

Evaluatie 2022

Generieke Module
Acute Psychiatrie
(GMAP)



*Evaluatie van de generieke module acute psychiatrie
(GMAP) volgens afspraken in het implementatieplan.*

7 februari 2023



Leeswijzer



Voor u ligt het rapport van de evaluatie van de generieke module acute psychiatrie (GMAP) volgens de afspraken zoals deze zijn gemaakt in het implementatieplan. In dit rapport staan de bevindingen van de evaluatie, inclusief de vervolgstappen.

Na de evaluatie wordt door geen van de partijen de noodzaak gevoeld om de tekst van de GMAP nu aan te passen of om te sleutelen aan het implementatieplan. Wel is er gedurende de evaluatie een aantal problemen geconstateerd, waar de komende twee jaar actie op ondernomen gaat worden.

Een gedeelte van deze acties zullen input leveren voor de herziening van de GMAP in 2024, een andere gedeelte zal praktijkproblemen van nu aansnijden.

Astrid Partouns
Projectmanager Akwa GGZ

Inhoudsopgave

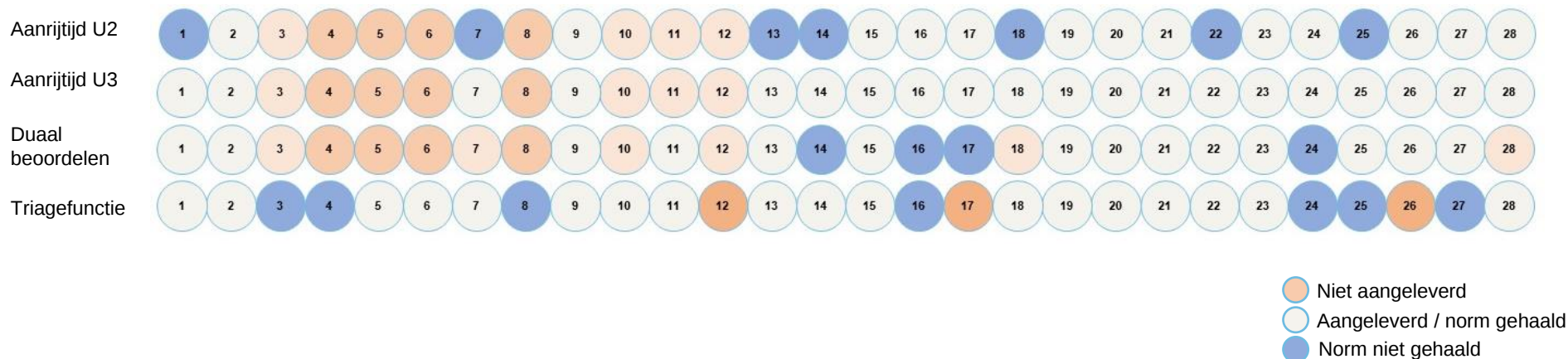
Leeswijzer 2 Inhoudsopgave 3 Samenvatting 4	Inleiding 8 Doel 8 Werkwijze 9 Datakwaliteit 10	Kwantitatieve evaluatie 11 Inleiding & meldingen 11 Meldingen over de week 12 Verwijzers 12 Urgentiegraad & aanrijtijden 13 Duaal beoordelen 14 Beoordelingen over de week 14 Beoordelingslocatie 15 Vervolg zorg 15 Minimale dataset 16
Kwalitatieve evaluatie 17 Triagefunctie 17 Triagewijzer 19 Samenwerking 20 Beoordeling 22 Outreachende zorg 27 Effect GMAP 30	Meenemen bij de beoordeling van 2024 32 Inleiding 32 Cliënt en naasten 32 Triagewijzer 32 Samenwerken 32 Beoordelen 32 Samenstelling team 32	Bijlage 33 Minimale Dataset (MDS) 33 Evaluatievragen 34

Samenvatting

Het rapport is gebaseerd op twee databestanden. De minimale dataset en de vragenlijst die bij de crisisdiensten is uitgezet.



Er is gekeken naar een viertal normen: De aanrijtijden bij U2, de aanrijtijden bij U3, dual beoordelen en de ggz-triagefunctie.



Samenvatting (2)

Thema	1. GMAP tekst aanpassen	2. Implementatieplan aanpassen	3. Praktijkprobleem	4. Geen probleem
Aanrijtijden (norm) Pag. 13	De aanrijtijden van de U2 en U3 liggen landelijk gemiddeld binnen de norm. Niet overal worden de aanrijden goed geregistreerd. Registratie is daarom een punt van aandacht. Verder vormen de aanrijtijden geen probleem			
Duaal beoordelen (norm) Pag. 14	De norm wordt landelijk gezien behaald, een aantal regio's haalt het niet. Dit lijkt verder geen probleem op te leveren dat per direct aandacht nodig heeft			
Triage (norm) en functie ggz-triagist Pag. 17	De norm wordt door het grootste gedeelte gehaald. En de functie wordt gewaardeerd. Hier is geen probleem . Bij weinig meldingen gedurende periode in de week kan wel gekeken worden hoe hier regionaal in samen te werken.			
Triagewijzer Pag. 19	Geen directe problemen. Wel een aantal suggesties (toevoegen kindcheck, houdbaarheid van de situatie HAP / SEH meewegen. Deze kunnen worden geagendeerd bij de beoordeling in 2024.			
Samenwerking Pag. 20 - 21	Er is een aantal praktijkproblemen rondom de samenwerking. Namelijk tussen de ggz en de somatiek. De belangrijkste thema's zijn de wachttijd tot beoordeling en de informatie die nodig is voor een goede overdracht bij de SEH en bij ziekenhuis psychiatrie. Akwa GGZ raadt aan om hier komend jaar met de relevante stakeholders op in te zetten en een <i>paragraaf toe te voegen aan het regioplan</i> waar samenwerkingsafspraken concreet worden opgeschreven. Voor de politie is de wachttijd tot beoordeling ook een issue.			

Samenvatting (3)

Thema	1. GMAP tekst aanpassen	2. Implementatieplan aanpassen	3. Praktijkprobleem	4. Geen probleem
HBO-eis duale team Pag. 23	De HBO-eis wordt gezien als zinvol, omdat men van mening is dat de zorg, en de situatie waarin deze wordt gegeven dusdanig complex is, dat het vraagt om HBO-denkniveau. MBO-ers met jarenlange ervaring kunnen hierdoor verloren gaan. De 5 regio's waar dit speelt kunnen afspraken hierover maken in het regioplan. Verder geen probleem .			
Verpleegkundig specialist (VS) Pag. 24	V&VN en NVvP kijken samen naar de rol en verantwoordelijkheden van de verpleegkundig specialist in het beoordelingsteam. De functie VS heeft zich afgelopen jaren ontwikkeld en er zijn ontwikkelingen binnen het landelijk kwaliteitsstatuut. Het lijkt zinvol om als beroepsverenigingen de komende twee jaar gezamenlijk de rollen en verantwoordelijkheden te omschrijven.			
Beoordelings-locaties Pag. 25-26	De resultaten van de uitvraag, noch de daarop volgende gesprekken met stakeholders, brengen hier duidelijkheid in. Op dit moment loopt er een traject vanuit de Nza, voorstel is om deze af te wachten.			
Outreaching karakter Pag. 27	Op basis van de huidige informatie lijkt het outreachende karakter van de GMAP door de regio's te zijn omarmd. Mooi is dat de cliënten positiever zijn over de zorg in de eigen situatie. Hier wordt geen (implementatie)probleem gezien			
Problemen verderop in de keten Pag. 30	De GMAP heeft veel knelpunten kunnen wegnemen. De praktijk is weerbarstig. Niet in alle regio's is alles gerealiseerd / realiseerbaar, maar in het gros van de regio's worden de normen gehaald en krijgt de samenwerking steeds meer vorm. Geen probleem .			
Effect invoering GMAP Pag. 30	Met uitzondering van de ziekenhuispsychiaters zien de overige relevante stakeholders de invoering van de GMAP als een bijdrage aan de ketensamenwerking en de kwaliteit van de acuut psychiatrische hulpverlening, dus geen probleem .			

Samenvatting (4)

Akwa GGZ adviseert om de komende twee jaar – tot de beoordeling van de GMAP in 2024 – in te zetten om enkele praktijk problemen aan te pakken. De oplossingen of gemaakte afspraken kunnen dan in de herziene versie van de GMAP (2024) worden geborgd.

Daarnaast is het interessant om de waargenomen regionale verschillen (uit de aangeleverde minimale datasets en deze evaluatie) verder uit te diepen. Akwa GGZ zal partijen ondersteunen een lerend netwerk rondom Acut psychiatrie hulpverlening op te starten.

De overige bevindingen uit deze evaluatie zullen worden meegenomen bij de beoordeling voor 2024.



Inleiding (1)

Doel

De evaluatie dient twee doelen:

1. Toetsen of de in de GMAP omschreven gefaseerde invoering van de implementatie haalbaar is, met daarbij de toets of deze ook tot de gewenste kwaliteitsverbetering heeft geleid.
2. Toetsen of de invoering van de GMAP geleid heeft tot de gewenste veranderingen in de acute psychiatrische hulpverlening, met daarbij een inventarisatie van de knelpunten.



