



Eindrapportage 2019

Monitoring en evaluatie pilots 'Melding personen met verward gedrag'

Referentie: 18.A1800014309
Datum: 13 september 2019
Versie: Definitief

Managementsamenvatting (1/2)

Aanleiding en context: een goed werkende aanpak voor mensen met verward gedrag

Om te zorgen voor een snellere toeleiding naar passende hulpverlening, wordt gewerkt aan een betere aanpak voor mensen met verward gedrag. In opdracht van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS), het ministerie van Justitie en Veiligheid (J&V) en de Vereniging van Nederlandse Gemeenten (VNG), stimuleerde het Schakelteam Personen met Verward Gedrag en het Actieprogramma lokale initiatieven voor mensen met verward gedrag (AVG) een passende aanpak. Melding is een van de negen bouwstenen om een sluitende aanpak te realiseren voor zorg en hulp aan mensen met verward gedrag. De pilots die in dit kader worden uitgevoerd, worden onderscheiden in twee types: Acute Psychiatrische Hulpverlening (APH) pilots en niet-acute melding pilots. Op moment van opstellen is er sprake van 26 pilots. Het gaat hierbij om elf pilots met een APH-triagefunctie en veertien pilots met een niet-acute meldfunctie, er is één pilot die niet tot de APH noch tot de niet-acute meldpunten behoort. In totaal hebben deze pilots gegevens over 7.948 meldingen aangeleverd.

Aanpak monitoring en evaluatie

De monitoring en evaluatie van de pilots melding door KPMG is gestart in juni 2018. Projectleiders van de pilots van niet-acute meldfuncties kunnen gebruikmaken van ondersteuning en begeleiding van GGD GHOR Nederland. Om die reden heeft KPMG de afgelopen maanden intensief samengewerkt en afgestemd met GGD GHOR Nederland.

Voor deze eindrapportage hebben we, net als bij de eerdere rapportages drie stappen uitgevoerd. Deze stappen zijn:

1. Begeleiden gegevensaanlevering;
2. Analyse en validatie gegevens;
3. Opstellen eindrapportage.

Om de gegevens beter in de context te kunnen plaatsen, hebben we drie aanvullende kwalitatieve interviews uitgevoerd met projectleider van niet-acute meldfuncties.

Inzicht in de pilots

Twaalf van de 26 pilots hebben in het afgelopen jaar meldingen ontvangen. Vier van de elf APH-pilots hebben in totaal 5.295 meldingen aangeleverd, en acht van de veertien niet-acute meldfuncties hebben 2.653 meldingen aangeleverd. Er is één pilot die niet tot de APH noch tot de niet-acute meldpunten behoort, die wordt apart weergegeven.

Bij niet-acute meldfuncties is maandag de drukste dag, bij de APH-pilots is dat zondag. Bij de niet-acute pilots die 24/7 bereikbaar zijn vindt ongeveer twee derde van de meldingen tijdens kantooruren plaats. Bij APH-pilots komen de meeste meldingen tussen 16.00 – 22.00 binnen. Opvolging van de melding is in weinig gevallen bekend omdat partners lastig informatie met elkaar kunnen delen.

Voorals mensen met meerdere problemen komen door de meldpunten beter in beeld. Via casusoverleggen wordt getracht hen toe te leiden tot passende zorg. Zeker bij mensen waarbij meerdere problemen spelen is het een uitdaging om de juiste bekostigingswijze te identificeren en in te zetten.

Bij niet-acute meldpunten komt naar voren dat, als de meldpunten ook open zijn voor burgers, zij minder gebruikmaken van het meldpunt dan vooraf werd gedacht. Dit kan op verschillende manieren geduid worden: burgers weten goed waar het meldpunt voor benaderd kan worden, of burgers weten het meldpunt niet goed te vinden. Openingstijden van meldpunten buiten kantoor tijden is zinvol op het moment dat partners in de regio ook buiten kantoor tijden bereikbaar en beschikbaar zijn. De politie ter plaatse is de belangrijkste melder bij niet-acute meldpunten, huisarts en huisartsenpost zijn dat bij de APH-triagefuncties.

