

Model samenwerking in crisisdiensten tussen Vereniso, NVAAG en NVvP

Datum: 14 december 2020

Vooraf

Vereniso, NVAAG en NVvP willen in dit document in hoofdlijnen aangeven hoe je als artsen (Psychiaters, Artsen voor Verstandelijk Gehandicapten en Specialisten Ouderengeneeskunde) de samenwerking in de regio op het vlak van crisisdiensten zo optimaal mogelijk zou kunnen inrichten vanaf 2021. Daarbij gaat het om de crisisdienstverlening voor noodzakelijke gedwongen zorg onder de Wvggz en Wzd. In dit advies beschrijven wij de hoofdpunten die voor de inrichting van en samenwerking binnen elke regionale crisisdienst van belang zijn en de randvoorwaarden die voor een goed functionerende crisisdienst minimaal noodzakelijk zijn. Dit document bevat de uitgangspunten op basis waarvan de samenwerking in de regio kan worden vormgegeven.

Bovenliggend Doel

Regionale crisisdiensten voor GGZ, PG en VG maken gebruik van elkaars expertise en organisatiestructuur waarbij de patiënt in crisis niet alleen wordt opgevangen maar vervolgens ook met zo min mogelijke vertraging doorgeplaatst, behandeld en verzorgd kan worden op de voor hem/haar meest passende plek.

Uitgangspunten

NVvP, Vereniso en NVAAG adviseren voor elke regionale crisisdienst een model van samenwerking op hoofdlijnen. Van belang is regionaal zelf je eigen afspraken te maken, vast te leggen en uit te werken. Mocht je al goed werkende regionale afspraken hebben, dan kun je die uiteraard gewoon handhaven. Deze uitgangspunten specifiek voor de samenwerking tussen artsen zijn:

1. In beginsel hebben de Psychiaters de meeste kennis van de Wvggz en de Specialisten Ouderengeneeskunde en Artsen voor Verstandelijk Gehandicapten (AVG) de meeste kennis van de Wzd.
2. Voor de Rechterlijke Machtiging (RM) geldt dan ook, dat binnen de Wzd in beginsel de Specialisten Ouderengeneeskunde of AVG de beoordelingen in het kader van de RM zullen doen; de beoordelingen in het kader van een RM zullen binnen de Wvggz door de psychiaters worden gedaan.
3. Voor de IBS geldt, mede in verband keuzes rondom efficiency en kennis van IBS, het volgende:
 - a. Mensen die in crisis met een IBS (In bewaring stelling) of crisismaatregel moeten worden opgevangen, een voor alle betrokkenen belastende situatie, willen we in een passende omgeving opnemen en passende zorg kunnen geven. We voelen ons daar als artsen gezamenlijk verantwoordelijk voor. De verantwoordelijkheid voor de IBS ligt primair bij de PG en VG, maar indien gewenst en noodzakelijk kan de GGZ ondersteunen. De verantwoordelijkheid voor de crisismaatregel ligt bij de GGZ.
 - b. Er is sprake van 1 crisisdienst in de regio; De triagist van de crisisdienst doet de triage. Ook voor mensen met een psychogeriatrische aandoening of een verstandelijke beperking.

- c. Bij multiproblematiek, acute situaties waarin de PG/VG sector niet snel kan acteren, of onduidelijke voorliggende problematiek doet de psychiater de beoordeling. De psychiater van de crisisdienst heeft de mogelijkheid om 24/7 de dienstdoend specialist ouderengeneeskunde of AVG te consulteren met de vraag of voor de cliënt een IBS wordt aangevraagd bij de burgemeester, dan wel of een andere oplossing beter past. Dit zal vaak een telefonisch of digitaal consult zijn.
- d. Daar waar sprake is van evidente PG- of VG-problematiek dat volgt uit de triage door de triagist van de crisisdienst, vindt beoordeling van deze cliënt primair plaats door Specialist Ouderengeneeskunde/AVG. Hetzelfde geldt voor IBS-en van patiënten die al (vrijwillig) in een PG-huis/ organisatie zijn opgenomen en onder behandeling staan van een Specialist Ouderengeneeskunde of AVG en waarbij vanwege verzet door patiënt gedwongen (voortzetting van de) opname noodzakelijk is. Aangezien in onder bemenste regio's de wettelijke eisen van onafhankelijkheid in de Wzd beoordeling door de Specialist Ouderengeneeskunde/AVG soms onmogelijk maken, kan de psychiater worden gevraagd om als dienstverlening de beoordeling over te nemen. Regionaal kunnen nadere afspraken worden gemaakt m.b.t. het overnemen van beoordelingen bij afhankelijkheid. Periodiek wordt met het hoofd van de crisisdienst door beide sectoren overlegd of deze voldoende handvatten heeft om de afweging te maken. Tevens kan het proces dan worden geëvalueerd.

