Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd
Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Crisisdiensten in de zorgketen van de acute geestelijke gezondheidszorg

Toezicht 2017 – 2018

Aanleiding

De crisisdienst is een belangrijke schakel in de acute ggz keten. Om meerdere redenen heeft de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd besloten toezichtsbezoeken aan crisisdiensten af te leggen in de periode september 2017 – mei 2018. Deze redenen waren:

- bevindingen vanuit inspectietoezicht;
- de ontwikkelingen rondom de zorg voor personen met verward gedrag;
- en de in maart 2017 vastgestelde, maar nog niet geïmplementeerde, generieke module Acute Psychiatrie.[1]

Vanaf medio 2015 is er grote maatschappelijke aandacht voor de opvang, hulpverlening en ondersteuning van kwetsbare mensen en in het bijzonder mensen met verward gedrag. In opdracht van de Vereniging Nederlandse Gemeenten, het Ministerie van Justitie en Veiligheid en het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (hierna: VWS) is vervolgens het 'aanjaagteam verwarde personen' van start gegaan. De werkzaamheden van het aanjaagteam zijn voortgezet door het Schakelteam voor personen met verward gedrag. In 2017 en 2018 is het Schakelteam aan de slag gegaan om ervoor te zorgen dat overal in Nederland een goed werkende aanpak komt voor mensen met verward gedrag.
Niet bij alle personen met verward gedrag is sprake van een (vermoeden van een) psychiatrische stoornis. Naar schatting speelt bij zo'n 40 tot 60% van de personen met verward gedrag de aanwezigheid of een sterk vermoeden van psychiatrische problematiek in het heden of verleden (bekendheid met ggz) een rol.[2] Deze personen kunnen in crisissituaties te maken krijgen met de acute zorgketen van de ggz.
VWS heeft in 2015 de belangrijkste risico's voor patiënten in deze keten laten inventariseren. Ook MIND deed hiernaar onderzoek.[3] De belangrijkste risico's hadden betrekking op overdrachtsmomenten, de opvolging van een crisismelding, het inschatten van de crisis, de bereikbaarheid van instanties en criteria voor opname of zorg thuis. Deze knelpuntenanalyse was de belangrijkste aanleiding om een generieke module Acute Psychiatrie te ontwikkelen. Deze module beschrijft de inhoud en de organisatie van hulpverlening voor personen in een crisissituatie en is een standaard voor hulp aan personen in een crisissituatie waarbij sprake is van (een vermoeden van) psychiatrische problematiek. De generieke module vormt hiermee een onderdeel van de verbetering die partijen inzetten in de zorg, opvang en ondersteuning voor verwarde personen.
Een analyse van meldingen die bij de inspectie zijn gedaan waarbij een crisisdienst was betrokken, onderstreepte de hierboven genoemde risico's. Tevens bleek uit deze analyse dat het onvoldoende betrekken van familie en andere naasten, personeelsgebrek, beperkte deskundigheid en het onvoldoende naleven van de meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling risicofactoren waren.

[1] https://www.ggzstandaarden.nl/generieke-modules/acute-psychiatrie

[2] Koekkoek B. Verward in Nederland: hoe we omgaan met mensen met psychische stoornissen. Lannoo, 1ste druk 2017.

[3] Monitor crisiszorg in de GGZ: Een peiling onder mensen met een psychische aandoening en naastbetrokkenen over de veranderingen in de crisiszorg, nazorg en preventie. Landelijk Platform GGz, juni 2016.

Doel en effect van toezicht

Het doel was om door toezicht te toetsen of crisisdiensten op basis van de huidige (veld)normen werken. Een ander doel was te stimuleren dat conform de generieke module Acute Psychiatrie wordt gewerkt, afhankelijk van de voortgang van het implementatieproces.
Het beoogd effect van het toezicht was dat personen die in crisis zijn met een (vermoeden van een) psychiatrische stoornis, een adequate beoordeling, aanbod van interventies, triage en zo nodig verantwoord vervoer krijgen, waarbij de betrokken crisisdienst-medewerkers effectief communiceren en de juiste personen betrekken bij en tijdens het crisiscontact.