De meest genoemde aandachtspunten die kunnen leiden van een verbetering van de effectiviteit van de meldpunten zijn: het delen van informatie tussen samenwerkingspartners en bekostiging. De huidige gefragmenteerde bekostiging draagt bij aan een gefragmenteerde aanpak, in plaats van een omvattende aanpak waarbij de cliënt centraal staat

Managementsamenvatting (2/2)

Vervolg van de meldpunten

Het aantal meldingen dat in het afgelopen jaar ontvangen is door niet-acute en APH-meldfuncties lijkt aan te geven dat er behoefte bestaat aan meldpunten die samenwerking in de regio verbeteren (niet-acute meldfuncties) en de acute keten ontlasten (APH-triagefuncties). In de verschillende regio's is de aanleiding om een meldfunctie te starten anders, het is daarom lastig om één werkwijze te identificeren die in iedere regio toepasbaar is en leidt tot het beste resultaat.

Voor de niet-acute meldfuncties is belangrijk dat op enig moment duidelijk wordt wat de consequenties van een landelijk nummer zijn. Mocht het landelijke nummer een front office worden en de regionale meldpunten een back office, dan is het nuttig te kijken naar de spreiding van de huidige pilots. Voor beide type pilots geldt dat op dit moment geen sprake is van een landelijke dekking.



Inhoudsopgave

Inhoudsopgave

1. Inleiding, scope en context	6
2. Aanpak monitoring en evaluatie	10
3. Inzicht in de pilots	12
4. Niet-acute meldfuncties	17
1. Kwantitatieve data	
2. Kwantitatieve data per melding	
5. APH-triagefuncties	28
1. Kwantitatieve data per melding	
6. Conclusies en vervolgstappen	35
Bijlagen	37
I. Factsheet per pilot niet-acute meldfunctie – <i>separaat i.v.m. vertrouwelijkheid</i>	
II. Gegevensuitvraag	



1. Inleiding, scope en context

1. Inleiding, scope en context

Inleiding en scope

Deze eindrapportage beschrijft de feitelijke inzichten in de monitoring en evaluatie van de pilots ten aanzien van een meldfunctie voor niet-acute en Acuut Psychiatrische Hulpverlening (APH) voor personen met verward gedrag die KPMG in opdracht van ZonMw heeft uitgevoerd. De gegevens waarop deze eindrapportage is gebaseerd bestrijkt de periode half juni 2018 tot 1 juni 2019.

Op moment van opstellen is er sprake van 26 pilots. Het gaat hierbij om elf pilots met een APH-triagefunctie en veertien pilots met een niet-acute meldfunctie, er is één pilot die niet tot de APH noch tot de niet-acute meldpunten behoort. Twaalf van de 26 pilots hebben in het afgelopen jaar meldingen ontvangen. Vier van de elf APH-pilots hebben in totaal 5.295 meldingen aangeleverd, en acht van de veertien niet-acute meldfuncties hebben 2.653 meldingen aangeleverd. De pilot die niet tot de APH noch tot de niet-acute meldpunten behoort wordt apart weergegeven. De gegevens zijn uitgevraagd op basis van de vragenlijsten die in een eerder stadium door adviesbureau Strategies in Regulated Markets (SiRM) zijn opgesteld.^{1,2} KPMG bouwt hiermee voort op de basisvoorwaarden die zijn afgesproken met pilots waaraan subsidie is verleend door ZonMw en de eerdere opzet van gegevensverzameling. De monitoring en evaluatie is gebaseerd op een drietal uitvragen, namelijk 1) eenmalig in te vullen formulier bij de start van de pilot, 2) driemaandelijks in te vullen reflectieformulier en 3) te registreren gegevens bij iedere melding. De volledige vragenlijsten vindt u in bijlage III.

Vanaf de start van het project door KPMG zijn verschillende acties ondernomen om de gegevensaanlevering zo volledig, tijdig en nauwkeurig mogelijk te maken.

- 1) Monitoringscriteria – Pilot versterken APH-triagefunctie, SiRM
- 2) Monitoringscriteria – Pilot inrichten en verbeteren niet-acute meldfunctie, SiRM

Daarnaast zijn voor deze rapportage in mei 2019 drie kwalitatieve interviews uitgevoerd met projectleiders van pilots met een niet-acute meldfunctie.³ De opbrengsten van deze interviews vindt u in paragraaf 4.1. Kwalitatieve analyse.

GGD GHOR Nederland speelt een rol in de ondersteuning en begeleiding van pilots met niet-acute meldfuncties. Tijdens de uitvoering wordt frequent informatie uitgewisseld tussen KPMG en GGD GHOR Nederland om de resultaten van monitoring, evaluatie en de pilots te optimaliseren.

