

Organisatie van Acuut Psychiatische Hulpverlening in 2025

Een acute crisissituatie vindt plaats

1 MELDING

Wie doet de melding en wanneer?

2 URGENTIEGRAAD

Hoe urgent is de situatie?

3 AANRIJTIJD

Hoe snel is de hulp ter plaatse?

4 BEOORDELINGSLOCATIE

Waar vindt de beoordeling plaats?

5 DUAAL BEOORDELEN

Wordt de beoordeling gezamenlijk uitgevoerd?

6 VERVOLGZORG

Welke zorg volgt na de beoordeling?

Over deze infographic

Deze infographic is samen met de praktijk ontwikkeld: met het lerend Netwerk Acuut Psychiatische Hulpverlening en managers van crisisdiensten. Op basis van gegevens uit de Minimale Dataset Acute Psychiatrie laat de infographic zien hoe de acute psychiatische hulpverlening is georganiseerd in **13 van de 28 regio's**.



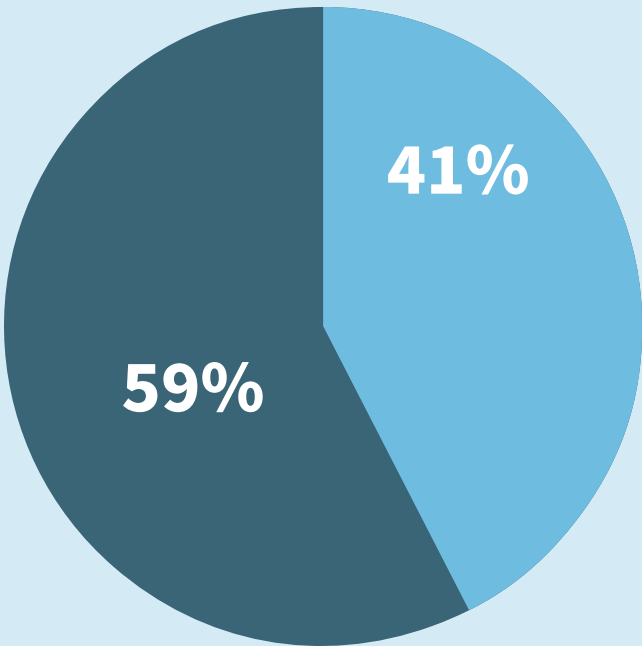
Analyse van

36.600
meldingen en

18.700
beoordelingen

1 MELDING

Wie doet de melding en wanneer?



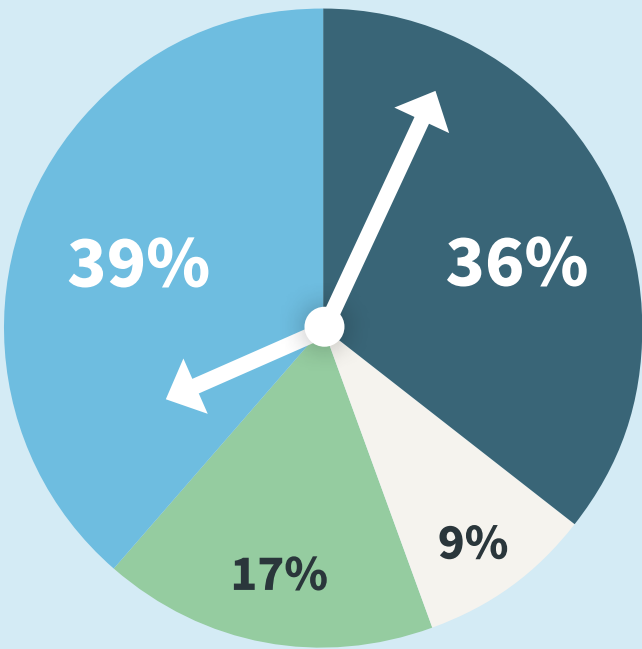
Huisartsen

Huisartsen zijn met 41% de grootste groep verwijzers.

Andere verwijzers

politie, C2-instellingen, SEH, ambulancezorg, familie, sociaal domein, overig

Tussen regio's bestaan grote verschillen in de verwijzers: het aandeel meldingen door de huisarts varieert bijvoorbeeld van 11% tot 60%.



Doordeweeks 8-16 uur

Doordeweeks 16-24 uur

Doordeweeks 24-8 uur

Weekend

De meeste meldingen komen binnen doordeweeks tussen 08.00 en 16.00 uur (39%).

2 URGENTIEGRAAD

Hoe urgent is de situatie?