Selectie bezoeken en toetsingen

De selectie van de bezochte crisisdiensten was vooral gebaseerd op:

- informatie uit meldingen aan de inspectie;
- nieuwe initiatieven om de crisisdienst anders in te richten;
- de grootte van het verzorgingsgebied, waarbij tevens werd gestreefd naar een afspiegeling van zowel voor een stedelijk als een plattelandsgebied.

Op basis hiervan zijn 14 instellingen geselecteerd[4] en van elk van deze instellingen is één crisisdienst bezocht (op één locatie). Vanwege het aantal inspectiebezoeken kunnen de uitkomsten van deze toezichtronde niet als representatief worden gezien voor het functioneren van alle crisisdiensten in Nederland. De andere crisisdiensten kunnen echter wel leren van de uitkomsten van deze bezoekronde. De inspectie maakt daarom met deze rapportage de geaggregeerde bevindingen uit deze bezoeken openbaar.

Tijdens de uitvoering van het toezicht is gesproken met sociaal psychiatrisch verpleegkundigen, verpleegkundig specialisten, artsen, psychiaters en management. Een ander onderdeel van de toezichtsbezoeken was het inzien van patiëntendossiers. Tevens zijn tijdens deze bezoeken de medicijnvoorraad/'de dokterstas' geïnspecteerd.

Bezoekinstrument

De generieke module Acute Psychiatrie was nog niet geïmplementeerd en kon daarom niet dienen als basis voor de te toetsen normen. Om het toezicht gericht op de acute ggz zorgketen en de crisisdiensten in het bijzonder vorm te geven, toetste de inspectie aan reeds bestaande normen, richtlijnen en protocollen. Het accent lag op veldnormen die betrekking hadden op uit (inspectie)onderzoek bekende knelpunten. Deze normen zijn ondergebracht in de volgende toezichtthema's:

- bereikbaarheid van de crisisdienst;
- inschatting/beoordeling van een crisissituatie;
- crisisinterventies ter plaatse;
- communicatie/verantwoordelijkheidsverdeling;
- triage;
- doorverwijzing en vervoer;
- betrekken van naasten;
- deskundigheid en scholing;
- Meldcode kindermishandeling en huiselijk geweld, inclusief kindcheck;
- inzet bij asielzoekerscentra.

Resultaten

Alle 14 crisisdiensten zijn bezocht door twee of drie inspecteurs. De resultaten van alle bezoeken zijn op de volgende bladzijden weergegeven. Per bezoek is een rapport opgesteld dat via de website van de inspectie is gepubliceerd.[5]

Samenvatting

In deze toezichtronde heeft de inspectie zich op 14 crisisdiensten gericht. Daarom kunnen de resultaten niet als representatief worden beschouwd voor alle crisisdiensten in Nederland. De resultaten van deze toezichtronde laten zien dat de bezochte crisisdiensten over het algemeen voldoen aan de huidige veldnormen om goede en veilige zorg te bieden. De inspectie zag geen reden handhavingsmaatregelen te treffen en gaat ervan uit dat de raden van bestuur en het management van de crisis-diensten op basis van de inspectiebevindingen voortvarend de zorg verder verbeteren. Wel zijn instellingen gevraagd verbetermaatregelen te treffen. Verbeteringen kunnen in het bijzonder worden doorgevoerd in het medicatiebeleid, het scholingsbeleid, het melden van incidenten in de zorg en het naleven van de Meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling. Een goede implementatie van de generieke module Acute Psychiatrie kan de kwaliteit van zorg nog verder verbeteren. De implementatie van deze module wordt een uitdaging, in het bijzonder omdat het grote veranderingen van de organisatie en van de inhoud van de zorg inhoudt. Ook het dreigend tekort aan medewerkers in de crisisdienst kan de kwaliteit van zorg in de toekomst bemoeilijken.