KPMG voert in opdracht van ZonMw ook de monitoring en evaluatie van de pilots niet-RAV vervoer uit.

Achtergrond

De laatste jaren neemt het aantal overlast gevende incidenten door personen met verward gedrag toe. Het Schakelteam Personen met Verward Gedrag en het Actieprogramma lokale initiatieven voor mensen met verward gedrag (AVG) stimuleerden in opdracht van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS), het ministerie van Justitie en Veiligheid (J&V) en de Vereniging van Nederlandse Gemeenten (VNG), het landelijk realiseren van een goed werkende aanpak op basis van negen bouwstenen voor mensen die grip op hun leven (dreigen te) verliezen. Zie de figuur op de volgende pagina voor de bouwstenen.

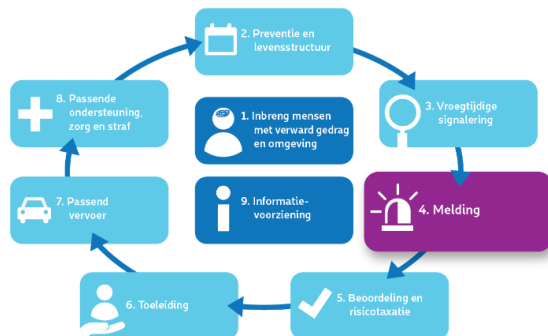
Eerder hebben Ambulancezorg Nederland (AZN) en de politie SiRM opdracht gegeven om een landelijk model melding op te stellen. Dit model is in september 2017 opgeleverd. Het model heeft als doel om na een melding een snellere toeleiding naar passende hulpverlening te laten plaatsvinden. Om dit te bereiken stelt SiRM een aantal verbeteringen voor.

- 3) In de voortgangsrapportage d.d. 1 februari 2019 vindt u de resultaten van de interviews met projectleiders van APH-triage pilots

1. Inleiding, scope en context

ZonMw is gevraagd om deze aan de hand van een aantal samenhangende acties te faciliteren. Daartoe heeft ZonMw subsidieoproepen opengesteld om lokale projectleiders uit te nodigen andere vormen van melding te proberen in de vorm van pilots. De pilots zijn verplicht gegevens te verzamelen op basis van de monitoringscriteria die zijn opgesteld door SiRM.

Het Schakelteam Personen met Verward Gedrag en het Actieprogramma lokale initiatieven voor mensen met verward gedrag (AVG) hebben tot 1 oktober 2018 een goed werkende aanpak gestimuleerd (zie figuur hieronder). Op de dag dat het Schakelteam Personen met Verward Gedrag zijn eindrapportage presenteerde heeft staatssecretaris Blokhuis toegezegd dat er een landelijk nummer komt voor mensen die zich zorgen maken over iemand die verward gedrag vertoont. Dat nummer moet dag en nacht bereikbaar zijn. Op dit moment is het onduidelijk wat de consequentie van dit landelijke nummer is voor de bestaande pilots.



Bron: ZonMw: Negen bouwstenen voor een sluitende aanpak voor goede zorg en hulp voor mensen met verward gedrag³

4) 'Kamerbrief over Vervolg op Schakelteam personen met verward gedrag' (20 december 2018)

Op 20 december 2018 is een brief verzonden aan de Eerste en Tweede Kamer waarin beschreven staat dat een generieke ondersteuning voor gemeenten en regio's ingericht wordt vanuit de VNG; de lokale aanpak is leidend.⁴ Het actieprogramma Verward Gedrag van ZonMw gaat nog minimaal anderhalf jaar door.

Doelstelling

ZonMw heeft KPMG gevraagd de pilots die regionale praktijkprojecten ondersteunen te monitoren en te evalueren. Op deze manier kan onderzocht worden welke aanpak in meer of in mindere mate werkt, en hoe het proces van melding en eerste triage/intake, triage/intake verward gedrag en de toeleiding naar passende hulp op de meest effectieve manier kan worden ingericht.

Leeswijzer

In deze eindrapportage worden de inzichten uit de monitoring en evaluatie van meldingen gepresenteerd over de periode juni 2018 tot 1 juni 2019. In hoofdstuk 2 wordt de aanpak van de monitoring en evaluatie beschreven. Hoofdstuk 3 bevat een overzicht van de pilots. In hoofdstuk 4 staan de kwalitatieve en kwantitatieve inzichten uit de pilots met een niet-acute meldfunctie beschreven. In hoofdstuk vijf worden de inzichten uit de pilots met een APH-triagefunctie beschreven, deze pilots zijn vanaf 1 januari 2019 niet meer verplicht gegevens aan te leveren, maar enkele pilots hebben dat wel gedaan. De opbrengsten in dit hoofdstuk hebben betrekking op alle meldingen die KPMG van projectleiders ontvangen heeft, ook uit de periode voordat KPMG betrokken was. De conclusies op basis van deze gegevens en vervolg staan beschreven in hoofdstuk 6.

