



Levenswerk

HANDREIKING · PSYCHOLOOG IN DE ACUTE GGZ

Hoofdtaken van de psycholoog in de acute GGZ

Vijf kerntaken voor psychologische expertise binnen crisisdienst, IHT en acute opname.

Handreiking in ontwikkeling

AUTEUR

Bas Brendel, GZ-psycholoog
Levenswerk GGZ

PUBLICATIE

3 september 2026

VERSIE

1.0

WEBSITE

levenswerkggz.nl

Inleiding

Tijdens mijn onderzoek naar de rol van psychologen in de acute GGZ heb ik veel verschillende hulpverleners gesproken. Wat psychologen precies doen verschilt behoorlijk per setting, hoe de zorg is georganiseerd en hoeveel psychologen er werken. Toch zie ik tot nu toe vijf duidelijke categorieën terug waar de verschillende taken en interventies van psychologen onder kunnen vallen.

Onderbouwing en afbakening

Hoofdtaken vormen geen extern gevalideerd model. Deze zijn gebaseerd op mijn praktijkervaring, Nederlandse pilots en praktijkinventarisaties, aangevuld met richtlijnen, professionele kaders en wetenschappelijk onderzoek.

De taken komen in verschillende bronnen terug, maar de onderbouwing verschilt per taak en interventie. De taken zijn tevens niet exclusief voor psychologen.

Werken als “acute psycholoog” vraagt bovendien om specifieke competenties, ervaring en scholing. Wat van iemand verwacht kan worden hangt daarom af van opleiding, bekwaamheid, functie en setting.

Waarom deze vijf kerntaken?

In een psychiatrische crisis ligt de nadruk vaak eerst op wat nu nodig is. Is iemand veilig? Is opname nodig? Hoe krijgen we de spanning omlaag? Welke zorg moet worden georganiseerd?

De psycholoog voegt daar andere vragen aan toe:

Wat gebeurt hier eigenlijk? Waarom gaat het juist nu mis? Wat houdt de crisis in stand? En wat kan helpen om weer beweging te krijgen?

Psychologische expertise kan daarbij zowel direct als indirect worden ingezet: in gesprekken met patiënten en naasten, maar ook via diagnostiek, crisisformulering, behandeling, consultatie en het behandelteam.

Inhoud

o

Diagnostiek, casusconceptualisatie en indicatiestelling

o Psychologische interventies en behandeling

o Crisisinterventies, risicoformulering en veiligheidsplanning

o Systeeminterventies

o Teamconsultatie en behandelklimaat

Daarna: **de vijf taken in één oogopslag, verschillen per setting, professionele afbakening, wat de vijf kerntaken verbindt en bronnen en verantwoording.**

Diagnostiek, casusconceptualisatie en indicatiestelling

Begrijpen wat er gebeurt en richting bepalen.

PRAKTIJKVRAAG

We zien van alles, maar begrijpen eigenlijk niet goed wat er gebeurt.

Iemand is achterdochtig, trekt zich volledig terug, beschadigt zichzelf, raakt steeds opnieuw in crisis of reageert op een manier die niemand goed kan plaatsen.

In de hectiek ontstaat gemakkelijk een snelle verklaring: psychotisch, zorgmijdend, persoonlijkheidsproblematiek, manipulatief of niet gemotiveerd. Juist dan kan het helpen om opnieuw te onderzoeken wat er werkelijk gebeurt.

Waar kijkt de psycholoog naar?

De psycholoog beschrijft wat iemand laat zien, maar probeert vooral ook te begrijpen:

- wat aan de crisis voorafging;
- welke kwetsbaarheden een rol spelen;
- welke gebeurtenissen de ontregeling hebben uitgelokt;
- wat klachten of gedrag op dit moment in stand houdt;
- welke betekenis iemand zelf aan de situatie geeft;
- welke coping iemand gebruikt;
- welke relationele en systeemfactoren meespelen;
- welke sterke kanten en beschermende factoren aanwezig zijn.

Afhankelijk van de situatie kan diagnostisch worden gedifferentieerd tussen bijvoorbeeld psychose, trauma en dissociatie, middelengebruik, ontwikkelingsproblematiek, cognitieve beperkingen, LVB en persoonlijkheidsfunctioneren.

