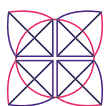


# Triage bij GGZ crisisdiensten

Eindrapport ROAZ-pilotonderzoek bij GGZ NHN,  
GGZ Centraal & Spoedeisende Psychiatrie Amsterdam



Netwerk  
Acute Zorg  
Noordwest



TraumaNet AMC

ggz  
CENTraal



## Datum

29 juni 2017

## Disclaimer

Dit rapport is zo zorgvuldig mogelijk samengesteld. Alle informatie in het rapport is afkomstig uit externe bronnen. Mochten er desondanks onjuistheden in het rapport staan, dan kunnen het Netwerk Acute Zorg Noordwest of TraumaNet AMC hiervoor niet aansprakelijk gesteld worden. Aan eventuele onjuistheden of onvolledigheden kunnen geen rechten ontleend worden. De lezer is verantwoordelijk voor keuzes die hij/zij maakt op grond van de informatie in dit rapport, alsmede voor het gebruik van deze informatie.

Aan de informatie uit dit rapport kunnen geen rechten worden ontleend. De informatie en gegevens in dit rapport mogen zonder nadrukkelijke schriftelijke toestemming niet worden vermenigvuldigd of gepubliceerd.

## Deelnemers ROAZ werkgroep Triage Acute Psychiatrie

- J. Zoeteman (voorzitter) (GGZ SPA)
- M. Bijkerk (GGZ SPA)
- M. Potemans (GGZ SPA)
- G. Nieuweboer (GGZ NHN)
- N. Hoogteijling (GGZ NHN)
- R. Tolk (GGZ NHN)
- P. Petiet (GGZ Centraal)
- H. Schaffels (GGZ InGeest)
- O. Bloemen (GGZ Centraal)
- M.F. van der Steeg (TraumaNet AMC)
- M. Rhebergen (NAZ Noordwest, Auteur)

## Contactgegevens

Naam: Dr. Martijn DF Rhebergen (adviseur Netwerk Acute Zorg Noordwest)

Tel: 020-4442093

Email: m.rhebergen@vumc.nl.

## Vormgeving

- Baitisbait

## Voorwoord

In de ROAZ-regio's VUmc/AMC bleek eind 2014 bij veel regionale ketenpartners het gevoel te leven dat een persoon in crisis niet altijd snel genoeg door de juiste organisatie kan worden opgevangen. Het ging hierbij met name om de beschikbaarheid/aanrijtijden van de crisisdiensten. In een knelpuntenanalyse uitgevoerd binnen de ROAZ focusgroep kwam naar voren dat bij de crisisdiensten ook eigenlijk nog geen geprotocolleerde triage plaatsvindt, en bleek er gebrek aan samenhangende triageafspraken/-systemen tussen de verschillende ketenpartners. De enige echte norm is dat een crisisdienst 80% van alle patiënten binnen 2 uur moet beoordelen (Convenant politie-GGz, 2011). De hypothese was dat gestructureerde (telefonische) triage mogelijk kan zorgen voor verdere differentiatie in acuut en minder acuut waardoor patiënten die het nodig hebben ook sneller opgevangen kunnen worden. Hierdoor kunnen schaarse middelen mogelijk adequater worden ingezet, wat tijdwinst in de keten zou kunnen opleveren. Het kan bovendien bijdragen aan betere samenwerking en communicatie tussen ketenpartners. In dit kader werd vervolgens in werkgroepverband a.d.h.v. (literatuur)onderzoek een telefonisch triageprotocol (figuur 1) uitgewerkt dat in de crisisdienstpraktijk gebruikt kon worden (Rapport, Werkgroep triage acute psychiatrie 2015). In het protocol zijn verwarde, agressieve en suïcidale patiënten ingedeeld a.d.h.v.:

- typen symptomen/presentaties/risicofactoren (o.a. Somatiek, Psychiatrie (Verwardheid of Suïcidaliteit), Agressie/gevaar (strafbaar feit) en een Combinatie);
- 6 urgentiecategorieën (Cat. 0 reanimatie, Cat 1. z.s.m. actie, Cat. 2 < 1 uur, Cat 3. < 4 uur, Cat. 4. < 24 uur en Cat. 5 > 24 uur);
- (verwijs)acties die ondernomen moeten worden.

Het triageprotocol is vervolgens geëvalueerd in een pilotonderzoek bij 3 crisisdiensten. De resultaten van deze pilot worden beschreven in dit rapport. Wij beschouwen deze pilot als een noodzakelijke eerste stap om te komen tot een bruikbaar protocol voor de toekomst. De resultaten zijn bedoeld voor vervolgonderzoek waarin de betrouwbaarheid en validiteit verder moeten worden vastgesteld. Dit zeker nu dit triageprotocol als onderlegger is gebruikt in de (landelijke) Generieke module Acute Psychiatrie (triagewijzer) (Netwerk kwaliteitsontwikkeling GGz, 2017).

Figuur 1 - Uitwerking triageprotocol crisisdiensten.

Startvraag:	Wat is de crisis?		
0.reanimatie/z.s.m.	<b>VITALE FUNCTIES (ABCD)</b>		INZET
	o A. Luchtweg bedreigd	o Overig, nl:	Ambulance
	o B. Insufficiënte ademhaling		
	o C. Bloedverlies, Shock o D. Bewustzijn verlaagd, Wakker		
1.Levensbedreigend /hoog risico	<b>SUICIDALITEIT, bijv:</b>		INZET
	<i>Suicidaal met duidelijk plan/onmiddellijke gelegenheid</i>	o Overig, nl:	Ambulance EN Politie
	o Poging tot zelfmoord		
	o Springer		
	o Eerdere poging(en)		
	o Depressie in geschiedenis		
	o Psychose in geschiedenis		
	<b>SOMATIEK, bijv:</b>		INZET
	o Zelfdestructief / verwondend gedrag	o Overig, nl:	Ambulance EN politie
	<i>EXCITED DELIRIUM SYNDROOM</i>		Ambulance EN politie
o Intoxicatie cocaïne of ander middel (verwijde pupillen)			
o Oververhitting/sterk transpireren			
o Ongevoelig voor pijn			
<b>AGRESSIE, bijv:</b>		INZET	
o Geweld of fysiek bedreigend	o Overig, nl:	Politie	
o Wapenbezit			
o Aanval op voorwerpen			
o Direct gevaar voor anderen			
o Verleden met geweld of agressie			
2. Snel < 1 uur	<b>SOMATIEK, bijv:</b>		INZET
	o Recent schedeltrauma	o Overig, nl:	Huisarts
	o Verward plotseling of toenemend, verdenking somatiek (bv. delier ouderen)		
	o Lage Bloedsuiker (bv. > 1,5 < 3,5 mmol/l)		
	o Overige intoxicaties (denk ook aan geuren zoals alcohol, cannabis ontlasting, urine)		
	<b>AGRESSIE, bijv:</b>		INZET
	o (Zeer) geïrriteerd	o Overig, nl:	Politie
	o (Zeer) luidruchtig		
	o Verbaal bedreigend		
	<b>SUICIDALITEIT, bijv:</b>		INZET
<i>Suicidaliteit zonder actieve intentie, plan, directe gelegenheid</i>	o Overig, nl:	o Bekend GGZ? → Crisisdienst o Niet bekend GGZ? → Huisarts	
o Geen veilige omgeving			
o Stressvolle gebeurtenissen			
o Suicidaliteit of psychiatrische problemen in de familie			
<b>VERWARDHEID, bijv:</b>		INZET	
o Omgeving extreem ongerust	o Overig, nl:	o Bekend GGZ? → Crisisdienst o Niet bekend GGZ? → Huisarts	
o Bizar in gedrag of communicatie (psychozen, wanen, etc.)			
o Situatie onveilig (Kind aanwezig, geen support)			
o Matig/geen risico op letsel, o.a. zelfdestructief-verwondend gedrag			
3.Dringend < 4 uur	<b>SOMATIEK, bijv:</b>		INZET
	o Koorts	o Overig, nl:	Huisarts
	o Dementie		
	<b>SUICIDALITEIT, bijv:</b>		INZET
	<i>Suicidale gedachten</i>	o Overig, nl:	o Bekend GGZ? → Crisisdienst o Niet bekend GGZ? → Huisarts
	o Veilige omgeving		
<b>VERWARDHEID, bijv:</b>		INZET	
<i>LET OP! Situatie onveilig, bijv. kind aanwezig, thuis zonder support, politiebureau, HAP of SEH, dan 2.Snel &lt; 1uur!!</i>	o Overig, nl:	o Bekend GGZ? → Crisisdienst o Niet bekend GGZ? → Huisarts	
o Verward plotseling of toenemend, geen verdenking somatiek			
o Zeer angstig/ gestressed /gedesoriëteerd/onrustig etc			
4. Niet dringend <24 uur	<b>SUICIDALITEIT, bijv:</b>		INZET
	<i>Chronisch suicidaal</i>	o Overig, nl:	o Bekend GGZ? → Crisisdienst o Niet bekend GGZ? → Huisarts
	o Omgeving kan monitoren		
	o Is al onder behandeling		
<b>VERWARDHEID, bijv</b>			
o Verward lange tijd/zorgmijdend/chronisch en wil nu hulp	o Overig, nl:	o Bekend GGZ? → Crisisdienst o Niet bekend GGZ? → Huisarts	
o Verward geen gevaar zelf of omgeving			
5 Regulier >24 uur			Huisarts /Eigen behandelaar





## Inhoudsopgave

1.	Managementsamenvatting	7
1.1.	Doelstelling	7
1.2.	Werkwijze	7
1.3.	Conclusies en aanbevelingen	7
2.	Achtergrond	11
3.	Doelstelling	12
4.	Werkwijze	13
4.1.	Deelnemers	13
4.2.	Opzet pilot/meetperiodes	14
4.3.	Dataverzameling	14
4.4.	Data-analyse	16
4.5.	Response	16
5.	Bevindingen	17
5.1.	Karakteristieken meldingen en patiënten	17
5.2.	Spreiding patiëntenaanbod over de gestelde urgentiecategorieën	19
5.3.	Percentage behaalde aanrijtijden	20
5.3.1.	Vergelijking % behaalde aanrijtijden binnen t1 (zelfde groep/periode)	22
5.3.2.	Vergelijking % behaalde aanrijtijden t0 vs. t1	23
5.4.	Bruikbaarheid triageprotocol volgens de deelnemers	23
5.5.	(Schatting van de) ervaren % over- en ondertriage	26
6.	Conclusies en aanbevelingen	27
7.	Dankwoord	31
8.	Bronnen	32
9.	Bijlagen	33
9.1.	Bijlage 1 - (Concept)stroomschema/-kader met samenhangende afspraken suïcidale en verwarde personen per specifieke patiënt/presentatie/risicofactor, urgentiecategorie en eerste actie bij triage (en vervolgactie).	33
9.2.	Bijlage 2 - Minimale dataset	34
9.3.	Bijlage 3 - Vragenlijsten triagisten en zorgverleners bij voor- en nameting	39
9.4.	Bijlage 4 - Toelichting onderzoek triage acute psychiatrie	40

# 1. Managementsamenvatting

## 1.1. Doelstelling

Het doel van deze pilot was om te evalueren of het telefonische triageprotocol voor crisisdiensten het patiëntenaanbod kan spreiden over de gestelde urgentiecategorieën en of het protocol het percentage (%) behaalde aanrijtijden kan verhogen. Daarnaast wilden wij graag de bruikbaarheid van het protocol toetsen bij de deelnemers en informatie inwinnen hoe het in/voor de toekomst kan worden verbeterd. Tot slot wilden wij een (eerste) inschatting maken van de ervaren over- en ondertriage bij gebruik van het nieuwe protocol om iets te kunnen zeggen over de veiligheid en doelmatigheid ervan. In lijn met het bovenstaande werden 4 onderzoeksvragen geformuleerd en beantwoord.

## 1.2. Werkwijze

Drie regionale crisisdiensten participeerden in deze triagepilot: GGZ Noord-Holland Noord (NHN), Spoedeisende Psychiatrie Amsterdam (SPA) en GGZ Centraal (Hilversum). Voor de opzet van het onderzoek is gekozen voor 2 meetperiodes van 2 x 4 weken/28 dagen (zie figuur 1). De eerste meetperiode (t0) werd hierbij vooral gezien als opstartperiode om de registratie op orde te krijgen en om de populatie binnen en over de tijd (qua kenmerken en aanrijtijden) te kunnen vergelijken. De triërende centralisten/SPV-ers van de crisisdiensten zijn gestart met de registratie in hun huidige/bestaande triagesystematiek (t0). In de tweede periode werd gewerkt met het ontwikkelde telefonische triageprotocol (t1). Er werden 4 uitkomsten geformuleerd/geoperationaliseerd. Er werd hiervoor een minimale dataset vastgesteld van gegevens die deels al werden geregistreerd in informatiesystemen en deels werden aangevuld door registratie op papieren formulieren. Voor het vaststellen van de toepasbaarheid van het triageprotocol werden korte online vragenlijsten opgesteld (t0 en t1). In totaal werden maximaal n=1500 meldingen/beoordelingen verwacht, maar er werden (slechts) n=501 volledige meldingen geregistreerd (response = 33%). De response van de vragenlijsten betrof ook 33% (12/36 centralisten/SPV-ers). Vanwege deze relatief beperkte response zijn de conclusies ook met enige voorzichtigheid geformuleerd.