Inleiding (2)

Werkwijze

In het implementatieplan van de GMAP zijn afspraken gemaakt over het evalueren. Er is een aantal evaluatievragen geformuleerd die met (relevante) stakeholders zijn beantwoord. Hiervoor is gebruik gemaakt van de afgesproken Minimale Data Set (MDS), vragenlijsten en gesprekken. Per evaluatiepunt wordt gekeken welk gevolg dit heeft voor de GMAP:

1. Tekst van de GMAP aanpassen

De gestelde normen / afspraken uit de tekst van de module zelf zijn niet haalbaar of hebben niet het gewenste effect. Dan zal de tekst aangepast moeten worden.

2. Tekst van het implementatieplan aanpassen

In het implementatieplan staat hoe de verschillende aspecten van de GMAP gefaseerd worden ingevoerd. Wanneer dit niet haalbaar is, zal de tekst van het implementatieplan moeten worden aangepast

3. Praktijkprobleem

In de GMAP staat het goed, maar in de praktijk komen knelpunten naar voren. Deze knelpunten kunnen aan de hand van deze evaluatie worden geadresseerd bij de relevante stakeholder, om daar gezamenlijk de komende periode aandacht voor te hebben.

4. Geen probleem, hoeft geen verdere aandacht

Evaluatie geeft aan dat zowel tekst, als implementatieplan prima zijn. Ook is op dat punt géén praktijkprobleem dat aandacht hoeft.

Cliënten en naasten zijn bevraagd, evenals de crisisdiensten, de politie, de spoedeisende hulpdiensten (beperkt), ambulancezorg en verslavingszorg.

Vanuit de huisartsen en de maatschappelijke opvang is het niet gelukt om de evaluatie in hun achterban uit te zetten. Zij zijn niet meegenomen in deze rapportage.

Inleiding (3)

Datakwaliteit

Voor het analyseren van de data is gekeken naar de datakwaliteit. Dit heeft geresulteerd om enkele variabelen van sommige regio's niet mee te nemen in de analyse. Bijvoorbeeld:

- Zorgaanbieder gebruikt andere tijdsindeling gedurende de dag dan is omschreven in de MDS
- Zorgaanbieder heeft enorme uitschieter als het gaat over aanrijtijden, dit blijkt bij navraag niet goed uit het systeem te komen

Er is gebruik gemaakt van de aangeleverde MDS-en en er is bij alle regio's een vragenlijst uitgezet, hiernaast is het overzicht te zien van de aanlevering per regio.

Iedere regio heeft in dit rapport een eigen nummer gekregen. Zo wordt een totaal beeld geschetst zonder de regio's daadwerkelijk te benoemen.

-  Niet aangeleverd
-  Aangeleverd

MDS			
1	8	15	22
2	9	16	23
3	10	17	24
4	11	18	25
5	12	19	26
6	13	20	27
7	14	21	28

Vragenlijst crisisdiensten			
1	8	15	22
2	9	16	23
3	10	17	24
4	11	18	25
5	12	19	26
6	13	20	27
7	14	21	28

Kwantitatieve evaluatie (1)

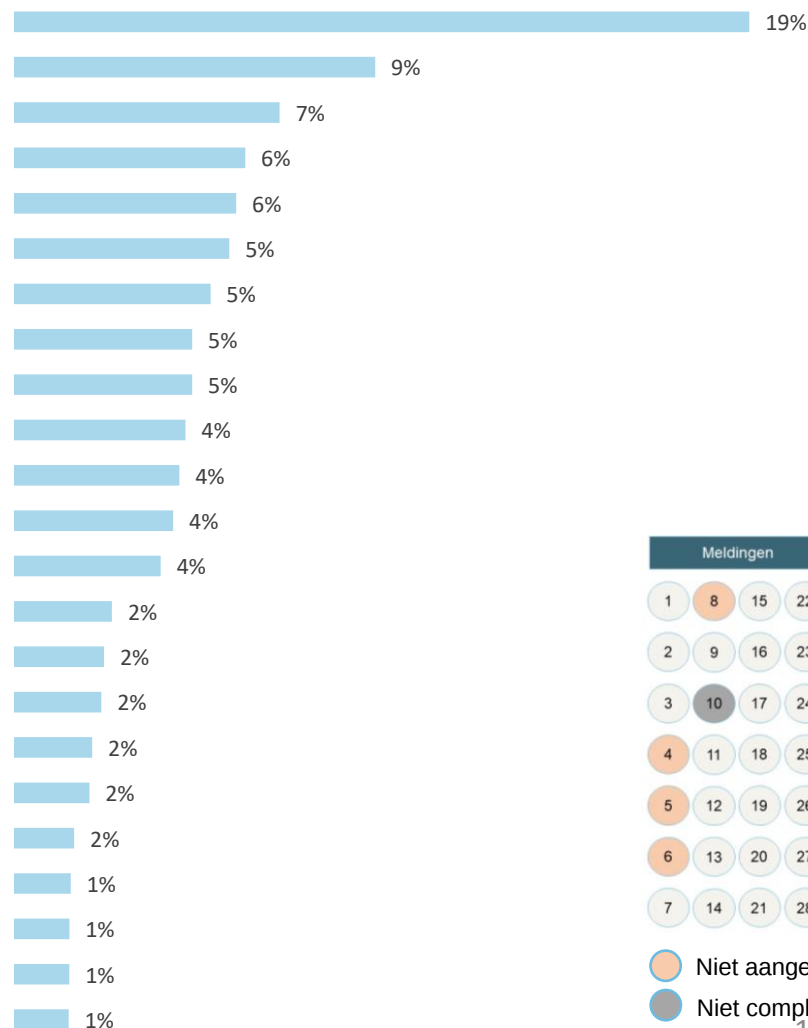
Inleiding

In het implementatieplan is opgenomen dat de functie van de ggz-triagist gefaseerd wordt ingevoerd, evenals het werken met de duale beoordelingsteams en de aanrijden per urgentie graad. In de volgende paragrafen schetsen we een algemeen beeld dat uit de aangeleverde kwantitatieve gegevens naar voren komt. Daarnaast kijken we of de implementatiegraad behaald is.

Meldingen

Het aantal meldingen varieert heel sterk per regio. Dit lijkt ook te maken te hebben met de registratie. Bijvoorbeeld een viertal regio's beoordelen volgens de cijfers alles wat gemeld wordt. Niet alle systemen laten het toe meldingen te registreren waar uiteindelijk geen vervolg (beoordeling / zorg) op volgt.

Totaal aantal meldingen 79.200
(23 van de 28 regio's)



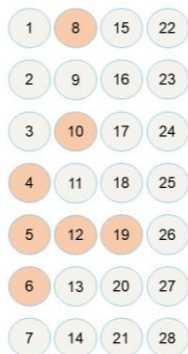
Kwantitatieve evaluatie (2)

Spreiding meldingen over de week

Er is gekeken naar de spreiding van de meldingen over de week (op basis van 71.266 meldingen). Dit laat regionaal een divers beeld zien.

Ma-vrij 08.00-16.00	Za-zo 08.00-16.00
Gem 33%	Gem 12%
Min 11% - Max 53%	Min 11% - Max 53%
Ma-vrij 16.00-24.00	Za-zo 16.00-24.00
Gem 31%	Gem 11%
Min 23% - Max 40%	Min 5% - Max 22%
Ma-vrij 24.00-08.00	Za-zo 24.00-08.00
Gem 9%	Gem 4%
Min 3% - Max 16%	Min 1% - Max 7%

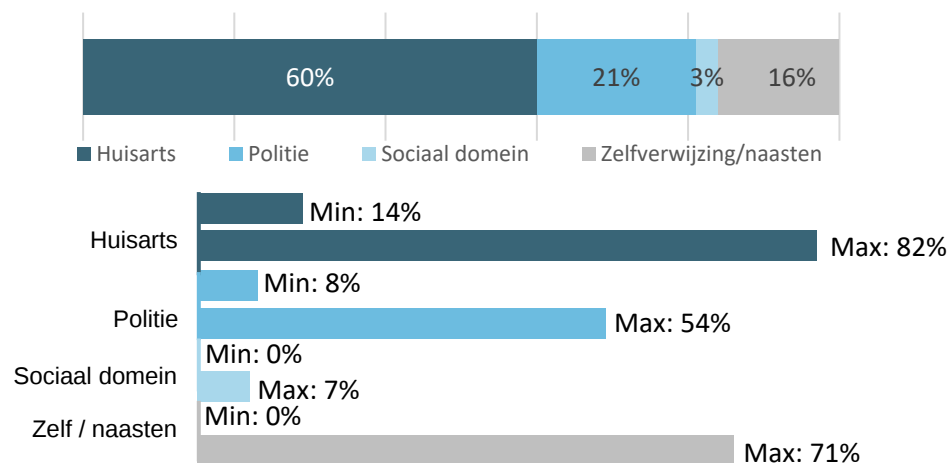
Gemiddeld komt één derde van de meldingen op werkdagen binnen tijdens kantooruren en één derde tussen 16.00 en 24.00 uur. De nachten zijn met gemiddeld 9% door de week en 4% in het weekend relatief rustig.



● Niet aangeleverd / bruikbaar
● Aangeleverd

Verwijzers

Verwijzers op basis van 21 regio's



Meer dan de helft van de verwijzingen komen via de huisarts. Een op de vijf via de politie. Ook hier zijn de regionale verschillen groot.