Daarbij kan gebruik worden gemaakt van observatie, anamnese, heteroanamnese, diagnostische interviews en wanneer haalbaar en relevant aanvullende psychodiagnostiek.

Van classificatie naar formulering

Een classificatie kan helpen om klachten te ordenen, maar verklaart niet automatisch waarom juist deze persoon op dit moment in crisis raakt.

Casusconceptualisatie probeert verschillende observaties bij elkaar te brengen tot een voorlopige werkhypothese:

Wat is er gebeurd? Wat maakt iemand kwetsbaar? Wat lokt de crisis uit? Wat houdt haar in stand? En welke factoren kunnen herstel ondersteunen?

Dat hoeft in acute zorg geen uitgebreid document te zijn. Soms is een korte gezamenlijke crisisformulering voldoende om anders naar iemand te kijken en daardoor ook anders te handelen.

Wat kan de psycholoog doen?

- observatie, anamnese en heteroanamnese;
- diagnostisch ordenen en differentiëren;
- een crisisformulering of casusconceptualisatie maken;
- functie en betekenis van gedrag onderzoeken;
- ontwikkelings-, trauma- en systeemfactoren meenemen;
- aanvullende psychodiagnostiek verrichten wanneer dat passend is;
- meedenken over indicatiestelling;
- verschillende perspectieven uit het multidisciplinaire team verbinden;
- adviseren over passende vervolgzorg.

VOORBEELD

Een patiënt die gesprekken steeds afbreekt, hoeft niet simpelweg 'niet gemotiveerd' te zijn.

Misschien neemt de spanning sterk toe zodra hij zich afhankelijk, beoordeeld of gecontroleerd voelt. Als het team die mogelijkheid onderzoekt, kan ook de manier waarop contact wordt gemaakt veranderen.

Het betreft dan een hypothese die samen wordt getoetst, geen nieuw etiket.

Wat kan dit opleveren?

Psychologische formulering kan bijdragen aan:

- meer samenhang in een complex klinisch beeld;
- beter onderbouwde diagnostische hypothesen;
- het verbinden van verschillende observaties van teamleden;
- een meer passende bejegening;
- gerichtere behandeling en indicatiestelling;
- het herkennen van terugkerende patronen;
- een beter onderbouwd vervolgadvis.

Nederlandse pilots noemen juist verklarende diagnostiek, complexe casusconceptualisatie, ontwikkelingsperspectief en het herkennen van interactie- en gedragspatronen als belangrijke bijdragen van psychologen.

Onderbouwing: NICE CG178 Psychosis and schizophrenia in adults; NICE NG225 Self-harm; Ebrahim (2022, online 2021); Nederlandse pilot- en praktijkinventarisaties.

KERN

De psycholoog helpt niet alleen vaststellen wat er aan de hand is, maar vooral begrijpen waarom het juist nu misgaat en wat dat betekent voor de volgende stap.

Psychologische interventies en behandeling

Interveniëren, stabiliseren en behandelen.

PRAKTIJKVRAAG

Moeten we eerst wachten tot de crisis voorbij is voordat psychologische behandeling mogelijk is?

Niet altijd.

Onderzoek laat zien dat psychologische interventies ook tijdens acute psychiatrische opname en crisiszorg uitvoerbaar kunnen zijn en voor patiënten klinische meerwaarde kunnen hebben.

Dat betekent niet dat iedere patiënt tijdens iedere crisis intensieve psychotherapie nodig heeft.

De vorm moet juist worden aangepast aan:

- de crisisfase;
- de belastbaarheid;
- het beschikbare contact;
- de hulpvraag;
- veiligheid;
- de setting;
- beschikbare continuïteit.

Psychologische behandeling hoeft niet groot te zijn

In acute zorg kan een interventie al bestaan uit één gesprek of enkele korte contactmomenten.

Bijvoorbeeld:

- helpen begrijpen wat er gebeurt;
- spanning reguleren;
- coping versterken;
- problemen structureren;
- psycho-educatie geven;
- alternatieven onderzoeken;
- een terugkerend patroon herkennen;
- vervolgbehandeling voorbereiden.

Onderzoek naar acute opname en Crisis Resolution/Intensive Home Treatment laat juist zien dat psychologische interventies vaak moeten worden ingekort, gefocust en flexibel aangeboden.

Waar kijkt de psycholoog naar?

Eerst naar wat iemand op dit moment aankan.