## 1.3. Conclusies en aanbevelingen

### 1.3.1. Kunnen crisisdiensten met het nieuwe triageprotocol hun patiëntenaanbod spreiden volgens de gestelde urgentiecategorieën?

Crisisdiensten lijken met het nieuwe triageprotocol hun patiëntenaanbod (verder) te kunnen spreiden over de gestelde urgentiecategorieën, met name over de categorieën U2 < 1 uur (36,1%), U3 < 4 uur (46,4%) en U4 < 24 uur (15,1%). Er werden bijna geen patiënten onderverdeeld in de urgentiecategorieën U0/U1 z.s.m. en U5 > 24 uur, en de subcategorieën met kenmerken/symptomen van "somatic" of "agressie". Dit is ook begrijpelijk omdat deze categorieën in eerste instantie niet onder de verantwoordelijkheid van (de meeste) crisisdiensten vallen. Het duidt er bovendien op dat verwijzende partners in het algemeen goed weten wanneer zij naar de crisisdienst moeten en kunnen verwijzen.

### 1.3.2. Is er een verschil in het % behaalde aanrijtijden ingedeeld volgens de urgentiecategorieën in het nieuwe protocol in vergelijking met de indeling volgens de bestaande norm "(alles) binnen 2 uur"?

Het triageprotocol lijkt een positief effect te hebben op het % behaalde aanrijtijden van de crisisdiensten wanneer de aanrijden van (dezelfde groep/t1-periode) patiënten worden afgezet tegen zowel de 2-uursnorm als de gekozen hoogste urgentiecategorie in het triageprotocol. Hierbij vonden wij een toename van het % behaalde aanrijtijden van ongeveer 15% (69,6% t.o.v. 54,8%). Dit positieve effect werd bij alle 3 de deelnemende crisisdiensten teruggevonden (voor 2 diensten significant en voor één crisisdienst een trend). Desalniettemin blijft het behaalde % in beide situaties/groepen laag (wat lijkt te betekenen dat de huidige capaciteit bij de crisisdiensten onvoldoende is om aan de normen te kunnen voldoen), en was de response natuurlijk relatief beperkt. Verder was zichtbaar dat de gemiddelde/mediane aanrijtijd toenam per urgentiecategorie. In vergelijking met de patiënten ingedeeld in categorieën u3-u4 werd de urgentienorm bij patiënten in de categorie u2 < 1 uur vaker niet gehaald (87%-88 vs. 28,3%) (u0/1 en u5 buiten beschouwing gelaten door gebrek aan meldingen). Dit is ook niet verwonderlijk want de crisisdiensten zijn hier nu niet op ingericht. Bij een vergelijking over de tijd (tussen 2 verschillende groepen/periodes) waar de aanrijden afgezet werden tegen de 2-uursnorm (t0) en de gekozen hoogste urgentiecategorie in het triageprotocol (t1) werd geen verschil waargenomen. Dit waarschijnlijk vooral door verschillen in de patiëntenpopulatie of kenmerken van de meldingen in beide periodes.

In de toekomst zouden crisisdiensten hun processen beter af kunnen stemmen op de gestelde triagecategorisering, al laten de resultaten nu ook al zien dat het met de huidige capaciteit/organisatie niet mogelijk zal zijn om bijvoorbeeld 90-95% van de patiënten binnen de urgentienorm te kunnen beoordelen. Hier ligt ook een uitdaging voor VWS en verzekeraars. De bevindingen op het % behaalde aanrijtijden moeten wel met voorzichtigheid worden geïnterpreteerd. Door de relatieve lage response kan selectie niet worden uitgesloten. Naast meer volledige registratie, bijvoorbeeld door automatisering en de inzet van een onderzoekcoördinator per crisisdienst, zouden langere meetperiodes meer betrouwbare en vergelijkbare gegevens over de tijd kunnen opleveren.

### 1.3.3. Vinden deelnemers (triagisten/centralisten/spv-ers) het nieuwe protocol bruikbaar dan hun gebruikelijke triagesystematiek en welke suggesties doen zij ter verbetering voor gebruik in de toekomst?

De deelnemende centralisten/triagisten/spv-ers vonden het nieuwe protocol duidelijk minder bruikbaar dan hun gebruikelijke triagesystematiek. Zij waren in vergelijking met hun gebruikelijke triagesystematiek bijvoorbeeld significant minder tevreden met het nieuwe triageprotocol. Over de mogelijke oorzaken van de lagere bruikbaarheid van het nieuwe protocol zijn verschillende knel- en verbeterpunten benoemd. Deze konden worden onderverdeeld over 3 hoofdcategorieën: 1. het systeem/de wijze van triage, 2. de organisatie van de triage en 3. de inhoud van de triage (inhoud protocol). Zeker de inhoudelijke suggesties dienen ons inziens te worden verwerkt in een volgende versie van het protocol (d.w.z. de triagewijzer van SiRM). Voor het vergroten van de bruikbaarheid in de toekomst zien wij vanuit de onderzoeksgegevens eigenlijk twee mogelijkheden: een meer algemene of juist een meer specifieke uitwerking van het protocol, waarbij deze laatste wat ons betreft de voorkeur heeft (zie mogelijke uitwerking in rapport). Het voordeel van dit specifiekere protocol is dat het een betere onderbouwing geeft van/bij de urgentiekeuze voor zowel de triagist als de verwijzer. Uitgangspunt betreft in ieder geval een geautomatiseerd protocol waarbij in maximaal 4-6 vragen de urgentie en actie worden bepaald.

### 1.3.4. Inschatting door de spv-ers die zowel triage als de eerste beoordeling doen: is er een verschil in het % ervaren over- en ondertriage na gebruik van het nieuwe protocol versus hun huidige triagesystematiek?

Om een eerste inschatting te kunnen maken van mogelijke over- en ondertriage zijn de triërende SPV-ers (uit NHN) gevraagd na iedere beoordeling aan te geven of de patiënt eigenlijk sneller of minder snel gezien zou moeten worden dan zij tijdens de melding en triage zelf hadden ingeschat. Op basis hiervan lijkt het % ervaren over- en ondertriage eigenlijk niet te veranderen door het triageprotocol. Slechts een klein deel van de beoordelingen had volgens de deelnemers eigenlijk sneller ( $t_0= 4,8\%$  en  $t_1=3,4\%$ ) of later ( $t_0= 4,8\%$  en  $t_1=6,9\%$ ) moeten plaatsvinden. In vervolgonderzoek zou dit echter beter onderzocht moeten worden. Belangrijke aanbeveling is mede hierdoor om de betrouwbaarheid en validiteit van het hernieuwde protocol in vervolgonderzoek centraal te stellen en de response/registratie te verbeteren. Dit is extra belangrijk omdat het triageprotocol als onderlegger is toegepast in de (landelijke) Generieke module Acute Psychiatrie, en de systematiek mogelijk gebruikt gaat worden om de bekostiging van de acute GGZ (deels) op te baseren. Wij denken dat zeker dit laatste erg voorbarig is. Bekostiging is niet het doel van dit triageprotocol en de betrouwbaarheid en validiteit zijn nog niet zijn getoetst.



## 2. Achtergrond

Acute psychiatrie is ketenzorg. Voor het verbeteren van de kwaliteit van de acute zorg is inzicht in deze keten en het oplossen van knelpunten essentieel (Breedveld et al., 2009; NFU, 2010; Panteia, 2013). In de ROAZ-regio's VUmc/AMC (Noord-Holland en Flevoland) is mede hiervoor eind 2014 een focusgroep Acute Psychiatrie geformeerd. De focusgroep bestaat uit afgevaardigden uit de keten betrokken bij de acute opvang en behandeling van psychiatrische patiënten in crisis, d.w.z. crisisdiensten GGZ, politie, regionale ambulancevoorzieningen (RAV's), huisartsen(posten) en ziekenhuizen in Noord-Holland en Flevoland. In de keten van de acute psychiatrie is de GGZ crisisdienst de centrale speler (Salden et al., 2014). Alle partners verwijzen naar de crisisdienst.

In de eerste focusgroep-vergaderingen is eind 2014 gestart met een knelpuntenanalyse. Bij veel regionale en nationale ketenpartners bleek het gevoel te leven dat een persoon in crisis niet altijd snel genoeg door de juiste organisatie kan worden opgevangen (Werkgroep triage acute psychiatrie, 2015; SIRM, 2015). Het ging hierbij met name om de beschikbaarheid/aanrijtijden van de crisisdiensten. In de knelpuntenanalyse kwam naar voren dat bij de crisisdiensten eigenlijk nog geen geprotocolleerde triage plaatsvindt, en bleek er gebrek aan samenhangende triageafspraken/-systemen tussen de verschillende ketenpartners. De triage is door de crisisdiensten in de verschillende deelregio's bovendien op verschillende manieren georganiseerd (Achilles et al., 2011; Braam, 2010; Glick et al., 2008). De enige echte norm is dat een crisisdienst 80% van alle patiënten binnen 2 uur moet beoordelen (Convenant politie-GGz, 2011). Gestructureerde (telefonische) triage kan mogelijk zorgen voor verdere differentiatie in acuut en minder acuut waardoor patiënten die het nodig hebben ook sneller opgevangen kunnen worden. Hierdoor kunnen schaarse middelen mogelijk adequater worden ingezet, wat tijdswinst in de keten zou kunnen opleveren. Het kan bovendien bijdragen aan betere samenwerking en communicatie tussen ketenpartners.

In dit kader werd vervolgens in werkgroepverband a.d.h.v. (literatuur)onderzoek een regionaal triagekader met samenhangende (minimale) afspraken/voorwaarden opgesteld voor alle relevante ketenpartners (Werkgroep triage acute psychiatrie, 2015). De volgende stap betrof de uitwerking, toepassing en evaluatie van dit triagekader bij een aantal crisisdiensten in een pilotonderzoek. Voor deze pilot werd in een nieuwe werkgroep met psychiaters, triagisten/spv-ers een telefonisch triageprotocol uitgewerkt dat in de crisisdienstpraktijk gebruikt en geëvalueerd kon worden (figuur 1). In het protocol (en kader) zijn verwarde, agressieve en suïcidale patiënten ingedeeld a.d.h.v.:

- typen symptomen/presentaties/risicofactoren (o.a. Somatiek, Psychiatrie (Verwardheid of Suïcidaliteit), Agressie/gevaar (strafbaar feit) en een Combinatie);
- 6 urgentiecategorieën (Cat. 0 reanimatie, Cat 1. z.s.m. actie, Cat. 2 < 1 uur, Cat 3. < 4 uur, Cat. 4. < 24 uur en Cat. 5 > 24 uur);
- (verwijs)acties die ondernomen moeten worden.

Het triageprotocol (bijlage) is vervolgens geëvalueerd in een pilotonderzoek bij 3 crisisdiensten. De resultaten van deze pilot worden beschreven in dit rapport.

## 3. Doelstelling

Het doel van de pilot was om te evalueren of het telefonische triageprotocol het patiëntenaanbod van crisisdiensten kan spreiden over de gestelde urgentiecategorieën en of het protocol het percentage (%) behaalde aanrijtijden kan verhogen. Daarnaast wilden wij graag de bruikbaarheid van het protocol toetsen bij de deelnemers en informatie inwinnen hoe het in/voor de toekomst kan worden verbeterd. Tot slot wilden wij een eerste inschatting maken van de ervaren over- en ondertriage bij gebruik van het nieuwe protocol om iets te kunnen zeggen over de veiligheid en doelmatigheid ervan. In lijn met het bovenstaande zijn de volgende onderzoeksvragen geformuleerd:

1. Kunnen crisisdiensten met het nieuwe triageprotocol hun patiëntenaanbod spreiden volgens de gestelde urgentiecategorieën?
2. Is er een verschil in het % behaalde aanrijtijden ingedeeld volgens de urgentiecategorieën in het nieuwe protocol in vergelijking met de indeling volgens de bestaande norm (alles) binnen 2 uur?
3. Vinden deelnemers (triagisten/centralisten/spv-ers) het nieuwe protocol bruikbaarder dan hun gebruikelijke triagesystematiek en welke suggesties doen zij ter verbetering voor gebruik in de toekomst?
4. Inschatting door de spv-ers die zowel triage als de eerste beoordeling doen: is er een verschil in het % ervaren over- en ondertriage na gebruik van het nieuwe protocol versus hun huidige triagesystematiek?

