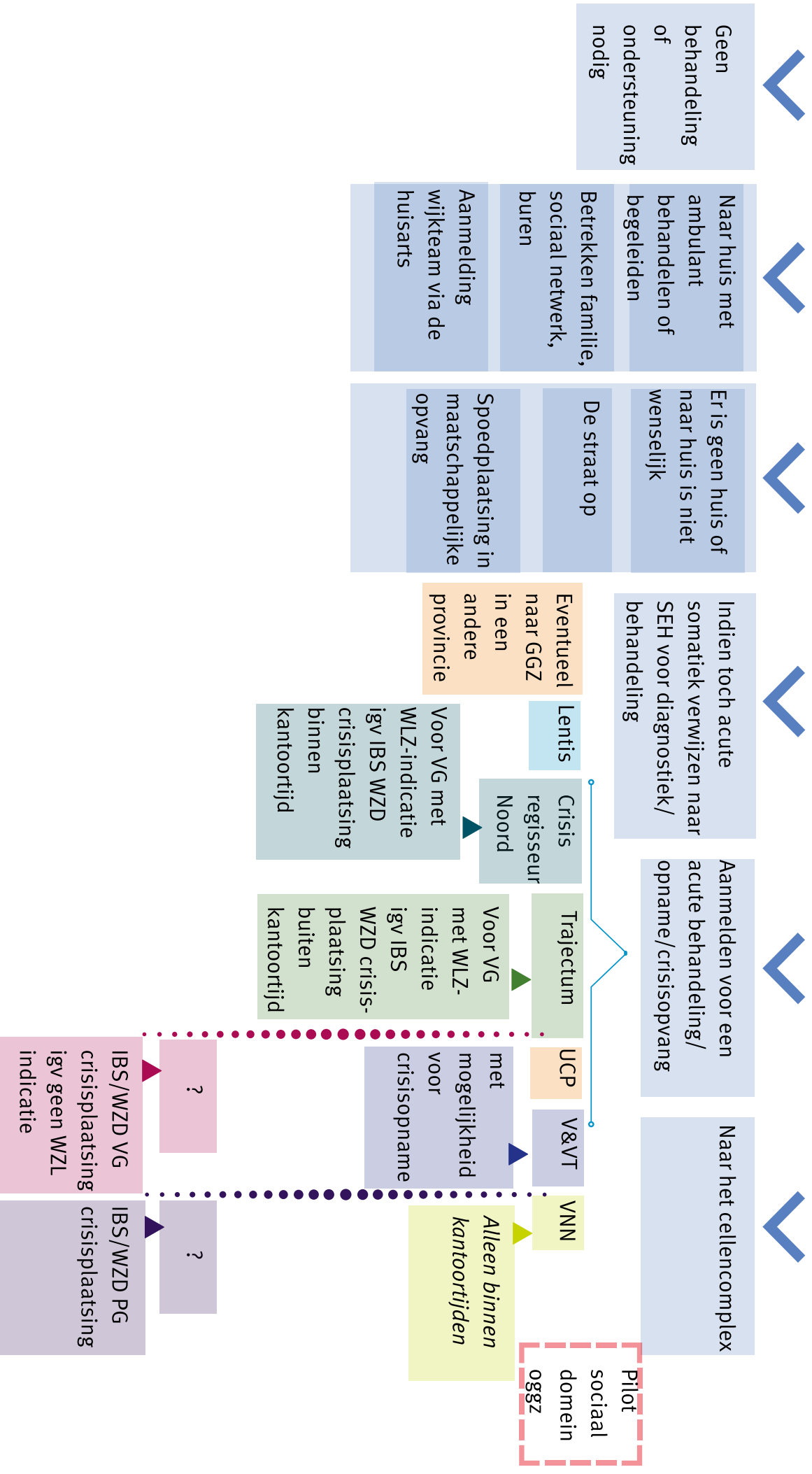
Het schema op de volgende pagina geeft de verschillende uitstroommogelijkheden na beoordeling weer.

In het schema zijn nog een aantal routes die nader uitgewerkt moeten worden.

De optie 'de straat op' in geval er geen huis is of naar huis niet wenselijk is. De vraag is of in deze situatie ook kansen liggen om tot een beter perspectief/ verkleinen risico op recidive met inzet vanuit sociaal domein / OGGZ. Een nadere verkenning maakt deel uit van speerpunt 3 voor 2021 in de brede keten, in het verlengde van de pilot 'organiseren juiste zorg en ondersteuning in geval er niet direct gespecialiseerde GGZ zorg nodig is'.

De routes in geval VG-problematiek bij cliënten zonder WLZ indicatie en bij de routes VVT in geval van IBS WZD crisisplaatsingen nadere uitwerking van de routes. Beide uitwerkingen maken deel uit van de kritische randvoorwaarden voor 2021 in de brede keten.

Uitstrommogelijkheden na beoordeling acute ggz



Patiënten die reeds in SGGZ-zorg zijn en in crisis (dreigen) te raken

De GGZ-aanbieders in de regio zijn gezamenlijk verantwoordelijk voor GGZ-zorg aan alle GGZ-cliënten in de regio, ook in geval van crisis. Als iemand na de crisisbeoordeling in aanmerking komt voor acute psychiatrische behandeling, dan is het uitgangspunt dat de ontvangende partij vervolgens – na overdracht door de crisisdienst – de verantwoordelijkheid voor de uitvoering van de zorg op zich neemt.

Dikwijls zijn mensen die in crisis (dreigen te) raken al in zorg bij een SGGZ-aanbieder. Met de SGGZ-aanbieders in de regio is besproken wat dit betekent voor de zorg van cliënten reeds in GGZ-zorg en voor de invulling van de crisisfunctie in de regio.

