

Aniek de Lange
Hans Kroon

 Trimbos
instituut

Netherlands Institute of Mental Health and Addiction

Monitoring en evaluatie GGz triagewijzer



Monitoring en evaluatie GGz triagewijzer

Colofon

Opdrachtgever, financier
ZonMw

Auteurs
Aniek de Lange
Hans Kroon

Projectleiding
Hans Kroon

Vormgeving en productie
Canon Nederland N.V.

Beeld
istockphoto.com

Artikelnummer
AF1622

Trimbos-instituut
Da Costakade 45
Postbus 725
3500 AS Utrecht
T: 030-297 11 00
F: 030-297 11 11

© 2018, Trimbos-instituut, Utrecht.

Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd en/of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, zonder voorafgaande toestemming van het Trimbos-instituut.

Inhoud

1 Inleiding	5
GGz triagewijzer	5
Monitoring en evaluatie: doelstelling en bronnen	6
Leeswijzer	7
2 Registratie	9
Geregistreerde items	9
Periode en dekkingssgraad van registratie	10
3 Triage en beoordeling: resultaten	11
3.1 Totaal aantal triages en overige contacten	11
3.2 Verwijzers	12
3.3 Urgentiegraden en aanpassingen ten opzichte van de triagewijzer	13
3.4 Redenen voor op- en afschaling	14
3.5 Dag(deel) triage	15
3.6 Beoordeling na triage	16
3.7 Vervolgbeleid na beoordeling	22
4 Reflectie implementatie en registratie	25
Registratie-inspanningen	25
Getrouwheid van implementatie: de letter en de geest	25
Opbrengsten van het werken met de triagewijzer	26
Waardering en benodigde aanpassingen van de triagewijzer	27
Samenvatting en conclusie	28
Literatuur	29
Bijlage	31

1 Inleiding

GGz triagewijzer

Overal in Nederland zijn GGZ-crisisdiensten ingericht om spoedeisende hulp te kunnen bieden aan mensen met acute psychische problemen. De laatste jaren groeit de behoefte aan systematiek in de praktijk, organisatie en bekostiging van deze hulp. In opdracht van het Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGZ ontwikkelde adviesbureau SiRM in samenwerking met veldpartijen de Generieke module Acute Psychiatrie (Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGZ, 2017). Deze module beschrijft de inhoud van zorg binnen de acute psychiatrie en de organisatie van zorg die daarbij past. De module sluit aan op een knelpuntenanalyse (SiRM, 2015). Volgens die analyse was er behoefte aan helderheid over: de definitie van een crisis (zodat verwijzer en crisisdienst op één lijn komen), verantwoordelijkheid rondom overdrachtsmomenten, geschikt vervoer, geschikte opvanglocaties en de maximale wachttijden bij aanmelding, beoordeling en behandeling. De module beoogt daaraan invulling te geven.

De GGz triagewijzer (hierna: triagewijzer) is een onderdeel van de generieke module. De triagewijzer is een hulpmiddel bij het bepalen van de urgentie van een verzoek om crisishulp, ofwel hoe snel een hulpverlener bij een cliënt moet zijn voor een crisisbeoordeling. De triagist weegt psychische problemen (suïcidaliteit, angst, verward gedrag, agressie, onrust), somatische kenmerken, beloop van de crisis, en belastbaarheid en veiligheid van de omgeving. Weging van deze kenmerken resulteert in een keuze van een urgentiegraad waaraan een maximale tijd vanaf de melding tot de start van de beoordeling gekoppeld is: U1: max. 15 minuten, U2: max. 1 uur, U3: max. 4 uur, U4: max. 24 uur en U5: max. 3 dagen. In de terminologie en urgentiegraden is aansluiting gezocht met de Nederlandse Triage Standaard die onder meer door huisartsenposten wordt gebruikt.

De triagewijzer is in eerste instantie bedoeld voor de voorwacht van de acuut psychiatrische hulpverlening, en is daarnaast nuttig voor verwijzers, zodat er over en weer meer helderheid is over procedure, wachttijden en benodigde informatie om te kunnen triageren.

De triagewijzer biedt een differentiatie van maximale aanrijtijden ten opzichte van een convenant dat GGZ Nederland en de Politie in 2012 sloten. Volgens dat convenant wordt ernaar gestreefd om binnen twee uur na het eerste (telefonisch) contact, of zoveel sneller als mogelijk, vanuit de crisisdienst ter plaatse te zijn om de politie bij te staan. In de praktijk, aldus het convenant, zal de 2 uur in 80% van de meldingen gehaald worden, en de overige 20% binnen 3 uur.

De generieke module geeft voorlopige normen voor het behalen van enkele urgenties. De norm voor U2 is 90% en voor U3 85%. Dit onder voorbehoud van een aangepaste bekostiging van de acute psychiatrie.

De triagewijzer bouwt voort op triageprotocollen uit Noord-Holland, Flevoland en Utrecht. Deze voorlopers van de landelijke triagewijzer zijn in een praktijkonderzoek bij drie crisisdiensten geëvalueerd (ROAZ Werkgroep Triage Acute Psychiatrie, 2017). De registratie kwam in dat

onderzoek moeizaam van de grond, mede omdat de triagisten de voorkeur gaven aan de oude werkwijze boven het nieuwe protocol. De gesignaleerde knelpunten betroffen onder meer het gebruiksgemak van het gebruikte formulier en gebrek aan aansluiting bij het EPD (Electronisch Patiënten Dossier). Aanbevolen werd om het belang van veiligheid van verwijzer/omgeving in het bepalen van de urgentiegraad een grotere plaats te geven en criteria nader te specificeren. Na een aanloopfase werd in de toepassingsfase 70% van de patiënten (n=168) binnen de normtijd beoordeeld. De variatie per urgentiegraad was groot. Slechts 28% van categorie U2 (<1 uur) werd tijdig beoordeeld tegen 87% en 88% van respectievelijk U3 en U4. De overige urgentiegraden (U1 en U5) kwamen nauwelijks voor. Mede door de ontevredenheid van de triagisten met het nieuwe protocol werd slechts een derde van de triages geregistreerd. Gezien de beperkte aantallen en respons manen de onderzoekers daarom tot voorzichtigheid bij het trekken van conclusies uit de gerapporteerde resultaten.

In workshops en ontwikkelgroepen ten behoeve van de Generieke Module Acute Psychiatrie is de triagewijzer vervolgens aangescherpt en gebruiksvriendelijker vormgegeven tot de versie die in de onderhavige evaluatie is beproefd. De gebruikte versie in de onderhavige pilot is dus een andere dan in bovengenoemd onderzoek.

Monitoring en evaluatie: doelstelling en bronnen

Na een oproep van GGZ Nederland toonden zestien instellingen interesse om mee te doen aan een pilot met de bijgestelde triagewijzer. Uiteindelijk participeerden zestien crisisdienstlocaties van veertien instellingen (zie bijlage).

Elke crisisdienst stelde een projectleider voor de implementatie aan. Adviesbureau Significant ondersteunde de projectleiders procesmatig bij de implementatie. De ondersteuning bestond in hoofdzaak uit een voorafgaande bespreking met de projectleider en een instructiebijeenkomst van een uur op locatie voor medewerkers van de crisisdienst ter plekke. De projectleiders kwamen driemaal op het Trimbos-instituut bijeen ter voorbereiding en onderlinge bespreking van de voortgang van de implementatie en registratie. Daarbij werden ook de tussentijdse resultaten uit het onderzoek gedeeld en besproken.

De crisisdiensten konden gebruik maken van een app met een digitale versie van de triagewijzer. Deze app is onder verantwoordelijkheid van SiRM ontwikkeld. Hierin kon de triage (niet de aansluitende beoordeling) worden vastgelegd. Deze app werd in de dagelijkse praktijk bij de meeste crisisdiensten niet gebruikt.

Dit rapport beschrijft de uitgevoerde monitoring en evaluatie door het Trimbos-instituut. Dit onderzoek was bedoeld om de geschiktheid van de triagewijzer voor landelijke implementatie te beoordelen. Ten behoeve van deze evaluatie verzamelden we in de tweede helft van 2017 bij 16 crisisdienstlocaties in Nederland gegevens over de uitgevoerde triages en aansluitende beoordelingen. Vraagstellingen daarbij waren:

- In hoeverre worden aanrijtijden tot beoordeling in de praktijk gehaald (afgezet tegen de gekozen urgentiegraad)?
- Is de triagewijzer geschikt voor landelijke implementatie en/of welke aanpassingen zijn daarbij aan te bevelen?