Wij beschouwen deze pilot als een noodzakelijke eerste stap om te komen tot een bruikbaar protocol voor de toekomst. De resultaten zijn bedoeld voor noodzakelijk vervolgonderzoek waarin de betrouwbaarheid en validiteit verder dienen te worden vastgesteld. Dit zeker nu dit triageprotocol als onderlegger is gebruikt in de (landelijke) Generieke module Acute psychiatrie (Netwerk kwaliteitsontwikkeling GGz, 2017). Het wordt hierin overigens als triagewijzer betiteld.

## 4. Werkwijze

### 4.1. Deelnemers

Drie regionale crisisdiensten participeerden in deze triagepilot: GGZ NHN, Spoedeisende Psychiatrie Amsterdam (SPA) en GGZ Centraal (Hilversum). Deze 3 crisisdiensten werden in een aantal werkgroep-bijeenkomsten eerst betrokken bij de ontwikkeling van het nieuwe triageprotocol en de uitwerking van de pilot (waaronder een minimale dataset), vooral ook voor het creëren van draagvlak (1 psychiater en 1 of 2 triagisten/spv-ers per crisisdienst). Speciale aandacht ging daarbij uit naar degenen die met het triageprotocol moesten gaan werken; centralisten, triagisten en spv-ers die telefonische triage uitvoeren. Vanwege haalbaarheidsoverwegingen vond de pilot bij GGZ NHN plaats buiten kantooruren (SEPH), bij GGZ Centraal tijdens kantooruren en bij de SPA 24/7. De (huidige) bestaande triagesystematiek van deze 3 crisisdiensten verschilt enigszins:

- Bij GGZ NHN nemen verwijzers direct telefonisch contact op met een SPV-er (n=16) die samen met een arts ook de eerste beoordeling doet (bij crisisdienst of op locatie). De psychiater fungeert als achterwacht.
- Bij de SPA is er 24/7 een telefonische centrale waar verwijzers contact opnemen met een (B)-verpleegkundige met psychiatrische expertise die als voorwacht triage fungeert en de (eerste) triage uitvoert (n=13). SPV-ers en/of artsen doen hierna de eerste beoordeling (bij crisisdienst of op locatie). De psychiater fungeert als achterwacht.
- Bij GGZ Centraal nemen verwijzers eerst contact op met het secretariaat van de crisisdienst voor registratie, waarna doorverbonden wordt met een SPV-er die triage doet (n=7). Vervolgens doet (een/deze) SPV-er samen met een arts de eerste beoordeling (bij crisisdienst of op locatie). De psychiater fungeert als achterwacht.

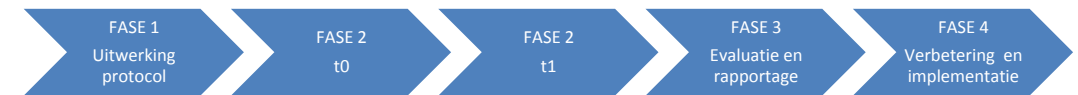
In de pilot werden vervolgens alle telefonisch aangemelde patiënten geïnccludeerd die zelf of via een verwijzer een beoordeling kregen bij een van de deelnemende crisisdiensten. De inschatting was dat het bij de SPA ging om ongeveer 15 patiënten per dag (24/7), in NHN om 5 patiënten per nacht en bij GGZ

### 4.2. Opzet pilot/meetperiodes

Omdat het om een relatief groot aantal patiënten per crisisdienst per dag ging en om de (bijbehorende) registratie door de deelnemers te minimaliseren is besloten de meetperiode(s) relatief kort te houden. Voor de opzet van het onderzoek is gekozen voor 2 meetperiodes van 2 x 4 weken/28 dagen (zie figuur 2). De eerste meetperiode (t0) werd hierbij vooral gezien als opstartperiode om de registratie op orde te krijgen en om de populatie binnen en over de tijd (qua kenmerken en aanrijtijden) te kunnen vergelijken. Voor de start van de pilot werden er bij iedere crisisdienst verschillende instructie-bijeenkomsten georganiseerd en ontvingen deelnemers nog een schriftelijke toelichting over de pilot en het gebruik van het triageprotocol (zie bijlage 4).

De triërende centralisten/SPV-ers van de crisisdiensten starten met de registratie in hun huidige/bestaande triagesystematiek (t0 - oktober 2016). In de tweede periode werd gewerkt met het nieuw ontwikkelde telefonische triageprotocol (t1 - november 2016). In t1 werden deelnemers gevraagd om tijdens het gesprek met de aanmelder alle kenmerken/klachten/symptomen in het triageprotocol te noteren die bij de aangemelde patiënt spelen. In principe zou het symptoom/kenmerk in de hoogste categorie de urgentie moeten bepalen. Uitgangspunt bij invulling was dat het hier gaat om de wenselijke categorie, onafhankelijk van haalbaarheid/capaciteit op dat moment. Er werd expliciet vermeld dat er mocht worden afgeweken van een categorie/urgentie. De intuïtie en ervaring van de triagist en met name de veiligheid voor de patiënt telden hier zwaarder (er mochten geen risico's genomen worden). Wel werd gevraagd dit te noteren op het formulier.

Figuur 2 - Schematische weergave gefaseerde projectopzet.



### 4.3. Data-verzameling

De doelen en vragen van het onderzoek werden vertaald/geoperationaliseerd in de volgende uitkomsten:

#### 1. spreiding (frequenties) patiëntenaanbod over de gestelde urgentiecategorieën.

#### 2. % behaalde aanrijtijden.

Voor de aanrijtijd werd hierbij het tijdstip van de beoordeling afgetrokken van het tijdstip van de melding (in minuten). Deze tijd werd vervolgens afgewogen tegen de huidige norm alles binnen 2 uur, en een voor een patiënt gekozen urgentiecategorie (vergelijking tussen t0 en t1 en binnen t1).

#### 3. Bruikbaarheid triageprotocol volgens de deelnemers (triagisten) werd verder uitgesplitst in:

- a. Het hebben van voldoende handvatten, kennis en/of ervaring om de inzet van SPV-er/arts/psychiater voor een beoordeling te bepalen [Meerkeuze ordinaal: 1. Volledig eens, 2. Eens, 3. Niet eens/niet oneens, 4. Oneens, 5. Volledig oneens]





- b. Het hebben van voldoende handvatten, kennis en/of ervaring om de snelheid van de inzet van SPV-er/arts/psychiater voor een beoordeling te bepalen. [Meerkeuze ordinaal: 1. Volledig eens, 2. Eens, 3. Niet eens/niet oneens, 4. Oneens, 5. Volledig oneens].
- c. Tevredenheid met het triageprotocol/proces [cijfer 0-10].
- d. Ervaren knelpunten in triage [open vraag].
- e. Ervaren verbeterpunten in triage [open vraag].



#### 4. (schatting van) ervaren % over- en ondertriage.

Voor deze inschatting hebben wij (alleen) de SPV-ers van uit NHN kunnen vragen na iedere beoordeling aan te geven of de patiënt eigenlijk sneller of minder snel gezien zouden moeten worden dan zij tijdens de melding en triage zelf hadden ingeschat. Bij de SPA en in Hilversum zijn deze functies (vaak) gescheiden, en kon deze methode niet worden gehanteerd. Het gaat hier echt om een eerste inschatting. In toekomstig onderzoek zou dit beter onderzocht moeten worden. Door gebrek aan een gouden standaard, bijvoorbeeld door beoordeling van een groep experts (van casuïstiek).

Voor de 1e, 2e en 4e uitkomst werd met de crisisdiensten/werkgroep een minimale dataset vastgesteld met variabelen die voor iedere patiënt zou moeten worden geregistreerd (tabel 1 en bijlage 2). Niet alle variabelen werden echter al geregistreerd door de deelnemende crisisdiensten (waaronder de doorlooptijden). Hierdoor was het noodzakelijk dat een aantal van de variabelen op papieren formulieren werden geregistreerd. Dit verschilde dus per deelnemende crisisdienst.

Voor het vaststellen van de 3e uitkomst, de toepasbaarheid van het triageprotocol volgens de deelnemers, werden korte online vragenlijsten opgesteld (bijlage 3). De vragenlijst werd verwerkt in Survey Monkey en na afloop van t0 en t1 aan de deelnemers voorgelegd.

Tabel 1 – Overzicht variabelen minimale dataset deelnemende crisisdiensten (per patiënt).

Cliëntkarakteristieken	
GEBDAT	Geboortedatum
GESLACHT	Geslacht
Melding	
MELDING	Datum+tijdstip melding
VERWIJZER	Soort verwijzer
REDEN	Reden van verwijzing Crisisdienst
DOORVERWIJZING	Doorverwijzing naar andere zorgaanbieder
BEKENDGGZ	Bekendheid in GGZ
URGENTIE	Urgentiecode (alleen t1)
REDENURGENTIE	Reden keuze urgentie vrije tekst
Contact	
CONTACT	Datum+tijdstip contact
SRTCONTACT	Soort contact
TRIAGECORRECT	Inschatting juistheid initiële triage (alleen NHN)
DIAGNOSE	Belangrijkste diagnose

#### 4.4. Data-analyse

Voor de analyses werd gebruik gemaakt van SPSS versie 22.0. De analyses waren grotendeels beschrijvend (gemiddelden/medianen, verhoudingen) en deels eenvoudige vergelijkende analyses over en binnen de tijd (keuze toetsen afhankelijk van normaal verdelingen en continue vs. dichotome/nominale variabelen). De resultaten zijn zoveel als mogelijk weergegeven in overzichtstabellen en figuren. N.B. Met de deelnemende crisisdiensten werd afgesproken geen herleidbare vergelijking te maken tussen deze crisisdiensten.

#### 4.5. Response

In totaal werden maximaal n=1500 meldingen/beoordelingen van patiënten verwacht in 56 pilotdagen (2 x 28 dagen). Het werkelijke aantal meldingen/beoordelingen kon niet precies worden vastgesteld (vooral omdat met de formulieren meldingen werden vastgelegd die niet in de informatiesystemen werden teruggevonden). Er werden echter (slechts) n=501 volledige meldingen geregistreerd. Wij konden dus ongeveer 1/3 van het totale aantal meldingen verwerken. Dit kan mogelijk een selectie veroorzaken. In totaal vulden 12 van de 36 triagisten zowel de t0 als t1 vragenlijst in, een lage response van 33%.

## 5. Bevindingen

### 5.1. Karakteristieken meldingen en patiënten

In totaal werden er n=501 volledige meldingen geregistreerd. Telefonische vragen en consulten (denk aan medicatie- en adviesvragen) vielen niet binnen de scope van deze pilot en zijn niet meegenomen in verdere analyses (n=142). Deze telefonische vragen werden bovendien slechts door 1 crisisdienst (volledig) geregistreerd, wat invloed zou kunnen hebben op de bevindingen. Daarmee werden in t0 en t1 n=359 meldingen (die resulteerden in een fysieke face-to-face beoordeling door de crisisdienst) geïncludeerd. In totaal ging het bij 53,8% van deze meldingen om een face-to-face beoordeling bij de crisisdienst intern en bij 46,2% om een externe beoordeling bijvoorbeeld thuis bij de patiënt, of bij de HA(P), SEH/ZKH, politie of de GGZ kliniek (Tabel 2).

De gemiddelde leeftijd van deze patiënten (n=359) was 40,4 jaar (+/-16,3 sd). Patiënten waren net iets vaker man (55,2%) (Tabel 2). In de meeste gevallen (55,2%) waren de aangemelde patiënten nog niet in behandeling bij de GGZ Crisisdienst. De meest voorkomende verwijzers waren de HA(P) (22,8%), de politie (17,0%) en de SEH/ZKH (16,4%). De meest frequente reden(en) van verwijzing betrof een combinatie van symptomen/diagnoses (29,8%), suïcidaliteit (24,5%) of psychotische symptomatologie (22,0%). Er werden in een subgroep analyse tussen de patiënten in t0 en t1 op geen van de algemene patiënt/meldingskenmerken verschillen gevonden ( $p>0.05$ ). Op deze variabelen werden echter wel verschillen waargenomen tussen de deelnemende crisisdiensten. Zoals eerder vermeld is met de crisisdiensten besloten hierover nu niet te rapporteren.



Tabel 1 – Overzicht variabelen minimale dataset deelnemende crisisdiensten (per patiënt).