Algemene uitgangspunten blijven onverkort van toepassing:

- Patiënten ondervinden geen hinder van een niet soepel verlopende ketensamenwerking in geval van crisis.
- Bij verschil van mening over afspraken voeren we geen discussie tijdens de crisis. Dat doen we achteraf.
- Als zaken anders verlopen dan we volgens de afspraken mogen verwachten, bespreken we dat de volgende (werk)dag. De betrokkenen (of hun leidinggevenden) nemen onderling contact op.
- Een crisis is ook een nieuwe kans op herstel.
- Crisiszorg bieden we volgens de actuele methodische inzichten.

Met SGGZ-aanbieders in de regio zijn de volgende afspraken gemaakt:

- 1. SGGZ-aanbieders blijven regiehouder voor hun patiënt in crisis**
- 2. In verband met dreigende crisis is intensivering middels inzet van IHT-thuisbehandeling van Lentis en of Acute Deeltijdbehandeling van Lentis of UCP tijdelijk mogelijk**
- 3. In geval van acute psychiatrische crisis kan de crisisdienst geconsulteerd worden of een aanvraag worden gedaan voor een beoordeling in het kader van een crisismaatregel**

In de praktijk betekent dit:

Als zorgaanbieder hebben we de continuïteit van zorg op orde, daar hoort bij:

- Waarneming regelen bij afwezigheid van de behandelaar tijdens werkdagen.
- De (waarnemend) behandelaar voert tijdens werkdagen regie om niet geplande ontwikkelingen op te vangen als er aanleiding is om de zorg op te schalen of wijzigingen in het behandelbeleid aan te brengen.
- In geval van (dreigende) crisis zorgt de (waarnemend) regie-behandelaar voor preventief anticiperend crisisbeleid.
- Voor patiënten met een matig of hoog risicoprofiel leggen we crisisbeleid vast.
- De wens is dat buiten kantoor tijd het crisisbeleid van betrokkene ontsloten kan worden. In de regio zoeken we nog naar de mogelijkheden om dit te realiseren. Dit is een speerpunt voor 2021.

Als zorgaanbieder schalen we tijdig de zorg op als de situatie daarom vraagt. Dat betekent dat we:

- De zorg tijdelijk zo nodig intensiveren, bijvoorbeeld door het verhogen van de contactfrequentie
- De opgeschaalde zorg, de aanleiding en de resultaatverwachting vastleggen.
- De opgeschaalde zorg afstemmen met patiënt, naastbetrokkenen en eventueel betrokken ketenpartners en dit vastleggen.

Als opschaling van zorg om crisis af te wenden onvoldoende effect heeft:

- Betrekken we een BIG-artikel 14 specialist (psychiater, klinisch psycholoog of verpleegkundig specialist²⁰) bij de casus.

²⁰ De landelijke ontwikkelingen in het kader van de generieke module indiceren en coördineren van zorg in de ggz worden gevolgd en kunnen hierop van invloed

- Checken we of het signaleringsplan, crisisbeleid of veiligheidsplan op orde is en ontsloten kan worden. Is ook de specialist van mening dat de eigen mogelijkheden niet afdoende zijn om crisis af te wenden:
- Nemen we tijdens kantooruren contact op met de regionale crisisdienst voor consultatie of om te bespreken of tijdelijke IHT (intensive home treatment) aanvullend op de reguliere behandeling verdere escalatie met risico op crisis buiten kantooortijd kan voorkomen.
- Ook acute dagbehandeling en spoedpoli UCP worden in de afweging betrokken als alternatieven voor opname.
- Maken we in een Zorgafstemmingsgesprek (ZAG) met IHT, betrokken patiënt en diens naastbetrokkenen afspraken over de aanleiding, het doel en de invulling van de crisiszorg vanuit IHT en de onderlinge afstemming tussen IHT en reguliere behandelaar.

IHT-thuisbehandeling en of Acute Deeltijdbehandeling zorgt er op haar beurt voor:

- Dat de zorg wordt geboden, zoals in het ZAG is afgesproken.
- Dat afstemming plaatsvindt, zoals in het ZAG is afgesproken.
- Dat een crisis-DBC wordt geopend als de te leveren IHT-zorg binnen 24 uur vereist is.

Als een patiënt reguliere behandeling ontvangt en bij de regionale crisisdienst wordt ingezet:

Dan draagt de crisisdienst zorg voor:

- Een check of patiënt een crisiskaart heeft en houdt vervolgens rekening met daaruit beschikbare informatie.
- Bepalen van urgentie voor beoordeling en afstemming daarover met de verwijzer.
- Als beoordeling kan wachten tot de volgende werkdag, wordt de eigen behandelaar gevraagd om zelf de patiënt op de eerstvolgende werkdag te zien of de reguliere route tijdens kantooruren te volgen.
- De crisisdienst beoordeelt en indiceert eventueel benodigde inzet van acute psychiatrische behandeling en de toeleiding naar die acute psychiatrische zorg.
- Een terugkoppeling met een patiënt aan zijn/haar reguliere behandelaar na bemoeienis van de crisisdienst.

Als een patiënt op de SEH van het UMCG binnenkomt dan verzorgt het UCP deze taken.

Van de acuut psychiatrische zorgaanbieders wordt verwacht:

- Uitvoering van de geïndiceerde acuut psychiatrische behandeling.
- Dakpan- of estafette-overdracht naar de reguliere behandelaar, zodra de patiënt voldoende gestabiliseerd is.