- Is werkelijk contact mogelijk?
- Hoe hoog is de spanning?
- Kan iemand informatie opnemen?
- Is eerst stabilisatie nodig?
- Wat is nu de belangrijkste hulpvraag?
- Wat heeft iemand eerder geholpen?
- Wat kan binnen deze setting?
- Is er voldoende continuïteit?
- Welke interventie past bij dit moment?

Wat kan de psycholoog doen?

Afhankelijk van de indicatie bijvoorbeeld:

- valideren en contact herstellen;
- vertragen en structureren;
- grounding en stabiliserende technieken gebruiken;
- emotieregulatie- en copingvaardigheden oefenen;
- psycho-educatie geven;
- cognitief-gedragstherapeutische interventies inzetten;
- bij psychose werken aan betekenis, lijdensdruk, coping en interpretaties;
- probleemoplossende interventies inzetten;
- werken aan terugkerende interactionele of gedragsmatige patronen;
- waar passend technieken gebruiken vanuit bijvoorbeeld ACT, schematherapie of MBT;
- behandelmotivatie en toewijding versterken;
- voorbereiden op vervolgbehandeling.

Niet alle genoemde behandelvormen zijn in acute psychiatrische settings even uitgebreid onderzocht. Voor onder andere CGT/CGTp, psycho-educatie en familie-interventies bestaat directere acute evidence dan voor bijvoorbeeld ACT, mentaliserende interventies of traumagerichte behandeling.

Traumagerichte behandeling

Ook traumagerichte behandeling wordt op enkele plekken binnen de acute GGZ toegepast en onderzocht.

Daaruit volgt niet dat traumaverwerking standaard tijdens iedere psychiatrische crisis moet worden gestart.

Traumagerichte behandeling vraagt een gerichte indicatie, voldoende veiligheid en belastbaarheid en een plan voor continuïteit.

Contact is onderdeel van de interventie

De manier waarop contact wordt gemaakt doet ertoe.

Bij iemand die veel wantrouwen ervaart kan te snel corrigeren de afstand vergroten. Bij iemand die volledig overspoeld is, kan nog meer informatie juist averechts werken.

Bij heftige emoties kan erkenning eerst nodig zijn voordat er ruimte ontstaat voor probleemoplossing.

De therapeutische relatie is daarom in acute zorg niet alleen een voorwaarde voor psychologische interventies. De manier waarop contact wordt gemaakt kan bijdragen aan vertrouwen, gezamenlijk begrip, behandelbetrokkenheid en het organiseren van veiligheid.

Dat is iets anders dan zeggen dat goed contact op zichzelf iedere crisis behandelt.

Wat kan dit opleveren?

Passende psychologische interventies kunnen bijdragen aan:

- vermindering van psychische spanning;
- meer grip op wat iemand ervaart;
- beter contact;
- verbetering van coping;
- meer perspectief op alternatieven;
- betere aansluiting op vervolgbehandeling;
- bij sommige interventies verbetering van psychiatrische symptomen of vermindering van heropname.

De onderzoekskwaliteit verschilt echter aanzienlijk per interventie en doelgroep. Mensen met de ernstigste acute ontregeling zijn in onderzoek bovendien relatief beperkt vertegenwoordigd.

Onderbouwing: Paterson et al. (2018), DOI 10.1111/bjc.12182; Barnicot et al. (2020), DOI 10.1016/j.cpr.2020.101929; Ahmed et al. (2024), DOI 10.1002/cpp.3032, PMID 39109808; NICE CG178.

KERN

Een crisis sluit psychologische behandeling niet uit. Juist korte, flexibele en goed getimede interventies kunnen tijdens de acute fase betekenisvol zijn.

Crisisinterventies, risicoformulering en veiligheidsplanning

Veiligheid vergroten zonder de persoon te reduceren tot risico.

PRAKTIJKVRAAG

Hoe houden we oog voor veiligheid zonder dat de hele crisis alleen nog over risico gaat?

Bij acute suïcidaliteit, ernstig zelfbeschadigend gedrag, agressie of dreigend verlies van controle heeft veiligheid terecht prioriteit.

Maar beoordelen van veiligheid betekent niet dat we precies kunnen voorspellen wat iemand in de toekomst zal doen.

