

# Voorstel tussentijdse wijzigingen Zorgstandaard Acute Psychiatrie (ZAP)

voorheen Generieke Module Acute Psychiatrie (GMAP)

Namens:

- Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP)
- Vereniging voor Verpleegkundigen & Verzorgenden (V&VN)

## Introductie

Ten tijde van de vaststelling van de eerste versie van de Generieke Module Acute Psychiatrie, die inmiddels Zorgstandaard Acute Psychiatrie heet, is vastgelegd dat beroepsverenigingen in de evaluatie van de implementatie kijken naar de rol van de Verpleegkundig Specialist GGZ (VS GGZ) in de duale beoordelingsteams.

**Aanleiding:** de bevoegdheid van VS GGZ wordt in huidige zorgstandaard Acute Psychiatrie ingeperkt, waarmee het potentieel van de VS GGZ in de acute psychiatrie onvoldoende wordt benut en daarnaast de VS GGZ die in de instellingen een rol krijgen als regiebehandelaar in de acute psychiatrie nu onvoldoende gesteund worden door deze inhoudelijke standaard, met risico op tuchtrechtelijke consequenties als binnen een de instelling daar geen passende afspraken over vastgelegd zijn m.b.t. verantwoordelijkheidsverdeling tussen de psychiater en VS GGZ. Vanuit het bestuurlijk overleg staat al geruime tijd het actiepunt open dat de NVvP en V&VN hierover tot overeenstemming komen ten einde dit punt aan te passen in de standaard.

Inhoudelijk overleg op bureauniveau heeft plaatsgevonden op 19 augustus en 24 september 2024, met tussentijdse raadpleging van commissies binnen de NVvP. De uitkomsten van deze overleg tussen V&VN Verpleegkundig Specialisten en NVvP zijn:

- LKS: in het huidige LKS is de rol van de VS beperkt in de acute psychiatrie; het nieuwe LKS is nog in concept, maar daar zal worden verwezen naar de GMAP. Daarom is het extra van belang de ZAP aan te passen. In het actuele LKS 3.0 wordt de rol van de VS (een artikel 14 beroep van de Wet BIG) gekoppeld aan de competenties van de indicierend regiebehandelaar waarin de VS indicierend kan handelen. In LKS 4.0 is opgenomen dat de VS GGZ specifiek bij “diagnostiek, indicatiestelling [...] volgens zorgstandaarden, richtlijnen of protocollen” kan worden ingezet. Het LKS verwijst voor de specifieke context van de acute psychiatrie naar de Zorgstandaard Acute Psychiatrie voor de in dat domein geldende afspraken.
- somatische co-morbiditeit; er bestaan bij psychiaters twijfels over de bekwaamheid van de VS GGZ om bij somatische co-morbiditeit een adequate beoordeling te kunnen doen; reactie van V&VN is dat de VS GGZ bevoegd en bekwaam is om ‘pluis/niet-pluis’ te kunnen vaststellen en dat er voldoende mogelijkheden zijn voor geaccrediteerde bij- en nascholing voor VS’en die dat in hun opleiding onvoldoende hebben aangeboden gekregen, net als dat voor psychiaters geldt die mogelijk onvoldoende bekwaam zijn. Op verschillende plekken in de ZAP wordt gewezen op de ter zake deskundigheid, ervaring en scholing die voor alle beschreven disciplines (alle acuut psychiatrisch hulpverleners) van toepassing is. Zie bijvoorbeeld paragraaf 3.2 en paragraaf 5.3.4. Hiervoor hoeft geen uitzondering gemaakt te worden in het benoemen van de opleidingsachtergrond van de VS GGZ.
- daar waar psychiater staat in de standaard dit vervangen door indicierend regiebehandelaar art. 14 wet BIG; daarmee wordt de indruk gewekt dat alle regiebehandelaren ingezet kunnen worden, dus dat de psychiater niet noodzakelijk beschikbaar hoeft te zijn; dat is niet de intentie van dit voorstel, maar kan door bijvoorbeeld zorginkopers wel zo geïnterpreteerd worden; derhalve het belang van multidisciplinair samenwerken benadrukken en dat de psychiater altijd beschikbaar is voor consultatie en fysieke beoordeling als de situatie daarom vraagt. Dit oorspronkelijke voorstel van V&VN is daarom niet op die wijze verwerkt in het gezamenlijke voorstel.