De reguliere zorgaanbieder:

- Blijft betrokken en houdt zoveel mogelijk de regie op het langerlopende (reguliere) behandeltraject.
- Staat gereed om de zorg weer op zich te nemen, met een dakpan- of estafette-overdracht, zodra de patiënt voldoende gestabiliseerd is.
- Ziet de patiënt de eerstvolgende werkdag, als er contact is geweest met de crisisdienst en de crisis niet om beoordeling in ANW-uren vroeg.

1.2. Organisatie en samenwerking keten acute psychiatrie Groningen

Vanaf juni 2012 hebben 13 partijen, gerelateerd aan de acute psychiatrie in Groningen, zich georganiseerd in een Stuurgroep Keten Acute Psychiatrie. Dit heeft jaren goed gefunctioneerd, maar de afgelopen 3 jaar staat de huidige opzet ter discussie.

Het besluitvormend karakter en een ontwikkeling waarin een steeds bredere scope (verbinding met niet acuut en met sociaal domein bijvoorbeeld in het verlengde van de brede aanpak personen met verward gedrag) in relatie tot de acute keten aan de orde is, noopt tot herziening.

We zoeken naar een opzet die past bij een netwerkstructuur, een meer open structuur waarin partners met een verwante opgave kunnen aanhaken, zodat bij ontwikkelingen juiste partners betrokken worden. Een besluitvormend karakter van een breed samengestelde stuurgroep staat, met toenemende deelname van partners met last van ruggespraak, slagvaardigheid in de weg.

Als eerste stap in een nieuwe ontwikkeling wordt in Q4 2020 geëxperimenteerd met een agendacommissie voor de stuurgroep Keten Acute Psychiatrie, waarin ook de gemeente participeert.

Menzis is als dominante zorgverzekeraar in de regio vanuit strategisch partnerschap nauw betrokken bij ontwikkelingen in de acute keten en in de bredere context van psychisch kwetsbare burgers.

In oktober 2020 wordt in de stuurgroep Keten Acute Psychiatrie een herziene opzet voor 2021 besproken. Op geleide van specifieke ontwikkelingen of thema's kunnen werkgroepen worden samengesteld.

Ook de samenhang van diverse bestaande samenwerkingsafspraken, overleggen en nieuwe ontwikkelingen verdient aandacht (bijvoorbeeld Taskforce wachttijden, Overlegtafel hoog complexe casuïstiek, Actiecentrum veiligheid en zorg)

Voor een integrale benadering van de acute GGZ in de regio en om te komen tot een 7x24-uurs regionale crisisdienst met een bredere participatie, heeft een kerngroep van vier grote GGZ-aanbieders zich in 2018 verenigd, te weten INTER-PSY, UCP, VNN en Lentis.

Periodiek wordt over acute GGZ met SGGZ-aanbieders uit de regio afgestemd om hen van landelijk en regionale ontwikkelingen betreffende de acute GGZ op de hoogte te houden en om te monitoren op onderlinge verwachtingen.

Sinds 2017 bestaat periodiek ketenpartneroverleg getiteld 'CBL-monitoring overleg'. Dit gaat niet alleen over casuïstiek met betrekking tot de CBL, maar richt zich ook in bredere zin over de samenwerking tussen ketenpartners en acute GGZ. Zo nodig worden knelpunten vanuit dit overleg in beeld gebracht bij de stuurgroep Keten Acute Psychiatrie.

In het ROAZ Noord Nederland wordt zowel op tactisch als strategisch niveau geparticipeerd vanuit de Acute GGZ.

In het regionaal overleg WVGZ Groningen wordt geparticipeerd vanuit minstens de wettelijke ketenpartners WVGZ, maar ook nemen veel partners uit de brede keten hieraan deel. Hierin wordt de regionale samenwerking specifiek in het kader van uitvoering verplichte GGZ, zowel acuut als niet acuut, besproken.

In Q4 2020 wordt bij de start van de psycholance in Groningen een borgingsoverleg ingevoerd.

Tenslotte zijn diverse convenanten, (ook) gerelateerd aan de acute GGZ, in de regio afgesloten, zoals met DDG, VNN, RAV en politie.

Een aantal gemaakte afspraken, zoals het convenant met de politie en de gemaakte afspraken bij de start van de CBL, moeten in 2021 tegen het licht worden gehouden in relatie tot nieuwe ontwikkelingen. Bijvoorbeeld de WVGZ, de GMAP, Vervoer en mogelijke ontwikkelingen in het verlengde van de houtskoolschets acute GGZ. Dit wordt als speerpunt voor 2021 opgenomen.

Speerpunten en kritische randvoorwaarden voor 2021 in de brede keten:

1. Oriëntatie op mogelijke toekomstige ontwikkelingen in regio Groningen op basis van de houtskoolschets acute zorg van VWS. Deze is in de zomer van 2020 uitgebracht, hierop loopt tot 1 november 2020 een openbare internetconsultatie. Onze ambitie is om in 2021 een pilot in het verlengde van de houtskoolschets voor te bereiden. Over de richting en invulling hiervan is nader overleg met diverse ketenpartners nodig. Gedeeltelijk zou deze pilot in 2021 ingevuld kunnen worden met de betere inrichting van opname mogelijkheden met specifieke expertise somatiek/acute psychiatrie op mpu en somatische bedden van het UMCG.
2. Sociaalmaatschappelijke triage: secundaire preventie middels terugdringen recidive van crisissituaties, door oog te hebben voor de context waarin crises plaatsvinden. Specifiek aandacht besteden aan in standhoudende factoren en het arrangeren van juiste zorg en ondersteuning in geval er in een crisissituatie niet direct gespecialiseerde GGZ of somatische zorg nodig is. Dit in het verlengde van de pilot in Groningen. Hierbij een verbinding arrangeren van acute ggz met sociaal domein, bijvoorbeeld ook voor mogelijke opties na beoordeling als alternatief voor 'de straat op' (zie betreffende schema). Waar mogelijk preventief anticiperen ter voorkoming van crises: sociaal maatschappelijke triage en opvolging met benodigde (psychosociale) interventie bij signalen dat zaken niet goed gaan met psychisch kwetsbare burgers.
3. Mensen in crisis die een hoog veiligheidsrisico en ontwrichting of verstoring van bestaande voorzieningen veroorzaken. Relatie ketenveldnorm – project 3 Noord, actiecentrum Zorg en Veiligheid.