Bij suïcidaliteit adviseren huidige richtlijnen daarom om niet te vertrouwen op voorspellende risicoscores of indelingen als laag, middel of hoog om toekomstige suïcide te voorspellen of behandeling en ontslag te bepalen.

De focus verschuift naar:

onderzoeken → begrijpen → formuleren → beïnvloedbare factoren aanpakken → veiligheid organiseren.

Bij agressie en geweld kunnen gestructureerde instrumenten in bepaalde settings wel aanvullend aan klinische beoordeling worden gebruikt. De kritiek op voorspellende risicostratificatie betreft hier dus specifiek de beoordeling van suïcidaliteit.

Waar kijkt de psycholoog naar?

Bijvoorbeeld naar:

- actuele suïcidaliteit of zelfbeschadiging;
- agressie of dreigend geweld;
- impulsiviteit en controleverlies;
- wanhoop en uitzichtloosheid;
- ervaren klemzitten of entrapment;
- triggers en recente veranderingen;
- spanning en arousal;
- middelengebruik;
- beschikbare coping;
- redenen om te leven en redenen om niet meer te willen leven;

- ambivalentie;
- steun uit het netwerk;
- beschermende factoren;
- toegang tot gevaarlijke middelen;
- functie of betekenis van gedrag;
- wat iemand nodig heeft om de komende periode veilig door te komen.

Risicoformulering naast risicoschatting

Bij een risicoformulering wordt gezamenlijk geprobeerd antwoord te geven op vragen als:

Waarom is het risico juist nu toegenomen?

Welke factoren kunnen veranderen?

Wat houdt iemand nog tegen?

Wat kan de veiligheid de komende uren of dagen daadwerkelijk vergroten?

Daarmee blijft risicotaxatie onderdeel van acute zorg, maar wordt die bij suïcidaliteit opgevat als een dynamisch proces van assessment, formulering en veiligheidsmanagement, niet als het betrouwbaar voorspellen van individueel toekomstig gedrag met een score.

Wat kan de psycholoog doen?

- suïcidaliteit en andere veiligheidsrisico's open en concreet bespreken;
- veranderbare en beschermende factoren formuleren;
- ambivalentie onderzoeken;
- helpen begrijpen wat gedrag of een doodswens probeert te beëindigen of oplossen;
- samen een persoonlijk veiligheidsplan opstellen;
- coping- en crisisvaardigheden versterken;
- de-escalerende gesprekstechnieken inzetten;
- naasten en netwerk waar passend betrekken;
- adviseren over bejegening;
- in multidisciplinair overleg bijdragen aan besluiten over zorgintensiteit.

Bij suïcidaliteit

Een psychologische vraag kan bijvoorbeeld zijn:

Wat probeert de doodswens op dit moment op te lossen?

Dat vervangt uiteraard geen beoordeling van suïcidaliteit.

Het kan wel helpen om naast de veiligheidsvraag te onderzoeken welke pijn, schaamte, angst, verlieservaring, uitzichtloosheid of ervaren onontkoombaarheid iemand probeert te beëindigen.

Veiligheidsplanning / Crisissignaleringsplan

Een veiligheidsplan is meer dan een telefoonlijst voor noodgevallen.

Een goed plan kan bijvoorbeeld beschrijven:

- persoonlijke waarschuwingssignalen;
- wat iemand zelf kan doen wanneer spanning toeneemt;
- wat eerder heeft geholpen;
- wat juist averechts werkt;
- personen of plekken die afleiding of verbinding bieden;
- naasten die kunnen helpen;
- professionele contactmogelijkheden;
- afspraken over toegang tot gevaarlijke middelen.

Bij agressie en escalatie

Ook dreigend gedrag ontstaat in een context.

Angst, vernedering, overprikkeling, psychose, verlies van controle, trauma of het gevoel klemgezet te worden kunnen spanning versterken.

Vooraf de reactie (verbaal en non-verbaal) van professionals kan verdere escalatie beïnvloeden.

Daarom kan worden gekeken naar:

- tempo verlagen;
- voorspelbaarheid;
- persoonlijke ruimte;
- duidelijke grenzen;
- non-confrontatie;
- erkenning en empathie;
- keuzeruimte waar dat veilig mogelijk is;
- gezamenlijk probleemoplossen.

Wat kan dit opleveren?