Variabele	Beschrijving	Totaal (N=359) Gemiddelde (sd)	t0 (N=191) Gemiddelde (sd)	t1 (N=168) Gemiddelde (sd)
Leeftijd	Jaren	40,4 (16,3)	39,9 (16,2)	40,9 (16,3)
Geslacht		n (%)	n (%)	n (%)
	Man	198 (55,2 %)	102 (53,4%)	96 (57,1%)
	Vrouw	161 (44,8%)	89 (46,6%)	72 (42,9%)
In behandeling	Nee	198 (55,2%)	108 (56,5%)	90 (53,6%)
	Ja	161 (44,8%)	83 (43,5%)	78 (46,4%)
Verwijzer	Politie	61 (17,0%)	33 (17,3%)	28 (16,7%)
	HA(P)	82 (22,8%)	43 (22,5%)	39 (23,2%)
	SEH/ZKH	59 (16,4%)	34 (17,8%)	25 (14,9%)
	GGZ Kliniek	39 (10,9%)	25 (13,3%)	14 (8,1%)
	GGZ Ambulant	27 (7,5%)	13 (6,8%)	14 (8,3%)
	Zelf/Fam./Kennis	13 (3,6%)	8 (4,2%)	5 (3,0%)
	Gemeente/GGD	2 (6,4%)	10 (5,2%)	13 (7,7%)
	Eigen behandel	4 (1,1%)	3 (1,6%)	1 (0,6%)
	Overig/Onbekend	51 (14,2%)	22 (11,4%)	29 (17,3%)
Reden verwijzing	Depressieve symptomatologie	5 (1,4%)	1 (0,5%)	4 (2,4%)
	Gevaar voor anderen	24 (6,7%)	12 (6,3%)	12 (7,1%)
	Gevaar voor zichzelf	56 (15,6%)	31 (16,2%)	25 (14,9%)
	Psychotische symptomatologie	79 (22,0%)	38 (19,9%)	41 (24,4%)
	Suïcidaliteit	88 (24,5%)	50 (26,2%)	38 (22,6%)
	Anders/combinatie	107 (29,8%)	59 (30,9%)	48 (28,6%)
Soort beoordeling	Intern Crisisdienst	193 (53,8%)	102 (53,4%)	91 (54,2%)
	Extern (o.a. thuis, SEH, HAP, Politie, kliniek)	166 (46,2%)	89 (46,6%)	77 (45,8%)

## 5.2. Spreiding patiëntenaanbod over de gestelde urgentiecategorieën

In t1 (de interventieperiode) werd voor n=166 aangemelde patiënten een urgentiecategorie uit het triageprotocol ingevuld. In het triageprotocol worden 6 urgentiecategorieën onderscheiden (Cat. 0 reanimatie, Cat 1. z.s.m. actie, Cat. 2 < 1 uur, Cat 3. < 4 uur, Cat. 4. < 24 uur en Cat. 5 > 24 uur) met daarbinnen weer een verdeling op type symptomen/kenmerken (Somatiek, Verwardheid, Suïcidaliteit & Agressie/gevaar (strafbaar feit)). In principe zou het symptoom/kenmerk in de hoogste categorie de urgentie moeten bepalen, ook al werden er vaak meerdere kenmerken (binnen een categorie) aangekruist door de triagist.

Er was (eigenlijk alleen) een aanzienlijke spreiding zichtbaar van de aangemelde patiënten over de gestelde urgentiecategorieën U2 < 1 uur (36,1%), U3 < 4 uur (46,4%) en U4 < 24 uur (15,1%) (Tabel 3). Dit is wellicht ook logisch omdat patiënten binnen de urgentiecategorieën U0/U1 z.s.m. en U5 > 24 uur eigenlijk niet binnen de primaire verantwoordelijkheid van de crisisdiensten vallen (zie triageschema bijlage 1 met verantwoordelijkheden ketenpartners en acties). Dit duidt er op dat verwijzende partners in het algemeen goed weten wanneer zij naar de crisisdienst moeten en kunnen verwijzen. Bijna alle patiënten binnen de urgentiecategorie U2, U3 en U4 hadden verwarde of suïcidale kenmerken/symptomen. Wederom is dit verklaarbaar omdat somatiek en agressie in eerste instantie ook niet binnen de scope/verantwoordelijkheid van (de meeste) crisisdiensten valt. Ook dit duidt er op dat verwijzende partners in het algemeen goed weten wanneer zij naar de crisisdienst moeten en kunnen verwijzen.

Tabel 3 - Spreiding aangemelde patiënten over urgentiecategorieën triageprotocol tijdens t1. (N=166).

Urgentiecategorie	N=166	Symptomen/kenmerken	N=166
	n (%)		n (%)
U0* Z.s.m.	0 (0,0%)	Vitale functies	0 (0,0%)
U1* Z.s.m.	3 (1,8%)	Suïcidaliteit Somatiek** Agressie**	3 (1,8%) 0 (0,0%) 0 (0,0%)
U2 < 1uur	60 (36,1%)	Somatiek** Agressie** Suïcidaliteit Verwardheid	2 (1,2%) 7 (4,2%) 22 (13,3%) 29 (17,5%)
U3 < 4uur	77 (46,4%)	Somatiek** Suïcidaliteit Verwardheid	2 (1,2%) 40 (24,1%) 35 (21,1%)
U4 < 24 uur	25 (15,1%)	Suïcidaliteit Verwardheid	11 (6,6%) 14 (8,4%)
U5 > 24 uur*	1 (0,6%)	Overig	1 (0,6%)

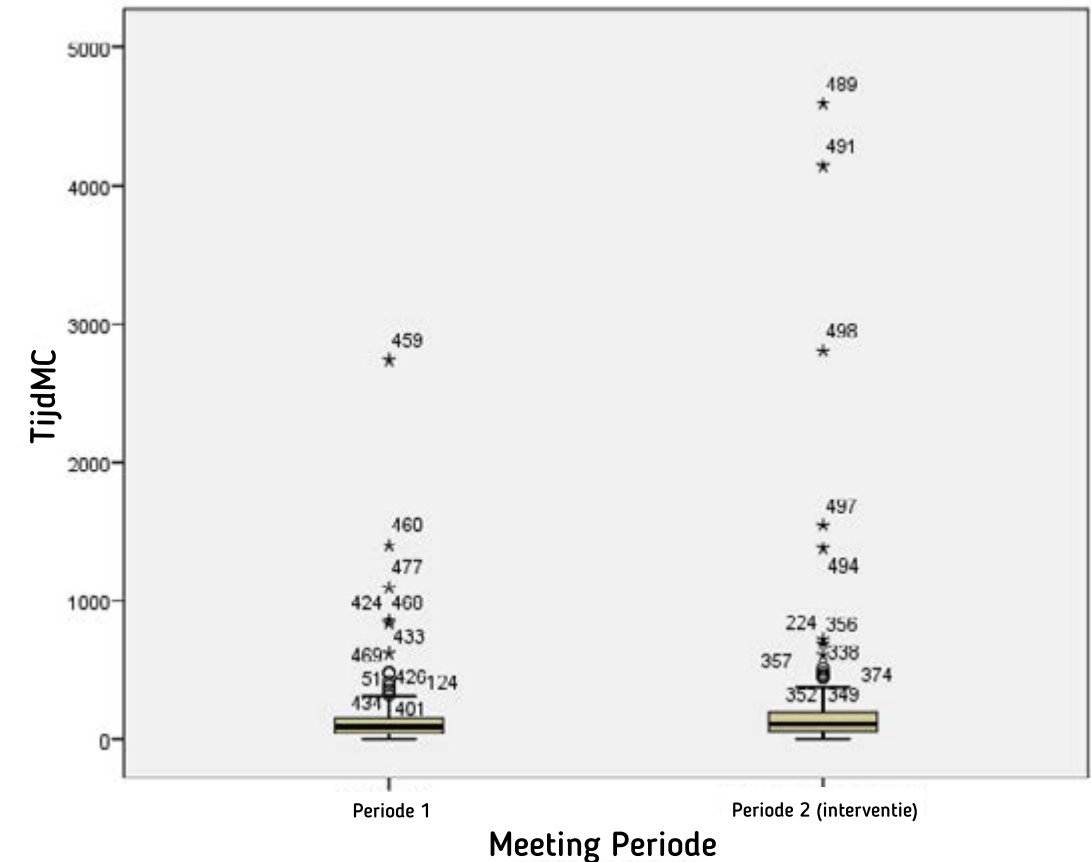
\* U0, U1 en U5 vallen eigenlijk ook niet binnen scope/verantwoordelijkheid crisisdienst

\*\* Somatiek en agressie vallen eigenlijk ook niet binnen scope/verantwoordelijkheid (van de meeste) crisisdienst.

## 5.3. Percentage behaalde aanrijtijden

Van n=359 meldingen uit t0 en t1 die resulteerden in een face-to-face beoordeling door een crisisdienst kon de mediane aanrijtijd worden bepaald (data niet-normaal verdeeld): 97 minuten (min-max: 0 - 4590) (Tabel 4). Er werd in een subgroep-analyse (net) geen significant verschil gevonden op de aanrijtijden tussen t0 (n=191) en t1 (n=168) (mediaan t0 = 90 minuten, min-max=0 - 2740; mediaan t1= 107,5 minuten, min-max 0 - 4590; Mann-Whitney U, p=0,082). Dit lijkt i.i.g. vergelijking van het % behaalde aanrijtijden over de tijd te rechtvaardigen. De trend lijkt ook te worden veroorzaakt door het grotere aantal uitschieters naar boven in t1 (Figuur 3). Een aanrijtijd van 4590 minuten was hier ook niet perse 'slecht', deze persoon hoefde ook pas na een aantal dagen beoordeeld te worden door de crisisdienst (vonden wij door navraag te doen). Op de aanrijtijden werden wel verschillen waargenomen tussen de deelnemende crisisdiensten. Zoals vermeld is met de crisisdiensten besloten hierover nu niet te rapporteren.

Figuur 3 - Frequenties aanrijtijden in minuten t0 (n=191) en t1 (n=166).



Tabel 4 – Aanrijtijden en % behaalde aanrijtijden o.b.v. de 2-uursnorm en o.b.v. de urgentiecategorie in het triageprotocol totaal (n=359), t0 (n=191) en t1 (n=166).

Variabele	Beschrijving	Totaal (N=359) Mediaan (min-max)	0 (N=191) Mediaan (min-max)	t1 (N=168)** Mediaan (min-max)
Aanrijtijd	minuten	97 (0 - 4590)	90 (0 - 2740)	107,5 (0 - 4590)
		n (%)	n (%)	n (%)
2u norm behaald	Nee	142 (39,6%)	66 (34,6%)	76 (45,2%)
	Ja	217 (60,4%)	125 (65,4%)	92 (54,8%)
Triagenorm behaald	Nee	-*	-*	51 (30,4%)
	Ja	-*	-*	117 (69,6%)

### 5.3.1. Vergelijking % behaalde aanrijtijden binnen t1 (zelfde groep/periode)

In een eerste subgroep analyse zijn alle aanrijtijden van de t1-patiënten (n=168) afgezet tegen zowel de triagenorm volgens de gekozen hoogste urgentiecategorie in het triageprotocol als de 2-uursnorm (Tabel 4). In t1 werd hiermee 69,6% van de patiënten binnen de (urgentie)normtijd beoordeeld. Dit was significant vaker dan wanneer de aanrijtijden van dezelfde t1-patiënten werden afgezet tegen de 2-uursnorm (54,8%,  $\chi^2 = 16,171$ ,  $p < 0,001$ ). Dit positieve effect werd bij alle 3 de deelnemende crisisdiensten teruggevonden (voor 2 diensten significant en voor één crisisdienst een trend). Hierbij moet nog wel rekening worden gehouden met de lage response die mogelijk een vertekend beeld zou kunnen geven.

In een andere subgroep-analyse zijn de aanrijtijden van de patiënten uit t1 (n=166) verder uitgesplitst per urgentiecategorie (Tabel 5). De gemiddelde/mediane aanrijtijd lijkt hierbij toe te nemen per urgentiecategorie. Wanneer deze tijden vervolgens werden afgezet tegen de bijbehorende triagenorm van het protocol blijken er aanzienlijke verschillen te bestaan in het % behaalde aanrijtijden tussen de verschillende urgentiecategorieën (door kleine aantallen echter niet statistisch te toetsen). Bij patiënten ingedeeld in de categorie u2 < 1 uur werd de urgentienorm vaker niet gehaald dan bij patiënten ingedeeld in de urgentiecategorieën u3 en u4 (28,3% vs. 87%-88%) (u0/1 en u5 buiten beschouwing gelaten door kleine aantallen).

Tabel 5 – Aanrijtijden en % behaalde aanrijtijden per urgentiecategorie t1 (n=166).