Een deel van de gegevens werd tevens benut voor een advies van de NZa over de bekostiging van de acute psychiatrie. Dit advies beoogt aan te sluiten bij de generieke module acute psychiatrie. De onderhavige pilot bood de NZa een eerste zicht op de benodigde capaciteit voor triage en beoordeling. De registratiegegevens van de eerste maanden van de pilot (juli en augustus 2017) werden gedeeld en besproken met de NZa. De bekostigingsanalyse was de verantwoordelijkheid van de NZa en maakt geen deel uit van de onderhavige rapportage.

De onderzoeksresultaten zijn gebaseerd op de volgende bronnen:

- De deelnemende crisisdiensten hebben (tussen juli en december 2017) gegevens geregistreerd over triages en beoordelingen¹. Dit heeft geresulteerd in gegevens over circa 8400 triages;
- Reflectiebijeenkomsten op locatie waarin inhoud van de triagewijzer, implementatie en eerste resultaten van de registratie werden besproken;
- Een enquête over gebruikservaringen onder de projectleiders. Elf van de veertien deelnemende instellingen hebben op deze enquête gerepsondeerd;
- Ook vond aan het einde van de pilot een expertsessie plaats waar de hoofdlijnen van de resultaten en eventueel benodigde aanpassingen zijn besproken. Bij deze bijeenkomst was een vertegenwoordiging van projectleiders, triagisten en experts die hadden geadviseerd bij de totstandkoming van de triagewijzer. De experts waren psychiater en manager/hoofd van een crisisdienst.

Leeswijzer

In het volgende hoofdstuk komt een korte beschrijving van de registratie aan bod. Hier worden de uitgevraagde registratie-items toegelicht. Vervolgens worden in hoofdstuk 3 de resultaten op hoofdlijnen besproken. In het vierde hoofdstuk komen de ervaringen bij de implementatie van de triagewijzer en eventueel gewenste aanpassingen voor een landelijke implementatie aan bod.

1 Bij een deel van de crisisdiensten voert degene die een binnengekomen crisismelding triageert ook de (eventueel daarop volgende) beoordeling uit. Bij een ander deel van de crisisdiensten zijn de diensten van triageren en beoordelen gescheiden van elkaar. In het laatste geval is het mogelijk dat professionals beide diensten (wisselend) uitvoeren. In het rapport wordt gesproken over 'triagisten' of 'de triagist'. Hieronder wordt het volgende verstaan: degene die naar aanleiding van een binnengekomen crisismelding een triage uitvoert.

2 Registratie

In het kader van de pilot hebben zestien crisisdienstlocaties van veertien instellingen registratiegegevens bijgehouden over de uitgevoerde triages en beoordelingen. Dit betreft de volgende GGZ-instellingen (met tussen haakjes de hoofdlocatie(s) van de deelnemende crisisdiensten): Dimence (Zwolle), Vincent van Gogh (Venlo), GGNet (Doetinchem en Apeldoorn), GGZ Friesland (Leeuwarden), GGZ Drenthe (Assen), GGZ Eindhoven (Eindhoven), Altrecht (Utrecht), Reinier van Arkel (Vught), GGZ Rivierduinen (Leiden), Pro Persona (Ede en Arnhem), GGZ inGeest (Haarlem), Bavo Europoort (Rotterdam), Lentis (Groningen) en GGZ Noord-Holland Noord (Alkmaar). Het uitgangspunt was het bijhouden van gegevens over alle uitgevoerde triages (met of zonder aansluitende beoordeling²).

Geregistreerde items

Om de uitvoerbaarheid zo groot mogelijk te maken, is in afstemming met GGZ Nederland en de NZa een korte gegevensset per triage (en een eventuele beoordeling) samengesteld. Uit privacy-overwegingen werden geen persoonsgegevens van de getriageerde personen verzameld.

In tabel 2.1 zijn de uitgevraagde items terug te vinden. De projectleiders ontvingen een Excelformat waarbij per triage (en eventuele beoordeling) onderstaande items ingevoerd konden worden.

Tabel 2.1: Geregistreerde items per triage (en eventuele beoordeling)

Gegevens over triage	Gegevens over beoordeling
Datum en tijd triage	Datum en tijdstip start beoordeling
Verwijzer (huisarts/HAP, politie, anders)	Locatie beoordeling: thuis, crisisdienst of elders
De op grond van de triagewijzer geadviseerde urgentiegraad	Beoordeling met 1 of 2 personen
De gekozen urgentiegraad	Tijdstip einde beoordeling (ofwel: duur van de beoordeling)
Toelichting als gekozen urgentiegraad afwijkt van geadviseerde urgentiegraad	Besluit/advies vervolgbehandeling: crisisbehandeling (thuis/deeltijd/opname), reguliere GGZ-behandeling, geen vervolgbehandeling

2 Het gaat hier om face-to-face beoordelingen door de crisisdienst (en dus niet om een beoordeling door andere hulpverleners – bijvoorbeeld SEH bij U1-urgentie -, of telefonische beoordelingen). Waar in dit rapport gesproken wordt over een beoordeling door de crisisdienst, gaat het om een face-to-face beoordeling door de crisisdienst, tenzij anders vermeld.

Periode en dekking van registratie

De duur en dekking van geregistreerde meldingen verschilt per crisisdienst (zie de bijlage voor een gedetailleerd overzicht). Ongeveer een derde van de crisisdiensten is in juli 2017 gestart met registreren. Bijna de helft volgde in augustus/september en de rest is in oktober 2017 gestart. De registratieperiode liep tot uiterlijk eind december 2017. De registratieduur varieerde per crisisdienst van 1 tot 6 maanden.

Niet steeds werd over een hele dag geregistreerd. De implementatie van de triagewijzer, of de mogelijkheid om daarover betrouwbaar te registreren betrof een enkele maal alleen de kantoortijden of juist alleen de avonden en weekends.

Sommige instellingen voegden de benodigde gegevens in binnen de standaardregistratie van de crisisdienst, zoals het programma Webraap. Anderen hielden een aparte registratie bij. Eén instelling maakte voor registratie gebruik van de ontwikkelde triagewijzer-app.

3 Triage en beoordeling: resultaten

In dit hoofdstuk komt de analyse van de registratiegegevens aan bod. In de presentatie van resultaten volgen we het verloop van de crisismelding van triage naar beoordeling naar vervolgbeleid. Naast enkele basisfeiten over de uitgevoerde triages gaan we met name in op de overeenkomst tussen de urgentie op basis van de triagewijzer en de daadwerkelijk gekozen urgentie en op het al dan niet behalen van een beoordeling binnen de daarvoor geformuleerde streeftijden. We onderzoeken of het behalen van de streeftijden verschilt afhankelijk van de locatie van de verwijzer, het aantal ingezette beoordelaars, de beoordelingslocatie en het dagdeel van beoordeling.

3.1 Totaal aantal triages en overige contacten

De registratie omvat in totaal 8417 triages. Dit betekent dat de afzonderlijke crisisdiensten (degenen die zowel binnen als buiten kantooruren registreerden) 1,7 tot 7,9 geregistreerde triages per dag hadden, met een gemiddelde van 5,0. Desgevraagd schatten de projectleiders dat dit 75% (variërend van ruim 50% tot 99%) van alle uitgevoerde triages betrof. Gecorrigeerd voor de eigen schatting van compleetheid voerden de crisisdiensten 2 tot 12 triages per dag uit.

Aangezien triages en beoordelingen slechts een deel vormen van de werkzaamheden binnen een crisisdienst, is gepoogd cijfermatig inzicht te krijgen in aantal en aard van de meldingen en activiteiten waarbij geen triage (en dus in principe geen registratie) plaatsvond. Hierbij kan gedacht worden aan consultatie, een vooraanmelding (verwijzer meldt een potentiële crisis), en terugkoppelingen met verwijzers en andere betrokkenen. In de praktijk bleek het ingewikkeld om dit gestructureerd bij te houden; velen hadden de handen vol aan de gevraagde gegevens over de triages en beoordelingen.