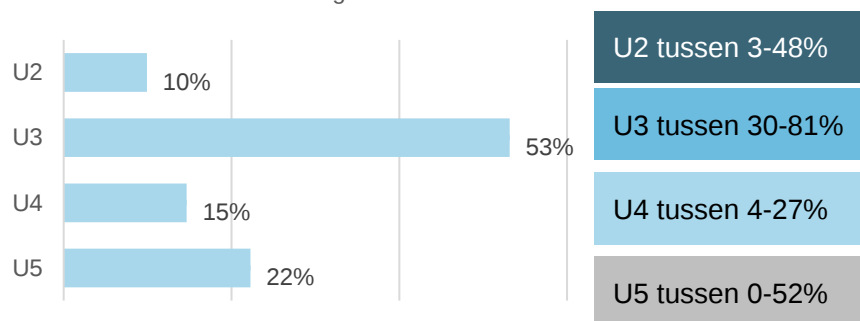


● Niet aangeleverd / bruikbaar
● Aangeleverd

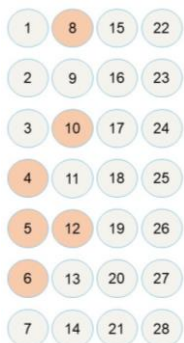
Kwantitatieve evaluatie (3)

Urgentiegraden

Landelijke verdeling urgentiegraden
Totaal meldingen 68065



Er zit veel praktijkvariatie in het toekennen van de urgentiegraden. Landelijk wordt ruim de helft als een U3 ingeschat. Dit varieert – volgens de cijfers – sterk per regio.



● Niet aangeleverd / bruikbaar

● Aangeleverd

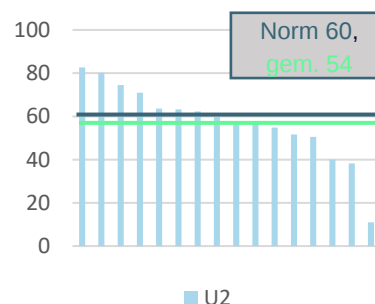
Aanrijtijden

Evaluatie: geen probleem

Afgesproken is dat in juni 2022 65% tijdig wordt beoordeeld. Bij U2 (hoge urgentie) is afgesproken dat het beoordelingsteam binnen één uur ter plaatse is. Bij U3 is dit binnen 4 uur.

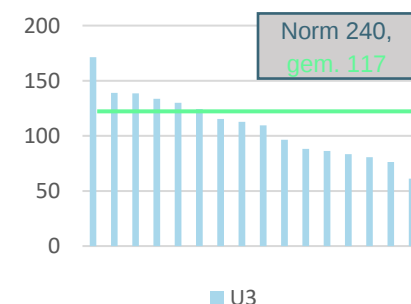
De gemiddelde tijd is bij U2 54 minuten en bij U3 1 net binnen de twee uur. 50% van de regio's behaald de norm bij U2 (75% als de norm 64 minuten was geweest) 100% van de regio's behaald de norm bij U3 (allemaal binnen de 2 uur)

U2 op basis van 16 regio's



■ U2

U3 op basis van 16 regio's



■ U3

● Niet aangeleverd / bruikbaar

● Norm U2 niet gehaald

● Norm gehaald

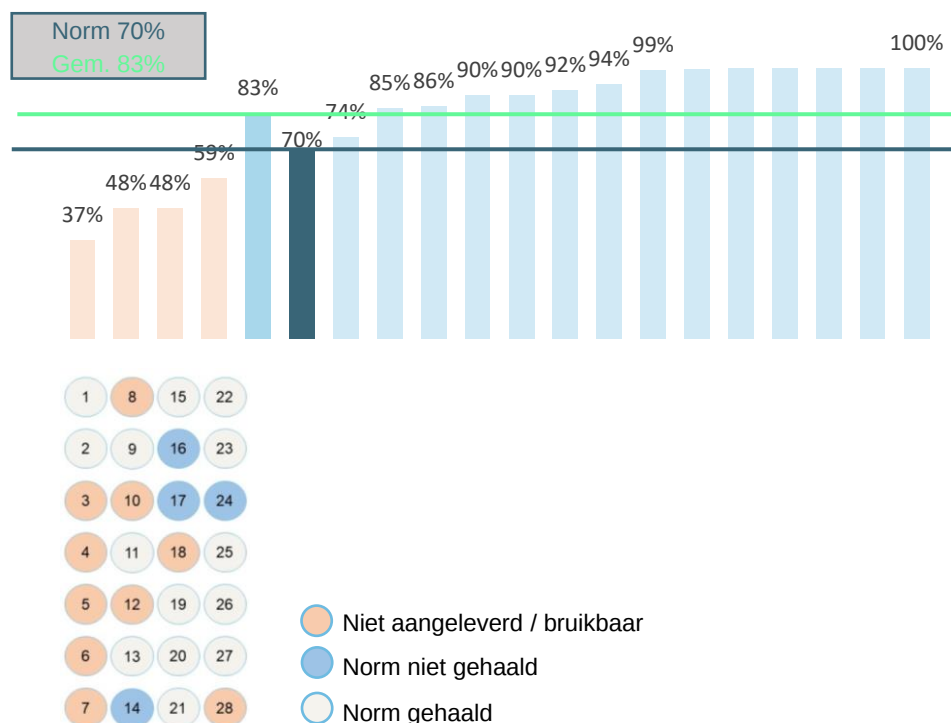


Kwantitatieve evaluatie (4)

Duaal beoordelen

Uit de minimale dataset blijkt dat de norm van de duale beoordeling landelijk ruim gehaald wordt (83%). Er zijn 4 regio's die het niet halen.

Percentage duale beoordelingen (n=18)



Evaluatie: geen probleem

De GMAP schrijft voor dat crisisbeoordelingen in principe worden uitgevoerd door een duaal beoordelingsteam. Passend bij de situatie wordt het duale team samengesteld. Dit team bestaat uit twee van de volgende disciplines: Een arts (AIOS of ANIOS), een HBO-opgeleid verpleegkundige met minimaal twee jaar ervaring in de acute ggz en relevante bijscholing (bijvoorbeeld een SPV), een verpleegkundig specialist GGZ en/of een psychiater. De achterwacht wordt te allen tijde door de psychiater ingevuld. De norm op peildatum juni 2022 is dat 70% van de beoordelingen wordt duaal uitgevoerd volgens de norm.

Van de regio's die gegevens heeft 77% de norm gehaald

Spreiding beoordeling over de week

Er is gekeken naar de spreiding van het aantal beoordelingen over de week (op basis van 48.065 beoordelingen meldingen). Dit laat een regionaal divers beeld te zien.

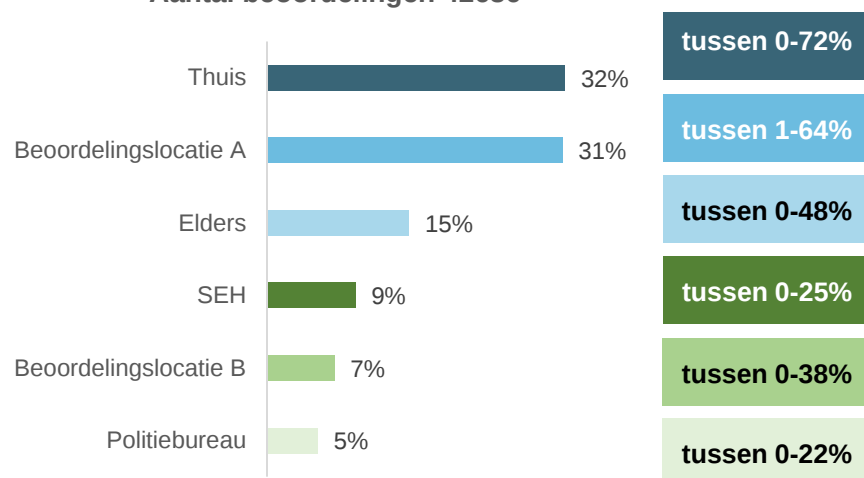
Ma-vrij 08.00-16.00	Za-zo 08.00-16.00
Gem 38%	Gem 10%
Min 16% - Max 57%	Min 6% - Max 23%
Ma-vrij 16.00-24.00	Za-zo 16.00-24.00
Gem 30%	Gem 10%
Min 19% - Max 39%	Min 6% - Max 16%
Ma-vrij 24.00-08.00	Za-zo 24.00-08.00
Gem 7%	Gem 4%
Min 4% - Max 21%	Min 1% - Max 8%

Kwantitatieve evaluatie (5)

Beoordelingslocatie

Beoordelingen per locatie

Aantal beoordelingen 42686

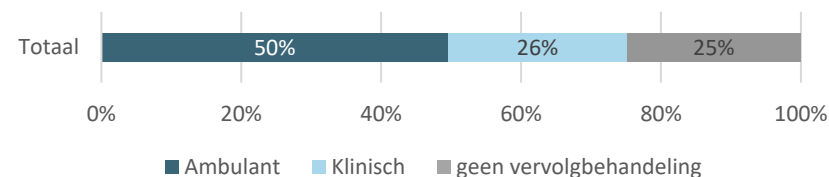


De GMAP schrijft dat de acuut psychiatrische zorg een outreachend karakter moet kennen. Gemiddeld wordt een op de drie beoordelingen thuis uitgevoerd.