Conclusie

5 van de 14 bezochte crisisdiensten voldeden geheel aan de huidige (veld)normen om verantwoord goede en veilige zorg te bieden. Richtlijnen, protocollen en werkinstructies waren op orde en medewerkers van de crisisdienst konden hiermee uit de voeten. Crisisdiensten waren goed bereikbaar en de beschikbaarheid van deskundige medewerkers was kwalitatief en kwantitatief op orde. Opleidings- en (bij)scholingsfaciliteiten waren aanwezig, de medicatieveiligheid was geborgd en er werd adequaat gecommuniceerd met ketenpartners.

[4] Bij deze selectie is uitgegaan van 25 grote ggz-instellingen die 7x24 uurs crisisdienst verzorgen. Een aantal van deze instellingen heeft meerdere – regionaal werkende – crisisdiensten.

[5] www.igj.nl

De andere 9 bezochte crisisdiensten voldeden grotendeels aan de huidige (veld)normen om verantwoord kwalitatieve en veilige zorg te bieden. Verbeteringen waren in het bijzonder nodig op het gebied van de medicatieveiligheid. Daarnaast verdiende het scholingsbeleid voor medewerkers van de crisisdienst meer aandacht en op het werk van de crisisdienst afgestemde richtlijnen, protocollen en werkinstructies dienden beter te worden gebruikt. Tevens dienden incidenten in de patiëntenzorg intern beter te worden gemeld. Ook moest beter volgens de Meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling worden gewerkt, zowel wat betreft signalering, het volgen van het stappenplan, de interne procedures als de registratie van de handelingen. Verder was het van belang het vervoer van patiënten beter te organiseren om de veiligheid en continuïteit hiervan te borgen.

Handhaving

De inspectie heeft de raden van bestuur van negen instellingen gevraagd verbetermaatregelen te treffen. De resultaten van het toezicht gaven het management van de crisisdiensten voldoende handvatten de zorg verder te verbeteren. Daarnaast waren al verschillende verbeteracties ingezet. Bij geen enkele crisisdienst waren de tekortkomingen zo ernstig dat de kwaliteit en veiligheid van de zorg in het geding waren. De inspectie zag daarom geen aanleiding om nadere handhavingsmaatregelen te treffen.

Vervolgacties inspectie

De inspectie blijft het functioneren van de acute ggz keten volgen. Vooral nadat de implementatie van de generieke module Acute Psychiatrie is ingevoerd. De inspectie zal crisisdiensten (on)aangekondigd blijven bezoeken.

Wat verwacht de inspectie van zorgaanbieders en andere betrokkenen?

De inspectie rekent op de inzet van betrokken partijen om de organisatie en de inhoud van de hulpverlening aan personen in een crisissituatie verder te verbeteren. Hierbij is de implementatie van de generieke module Acute Psychiatrie van cruciaal belang en richtinggevend voor de toekomst. Dit is in het bijzonder van belang omdat de beperkte specifieke veldnormen die nu gangbaar zijn, worden vervangen door normen die een eenduidige inhoud en organisatie van de crisisdiensten vereisen. Dit vraagt nog veel inspanningen van diverse partijen. De financiering moet op orde zijn, de regionale samenwerking moet z'n beslag krijgen, vervoersinitiatieven die gesubsidieerd werden moeten, indien ze succesvol zijn, structureel ingezet kunnen worden. Daarnaast moet blijken in hoeverre de generieke module uitvoerbaar is, bijvoorbeeld wat betreft de aanrijtijden voor crisisdiensten die een meer stedelijk gebied bedienen of voor crisisdiensten die vooral in een plattelandsgebied werkzaam zijn. Ten slotte kan het dreigend tekort aan beroepsbeoefenaren de implementatie van de generieke module bemoeilijken.
Verder is de inspectie zich er van bewust dat de inwerkingtreding van de Wet verplichte ggz (Wvggz) met ingang van 1 januari 2020, van invloed zal zijn op de werking van de acute ggz keten en andere betrokken ketenpartners.