Het kan bijdragen aan:

- een completer beeld van actuele veiligheid;
- meer zicht op veranderbare factoren;
- een persoonlijker veiligheidsplan;

- betere samenwerking rond veiligheid;
- beter afgestemde interventies;
- behoud van contact tijdens moeilijke veiligheidsbeslissingen.

Bij een acuut suïcidale crisis gaat veiligheid vóór behandeling van de onderliggende problematiek. Psychologische en relationele interventies kunnen tegelijkertijd onderdeel zijn van het organiseren van die veiligheid.

Onderbouwing: Nederlandse Richtlijn Suïcidaliteit (2025); NICE NG225; Hawton et al. (2022), DOI 10.1016/S2215-0366(22)00232-2; Nuij et al. (2021), DOI 10.1192/bjp.2021.50; NICE NG10.

KERN

Goede crisisinterventie probeert veiligheid te vergroten zonder de persoon te reduceren tot een risicoscore. Begrijpen, contact houden en concreet handelen horen daarbij bij elkaar.

PRAKTIJKVRAAG

De patiënt is niet de enige die vastloopt. Wat gebeurt er thuis en in het netwerk?

Een psychiatrische crisis speelt zich vrijwel nooit volledig los van relaties en omgeving af.

Naasten kunnen weten:

- wat aan de crisis voorafging;
- welke veranderingen zij hebben gezien;
- wat eerder wel of niet hielp;
- welke belasting thuis aanwezig is;
- welke signalen wijzen op verdere ontregeling.

Tegelijkertijd kunnen zij zelf bang, boos, uitgeput of machteloos zijn.

Soms vormt het netwerk een belangrijke beschermende factor. Soms zijn relaties juist onderdeel geworden van de spanning.

Waar kijkt de psycholoog naar?

- wie belangrijk zijn voor de patiënt;
- welke rollen mensen binnen het systeem innemen;
- hoe verschillende betrokkenen de situatie begrijpen;
- welke terugkerende patronen ontstaan;
- waar verwachtingen botsen;
- wat naasten aankunnen;
- waar grenzen nodig zijn;
- welke hulpbronnen aanwezig zijn;
- wat thuis wel en niet haalbaar is;
- welke andere professionals of organisaties betrokken zijn.

Wat kan de psycholoog doen?

- heteroanamnese afnemen;
- naasten bij assessment betrekken;
- systeemgesprekken voeren;

- verschillende perspectieven naast elkaar zetten;
- interactiepatronen onderzoeken;
- psycho-educatie geven;
- draagkracht en draaglast bespreken;
- verwachtingen en verantwoordelijkheden verduidelijken;
- netwerkbronnen activeren;
- gezamenlijk crisis- of veiligheidsplanning ontwikkelen;
- afstemmen met ambulante behandelaren en andere betrokken organisaties.

Een patroon in plaats van een schuldige

Systeemgericht kijken betekent niet zoeken naar degene die de crisis heeft veroorzaakt.

Het kan juist zichtbaar maken hoe mensen elkaar onbedoeld beïnvloeden.

VOORBEELD

Een vader die vanuit angst steeds sterker probeert te controleren.

Een patiënt die daarop meer afstand neemt.

Een team dat vervolgens eveneens probeert meer grip te krijgen.

Iedereen probeert een probleem op te lossen, terwijl de interactie de spanning misschien verder vergroot.

Wanneer zo'n patroon zichtbaar wordt, kan ruimte ontstaan voor een andere beweging.

Wat kan dit opleveren?

Systeeminterventies kunnen bijdragen aan:

- beter wederzijds begrip;
- meer beschikbare informatie;
- duidelijkere afspraken;
- beter gebruik van steunbronnen;
- vermindering van relationele spanning;
- ondersteuning van naasten;
- meer continuïteit buiten professionele zorg.

Familiebetrokkenheid wordt breed aanbevolen, maar is niet automatisch in iedere situatie helpend. Wensen van de patiënt, vertrouwelijkheid, veiligheid, draagkracht van naasten en bestaande relationele verhoudingen moeten steeds worden meegewogen.

Onderbouwing: actuele herziene versie van de generieke module Samenwerking en ondersteuning naasten van mensen met psychische problematiek; geregistreerde versie 2019; NICE CG178; Dirik et al. (2017).

KERN

Het systeem kan onderdeel zijn van de spanning én van de oplossing. De psycholoog helpt onderzoeken hoe relaties en context kunnen bijdragen aan veiligheid, betekenis en herstel.