Deze punten in overweging nemend komen V&VN VS en de NVvP tot het voortel om een tekstuele wijziging te doen in paragraaf 5.3.4 van de ZAP. Dit heeft vervolgens gevolgen voor de tekst onder paragrafen 8.6.12 en 8.6.21. De voorgestelde wijzigingen vindt u hieronder in dit document. Eerst een versie met wijzigingen

in de bestaande tekst. Daarna treft u een schone versie van de concepttekst van paragraaf 5.3.4 en de paragrafen 8.6.12 en 8.6.21.

Met de voorgestelde wijzigingen willen de verenigingen recht doen aan het beleid van instellingen en de ruimte bieden om de verpleegkundig specialist in te zetten in het duale beoordelingsteam. Andere wijzigingen, bijvoorbeeld de uitwerking van de rol van regiebehandelaar, zien V&VN en de NVvP als dermate grote wijzigingen, dat deze punten mee moeten worden genomen in een reguliere herziening van de zorgstandaard.

#### Bijlagen

- Zorgstandaard Acute Psychiatrie, gedownload op 30-10-2024 via [www.ggzstandaarden.nl](http://www.ggzstandaarden.nl).
- Beroepsprofiel Verpleegkundig Specialist GGZ

## Voorgestelde conceptteksten met wijzigingen bijhouden

### 5.3.4 Stap 4: Beoordeling persoon in crisis, thuis of op beoordelingslocatie

Bij de beoordeling van een persoon in crisis houden acuut psychiatrisch hulpverleners zich aan de richtlijnen

**[[in kader]de richtlijnen:** In het kwaliteitsstatuut dienen behandelaars in de ggz aan te geven waar een bekende patiënt terecht kan in de ANW-uren en tijdens een crisis.]

die de instelling en de beroepsgroep stellen, waaronder het kwaliteitsstatuut van de instelling, het expertisegebied SPV en het beroepsdeelprofiel verpleegkundig specialist GGz. HBO-opgeleid verpleegkundigen, SPV'en en verpleegkundig specialisten GGz moeten bekwaam zijn voor crisisbeoordelingen en crisisinterventies: crisisbeoordelingen en crisisinterventies vergen specifieke deskundigheid en daarom ervaring en scholing.

De beoordeling vindt duaal plaats

Passend bij de situatie wordt het duale team samengesteld. Er zijn twee soorten teams die ingezet kunnen worden bij de beoordeling van een persoon in crisis:

- Een team bestaande uit een psychiater, en een SPV of een HBO-opgeleid verpleegkundige (met minimaal twee jaar ervaring in de acute ggz en relevante bijscholing)
- Een team bestaande uit een arts (AIOS of ANIOS) of een verpleegkundig specialist GGZ, en een SPV of een HBO-opgeleid verpleegkundige met minimaal twee jaar ervaring in de acute ggz en relevante bijscholing

De achterwacht wordt te allen tijde door de psychiater ingevuld. Als de psychiater tijdens de beoordeling geen deel uit maakt van het beoordelingsteam, werkt het beoordelingsteam bij elke beoordeling nauw samen met de psychiater, die als achterwacht telefonisch bereikbaar is en indien nodig snel ter plaatse is.

Op het moment dat wordt ingeschat dat een beoordeling plaats moet vinden ten behoeve van een medische verklaring in de zin van de Wvvgz, dan wordt de beoordeling altijd door een psychiater uitgevoerd. Voor beoordelingen op grond van de Wzd geldt dat dit slechts kan worden gedaan door 'een ter zake deskundig arts', waar in elk geval de psychiater toe behoort.

Bij alle onbekende patiënten en bij een (vermoeden op) biopsychosociale complexiteit, is een psychiater, arts (ANIOS of AIOS) of verpleegkundig specialist GGZ deel van het duale team. Somatische diagnostiek is in die gevallen nodig om, na onderzoek van de patiënt, een onderscheid te kunnen maken tussen 'pluis' en 'niet pluis'. Voorbeelden van (een vermoeden op) biopsychosociale complexiteit zijn patiënten met bekende somatische comorbiditeit en patiënten bij wie verward gedrag mogelijk (mede) bepaald is door een somatische aandoening.

[...]

### 8.6.12 Gefaseerde invoering duale beoordelingsteams: landelijk niveau

De tekst in het blok 'duaal beoordelingsteam' moet aangepast op basis van de wijzigingen in de tekst onder 5.3.4, of verwijderd worden.