Bavo Europoort heeft de overige meldingen, zogenaamde 'korte contacten', wel bijgehouden. Tabel 3.1 biedt hier inzicht in. Vanaf 1 september tot en met 15 december zijn bij deze crisisdienst in totaal 855 van dergelijke meldingen geregistreerd. Dit staat ongeveer gelijk aan het aantal geregistreerde triages van deze crisisdienst in dezelfde periode. Soms volgde er naar aanleiding van een crisismelding één contact, bijvoorbeeld een terugkoppeling naar een verwijzer. Ook kwam het voor dat er twee contacten van toepassing waren op één melding. Hierbij vond bijvoorbeeld naast consultatie ook telefonisch contact met de familie of de patiënt plaats. Over het geheel gezien komt consultatie het vaakst voor (46%), gevolgd door terugkoppelingen naar de verwijzer (15%).

Tabel 3.1: Korte contacten crisisdienst Bavo Europoort (N=855)

	%	N
Consultatie overig	24%	207
Consultatie huisarts/POH GGZ	22%	184
Terugkoppeling verwijzer	15%	124
Telefonisch contact familie van patiënt	10%	85
Vooraanmelding	8%	65
Spoedpoli	8%	72
Aanmelding ambulans n.a.v. beoordeling	6%	49
Telefonisch contact patiënt	5%	43
Overig	2%	13
Telefonisch contact verwijzer	1%	10
Opvolgcontact n.a.v. beoordeling	0%	3

3.2 Verwijzers

We vervolgen nu met de eigenlijke registratie van triage en beoordeling. De verwijzers die naar crisisdiensten (kunnen) bellen verschillen per crisisdienst, afhankelijk van de organisatie en het beleid in de regio. In iets minder dan de helft van de gevallen (46%) is de huisarts of huisartsenpost (HAP) de verwijzer, bij 17% de politie (tabel 3.2). Bij sommige crisisdiensten kan de hulpbehoevende zelf – zonder tussenkomst van huisarts of andere verwijzer – ook om een crisisinterventie verzoeken. Op het totaal van alle crisisdiensten hebben deze zelfverwijzingen een klein aandeel. Onder “anders” valt onder meer de eigen GGz-organisatie.

Tabel 3.2: Verwijzers van beoordeelde triages (N=6302)

	%	N
Huisarts/HAP	46%	2885
Politie	17%	1069
Hulpbehoevende zelf	4%	270
Anders	33%	2078

3.3 Urgentiegraden en aanpassingen ten opzichte van de triagewijzer

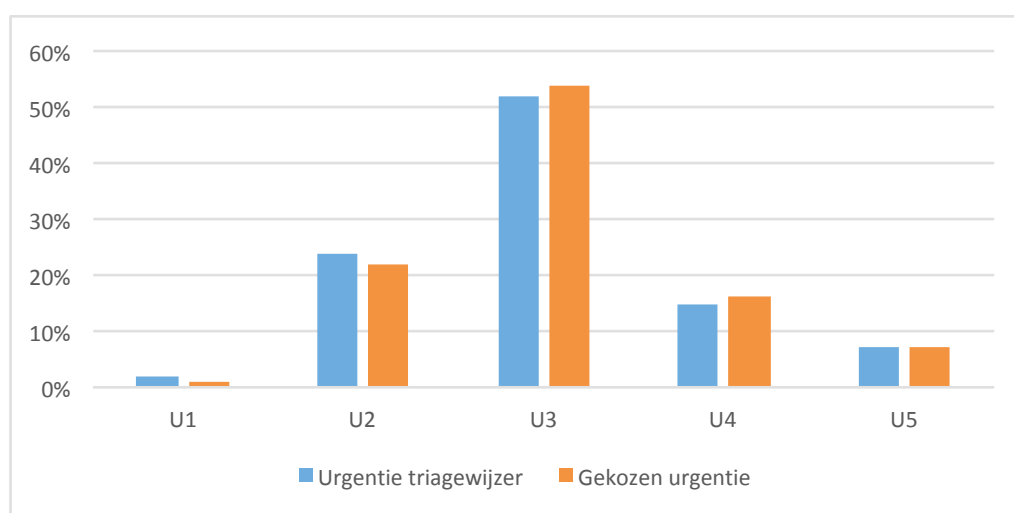
Aan de hand van de triagewijzer kan de voorwacht de urgentie van de melding inschatten. De triagewijzer kent vijf urgentiegraden, met een gewenste aanrijtijd per U-code:

- U1: levensbedreigend voor persoon of omgeving (maximaal 15 minuten tot start beoordeling); een dergelijke situatie vergt inschakeling van ambulance of politie en is niet het gebruikelijke domein van de crisisdienst;
- U2: spoed (maximaal 1 uur tot start beoordeling);
- U3: dringend (maximaal 4 uur tot start beoordeling);
- U4: preventie van escalatie (maximaal 24 uur tot start beoordeling);
- U5: preventie van escalatie (maximaal 3 dagen tot start beoordeling); dit is net als U1 niet het gebruikelijke domein van de crisisdienst, inzet kan geboden zijn als de persoon niet onder GGz-behandeling is.

De triagewijzer geeft een voorgestelde urgentiegraad; de triagist bepaalt op grond van het totaalbeeld de feitelijke urgentie. Een indicatie voor geschiktheid van de triagewijzer is in hoeverre de uiteindelijk door de triagist gekozen urgentie overeenkomt met de urgentie op grond van de triagewijzer.

Figuur 3.1 biedt een totaal overzicht van de verdeling in de urgentiegraden. Alle urgentiegraden op basis van de triagewijzer zijn blauw gemarkeerd en de urgentiegraden die feitelijk door de triagist zijn gekozen zijn oranje gemarkeerd. Het ging ons om inhoudelijke afwegingen om een andere urgentie te kiezen. We hebben daarom gecorrigeerd als praktische redenen (bijvoorbeeld: *“melding betrof cliënt op Ameland”*; of *“patiënt kwam aangelopen en werd meteen gezien”*) voor op- of afschaling werden genoemd.

Figuur 3.1: Urgentie op basis van triagewijzer vs. gekozen urgentie (N=6440)



Van alle urgentiegraden (U1 t/m U5) komt U3 het vaakst voor, gevolgd door U2. U1 is een code met een dusdanige urgentie dat deze in de regel niet van toepassing is op crisisdiensten. Wel kan een dergelijk spoedgeval in het vervolgtraject tot een beoordeling van de crisisdienst leiden, bijvoorbeeld als iemand na een suïcidepoging somatisch is behandeld, maar dan is het voor de GGz-crisisdienst zelf geen U1-urgentie.

De verschillen in de verdeling op grond van de triagewijzer en de feitelijk gekozen urgentie zijn klein. Bij 88% van de meldingen was de gekozen triage gelijk aan de urgentie op grond van de triagewijzer.

Indien de urgentie werd aangepast, werd er vaker 'afgeschaald' dan 'opgeschaald' (respectievelijk 9% en 3%; tabel 3.3). Het komt dus vaker voor dat triagisten oordelen dat een beoordeling later kan plaatsvinden dan de triagewijzer aangeeft, dan dat een beoordeling eerder plaats dient te vinden.

Tabel 3.3: Op- en afschalen van urgentie (N=6244)

	%	N
Gekozen urgentie is gelijk aan urgentie uit triagewijzer	88%	5495
Urgentie is afgeschaald (gekozen urgentie > urgentie triagewijzer)	9%	550
Urgentie is opgeschaald (gekozen urgentie < urgentie triagewijzer)	3%	199

Afschalen gebeurt met name van U2 naar U3, gevolgd door U3 naar U4 (respectievelijk bij 47% en 22% van de meldingen waarbij wordt afgeschaald). Voor wat betreft opschalen is hetzelfde beeld te zien, maar dan andersom: opschalen gebeurt met name van U3 naar U2, gevolgd door U4 naar U3 (in respectievelijk 38% en 26% van de meldingen waarbij wordt opgeschaald).

3.4 Redenen voor op- en afschaling

De triagisten konden in de registratie aangeven wat de reden was voor op- of afschalen ten opzichte van de triagewijzer. Raadpleging van deze commentaren leert het volgende.