Kritische randvoorwaarden voor 2021 in de brede keten

- a) Evaluatie van een aantal samenwerkingsafspraken, zoals het convenant Politie Noord-Nederland district Groningen, Lentis en UCP in afstemming met de Regionale Ambulancevoorziening Groningen en GGD Groningen, oktober 2013 en de CBL-notitie.
- b) Inregelen van afspraken over IBS-WZD uitvoering en plaatsing in de regio voor mensen met VG problematiek.
- c) Inregelen van afspraken over IBS-WZD uitvoering en plaatsing in de regio voor mensen met PG problematiek.

Deel II. Beschrijving concrete afspraken over uitvoering acute GGZ-zorgverlening

Budgethouder en gevolmachtigde partijen(zorgaanbieders)

Lentis is aangewezen budgethouder voor regio Groningen.

UMCG/UCP is in 2020 volmachtpartij. Landelijk loopt nog overleg over de wijze waarop dit voor 2021 gestalte krijgt. De landelijke afspraken zullen leidend zijn. Wanneer landelijke afspraken te laat komen, wordt met Menzis overlegd hoe invulling te geven aan 2021 en worden in principe dezelfde opzet gehanteerd als in 2020.

2.1. Beschrijving uitvoering functies acute GGZ tot maximaal 3 dagen

Afbakening acute GGZ

Acute GGZ is beschikbaar voor de hulpverlening aan personen (18+) in een crisissituatie, waarvan het vermoeden bestaat dat zij een acute psychiatrische stoornis hebben (inclusief verslavingsproblematiek). De kenmerken van de persoon en zijn omgeving bepalen of sprake is van een crisis en wat de omvang van de crisis is. Als onderdeel van de Generieke Module Acute Psychiatrie (GMAP) hebben ketenpartijen landelijk een GGZ-triagewijzer ontwikkeld. De GGZ-triagewijzer is erop gericht dat in alle situaties passende hulp geleverd wordt. *In dit kader is de acute GGZ beschikbaar voor de algemene triage en de beoordeling/behandeling van patiënten getypeerd met urgentiegraad U2 tot en met U4.* Patiënten met urgentiegraad U5 worden doorgeleid naar de reguliere GGZ. Patiënten waarvan na triage wordt vastgesteld dat er geen sprake is van (acute) GGZ-problematiek maar waar toch sprake is van een hulpvraag, worden doorverwezen naar het hiervoor relevante loket (binnen de Zvw en/of de WMO).²¹

Dit deel 2 van het regioplan beschrijft de wijze waarop bovenstaande binnen regio Groningen praktijk is en nader wordt geïmplementeerd.

Hoe ziet de uitvoering van de acute GGZ-functies tot maximaal 3 dagen er in regio Groningen²² uit?

De eerste triage vindt plaats bij melder/verwijzer. Dit kan zijn Meldkamer Noord-Nederland en de huisartsen²³, GGD-arts dan wel andere SGGZ-instellingen of SEH/ziekenhuispsychiaters.

Wanneer iemand is aangehouden vanwege het plegen van een strafbaar feit buiten, op heterdaad, dan wel met name genoemde feiten uit het wetboek van Strafvordering in de politiecel terecht komt, wordt triage uitgevoerd door de forensisch arts van de GGD.

Is in de eerste triage iemand somatisch vrijgegeven, dan kan voor eventuele psychiatrische beoordeling een beroep worden gedaan op de crisisdienst van de GGZ of binnen het UMCG de psychiater van het UCP. Daarvoor wordt dan telefonisch contact opgenomen met de triagist van de crisisdienst (APH-triage).

Zie voor een uitgebreidere beschrijving van de toeleidingsroutes naar de acute GGZ de beschrijving in deel 1 en de daar opgenomen schema's.

²¹ https://www.ggzstandaarden.nl/uploads/site_products/17829d4660e4f2803b6ccfc9c5e75d8d.pdf

²² De regiogrenzen voor regio Groningen zijn landelijk bepaald. In de gemeenten op de grensvlakken van de regio zijn sommige verwijzers en cliënten meer gericht op zorgaanbieders in een naastgelegen regio en omgekeerd. Het kan zijn dat men zich in dat verlengde op een naastgelegen regio richt in geval van crisis. Aangezien er in de financiering geen toepassing van woonplaatsbeginsel is, kan de verwijzer - cliënt bediend worden door de regio waar men op dat moment aanklopt.

²³ In Avond-Nacht-Weekend (ANW-) uren Dokters Dienst Groningen (DDG)

a. Triage

Triage vindt plaats door verschillende organisaties in de keten, waarbij voor de crisisdienst van Lentis de specifieke normen gelden vanuit de GMAP. Een uitgangspunt is dat behandelaren overdag het eerste contact met hun patiënten hebben als deze acute zorg nodig heeft. Dit kan telefonisch of de patiënt kan op de werklocatie worden gezien. Als dat niet mogelijk is of er is outreachende zorg nodig, dan neemt de crisisdienst het over. Voor de FACT-doelgroep ligt dit bij de FACT-teams, voor de patiënten in zorg bij de afdeling Psychose van het UCP ligt dit ook bij het eigen team.

