

# Handreiking crisiszorg

DE WERKWIJZE BIJ  
CRISSITUATIES IN DE WLZ

Opgesteld door de werkgroep Crisisregeling en C.O.T.'s  
met ondersteuning van bureau HHM en  
opmaak door Comyoo creatieve studio

Inleiding.....	4
1. Crisis, triage en Interventies.....	5
1.1 Wat kenmerkt een crisis?.....	6
1.2 Triage van crisissituaties.....	8
1.3 Interventieniveaus in (crisis)zorg.....	9
2. Proces crisisregisseur.....	11
2.1 Rol en positionering crisisregisseur .....	12
2.2 Werkwijze crisisregisseur.....	13
3. Werkwijze van crisis- en ondersteuningsteams (C.O.T.).....	17
3.1 Definitie, doel en doelgroep.....	18
3.2 Aard van ondersteuning .....	20
3.3 Proces C.O.T.'s.....	21
3.4 Inhoudelijke werkwijze C.O.T. ....	25
3.5 Organisatie C.O.T.....	29

# INLEIDING

---

Wat kenmerkt een crisissituatie in de langdurige gehandicaptenzorg? Welke interventies zijn mogelijk? Wat doet een C.O.T.? De Handreiking crisiszorg Wlz geeft een antwoord op deze en andere vragen over de werkwijze bij crisissituaties in de Wlz. De handreiking is bedoeld voor aanbieders van crisiszorg, zorgaanbieders die C.O.T.'s vormen, crisisregisseurs en zorgkantoren. Het doel is om duidelijkheid te creëren over de visie en werkwijze bij crisissituaties.

De handreiking bestaat uit drie onderdelen:

1. Crisis, triage en interventies
2. Werkwijze van crisisregisseurs
3. Werkwijze van C.O.T.'s

Bij het schrijven van de handreiking is gebruik gemaakt van de volgende documenten:

- [Voorschrift Zorgtoewijzing 2023](#) (ZN, 2023)
- [Folder Crisis- en Ondersteuningsteam](#) (ZN, 2021)
- [Bouwstenen Crisis- en Ondersteuningsteam](#) (ZN, 2020)
- [Beleidsregel prestatiebeschrijving en tarieven advies crisis- en ondersteuningsteam \(COT\) - BR/REG-23120a \(NZa, 2023\)](#)
- [Evaluatie maatregelen complexe zorg](#) (Bureau HHM, 2022)

## Ontwikkeling handreiking

In juli 2021 is op verzoek van de commissie Wlz van Zorgverzekeraars Nederland (ZN) de werkgroep Crisisregeling en C.O.T.'s opgericht. Het doel van de werkgroep is om een uniforme uitvoering van de landelijke crisisregeling te borgen. De werkgroep bestaat uit vertegenwoordiging van zorgkantoren (adviseurs op beleid en kwaliteit), zorgaanbieders (orthopedagogen en managers) en crisisregisseurs.

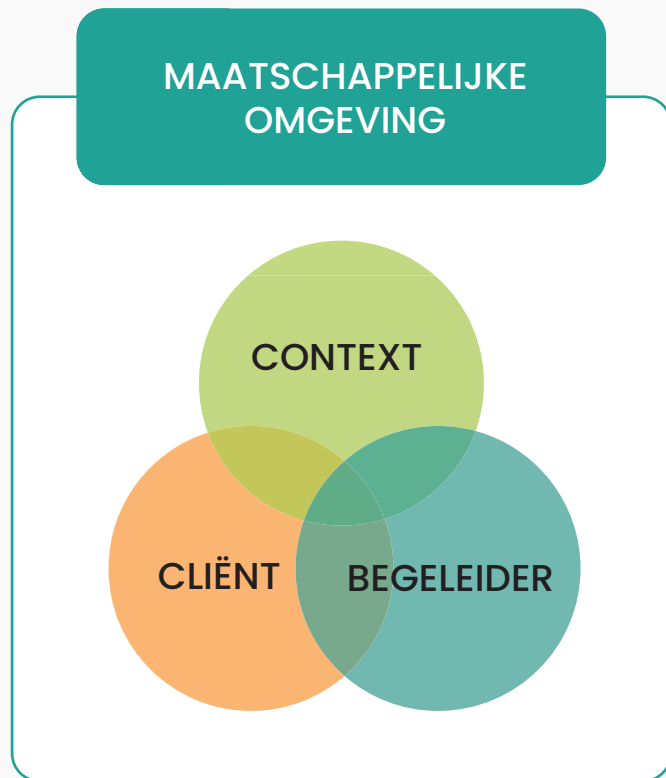
Begin 2022 heeft de werkgroep een uitvraag gedaan bij aanbieders van crisiszorg, zorgaanbieders die deelnemen aan een C.O.T. en zorgkantoren welke knelpunten zij ervaren bij de crisisregeling en de uitvoering van de C.O.T.'s. Uit deze inventarisatie bleek dat de routes niet voor iedereen in alle situaties duidelijk zijn en dat er behoefte is aan meer structuur en informatie. Daarom heeft de werkgroep deze handreiking ontwikkeld.

De handreiking is tot stand gekomen met ondersteuning van bureau HHM. Deze ondersteuning maakt onderdeel uit van de opdracht die bureau HHM van het Ministerie van VWS heeft gekregen om communicatie over en uitwisseling tussen C.O.T.'s te bevorderen.



**1. CRISIS, TRIAGE  
EN INTERVENTIES**

# 1.1 Wat kenmerkt een crisis?



Figuur 1

Een crisissituatie kan ontstaan door een ernstige, plotselinge wijziging in de gezondheidssituatie van een cliënt, door escalatie van problematiek of door overbelasting van de formele of informele zorgverleners. Een crisis wordt niet alleen veroorzaakt door een bepaald voorval, maar kan ook uitgelokt worden door een zich herhalend patroon van gebeurtenissen. Die gebeurtenissen zijn op zich zelf misschien niet altijd ernstig van aard, maar kunnen door de volgtijdelijkheid wel leiden tot een crisis. Een crisissituatie binnen de zorg voor mensen met een verstandelijke beperking kenmerkt zich doordat de hulpvraag en daarmee de ondersteuningsbehoefte van de cliënt niet kunnen worden beantwoord door de context (de omgeving waarin de cliënt zich beweegt). Er is op dat moment sprake van een vastgelopen situatie.

Door deze (stapeling van) gebeurtenis(sen) kan, tijdelijk of blijvend, andere of meer zorg nodig zijn. Bijvoorbeeld meer nabijheid van zorgverleners, een andere begeleidingsstijl of meer gespecialiseerde begeleiding en behandeling. Ook kan de cliënt tijdelijk intensievere hulp nodig hebben die niet beschikbaar is op de plek waar hij verblijft.