1. Inleiding, scope en context

Bij het interpreteren van de data dient rekening gehouden te worden met de verschillen tussen pilots. Pilots kennen een verschillende opzet, doorlooptijd, bereik, bereikbaarheid etc. Hierdoor zijn verschillen zichtbaar tussen de verschillende analyses en grafieken in deze rapportage. Ook binnen één analyse of grafiek zijn dus de inzichten weergegeven van de meldingen van één of meerdere pilots met verschillende kenmerken.

Sommige pilots zijn nog niet gestart ten tijde van het schrijven van deze rapportage en niet alle pilots hebben alle gegevens aan kunnen leveren voor de deadline.



2. Aanpak monitoring en evaluatie

2. Aanpak monitoring en evaluatie

De monitoring en evaluatie van de pilots melding door KPMG is gestart in juni 2018. Het gaat om twee soorten pilots: de pilots die zich richten op niet-acute hulpverlening en op Acut Psychiatrische Hulpverlening (APH). ZonMw is opdrachtgever voor de monitoring en evaluatie. Projectleiders van de pilots van niet-acute meldfuncties kunnen gebruikmaken van ondersteuning en begeleiding van GGD GHOR Nederland.

Voor deze eindrapportage hebben we, net als bij de eerste rapportages, drie stappen uitgevoerd. Deze stappen zijn:

1. Begeleiden gegevensaanlevering;
2. Analyse en validatie gegevens;
3. Opstellen eindrapportage.

Om de gegevens beter in de context te kunnen plaatsen, hebben we drie aanvullende kwalitatieve interviews uitgevoerd. Onderstaand wordt de aanpak nader toegelicht.

1. Begeleiden gegevensaanlevering

De gegevensuitvraag is gebaseerd op de monitoringscriteria die zijn opgesteld door SiRM (d.d. 2 maart 2018). De gegevensuitvraag bestaat uit drie onderdelen:

- Eenmalig in te vullen formulier bij start van pilot;
- Minimaal driemaandelijks in te vullen reflectieformulier;
- Te registreren gegevens bij iedere melding.

Voor de niet-acute meldfuncties APH-triagefuncties zijn separate uitvraagformats ontwikkeld. De gevraagde gegevens zijn opgenomen in bijlage II. De benodigde gegevens zijn uitgevraagd aan de hand van een template in Excel. Een gebruikersinstructie is aan het Excel-bestand toegevoegd.

Middels keuzemenu's in het Excel-bestand is het de projectleiders zo eenvoudig mogelijk gemaakt op de gegevens vast te leggen.

Ter begeleiding van de gegevensaanlevering is een helpdesk ingericht, waar telefonisch en via e-mail vragen van projectleiders zijn beantwoord.

Gedurende het traject was het streven om een zo juist en volledig mogelijke dataset te verzamelen. Zowel voor, tijdens als na het aanleveren van de gegevens zijn acties ondernomen om de kwaliteit te verhogen. Als uit checks naar voren kwam dat ingevulde gegevens niet aan de criteria voldeden, kreeg de projectleider de gelegenheid om de gegevensuitvraag aan te vullen en/of aan te passen. Projectleiders zijn via e-mail benaderd en herinnerd om gegevens aan te leveren en waar nodig aanvullend telefonisch. Op 14 juni is aangegeven dat omwille van het opleveren van de eerste versie van deze rapportage op 4 juli, gegevens na deze datum niet meer meegenomen zouden worden in deze rapportage.