○ Niet aangeleverd / bruikbaar
○ aangeleverd

Vervolgzorg

Vervolgzorg op basis van 21 regio's



Gemiddeld wordt de helft van de vervolgzorg ambulant geleverd, en een kwart wordt klinisch opgenomen. Per regio zijn grote verschillen te zien.

Ambulant tussen 32-76%

Klinisch tussen 16-38%

Geen vervolgzorg tussen 7-47%

○ Niet aangeleverd / bruikbaar
○ aangeleverd



Kwantitatieve evaluatie (6)

Minimale dataset

Uit de MDS-en komt naar voren dat er tussen de regio's grote verschillen zijn. Het is interessant om deze verschillen nader te duiden.

Bijvoorbeeld:

- Waarom lukt het de ene regio niet (0%) om thuis te beoordelen en gebeurt dit in de andere regio in bijna driekwart (71%) van de gevallen?
- Waarom krijgt in de ene regio bijna de helft (47%) geen vervolgzorg en in de andere regio is dit slechts 7%?
- Waarom zijn er grote verschillen in het toekennen van urgentiegraden?
- Etc.

Akwa GGZ zal in 2023 partijen begeleiden bij het opzetten van een netwerk rondom de acuut psychiatrische hulpverlening in Nederland.

Datakwaliteit

Daarnaast is het aan te raden om betere afstemming te hebben over het invullen en aanleveren van de MDS-en. Heldere definities en een gedegen aanleverformulier zal de datakwaliteit vergroten. Daarmee kunnen de gesprekken over de resultaten concreet worden vorm gegeven. Met de huidige dataset zullen verschillen tussen regio's zeker ook vragen oproepen over de aangeleverde gegevens in plaats van over de geleverde acuut psychiatrische hulp.



Kwalitatieve evaluatie (1)

Inleiding

In deze paragraaf worden, naast de norm, de volgende evaluatievragen meegenomen:

- Hoe ervaren patiënten en naasten het proces van melding tot beoordeling?
- Hoe ervaren relevante ketenpartijen de ggz-triagefunctie (bijvoorbeeld bereikbaarheid) en zien zij mogelijke verbeteringen?
- Hoe verloopt het behandelen van meldingen?



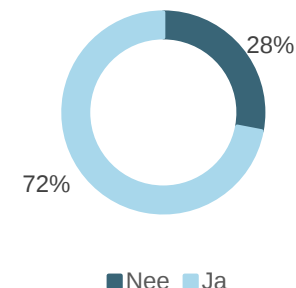
Triagefunctie

De norm van 80% triagefunctie volgens de GMAP wordt door 18 regio's behaald.

De overige 7 geven aan de norm niet te halen. Hierbij wordt genoemd dat er wel een triagefunctie is, maar deze vervuld wordt door iemand met een ander profiel (voldoen niet aan de HBO-eis, scholing nog niet doorlopen of de 2 jaar werkervaring is er niet).

Ook zijn er andere afspraken gemaakt omdat er te weinig personeel is om de functie 24/7 te vervullen.

De triagefunctie volgens de GMAP (n=25)



Evaluatie: geen probleem

Norm: De ggz-triagefunctie is 24/7 binnen 5 minuten beschikbaar voor telefonische triage. De ggz-triagist is een BIG geregistreerde verpleegkundige, met minimaal HBO werk- en denk niveau en minimaal twee jaar ervaring in de acute ggz, die een opleiding heeft doorlopen om de ggz-triagewijzer te hanteren. **De norm op peildatum juni 2022 is dat 80% van de week de triagefunctie is vervuld.**

De norm van 80% triagefunctie volgens de GMAP wordt door 18 regio's behaald.

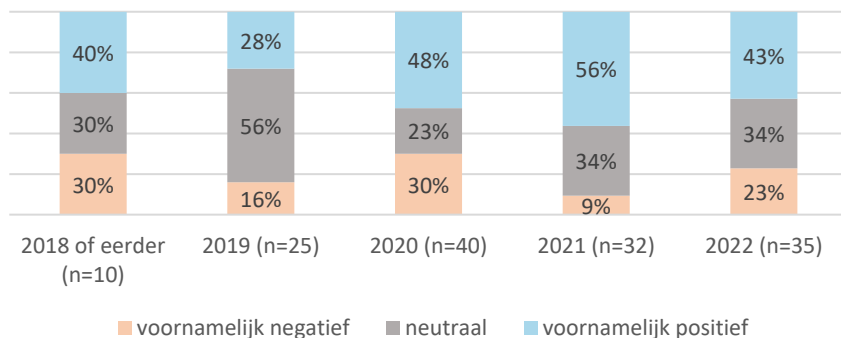
Kwalitatieve evaluatie (2)

Ervaringen stakeholders met de GGZ-triagefunctie

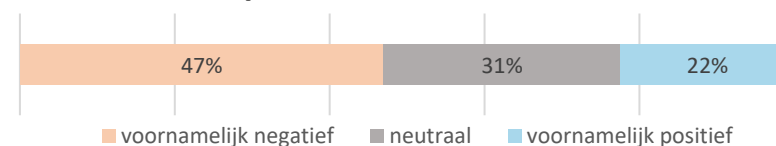
Aan de verschillende stakeholders is gevraagd naar de ervaringen met de GGZ-triagefunctie. Aan de cliënt en de naaste, ambulancezorg, politie, ziekenhuispsychiaters en de SEH/HAP is gevraagd naar de ervaringen met de ggz-triagist.

De cliënten zijn over het algemeen positief of neutraal, bij de naasten zie je dat zij dit als minder positief ervaren. Naasten geven ook in de toelichting aan zich veel zorgen te maken en onder enorme druk te staan.

Cliënten - proces van melden - MIND (n=142)



Naasten - proces van melden - MIND (n=49)



Door de politie wordt door de helft van de respondenten een betere bereikbaarheid ervaren dan 2 jaar geleden, door de andere helft wordt dit niet ervaren. Ambulancezorg is enigszins tevreden of neutraal over de afhandeling van de melding door de GGZ-triagist, even als de SEH-arts. De ziekenhuispsychiaters zijn relatief negatief (28%).

Evaluatie: geen probleem

Het bureau van Akwa GGZ maakt op basis van bovenstaande de inschatting dat wat betreft de triagefunctie er geen probleem is dat direct aandacht behoeft. De ziekenhuispsychiaters zijn het minst positief, maar dit lijkt meer te gaan over de toegekende urgenties dan over de functie van GGZ-triagist.

In sommige regio's is een zeer beperkt aantal meldingen gedurende de week (bijvoorbeeld in de nacht), er kan dan overwogen worden om gezamenlijk één triagepunt in te richten.

Kwalitatieve evaluatie (3)

Triagewijzer

In deze paragraaf worden de volgende evaluatievragen meegenomen:

- Hoe verloopt de ontwikkeling van de landelijke scholing voor de ggz-triagist door de NLggz en V&VN, en de aansluiting hiervan op bestaande scholing?
- Hoe ervaren ketenpartners de gestelde urgenties van meldingen door de ggz? Op welke wijze sluit de ggz-triagewijzer aan op andere triagesystemen?
- Hoe ervaren betrokken ketenpartners het gebruik van de ggz-triagewijzer en zien zij mogelijke verbeteringen?

Scholing

De triagewijzer is een instrument om de ggz-triagist te ondersteunen. Door V&VN en de Nederlandse GGZ is, met financiering van ZonMw, een competentieprofiel opgesteld en scholing ontwikkeld. Verpleegkundigen van 14 instellingen hebben deze scholing doorlopen en geëvalueerd. Een aantal is opgeleid als 'train-de-trainer'.

Gebruik van de triagewijzer

Over het gebruik van de triagewijzer is de ggz-triagist erg te spreken, het instrument geeft houvast en tegelijkertijd voldoende ruimte voor het eigen klinisch redeneren.

De overige stakeholders zijn minder positief. Hier gaat het niet zo zeer over de twijfel van de expertise van de ggz-triagist of de inzet van de triagewijzer. Wel over de aan de urgenties toegekende aanrijtijden, oftewel de wachttijd tot het beoordelingsteam komt.

Politie geeft aan dat zij een andere opdracht hebben. Zij zijn primair gericht op de samenleving en veiligheid, terwijl het bij de mensen waarvoor ze bellen gaat over het individu en de zorg. De politie is hier niet voor opgeleid en zou het daarom ook niet moeten (willen) proberen.

Bij de ziekenhuizen wordt aangegeven dat de situatie op de SEH als 'veilig' wordt bestempeld en daarmee wordt de aanrijtjdtijd vaak langer. De ambulancezorg geeft aan dat zij betere toelichting willen.

Kwalitatieve evaluatie (4)

Triagewijzer

Aansluiting Triagewijzer andere triagesystemen

De SEH-artsen (n=5!) geven aan dat de triagewijzer complementair is. Het somatisch probleem wordt erkent, en de vragen helpen om een goede inschatting te maken van de psychiatrische hulpvraag.

Verbetersuggesties:

- Er wordt bij risico op zelfdestructief- of agressief gedrag snel naar de SEH verwezen, terwijl er (nog) geen lichamelijk letsel is.
- U2 spoed (max binnen 1 uur) en U3 dringend (max binnen 4 uur) sluiten niet goed aan op de binnen de ambulancesector gangbare planningsnormen, houdt rekening met de ingebruikname van de nieuwe urgentietabel (binnen ambulancezorg).
- Maak duidelijk wat de status van de uitkomst is. Welke gezamenlijke acties volgen hier uit? Maak werk van een goede aansluiting/draagvlak bij andere hulpdiensten.