Buiten kantooruren kunnen alle patiënten en naastbetrokkenen, evenals meldkamer, politie en verwijzers, contact opnemen met Lentis. Voor meldkamer, politie en verwijzers is in 2020 een speciaal telefoonnummer bij de regionale crisisdienst ingevoerd. Patiënten die in zorg zijn bij het UCP nemen in geval van crisis contact op met de opnameverpleegkundige van het UCP.

De triagist is 24/7 binnen 5 minuten beschikbaar voor telefonische triage voor verwijzers. Triagisten zijn BIG-geregistreerde verpleegkundige met HBO werk- en denkniveau en hebben minimaal 2 jaar ervaring in de acute GGZ. Binnen Lentis wordt gewerkt met de GGZ-triagewijzer. De triagemedewerkers zijn hierin geschoold, evenals de opnameverpleegkundigen van het UCP.

Indien er vragen zijn met betrekking tot de triage, is consultatie mogelijk bij de psychiater van dienst.

De triagist van Lentis doet telefonische triage en heeft een consulterende functie naar ketenpartners.

Daarnaast is de triagist in staat om de-escalerende en ondersteunende contacten te hebben met patiënten en naastbetrokkenen van Lentis.

b. Beoordeling

De regionale crisisdienst is zodanig ingericht dat duale beoordeling plaatsvindt, tenzij hier beargumenteerd van af wordt geweken. Het beoordelingsteam van Lentis bestaat, uit SPV, GGZ-VS, A(N)IOS en minimaal een psychiater als achterwacht. Er zijn tot maximaal 3 beoordelingsteams, waarbij de keuze voor aanwezigheid of bereikbaarheid in de diensten wordt afgestemd op het gemiddeld aantal beoordelingen per dagdeel en doelmatigheid van de inzet. Met deze bezetting kan de hele regio worden bediend en is tijdige beoordeling gegarandeerd. De inrichting van de MDS is nog niet zover dat de standaard duale beoordeling volledig zichtbaar kan worden gemaakt. In de praktijk wordt dit minstens op eindniveau voor implementatie (90%) gerealiseerd. Bij de SEH van het UMCG, bij de UCP Spoedpoli en Acute Dagbehandeling beoordeelt het UCP. Beoordelingen op de SEH van het UMCG, de spoedpolikliniek op het UCP en de Acute Deeltijdbehandeling van het UCP worden gedaan door een arts-assistent en een psychiater van het UCP. Voor de crisisfunctie van patiënten met een psychiatrische stoornis en somatische co-morbiditeit is op de SEH van het UMCG een Critical Decision Unit (prikkelarme faciliteit voor patiënten met een psychiatrische stoornis) ingericht. Bij de SEH van het Martini Ziekenhuis beoordeelt de ziekenhuispsychiater duaal met een VS/Arts van het Martini Ziekenhuis.

De start van de beoordeling binnen een uur van 90% van de personen met een U2 en binnen vier uur van de personen met een U3 kan worden gerealiseerd, mede doordat er - wanneer nodig voor tijdige duale beoordeling - meerdere beoordelingsteams zijn en doordat gestuurd kan worden op beoordeling op de CBL in plaats van outreachend als de urgentie (of de wenselijke condities voor het uitvoeren van de beoordeling) dit vraagt. Ook hierbij geldt dat de inrichting van de MDS nog niet zover is, dat dit voldoende zichtbaar kan worden gemaakt. Ook maakt de vertraagde scholing van triagisten (als gevolg van Corona), dat het juist scoren op urgentie pas in de loop van 2020, na de basisscholing in Q2/Q3, in een verbetercyclus komt.

De beoordelingen die het UCP op locatie UMCG doet, vinden ook binnen de gestelde normtijden plaats. De hulpverleners die de beoordelingen uitvoeren zijn conform de vereisten binnen dat tijdsvenster op locatie UMCG aanwezig. Beoordelingen die ziekenhuispsychiaters van het Martiniziekenhuis op de SEH van het Martiniziekenhuis doen, kunnen tijdig worden uitgevoerd, aangezien zij conform de vereisten van de ziekenhuispsychiatrie binnen een uur ter plekke moeten kunnen zijn.

Verslavingszorg Noord-Nederland en andere (kleinere) verslavingszorgaanbieders in de regio, hebben geen eigen crisisdienst. Er zijn ook geen crisisbedden in en voor de regio beschikbaar. Wel zijn er afspraken over 7x24-uurs consultatiemogelijkheid van een verslavingsarts en is er een bureaudienst en bereikbaarheid verslavingsarts 24/7 in verband met de continuïteit van zorg en eventuele opschaling van zorg van eigen cliënten.

Uitgangspunt in de generieke module is dat mensen zoveel mogelijk thuis worden beoordeeld. Hierin zijn een aantal uitzonderingssituaties beschreven op basis waarvan afwijking is aangewezen, welke ook in regio Groningen worden opgevolgd.

c. Beoordelingslocaties

De crisisbeoordelingslocatie (CBL) bevindt zich op het terrein van Lentis in Groningen aan de Hereweg. Deze voldoet aan de gestelde voorwaarden voor beoordeling zoals opgenomen in de GMAP.

De weging of beoordeling in de thuissituatie, bij de SEH of bij de beoordelingslocatie (CBL Groningen) plaatsvindt, wordt door de APH-triage in samenspraak met verwijzer/melder en cliënt/diens naasten gemaakt, waar nodig in samenspraak met het crisisbeoordelingsteam.