Aanrijtijd (n=166)	Aanrijtijd t1 Minuten	Triagenorm behaald Nee	Triagenorm behaald Ja
	Gemiddelde/mediaan (min-max)	n(%)	n(%)
U0/U1 - zsm (n=3)	20,0/0,01 (0-60)	(33,3%)	2 (66,7%)
U2 < 1 uur (n=60)	126,5/107,5 (0-450)	37 (61,7%)	23 (28,3%)
U3 < 4uur (n=77)	139,1/105,0 (15-720)	10 (13,0%)	67 (87,0%)
U4 < 24 uur (n=25)	635,8/170,0 (30-4590)	3 (12,0%)	22 (88,0%)
U5 > 24 uur (n=1)	2805/2805 (2805-2805)	0 (0,0%)	1 (100%)



### 5.3.2. Vergelijking % behaalde aanrijtijden t0 vs. t1

Vervolgens zijn de aanrijtijden van alle n=359 aangemelde patiënten in t0 en t1 afgezet tegen de 2-uursnorm. Hieruit bleek dat deze in totaal bij 60,4% van de patiënten werd gehaald (Tabel 4). In een subgroep-analyse waarin het % behaalde aanrijtijden op de 2-uursnorm werd vergeleken tussen t0 (n=191) en t1 (n=168) bleek een significant verschil in het voordeel van t0 (65,4% gehaald in t0 vs. 54,8% gehaald in t1;  $\chi^2 = 4,267$ ,  $p=0,041$ ). Dit duidt echter op verschillen in de patiëntenpopulatie of kenmerken van de meldingen (selectie), wat een goede vergelijking tussen beide periodes moeilijk maakt. Toch is hierna het % behaalde aanrijtijden van alle t0-patiënten (o.b.v. de 2-uursnorm (n=191)) vergeleken met het % behaalde aanrijtijden van t1-patiënten (o.b.v. de triagenorm volgens de gekozen hoogste urgentiecategorie in het triageprotocol (n=168)). Hierbij werd geen significant verschil waargenomen: 65,4% behaald in t0 en 69,6% behaald in t1 ( $\chi^2 = 0,717$ ,  $p=0,43$ ).



### 5.4. Bruikbaarheid triageprotocol volgens de deelnemers

Voor het vaststellen van (verschillende elementen van) de bruikbaarheid werd de deelnemers op t0 en t1 een online vragenlijst voorgelegd. In totaal vulden 21 centralisten/triagisten/spv-ers van de 3 crisisdiensten (deels de t0 vragenlijst in. Slechts 12 vulden ook de t1 vragenlijst in. De meeste centralisten/triagisten/spv-ers (die de vragenlijsten op t0 invulden; n=20) waren vrouwen (57,1%). De gemiddelde leeftijd was 46,95 jaar (+/-11,7 jaar sd). Zij hadden gemiddeld 14 jaar werkervaring (+/- 7,9 jaar sd).

De centralisten/triagisten/spv-ers die zowel de t0 als t1 vragenlijst invulden (n=12) waren in vergelijking met hun gebruikelijke triagesystematiek significant minder tevreden met het nieuwe triageprotocol (mediaan t0= 6,5, min-max 5 - 8; mediaan t1=5,0, min-max 1-6; Wilcoxon Signed Ranks Test,  $p=0,018$ ) (Tabel 6). Op de vragen of de centralisten/triagisten/spv-ers voldoende handvatten, kennis en/of ervaring hadden om de inzet of snelheid van SPV-er/arts/psychiater voor een beoordeling te bepalen werd na t1 minder vaak met volledig eens of eens geantwoord (50%-58,3% met nieuwe triageprotocol) dan na t0 (91,7% met gebruikelijke triagesystematiek). Door de kleine aantallen kon hier echter geen statistische analyse worden uitgevoerd.

Tabel 6 - Resultaten vragenlijst bruikbaarheid centralisten/triagisten/spv-ers t0 en t1 (n=12).

Variabele	Beschrijving	t0	t1
		Mediaan (min-max)	Mediaan (min-max)
Tevredenheid	Cijfer 0-10	6,5 (5,0 - 8,0)	5,0 (1,0 - 6,0)
		n (%)	n (%)
"Ik heb voldoende handvatten, kennis en/of ervaring om de <i>inzet</i> van SPV-er/arts/psychiater voor een beoordeling te bepalen".	Volledig eens	3 (25,0%)	1 (8,3%)
	Eens	8 (66,7%)	6 (50,0%)
	Niet eens/niet oneens	1 (8,3%)	4 (33,3%)
	Oneens	0 (0,0%)	1 (8,3%)
	Volledig oneens	0 (0,0%)	0 (0,0%)
"Ik heb voldoende handvatten, kennis en/of ervaring om de <i>snelheid</i> van de inzet van SPV-er/arts/psychiater voor een beoordeling te bepalen".	Volledig eens	3 (25,0%)	1 (8,3%)
	Eens	8 (66,7%)	5 (41,7%)
	Oneens	0 (0,0%)	1 (8,3%)
	Volledig oneens	0 (0,0%)	0 (0,0%)

Over de (mogelijke oorzaak van de lagere) bruikbaarheid van het nieuwe protocol werd op 2 manieren informatie verzameld tijdens het pilotonderzoek. Ten eerste werd in de t0 en t1 vragenlijst gevraagd naar knelpunten en verbetermogelijkheden in het gebruik. Ten tweede werd op de registratieformulieren verzocht een toelichting te geven op de gekozen urgentiecategorie, en/of gevraagd suggesties te geven ter verbetering van de triage. De benoemde knel- en verbeterpunten konden eigenlijk worden verdeeld over 3 hoofdcategoryën: 1. het systeem/de wijze van triage, 2. de organisatie van de triage en 3. de inhoud van de triage (inhoud protocol). De benoemde knelpunten (soms vertaald) zijn onderverdeeld opgenomen in tabel 7.

Belangrijke en vaak genoemd verbeterpunt bij het systeem/de wijze van triage was het ongemak, tijd en/of onoverzichtelijkheid van het papieren triageformulier. Als suggestie werd gedaan dat het formulier in de toekomst wordt verwerkt in het EPD / geautomatiseerd systeem en het meer zou werken als een opbouwend stroom- of uitklapschema, waarbij een triagist in maximaal 4-6 vragen de urgentie kan bepalen. Dit net zoals in de triagesystemen van de RAV's, HAP's en SEH's.

Belangrijk en veel genoemd verbeterpunt binnen de organisatie van triage (met name bij 2 crisisdiensten) was dat het bij grote drukte vaak lastig is om zowel telefonische triage als beoordelingen te doen. Als voorstel/voorbeeld voor verbetering werd vaker gesuggereerd een centrale triagist vrij te spelen die de beoordelende zorgverleners aansturen. In Amsterdam gebeurt dit al.

Tot slot werden er door verschillende deelnemers (specifieke) suggesties gedaan om de inhoud van de triage (protocol) verder te verbeteren (dit werd met name genoteerd op de registratieformulieren) (Tabel 7). Voorbeelden zijn een nadere uitwerking van 'verwardheid' binnen de verschillende categorieën. Ook werd bijvoorbeeld vaker opgemerkt dat de veiligheid van de omgeving / het type verwijzer vaak de urgentie bepaalt en dus in alle categorieën een rol zou moeten spelen (nu slechts in aantal categorieën benoemd).

Tabel 7 - Opmerkingen knel/verbeterpunten deelnemers triage vragenlijst t0 en t1 opmerkingen op registratieformulieren t1.

Type	Opmerkingen knel/verbeterpunten deelnemers
1. Systeem/wijze triage	<p>"Alles kan beter dus de triage die wij doen ook. Jammer dat de telefoon geen bandje heeft met: 'u bent de zoveelste in de wachtrij'. Daardoor soms irritatie van mensen die bellen. Meer overzicht voor de andere collegae zo dat zij weten wat er aan werk ligt."</p> <p>"Een lijst in het epd waarin (triage) items staat. Patiënten inschrijven die niet gezien worden of hier iets anders voor regelen. Papieren aanmeldingen niet van deze tijd en gaat ook veel info mee verloren."</p> <p>"Formulier onoverzichtelijk."</p> <p>"Het sluit geheel niet aan op onze werkplek en werkwijze."</p> <p>"Het zou fijn zijn een gezamenlijk triage systeem te hebben. Zodat ieder dezelfde keus maakt. Een stroomschema of afvinkschema zou prettig zijn. Het moet wel handzaam en makkelijk werkbaar zijn."</p>
2. Organisatie triage	<p>"Het feit dat de telefoongesprekken niet worden opgenomen met een tweeledig doel namelijk beoordeling achteraf en educatie mogelijkheden. Aanpassen van de telefoongesprekken dus."</p> <p>"Bij grote drukte soms uit crisisgesprek moeten om een triagegesprek te moeten doen. Dit werkt storend en onrustig voor beoordeling. Centrale triagist GGZ die hulpverlener aanstuurt. Of triage laten doen door iemand die hier altijd de tijd voor heeft, mogelijk al in de meldkamer GGZ (momenteel nemen zij alleen de melding aan, de vraag is waarom ze hem ook niet direct triëren)."</p> <p>"Niet bereikbaar zijn bij terugbellen beïnvloed aanrijtijd."</p> <p>"Vaak 's nachts meer vraag &amp; verwachtingen bij aanmelders dan mogelijkheden in de dienst. Scheiding van daadwerkelijke medische crisis en ondersteunend contact."</p>
3. Inhoud triageprotocol	<p>"Niet alle criteria zijn van toepassing bijvoorbeeld, iemand heeft een blanco VG wordt aangemeld bij ons hoeft niet eerst via HA. Ook bij agressie/onrust suïcidaliteit wordt crisisdienst ingeschakeld niet alleen politie/ambulance."</p> <p>"Ik vind de keuze te algemeen en te beperkt. Is niet volledig toepasbaar. Heb nog niet het idee dat het mij volledig ondersteunt bij het maken van een urgentiekeuze. Meer toegepast worden op crisisdienst".</p> <p>"Heel veel items zijn niet van toepassing in het triage protocol. Beoordeling qua tijd is anders en soms kan je zaken niet kwijt in het proces en klopt de doorverwijzing die erbij staat niet."</p> <p>"Hier wordt gezegd dat we met een nieuw systeem werken, dat is mi niet zo. We houden nu alleen bij wat we doen. Dat is wat anders."</p> <p>"Is een te algemeen triage protocol, veel (onnodige) verwijzingen naar politie/huisarts en dergelijke. Meer toespitsen op psychiatrie."</p> <p>Categorie 'overig' creëren voor vragen partners (bijv. medicatie of steun/aandacht, omgang, opname/ontslag, separeren of niet)</p> <p>Patiënten hebben vaak meerdere symptomen (over meerdere categorieën). Hoe kan je hier mee omgaan?</p> <p>Veilige omgeving speelt eigenlijk wel in alle categorieën. Hoog acuut t0 en t1 veiliggesteld, welke urgentie moet dan gekozen worden?</p>

Type	Opmerkingen knel/verbeterpunten deelnemers
3. Inhoud triageprotocol	<p>In bepaalde regio's betekent niet bekend bij de crisisdienst niet dat patiënt eerst naar de HA(P) moet. Ook geldt in aantal regio's dat in ANW bijv ook somatiek uitsluiten voor de GGZ-klinieken.</p> <p>Hoe past een IBS-beoordeling in dit triage-schema?</p> <p>Verschillende opmerkingen over specifieke psychiatrische (verward en suïcidaal)symptomen/ kenmerken die niet in het schema verwerkt zijn: emotioneel uitend, manisch ontremd. Verder staan er zeker bij categorieën verwardheid nu meerdere symptomen opgesomd, beter uitwerken en /of loskoppelen misschien?</p> <p>Ontregeling door alcohol of drugs speelt in alle categorieën wel een rol. Dit beter uitwerken. Daarnaast verschil tussen ontregeling vs. intoxicatie.</p> <p>Manipulatief gedrag ontbreekt. Welke categorie?</p> <p>Zwakbegaafdheid komt vaak voor. Kan urgentie beïnvloeden?</p> <p>U1 Somatiek: toevoegen "zelf beschadigend".</p> <p>U1 suïcidaliteit: poging tot zelfmoord uitwerken: bijv. springen, overdosis (medicatie, gif, wasmiddel).</p> <p>U2 verwardheid: meer uitschrijven en splitsen. Bijv. bizar in gedrag en communicatie (psychosen, hallucinaties en wanen, nihilistische uitspraken).</p> <p>U3 verwardheid: meer uitwerken, o.a. uitputting, paniekaanvallen, controleverlies.</p> <p>U3 suïcidaliteit: meer uitwerken, o.a. stemmingsklachten, wanhoop.</p> <p>U3 Somatiek: meer uitwerken, o.a. toevoegen buikpijn en hoofdpijn, koorts (bijv. ook urineweginfectie).</p> <p>U4/5: patiënten hoeven soms na paar dagen afspraak crisisdienst. Soms ook even (kunnen) afwachten na eerste melding.</p>

### 5.5. (Schatting van de) ervaren % over- en ondertriage

Om een eerste inschatting te maken van mogelijke over- en ondertriage zijn de triërende SPV-ers (uit NHN) gevraagd na iedere beoordeling aan te geven of de patiënt eigenlijk sneller of minder snel gezien zouden moeten worden dan zij tijdens de melding en triage zelf hadden ingeschat. Bij de SPA en in Hilversum zijn deze functies (vaak) gescheiden, en kon deze methode niet worden gehanteerd. Voor de herleidbaarheid (andere variabelen) worden geen aantallen genoemd, maar alleen percentages.