### 8.6.21 Kwalitatieve evaluatie van het effect van de GMAP op het proces van beoordelen

Tijdens de landelijke evaluatie bespreken we of het uitvoeren van crisisbeoordelingen volgens de GMAP bijdraagt aan kwalitatief goede crisiszorg. Hierbij komen in elk geval de invoering van het duaal beoordelen en het hanteren van de uit de triagewijzer volgende aanrijtijden aan bod. Evaluatie van deze veranderingen vindt daarom ketenbreed plaats. **[NB: Per 14-1-2026 is de zorgstandaard op het punt van de rol van de verpleegkundig specialist herzien op initiatief van V&VN en de NVvP, en goedgekeurd door betrokken partijen, zie paragraaf 5.3.4 in de zorgstandaard voor de actuele afspraken]**

Het duale beoordelingsteam kan na invoering van de GMAP worden samengesteld uit de in de norm beschreven disciplines.

**[[in kader] beschreven disciplines:** Disciplines waaruit het duale beoordelingsteam kan bestaan zijn: een arts (AIO of ANIO), een HBO-opgeleid verpleegkundige met minimaal twee jaar ervaring in de acute ggz en relevante bijscholing (bijvoorbeeld een SPV), een verpleegkundig specialist GGZ en/of een psychiater. De achterwacht wordt te allen tijde door de psychiater ingevuld.]

Bij de evaluatie besteden beroepsverenigingen en ketenpartners specifiek aandacht aan de positie van de verpleegkundig specialist ggz en de positie van de HBO verpleegkundige binnen het duale beoordelingsteam. Het is momenteel niet gangbaar om de verpleegkundig specialist ggz en een HBO opgeleid verpleegkundige in te zetten in het beoordelingsteam, in tegenstelling tot andere gespecificeerde professionals waaruit het beoordelingsteam mag bestaan (psychiater / A(N)IO / SPV).

[...]

## Schone concepttekst paragraaf 5.3.4

Bij de beoordeling van een persoon in crisis houden acuut psychiatrisch hulpverleners zich aan de richtlijnen

**[[in kader]de richtlijnen:** In het kwaliteitsstatuut dienen behandelaars in de ggz aan te geven waar een bekende patiënt terecht kan in de ANW-uren en tijdens een crisis.]

die de instelling en de beroepsgroep stellen, waaronder het kwaliteitsstatuut van de instelling, het expertisegebied SPV en het beroepsdeelprofiel verpleegkundig specialist GGz. HBO-opgeleid verpleegkundigen, SPV'en en verpleegkundig specialisten GGZ moeten bekwaam zijn voor crisisbeoordelingen en crisisinterventies: crisisbeoordelingen en crisisinterventies vergen specifieke deskundigheid en daarom ervaring en scholing.

Passend bij de situatie wordt het duale team samengesteld. Er zijn twee soorten teams die ingezet kunnen worden bij de beoordeling van een persoon in crisis:

- Een team bestaande uit een psychiater, en een SPV of een HBO-opgeleid verpleegkundige (met minimaal twee jaar ervaring in de acute ggz en relevante bijscholing)
- Een team bestaande uit een arts (AIOS of ANIOS) of een verpleegkundig specialist GGZ, en een SPV of een HBO-opgeleid verpleegkundige met minimaal twee jaar ervaring in de acute ggz en relevante bijscholing

De achterwacht wordt te allen tijde door de psychiater ingevuld. Als de psychiater tijdens de beoordeling geen deel uit maakt van het beoordelingsteam, werkt het beoordelingsteam bij elke beoordeling nauw samen met de psychiater, die als achterwacht telefonisch bereikbaar is en indien nodig snel ter plaatse is. Op het moment dat wordt ingeschat dat een beoordeling plaats moet vinden ten behoeve van een medische verklaring in de zin van de Wvvgz, dan wordt de beoordeling altijd door een psychiater uitgevoerd. Voor beoordelingen op grond van de Wzd geldt dat dit slechts kan worden gedaan door 'een ter zake deskundig arts', waar in elk geval de psychiater toe behoort.

Bij alle onbekende patiënten en bij een (vermoeden op) biopsychosociale complexiteit, is een psychiater, arts (ANIOS of AIOS) of verpleegkundig specialist GGZ deel van het duale team. Somatische diagnostiek is in die gevallen nodig om, na onderzoek van de patiënt, een onderscheid te kunnen maken tussen 'pluis' en 'niet pluis'. Voorbeelden van (een vermoeden op) biopsychosociale complexiteit zijn patiënten met bekende somatische comorbiditeit en patiënten bij wie verward gedrag mogelijk (mede) bepaald is door een somatische aandoening.