De oorzaak van de crisis of stagnatie hoeft niet primair in de cliënt zelf te liggen. In navolging van onder andere de [Richtlijn probleemgedrag bij volwassenen met een verstandelijke beperking](#) gaan we ervan uit dat problemen vaak het gevolg zijn van een interactie tussen een persoon en diens omgeving en daarom altijd in de context benaderd moeten worden. We onderscheiden daarom de volgende perspectieven bij een crisissituatie: het perspectief van de cliënt, van de begeleiding en van de context (zie figuur 1). Vaak spelen factoren uit alle drie perspectieven een rol bij het ontstaan én bij het herstel van een crisissituatie.

### ***Context***

Bij de zorg aan mensen met een verstandelijke beperking is het van belang dat de context waarbinnen zorg en ondersteuning wordt geboden veiligheid en steun biedt aan zowel de mensen met beperkingen als de medewerkers. Dit komt tot uiting in hoe de fysieke en sociale omgeving en de organisatorische context worden ingericht. Er is sprake van een crisis in de omgeving als het niet lukt om binnen de bestaande omgeving de hulpvraag van de cliënt adequaat te beantwoorden. Mogelijk zijn er in de fysieke en sociale omgeving van de cliënt teveel prikkels (geluid, licht, onverwachte gebeurtenissen) of juist te weinig (ontbreken van passende activiteiten en contacten). Ook kunnen er op organisatieniveau belemmerende factoren zijn (beleid, voorzieningen, investeringen, etc.).

### ***Cliënt***

Mensen met een verstandelijke beperking zijn kwetsbaarder voor ontregeling. Bij mensen met een verstandelijke beperking is daardoor vaker sprake van een combinatie met psychische of psychiatrische klachten (comoborditeit). Ook lichamelijke klachten kunnen ontstaan wanneer niet goed op de persoon, zijn mogelijkheden en beperkingen wordt ingespeeld. Deze problemen moeten in samenhang worden gezien: het gaat om de wisselwerking tussen de verstandelijke beperking en (het ontstaan van) de problemen. Denk bijvoorbeeld aan overvraging en faalervaringen van iemand met een verstandelijke beperking, waardoor die persoon angsten of stemmingsproblemen krijgt.

### ***Begeleiding***

Mensen met een verstandelijke beperking zijn voor hun welbevinden in meer of mindere mate afhankelijk van de begeleiding. Op momenten van crisis is het team van begeleiders vaak niet meer in staat om aan te sluiten bij de ondersteuningsbehoefte van de cliënt. Hier kunnen allerlei factoren meespelen, bijvoorbeeld overbelasting van het team, een gebrek aan kennis over specifieke aandoeningen of klachten, een negatieve wisselwerking tussen begeleiders en cliënt of tussen begeleiders onderling.

## 1.2 Triage van crisissituaties

In een crisissituatie kan crisisopname in de Wlz een oplossing zijn, maar dat is niet altijd noodzakelijk. Om een passende interventie te bepalen is een goede triage van de crisissituatie door de crisisregisseur van belang. De eerste vraag daarbij is of de cliënt tot de doelgroep behoort waar de crisisregisseurs over gaan, namelijk mensen met een Wlz-indicatie met VG-grondslag.

Vervolgens vindt de inhoudelijke beoordeling plaats. De crisisregisseur kijkt daarbij naar de cliënt, de begeleiding en de context en de interactie tussen deze drie factoren. Hij kijkt daarbij ook naar de vraag wat de primaire aanleiding was van de verandering: waarom gaat het nu niet goed, terwijl het -in de meeste gevallen- daarvoor een tijd goed is gegaan?

De crisisregisseur zoekt naar de samenhang van triggers en oorzaken bij cliënt, begeleiding en context waarom het fout is gegaan. Hij kijkt daarbij naar de feitelijkheden en brengt in kaart wat de belangen zijn van de diverse betrokken partijen. Relevante vragen voor dit laatste:

- Wie houdt zich bezig met het 'probleem'?
- Wie is eigenaar van het probleem?
- Door wie wordt het probleem beleefd?

Op basis van deze analyse beslist de crisisregisseur over het in te zetten interventieniveau (zie volgende paragraaf). De werkwijze van de crisisregisseur bij de toeleiding naar crisiszorg Wlz staat in hoofdstuk 2.



## 1.3 Interventieniveaus in (crisis)zorg

Op basis van de triage wordt bepaald welk type interventie passend is voor de situatie. Er zijn vier interventieniveaus in de zorg die aanvullend zijn op elkaar (figuur 2). Dat wil zeggen dat een interventie op een hoger niveau geen vervanging vormt voor de lagere niveaus; het is juist van belang dat het lagere niveau betrokken blijft tijdens de interventie op het hogere niveau. De intentie is namelijk altijd om uiteindelijk terug te schakelen naar niveau 1. De interventies op hogere niveaus beogen hieraan bij te dragen. Bij niveau 3 (inzet crisis- en ondersteuningsteam) en niveau 4 (plaatsing op een crisisplek) is de crisisregisseur altijd betrokken.

### ***Niveau 1: reguliere zorg binnen en door wonen***

Er is sprake van passende zorg in een woonvorm of de thuissituatie en de zorg kan daar worden gecontinueerd. Voor specifieke vragen kan een intern expertiseteam (indien aanwezig) worden geconsulteerd. NB. De reikwijdte van dit niveau is dus mede afhankelijk van de mogelijkheden van de aanbieder.

### ***Niveau 2: aanvullende diagnostiek en/of behandeling binnen VG of GGZ***

Er is sprake van passende zorg in een woonvorm of de thuissituatie, maar er is een hulpvraag die niet enkel binnen de context van wonen kan worden beantwoord. Aanvullende diagnostiek en/of behandeling door een aanbieder van specialistische VG of GGZ is nodig.

Niveau 4: Crisisplaatsing

Niveau 3: Crisis- en ondersteuningsteam (C.O.T.)

Niveau 2: Aanvullend diagnostiek en/of behandeling binnen VG of GGZ

Niveau 1: Reguliere zorg binnen en door wonen

### ***Niveau 3: crisis- en ondersteuningsteam (C.O.T.)***

De zorg in de woonvorm of thuissituatie is op dit moment niet passend, maar er zijn mogelijkheden om de zorg passend te maken. Aanvullende diagnostiek en/of behandeling biedt hiervoor onvoldoende antwoord en de hulpvraag dreigt het niveau van de zorg binnen de wooncontext te overstijgen. Het crisis- en ondersteuningsteam (C.O.T.) wordt ingeschakeld voor advies. [Zie hoofdstuk 3](#) voor de werkwijze van de C.O.T.'s.