In zowel t0 als t1 werd de initiële urgentie-inschatting bij het grootste deel van de beoordelingen als correct ervaren (t0= 87,5% en t1=88,5%) (Tabel 8). Slechts een klein deel van de beoordelingen had volgens de deelnemers eigenlijk sneller (t0= 4,8% en t1=3,4%) of later (t0= 4,8% en t1=6,9%) moeten plaatsvinden. Deze (kleine) verschillen tussen t0 en t1 bleken ook niet significant ( $\chi^2 = 1,254$ ,  $p=0,74$ ).

Tabel 8 - (Schatting van de) ervaren % over- en ondertriage NHN.

Periode	Inschatting initiële triage was correct	Had eigenlijk sneller moeten zijn (2), omdat...	Had eigenlijk minder snel hoeven zijn (3), omdat....	Anders (4)
t0	87,5%	4,8%	4,8%	2,9%
t1	88,5%	3,4%	6,9%	2,1%

## 6. Conclusies en aanbevelingen

De conclusies en aanbevelingen van dit pilotonderzoek zijn onderstaand per vraagstelling uiteengezet. Zoals eerder beschreven beschouwen wij deze pilot als een eerste stap om te komen tot een bruikbaar triageprotocol voor de toekomst. Dit rapport zien wij als een startpunt voor noodzakelijk vervolgonderzoek. Zeker omdat de response relatief laag bleek, zijn de conclusies met enige voorzichtigheid geformuleerd.

### 6.1. Kunnen crisisdiensten met het nieuwe triageprotocol hun patiëntenaanbod spreiden volgens de gestelde urgentiecategorieën?

Crisisdiensten lijken met het nieuwe triageprotocol hun patiëntenaanbod (verder) te kunnen spreiden over de gestelde urgentiecategorieën, met name over de categorieën U2 < 1 uur (36,1%), U3 < 4 uur (46,4%) en U4 < 24 uur (15,1%). Bijna alle patiënten binnen de urgentiecategorie U2, U3 en U4 hadden verwarde of suïcidale kenmerken/symptomen. Er werden bijna geen patiënten onderverdeeld in de urgentiecategorieën U0/U1 z.s.m. en U5 > 24 uur, en de subcategorieën met kenmerken/symptomen van "somatic" of "agressie". Dit is ook begrijpelijk omdat deze categorieën in eerste instantie niet onder de verantwoordelijkheid van (de meeste) crisisdiensten vallen. Het duidt er bovendien op dat verwijzende partners in het algemeen goed weten wanneer zij naar de crisisdienst moeten en kunnen verwijzen. Wel bleken patiënten vaak meerdere kenmerken/symptomen te hebben (in soms verschillende categorieën). Bij de verdere uitwerking en mogelijke automatisering van het protocol moet hier rekening mee gehouden worden. In principe zou het symptoom/kenmerk in de hoogste categorie de urgentie moeten bepalen.

### 6.2. Is er een verschil in het % behaalde aanrijtijden ingedeeld volgens de urgentiecategorieën in het nieuwe protocol in vergelijking met de indeling volgens de bestaande norm (alles) binnen 2 uur?

Het triageprotocol lijkt een positief effect te hebben op het % behaalde aanrijtijden van de crisisdiensten wanneer de aanrijden van (dezelfde groep/periode) patiënten (n=166) wordt afgezet tegen zowel de 2-uursnorm als de gekozen hoogste urgentiecategorie in het triageprotocol. Hierbij vonden wij een toename van het % behaalde aanrijtijden van ongeveer 15% (69,6% t.o.v. 54,8%). Dit positieve effect werd bij alle 3 de deelnemende crisisdiensten teruggevonden (voor 2 diensten significant en voor één crisisdienst een trend). Desalniettemin blijft het behaalde % aanrijtijden in beide situaties/groepen laag (wat lijkt te betekenen dat de huidige capaciteit bij de crisisdiensten onvoldoende is om aan de normen te kunnen voldoen), en was de response relatief beperkt.

Ook was zichtbaar dat de gemiddelde/mediane aanrijtijd toenam per urgentiecategorie. Afgezet tegen de bijbehorende triagenorm (U0-U5) bleken er bovendien aanzienlijke verschillen te bestaan in het % behaalde aanrijtijden tussen de verschillende urgentiecategorieën. In vergelijking met de patiënten ingedeeld in categorieën u3-u4 werden de urgentienorm bij patiënten in de categorie u2 < 1 uur vaker niet gehaald (33,3% vs. 87%-88%) (u0/1 en u5 buiten beschouwing gelaten door gebrek aan meldingen). Dit is ook niet verwonderlijk want de crisisdiensten zijn hier nu ook niet op ingericht.

Hiernaast werden vergelijkingen gemaakt over de tijd. Allereerst zijn de aanrijtijden van alle (n=359) aangemelde patiënten in t0 en t1 afgezet tegen de 2-uursnorm. Hieruit bleek een significant verschil in het voordeel van t0 (65,4% gehaald in t0 vs. 54,8% gehaald in t1). Dit duidt echter op verschillen in de patiëntenpopulatie of kenmerken van de meldingen (selectie), wat vergelijking over de tijd tussen de aanrijden afgezet tegen de 2-uursnorm (t0) en de gekozen hoogste urgentiecategorie in het triageprotocol (t1) moeilijk maakt. Er werd bovendien ook geen significant verschil waargenomen: 65,4% behaald in t0 (volgens 2-uursnorm) en 69,6% behaald in t1 (volgens norm gekozen urgentiecategorieën). Naast meer volledige registratie, bijvoorbeeld door automatisering en de inzet van een onderzoekcoördinator per crisisdienst, zouden langere meetperiodes meer betrouwbare en vergelijkbare gegevens over de tijd kunnen opleveren.

In deze studie (t0 en t1) was de gemiddelde/mediane aanrijtijd relatief hoog en het % percentage behaalde aanrijtijden relatief laag t.o.v. cijfers in een ander (landelijke) onderzoek (NZA, 2015). Wij denken dat dit deels kan worden verklaard door nauwkeurige(r) (papier) registratie van de meldings- en beoordelingstijden in deze studie t.o.v. de kwalitatieve studie van de NZA (vragenlijsten). Hiernaast kan selectie mogelijk een rol spelen. Mogelijk zijn juist de patiënten in deze studie terecht gekomen met hogere aanrijtijden. Aangezien er geen verschillen werden gevonden tussen t0 en t1 op de algemene kenmerken van de patiënten en de meldingen, denken wij dat het gaat om een structurele fout, wat de mogelijke vertekening zal beperken. Een meer logische verklaring is dat door capaciteitsgebrek de aanrijtijden sowieso onder druk staan (en het daarom niet gelukt is om alle patiënten goed te registreren). Dit is ook wat wij terug horen van crisisdiensten: zij hebben heel veel moeite om met de huidige capaciteit/organisatie te voldoen aan de bestaande tijdsnorm. Desalniettemin, denken wij dat verdere differentiatie van patiënten in acuut en minder acuut a.d.h.v. het triageprotocol een positief effect kan hebben op % percentage behaalde aanrijtijden en waarschijnlijk ook in het meer doelmatig inzetten van schaarse middelen in de toekomst. In deze studie werd in t1 het triageproces zelf nog niet aangepast. Dit was met name zichtbaar in het zeer lage % behaalde aanrijtijden binnen de urgentiecategorie U1. Daar is nog winst te boeken verwachten wij. In de toekomst zouden crisisdiensten hun processen beter af kunnen stemmen op de gestelde triagecategorisering, al laten de resultaten nu ook al zien dat het met de huidige capaciteit/organisatie niet mogelijk zal zijn om bijvoorbeeld 90-95% van de patiënten binnen de urgentienorm te kunnen beoordelen. Hier ligt ook een uitdaging voor VWS en verzekeraars.

**In de toekomst zouden crisisdiensten hun processen beter af kunnen stemmen op de gestelde triagecategorisering, al laten de resultaten nu ook al zien dat het met de huidige capaciteit/organisatie niet mogelijk zal zijn om bijvoorbeeld 90-95% van de patiënten binnen de urgentienorm te kunnen beoordelen.**

### 6.3. Vinden deelnemers (triagisten/centralisten/spv-ers) het nieuwe protocol bruikbaar dan hun gebruikelijke triagesystematiek en welke suggesties doen zij ter verbetering voor gebruik in de toekomst?

De deelnemende centralisten/triagisten/spv-ers vonden het nieuwe protocol duidelijk minder bruikbaar dan hun gebruikelijke triagesystematiek. Zij waren in vergelijking met hun gebruikelijke triagesystematiek significant minder tevreden met het nieuwe triageprotocol (mediaan t0= 6,5 - mediaan t1=5,0). Ook werd op t1 minder positief geantwoord op de vragen of de centralisten/triagisten/spv-ers voldoende handvatten, kennis en/of ervaring hadden om de inzet of snelheid van SPV-er/arts/psychiater voor een beoordeling te bepalen.

Over de mogelijke oorzaak van de lagere bruikbaarheid van het nieuwe protocol zijn verschillende knel- en verbeterpunten benoemd. Deze konden worden onderverdeeld over 3 hoofdcategorieën: 1. het systeem/de wijze van triage, 2. de organisatie van de triage en 3. de inhoud van de triage (inhoud protocol). Belangrijk en vaak genoemd verbeterpunt bij het systeem/de wijze van triage was het ongemak, tijd en/of onoverzichtelijkheid van het papieren triageformulier. Het betrof bovendien een (gedrag en proces) verandering die niet direct leidde tot merkbare verbetering. Als suggestie werd gedaan dat het formulier in de toekomst wordt verwerkt in het EPD / geautomatiseerd systeem en dat het meer zou moeten worden uitgewerkt tot een opbouwend stroom- of uitklapschema waarbij in 4-6 vragen de urgentie en actie worden bepaald. Dit net zoals in de triagesystemen van de RAV's, HAP's en SEH's (AMPDS, 2017; BTS, 2017; NHG Triagewijzer, 2014; MTS, 2017).

Belangrijk en veel genoemd verbeterpunt binnen de organisatie van triage (met name bij 2 crisisdiensten) was dat het bij grote drukte vaak lastig blijkt om zowel telefonische triage als beoordelingen uit te voeren. Als voorstel/voorbeeld voor verbetering werd vaker gesuggereerd een centrale triagist vrij te spelen die de hulpverleners aanstuurt. In Amsterdam gebeurt dit al, waar een B-verpleegkundige de triage en planning uitvoert. Of dit ook in de andere regio's haalbaar is, is de vraag. Amsterdam kent een veel grotere verzorgingspopulatie. De centrale triagist kan mogelijk ook werken vanuit de meldkamer van een ambulancedienst of huisartsenpost. Dit zou de samenwerking met deze partners en de patiëntenstromen (patiënt snel op de juiste plaats) verder ten goede kunnen komen.

Tot slot werden er door verschillende deelnemers (specifieke) suggesties gedaan om de inhoud van de triage (protocol) verder te verbeteren. Deze dienen ons inziens sowieso te worden verwerkt in een volgende versie van het protocol (d.w.z. de triagewijzer van SiRM). Er werd bijvoorbeeld vaker opgemerkt dat de veiligheid van de omgeving /de verwijzer vaak de urgentie bepaalt. Deze factor zou tijdens de triage in alle urgentiecategorieën een rol moeten spelen (nu slechts in aantal categorieën benoemd). De focus zou voor de crisisdiensten bovendien veel meer kunnen liggen op verwardheid en suïcidaliteit in de categorieën U2, U3 en U4. Dit is echter niet het geval als ook de andere ketenpartners, zoals de politie, RAV en huisartsen, gebruik zouden maken van het protocol.

Voor het vergroten van de bruikbaarheid in de toekomst zien wij vanuit de onderzoeksgegevens eigenlijk twee mogelijkheden: een meer specifieke of juist een meer algemene uitwerking van het protocol.