## Schone concepttekst 8.6.12 Gefaseerde invoering duale beoordelingsteam: landelijk niveau

De GMAP schrijft voor dat crisisbeoordelingen in principe worden uitgevoerd door een duaal Beoordelingsteam

**[[in kader] duaal beoordelingsteam:** De beoordeling vindt duaal plaats. Passend bij de situatie wordt het duale team samengesteld. Er zijn twee soorten teams die ingezet kunnen worden bij de beoordeling van een persoon in crisis.

- Een team bestaande uit een psychiater, en een SPV of een HBO-opgeleid verpleegkundige (met minimaal twee jaar ervaring in de acute ggz en relevante bijscholing).
- Of een team bestaande uit een arts (AIOS of ANIOS) of een verpleegkundig specialist GGZ, en een SPV of een HBO-opgeleid verpleegkundige met minimaal twee jaar ervaring in de acute ggz en relevante bijscholing.

De achterwacht wordt te allen tijde door de psychiater ingevuld. Als de psychiater tijdens de beoordeling geen deel uit maakt van het beoordelingsteam, werkt het beoordelingsteam bij elke beoordeling nauw samen met de psychiater, die als achterwacht telefonisch bereikbaar is en indien nodig snel ter plaatse is. Op het moment dat wordt ingeschat dat een beoordeling plaats moet vinden ten behoeve van een medische verklaring in de zin van de Wvvgz, dan wordt de beoordeling altijd door een psychiater uitgevoerd. Voor beoordelingen op grond van de Wzd geldt dat dit slechts kan worden gedaan door 'een ter zake deskundig arts', waar in elk geval de psychiater toe behoort.

Bij alle onbekende patiënten en bij een (vermoeden op) biopsychosociale complexiteit, is een psychiater, arts (ANIOS of AIOS) of verpleegkundig specialist GGZ deel van het duale team. Somatische diagnostiek is in die gevallen nodig om, na onderzoek van de patiënt, een onderscheid te kunnen maken tussen 'pluis' en 'niet pluis'. Voorbeelden van (een vermoeden op) biopsychosociale complexiteit zijn patiënten met bekende somatische comorbiditeit en patiënten bij wie verward gedrag mogelijk (mede) bepaald is door een somatische aandoening. De triagist zal bij twijfel over de juiste samenstelling van het duale team overleggen met de psychiater-achterwacht.]

[...]

## Schone concepttekst 8.6.21 Kwalitatieve evaluatie van het effect van de GMAP op het proces van beoordelen

Tijdens de landelijke evaluatie bespreken we of het uitvoeren van crisisbeoordelingen volgens de GMAP bijdraagt aan kwalitatief goede crisiszorg. Hierbij komen in elk geval de invoering van het duaal beoordelen en het hanteren van de uit de triagewijzer volgende aanrijtijden aan bod. Evaluatie van deze veranderingen vindt daarom ketenbreed plaats. **[NB: Per 14-1-2026 is de zorgstandaard op het punt van de rol van de verpleegkundig specialist herzien op initiatief van V&VN en de NVvP, en goedgekeurd door betrokken partijen, zie paragraaf 5.3.4 in de zorgstandaard voor de actuele afspraken]**

Het duale beoordelingsteam kan na invoering van de GMAP worden samengesteld uit de in de norm beschreven disciplines.

**[[in kader] beschreven disciplines:** Disciplines waaruit het duale beoordelingsteam kan bestaan zijn:

- Een team bestaande uit een psychiater, en een SPV of een HBO-opgeleid verpleegkundige (met minimaal twee jaar ervaring in de acute ggz en relevante bijscholing)
- Een team bestaande uit een arts (AIOS of ANIOS) of een verpleegkundig specialist GGZ, en een SPV of een HBO-opgeleid verpleegkundige met minimaal twee jaar ervaring in de acute ggz en relevante bijscholing

De achterwacht wordt te allen tijde door de psychiater ingevuld. Als de psychiater tijdens de beoordeling geen deel uit maakt van het beoordelingsteam, werkt het beoordelingsteam bij elke beoordeling nauw samen met de psychiater, die als achterwacht telefonisch bereikbaar is en indien nodig snel ter plaatse is. ~~Bij de evaluatie besteden beroepsverenigingen en ketenpartners specifiek aandacht aan de positie van de verpleegkundig specialist ggz en de positie van de HBO-verpleegkundige binnen het duale beoordelingsteam. Het is momenteel niet gangbaar om de verpleegkundig specialist ggz en een HBO-opgeleid verpleegkundige in te zetten in het beoordelingsteam, in tegenstelling tot andere gespecificeerde professionals waaruit het beoordelingsteam mag bestaan (psychiater / A(N)IOS / SPV).~~