2. Analyse en validatie gegevens

De ontvangen gegevens zijn geaggregeerd en geanalyseerd; dit heeft geleid tot voorliggende eindrapportage. Veel pilots hebben tot het voorjaar van 2019 gewerkt aan het plan van aanpak of aan de inrichting van het meldpunt. Vier van de elf APH-triagefuncties en acht van de veertien niet-acute meldfuncties waren in de afgelopen periode ‘live’ en hebben meldingen aangeleverd. Met drie niet-acute pilots heeft in mei 2019 een kwalitatief interview plaatsgevonden. De projectleiders van niet-acute meldfuncties die meldingen hebben aangeleverd hebben deze data geanalyseerd teruggekregen ter validatie. Hier zijn geen reacties op ontvangen die tot aanpassingen hebben geleid. Twee pilots in Drenthe zijn gericht op scholing/opleiding van personeel en niet op het inrichten/functioneren van een meldfunctie. Van deze pilots zijn daarom geen meldingen ontvangen. De resultaten uit deze eindrapportage worden in september 2019 aan de projectleiders gepresenteerd, tijdens een bijeenkomst van GGD GHOR Nederland.

3. Opstellen voortgangsrapportage

In deze laatste fase zijn de resultaten uit het onderzoek beschreven in deze eindrapportage.