PRAKTIJKVRAAG

We blijven als team vastlopen. Kan de psycholoog ook met óns meekijken?

Ja.

Acute psychiatrie doet niet alleen iets met patiënten en naasten. Het doet ook iets met professionals.

Suïcidaliteit kan angst oproepen. Agressie kan leiden tot meer controle. Herhaald zelfbeschadigend gedrag kan machteloosheid of irritatie oproepen.

De ene professional kan een patiënt heel anders ervaren dan een collega. Ook een team kan daardoor onderdeel worden van een terugkerend patroon.

Waar kijkt de psycholoog naar?

- wat een patiënt bij verschillende professionals oproept;
- welke verklaringen binnen het team naast elkaar bestaan;
- of polarisatie of verdeeldheid ontstaat;
- welke interactiepatronen terugkeren;
- hoe angst, frustratie of machteloosheid het handelen beïnvloeden;
- hoe grenzen worden gesteld;
- hoe taal en bejegening worden gebruikt;
- wat de behandelomgeving doet met de patiënt;
- of de gekozen aanpak nog aansluit bij de gezamenlijke formulering.

Vragen die kunnen helpen

Wat roept deze patiënt bij ons op?

Proberen we allemaal hetzelfde probleem op te lossen?

Is onze reactie inmiddels onderdeel geworden van het patroon?

Wat verandert er als we het gedrag anders begrijpen?

Wat kan de psycholoog doen?

- consultatie bieden;
- team-casusformulering begeleiden;
- meedenken over bejegening;
- reflecteren op overdracht en tegenoverdracht;
- helpen een gezamenlijke teamlijn te ontwikkelen;
- reflective practice of intervisie begeleiden;
- supervisie en coaching bieden;
- klinische lessen geven;
- psychologische vaardigheden van het team versterken;
- adviseren bij de-escalatie;
- bijdragen aan behandelbeleid;
- meedenken over dwangreductie;
- bijdragen aan een psychologisch geïnformeerd en herstelgericht behandelklimaat.

Onderzoek onder psychologen werkzaam in acute opname, Intensive Home Treatment en liaison beschrijft precies deze combinatie van direct en indirect psychologisch werk.

Direct werk omvat onder andere assessment (diagnostiek/indicatie), formulering en aangepaste korte interventies. Indirect werk omvat onder andere bijdragen aan multidisciplinaire psychologisch geïnformeerde zorg, het vergroten van psychologische vaardigheden van collega's en ondersteuning van medewerkers.

De behandelomgeving is niet neutraal

De manier waarop professionals contact maken, grenzen stellen, reageren op spanning, autonomie bieden en onderling samenwerken kan invloed hebben op het therapeutisch klimaat en op escalatie.

De psycholoog kijkt daarom niet alleen naar wat er in de patiënt gebeurt, maar ook naar wat er tussen patiënt, naasten en professionals gebeurt.

Wat kan dit opleveren?

Teamconsultatie en formulering kunnen bijdragen aan:

- meer gezamenlijk begrip;
- minder handelingsverlegenheid;
- meer reflectie op professionele reacties;
- een consistentere bejegening;
- betere samenwerking;
- minder negatieve interpretaties van gedrag;
- een psychologisch beter geïnformeerd behandelklimaat.

Er bestaan studies waarin teamformulering en trauma-informed teaminterventies samenhangen met vermindering van incidenten of restrictieve maatregelen. Deze resultaten zijn veelbelovend, maar de huidige evidence is nog onvoldoende sterk om causale conclusies te trekken.

Onderbouwing: Ebrahim (2022; online gepubliceerd 2021), DOI 10.1080/09638237.2021.1875410; Man, Wood & Glover (2023; online gepubliceerd 2022); onderzoek naar teamformulering, trauma-informed care, HIC en de-escalatie.

KERN

Soms ligt een belangrijke psychologische interventie niet rechtstreeks bij de patiënt, maar bij een team dat opnieuw begrijpt wat er gebeurt en daardoor anders kan handelen.