De resultaten

Richtlijnen, protocollen en werkinstructies gaven richting aan het werk van de crisisdienst

Alle crisisdiensten hadden richtlijnen, protocollen en werkinstructies die bij de medewerkers bekend waren en waarnaar werd gehandeld. Alle documenten waren digitaal beschikbaar en veelal ook te raadplegen tijdens huisbezoeken via een laptop of tablet. Bij tien van de veertien crisisdiensten werden deze documenten periodiek geactualiseerd en opnieuw onder de aandacht gebracht van de medewerkers. De richtlijnen, protocollen en werkinstructies van de andere vier crisisdiensten werden minder consequent geactualiseerd of waren nog gedeeltelijk in ontwikkeling. Volgens veel medewerkers zit de werkwijze van de crisisdienst 'in het hoofd' en is het raadplegen van protocollen en richtlijnen nauwelijks nodig.

Personele bezetting van crisisdiensten veelal op orde, maar kwetsbaar

De gewenste bezetting van de crisisdiensten binnen en buiten kantooruren kon over het algemeen worden gerealiseerd. De voorwachtfunctie werd altijd vervult door een sociaal psychiatrisch verpleegkundige, soms samen met een arts in opleiding (AIOS) of een arts niet in opleiding (ANIOS). De achterwachtfunctie werd bij alle crisisdiensten vervult door een psychiater. Drie van de 14 crisisdiensten gaven aan moeite te hebben om per dienst voldoende medewerkers in te roosteren. Alle crisisdiensten gaven aan te kampen met een dreigend tekort aan sociaal psychiatrisch verpleegkundigen en psychiaters. Vacatures waren moeilijk in te vullen. Als mogelijke oorzaak gaven medewerkers aan dat veel psychiaters als ZZP-er werkten en geen (nacht)diensten draaien. Ook de afname van het aantal AIOS'en en ANIOS'en werd als oorzaak benoemd.

Deskundige en ervaren medewerkers in de crisisdienst

De medewerkers van de crisisdienst waren over het algemeen zeer ervaren in hun vak. Het viel de inspectie op dat verjonging enigszins achter bleef, in het bijzonder bij de sociaal psychiatrisch verpleegkundigen. Elf van de veertien crisisdiensten beschikten over opleidingsplannen en een passend scholingsbeleid voor het werk in de crisisdienst. Er werd toenemend gebruik gemaakt van E-learning modulen. Tevens waren er mogelijkheden voor intervisie en supervisie. Drie van de veertien crisisdiensten boden een meer algemeen (bij)scholingsprogramma aan. Bij een van deze drie stond het scholingsaanbod onder druk wegens bezuinigingen. Veel voorkomende deskundigheidsbevordering was gericht op suïcidepreventie, agressieregulatie, gespreks-technieken en het toepassen van de Meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling.

De bereikbaarheid en beschikbaarheid van de crisisdienst geborgd

Alle crisisdiensten waren 7 x 24 uur beschikbaar en bereikbaar. Verwijzers buiten kantooruren waren in het bijzonder huisartsen, huisartsenposten, politie, soms ook ziekenhuizen (artsen van de Spoed Eisende Hulp) en beschermende woonvormen.

Beoordeling van persoon in crisis gebeurde systematisch en op diverse beoordelingslocaties

De GGZ Triagewijzer[6] die op basis van de generieke module Acute Psychiatrie is ontwikkeld om de urgentie van een crisisinterventie te bepalen, werd bij vier van de veertien crisisdiensten getest en daarna toegepast. Ook een aantal andere crisisdiensten gebruikten de triagewijzer al als hulpmiddel. De beoordeling van een persoon in crisis toonde een divers beeld. Een aantal diensten gaven er de voorkeur aan de beoordeling op een beoordelingslocatie van de crisisdienst te doen, andere diensten legden voor de beoordeling vooral huisbezoeken af en bij een aantal was het vooral afhankelijk van de situatie waarin de te beoordelen persoon verkeerde.

De beoordeling gebeurde in eerste instantie door de voorwacht. De meeste crisisdiensten hadden een werkwijze met twee voorwachten. Hoewel daar in drukke tijden of bij bekenden patiënten ook wel van werd afgeweken en de beoordeling door één voorwacht gebeurde. Daarnaast werd altijd op basis van de verwijsinformatie ingeschat of er een zodanig gevaarlijke situatie kon zijn dat de politie moest worden ingeschakeld.