### ***Niveau 4: plaatsing op crisisplek***

Zorg kan niet meer worden gecontinueerd binnen de woonvorm of thuissituatie. Aanvullende diagnostiek en/of behandeling en het C.O.T. bieden onvoldoende antwoord, omdat de hulpvraag de context van wonen overstijgt. Een overplaatsing naar een crisisplek is nodig of noodzakelijk; zo nodig kan daar diagnostiek en/of behandeling plaatsvinden. De crisisopname creëert ruimte om de context en de begeleiding in de woonsituatie weer op orde te krijgen. [Zie hoofdstuk 3.3](#) voor de werkwijze bij crisisplaatsing.

### ***CCE***

In aanvulling op de genoemde interventies kan het CCE in elk van de vier stadia worden ingeschakeld. Daar waar professionals vastlopen met probleemgedrag en de kwaliteit van bestaan van de cliënt ernstig onder druk staat, kan een zorgaanbieder een consultatie aanvragen bij het CCE. Het CCE zoekt dan samen met de betrokkenen naar nieuw perspectief. Een CCE-consultatie kan gelijktijdig plaatsvinden met genoemde interventies of hieraan voorafgaan dan wel erop volgen. Op sommige plekken werken C.O.T. en CCE intensief met elkaar samen. Het onderscheid tussen C.O.T. en CCE zit vooral in de duur van de inzet (C.O.T. is altijd kortdurend, terwijl CCE een langer durend traject kan bieden) en het C.O.T. beperkt zich tot (dreigende) crisissituaties.



**2. WERKWIJZE  
VAN CRISIS-  
REGISSEUR**

## 2.1 Rol en positionering crisisregisseur

Vanaf niveau 3 in de interventiepiramide (zie 1.3) is er sprake van crisiszorg. De inzet van crisiszorg verloopt altijd via de crisisregisseur. Er is een landelijk dekkend netwerk van crisisregisseurs, waarin crisisregisseurs over meerdere zorgkantoorregio's heen werken. Contactgegevens van de crisisregisseurs staan op de websites van de zorgkantoren. Crisisregisseurs zijn beschikbaar tijdens kantooruren. Buiten kantooruren kan een aanmelder in geval van een crisis met inschatting IBS, contact opnemen met de regionale crisisdienst GGZ. Tenzij hiervoor regionaal een ander meldpunt is ingeregeld.

De crisisregisseur is onafhankelijk en vervult in een regio de coördinerende rol voor de crisisaanvragen. De crisisregisseur beoordeelt de aanmelding, maakt een autonome afweging en beslist over de toelating van een cliënt tot de crisisregeling. Op basis van de triage maakt de crisisregisseur de keuze voor afwijzen, doorverwijzen, bemiddelen naar derden (via het netwerk van de crisisregisseur), inzet van het C.O.T., crisisplaatsing of een combinatie van crisisplaatsing en C.O.T. In de meeste gevallen leidt een positieve beslissing tot inzet van het C.O.T. of tot plaatsing van de cliënt op een crisisplaats. In principe kiest de crisisregisseur voor een interventie in de regio waar de cliënt woont, maar ook een plaatsing op een crisisplaats in een van de andere regio's binnen de crisisregeling behoort tot de mogelijkheden.

## 2.2 Proces crisisregisseur

Het proces kent vijf stappen:



### Aanmelding

De crisisregisseur ontvangt bericht van een aanmelder met een crisisvraag voor een cliënt. Als de cliënt tot de doelgroep behoort en de aard van de crisis duidelijk is (triage), stuurt de crisisregisseur het aanmeldformulier voor de crisismelding naar de aanmelder. Dit loopt via het registratieprogramma LanCOS voor een beveiligde gegevensdeling. De crisisregisseur vraagt om aanvullende relevante documenten mee te sturen, zoals bijvoorbeeld een zorg- of begeleidingsplan en risico-inventarisatie. De crisisregisseur screent de aangeleverde informatie op volledigheid en inhoud.



## Besluit

Op basis van deze informatie van de aanmelder, bepaalt de crisisregisseur of de cliënt gebruik kan maken van de crisisregeling. Bij afwijzing van een cliënt verwijst de crisisregisseur waar mogelijk door. Bijvoorbeeld naar het bureau zorgtoewijzing van het zorgkantoor. Reden voor afwijzing kan zijn:

- contra-indicaties zoals extreme suïcidaliteit, ernstige psychiatrische ontregeling (floride psychose)
- zware verslaving waarvoor een detox noodzakelijk is.

Een aanvraag wordt ook afgewezen wanneer de cliënt geen Wlz-VG indicatie heeft. De crisisregisseur verwijst dan door naar passende hulpverlening in een ander wettelijk kader, bijvoorbeeld specialistische GGZ (Zw) of ondersteuning uit de Wmo.

Wanneer de crisisregisseur de aanmelding accepteert, weegt hij opnieuw af welke interventie passend is. Bij voorkeur wordt eerst de inzet van het C.O.T. voorgelegd aan de aanmelder van de crisis. Wanneer de crisissituatie zo ernstig is dat crisisplaatsing vooralsnog de enige optie is, gaat de crisisregisseur op zoek naar de meest passende crisisplaats. Naast de inzet van een crisisplaats kan de crisisregisseur ook het C.O.T. inzetten en zelfs als voorwaarde stellen voor een crisisopname. Dit laatste is vooral om terugval na de crisisopname te voorkomen.



## Doorzetten aanmelding

De vervolgstap is per interventie verschillend:

A. Bij inzet van het C.O.T. vraagt de crisisregisseur aan de aanmelder om het aanmeldformulier voor het C.O.T. in te vullen en door de cliënt of zijn wettelijk vertegenwoordiger te laten ondertekenen. Hiermee geeft hij of zij toestemming aan de aanmelder voor de inzet van het C.O.T.. Wanneer dit formulier in LanCOS binnen is, neemt de crisisregisseur contact op met de bereikbaarheidsdienst van het C.O.T.. Hij geeft een toelichting op de casus en zet het dossier voor het C.O.T. open in LanCOS.

B. Bij een crisisopname bepaalt de crisisregisseur welke crisiszorgaanbieder hij benadert voor een plaatsing. Naast de regionale bedbezetting van dat moment wegen aspecten als aard en ernst van de crisis mee. Ook is de vraag relevant of sprake is van vrijwilligheid of een IBS.