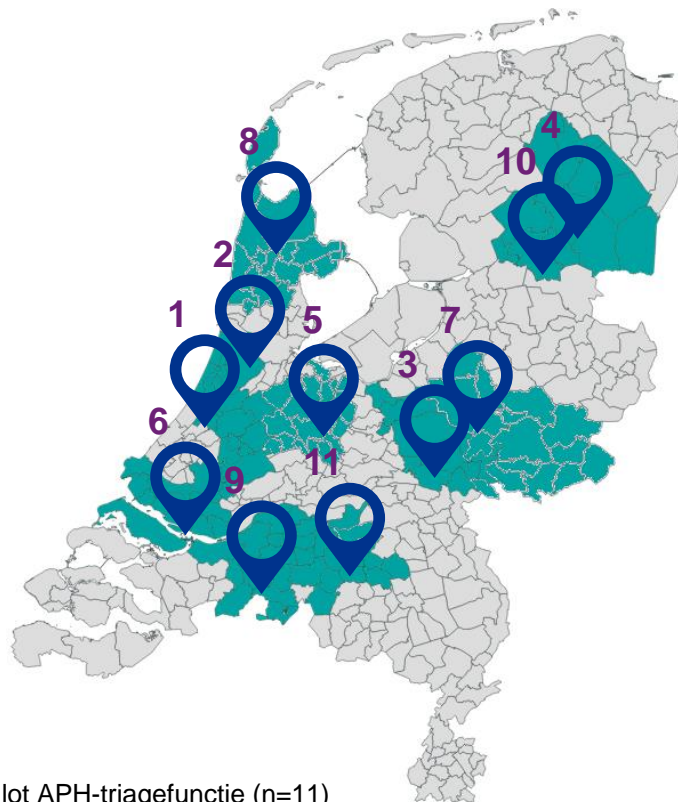


3. Inzicht in de pilots

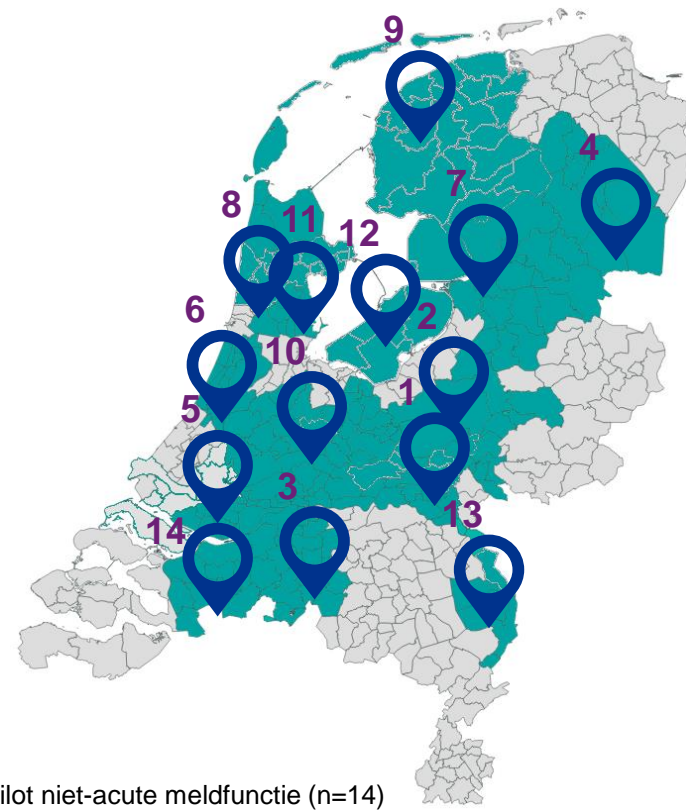
3. Overzicht van de pilots

In totaal vallen 26 individuele pilots in de reikwijdte van dit onderzoek. Er is sprake van één pilot die niet tot de categorie APH-triagemethoden noch niet-acute meldmethodes behoort, dat is de pilot in Rotterdam. Deze pilot is apart weergegeven in de resultaten. Hieronder ziet u een weergave van de geografische spreiding van de pilots. Dit is voor een aantal pilots gebaseerd op de subsidieaanvraag en kan daarmee afwijken van de regio waar de pilot in de praktijk betrekking op heeft. Een overzicht van de namen en de locaties van de pilots, een verwijzing naar het plan van aanpak en een weergave van de gegevens per pilot vindt u op de volgende slides. Voor de pilots die momenteel live zijn, is het aantal ontvangen meldingen over de afgelopen maanden weergegeven.


APH-triagemethoden



Niet-acute meldmethodes



 Pilot APH-triagemethode (n=11)

 Pilot niet-acute meldmethode (n=14)

3. Inzicht in de pilots – Niet-acute meldfuncties

#	Pilot naam en locatie	Regio	Organisatie	Aantal meldingen
1.	Plan van Aanpak Meldpunt Bijzondere Zorg Gelderland-Zuid	Gelderland-Zuid	GGD Gelderland Zuid	551
2.	Uitbreiden bestaande crisisdienst GGZ (acute meldingen) met een 24/7 advies- en meldpunt sociaal domein (voor niet-acute meldingen die wel dringend of urgent kunnen zijn)	Apeldoorn	Gemeente Apeldoorn	-
3.	Pilot meldpunt niet-acute hulpbehoefte verward gedrag in Hart van Brabant	Hart van Brabant	Gemeente Tilburg	170
4.	Verkenning en pilot voor een 24/7 meldpunt voor niet-acute meldingen van verward gedrag in Drenthe	Drenthe	GGD Drenthe	-
5.	Versterken triage op Meldpunt Zorg & Overlast (GGD)Zuid Holland Zuid	Zuid Holland Zuid	Dienst Gezondheid & Jeugd Zuid-Holland Zuid	830
6.	Verbeterde bereikbaarheid niet-acute zorg voor mensen met verward gedrag in Hollands Midden	Hollands Midden	GGD Hollands Midden	426
7.	Regionaal 24/7 Meld- en Adviespunt voor Maatschappelijke Zorg in IJsselland	IJsselland	GGD IJsselland	152
8.	Verbeteren van het meldproces van niet acute hulpbehoefte in Noord-Holland Noord	Noord-Holland Noord	GGD Hollands Noorden	3
9.	Plan van Aanpak Subsidieaanvraag Pilot Meld- en adviesfunctie Niet-acute Hulpvraag Friesland	Friesland	GGD Friesland	-
10.	Meldpunt mensen met verward gedrag niet-acuut (inclusief 24/7 bereikbaarheid en digitale meldfunctie)	Utrecht	GGD Regio Utrecht	115
11.	Dichtbij en integraal Sociaal Advies- en Meldpunt (SAM) Niet-Acute Problematiek regio Zaanstreek- Waterland	Zaanstreek-Waterland	GGD Zaan en waterland	-
12.	Versterken Flevolandse advies- en meldpunt verward gedrag	Flevoland	Gemeente Almere	87
13.	Meldpunt niet-acute hulpvragen verward gedrag Regio Noord-Limburg	Noord-Limburg	Gemeente Horst aan de Maas	-
14.	Realisatie 7x24 uurs meldpunt voor acute en niet-acute zorgmeldingen West-Brabant	West-Brabant	Gemeente Breda	-