Urgentiegraad 1

0,1%

Urgentiegraad 2

5%

Urgentiegraad 3

46%

Urgentiegraad 4

17%

Urgentiegraad 5

9%

Consultaanvraag intern van eigen instelling

4%

Consultaanvraag extern van buiten eigen instelling

16%

Overig

3%

De verdeling van de urgentiegraden verschilt sterk per regio: het aandeel beoordelingen met U3 varieert bijvoorbeeld van 22% tot 71%.



Wat zegt de praktijk?

- Wat als ‘melding’ wordt geregistreerd, verschilt per regio.
- Regionale afspraken over toegang en verwijzing met ketenpartners (SEH, politie, ambulancezorg) beïnvloeden de herkomst en het aantal meldingen.

Wat zegt de praktijk?

- Krijgt een vergelijkbare situatie van cliënt in iedere regio dezelfde urgentiegraad toegewezen?
- Verschillen ontstaan niet alleen door het type hulpvraag dat bij de crisisdienst binnenkomt.
- Triageafspraken en regionale werkwijzen verklaren ook een deel van de spreiding.

3 AANRIJTIJD

Hoe snel is de hulp ter plaatse?

Gemiddelde aanrijtijd voor urgentiegraad 2 en 3



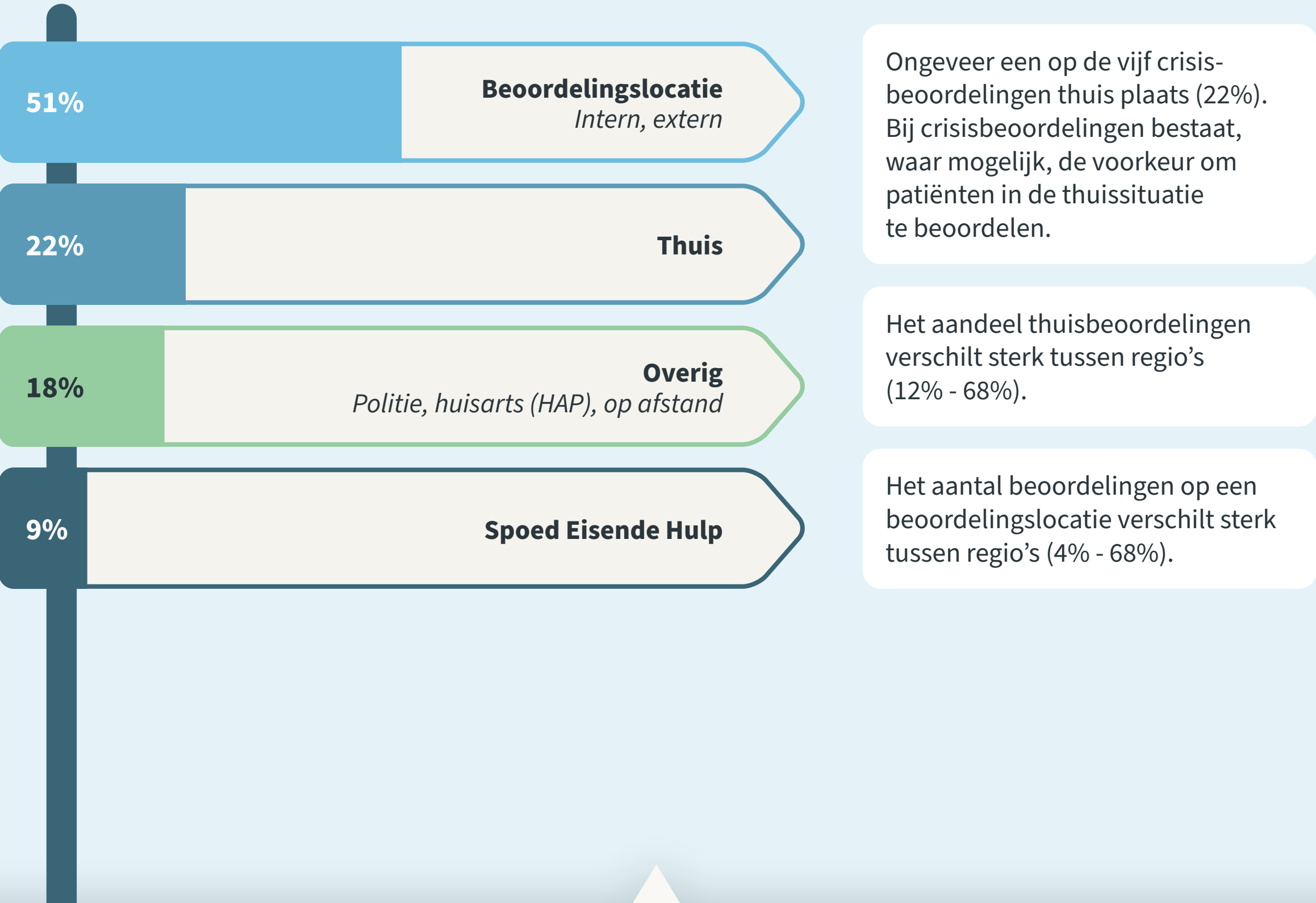
Goed om te weten
In 2025 zijn alleen gemiddelde aanrijtijden beschikbaar voor urgentiegraad 2 en 3. Gegevens over het behalen van de norm waren nog niet beschikbaar. Voor meldingen met urgentiegraad 2 geldt dat deze binnen één uur beoordeeld moeten worden, voor meldingen met urgentiegraad 3 binnen vier uur. Landelijk is de ambitie dat deze norm bij ten minste 90% van de meldingen wordt gehaald.