Na een eerste contact van de crisisregisseur over de crisismelding stuurt de crisisregisseur de ontvangen informatie via LanCOS naar de crisiszorgaanbieder. Extra informatie kan hierna nog nodig zijn om de cliënt bij de crisiszorgaanbieder veilig te laten verblijven (bijvoorbeeld medische informatie). Wanneer er verder geen belemmeringen zijn, neemt de crisisregisseur contact op met de crisisaanmelder om over de crisisplaatsing af te stemmen. De crisisregisseur verstuurt een opnamemail met daarin de gemaakte afspraken over doel, tijdstip en duur van de crisisopname. Hierna neemt de crisiszorgaanbieder het contact met de aanmelder over. De crisisregisseur blijft in contact over de voortgang en de duur van de crisisopname.

Crisisregisseurs streven het proces van aanmelding tot plaatsing binnen 48 uur af te ronden. Bij een IBS is dit binnen 24 uur.

C. Als de crisisregisseur besluit tot een crisisplaatsing met aansluitend inzet van het C.O.T., is het wenselijk dat de crisisregisseur de contactgegevens van het C.O.T. aan de crisisplek meldt. Wanneer het C.O.T. betrokken is bij een terugplaatsing na een crisisplaatsing, is het C.O.T. bij voorkeur bij de evaluatie van de crisisplaatsing aanwezig.



## Monitoren

Wanneer alleen sprake is van inzet van het C.O.T., dan heeft de crisisregisseur een afwachterende rol. Hij stemt af met het C.O.T. over de interventies en het effect hiervan op de cliënt. De crisisregisseur sluit hiervoor regelmatig aan bij de cliëntbespreking.


Bij een crisisplaatsing heeft de crisisregisseur de regie over de duur van de crisisplaatsing en houdt contact met de aanmelder hierover. Als de crisisplaatsing kan worden beëindigd, gaat de cliënt in principe terug naar zijn woonplek. Wanneer er geen plek is om naar uit te stromen, geeft de crisisregisseur de opdracht aan de aanmelder of wettelijk vertegenwoordiger om hulp in te schakelen van het verantwoordelijke zorgkantoor. Ook adviseert hij een onafhankelijk cliëntondersteuner aan te haken wanneer deze nog niet aanwezig is en om zorgaanbieders te benaderen voor een zorgconferentie. De crisisregisseur bewaakt dit proces, maar draagt geen verantwoordelijkheid voor de uitplaatsing. Als de crisisregisseur besluit tot een crisisplaatsing met aansluitend inzet van het C.O.T., is het wenselijk dat de crisisregisseur de contactgegevens van het C.O.T. aan de crisisplek meldt. Wanneer het C.O.T. betrokken is bij een terugplaatsing na een crisisplaatsing, is het C.O.T. bij voorkeur bij de evaluatie van de crisisplaatsing aanwezig.



## Afsluiten

Als de crisisplaatsing is beëindigd en geen inzet van het C.O.T. (meer) nodig is, sluit de crisisregisseur de casus af en meldt de cliënt af in LanCOS.



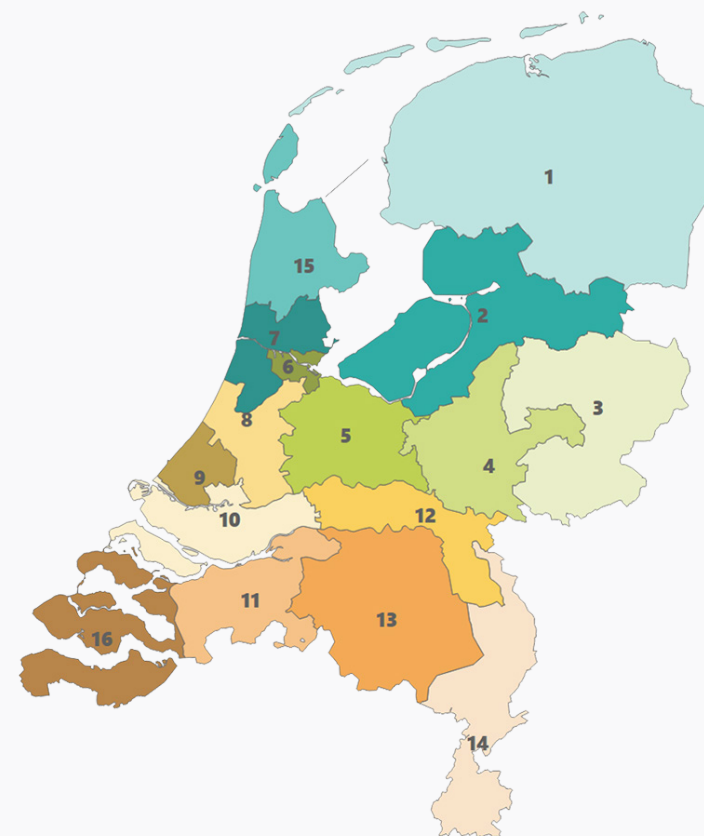


**3. WERKWIJZE  
VAN CRISIS- EN  
ONDERSTEUNINGS  
TEAMS (C.O.T.)**

De crisis- en ondersteuningsteams (C.O.T.'s) zijn ontstaan vanuit de landelijke uitrol van een pilot die bij zorgkantoor Zilveren Kruis was gestart met een crisisinterventieteam. Deze uitrol vond plaats als onderdeel van het programma Volwaardig Leven. Hierbij is in de periode van begin 2020 tot medio 2021 een landelijke dekking van C.O.T.'s gerealiseerd (16 C.O.T.'s in totaal). De ontwikkeling van deze teams liep grotendeels parallel, waardoor ieder team voor de eigen regio de werkwijze heeft ingevuld (mede op basis van al bestaande structuren en verbanden). Er is hierdoor geen volledig uniforme werkwijze. Deze handreiking is niet in beton gegoten, maar juist bedoeld om het gesprek met en tussen de C.O.T.'s te faciliteren. Mogelijke ontwikkelpunten zijn in een kader in de tekst geplaatst.

## 3.1 Definitie, doel en doelgroep

Een crisis- en ondersteuningsteam (C.O.T.) is een multidisciplinair team, samengesteld uit ervaren professionals uit de sectoren verstandelijk gehandicaptenzorg (VG) en de geestelijke gezondheidszorg (GGZ). Een zorgaanbieder kan de hulp van het C.O.T. invoeren via de crisisregisseur wanneer sprake is van een crisis bij een cliënt. Het gaat om situaties waarin de spanningen zo hoog oplopen dat betrokkenen de situatie niet meer onder controle kunnen krijgen en een crisisopname dreigt. Er moet snel worden ingegrepen om escalatie te voorkomen. Het crisis- en ondersteuningsteam neemt de zorg niet over, maar biedt extra ondersteuning aan de zorgverleners die met de cliënt werken. Het C.O.T. geeft verbeteradviezen aan de zorgaanbieder waar de crisis plaatsvond om de zorgverleners te versterken en de context te verbeteren. Dit kan zowel in de thuissituatie als op locatie bij een zorgaanbieder zijn.