Aan de norm "Minimaal 90% van de beoordelingen vindt plaats ofwel in de thuissituatie (inclusief beschermd wonen, maatschappelijke opvang of andere locaties die de persoon in crisis als 'thuis' beschouwt), ofwel op een crisisbeoordelingslocatie die aan de voorwaarden voor beoordeling voldoet" voldoet Groningen.

Door de nabijheid van de HIC Groningen, is directe opschaling in het kader van zorg mogelijk. Bij het UMCG is door goede samenwerkingsafspraken met de Acute Opname afdeling van het UCP directe opschaling van zorg mogelijk.

De zorg in de eerste 72 uur

De functie IHT is 7 dagen per week beschikbaar en daarnaast tijdens werkdagen in specifieke vorm ITB (intensieve thuisbehandeling) voor ouderen. Lentis streeft naar modelgetrouwheid voor de IHT-organisatie conform het handboek IHT (Tijdstroom 2016), maar maakt, waar passend gezien de lokale/regionale inbedding, een aanpassing op het model. Het IHT-team is in ontwikkeling qua modelgetrouwe uitvoering.

Naast de IHT-teams bieden poliklinieken en FACT- en regioteams van Lentis de mogelijkheid tot opschaling van zorg. Ook van andere GGZ-aanbieders wordt preventief anticiperend crisisbeleid verwacht.

Zie hiervoor de eerdere tekst met betrekking tot cliënten reeds in zorg en de begrippen continuïteit van zorg, opschaling van zorg en crisiszorg. De aanbieders van met name planbare SGGZ kunnen geen IHT/ITB of FACT-zorg bieden. Wanneer een dergelijke opschaling aan de orde is vindt afstemming met Lentis (of in geval vooropstaande verslavingsproblematiek met VNN) plaats.

Met inzet van **Intensive Home Treatment (IHT) of bij ouderen Intensieve ThuisBehandeling (ITB)** wordt bij indicatie voor acute psychiatrische hulpverlening gekeken of met intensieve ambulante inzet de crisissituatie in de thuissituatie kan worden opgelost.

Pas wanneer dat niet volstaat volgt, conform de opname criteria van de HIC, een eventuele crisisopname op een **High Intensive Care (HIC)**. Lentis heeft HIC-afdelingen in Groningen en Winschoten en een acute opnamemogelijkheid in Zuidlaren voor ouderen.

Het UCP biedt 24/7 acute psychiatrische opnamemogelijkheid, in goede afstemming met Lentis. Voor cliënten met combinaties van acute psychiatrische problematiek en somatische morbiditeit, al dan niet met bijkomende gedragsproblematiek, wordt eveneens acute beoordeling en een acuut psychiatrische opname en behandeling geboden.

Het UCP heeft tijdens kantooruren een spoedpoli waar na telefonische aanmelding door de huisarts of instelling dagelijks patiënten kunnen worden beoordeeld. Na beoordeling wordt samen met de patiënt de best passende vervolgbehandeling georganiseerd. Het UCP kan op kantoordagen Acute Deeltijdbehandeling bieden, de spoedpoli biedt dagelijks individuele behandelcontacten indien nodig en houdt daarbij nauw contact met de verwijzer. Outreachende hulpverlening is beperkt mogelijk. De academische centra zullen geen IHT-behandeling gaan bieden. Samenwerking met de IHT van Lentis kan geïntensiveerd worden.

Voor wat betreft opname na een crisisbeoordeling binnen de eigen regio, voldoet Groningen met de mogelijkheden voor crisisplaatsing bij Lentis en UCP aan de norm van 90%.

Voor cliënten met acuut psychiatrische klinische zorgbehoefte en somatische co-morbiditeit, is beoordeling en acute plaatsing- en behandelbaarheid bij het UCP mogelijk. Op de SEH van het UMCG is een Critical Decision Unit (een prikkelarme faciliteit voor patiënten met een psychiatrische stoornis) ingericht. Voor

patiënten met een psychiatrische stoornis en co-morbide somatische ziekte wordt in 2021 een Medisch Psychiatrische Unit (MPU) binnen het UMCG gerealiseerd en om een goede keten voor deze patiënten te borgen ook zogenaamde somatische bedden binnen het UCP. Daarnaast wordt door het UCP, zoals ook elders bij Universitaire Medische Centra voor psychiatrie gewerkt aan de totstandkoming van een Academische HIC, waar hooggespecialiseerde universitaire zorg wordt geboden, vaak een combinatie van acute psychiatrische zorg en somatische zorg.

In de regio waren acute GGZ-aanbieders en verslavingszorg aanbieders voorheen unaniem van mening dat realiseren van de in de generieke module acute psychiatrie genoemde uitslaap- of observatiebedden bij de verslavingszorg geen toegevoegde waarde hebben. Daar wordt inmiddels anders over gedacht. Er is nadrukkelijk sprake van een hiaat.

Wanneer in combinatie met middelengebruik er een somatische reden is (i.v.m. intoxicatie, gewond geraakt o.i.d.) om iemand op te nemen, is SEH/ algemeen ziekenhuis daarvoor de passende plek.

Wanneer in combinatie met middelengebruik iemand agressief is, is de politie/het cellencomplex de passende plek, indien somatisch verantwoord. Moet iemand somatisch onderzocht worden en iemand is agressief en onder invloed, dan kan de politie op verzoek van de ambulance, deze assisteren om hun veiligheid te borgen.

Wanneer al het bovenstaande niet van toepassing is, en iemand kan niet naar huis, dan is een plek in de maatschappelijke opvang mogelijk. Zoals eerder in deel 1 van dit regioplan genoemd, is het landelijk beleid van de politie dat alleen in geval van (verdenking op) strafbare feiten iemand meegenomen kan worden naar het cellencomplex. In de keten moet aandacht worden besteed aan wat dit betekent voor regio Groningen.