Evaluatie: geen probleem

Wat betreft de triagewijzer is er geen probleem is dat direct aandacht heeft. Wel laten stakeholders weten dat de gekoppelde aanrijtijden niet logisch zijn of zelfs belemmerend werken. Extra aandacht hiervoor in de regioplannen zou samenwerking ten goede komen. Daarnaast zijn er een losse opmerkingen over het toevoegen van de kindcheck aan de triagewijzer en over het kennen van elkaars 'planningsnormen'.

Samenwerking

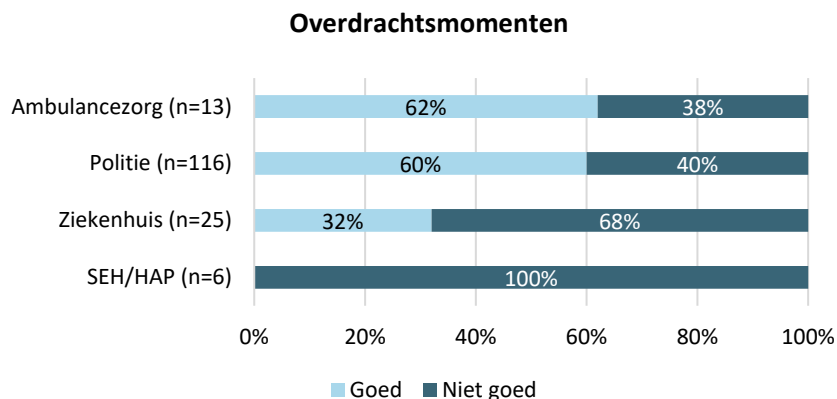
Inleiding

In deze paragraaf worden de volgende evaluatievragen meegenomen:

- Hoe verlopen de overdrachtsmomenten tussen ketenpartners?
- Is er goede samenwerking tussen de ggz en somatiek, dus tussen de acute GGZ, SEH, HAP, de huisarts in de dagpraktijk of de ambulance?

Kwalitatieve evaluatie (5)

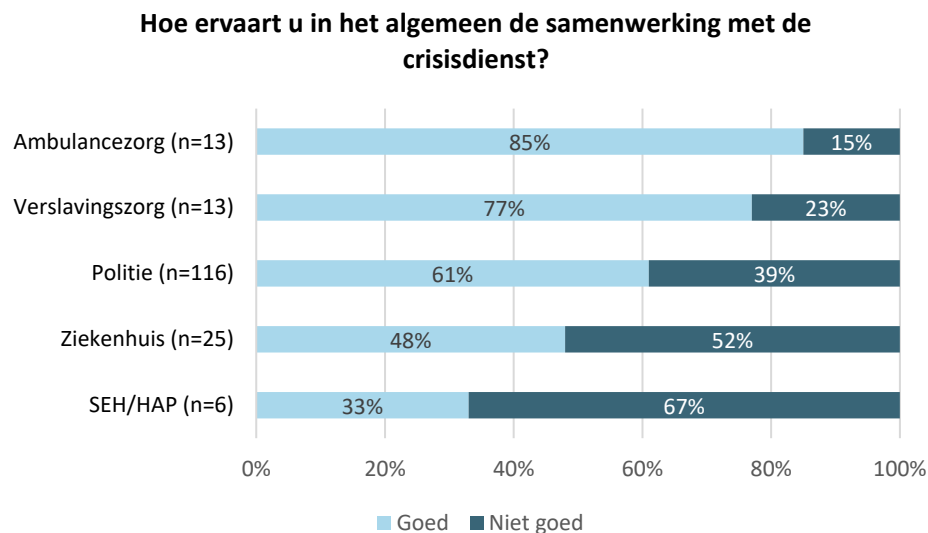
Overdrachtsmomenten



De overdrachtsmomenten worden door politie en ambulance redelijk positief ervaren. Vanuit de ziekenhuispsychiaters en de SEH (5 SEH-artsen, 1 huisarts) worden deze momenten niet goed ervaren.

Het negatieve komt vaak voort uit, te lange wachttijd, te eenzijdig overdracht, dubbel werk doordat verschillende disciplines verantwoordelijkheden kennen. Ook (gebrek aan) gegevensuitwisseling is een issue. De politie deelt de wachttijd tot beoordeling.

Samenwerking met crisisdienst



Op basis van de huidige informatie lijkt er een probleem te zijn op het gebied van de samenwerking tussen ggz en somatiek. De SEH en de ziekenhuispsychiatrie geven aan deze samenwerking niet goed te ervaren. Dit lijkt niet zo zeer aan de tekst van de generieke module zelf of aan het implementatieplan te liggen.

Kwalitatieve evaluatie (6)

Overdracht en samenwerking

Voor het probleem rondom de overdrachtsmomenten en de samenwerking met de somatische zorg, lijkt de oplossing meer te zitten in regionale afspraken en samenwerkingsrichtingen op de thema's:

- Samenwerkingsafspraken (ook financieel)
- Wachtijd tot beoordeling
- Welke informatie gaat mee met een goede overdracht

De wachttijd tot beoordeling is voor de politie ook een issue. Zeker in de openbare ruimte.

Evaluatie: praktijkprobleem

De samenwerking met de SEH, ziekenhuispsychiatrie of de politie kent in de praktijk de nodige problemen. Het komend jaar zou met de relevante stakeholders een paragraaf toegevoegd kunnen worden aan het regioplan waar deze afspraken concreet worden opgeschreven.

Beoordeling

Inleiding

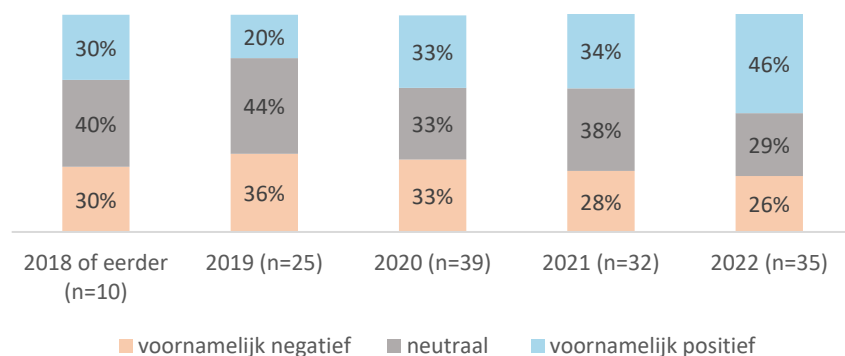
In deze paragraaf worden de volgende evaluatievragen meegenomen:

- Hoe ervaren patiënten en naasten het proces van beoordelen?
- Draagt de samenstelling van het duale team bij aan kwalitatief goede crisiszorg?
- Hoe ervaren we de inzet van de verpleegkundig specialist en HBO-opgeleide verpleegkundige in het beoordelingsteam?
- Is de kwaliteit van de bij- en nascholing voor de hbo-verpleegkundige in het beoordelingsteam goed ingericht?
- Is er voldoende capaciteit beschikbaar voor de beoordelingsteam?
- Kan als nodig duaal worden beoordeeld, en zo nee, wat is de reden hiervoor?
- Zijn bestaande beoordelingslocaties geschikt (qua inrichting en/of fysieke locatie)?

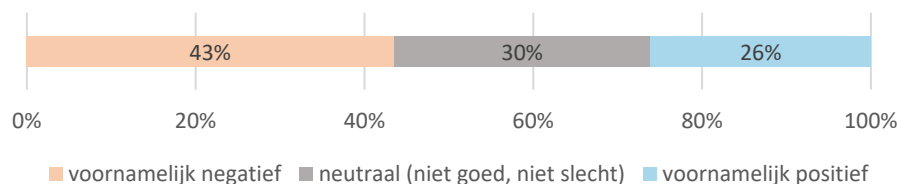
Kwalitatieve evaluatie (7)

Proces van beoordelen – cliënten en naasten

MIND - proces van beoordelen - cliënten



MIND - proces van beoordelen - naasten n=46



De groep naasten is te klein en daarnaast is de spreiding over de jaren scheef verdeeld, zodat het geen zeggingskracht geeft om hier een uitsplitsing te doen. Bij de cliënten zie je een toename van positieve ervaringen over de jaren.

Samenstelling duale team

Het duaal beoordelen volgens de norm wordt veelal gehaald. De vraag is of de samenstelling van het duale team bijdraagt aan kwalitatief goede crisiszorg. Dát er duaal beoordeeld moet worden (tenzij anders afgesproken met de cliënt, bijvoorbeeld in de crisiskaart) staat voor iedereen buiten kijf.

Verpleegkundige – HBO-eis

De HBO-eis wordt als zinvol gezien. De APH-zorg, en de situatie waarin deze wordt gegeven is dusdanig complex, dat deze eis begrijpelijk is. Wat schuurt is dat soms mensen met veel werkervaring (op dit HBO-niveau) door deze eis vertrekken. Het is niet zo dat MBO-ers dit niet kunnen, maar niet alle MBO-ers kunnen dit. De eis kan blijven staan. Organisaties willen zelf meer vrijheid om hier een inschatting te maken. Bijvoorbeeld wanneer mensen 'in company' zijn opgeleid of aantoonbaar aanvullende cursussen op HBO-niveau hebben gedaan.