Het C.O.T. richt zich op het aanvullen van de kennis en expertise van een zorgaanbieder bij het omgaan met en voorkomen van crisissituaties. Ook biedt het C.O.T. nazorg aan de zorgaanbieder. De ondersteuning bestaat uit adviezen op cliënt-, team- en organisatiekenmerken, waardoor de context passend gemaakt kan worden op wat de cliënt nodig heeft (in plaats van de cliënt over te plaatsen naar een andere setting).

Het C.O.T. kan ingezet worden bij een crisis waarvoor binnen 48 uur een interventie noodzakelijk is. Het gaat om cliënten met een Wlz-indicatie met een VG-grondslag voor wie een aanmelding voor crisisplaatsing is gedaan. Het betreft meestal een samenloop van psychiatrische problematiek met een verstandelijke beperking, waarbij het noodzakelijk is om de VG- en de GGZ-invalshoek te combineren.

De inzet van het C.O.T. is primair gericht op het verbeteren van de situatie van een cliënt in zijn woonomgeving. Daarnaast leveren C.O.T.'s een bijdrage aan de kennis over crisissituaties.

## 3.2 Aard van ondersteuning

Het C.O.T. levert drie vormen van ondersteuning:

1. **Preventie van crisisopname:** Het C.O.T. analyseert de situatie en komt met handvatten voor de omgeving van de cliënt, gericht op cliënt, organisatie en beleid. Zodat de cliënt kan blijven wonen op de huidige verblijfsplek.
2. **Expertiseverhogen:** Het C.O.T. biedt coaching en training gericht op professionalisering en deskundigheidsbevordering van het team rond de cliënt en het betrokken management. Het gaat hier om scholing op maat, bijvoorbeeld: psychopathologie, medicatiegebruik en bejegening.
3. **Nazorg na crisisopname:** Het C.O.T. kan worden ingezet nadat een cliënt opgenomen is geweest op een crisisplek, voor een duurzame en succesvolle transfer van crisisplek naar wonen.

Het C.O.T. biedt ondersteuning aan de zorgverleners die met de cliënt werken in de vorm van analyse, advies en coaching op verschillende niveaus. Het C.O.T. neemt de zorg én de verantwoordelijkheid voor de zorg niet over; deze blijft bij de zorgaanbieder die de zorg op dat moment levert.

## 3.3 Proces C.O.T.'s

Het proces kent grofweg drie stappen:



1. AANMELDING



2. AANPAK



3. AFRONDING



### Aanmelding

De aanmelder meldt de crisis bij de crisisregisseur. De crisisregisseur beoordeelt de situatie door de triage van cliënt-, begeleiding- en contextfactoren (zie [hoofdstuk 1.2](#) voor meer informatie) en beslist welke interventie het meest passend is (zie [hoofdstuk 1.3](#) voor meer informatie).

Wanneer inzet van het C.O.T. het meest passend is, geeft de crisisregisseur dit door aan de aanmelder. Als de aanmelder akkoord gaat met inzet van het C.O.T. en de cliënt(vertegenwoordiger) het aanmeldformulier heeft ondertekend, geeft de crisisregisseur opdracht aan het C.O.T. De crisisregisseur zet de ontvangen documenten van de aanmelder in LanCOS; dit betreft meestal het aanmeldformulier plus zo mogelijk recente diagnostiek, een persoonsbeeld en een rapportage van de afgelopen periode. Het C.O.T. kan vervolgens de documenten in LanCOS inzien.

Na de overdracht door de crisisregisseur gaat het C.O.T. op korte termijn aan de slag met de volgende acties:

1. Het C.O.T. bepaalt welke medewerkers worden ingezet en wie de rol van casemanager heeft (meestal een senior begeleider). Deze is het primaire aanspreekpunt voor de aanmelder en coördineert de afspraken.
2. De casemanager neemt binnen 48 uur na ontvangst van de aanmelding contact op met de aanmeldende organisatie om afspraken te plannen en eventueel aanvullende informatie op te vragen.
3. De casemanager plant een intake bij de aanmeldende organisatie. Bij de intake zijn zowel vanuit de aanmelder als vanuit het C.O.T. de senior begeleider, gedragswetenschapper en manager aanwezig. Naast dit gesprek vindt vaak een observatie plaats. De intake vindt 3-5 werkdagen na overdracht door de crisisregisseur plaats. De snelheid van planning is mede afhankelijk van de aanmeldende organisatie.
4. Het C.O.T. bespreekt de casus in het wekelijkse overleg. Het verslag van intake en observatie vormen hierbij de input.
5. Het C.O.T. levert een ondersteuningsvoorstel aan bij de aanmelder. Het streven is om dit binnen 3-4 werkdagen na de intake klaar te hebben. Wanneer het wenselijk is de input van de andere C.O.T.-leden mee te nemen, wacht de casemanager met het versturen van het ondersteuningsvoorstel tot na het wekelijkse overleg in het C.O.T.
6. Wanneer de aanmelder akkoord is met het ondersteuningsvoorstel, gaat het C.O.T.-traject binnen 2-10 werkdagen na akkoord op het voorstel van start.

Het beschreven tijdpad kan sneller worden doorlopen of juist worden vertraagd wanneer dit inhoudelijk wenselijk is voor de casus.



## Aanpak

Het C.O.T. werkt vanuit een ondersteuningsplan waarop de aanmeldende organisatie akkoord heeft gegeven. In dit ondersteuningsplan staat het volgende:

Het C.O.T. ondersteunt de organisatie gedurende een periode van maximaal 13 weken, waarna in overleg met de crisisregisseur een verlenging van 13 weken gegeven kan worden.

In principe is het bij de cliënt betrokken team van het C.O.T. niet groter dan 3 tot 4 medewerkers: een senior begeleider in de rol van casemanager, een gedragswetenschapper en een manager, eventueel aangevuld met een sociaal psychiatrisch verpleegkundige (SPV). Hierdoor is het aantal gezichten voor de ontvangende partij beperkt en kan het C.O.T. onderling makkelijk schakelen en een eenduidige lijn hanteren.

Zie verder [Hoofdstuk 3.5](#) voor de samenstelling van het C.O.T.