Een werkgroep gaat zich over bovenstaande buigen, zo is bij de actualisatie van het regioplan 2020 afgesproken.

2.2 Contractafspraken tussen budgethouder en gevolmachtigde partijen

Dit is momenteel landelijk nog in discussie hoe het er voor 2021 uit komt te zien, de landelijke afspraken worden afgewacht. Wanneer landelijke afspraken te laat komen, wordt met Menzis overlegd hoe invulling te geven aan 2021 en in principe dezelfde opzet gehanteerd wordt als in 2020.

2.3 Kwaliteitsafspraken

De afspraken op de implementatienormen van de GMAP voor 2021 worden hieronder samengevat:

Triage:

De beschreven GGZ-triagefunctie is 24/7 binnen 5 minuten beschikbaar voor telefonische triage. De GGZ-triagist is een BIG-geregistreerde verpleegkundige, met minimaal HBO werk- en denkniveau en minimaal twee jaar ervaring in de acute GGZ, die een opleiding heeft doorlopen om de GGZ-triagewijzer te hanteren. Indien nodig raadpleegt de GGZ-triagist de (achterwacht)psychiater.

Beoordelen:

90% van de beoordelingen worden duaal uitgevoerd. Passend bij de situatie wordt het duale team samengesteld uit een arts, SPV, VS en psychiater. De achterwacht wordt te allen tijde door de psychiater ingevuld en is indien nodig snel ter plaatse. Duale beoordeling is de standaard, tenzij hier beargumenteerd van afgeweken wordt.

90% van de meldingen is tijdig gestart met beoordelen conform de getrieerde urgentie op U2 (binnen een uur) of U3 (binnen 4 uur). De tijdigheid kan worden gerealiseerd door de inzet van meerdere beoordelende teams en door de mogelijkheid om te beoordelen op het CBL in plaats van outreachend, wanneer de urgentie of de wenselijke condities voor het uitvoeren van de beoordeling dit vragen. Beoordelingen op de SEH van het UMCG, de spoedpolikliniek op het UCP en Acute Deeltijdbehandeling worden gedaan door een arts-assistent en psychiater van het UCP. Op de SEH van het Martini ziekenhuis beoordeelt de ziekenhuispsychiater duaal met VS/arts van het Martini ziekenhuis.

Wanneer wenselijk kan 24/7 een beroep worden gedaan op consultatie verslavingsarts VNN.

Beoordelingslocatie:

De crisisbeoordelingslocatie (CBL) bevindt zich op het terrein van Lentis in Groningen aan de Hereweg. Deze voldoet aan de gestelde voorwaarden voor beoordeling zoals opgenomen in de GMAP.

De weging of beoordeling in de thuissituatie, die bij de SEH of bij de beoordelingslocatie (CBL Groningen) plaats vindt wordt door de APH-triage in samenspraak met verwijzer/melder en cliënt/diens naasten gemaakt, waar nodig in samenspraak met het crisisbeoordelingsteam.

Aan de norm "Minimaal 90% van de beoordelingen vindt plaats ofwel in de thuissituatie (inclusief beschermd wonen, maatschappelijke opvang of andere locaties die de persoon in crisis als 'thuis' beschouwt), ofwel op een crisisbeoordelingslocatie die aan de voorwaarden voor beoordeling voldoet" voldoet Groningen.

Voor ontvangst van mensen die voor beoordeling naar de CBL komen wordt gezorgd door aanwezig personeel op de CBL dan wel door in de nabijheid aanwezig personeel van de acute zorg. In benodigde opschaling kan worden voorzien door de nabijheid van de HIC. Bij het UMCG is door goede samenwerkingsafspraken met de Acute Opname afdeling van het UCP directe opschaling van zorg mogelijk.

De zorg in de eerste 72 uur:

Voor wat betreft opname na een crisisbeoordeling binnen de eigen regio, voldoet Groningen met de mogelijkheden voor crisisplaatsing bij Lentis en UCP aan de norm van 90%.

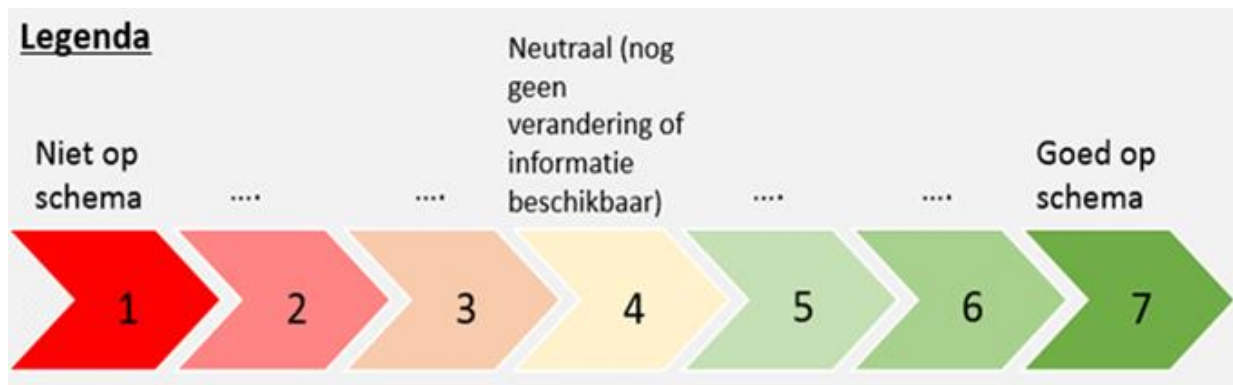
Er is voldoende personele capaciteit om na aanmelding van de patiënt door het beoordelingsteam, indien nodig, opnamevoorkomende zorg in de thuissituatie te verlenen. Zie voor de nadere uitwerking van het zorgaanbod in de eerste 72 uur hoofdstuk 2.1.