Om te beginnen geeft de triagewijzer een dichotome afweging bij criteria die in de praktijk meer gradaties kennen: de omgeving is erg ongerust, maar niet "extreem", de suïcidaliteit neemt wel toe, maar dat beeld is bekend. Dergelijke nuances kunnen niet volledig worden gevat in de triagewijzer; het is de klinische afweging van de triagist die de doorslag geeft. Het is dus niet meer dan logisch dat er in de praktijk afwijkingen zijn tussen de geadviseerde en gekozen urgentie.

Redenen om af te schalen hebben met name te maken met (de veiligheid van) het systeem waarin de cliënt zich bevindt (bijvoorbeeld: *'zit veilig in detentie'*, *'patiënt verbleef op HAP'*, *'politie was aanwezig'*, *'partner redt het in de nacht'*, *'stabiele omgeving'*, *'patiënt is op SEH in veilige omgeving'*, *'er is een steunsysteem'*, *'in GGz-instelling'*). In de opmerkingen komen verder verschillende redenen aan bod om af te schalen. De triage en een eventuele 'telefonische interventie' kunnen bijvoorbeeld ook een reden zijn om af te schalen (*'Medicatie*

ingenomen/rust'). Verder kan het uitzicht op een afspraak met de crisisdienst perspectief bieden voor de cliënt, waardoor er later beoordeeld kan worden. Tevens komen er redenen aan bod die te maken hebben met de bekendheid van cliënten (*'Bekend beloop, niet crisisgevoelig', 'laag risico, bekende cliënt'*). Informatie van de verwijzer kan ook een belangrijke rol spelen (*'Huisarts acht vanavond snel genoeg', 'Minder crisogeen ingeschat, ook door verwijzers'*). En ook de planning van de cliënt of familieleden kan meespelen (*'planning met systeemleden', 'patiënt en systeem willen dag later', 'voorgesteld tijdstip schikte mantelzorger niet'*).

Rondom opschalen komen verschillende redenen aan bod. Zo heeft het geregeld te maken met het systeem (*'Onstabiele thuissituatie', 'moeder weet niet wat ze moet', 'lage belastbaarheid systeem'*). Als een cliënt zich in een politiecel bevindt kan dat voor de één een reden zijn om af te schalen, en voor een ander om juist sneller ter plekke te zijn dan de triagewijzer aangeeft. Verder kan druk vanuit verwijzers om snel te beoordelen een reden zijn om de urgentie te verhogen (*'huisarts wil vandaag beoordeling', 'verzoek SEH-arts'*). Ook lokale convenant-afspraken komen aan bod, waarin nu eenmaal was afgesproken om binnen twee uur ter plekke te zijn. Tevens speelt een niet nader gedefinieerd gevoel van urgentie een rol in de opschaling (*'niet pluis gevoel', 'geen goed gevoel', 'te zorgelijk'*).

3.5 Dag(deel) triage

Er zijn geen grote verschillen als gekeken wordt naar de verdeling van meldingen over de dagen van de week (tabel 3.4). Drie kwart van de geanalyseerde triages (75%) vond doordeweeks (maandag t/m vrijdag) plaats en de rest in het weekend (zaterdag en zondag).

Tabel 3.4: Dag waarop triage plaatsvond (N=8411)

	%	N
Maandag	15%	1272
Dinsdag	14%	1199
Woensdag	15%	1268
Donderdag	16%	1301
Vrijdag	15%	1291
Zaterdag	12%	1042
Zondag	12%	1038

In tabel 3.5 is te zien dat net iets minder dan de helft van de triages (45%) binnen kantoortijden plaatsvond. Verder vond 29% van de triages doordeweeks buiten kantoortijden plaats en een kwart (26%) in het weekend. Het gaat hierbij om alle gegevens van bijna alle crisisdiensten, dus ongeacht of ze zowel binnen als buiten kantoortijden geregistreerd hebben.

Tabel 3.5: Dagdeel waarop triage plaatsvond (N=7958)³

	%	N
Binnen kantoortijden (8.30 – 17.00 uur)	45%	3576
Buiten kantoortijden ma t/m vrij	29%	2328
Weekend	26%	2054

3.6 Beoordeling na triage

Van alle geregistreerde triages vond bij ruim drie kwart (77%) een fysieke, oftewel face-to-face, beoordeling plaats door de crisisdienst⁴ (tabel 3.6). Bij 19% van de meldingen vond alleen een triage en geen beoordeling plaats. Hiervoor zijn verschillende redenen geregistreerd:

- *De melding is telefonisch afgehandeld;*
- *Het is niet gelukt om een beoordeling uit te voeren.* Dit had verschillende achtergronden: de cliënt was niet op de afspraak gekomen, was niet bereikbaar, wilde niet, was niet thuis of spoorloos. Of: de afspraak werd (door betrokkenen of verwijzer) afgezegd. Dit wil niet zeggen dat er steeds ook daadwerkelijk een beoordeling door de crisisdienst plaats had moeten vinden;
- *De melding is door derden opgelost.* Hieronder vallen redenen als: terugverwezen naar huisarts, eigen behandelaar, verwezen naar eigen regio.

Van 3% van de meldingen is bekend dat er geen face-to-face beoordeling door de crisisdienst plaatsvond, maar is de reden daarvan onbekend. Verder is bij 4% van de triages niet duidelijk of er een vervolg plaats heeft gevonden.

Tabel 3.6: Heeft er alleen triage of ook een beoordeling plaatsgevonden? (N=8417)

	%	N
Alleen triage	19%	1636
- telefonisch afgehandeld	11%	899
- beoordeling niet gelukt	1%	109
- door derden opgelost	5%	376
- andere reden	0%	21
- reden niet bekend	3%	231
Triage en beoordeling	77%	6440
Onbekend of na triage beoordeling volgde	4%	341

3 In tabel 3.5 zijn de registratiegegevens van Pro Persona niet meegenomen, omdat de voor de registratie gebruikte app niet steeds direct na de binnengekomen melding is gebruikt, waardoor de gegevens over het tijdstip van de triage niet betrouwbaar zijn.

4 Aangezien sommige crisisdiensten alleen of voornamelijk triages hebben geregistreerd die tot een face-to-face beoordeling van de crisisdienst leidden, is het werkelijke aandeel triages dat niet tot een beoordeling heeft geleid groter.

3.6.1 Beoordeling binnen of buiten normtijden

In deze paragraaf wordt besproken in hoeverre het in de praktijk is gelukt om de beoordeling te starten binnen de maximale tijd die aan iedere urgentiegraad is gekoppeld. Hierbij is de 'gekozen urgentie' als uitgangspunt genomen (dus niet de urgentiegraad voortkomend uit de triagewijzer). Een belangrijke noot hierbij is dat deze pilotimplementatie naar de crisisdiensten is gecommuniceerd als een vrijblijvende proefperiode zonder negatieve consequenties als deze normtijden niet gehaald zouden worden. Door crisisdiensten en GGZ Nederland werd geredeneerd dat het (in voldoende mate) halen van de normen mede afhankelijk is van een adequate bekostiging van de acute psychiatrie, waarover de NZa nog moest adviseren. Er waren dus geen "goede" of "foute" resultaten.

Daar waar na een triage een beoordeling plaatsvond, was deze bij 83% (n=5128) binnen de norm van de betreffende urgentiegraad en bij 17% dus niet. Dit cijfer is iets geflatteerd; triages die – terecht of niet – niet door een beoordeling zijn gevolgd (zie tabel 3.6), bleven buiten beschouwing.

De mate waarin de maximale aanrijtijden zijn gehaald, verschilt per crisisdienst (tabel 3.7). Het percentage varieert van 67% tot 93%. Deze variatie kan in principe van allerlei factoren afhankelijk zijn, zoals:

- Organisatie van de crisisdienst: aantal mensen en disciplines, de mate waarin beoordelingen door 1 of 2 personen worden gedaan, de mate waarin beoordelingen ter plekke of op de eigen locatie van de crisisdienst worden gedaan, aanwezigheid van een centrale triage die is losgekoppeld van de beoordeling;
- De regio: volume van de meldingen (een hoger volume geeft meer flexibiliteit om opeenvolgende crises te adresseren), opvangmogelijkheden van ketenpartners, uitgestrektheid van het gebied en reisafstanden;
- De implementatie: variatie in de mate waarin triagisten en beoordelaars werken aan de hand van de triagewijzer en uitgaan van de nieuwe aanrijnormen.