In crisissituaties staat alles op scherp. Daarom is de houding van de C.O.T.-leden richting de aanmelder cruciaal. De wijze waarop het C.O.T. start en aandacht heeft, bepaalt voor een groot deel het succes. De C.O.T.-leden stemmen af op de situatie waarvoor ze ingeroepen zijn en op de vraag vanuit de organisatie. Ze zijn duidelijk over hun eigen rol en over wat ze verwachten van de organisatie.



## ONDERSTEUNINGSPLAN

- Multidisciplinaire analyse
- Probleemstelling met aangescherpte vraagstelling
- Beschrijving acties/in te zetten producten, zoals:
  - > advies
  - > boventallig meelopen
  - > coaching begeleiders-team-management
  - > deskundigheidsbevordering aan betrokken zorgverleners
  - > eventueel aanvullende diagnostiek
- Verduidelijking rollen en verantwoordelijkheden binnen aanmeldende organisatie voor uitvoering van plan en vervolg
- Evaluatie: een tussenevaluatie vindt plaats na 3 tot 6 weken en een eindevaluatie bij afronding (zie [Afronding](#)).



## Afronding

De inzet van het C.O.T. is tijdelijk, zo licht en zo kort als mogelijk, gericht op duurzame oplossingen. Het C.O.T. bepaalt het einde van het traject, aan de hand van het ondersteuningsplan en in overleg met de aanmelder. Het C.O.T. schrijft een eindevaluatie en bespreekt deze met de aanmelder. Het C.O.T. levert bij afronding een geanoniseerd verslag aan de crisisregisseur.

Vanuit de inzet op casusniveau leveren de C.O.T.'s een bijdrage aan de kennis over crisissituaties, bijvoorbeeld door analyse van de meldingen, ervaringen en resultaten.



## 3.4 Inhoudelijke werkwijze C.O.T.

Het C.O.T. onderzoekt de casus aan de hand van de drie perspectieven: cliënt, begeleider en context. De volgende aspecten worden daarbij meegewogen. Het advies van het C.O.T. kan op alle invalshoeken betrekking hebben.

### Cliënt


Het gedrag of de gemoedstoestand van de cliënt wordt meestal centraal gesteld in de aanmelding. Vaak wordt ook melding gemaakt van 'psychiatrische problematiek' al dan niet met een daarbij behorende classificatie. Dit geeft inzicht in de typologie van de klachten, maar het is geen verklaring en ook geen duidelijke indicatie voor de benodigde zorg. Het is daarom belangrijk om de aanmelder duidelijk te maken dat de aanwezigheid van psychiatrische klachten (typologie) niet automatisch leidt tot opname of behandeling in de GGZ.

Het C.O.T. bespreekt met de aanmelder of de problematiek samenhangt met een toestandsbeeld of een persoonsbeeld. Bij een *toestandsbeeld* is er een tijdelijke verandering van de persoon en is deze als het ware niet meer zichzelf. Bij een *persoonsbeeld* heb je te maken met een persoon die door de aard van zijn beperking en bijkomende stoornissen gevoelig is voor ontregeling, maar die ook in deze problematische situatie nog dezelfde persoon is. Zeker bij problematiek die voortkomt vanuit een toestandsbeeld is het belangrijk om een goede analyse te maken van de wisselwerking tussen cliënt, begeleiding en context, om zicht te krijgen op mogelijke uitlokkende factoren.

## Begeleiding

In de analyse van de situatie zijn de volgende aspecten van belang om mee te wegen, omdat dit risicofactoren zijn voor het ontstaan van problemen (en tevens aangrijpingspunt voor de interventie):

- **De kwaliteit van begeleiders:** deze kan tekortschieten op het gebied van kennis, vaardigheden, attitude of persoonlijkheid. Belangrijke vragen hierbij: sluit de begeleidingswijze aan bij de cliënt en wordt voldoende aangesloten bij de behoeften die cliënt op dat moment heeft?
- **De kwantiteit van begeleiders:** deze kan tekortschieten doordat de teamformatie niet op orde is: er zijn niet voldoende begeleiders of juist teveel waardoor onduidelijkheid ontstaat voor de cliënt. Of er zijn teveel wisselingen in begeleiders met een gebrek aan continuïteit tot gevolg. Een relevante vraag is ook of de bezetting in overeenstemming is met de productomschrijving in het zorgprofiel (met name relevant bij VG6 en VG7 vanwege de specifieke eisen waar zorgaanbieders aan moeten voldoen).
- **Rolduidelijkheid:** dit is een belangrijke voorwaarde om continu, langdurig, systematisch en methodisch de begeleiding te kunnen vormgeven. Het gaat hierbij om vragen als: wat is het mandaat van het team (wie mag welke beslissingen nemen), hoe is de overlegstructuur, welke rol heeft het zorgplan en wat zijn de taken van de eerst-verantwoordelijke begeleider. Andere belangrijke aspecten zijn de nabijheid van leidinggevende, gedragswetenschapper en andere inhoudelijke of organisatorische ondersteuning.
- **Samenwerking:** het ontbreken van samenwerking kan leiden tot probleemsituaties en kan belemmerend werken voor in te zetten interventies. Indicaties dat de samenwerking niet goed is, zijn bijvoorbeeld het ontbreken van een gezamenlijke beeldvorming, teamleden die niet gehoord worden en geen eenduidige uitvoering van behandeladviezen.



## Context

Bij de context gaat het om de fysieke en sociale omgeving van de cliënt en om de organisatorische context. Belangrijke aspecten van de fysieke en sociale omgeving die in de analyse worden onderzocht:

- **Leefklimaat (pedagogisch klimaat):** Het pedagogische klimaat wordt door de begeleiders gecreëerd op een locatie en bestaat uit het geheel aan regels (wat zijn de huisregels, gedragsregels et cetera voor de gehele locatie?) en structuur. Bij structuur gaat het om de ordening van de dag, waarin de verschillende hulpvragen van de bewoners een plek krijgen: is deze structuur eenduidig, helder, flexibel? Een ander aspect van het pedagogisch klimaat is de mate waarin toezicht wordt gehouden en in hoeverre de interactie met andere cliënten wordt begeleid. Het niet aansluiten van een pedagogisch klimaat bij een cliënt kan leiden tot probleemgedrag.
- **Leefomgeving:** Probleemgedrag kan worden veroorzaakt door te veel of te weinig prikkels op een locatie, het niet hebben of respecteren van eigen ruimte. Er kunnen ook problemen zijn met de fysieke veiligheid van cliënten.
- **Dagprogramma:** Probleemgedrag kan ontstaan doordat er te weinig (kwalitatieve) invulling is van de tijd. Het is belangrijk dat de cliënt voldoende zinvolle dagactiviteiten heeft en dagelijks voldoende beweging krijgt.
- **Buurt:** De kwetsbaarheid van de buurt of juist de negatieve beïnvloeding door de buurt kan een rol spelen bij het ontstaan of voortduren van probleemgedrag.