Evaluatie: HBO- eis voor verpleegkundige - geen probleem

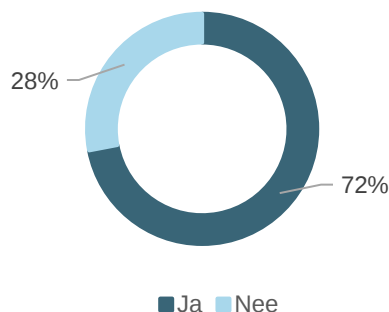
Akwa GGZ raadt aan om hierover in het regioplan te communiceren en duidelijk aan te geven dat als iemand MBO-geschoold is, waarom deze dan wél geschikt is om te werken binnen de complexe omgeving van de acuut psychiatrische hulpverlening. Momenteel wordt de MBO-verpleegkundige nog in 5 regio's ingezet.

Kwalitatieve evaluatie (8)

Rol van de verpleegkundig specialist

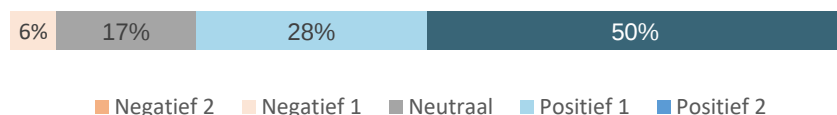
De rol van de verpleegkundig specialist was bij het ingaan van de module nog in de kinderschoenen. Inmiddels is deze discipline aardig gegroeid.

Zijn verpleegkundig specialisten onderdeel van uw beoordelingsteams? (n=25)

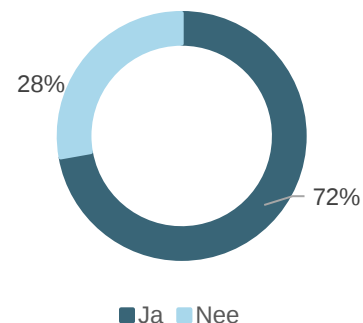


In 18 van de 25 acuut psychiatrische regio's worden verpleegkundig specialisten ingezet. De inzet wordt in 78% als positief ervaren.

Hoe wordt deze inzet van de verpleegkundig specialist in het beoordelingsteam ervaren? (n=18)

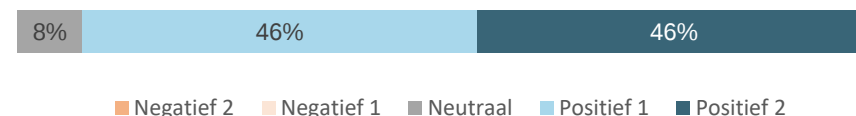


Wordt de VS ingezet om de A(N)IOS te vervangen? (n=18)



In 13 regio's wordt de verpleegkundig specialist ingezet om de A(N)IOS te vervangen.

Hoe wordt deze inzet van de verpleegkundig specialist ten opzichte van de A(N)IOS ervaren? (n=13)



Evaluatie: Rol verpleegkundig specialist – geen probleem

V&VN en NVvP gaan de komende twee jaar samen naar de rollen en verantwoordelijkheden kijken en deze in lijn met het landelijk kwaliteitsstatuut vastleggen. Dit wordt bij beoordeling / herziening van de GMAP meegenomen.

Scholing

Op het gebied van bij- en nascholing is er hard gewerkt voor de nieuwe functie ggz-triagist. Verder is er geen concrete actie vanuit V&VN of de NLggz geweest om de scholing anders in te richten.

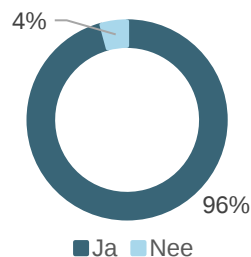
Kwalitatieve evaluatie (9)

Capaciteit en redenen als het niet lukt

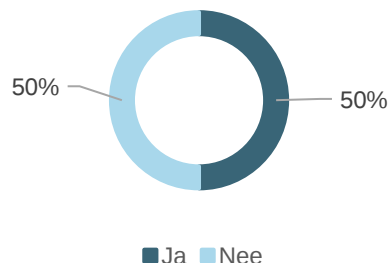
Het duaal beoordelen volgens de norm wordt veelal gehaald. De norm van 70% duaal beoordelen wordt door 84% van de regio's gehaald. Wanneer deze niet gehaald wordt, is de beoordeling wel duaal, maar niet altijd conform GMAP. Algemeen personeelstekort, -verzuim, -verloop en te weinig financiële middelen zijn genoemde oorzaken van het niet behalen van de norm.

Crisisbeoordelingslocaties

Wordt er binnen uw regio gebruik gemaakt van crisisbeoordelingslocaties? (n=25)



Lukt het om deze beoordelingslocaties 24/7 te bemensen? (n=24)



“Niet structureel bemensd maar vanuit de HIC (tot beoordelingsteam er is). soms capaciteitsproblemen en dan wringt de bemensing vanuit de HIC.

“De locatie wordt daarvoor te weinig gebruikt (3 tot 6 x per week in ANW tijd)”

Bijna alle respondenten geven aan dat zij gebruik maken van crisisbeoordelingslocaties.

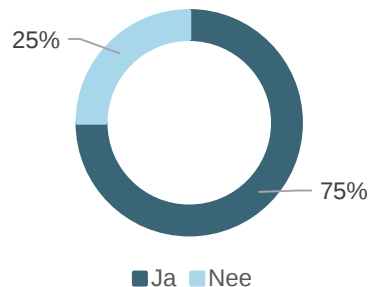
Het bemensen van de beoordelingslocatie lukt niet altijd. Er is een beperkt gebruik van de locatie (pas bij beoordeling) en 24/7 bemensen is dan een uitdaging. De voornaamste redenen die aangedragen worden, zijn de beperkte capaciteit van de teams en de financiering die men niet rond krijgt. Om de krapte in personeel op te lossen, wordt in sommige gevallen samengewerkt met de opnameafdelingen. Daar zit een afhankelijkheid. Wanneer de bezetting op de opnameafdeling goed is, werkt dit, maar dit is lang niet altijd het geval. Het outreachend karakter van de GMAP wordt hier ook genoemd. Veel wordt ingezet op ambulant en in de thuissituatie, waardoor er geen personeel is voor de beoordelingslocatie.

Kwalitatieve evaluatie (10)

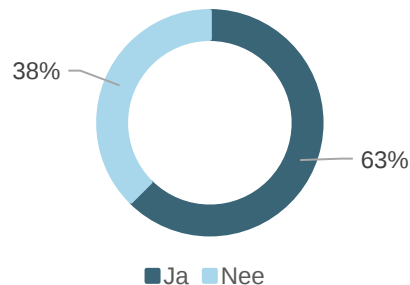
Vervolg beoordelingslocaties

De geschiktheid qua fysieke locatie en inrichting van de beoordelingslocaties is uitgevraagd.

Zijn de beoordelingslocaties qua fysieke locatie geschikt? (n=24)



Zijn deze beoordelingslocatie qua inrichting geschikt? (n=24)



25% geeft aan dat de locatie van de beoordelingslocatie niet ideaal is. De afstand uit de regio is te lang of er zijn geen voorzieningen in de buurt waar bijvoorbeeld extra beveiligde kamers beschikbaar zijn.

Qua inrichting geeft 38% aan de locatie niet geschikt te vinden. Hier noemt men dat de locatie gedateerd is, dat het meer patiëntvriendelijk kan, dat niet alle kamers geschikt zijn en dat mogelijkheid tot alarmering ontbreekt

Evaluatie: Beoordelingslocaties – afwachten traject Nza

Momenteel loopt er een traject bij de Nza waar gekeken wordt naar de financiering rondom de beoordelingslocaties. De NLggz zit daar aan tafel.

Kwalitatieve evaluatie (11)

Outreachingende zorg

Inleiding

In deze paragraaf worden de volgende evaluatievragen meegenomen:

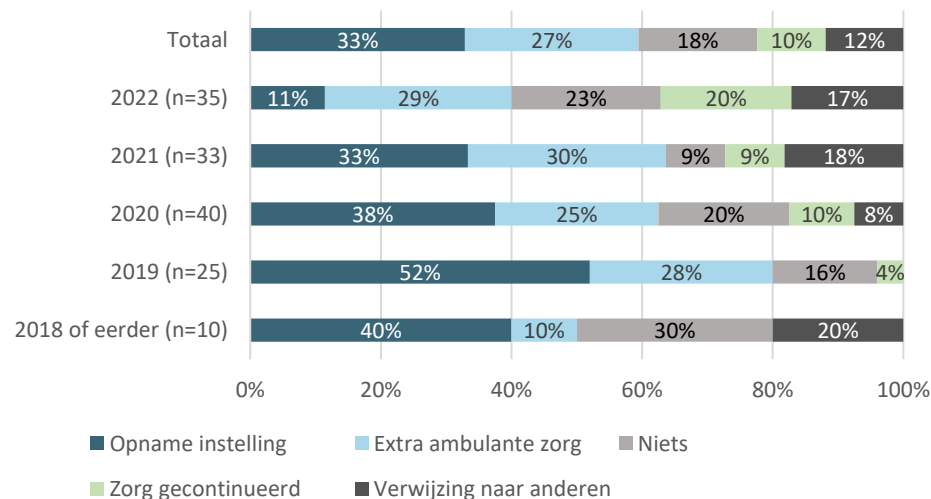
- Hoe ervaren patiënt en naasten de zorg volgend op de crisisbeoordeling?
- Is er een toename, of in ieder geval een gelijk blijvend niveau, van het aandeel outreachende (ambulante) crisiszorg na beoordeling in de praktijk?