Later in deze paragraaf bespreken we enkele van deze factoren. De beschikbare gegevens laten geen systematische analyse toe van de invloed van al deze factoren in onderlinge samenhang. Daarvoor zouden bijvoorbeeld steeds bezettingsgraad, postcodes van bezoekadressen en reisafstanden moeten zijn geregistreerd.

Tabel 3.7: Percentage behaalde aanrijtijden per crisisdienst

	%	N
Dimence	89%	53
Vincent van Gogh	86%	263
GGNet Achterhoek	73%	480
GGNet Apeldoorn	83%	559
GGZ Friesland	77%	511
GGZ Drenthe	67%	348
GGzE	70%	377
Altrecht	93%	691
Reinier van Arkel	89%	207
GGZ inGeest	85%	171
Bavo Europoort	91%	1208
Lentis	84%	81
GGZ NHN	93%	179

Veel genoemd is dat crisisdiensten in een uitgestrekt gebied, met grote reisafstanden en een laag volume aan meldingen, meer moeite zullen hebben tijdig ter plekke te zijn. Tijdens de ene dienst kan er geen enkele melding zijn, tijdens een andere kan men naar de ene uithoek uitgerukt zijn, terwijl men een oproep krijgt voor een crisis in de andere uithoek. Uit tabel 3.7 is op te maken dat enkele crisisdiensten in een uitgestrekt landelijk gebied (bijvoorbeeld Drenthe en Doetinchem/Achterhoek) de maximale aanrijtijden inderdaad minder vaak halen. Anderzijds geldt dat ook voor een crisisdienst in meer stedelijk gebied (Eindhoven). Er zijn dus meer factoren in het spel.

Voor het behalen van de aanrijtijd lijkt het weinig uit te maken of de triage of beoordeling binnen of buiten kantoortijd plaatsvond (tabel 3.8 en 3.9). Dit varieert van 86% in de weekends tot 82% tijdens kantoortijden.

Tabel 3.8: Dagdeel triage en percentage behaalde aanrijtijden binnen en buiten kantoortijden (N=5128)

	%	N
Triage binnen kantoortijden	82%	2830
Triage buiten kantoortijden doordeweeks	85%	1180
Triage buiten kantoortijden weekend	86%	1118

Tabel 3.9: Dagdeel beoordeling en percentage behaalde aanrijtijden binnen en buiten kantoor tijden (N=5128)

	%	N
Beoordeling binnen kantoor tijden	83%	2265
Beoordeling buiten kantoor tijden doordeweeks	82%	1731
Beoordeling buiten kantoor tijden weekend	86%	1132

We gingen na of het behalen van de maximale aanrijtijden steeg naarmate de registratieperiode vorderde, en de ervaring met de toepassing van de triagewijzer gegroeid was. Hiertoe is de registratieperiode per crisisdienst opgedeeld in twee (gelijke) periodes⁵. Het totaalpercentage van een beoordeling binnen de maximale aanrijtijd (dus van alle urgentiegraden tezamen) is in de loop van de tijd licht gestegen⁶ van 82% in de eerste helft naar 85% in de tweede helft (tabel 3.10). We zien dus een licht, niet substantieel “ervaringseffect”.

Tabel 3.10: Overall behaalde aanrijtijden in de eerste en tweede helft van de registratieperiode (N=4904)

	%	N
Eerste helft registratieperiode	82%	2348
Tweede helft registratieperiode	85%	2556

3.6.2 Beoordeling binnen normtijd per urgentiegraad

De generieke module acute psychiatrie vermeldt twee voorlopige kwaliteitsnormen (op voorwaarde van een aangepaste financiering van de acute psychiatrie): de U2 zou in 90% van de gevallen tijdig beoordeeld moeten worden, de U3 in 85% van de gevallen. We gingen na in hoeverre deze normen werden gehaald.

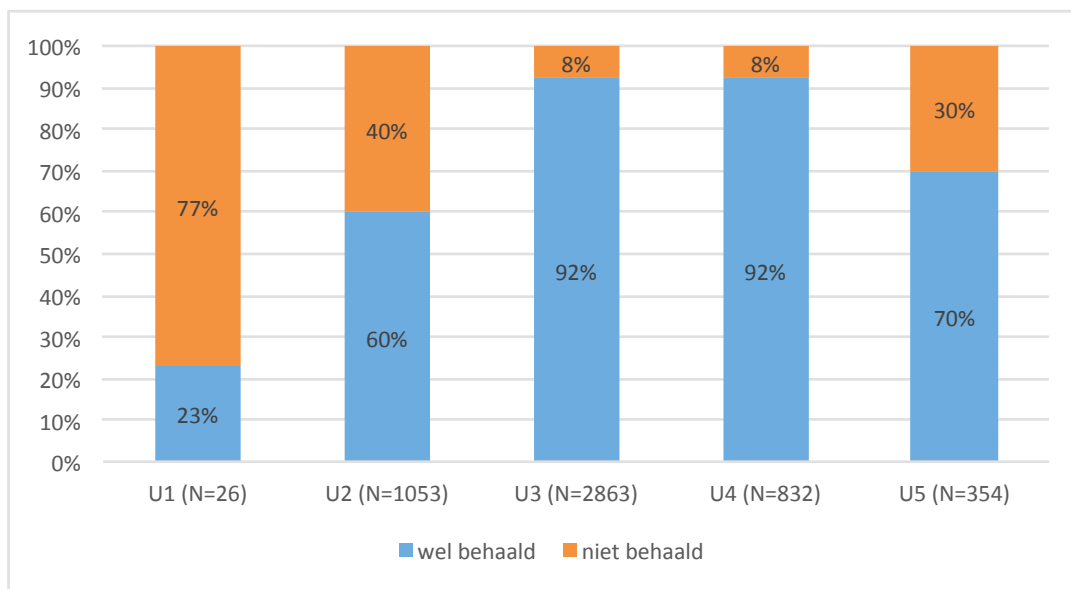
Figuur 3.2 geeft een uitsplitsing van tijdige beoordelingen per urgentiegraad. Bij U2 is het percentage tijdige beoordelingen met 60% ruim lager dan de gestelde norm van 90%. Geen enkele crisisdienst haalt deze norm, met een variatie tussen de crisisdiensten van 32% tot 82% tijdige beoordelingen. Zoals eerder aan bod kwam, is bij de berekening van aanrijtijden de ‘gekozen urgentie’ als uitgangspunt genomen. Indien niet de ‘gekozen urgentie’, maar de urgentiegraad volgens de criteria van de triagewijzer in de berekening wordt gehanteerd, is 50% van de meldingen met een U2-urgentie tijdig beoordeeld. Dit was te verwachten, aangezien eerder bleek dat, indien er wordt afgeschaald, dit met name gebeurt van U2 naar U3.

5 Voorbeeld: Indien een crisisdienst vanaf september tot en met december heeft geregistreerd, behoren de maanden september en oktober tot de ‘eerste registratieperiode’ en de maanden november en december tot de ‘tweede registratieperiode’.

6 Naast de gegevens van Pro Persona en GGZ Rivierduinen zijn de gegevens van Dimence en GGZ inGeest niet meegenomen in deze analyse. De registratieperiode van Dimence was namelijk te kort om twee periodes te kunnen onderscheiden. Bij GGZ inGeest is in de eerste weken de variabele ‘aankomsttijd’ bij de beoordeling niet juist geregistreerd, wat een berekening van de aanrijtijd in de eerste periode onbetrouwbaar maakt.