De organisatorische context creëert de randvoorwaarden voor het begeleidingsteam om de cliënt te kunnen ondersteunen. Het gaat hierbij om aspecten zoals:

- Een gezamenlijke visie, die op alle niveaus van de organisatie wordt uitgedragen en ondersteund.
- Eén of meer organisatiebreed gedragen inhoudelijke methodieken waarin medewerkers zijn geschoold en waarop voortdurende bijscholing plaatsvindt.
- Ondersteunend en vakinhoudelijk leiderschap, vertrouwen, een stimulerende teamcultuur en een plezierige werksfeer.
- Beleggen van mandaat: het moet duidelijk zijn wie de relevante beslissingen neemt voor de behandeling van de cliënt. Wanneer dit te ver bij het team vandaan is georganiseerd of bij verschillende personen ligt, kan er een invloedsdynamiek ontstaan.
- Mogelijkheden voor professionals om kennis op te doen en actueel te houden.
- Mogelijkheden voor reflectie, intervisie en supervisie.
- Faciliteren van methodisch werken en interdisciplinaire samenwerking.
- Aandacht voor stabiele teams met weinig verloop.
- Aandacht voor fysieke en emotionele veiligheid van medewerkers.
- Faciliteren met benodigde apparatuur, hulpmiddelen en technologische toepassingen.

## 3.5 Organisatie C.O.T.

### Stuurgroep

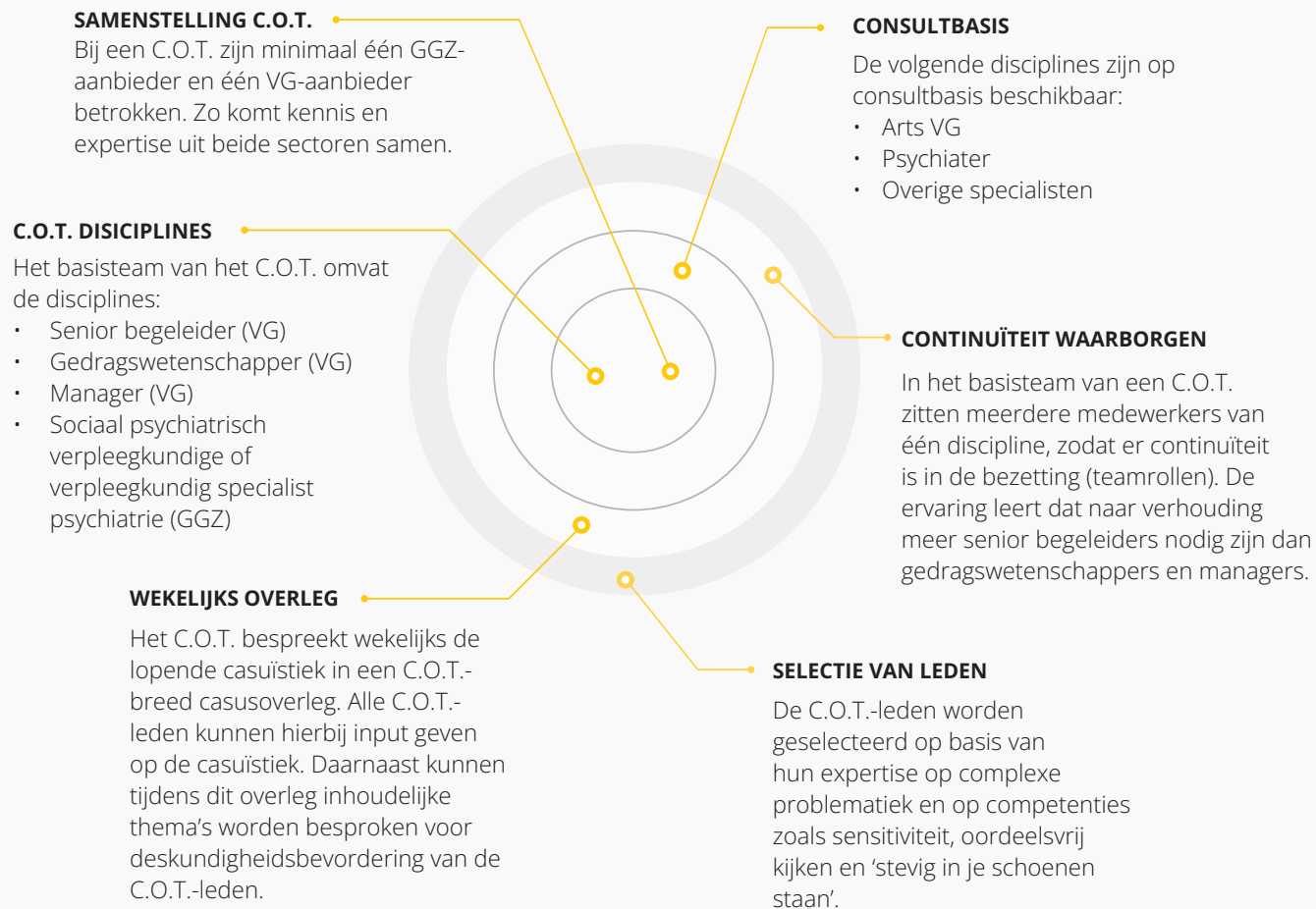
De C.O.T.'s worden gevormd door medewerkers van zorgaanbieders in het werkgebied van het C.O.T. die gezamenlijk de benodigde expertise hebben voor de vragen die bij het C.O.T. neergelegd kunnen worden. Deze zorgaanbieders vormen een stuurgroep die het C.O.T. faciliteert. De volgende punten zijn hierbij van belang:

- De stuurgroep bestaat uit directeuren/ bestuurders van de deelnemende organisaties.
- De stuurgroep komt periodiek bij elkaar, laat zich informeren door C.O.T.
- De stuurgroep wijst één organisatie als penvoerder aan; deze beheert de registratie en communicatie rondom uren en declaraties van C.O.T.-leden.
- De stuurgroep wijst één lid aan als aanspreekpunt voor C.O.T.
- Leden van de stuurgroep committeren zich als samenwerkende organisaties aan het C.O.T.; daarbij hoort inzet van uren en beschikbaarheid van de medewerker buiten de werkzaamheden voor de eigen organisatie.