• In een meer specifiek protocol zouden vooral de kenmerken/symptomen van verwardheid en suïcidaliteit in de categorieën U2, U3 en U4 verder uitgewerkt moeten worden o.b.v. opmerkingen in tabel 7. Bovendien moet de veiligheid van de omgeving/verzoek verwijzer worden toegevoegd in alle urgentiecategorieën. Uitgangspunt is een geautomatiseerd systeem uitgewerkt tot een opbouwend stroom- of uitklapschema waarbij in maximaal 4-6 vragen de urgentie en actie worden bepaald. Het is dus niet de bedoeling dat alle mogelijke kenmerken als triagevragen doorlopen moeten worden. Dit zou het volgende schema kunnen opleveren:

#### 1. Vitale functies bedreigd (ABCD)? → Ja/nee

#### 2. Hoofdkenmerk? → Keuze meeste urgente:

- Somatiek
- Agressie
- Psychiatrie - Suïcidaliteit
- Psychiatrie - Verwardheid

#### 3. Kenmerken/symptomen bij gekozen hoofdkenmerk? → Keuze.

Hierbij worden alle mogelijke kenmerken/symptomen van de gekozen hoofdcategorie weer gegeven (Bijv. alle kenmerken Psychiatrie - Suïcidaliteit). Meest praktisch is om deze symptomen in het nieuwe systeem standaard op 'Nee' te zetten, zodat je nog maar 1 symptoom op 'ja' hoeft te zetten.

#### 4. Patiënt veilig gesteld door verwijzer/veilige omgeving (geen direct gevaar zelf of anderen)? Ja/nee.

Hiervoor moet nog wel per kenmerk/symptoom worden vastgesteld wat dit betekent voor de urgentiecatégorisering (denk aan kind aanwezig, thuis zonder support, of locatie zoals, SEH, HAP of politiebureau).

#### 5. Voor hoofdkenmerk Psychiatrie (Suïcidaliteit of verwardheid) in U2, U3 en U4 (mogelijk vraag toevoegen: Bekendheid GGZ? → Keuze:

- Ja, patiënt naar crisisdienst
- Nee, patiënt naar Huisarts

Het voordeel is dat dit specifiekere protocol een betere onderbouwing zou geven bij de urgentiekeuze voor zowel de triagist als de verwijzer. Vooral daarom heeft deze uitwerking wat betreft de deelnemende crisisdiensten (en onderzoekers) de voorkeur. Wel zal een specifiekere protocol waarschijnlijk minder makkelijk in het gebruik zijn. Het bieden van goede training, achtergronddocumentatie en een digitale toepassing zijn hiervoor essentieel.

• In het meer algemene protocol blijven alleen de hoofdkenmerken behouden (somatiek, verwardheid, suïcidaliteit en agressie) en worden deze gecombineerd met de veiligheid van de omgeving / verzoek verwijzer. Het voordeel is dat dit algemene protocol makkelijker in gebruik zal zijn. Het zal echter tot een veel minder goede onderbouwing van de urgentie leiden en (daarmee) waarschijnlijk tot meer discussie met de verwijzers. Een verwijzer zou makkelijker kunnen zeggen dat de crisisdienst snel (bijv. u1) aanwezig moet zijn, en de crisisdienst zou de urgentie meer kunnen baseren op beschikbaarheid dan op kwaliteit.



## 8. Bronnen

1. GGZ Nederland en de Raad van Hoofdcommissarissen. Convenant Politie-GGZ. Versie, 2011.
2. Werkgroep triage acute psychiatrie. Triage acute psychiatrie Noord-Holland en Flevoland. Eindrapport 2015, versie 1.6.
3. Netwerk kwaliteitsontwikkeling GGZ, Generieke module Acute psychiatrie. Rapport, maart 2017.
4. Breedveld et al. Spoedeisende hulp: Vanuit een stevige basis. Rapport, oktober 2009.
5. Nederlandse Federatie voor Universitair medische Centra. Acute zorg – Het niet te plannen deel van de ziekenhuiszorg. Rapport, 2010.
6. Panteia - Research to Progress. Onderzoek Begeleidend Onderzoek Spoedzorg. Rapport, 2013.
7. Salden et al. Een monitor voor de psychiatrische spoedketen. Tijdschrift voor psychiatrie. Nr. 56, 2014, 79-85.
8. Achilles et al. Handboek Spoedeisende Psychiatrie. Benecke, Amsterdam. Tweede editie, 2011.
9. Braam A. Triage in de spoedeisende zorg naar de GGZ. MGv, 2010.
10. Glick et al. Emergency Psychiatry: Principles and practice. Wolters Kluwer, Amsterdam. April 2008.
11. Strategies In Regulated Markets (SIRM). Acute geestelijke gezondheidszorg: Knelpunten en verbetervoorstellen in de keten. Rapport, 11 februari 2015.
12. Nederlandse Zorgautoriteit. Onderzoek zorgplicht: inkoop en wachttijden GGZ. Rapport, november 2015.
13. NHG(NHG)-TriageWijzer. Nederlands Huisartsen genootschap & Nederlandse Triage Standaard. Versie 2014.
14. Advanced Medical Priority Dispatch System (AMPDS). Online, 15-06-2017: [http://en.wikipedia.org/wiki/Advanced\\_Medical\\_Priority\\_Dispatch\\_System](http://en.wikipedia.org/wiki/Advanced_Medical_Priority_Dispatch_System)
15. Manchester triagesysteem (MTS). Online, 15-06-2017: <http://en.wikipedia.org/wiki/Triage>
16. Boston triagesysteem (BTS). Online, 15-06-2017: <http://en.wikipedia.org/wiki/Triage>

### 6.4. Inschatting door de spv-ers die zowel triage als de eerste beoordeling doen: is er een verschil in het % ervaren over- en ondertriage na gebruik van het nieuwe protocol versus hun huidige triagesystematiek?

Om een eerste inschatting te maken van mogelijke over- en ondertriage zijn de triërende SPV-ers (uit NHN) gevraagd na iedere beoordeling aan te geven of de patiënt eigenlijk sneller of minder snel gezien zou moeten worden dan zij tijdens de melding en triage zelf hadden ingeschat. Op basis hiervan lijkt het % ervaren over- en ondertriage eigenlijk niet te veranderen door het triageprotocol. In zowel t0 als t1 werd de initiële urgentie-inschatting bij ongeveer 90% van de beoordelingen als correct ervaren (t0= 87,5% en t1=88,5%). Slechts een klein deel van de beoordelingen had volgens de deelnemers eigenlijk sneller (t0= 4,8% en t1=3,4%) of later (t0= 4,8% en t1=6,9%) kunnen plaatsvinden. In vervolgonderzoek zou dit echter wel beter onderzocht moeten worden (als onderdeel van de validiteit). Bij gebrek aan een gouden standaard zou dit bijvoorbeeld kunnen door triagisten casuïstiek voor te leggen waarvan de urgentie door een groep experts is bepaald.

Mede daarom is onze belangrijkste aanbeveling om de betrouwbaarheid en validiteit van het hernieuwde protocol in vervolgonderzoek centraal te stellen en de response/registratie te verbeteren. M.b.t. tot de betrouwbaarheid gaat het hier (met name) om het vaststellen van de test-hertest en interbeoordelaar-betrouwbaarheid. M.b.t. de validiteit zal aandacht besteed moeten worden aan de inhouds- en predictieve validiteit. Dit is extra belangrijk denken wij, omdat het triageprotocol als onderlegger is toegepast in de (landelijke) Generieke module Acute psychiatrie, en de systematiek mogelijk gebruikt gaat worden om de bekostiging van de acute GGZ (deels) op te baseren. Wij denken dat zeker dit laatste erg voorbarig is. Bekostiging is niet het doel van dit triageprotocol en de betrouwbaarheid en validiteit zijn nog niet zijn getoetst.

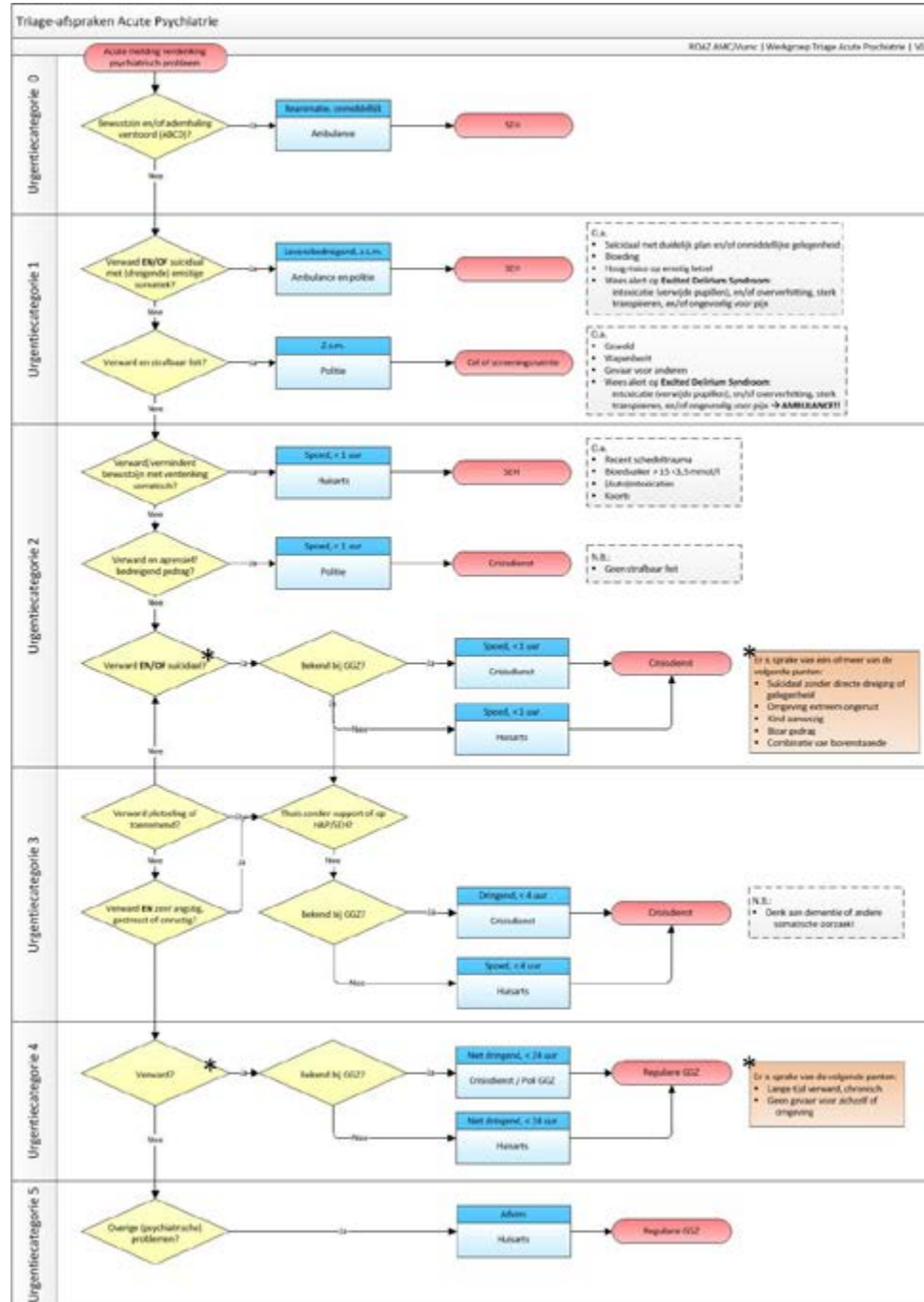
## 7. Dankwoord

Dit onderzoek zou niet mogelijk zijn geweest zonder de inzet en deelname van de triagisten, SPV-ers, managers, artsen en psychiaters van de deelnemende crisisdiensten in Noord-Holland Noord, Hilversum en Amsterdam. Wij zijn hen hiervoor heel erg dankbaar. Onze speciale dank gaat uit naar de deelnemers van de werkgroep, die veel tijd en energie hebben gestoken in de ontwikkeling van het triageprotocol en de totstandkoming van het onderzoek. Hiernaast zou het onderzoek niet mogelijk zijn geweest door de inzet en bevoegdheid van de onderzoekscoördinatoren: Nienke Hoogteijling (GGZ NHN), Brigetta de Klerk (GGZ Centraal) en Hanneke Gooij (GGZ SPA). Onze dank is groot.



# 9. Bijlagen

## 9.1. Bijlage 1 - (Concept)stroomschema/-kader met samenhangende afspraken suïcidale en verwarde personen per specifieke patiënt/presentatie/risicofactor, urgentiecategorie en eerste actie bij triage (en vervolgactie).



## 9.2. Bijlage 2 - Minimale dataset

### Inleiding

Dit document beschrijft welke patiënten geregistreerd worden tijdens de beide meetperiodes in het onderzoek (inclusiecriteria) en welke items van patiënten worden vastgelegd (minimale dataset).

### Inclusie

Voor het onderzoek geldt het volgende algemene inclusie criterium: Geïnccludeerd moeten worden alle personen die zich gedurende 2 maal vier weken durende meetperiodes (data volgen) met een zorgvraag melden bij crisisdiensten van de geestelijke gezondheidszorg voor een beoordeling en deze ook krijgen.