In bijna alle gevallen werd (telefonisch) overleg gevoerd met de psychiater (achterwacht) om het beleid te bepalen. De achterwacht kwam altijd ter plaatse indien de voorwacht dat raadzaam vond en in ieder geval indien de beoordeling zou kunnen leiden tot een inbewaringstelling.

Een probleem dat bij verschillende crisisdiensten speelde was dat bij meerdere gelijktijdige meldingen de regionaal afgesproken aanrijdtijd niet altijd werd gehaald. Dat gold in het bijzonder indien één psychiater als achterwacht beschikbaar was voor een groot plattelandsgebied.

Veel oog voor de 'kindcheck' tijdens crisiscontacten, de Meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling verdiende meer systematische aandacht[7]

Over het algemeen werd de kindcheck voldoende toegepast bij een crisiscontact met een nieuwe patiënt. Het herhalen van een kindcheck indien zich een nieuwe crisis voordoet bij een bekende patiënt (zijn de kinderen veilig, wie zorgt voor hen) was nog niet overal gemeengoed. Ook was er onvoldoende systematische aandacht voor signalen van andere vormen van geweld, zoals partnergeweld. De verschillende systemen van elektronische patiëntendossiers waren niet alle even overzichtelijk in het registeren en terugvinden van informatie met betrekking tot het werken volgens de Meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling. De systematiek van 'de vijf stappen' die de Meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling beschrijft werd bij 5 van de 14 crisisdiensten nauwelijks gevolgd. Het ontbrak aan het (herhaald) uitvoeren van de kindcheck, het systematisch in kaart brengen van signalen, het bepalen of hulp moet worden georganiseerd of dat er een melding moest worden gedaan bij Veilig Thuis, en wie daarvoor verantwoordelijk was. De verantwoordelijkheden binnen de organisatie (welke functionarissen verantwoordelijk zijn voor welke stappen) waren niet altijd conform het model van de Meldcode vastgelegd.

Betrekken van familie en/of naasten bij crisisbeoordeling altijd onder de aandacht

Alle medewerkers van de crisisdiensten betrokken, indien mogelijk, familie of naasten bij de beoordeling van een crisis. Daar werd veel aandacht aan besteed en veel waarde aan gehecht. Ondersteunend hiervoor kan de generieke module ' Samenwerking en ondersteuning naasten van mensen met psychische problematiek (2016)' zijn.[8] Deze module bevat een veelheid aan aandachtspunten voor de zorg om de samenwerking in de triage (patiënt, naasten, zorgprofessionals) te verbeteren. Niet alle aandachtspunten zijn echter van toepassing voor de situatie waarin een crisis moet worden beoordeeld. Slecht bij twee van de veertien crisisdiensten was deze module bekend (het gebruik van deze module is geen veldnorm).

Veel aandacht voor risicotaxatie op suïcidaliteit en agressie

Alle medewerkers van de crisisdiensten waren zich bewust van de noodzaak bij een crisisbeoordeling na te gaan of sprake was van suïcidaliteit en/of agressie. Dit gebeurde veelal door een (klinische) inschatting ter plaatse of een psychiatrisch onderzoek. Risicotaxatie-instrumenten waren wel bekend, maar werden niet erg geschikt geacht om tijdens – vaak hectische – crisisbeoordelingen te gebruiken. Kennis van suïcidepreventie en agressieregulatie waren belangrijke onderwerpen van scholingsprogramma's.

Bij bekende patiënten werd aanwezigheid crisiskaart of signaleringsplan altijd nagegaan

Voorwachten hadden bij een crisiscontact meestal de beschikking over een laptop of tablet waarmee het dossier van een patiënt die al bekend was bij de instelling kon worden ingezien. Altijd werd nagagaan of de betreffende patiënt een crisiskaart of een signaleringsplan had. Indien mogelijk werd vervolgens bij de crisisbeoordeling en het vervolg daarop rekening gehouden met de wensen en voorkeuren van de patiënt. Familie of andere naasten werden altijd betrokken bij het maken van vervolgafspraken. Aandachtpunt was wel dat het al dan niet handelen volgens een signaleringsplan of crisiskaart niet altijd in het patiëntendossier was vastgelegd.