Voor de inzet van medewerkers in het C.O.T. gelden de volgende randvoorwaarden:

- C.O.T.-leden blijven in hun eigen functie en inschaling in dienst van de eigen werkgever.
- C.O.T.-leden hebben afgesproken uren om in te zetten voor het C.O.T. (zowel voor C.O.T.-trajecten als voor overleg en intervisie binnen het C.O.T.)
- C.O.T.-leden krijgen een dusdanige vrijstelling van hun werk dat het mogelijk is het tijdpad van het C.O.T. waar te maken.
- Voor de begeleiders betekent dit dat zij niet worden ingeroosterd voor reguliere werkzaamheden (alleen achteraf inroosteren als er geen werkzaamheden zijn voor het C.O.T.). Of: Zij hebben ruimte in hun rooster om binnen 48 uur aanwezig te kunnen zijn bij een intake.
- De managers en gedragswetenschappers die werkzaam zijn in het C.O.T. creëren zelf ruimte in hun agenda voor de C.O.T.-werkzaamheden.

## SAMENSTELLING C.O.T.



## ORGANISATORISCHE WERKWIJZE C.O.T.

### GEEN HIËRARCHISCH LEIDINGGEVENDE

Het C.O.T. heeft geen hiërarchisch leidinggevende. Het C.O.T.-lid dat als manager meewerkt binnen C.O.T. heeft geen managerstaken voor het C.O.T., maar richt zich op de ondersteuning en advisering aan de manager van de aanmeldende zorgaanbieder.

### AANSPREEKPUNT COÖRDINEERT INZET

Het C.O.T. heeft een aanspreekpunt dat de inzet coördineert. De coördinator zorgt bijvoorbeeld voor de jaarplanning, regelt de bereikbaarheidsdienst en is contactpersoon voor de stuurgroep. Deze rol wordt door het team belegd.

### ONAFHANKELIJKE ROL

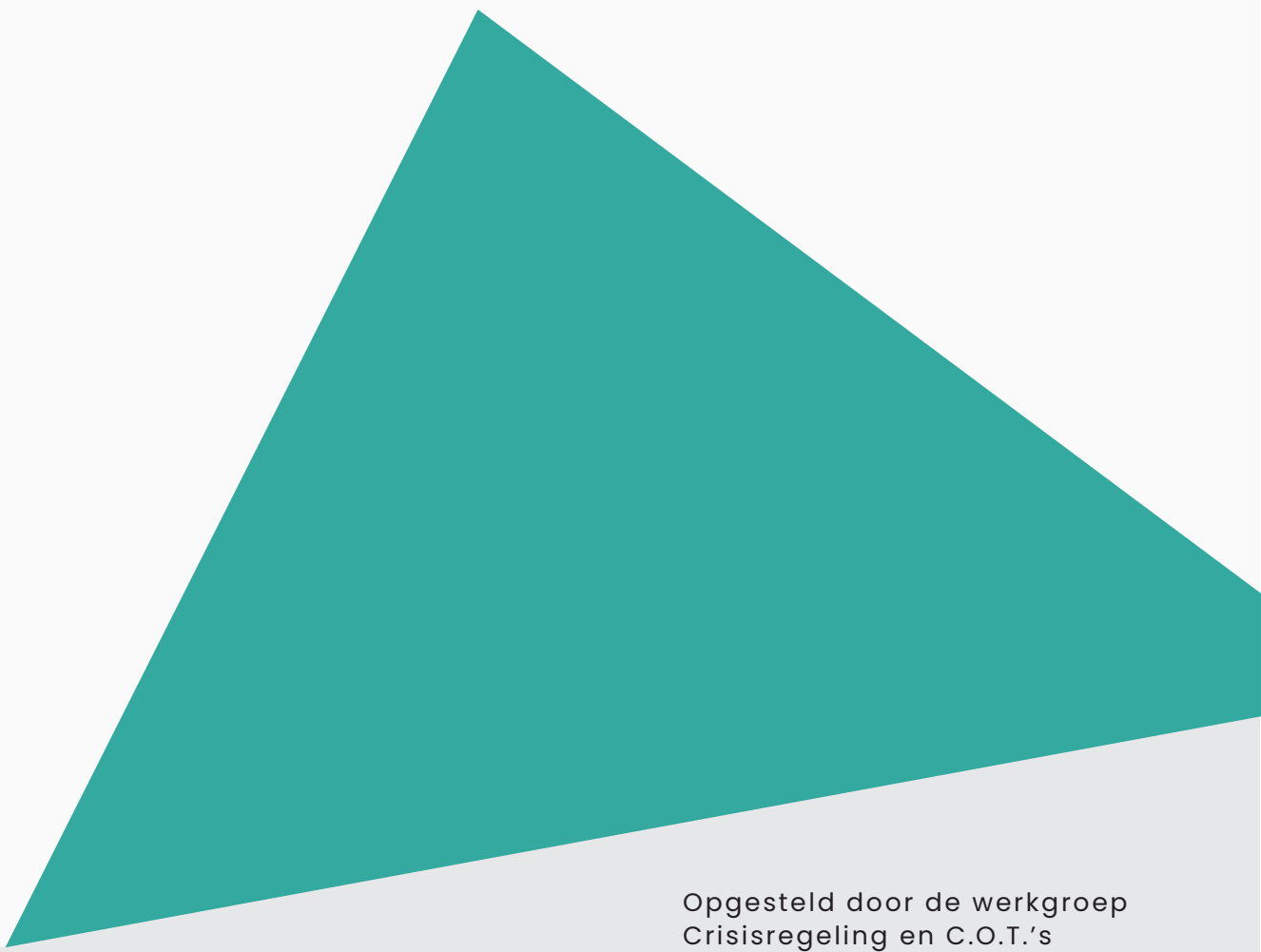
C.O.T.-leden hebben een onafhankelijke rol en positie ten opzichte van crisisregisseur, zorgaanbieders en zorgkantoor. Zorgvuldigheid bij deze rol is vereist zodat vertrouwen bij alle betrokkenen blijft bestaan

### GELIJKWAARDIGHEID TUSSEN DISCIPLINES

Uitgangspunt voor de samenwerking tussen de C.O.T.-leden is gelijkwaardigheid van de verschillende disciplines vanuit de VG en GGZ.

### INZET BUITEN EIGEN INSTELLING

Wanneer de aanmeldende zorgaanbieder leden in het C.O.T. heeft, dan heeft het de voorkeur om een C.O.T.-lid van een andere zorgaanbieder in te zetten in het traject.



Opgesteld door de werkgroep  
Crisisregeling en C.O.T.'s

Met ondersteuning van

Opmaak door