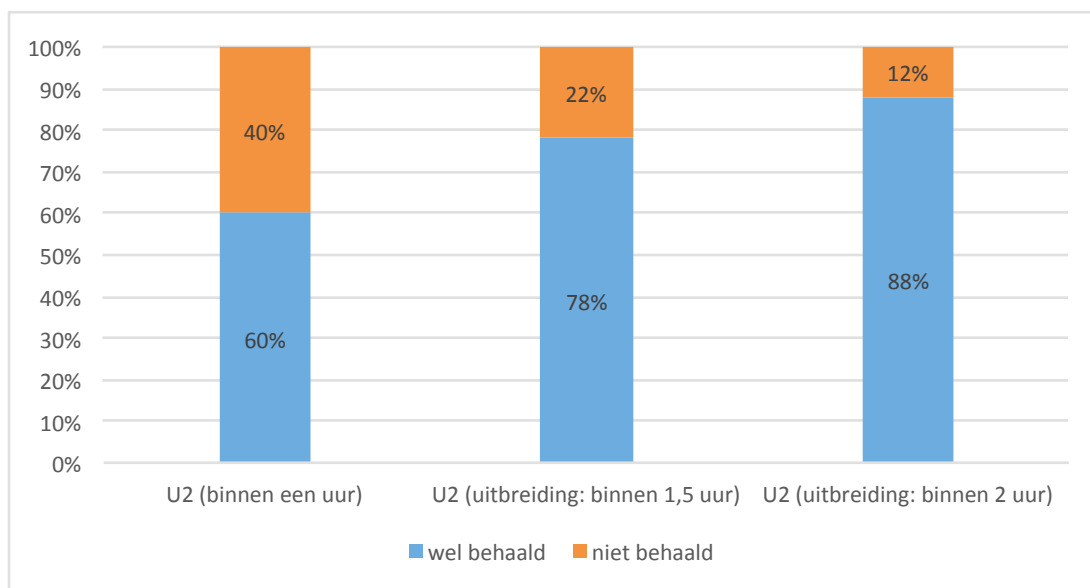
Bij U3 wordt met 92% tijdige beoordelingen wel voldaan aan de norm van 85%. U4 – waarvoor geen norm is geformuleerd – kent eenzelfde succespercentage als U3. De beide uitersten (U1 en U5) kennen lagere succespercentages, maar komen ook het minst voor en zijn niet het kerndomein van de crisisdienst.

Figuur 3.2: Beoordeling binnen de maximale aanrijtijd per gekozen urgentiegraad



Aangezien de U2-meldingen in 40% van de gevallen niet binnen de normtijd werden beoordeeld, is bekeken in hoeverre een verlenging van de maximale aanrijtijd leidt tot een substantiële groei in het aandeel tijdige beoordelingen. In figuur 3.3 is te zien dat een verlenging van een maximale aanrijtijd van een uur naar anderhalf uur leidt tot een toename in het aandeel behaalde aanrijtijden van achttien procentpunten (van 60% naar 78%). Bij een norm van twee uur, is de aanrijtijd in 88% van de meldingen behaald, ofwel ongeveer conform de gestelde norm van 90%.

Figuur 3.3: Behalen aanrijtijden bij uitbreiding U2 (N=1053)



Als gekeken wordt naar het dagdeel waarin een U2-melding werd beoordeeld, is er een beperkte variatie van 55% (kantooruren) tot 63 à 64% (buiten kantooruren) in tijdige beoordelingen (tabel 3.11).

Tabel 3.11: Percentage tijdige beoordeling met urgentie U2 binnen en buiten kantooortijden (N=1053)

	%	N
Beoordeling binnen kantooortijden	63%	335
Beoordeling buiten kantooortijden doordeweeks	55%	436
Beoordeling buiten kantooortijden weekend	64%	282

3.6.3 Aanrijtijden en locatie beoordeling

Een factor die mogelijk invloed kan hebben op een tijdige beoordeling is de locatie van de beoordeling. Een tijdige beoordeling is mogelijk haalbaarder op de eigen locatie van de crisisdienst dan wanneer de cliënt thuis bezocht wordt.

Overall heeft de locatie waar de beoordeling plaatsvindt weinig invloed op het behalen van de aanrijtijd (zie tabel 3.12). Zo is de maximale aanrijtijd bij 82% behaald indien de beoordeling plaatsvond bij de crisisdienst en bij 81% indien de beoordeling thuis plaatsvond. Grotere verschillen zijn zichtbaar bij U2. De crisisdiensten zijn bij U2-beoordelingen bij de cliënt thuis relatief minder vaak (namelijk bij 52%) tijdig ter plekke.

Tabel 3.12: Behaalde aanrijtijden en locatie beoordeling

	Thuis		Crisisdienst		Elders	
	%	N	%	N	%	N
Alle U's	81%	1593	82%	1870	88%	1610
U2	52%	333	59%	350	69%	349
U3	89%	957	92%	854	94%	1026
U4	92%	216	89%	423	98%	188
U5	69%	86	69%	231	77%	35

3.6.4 Aanrijtijden en aantal beoordelaars

Volgens de generieke module acute psychiatrie dient een beoordeling door twee personen – een SPV/verpleegkundig specialist en arts – te worden uitgevoerd, met een psychiater als achterwacht. In onze registratie werd de beoordeling in 87% van de gevallen door minimaal twee personen gedaan. Over het geheel genomen is er weinig verschil in het behalen van de aanrijnormen wanneer de beoordeling door één, twee of drie personen wordt gedaan (zie tabel 3.13).

Tabel 3.13: Tijdige beoordeling en aantal beoordelaars (N=5073)

	1 beoordelaar		2 beoordelaars		3 beoordelaars	
	%	N	%	N	%	N
Tijdige beoordeling	82 %	622	84 %	4303	76 %	147

Bij enkele crisisdiensten is het aandeel beoordelingen dat door één persoon wordt uitgevoerd relatief groot. GGZ Drenthe (66% van beoordelingen door één persoon uitgevoerd), Reinier van Arkel (51%), en GGZ inGeest (47%) laten relatief veel beoordelingen door één persoon doen. Bij GGZ Drenthe en GGZ inGeest is er wel een verschil zichtbaar als gekeken wordt naar de mate waarin de overall aanrijtijden zijn behaald en het aantal personen dat aanwezig is bij de beoordeling. Bij beoordelingen waar twee personen aanwezig zijn, is bij deze crisisdiensten de overall aanrijtijd minder vaak gehaald dan bij beoordelingen waar één hulpverlener aanwezig was.

3.6.5 Aanrijtijden per verwijzer

In discussies rond de acute psychiatrie worden crisisdiensten soms speciaal aangesproken door partijen, met name de politie, op hun tijdige aanwezigheid. In dat licht hebben we de aanrijtijden per verwijzer nader geanalyseerd. Het totaalcijfer bij een politiemelding is met 85% tijdige beoordelingen iets hoger dan het eerder genoemde totaalpercentage (83%) en bij melding vanuit de huisarts(enpost) iets lager (81%).

Bij de hoogste urgentie (U2; N=1050) is er een duidelijker verschil: meldingen vanuit de politie met een U2-urgentie worden relatief vaak, namelijk in 70% van de gevallen, binnen de normtijd van een uur gezien. Bij meldingen vanuit huisarts(enposten) is dit lager: 52%. Zoals eerder aangegeven is het totaalpercentage van tijdige U2-beoordelingen 60%.

3.7 Vervolgbeleid na beoordeling

Bij meer dan de helft van de beoordelingen (62%) is een vorm van crisisbehandeling het gekozen vervolgbeleid (zie tabel 3.14). Daarbij bestaat ongeveer de helft uit een opname en de helft uit ambulante crisisbehandeling. Na een kwart van de beoordelingen (24%) wordt de cliënt verwezen naar de reguliere GGz en na 14% van de beoordelingen is er geen vervolgbehandeling bij de GGz. In 30% van de beoordelingen wordt een opname ingezet of vervolgd; ook tijdens een opname kunnen namelijk beoordelingen door de crisisdienst plaatsvinden.

Tabel 3.14: Vervolgbeleid na beoordeling (N=5566)

	%	N
Crisisbehandeling ambulantly	32%	1756
Crisisbehandeling deeltijd	1%	43
Crisisbehandeling opname	30%	1671
Regulier GGz	24%	1317
Geen	14%	779

De vormen van vervolgbeleid na een beoordeling verschillen afhankelijk van de gekozen urgentiegraad (tabel 3.15). Een opname is relatief vaak het vervolgbeleid bij de hoge urgentiegraden (U2 en U3). Zo is 'opname' na 41% van de beoordelingen het vervolgbeleid indien de gekozen urgentie U2 is. Ambulante crisisbehandeling vindt vooral plaats na lagere urgentiegraden (U4, U5).

Tabel 3.15: Vervolgbeleid na gekozen urgentie

	U2		U3		U4		U5	
	%	N	%	N	%	N	%	N
Crisisbehandeling ambulantly	21%	242	28%	847	43%	382	57%	227
Crisisbehandeling deeltijd	1%	14	1%	19	1%	5	1%	5
Crisisbehandeling opname	41%	464	33%	981	17%	151	10%	40
Regulier GGz	23%	264	25%	749	24%	210	15%	60
Geen	14%	159	13%	391	16%	141	17%	67

De vormen van vervolgbeleid na een beoordeling verschillen verder afhankelijk van het moment waarop de beoordeling plaatsvindt (tabel 3.16). Binnen kantoortijden is ambulante crisisbehandeling het meest gekozen vervolgbeleid. Buiten kantoortijden is de opname het meest gekozen vervolgbeleid.