De vijf taken in één oogopslag

Kerntaak	Centrale vraag	Psychologische bijdrage	Kan bijdragen aan
Diagnostiek, casusconceptualisatie en indicatiestelling	Wat gebeurt hier en waarom?	Ordenen, formuleren, differentiëren en richting bepalen	Meer begrip en beter passende zorg
Psychologische interventies en behandeling	Wat kan iemand nu helpen?	Contact, regulatie, psycho-educatie en gerichte psychologische interventies	Minder spanning, meer grip en behandelperspectief
Crisisinterventies, risicoformulering en veiligheidsplanning	Wat is nodig voor veiligheid?	Onderzoeken, formuleren, de-escaleren en veiligheidsplanning	Meer gerichte en persoonlijke veiligheidszorg
Systeeminterventies	Wat gebeurt er rond de patiënt?	Naasten betrekken, patronen onderzoeken en perspectieven verbinden	Meer beschikbare steun en betere afstemming
Teamconsultatie en behandelklimaat	Wat gebeurt er tussen patiënt, team en omgeving?	Formulering, consultatie, reflectie, scholing en klimaatontwikkeling	Een meer gezamenlijke en psychologisch geïnformeerde aanpak

De taken verschillen per setting

Niet iedere psycholoog voert alle vijf kerntaken in dezelfde mate uit.

De context bepaalt welke bijdrage op welk moment nodig en haalbaar is.

Crisisdienst

Bij een eenmalige of korte acute beoordeling ligt de nadruk vaak op:

- snel contact maken;
- diagnostisch ordenen;
- actuele veiligheid;
- crisisformulering;
- systeeminformatie;
- de-escalatie;
- indicatiestelling;
- adviseren over vervolgzorg.

IHT

Binnen IHT kan gedurende meerdere contactmomenten meer ruimte ontstaan voor:

- verdere crisisformulering;
- korte psychologische interventies;
- systeemcontacten;
- emotieregulatie en probleemoplossing;
- evalueren van verandering;
- terugvalpreventie;
- verbinden met vervolgbehandeling.

Onderzoek naar Intensive Home Treatment-teams benadrukt dat psychologische interventies hier vooral beter uitvoerbaar zijn wanneer ze worden aangepast aan de crisiscontext en wanneer aandacht bestaat voor de therapeutische relatie, crisisformulering, psychologische vaardigheden van het team en continuïteit.

HIC, Medium Care en acute opname

Door iemand langer te kunnen volgen ontstaan mogelijkheden voor:

- observatie over tijd;
- verdieping van diagnostiek en formulering;
- individuele psychologische behandeling;
- groepsinterventies;
- systeemcontacten;
- teamformulering;
- consultatie;
- bijdragen aan de-escalatie en behandelklimaat.

De Nederlandse praktijk is hierin nog niet uniform. Pilots en inventarisaties laten uiteenlopende combinaties zien: van psychologen in crisisbeoordelingen tot behandeling binnen IHT en kliniek en structurele bijdragen aan behandelteam en therapeutisch klimaat.

Professionele afbakening

Een brede psychologische rol betekent niet dat de psycholoog alle functies binnen de acute psychiatrie overneemt.

Psychologische expertise is aanvullend aan medische, verpleegkundige, sociaalpsychiatrische, vaktherapeutische en ervaringsdeskundige expertise.

Psychologen nemen bijvoorbeeld niet over:

- voorschrijven van medicatie;
- somatisch-medische diagnostiek;
- medische besluitvorming;
- formele verantwoordelijkheden die wet- en regelgeving aan specifieke functies toekent.

Welke taken iemand zelfstandig kan uitvoeren hangt onder andere af van:

- functie en BIG-registratie;
- opleiding;
- ervaring;
- actuele bekwaamheid;
- aard en complexiteit van de zorg;
- samenstelling van het multidisciplinaire team;
- Landelijk Kwaliteitsstatuut en professioneel statuut;
- lokale werkafspraken;
- geldende wet- en regelgeving.

Structurele inzet van psychologen vraagt daarom niet alleen om een takenlijst, maar ook om:

- scholing in acute psychiatrie;
- kennis van suicidaliteit en de-escalatie;
- somatische pluis/niet-pluis-vaardigheden;
- kennis van juridische kaders;
- supervisie en intervisie;
- heldere verantwoordelijkheidstoedeling;
- goede multidisciplinaire inbedding.

Juist die randvoorwaarden komen vrijwel voortdurend terug in Nederlandse pilots.