### Dataset uitleg

De dataset bestaat uit items die door ketenpartners (grotendeels) al worden vastgelegd. Er was dus bijna geen extra registratie nodig. Elk item van de dataset wordt in dit document als volgt weergegeven:

NAAM VELD	
Item	Onderwerp
Omschrijving	Omschrijving van het onderwerp
Helptekst	Toelichting op omschrijving
Type	Het type veld, bijvoorbeeld tekst, numeriek, datum, etc.
Lengte	Lengte (aantal tekens) van gevraagde item
Verplicht	Item verplicht? (ja, nee)
Validaties	Indicator controle juistheid item
Tabelwaarden	Antwoordopties, bijvoorbeeld man/vrouw

### Overzicht minimale dataset

CLIËNTKARAKTERISTIEKEN	
GEBDAT	Geboortedatum
GESLACHT	Geslacht
MELDING	
MELDING	Datum+tijdstip melding
VERWIJZER	Soort verwijzer
REDEN	Reden van verwijzing Crisisdienst
DOORVERWIJZING	Doorverwijzing naar andere zorgaanbieder
BEKENDGGZ	Bekendheid in GGZ
URGENTIE	Urgentiecode (meetperiode 2)
REDENURGENTIE	Reden keuze urgentie vrije tekst
CONTACT	
CONTACT	Datum+tijdstip contact
SRTCONTACT	Soort contact
TRIAGECORRECT	Inschatting juistheid initiële triage

GEBDAT	
Item	Geboortedatum
Omschrijving	Geboortedatum van de cliënt (dd-mm-jjjj)
Helptekst	
Type	Datum
Lengte	10
Verplicht	Ja
Validaties	Groter dan 01-01-1900
Tabelwaarden	n.v.t.

GESLACHT	
Item	Geslacht
Omschrijving	Geslacht van de cliënt
Helptekst	
Type	Tekst (enkel antwoord)
Lengte	999
Verplicht	Ja
Validaties	Volgens tabelwaarde
Tabelwaarden	Vrouw (0) Man (1) Onbekend (99)

MELDING	
Item	Datum+tijdstip melding
Omschrijving	(eerste) Datum+tijdstip waarop telefonische melding voor een zorgvraag binnenkomt via meldpunt (dd-mm-jjjj uu:mm:ss)
Helptekst	
Type	Datum+tijdstip
Lengte	19
Verplicht	Ja
Validaties	
Tabelwaarden	n.v.t.

VERWIJZER	
Item	Aanvrager / verwijzer
Omschrijving	Aanvrager / verwijzer van zorg voor cliënt
Helptekst	
Type	Tekst (enkel antwoord)
Lengte	999
Verplicht	Ja
Validaties	Volgens tabelwaarden
Tabelwaarden	Huisarts (1) HAP (2) GGZ ambuland/opgenomen (3) Politie (4) Eigen initiatief patiënt (5) Familie of vrienden (6) Psychiater (7) Beschermd woonvorm (8) Verstandelijke gehandicaptenzorg (9) Arts EHBO algemeen ziekenhuis (10) GGD arts (11) Anders/Overige (98) Onbekend (99)

REDEN	
Item	Reden van verwijzing/melding
Omschrijving	Reden van verwijzen /melding patiënt
Helptekst	
Type	Tekst
Lengte	999
Verplicht	Ja
Validaties	Volgens tabelwaarden
Tabelwaarden	Depressieve symptomatologie (1) Gevaar voor anderen (2) Gevaar voor zichzelf (3) Psychotische symptomatologie (4) Suïcidaliteit (5) Anders/Overige (98) Onbekend (99)

DOORVERWIJZING	
<b>Item</b>	<b>Doorverwijzing naar andere zorgaanbieder</b>
<b>Omschrijving</b>	Patiënt moet (eerst) worden doorverwezen naar andere zorgverlener/zorginstantie
<b>Helptekst</b>	
<b>Type</b>	Tekst (enkel antwoord)
<b>Lengte</b>	999
<b>Verplicht</b>	Ja
<b>Validaties</b>	Volgens tabelwaarden
<b>Tabelwaarden</b>	Nee (1) Ja, zeer spoedeisend (bv. 112 ambu/politie) (2) Ja, niet relevant (bv. somatisch) of niet spoedeisend (bv huisarts of reguliere GGZ) (3) Ja, overig (4) Onbekend (99)

BEKENDGGZ	
<b>Item</b>	<b>Bekendheid patiënt GGZ</b>
<b>Omschrijving</b>	Bekendheid patiënt in GGZ
<b>Helptekst</b>	
<b>Type</b>	Tekst (enkel antwoord)
<b>Lengte</b>	999
<b>Verplicht</b>	Ja
<b>Validaties</b>	Volgens tabelwaarden
<b>Tabelwaarden</b>	Nee (1) Ja (2) Onbekend (99)

URGENTIE (bij 2 <sup>e</sup> meetperiode)	
<b>Item</b>	<b>Urgentie contact</b>
<b>Omschrijving</b>	Volgens beoordeling tijdens contact
<b>Helptekst</b>	
<b>Type</b>	Tekst (enkel antwoord)
<b>Lengte</b>	999
<b>Verplicht</b>	Ja
<b>Validaties</b>	Volgens tabelwaarde
<b>Tabelwaarden</b>	U0 Reanimatie (0) U1 Levensbedreigend(1) U2 Spoed < 1 uur (2) U3 Dringend < 4 uur (4) U4 Niet dringend < 24 uur (5) U5 Regulier > 24 uur (6) Onbekend (99)

REDENURGENTIE	
<b>Item</b>	<b>Urgentie contact</b>
<b>Omschrijving</b>	Volgens beoordeling tijdens contact
<b>Helptekst</b>	
<b>Type</b>	Tekst (enkel antwoord)
<b>Lengte</b>	999
<b>Verplicht</b>	Ja
<b>Validaties</b>	Volgens tabelwaarde
<b>Tabelwaarden</b>	n.v.t. OPEN

CONTACT	
<b>Item</b>	<b>Datum+tijdstip contact</b>
<b>Omschrijving</b>	Datum+tijdstip waarop beoordeling met cliënt heeft plaatsgevonden opneemt (dd-mm-jjjj uu:mm:ss)
<b>Helptekst</b>	
<b>Type</b>	Tijd
<b>Lengte</b>	19
<b>Verplicht</b>	Ja
<b>Validaties</b>	
<b>Tabelwaarden</b>	n.v.t.

TRIAGECORRECT (Alleen GGZ NHN)	
<b>Item</b>	<b>Soort contact</b>
<b>Omschrijving</b>	Inschatting juistheid initiële triage na beoordeling bij eerste contact
<b>Helptekst</b>	
<b>Type</b>	Tekst (enkel antwoord)
<b>Lengte</b>	999
<b>Verplicht</b>	Ja
<b>Validaties</b>	Volgens tabelwaarde , nvt (deels open)
<b>Tabelwaarden</b>	Inschatting bij triage was correct (1) Had hier eigenlijk sneller moeten zijn (2), omdat... Had hier eigenlijk minder snel gehoeven (3), omdat... Onbekend (99)

### 9.3. Bijlage 3 - Vragenlijst triagisten bij voormeting.

VRAGENLIJST TRIAGISTEN (VOOR)		
U wordt als eerste gebeld door verwijzers, patiënten en familie. In het gesprek bepaalt u <u>of</u> er inzet van spv-er/arts/psychiater nodig is, en <u>hoe snel</u> . Dit noemen wij telefonische triage.		
<b>Graag uw antwoord op de onderstaande vragen.</b>		
1.	In de gesprekken heb ik altijd voldoende handvatten, kennis en/of ervaring om mijn keuze voor de inzet van SPV-er/arts/psychiater voor een beoordeling te bepalen? <i>Omcirkel uw antwoord.</i>	1. Volledig eens 2. Eens 3. Niet eens/ Niet oneens 4. Oneens 5. Volledig oneens
2.	In de gesprekken heb ik altijd voldoende handvatten, kennis en/of ervaring om de <u>snelheid</u> van de inzet van SPV-er/arts/psychiater voor een beoordeling te bepalen? <i>Omcirkel uw antwoord.</i>	1. Volledig eens 2. Eens 3. Niet eens/ Niet oneens 4. Oneens 5. Volledig oneens
3.	Hoe tevreden bent u met het huidige triageproces? <i>Geef een cijfer van 0-10.</i>	Cijfer:
4.	Welke knelpunten ervaart u in het huidige triageproces? <i>Open vraag, graag uw reactie</i>	
5.	Welke verbetermogelijkheden ziet u in het huidige triageproces? <i>Open vraag, graag uw reactie.</i>	
<b>Tot slot</b>		
6.	Uw leeftijd in jaren?	
7.	Geslacht? <i>Omcirkel uw antwoord.</i>	1. Man 2. Vrouw
8.	Aantal jaren werkervaring als triagist/spv-er/psychiater?	

### 9.4. Bijlage 4 - Toelichting onderzoek triage acute psychiatrie

#### Achtergrond

Acute psychiatrie is ketenzorg. Huisartsen(posten), politie, ambulancediensten, Spoedeisende Hulpen (SEH's), GGD en crisisdiensten werken samen om vanuit hun eigen taak een persoon in crisis zo snel mogelijk de juiste zorg te leveren. Snelle en goede samenwerking in de keten is hiervoor essentieel. In de keten van de acute psychiatrie is de crisisdienst de centrale speler. Alle partners verwijzen naar de crisisdienst.

Om te kunnen bepalen welke patiënt, binnen welke tijd gezien moet worden is triage nodig. Gestructureerde triage geeft inzicht of patiënten ook echt gezien kunnen worden binnen de tijd die nodig en verantwoord is. Zo niet, dan kan het helpen om processen te verbeteren en/of te bepalen of er extra menskracht nodig is. Triage helpt hiernaast in de communicatie met de verwijzende ketenpartner; ze hebben allemaal dezelfde verwachtingen over aanrijtijden en beschikbaarheid.

Alle crisisdiensten doen aan triage. Deze triage is echter vaak niet gestructureerd of geprotocolleerd. Er zijn bijvoorbeeld nog geen vaste urgentie categorieën zoals dat binnen de SEH's, HAP's of meldkamers het geval is. De enige norm die eigenlijk wordt gehanteerd is dat 80% van de patiënten binnen 2 uur gezien moeten worden. Er lijkt hier dus nog verbetering mogelijk.

Daarom is in een werkgroep met triagisten en psychiaters uit de regio een praktisch triage-instrument opgesteld voor crisisdiensten. Het instrument is gebaseerd op literatuuronderzoek en instrumenten die worden gebruikt door de andere ketenpartners. Het is natuurlijk belangrijk om te kijken of het instrument prettig en veilig is om mee te werken en waar er nog verbetering mogelijk is. Daarom is er een (pilot)project opgezet.

#### Evaluatie en registratie

Aan het project nemen 3 crisisdiensten deel. Het onderzoek duurt in principe 2 maal 4 weken (2 meetperioden). Het doel van het project is inzicht krijgen in de tevredenheid van de gebruikers met het instrument en het mogelijke effect hiervan op aanrijtijden. Het zal verder inzicht kunnen bieden waar en wanneer nog meer procesverbetering/capaciteit nodig is. Hiervoor moeten er ook een aantal zaken op papier geregistreerd worden. Wat verschilt enigszins per crisisdienst. Alleen door een goede en volledige invulling kan de doelstelling van het project worden gehaald.

#### Meetperiode 1 (4 weken)

In de eerste meetperiode van 4 weken wordt (gewoon) getrieerd volgens de huidige werkwijze. Er dient een kort invulformulier te worden ingevuld voor iedere melding die binnenkomt (bijlage 1).

#### Meetperiode 2 (4 weken)

In de 2e periode van 4 weken zal worden gewerkt met het nieuwe triage-instrument. Het triage-instrument is in de 2e periode toegevoegd aan het invulformulier (bijlage 2). De lijst hoeft niet in zijn geheel uitgevraagd te worden. Tijdens het gesprek met de aanmelder dienen alle kenmerken/klachten/symptomen te worden aangekruist die bij de aangemelde patiënt spelen. Het kenmerk in de hoogste categorie bepaalt de urgentie. Er mag natuurlijk afgeweken worden van een categorie/urgentie, de intuïtie en ervaring van de triagist telt hier zwaarder (geen risico's nemen!). Mocht er iets ontbreken of niet kloppen in de opzet dan is het ook belangrijk dat dit goed wordt genoteerd. Uitgangspunt bij invulling is dat het hier gaat om de wenselijke categorie, onafhankelijk van haalbaarheid/capaciteit op dat moment. Juist dit geeft aan dat er wellicht verbetering /capaciteit nodig is.