Tabel 3.16: Vervolgbeleid en dagdeel van beoordeling (N=5418)

	Binnen kantoortijden		Buiten kantoortijden doordeweeks		Buiten kantoortijden weekend	
	%	N	%	N	%	N
Crisisbehandeling ambulante	43%	1016	22%	399	22%	264
Crisisbehandeling deeltijd	1%	30	1%	10	0%	1
Crisisbehandeling opname	26%	628	33%	604	33%	405
Regulier GGZ	17%	405	29%	527	30%	359
Geen	13%	308	15%	277	15%	185

4 Reflectie implementatie en registratie

In dit hoofdstuk staan we stil bij de ervaringen van de crisisdiensten bij de implementatie en bij eventueel benodigde aanpassingen in de triagewijzer. Afgesloten wordt met een samenvatting van de belangrijkste bevindingen.

Registratie-inspanningen

Implementatie van de triagewijzer was nauw verweven met de registratie-inspanningen voor deze pilot. De registratie werd minstens zo complex gevonden als het werken van de triagewijzer. Dit had verschillende achtergronden:

- Triage en beoordeling werden gewoonlijk apart geregistreerd, terwijl onze registratie een koppeling van triage en beoordeling vergde;
- Er is landelijk geen eenheid in registratiesystemen en elektronische patiëntendossiers, waarop met de registratie kan worden aangesloten;
- Menig crisisdienst is binnen en buiten kantooruren anders georganiseerd, waardoor het voor de projectleiders niet eenvoudig was alle betrokkenen mee te krijgen in de implementatie en registratie.

In de praktijk kostte het registreren veel tijd en energie. Zelfs als er een koppeling met een bestaand registratiesysteem was, was de projectleider over het algemeen de nodige tijd kwijt om de gegevens gestructureerd en volledig aan te leveren. In de beginfase werden er signalen ontvangen dat het (veel) aandacht vergde om de gevraagde registratie-items boven water te krijgen bij de triagisten en beoordelaars. Maar ook aan het einde van de pilot kwamen er signalen dat het lastig bleek om triagisten en beoordelaars gemotiveerd te houden om te blijven registreren.

Indien de registratie zou worden gecontinueerd, dan hebben de projectleiders vooral behoefte aan inpassing binnen de bestaande systemen. Bij verbreding naar andere crisisdiensten zal wederom stevige aandacht moeten zijn voor een heldere en eenduidige definitie van de gekozen urgentie. In de praktijk zijn er vele soorten van urgentie te onderscheiden: de urgentie volgens de verwijzer, volgens cliënt en naastbetrokkenen, en van de crisisdienst zelf. En bij de crisisdienst kan weer een onderscheid gemaakt worden tussen triage op basis van de triagewijzer, volgens het klinisch oordeel van de triagist, en de uiteindelijke inplanning waarbij ook beschikbaarheid van personeel wordt meegewogen. Er waren soms misverstanden over de vraag welke urgentie nu gescoord moest worden.

Getrouwheid van implementatie: de letter en de geest

Uit een vragenlijst die aan de projectleiders werd gestuurd na afloop van de pilot, blijkt dat de meeste triagisten de triagewijzer naar de geest, en in wat mindere mate ook naar de letter toepasten. De triagewijzer bood houvast voor nieuwelingen en was voor de meer ervaren triagisten vooral een bevestiging van wat men al dacht en wist. Daarnaast was er een

minderheid die de triagewijzer niet hanteerde. Dit betreft, aldus projectleiders, veelal triagisten die al lang in het vak zitten, handelen op basis van in de praktijk ontwikkelde ervaring, waarbij een nieuw instrument niet als een welkome systematisering daarvan voelde, maar meer als een aantasting van de eigen professionaliteit.

De ontwikkelde app werd bij aanvang wel als implementatiehulpmiddel bestudeerd, maar in de regel niet gebruikt bij de dagelijkse triage en beoordeling. Een gevoelde beperking van de app was dat deze de verschillende criteria achtereenvolgens doorliep; in de praktijk loopt een triage-gesprek niet in deze vaste volgorde.

De triagewijzer is globaal in de omschrijving van begrippen, en laat daarmee veel ruimte voor interpretatie. Niet scherp gedefinieerd is wanneer nu precies gesproken moet worden van “verward gedrag” en “suïcidaliteit”. In de praktijk wordt een holistisch beeld van de urgentie gemaakt, waarbij de verschillende aspecten van de crisis worden gewogen. Er is door sommigen in reflectiebijeenkomsten wel gepleit voor scherpere definiëring van criteria. We denken eerder dat het wenselijk is om het keuzeprocess (hoe weeg ik de verschillende informatie en kom ik tot een afweging) nader te documenteren, dan dat een messcherpe dichotomie moet worden nagestreefd (dit noemen we nog wel verward gedrag, dit niet meer). Gegeven de argumentatie in de registratie voor op- en afschaling van urgentiegraden, is het met name nuttig (zo oordeelden de geraadpleegde experts ook) om in documentatie of trainingsmateriaal bij de triagewijzer het afwegingsproces te verhelderen bij de interactie tussen het klinisch beeld van de hulpbehoevende en de omgeving waarin deze zich bevindt. Dat wil zeggen: wat te doen als de persoon zelf in een ernstige crisis is, maar de omgeving betrekkelijk veilig, of omgekeerd als het systeem rondom de persoon onveilig, onrustig of overbelast is bij een kennelijk niet zo ernstige persoonlijke crisis. Het scoren op de triagewijzer van een “veilige omgeving” heeft bovendien een andere betekenis als het een institutie (opnameafdeling, politiecel) is of de thuissituatie.

Aandachtspunt voor vervolginplementatie is dat de GGz-triagewijzer is opgezet als een universeel instrument dat ook inzichtelijk moet zijn voor anderen dan de GGz-crisisdienst. Bij de crisisdiensten zelf bemoeilijkte dit het werken met de triagewijzer. Een melding die vanwege het onmiddellijke levensbedreigende karakter volgens de letter van de triagewijzer “U1” is, is vanuit het perspectief van de crisisdienst eerder een U2 of U3, omdat de levensdreiging door anderen (ambulance, politie) geadresseerd wordt.

Opbrengsten van het werken met de triagewijzer

In de enquête bevroegen we de projectleiders naar opbrengsten en waardering van de triagewijzer. Volgens de projectleiders (n=11) had het werken met de triagewijzer geleid tot:

- Standaardisatie van de triage (8);
- Meer onderlinge reflectie (8);
- Een verbetering van de werkwijze van de crisisdienst (7).

Opbrengsten waren er nauwelijks geweest in termen van:

- Snellere beoordeling (1);
- Standaardisatie van de beoordelingstijd (1);
- Bruikbaarheid in de afstemming met verwijzers (1).

Met andere woorden: de triagewijzer hielp bij systematisering van de triage en het onderlinge gesprek daarover. De beoordeling was er echter niet sneller op geworden en de afstemming met verwijzers was er ook niet op verbeterd. Deze laatste bevindingen werden tijdens de duidingssessies verklaard door het pilotkarakter van de implementatie. Omdat de triagewijzer na de pilot nog zou kunnen veranderen, en er tijdens de pilot nog geen veranderingen in de organisatie of bekostiging van de crisisdienst waren doorgevoerd, was de snelheid van beoordeling nog niet aangepast en had men de triagewijzer nog niet besproken met verwijzers. Dat zou in dit pilotstadium wellicht verkeerde verwachtingen hebben gewekt.

Waardering en benodigde aanpassingen van de triagewijzer

We vroegen de projectleiders naar een totaaloordeel over de geschiktheid van de triagewijzer voor landelijke implementatie. Acht van de elf gaven een positief oordeel over de geschiktheid. Desalniettemin was de waardering niet groot geweest: slechts drie projectleiders gaven aan dat de triagewijzer op waardering had kunnen rekenen. Dit hield vermoedelijk verband met de benodigde registratie-inspanningen en met het feit dat er ook weer niet zo veel nieuws onder de zon was: slechts twee van de elf projectleiders gaven aan dat de triagewijzer niet goed aansloot bij de bestaande werkwijze binnen de crisisdienst.