Wat de vijf kerntaken verbindt

Onder de vijf taken ligt steeds dezelfde psychologische manier van kijken:

niet alleen: wat gebeurt er? — maar ook: waarom?

niet alleen risico — maar ook betekenis en beïnvloedbare factoren;

niet alleen symptomen — maar ook context en patronen;

niet alleen de patiënt — maar ook naasten en relaties;

niet alleen individueel behandelen — maar ook het team psychologisch informeren.

Daarmee is de psycholoog in de acute GGZ meer dan degene die diagnostiek of psychotherapie uitvoert.

Afhankelijk van situatie en setting kan de psycholoog ook functioneren als: diagnosticus, behandelaar, crisisinterventor, systeemwerker, consultant, teamformulator en mede-vormgever van psychologisch geïnformeerde acute zorg.

De psycholoog helpt in de acute GGZ begrijpen wat er gebeurt, psychologisch interveniëren waar dat passend is, veiligheid en regulatie vergroten, relaties en context benutten en het team ondersteunen om contact en behandelrichting te behouden.

Bronnen en verantwoording

Deze informatie is gebaseerd op richtlijnen, professioneel kader en praktijk- en wetenschappelijke literatuur. De onderstaande selectie maakt deze onderbouwing navolgbaar; het is geen systematische review.

Nederlandse richtlijnen en kwaliteitsstandaarden

Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie. *Richtlijn Suïcidaliteit* (2025).

Generieke Module Acute Psychiatrie.

Samenwerking en ondersteuning naasten van mensen met psychische problematiek.

Landelijk Kwaliteitsstatuut GGZ 4.0.

Internationale richtlijnen

NICE CG178. *Psychosis and schizophrenia in adults: prevention and management*.

NICE NG225. *Self-harm: assessment, management and preventing recurrence*.

NICE NG10. *Violence and aggression*.

Kernliteratuur

Ebrahim (2022; online 2021). *Psychologists' perspectives on the contribution of psychology to acute adult mental health services*. Journal of Mental Health.

Paterson et al. (2018). *Psychological therapy for inpatients receiving acute mental health care*. British Journal of Clinical Psychology.

Barnicot et al. (2020). *Psychological interventions for acute psychiatric inpatients with schizophrenia-spectrum disorders*. Clinical Psychology Review.

Ahmed et al. (2024). *Psychological intervention delivery in Crisis Resolution/Home Treatment Teams*. Clinical Psychology & Psychotherapy.

Hawton et al. (2022). *Assessment of suicide risk in mental health practice*. The Lancet Psychiatry.

Nuij et al. (2021). *Safety planning-type interventions for suicide prevention*. British Journal of Psychiatry.

Dirik et al. (2017). *Why involve families in acute mental healthcare?* BMJ Open.

Man, Wood & Glover (2023; online 2022). *Indirect psychological interventions in acute inpatient mental health settings*. Clinical Psychology & Psychotherapy.

Nederlandse praktijkinventarisaties

Praktijkinventarisaties en pilots rond de inzet van psychologen in de acute GGZ, onder meer bij Pro Persona, GGzE, Lentis, GGZ Friesland en GGz Breburg, en binnen het Landelijk Netwerk Psychologen Acute GGZ.

Versiebeheer

Deze PDF hoort bij versie 1.0, gepubliceerd op 3 september 2026. De handreiking is in ontwikkeling. Controleer voor een eventuele nieuwere versie de online pagina.

levenswerkkgz.nl/acute-ggz/handboek-psycholoog-acute-ggz/vijf-kerntaken/

Auteursrecht en gebruik

© 2026 Bas Brendel / Levenswerk GGZ. Alle rechten voorbehouden.

Delen van een link naar deze publicatie wordt gewaardeerd. Deze publicatie mag niet zonder voorafgaande schriftelijke toestemming geheel of gedeeltelijk worden overgenomen, bewerkt of opnieuw gepubliceerd.

Citeren binnen de wettelijke grenzen is toegestaan met duidelijke bronvermelding.

Citeren als:

Brendel, B. (2026). *De vijf kerntaken van de psycholoog in de acute GGZ* (versie 1.0). Levenswerk GGZ.



Levenswerk

Bas Brendel, GZ-psycholoog

Levenswerk GGZ

Reflectie, kennisdeling en mensgerichte visieontwikkeling binnen de geestelijke gezondheidszorg.