Randvoorwaarden

Om als artsen goed te kunnen functioneren, is het noodzakelijk om de volgende randvoorwaarden op te laten nemen in de regionale overeenkomsten van samenwerking.

Deze randvoorwaarden zijn voor alle artsendgroepen van belang:

- 1- In iedere regio zijn voldoende crisisbedden met behandeling, zowel in GGZ (Wvvgz) als VVT en VG (Wzd), beschikbaar en worden ingekocht door zorgverzekeraars en zorgkantoren. Dat geldt zowel voor bedden tijdens crisis als bij doorplaatsing. Uitgangspunt is de juiste zorg op de juiste plek; Artsen moeten worden betrokken bij de definitie van een crisisbed. Artsen hebben een stem in het regionale overleg m.b.t. het bepalen of er voldoende en de juiste crisisbedden beschikbaar zijn. Elke regio in Nederland dient te beschikken over voldoende crisisbedden voor GGZ, PG en VG cliënten, rekening houdend met een aantal lege bedden en dus een percentage overcapaciteit, dat nodig is voor het zonder vertraging kunnen doorplaatsen van cliënten naar een voor de cliënt meest geschikte plek waar hij/zij passende zorg kan worden geboden. VVT en VG organisaties houden dus bedden vrij voor een IBS-opname en voor de doorplaatsing van cliënten na een IBS-opname, GGZ-instellingen houden crisisbedden vrij voor een crisismaatregel op grond van de Wvvgz.
- 2- Zorgkantoren en zorgverzekeraars zorgen er in elke regio voor dat professionals 24/7 de beschikking hebben over het meest actuele overzicht en cijfers van beschikbare bedden en ondersteunen artsen en organisaties in het tijdig vinden van beschikbare bedden.
- 3- Een IBS-opname is 24/7 mogelijk. Dus ook 's nachts. Doorplaatsen zal in beginsel overdag plaatsvinden.

- 4- De NZa heeft met terugwerkende kracht per 1 januari 2021 een declaratiemogelijkheid/ financieringstitel opgesteld voor de medische verklaring voor de RM en IBS bij onvrijwillige opname onder de Wzd.
Om in voorkomende gevallen in crisissituaties zonder vertraging te kunnen bepalen of er sprake is van voorliggende GGZ problematiek, dan wel van voorliggende PG of VG problematiek en bij multiproblematiek, dient de psychiater een Specialist Ouderengeneeskunde of AVG te kunnen consulteren. Bij het voorkomen van multiproblematiek (GGZ en PG- of VG problematiek) kan voor de bekostiging van deze consultatie in 2021 gebruik gemaakt worden van de systematiek van onderlinge dienstverlening. (Gesprekken hierover worden meegenomen in de reguliere onderhoudscyclus.) Daar waar sprake is van evidente PG- of VG-problematiek kan de beoordeling van deze cliënt door de Specialist Ouderengeneeskunde/AVG gedeclareerd worden met behulp van de regelgeving voor geneeskundige zorg voor specifieke patiëntgroepen (gzsp).
- 5- Voor de IBS is een goed werkend digitaal systeem nodig (zoals het huidige systeem Khonraad). Iedere arts moet de beschikking krijgen over een account in dit systeem om een IBS te kunnen aanvragen. Het is aan de organisaties om dat te regelen en een nadrukkelijke randvoorwaarde om als artsen een IBS te kunnen afhandelen.
- 6- Het CIZ en de huisarts hebben voldoende kennis om alleen gebruik te maken van de crisisdienst als dat ook echt nodig is. Dit zou aanzienlijk minder aanvragen opleveren. VWS gaat hierover in gesprek met CIZ en huisartsen; VerenSo, NVAVG en NVVP willen aan deze gesprekken een bijdrage leveren.
- 7- Zorgaanbieders zorgen voor voldoende ruimte (ook in uren) voor artsen om hun werk op het vlak van crisisdienstverlening goed in te richten.

Jacqueline de Groot
Voorzitter VerenSo

Matijn Coret
Voorzitter NVAVG

Elnathan Prinsen
Voorzitter NVVP