---

[6] http://www.sirm.nl/publicaties/ggz-triagewijzer

[7] De meldcode Huiselijk geweld en kindermishandeling helpt professionals bij vermoedens van huiselijk geweld of kindermishandeling. Aan de hand van 5 stappen bepalen professionals of ze een melding moeten doen bij Veilig Thuis en of er voldoende hulp kan worden ingezet. De kindcheck is hiervan onderdeel. Doel is kinderen te vinden die risico lopen mishandeld te worden.

[8] https://www.ggzstandaarden.nl/generieke-modules/samenwerking-en-ondersteuning-naasten-van-mensen-met-psychische-problematiek. Deze module is nog niet opgenomen in het register van het Zorginstituut Nederland.

Meldingen van incidenten tijdens crisisdienst kon beter

Veel medewerkers van de crisisdiensten legden de drempel hoog als het ging om het intern melden van incidenten die voorkomen in de zorg aan patiënten. In aanraking komen met agressie werd bijvoorbeeld vaak gezien als 'horend bij het vak' en niet snel gemeld. Voor medicatiefouten bleek wel een grote meldingsbereidheid.

Na een crisisbeoordeling gebeurde toeleiding naar zorg of geen zorg in overleg

De beslissing wat na een crisisbeoordeling moet gebeuren, was altijd gebaseerd op basis van overleg tussen voorwacht en achterwacht, waarbij de mening van de persoon in crisis en van familie en naasten, zoveel mogelijk werd betrokken. Bij 11 van de 14 crisisdiensten was de procedure die moet worden gevolgd, vastgelegd in een protocol. Bij de andere drie diensten was vooral de klinische beoordeling leidend. Het vervolg kan voor personen in crisis erg divers zijn. Soms was geen verdere zorg nodig, vaak was een (kort) vervolg nodig bijvoorbeeld bij een 'Intensive Home Treatment' (IHT) team, een FACT team of een wijkteam. Bij bekende patiënten was contact met de eigen behandelaar erg belangrijk. Een vrijwillige opname in een ggz-instelling behoorde ook tot de mogelijkheden. Voor een klinische opname was echter vaak een inbewaringstelling nodig, omdat op basis van vrijwilligheid een noodzakelijke opname (wegens gevaar voor de patiënt zelf of anderen) niet mogelijk was.
Na een crisisbeoordeling volgde altijd een bericht hierover aan de huisarts van de betreffende persoon. Over het algemeen gebeurde dat binnen 24 uur. Bij 11 van de crisisdiensten was dit goed geregeld en werd de brief aan de huisarts gegenereerd uit de informatie uit het patiëntendossier en digitaal verstuurd. De 3 overige diensten was dit nog voor verbetering vatbaar. Bij bekende patiënten werd ook altijd de ggz-behandelaar geïnformeerd.

Medicatie werd verantwoord voorgeschreven

Indien het noodzakelijk was medicatie toe te dienen bij een crisisbeoordeling, was hierover altijd overleg tussen de voorwacht en de achterwacht. Als de psychiater ter plaatse was, kon het recept in de regel met een elektronisch voorschrijfsysteem (EVS) (via laptop) worden gemaakt, waarbij dan tevens de medicatiebewaking zoveel als mogelijk was geborgd. Het was ook mogelijk een overzicht van de medicatie te zien die de (bekende) patiënt al gebruikte, hoewel dat in de meeste gevallen alleen de medicatie was die door een arts van de betreffende ggz-instelling was voorgeschreven. Medicatie die door anderen (huisarts, somatisch medisch specialist) was voorgeschreven moest veelal op andere plaatsen in het dossier worden opgezocht of op andere wijzen worden achterhaald. Eén actueel overzicht van voorgeschreven medicatie van verschillende voorschrijvers is met de huidige EVS systemen niet mogelijk.