Wat zegt de praktijk?

- Variatie tussen regio's hangt samen met de grootte van het werkgebied en de organisatie van beoordelingen.
- De keuze om thuis te beoordelen of op locatie, de beschikbaarheid van het aantal beoordelingskoppels en de samenwerking met ambulance en politie hebben invloed op de aanrijtijd.

4 BEOORDELINGSLOCATIE

Waar vindt de beoordeling plaats?



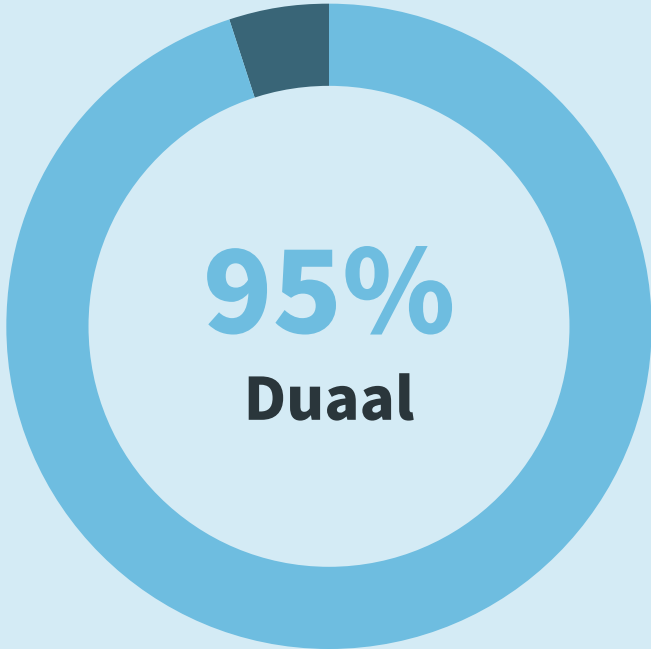
Wat zegt de praktijk?

- Regionale kenmerken, zoals de omvang van het werkgebied, bepalen mede de beoordelingslocatie.
- Ook de beschikbare capaciteit, zoals het aantal beoordelingskoppels en het type beschikbare beoordelingslocaties, speelt een rol.
- Regio's maken hierin bewust verschillende afwegingen, waarbij de balans tussen tijdig beoordelen en thuis beoordelen een belangrijke factor is.

5 DUAAL BEOORDELEN

Wordt de beoordeling gezamenlijk uitgevoerd?

De landelijke norm van 90% wordt ruimschoots gehaald.



De verschillen tussen regio's zijn beperkt.

6 VERVOLGZORG

Welke zorg volgt na de beoordeling?



De verhouding tussen ambulante en klinische vervolgzorg verschilt sterk tussen regio's. Zo varieert het aandeel ambulante vervolgzorg bijvoorbeeld van 22% tot 62%.

Wat zegt de praktijk?

- Veiligheid is een belangrijke reden om duaal te beoordelen.
- Ook gezamenlijke besluitvorming en leren van elkaar worden als belangrijke meerwaarde genoemd.
- De beschikbaarheid van personeel bepaalt mede in hoeverre duaal beoordelen in de praktijk wordt toegepast.

Wat zegt de praktijk?

- De beschikbaarheid van klinische bedden beïnvloedt de keuze voor vervolgzorg.
- Ook de organisatie van ambulante zorg en de inzet van Intensive Home Treatment (IHT) werkwijze spelen een belangrijke rol.
- Verschillen in interne doorstroommogelijkheden beïnvloeden welke vorm van vervolgzorg wordt ingezet.