We vroegen in de enquête dieper door naar de wenselijk geachte aanpassingen. De daarbij genoemde thema's werden in samenhang met de uitkomsten van de registratie, besproken in de expertbijeenkomst. Hieruit komen de volgende – zeer beperkte – aanbevelingen voor inhoudelijke aanpassing voort:

- De experts raden aan om bij welke verandering dan ook zo veel mogelijk aan te sluiten bij de Nederlandse Triage Standaard, zodat de GGz-triagewijzer daar een verbijzondering (bijvoorbeeld een kaart binnen dat instrument) van is en geen amendement;
- Aangeraden werd de genoemde uitzondering voor alcohol bij een overdosis toxische middelen (bij U1) te verwijderen;
- De triagewijzer is niet geheel systematisch op het vlak van suïcidaliteit. bij U1 gaat het over 'acuut suïcidaal gedrag' en bij lagere urgenties niet meer. Het is mogelijk dat iemand chronisch suïcidaal is, maar er plotseling iets verandert in de situatie en een snelle beoordeling gewenst is. Dit kan opgelost worden door bij U2 ook te spreken over 'acute suïcidaliteit' (toevoeging van het woord 'acuut' maakt dat het laagdrempeliger is om er met de verwijzer over te discussiëren: hoe acuut is de suïcidaliteit?).

De hamvraag bij vervolgimplementatie en bekostiging betreft de maximale beoordelingstijden per urgentiegraad: kunnen deze worden gehandhaafd? Over het geheel genomen werden de maximale aanrijtijden in voldoende mate gehaald, zeker als we bedenken dat dit een vrijblijvende proefimplementatie was. Uitzondering was de U2. In vergelijking tot een eerdere pilot met een voorloper van de triagewijzer bij drie crisisdiensten was het resultaat bij U2 weliswaar fors verbeterd van 28% tijdige beoordelingen naar 60% nu. Dit is echter nog steeds beduidend lager dan de streefnorm in de generieke module acute psychiatrie van 90%.

De U2 heeft een kortere streeftijd dan tot voor kort aangehouden werd in de acute psychiatrie. Uit ons onderzoek blijkt dat verlenging naar 1,5 uur of 2 uur in deze pilotimplementatie een aanzienlijke verhoging van het percentage tijdige beoordelingen laat zien; in 88% van de gevallen is de crisisdienst binnen 2 uur bij de cliënt.

Vraag is dan hoe cruciaal het is dat de in de Generieke Module Acute Psychiatrie door veldpartijen vastgestelde streeftijd van 1 uur blijft gelden (dan wel nadere toespitsing behoeft). We kunnen hierover slechts speculeren. Onbekend is wat de resultaten zouden zijn geweest wanneer de 60 minuten van U2 als officiële streefnorm zou zijn gehanteerd. Verwijzers waren er over het algemeen niet van op de hoogte en de inspectie handhaafde er niet op. Toepassing ervan was voor de crisisdiensten dus vrijblijvend. Het onderzoek was niet ingericht op beantwoording van de vraag welke negatieve consequenties verbonden waren aan het niet halen van de streefnormen: onduidelijk is in welke mate het leed van betrokkenen hierdoor is vergroot en hoe zich dat verhoudt tot extra kosten voor ophoging van capaciteit en beschikbaarheid van de crisisdienst die nodig is om aan de U2-norm te voldoen.

De geraadpleegde projectleiders en experts raden op dit moment aan om de U2-norm (en alle andere), mede als service naar verwijzers, in de module te handhaven en in de praktijk te hanteren en beproeven.

Samenvatting en conclusie

De triagewijzer is in de tweede helft van 2017 beproefd bij 16 crisisdiensten van 14 instellingen, verspreid over het land. Registratie tijdens deze pilot omvatte 8417 triages (met aansluitende beoordeling). In 88% van de triages was de gekozen urgentie (ofwel de vereiste snelheid van beoordeling) gelijk aan de urgentie bij meer letterlijke toepassing van de triagewijzer. Er misten geen wezenlijke factoren in de triagewijzer om de urgentie te bepalen.

Projectleiders van de deelnemende crisisdiensten achten de triagewijzer in meerderheid geschikt voor landelijke implementatie. Er zijn enkele kleinere voorstellen voor inhoudelijke aanpassing gedaan. We raden vooral aan om het proces van weging van klinisch beeld en omgeving in samenhang nader te documenteren, als hulpmiddel bij een landelijke implementatie.

Over het geheel genomen waren 83% van de beoordelingen van crisismeldingen binnen de gestelde tijdslimiet. In de eerste helft van de registratieperiode was dit 82%, daarna met 85% licht hoger. Urgentie U2 (die om beoordeling binnen 1 uur vraagt) was met 60% tijdige beoordelingen een uitzondering. Experts raden wel aan om deze norm te handhaven; deze is ook vastgesteld in de generieke module. We raden wel aan om noodzaak en gevolgen van officiële invoering (met daarop aangesloten bekostiging) van deze streefnorm empirisch te monitoren en funderen.

Literatuur

Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGZ (2017). *Generieke module Acute psychiatrie*. Utrecht.

ROAZ Werkgroep Triage Acute Psychiatrie (2017). *Triage bij GGZ crisisdiensten Eindrapport ROAZ-pilotonderzoek bij GGZ NHN, GGZ Centraal & Spoedeisende Psychiatrie Amsterdam*.

SiRM (2015). *Acute geestelijke gezondheidszorg. Knelpunten en verbetervoorstellen in de keten*. Den Haag.

Bijlage

Tabel 1: Kerngegevens registratie per crisisdienstlocatie

GGZ-instelling	Crisisdienstlocatie	Registratieperiode	Bijzonderheden
Dimence	Zwolle	13 september t/m 16 oktober 2017	Registratie zowel binnen als buiten kantoortijden
Vincent van Gogh voor geestelijke gezondheid	Venlo	2 oktober t/m 31 december 2017	Registratie zowel binnen als buiten kantoortijden
GGNet	Doetinchem	11 juli t/m 14 december 2017	Registratie zowel binnen als buiten kantoortijden
GGNet	Apeldoorn	4 juli t/m 10 december 2017	Registratie zowel binnen als buiten kantoortijden
GGZ Friesland	Leeuwarden	26 juli t/m 17 december 2017	Registratie zowel binnen als buiten kantoortijden
GGZ Drenthe	Assen	19 juli t/m 17 december 2017	Registratie zowel binnen als buiten kantoortijden
GGzE	Eindhoven	1 september t/m 29 december 2017	Registratie in eerste fase betreft werkdagen van 8.30 uur tot 17.00 uur. Dit is later uitgebreid naar werkdagen t/m 23.00 uur.
Altrecht	Utrecht	28 augustus t/m 17 december 2017	Registratie zowel binnen als buiten kantoortijden
Reinier van Arkel	Vught	20 september t/m 29 december 2017	Registratie zowel binnen als buiten kantoortijden
GGZ Rivierduinen	Leiden	25 september t/m 14 december 2017	Alleen registratie buiten kantoortijden
Pro Persona	Ede	24 augustus t/m 27 december 2017	Gefaseerde aanpak: fase 1) nieuwe aanmel- dingen binnen kantoortijd; fase 2) ook nieuwe aanmeldingen buiten kantoortijd; 3) ook bekende cliënten buiten kantoortijd
Pro Persona	Arnhem	1 september t/m 20 december 2017	Gefaseerde aanpak: fase 1) nieuwe aanmel- dingen binnen kantoortijd; fase 2) ook nieuwe aanmeldingen buiten kantoortijd; 3) ook bekende cliënten buiten kantoortijd
GGZ inGeest	Haarlem	2 oktober t/m 17 december 2017	Registratie zowel binnen als buiten kantoortijden
Bavo Europoort	Rotterdam	10 juli t/m 15 december 2017	Registratie zowel binnen als buiten kantoortijden
Lentis	Groningen	2 oktober t/m 28 december 2017	Alleen registratie binnen kantoortijden
GGZ Noord- Holland Noord	Alkmaar	17 oktober t/m 31 december 2017	Registratie zowel binnen als buiten kantoortijden