Tijdigheid, kwaliteit en outreachend

Balans in de drie-eenheid 'tijdigheid, kwaliteit en outreachend' is essentieel in de GMAP. De uitvraag bij de achterban van MIND laat de vervolgzorg op crisis zien gedurende de afgelopen jaren.

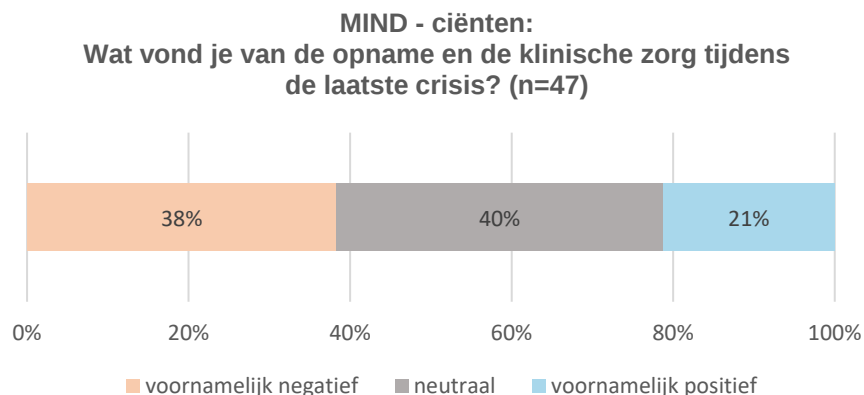
De terugloop van klinische opnames is in de afgelopen jaren duidelijk zichtbaar. Het aandeel ambulante zorg stijgt nauwelijks. Het continueren van de zorg en doorverwijzen naar anderen neemt toe.

Wat gebeurde er na de beoordeling van je crisis?



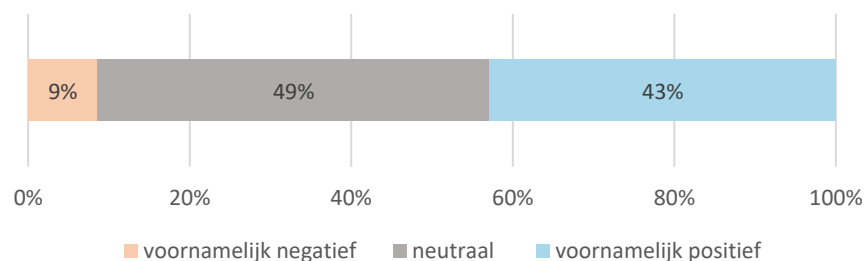
Kwalitatieve evaluatie (12)

Ervaringen cliënten klinische zorg



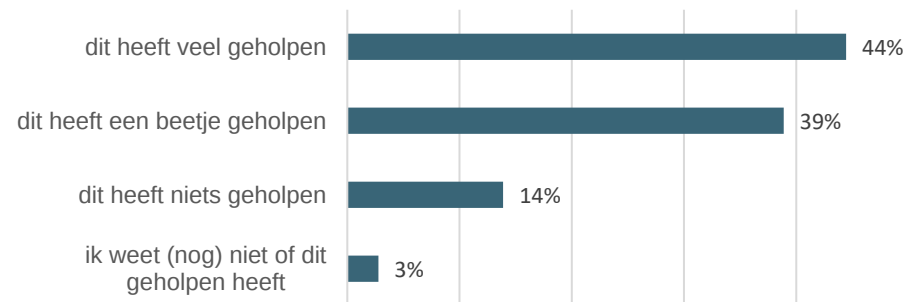
Ervaringen cliënten ambulante zorg

MIND - cliënten:
Wat vond je van deze extra (ambulante) zorg? (n=35)



De cliënten zijn meer te spreken over de extra ambulante zorg dan over de klinische opnames.

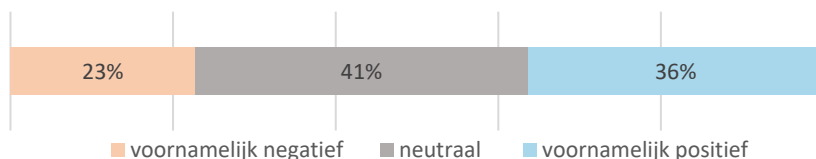
MIND - cliënten:
In hoeverre heeft deze extra zorg (ambulant of thuis), bijgedragen aan het voorkomen, uitstellen of verminderen van nieuwe crises? n=36



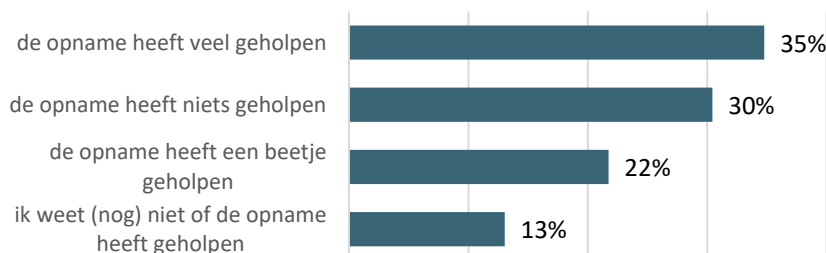
Kwalitatieve evaluatie (13)

Ervaringen naasten klinische zorg

MIND naasten - Wat vond je zelf (als familielid/naaste) van de crisisopname van je naaste/verwant? n=22



MIND naasten - In hoeverre heeft de crisisopname waarover je in deze vragenlijst schrijft, bijgedragen aan het voorkomen, uitstellen of verminderen van nieuwe crises bij je naaste/verwant? n=23

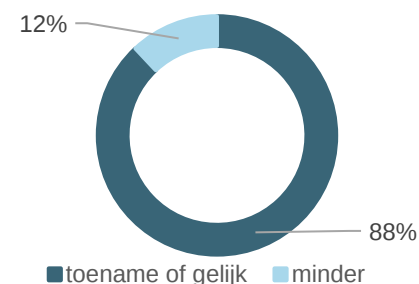


Voor de (extra) ambulante zorg hebben te weinig naasten gereageerd (n=7).

Aandeel ambulante crisiszorg

Bij de uitvraag bij de crisisdiensten is gevraagd of het aandeel outreachende zorg is toegenomen (of gelijk gebleven). Bij het opstellen van de GMAP was men bang dat de drie-eenheid – tijdigheid, kwaliteit en outreachend, negatief zou doorslaan voor de laatste pijler. Dit is niet het geval. Slecht 12 % ziet een vermindering. Dit wordt toegeschreven aan veiligheid, tijdigheid, en algemeen personeelstekort.

Is er in uw optiek een toename of in ieder geval gelijk blijvend niveau van het aandeel outreachende (ambulante) crisiszorg na beoordeling? (n=25)



Evaluatie: Outreachend karakter – geen probleem

Op basis van deze informatie lijkt dat het outreachende karakter van de GMAP door de regio's te zijn omarmd. Mooi is dat ook de cliënten positiever zijn over de zorg in de eigen situatie.

Kwalitatieve evaluatie (14)

Effect GMAP

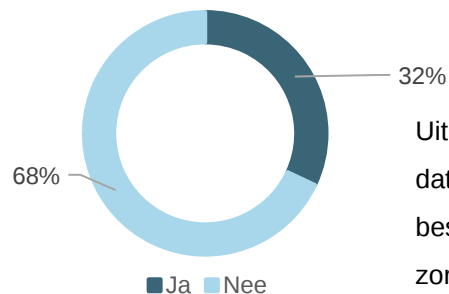
Inleiding

In deze paragraaf worden de volgende evaluatievragen meegenomen:

- Leidt de invoering van de GMAP en de veranderingen in de crisiszorg na de beoordelingen tot direct merkbare problemen elders in de keten (reguliere ggz)?
- Draagt de invoering van de GMAP bij een betere acuut psychiatrische hulpverlening?

Beschikbare capaciteit

Heeft de beschikbaarheid van zorgverleners voor het kunnen verlenen van (opnamevoorkomende) zorg in de eerste 72 uur na beoordeling een effect op de beschikbare capaciteit voor andere zorg met een minder acuut karakter? (n=25)



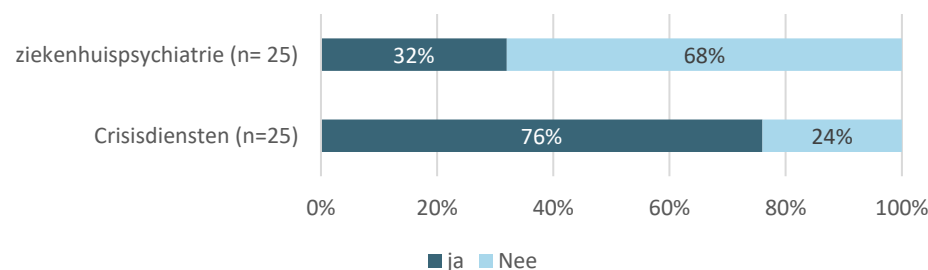
Uit de uitvraag bij de crisisdiensten blijkt dat 68% geen effect ziet op de beschikbare capaciteit van de andere zorg met een minder acuut karakter

Van de 8 regio's die aangeven dat er een effect is op de beschikbare capaciteit voor zorg met een minder acuut karakter, geeft ongeveer de helft aan dat dit effect positief is. Minder opnames, waardoor de keten wordt ontzien en planbare zorg blijkt dan echt planbare zorg.