Borging

Aan de hand van een monitorschema wordt ieder kwartaal gekeken naar de voortgang op de prestatieafspraken voor implementatie van de normen, mede aan de hand van de Minimale DataSet.

Te hanteren format voor de implementatie

| Thermometer datakwaliteit tbv meten normen en MDS | | Q1 2021 | Q2 2021 | Q3 2021 | Q4 2021 | |
|---|--|---------|---------|---------|---------|---------------------|
| Nr. | Normen GMAP | Q1 2021 | Q2 2021 | Q3 2021 | Q4 2021 | (fictief) op schema |
| 1 | De GGz – triagefunctie is 24/7 binnen 5 minuten beschikbaar voor telefonische triage. | | | | | |
| 2 | De GGz-triagist is een BIG-geregistreerde verpleegkundige met minimaal HBO werk- en denkniveau, met minimaal 2 jaar ervaring in de acute psychiatrie, die een opleiding heeft doorlopen om de GGz-triagewijzer te hanteren. Indien nodig consulteert de triagist een psychiater. | | | | | |
| 3 | De beoordeling vindt duaal plaats. *Passend bij de situatie wordt het duale team samengesteld. Dit team bestaat uit twee van de volgende disciplines: Een arts (AIOS of ANIOS), een HBO-opgeleid verpleegkundige met minimaal twee jaar ervaring in de acute GGz en relevante bijscholing (bijvoorbeeld een SPV) of een verpleegkundig specialist GGz** en/of een psychiater. De achterwacht wordt te allen tijde door de psychiater ingevuld. | | | | | |
| 4 | Als de psychiater tijdens de beoordeling geen deel uit maakt van het beoordelingsteam, werkt het beoordelingsteam nauw samen met de psychiater, die als achterwacht telefonisch bereikbaar is en indien nodig snel ter plaatse is. | | | | | |
| 5 | Bij ten minste 90% van de personen met U2 op psychiatrische kenmerken wordt de crisisbeoordeling binnen één uur na de psychiatrische triage gestart. Voor personen met U3 geldt dat bij tenminste 90% binnen vier uur de crisisbeoordeling gestart is. | | | | | |
| 6 | De crisisbeoordelingslocatie is 24/7 beschikbaar, is patiëntvriendelijk en beschikt over patiëntvriendelijke spreekkamers. De ruimte beschikt over faciliteiten voor basaal lichamelijk onderzoek. Indien de crisisbeoordelingslocatie niet beschikt over mogelijkheden voor directe opschaling van zorg (conform Wet BOPZ/Wvggz), is in geval van nood overplaatsing naar een locatie waar directe opschaling van zorg beschikbaar is, georganiseerd. | | | | | |
| 7 | Aanwezigheid van personeel op in ieder geval één crisisbeoordelingslocatie in de regio is 24/7 georganiseerd | | | | | |
| 8 | Minimaal 90% van de beoordelingen vindt plaats ofwel in de thuissituatie, ofwel op een crisisbeoordelingslocatie die aan de voorwaarden voor beoordeling voldoet (zoals omschreven in de paragraaf 'Diagnostiek: Persoon wacht thuis of vervoer naar locatie' in de GMAP). Onder de thuissituatie valt ook beschermd wonen, de maatschappelijke opvang en andere locaties die de persoon in crisis als 'thuis' beschouwt. | | | | | |
| 9 | In 90% van de gevallen moet een patiënt die moet worden opgenomen na een crisisbeoordeling, direct binnen de eigen regio kunnen worden opgenomen. | | | | | |
| 10 | De ggz-instelling beschikt over voldoende personele capaciteit om na aanmelding van een patiënt door het beoordelingsteam, in dien nodig opname voorkomende zorg in de thuissituatie te kunnen verlenen. Deze onplanbare zorg moet kunnen starten op dezelfde dag als de beoordeling of, bij een late beoordeling, de volgende ochtend. | | | | | |



Ondanks goede intenties, is de praktijk weerbarstiger dan papier. Zeker op de grensvlakken zal het nog wel eens schuren. Daarom borgen we de gezamenlijke ambitie met een evaluatie/verbetercyclus.

We volgen aandachtig of we in de geest van deze uitgangspunten werken. Als dat nog onvoldoende het geval blijkt te zijn, spreken we elkaar daarop aan en maken we zo nodig aanvullende afspraken.

Dit doen we binnen de verschillende overlegvormen gerelateerd aan de keten acute GGZ, zoals weergegeven in paragraaf 1.2 en bij de jaarlijkse evaluatie van het regioplan.

Wanneer zich een casus voordoet waarbij verschil van inzicht is tussen ketenpartners over de uitvoering van de samenwerkingsafspraken of als er sprake is van een niet voorzien knelpunt, wordt dit expliciet geagendeerd.

Vanzelfsprekend is omtrent incidentele casuïstiek zo nodig tussentijds contact.

Speerpunten en kritische randvoorwaarden voor de acute GGZ 2021

1. Acute verslavingszorg.
2. Continuïteit van zorg in relatie tot crisiszorg: evaluatie op gebruik en het ontsluiten van signaleringsplan, crisiskaart, zorgkaart met een streven naar uniformiteit.

Kritische randvoorwaarden voor 2021 voor de acute GGZ

- a) PDCA implementatie GMAP normen en monitoring met MDS.
- b) Verdere uitwerking van de toekomstige opzet van de regionale crisisdienst.