De werkvoorraad medicatie moest beter worden beheerd

Elke crisisdienst beschikte over een werkvoorraad medicatie – ook wel 'dokterstas' genoemd – die door de medewerkers van de crisisdienst in noodgevallen kan worden gebruikt. Bij alle diensten was sprake van een beperkte, niet op naam gestelde, medicatievoorraad. Bij vier van de crisisdiensten was deze werkvoorraad niet goed omschreven of was het niet na te gaan hoeveel van elk geneesmiddel in de werkvoorraad aanwezig was of zou moeten zijn. Dat had onder andere te maken met de registratie van de verstrekte geneesmiddelen die niet in alle gevallen adequaat was. Daarnaast is het nodig de werkvoorraad jaarlijks te evalueren met de betrokken apotheker om na te gaan of de voorraad moet worden aangepast. Bij 4 van de 14 diensten was dit niet geregeld. Alle tekortkomingen werden tijdens de toezichtbezoeken door de medewerkers van de crisisdienst onderkend en verbeteringen werden meteen doorgevoerd.

De samenwerking en communicatie met ketenpartners veelal vastgelegd

Alle crisisdiensten investeerden veel in een goede samenwerking met ketenpartners. Het lukte steeds beter om regionale afspraken te maken over samenwerking en afspraken werden ook steeds vaker vastgelegd. Er was in de regio's bij alle partijen een urgentiebesef dat de zorg voor personen die in crisis zijn met een (vermoeden van een) psychiatrische stoornis een gemeenschappelijke aanpak noodzakelijk is.

Noodzakelijk vervoer van patiënten was soms lastig te organiseren

Als personen in crisis beoordeeld moesten worden op een beoordelingslocatie van de crisisdienst werden vaak familie of naasten gevraagd het vervoer te organiseren. Ook werd zo nodig taxivervoer geregeld.
Indien vervoer noodzakelijk was na een crisisbeoordeling maakten crisisdiensten gebruik van verschillende mogelijkheden. Bij een noodzaak voor een inbewaringstelling of bij medische complicaties werd altijd een ambulance ingeschakeld. Een aantal diensten maakte gebruik van een commerciële aanbieder van ggz-vervoer of een psycholance (ambulance met beperkte aanwezigheid medische apparatuur). Meestal betrof het door ZonMW gefinancierde experimenten.[9]
Vervoer door de politie werd door de medewerkers van de crisisdienst, maar ook door de politie zelf, als zeer onwenselijk gezien. Vervoer door politie zou alleen moeten gebeuren bij een vermoeden van het gepleegd hebben van een strafbaar feit of in geval van (dreiging met) ernstige fysieke agressie.
9 van de 14 crisisdiensten hadden goede afspraken met vervoerders kunnen maken. Bij de andere 4 diensten was dit minder goed geregeld, hoewel er flink werd geïnvesteerd dit goed te regelen en vast te leggen. Knelpunten bij het vervoer deden zich vooral voor in de nacht vanwege de beperkte beschikbaarheid van

[9] https://www.zonmw.nl/nl/onderzoek-resultaten/geestelijke-gezondheid-ggz/

ambulances en indien het noodzakelijk was een patiënt voor opname naar een andere regio te vervoeren. Dit laatste had onder andere te maken met de beperkte beschikbaarheid van klinische opnamemogelijkheden of noodbedden binnen de eigen instelling of regio.

Aanmelddossiers nog niet gangbaar

Aanmelddossiers zijn dossiers waarin informatie wordt verzameld over een persoon die mogelijk in crisis is. De informatie wordt aangeleverd door bijvoorbeeld naasten, de huisarts of andere hulpverleners. Dus voordat de persoon in kwestie contact heeft met de crisisdienst. Mocht een crisisbeoordeling vervolgens noodzakelijk zijn is al relevante informatie voorhanden.
8 van de 14 crisisdiensten hadden een werkwijze waarbij op de één of andere manier signalen over een persoon die nog niet was gezien, werden bewaard.

Crisisdiensten verleende zorg bij asielzoekerscentra

8 van de 14 crisisdiensten verleenden ook (crisis) zorg bij personen die in een asielzoekerscentra verbleven. De betreffende crisisdiensten hebben hierbij geen problemen ervaren. De crisisbeoordelingen werden, ondanks andere financiering, conform de gebruikelijke werkwijze uitgevoerd. In de regio's van de andere zes crisisdiensten was geen asielzoekerscentrum aanwezig.