3. Inzicht in de pilots – APH-triagefuncties

#	Pilot naam en locatie	Regio	Organisatie	Aantal meldingen
1.	Versterking triage-en meldfunctie voor mensen met acuut verward gedrag	Hollands Midden	GGZ Rivierduinen	1.580
2.	Versterken triage- en meldfunctie voor mensen met acuut verward gedrag in regio Kennemerland	Kennemerland	GGZ inGeest	-
3.	Pilot Ketenbreed meld-adviespunt voor personen met verward gedrag in regio Gelderland-Midden	Gelderland-Midden	Veiligheids- en Gezondheidsregio Gelderland-Midden	588
4.	Versterking meld- en triagefunctie GGZ Drenthe	Drenthe	GGZ Drenthe	-
5.	APH triage functie/acuut meldpunt Midden Westelijk Utrecht	Midden Westelijk Utrecht	Altrecht GGZ	-
6.	Centrale Telefonische Triage voor Acute Hulpvragen aan Bavo Europoort	Rotterdam Rijnmond	Parnassia Groep	1.297
7.	Versterken triage- en meldfunctie acute psychiatrie GGNet	Regio GGNet	GGNet	-
8.	Versterken triage- en meldfunctie voor mensen met verward gedrag in Noord-Holland Noord	Noord-Holland Noord	GGZ Noord Holland Noord	1.731
9.	Versterken triage- en meldfunctie voor mensen met acuut verward gedrag	Breda en Hart van Brabant	GGZ Breburg	-
10.	Versterken triage- en meldfunctie voor mensen met acuut verward gedrag	Drenthe	UMCG	-
11.	Versterken triage- en meldfunctie voor mensen met acuut verward gedrag	's-Hertogenbosch	Reinier van Arkel	-

3. Inzicht in de pilots

Er is één pilot die niet onder de categorie APH-triagemethoden noch onder de categorie niet-acute meldmethoden valt. Deze pilot is in de bijlage apart opgenomen en vormt geen deel van de weergegeven resultaten in de hoofdtekst van deze rapportage.

#	Pilot naam en locatie	Regio	Organisatie	Aantal meldingen
1.	Versterken Meldpunt GGZ	Rotterdam- Rijnmond, Zuid-Holland Zuid	Gemeente Rotterdam	852

Niet-acute meldmethoden

Het volgende hoofdstuk van deze rapportage geeft de resultaten per melding weer. Op moment van schrijven (juni 2019) ontvangen nog niet alle pilots meldingen, deze worden daarom niet weergegeven.

De resultaten op de volgende pagina's zijn afkomstig van pilots die gegevens per melding hebben aangeleverd:

1. Plan van Aanpak Meldpunt Bijzondere Zorg Gelderland-Zuid
3. Pilot meldpunt niet-acute hulpbehoefte verward gedrag in Hart van Brabant
5. Versterken triage op Meldpunt Zorg & Overlast (GGD) Zuid Holland Zuid
6. Verbeterde bereikbaarheid niet-acute zorg voor mensen met verward gedrag in Hollands Midden
7. Regionaal 24/7 Meld- en Adviespunt voor Maatschappelijke Zorg in IJsselland
8. Verbeteren van het meldproces van niet acute hulpbehoefte in Noord-Holland Noord
10. Meldpunt mensen met verward gedrag niet-acuut (inclusief 24/7 bereikbaarheid en digitale meldfunctie) (Utrecht)
12. Versterken Flevolandse advies- en meldpunt verward gedrag

APH-triagemethoden

In hoofdstuk 5 van deze rapportage worden ook de inzichten in de pilots APH-triagemethode weergegeven. Door een aantal pilots zijn gegevens per melding aangeleverd na 1 januari 2019 waardoor een rijker beeld is ontstaan over deze pilots (en meldingen) ten opzichte van de rapportage van februari 2019.

De resultaten zijn afkomstig van onderstaande pilots die gegevens per melding hebben aangeleverd:

1. Versterking triage-en meldfunctie voor mensen met acuut verward gedrag (Hollands Midden)
3. Pilot Ketenbreed meld-adviespunt voor personen met verward gedrag in regio Gelderland-Midden
6. Centrale Telefonische Triage voor Acute Hulpvragen aan Bavo Europoort
8. Versterken triage- en meldfunctie voor mensen met verward gedrag in Noord-Holland Noord



4. Niet-acute meldfuncties

4.1. Kwalitatieve analyse (1/2)

Opbrengsten interviews

In de maand mei 2019 heeft KPMG drie aanvullende kwalitatieve interviews uitgevoerd met projectleiders van niet-acute pilots om nadere duiding te krijgen bij de aangeleverde gegevens.

Het betreft de pilots:

1. Plan van Aanpak Meldpunt Bijzondere Zorg Gelderland-Zuid
2. Pilot meldpunt niet-acute hulpbehoefte verward gedrag in Hart van Brabant
3. Versterken Flevolandse advies- en meldpunt verward gedrag

In deze pilots komen meldingen telefonisch en via een digitaal aanmeldformulier (bij twee pilots) binnen. De pilots die meldingen via een digitaal formulier ontvangen zijn hierdoor 24/7 bereikbaar. In één van de twee pilots is sprake van een formulier specifiek voor politie, dit formulier is onderdeel van het reguliere registratiesysteem van politie waardoor registratie makkelijk plaatsvindt. In de andere pilot is het meldformulier ook beschikbaar voor burgers.