De andere helft geeft een negatief effect aan. Het intensieve karakter van IHT zorgt ervoor dat deze mensen niet meer regulier beschikbaar zijn en de FACT teams hebben het moeilijk om personeel te werven.

Betere kwaliteit APH door GMAP?

Heeft de invoering van de GMAP geleid tot kwalitatief betere acuut psychiatrische hulpverlening?



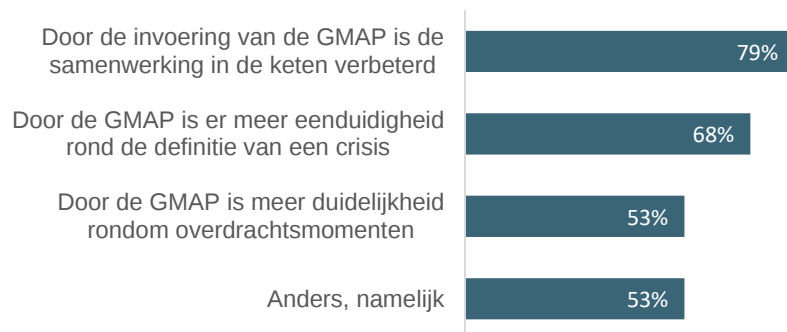
De ziekenhuis psychiaters en de crisisdiensten kijken anders tegen de invoering van de GMAP en het effect op de acuut psychiatrische hulpverlening. De financiering staat de samenwerking in de weg volgens de ziekenhuispsychiaters. Dit punt is eerder in paragraaf Samenwerking geadresseerd.

Kwalitatieve evaluatie (15)

Waarom betere APH?

Driekwart van de respondenten van de crisisdienst geeft aan dat de invoering van de GMAP heeft bijgedragen aan betere acuut psychiatrische hulpverlening (APH). Hieronder geven zij toelichting:

Waarom heeft de GMAP tot betere APH geleid? (n=18)



Bij anders namelijk schrijft men over een professionaliseringsslag en betere positionering van de acute zorg. De landelijke norm helpt processen (triage, beoordeling en ketensamenwerking) te verbeteren, maar stimuleert ook landelijke ondersteuning (bijvoorbeeld door scholing). Men is zich, door de kaders, meer bewust van het inrichten van de zorg en ziet meer mogelijkheden om inhoudelijke kennis te bundelen.

“Bewuster van hoe we de zorg regelen, kaders meer helder, eenduidigheid, beter te borgen”

“In het regioplan worden knelpunten in de regio duidelijk en wordt hier gezamenlijk aan gewerkt.”

Waarom geen betere APH?

Aan de respondenten die aangegeven hebben dat de invoering van de GMAP niet heeft geleid tot betere APH, is gevraagd toe te lichten waarom niet. Van de 6 regio's die dit aangeven, geeft 67% aan dat de GMAP mooie zorg omschrijft, maar dat deze in de praktijk niet uitvoerbaar is. Eenzelfde percentage kiest de optie anders namelijk, waarin wordt aangegeven dat triëren niet van een schema kan, er meer regelwerk, administratie is gekomen (waaronder de MDS), dat niet alle normen haalbaar zijn en dat de GMAP niet volledig is in te voeren door bekostigingsproblemen. :

Evaluatie: Problemen verderop in de keten en effect invoering GMAP - geen probleem

Op basis van bovenstaande lijkt dat de invoering van de GMAP veel knelpunten heeft kunnen wegnemen. De praktijk is weerbarstig. Niet in alle regio's is alles gerealiseerd / realiseerbaar, maar in het gros van de regio's worden de normen gehaald en krijgt de samenwerking steeds meer vorm.

Meenemen beoordeling 2024

Inleiding

De evaluatie van de GMAP is een uitgebreid proces geweest. Een aantal respondenten geven tips of suggesties voor verbeteringen. De meest opvallende worden in de komende paragrafen genoemd. Deze suggesties worden meegenomen bij de beoordeling in 2024. :

Cliënten en naasten

- Er lijkt weinig gebruik gemaakt te worden van crisissignaleringsplannen of andere zaken om een crisis preventief te voorkomen. Juist afspraken die gemaakt worden in de triade vóór de crisis kunnen helpend zijn om een vervolgcrisis te voorkomen. Bij wie ligt deze verantwoordelijkheid en wat moet er minimaal in staan?
- De naasten ervaren de crisis die doorgemaakt wordt vanaf het proces van de melding tot beoordeling negatiever. Pas als er zorg komt voor de cliënt, staat de naaste hier weer positiever in. Kan de naaste beter worden ondersteund in het proces van melden en beoordelen?

Triagewijzer

- Urgentiegraden aanpassen als SEH / huisarts aangeeft dat de situatie onhoudbaar is (net als bij de naasten?)
- Toevoegen van de kindcheck aan de triagewijzer.
- Leren kennen van elkaars triagesystemen (zoals bij de ambulancezorg, meldkamer etc.)

Samenwerken

- Het spreken van elkaars 'taal', het begrijpen van elkaars opdrachten, wederzijds begrip vergroten.
- Goede voorbeelden een podium geven ter inspiratie.

Beoordelen

- Aandacht voor de beoordelingslocaties

Samenstelling team

- Rol Gz-psycholoog

Bijlage (1)

Minimale dataset (MDS)

De MDS is onder andere vastgesteld om de implementatiegraad van de GMAP te kunnen evalueren

Vraag	Registratie
Melding	
Hoeveel meldingen komen er binnen de regio en wanneer?	Aantal meldingen Datum & tijdstip triage
Wie is de verwijzer? <i>Huisarts / politie / sociaal domein / zelfverwijzing of naaste</i>	Verwijzer
Wat is de verdeling van urgentiegraden die worden toegewezen aan de meldingen?	Gekozen urgentiegraad
Beoordeling	
Hoeveel beoordelingen worden er uitgevoerd per regio en hoe zijn deze verdeeld in de tijd?	Aantal beoordelingen (Datum & tijdstip beoordeling)
Wat is de aanrijtijd van de beoordelingen met U2 en U3 urgentiegraderingen?	
Wat is de locatie van de beoordeling? <i>Thuis, crisisbeoordelingslocatie, SEH, Politiebureau, elders</i>	Locatie
Is de beoordeling duaal uitgevoerd?	Duale beoordeling?
Wat is de gekozen vervolgbehandeling? <i>Opname, ambulante zorg, geen vervolgbehandeling</i>	Gekozen vervolgbehandeling

Bijlage (2)

Evaluatievragen

De MDS is onder andere vastgesteld om de implementatiegraad van de GMAP te kunnen evalueren

	Evaluatievragen
1.	Hoe ervaren relevante ketenpartijen de ggz-triagefunctie (bijvoorbeeld bereikbaarheid) en zien zij mogelijke verbeteringen?
2.	Hoe verlopen de overdrachtmomenten tussen ketenpartners?
3.	Is er goede samenwerking tussen de ggz en somatiek, dus tussen de acute GGZ, SEH, HAP, de huisarts in de dag praktijk of de ambulance?
4.	Hoe verloopt het behandelen van meldingen?
5.	Hoe ervaren ketenpartners de gestelde urgenties van meldingen door de ggz? Op welke wijze sluit de ggz-triagewijzer aan op andere triagesystemen?
6.	Hoe verloopt de ontwikkeling van de landelijke scholing voor de ggz-triagist door de NLggz en V&VN, en de aansluiting hiervan op bestaande scholing?
7.	Hoe ervaren patiënten en naasten het proces van melding tot beoordeling?
8.	Hoe ervaren betrokken ketenpartners het gebruik van de ggz-triagewijzer en zien zij mogelijke verbeteringen?
9.	Draagt de samenstelling van het duale team bij aan kwalitatief goede crisiszorg?

	Evaluatievragen
10.	Hoe ervaren we de inzet van de verpleegkundig specialist en HBO-opgeleid verpleegkundige in het beoordelingsteam?
11.	Is de kwaliteit van de bij- en nascholing voor de hbo-verpleegkundige in het beoordelingsteam goed ingericht?
12.	Zijn bestaande beoordelingslocaties geschikt (qua inrichting en/of fysieke locatie)?
13.	Hoe ervaren patiënten en naasten het proces van beoordelen?
14.	Is er voldoende capaciteit beschikbaar voor de beoordelingsteam?
15.	Kan als nodig duaal worden beoordeeld, en zo nee, wat is de reden hiervoor?
16.	Is er een toename, of in ieder geval een gelijk blijvend niveau, van het aandeel outreachende (ambulante) crisiszorg na beoordeling in de praktijk?
17.	Leidt de invoering van de GMAP en de veranderingen in de crisiszorg na de beoordelingen tot direct merkbare problemen elders in de keten (reguliere ggz)?
18.	Hoe ervaren patiënt en naasten de zorg volgend op de crisisbeoordeling?