Het uitgangspunt van alle drie de meldpunten is het (coördineren van het) toeleiden tot zorg. In twee van de drie gevallen is sprake van een bestaand team dat nu een bredere taakopvatting heeft, in één geval is het een nieuw team dat samengesteld is door detachering vanuit vijf betrokken organisaties. In alle drie de pilots is het meldpunt bereikbaar voor professionals en burgers; burgers maken minder gebruik van het meldpunt dan vooraf werd gedacht. De problematiek die in de meldingen naar voren komt varieert; de vraag richt zich vaak op overleg, handelingsperspectief (voor professionals) of het ter plekke komen beoordelen van de situatie. Specifiek genoemde lastige doelgroepen zijn mensen met verschillende problemen (multiproblematiek) en verslaafde vrouwen. In alle drie de gevallen kan opvolging gegeven worden aan meldingen, de mogelijkheid om personen toe te leiden tot zorg is afhankelijk van de beschikbaarheid en medewerking van partners.

Als het meldpunt buiten kantoortijden open is dan is het aanbod van de meldingen gering. Wat hierbij ook een rol speelt is dat partners buiten kantoortijden weinig tot niet beschikbaar zijn, waardoor toeleiding tot zorg de volgende dag pas mogelijk is. Dit is een aandachtspunt in de effectiviteit van het meldpunt. Een ander aandachtspunt is het delen van informatie tussen samenwerkingspartners. Het derde genoemde aandachtspunt is de bekostiging: de huidige gefragmenteerde bekostiging draagt bij aan een gefragmenteerde aanpak, in plaats van een omvattende aanpak waarbij de cliënt centraal staat. Veel voorkomende partners zijn huisartsenposten, verslavingszorg, aanbieders die zorg aanbieden voor (licht) verstandelijk gehandicapten, de politie en het sociale domein in brede zin.

Opbrengsten driemaandelijke evaluatieformulieren

Van vijf van de acht pilots die niet-acute meldingen ontvingen heeft KPMG de driemaandelijke evaluatieformulieren ontvangen, hiervan zijn twee pilots tevens geïnterviewd. Eén pilot had slechts drie meldingen en daarom geen evaluatie aangeleverd en twee pilots is het niet gelukt om (tijdig) de evaluatie aan te leveren. Een aantal observaties komen daarom overeen met bovenstaande. De respondenten hebben niet alle antwoorden (vergelijkbaar) ingevuld. Hieronder de observaties.

Drie pilots hebben de vraag beantwoordt of het oordeel van de meldfunctie door de hulpverlener is overgenomen. Dit is bij één pilot in 25% van de gevallen zo, en voor twee pilots gebeurde dit in alle gevallen.

De tevredenheid van betrokkenen is lastig te beoordelen als het gaat om cliënttevredenheid. Wel noemen projectleiders de totstandkoming van multidisciplinaire casusoverleggen als factor die de tevredenheid van betrokken partijen verhoogt. De casusoverleggen zorgen ervoor dat iemand beter toegeleid kan worden tot zorg, en dat ook complexe gevallen (beter) geadresseerd worden.

4.1. Kwalitatieve analyse (2/2)

Belemmeringen, geleerde lessen, successen

In de samenwerking tussen ketenpartners worden belemmeringen, geleerde lessen en successen genoemd.

Belemmeringen bij het toeleiden tot zorg zijn:

- Het is lastig om complexe casussen goed door te verwijzen, bijvoorbeeld door wachtlijsten bij ketenpartners;
- Er is vaak sprake van comorbiditeit: meerdere aandoeningen of stoornissen bij de persoon om wie het gaat;
- De bereikbaarheid van ketenpartners is onvoldoende, waarbij in het bijzonder gerefereerd wordt aan LVG en verslavingszorg. Ketenpartners zijn buiten kantooruren lastig bereikbaar en/of beschikbaar. Bovendien is er sprake van wachtlijsten waardoor vervolgcacties niet snel in gang gezet kunnen worden.

Een geleerde les is dat het tijd kost om iedereen van een nieuwe werkwijze te doordringen, dit kan onder andere verklaard worden door het grote aantal medewerkers (vooral bij politie) dat betrokken is bij de nieuwe werkwijze.

Successen die genoemd worden zijn verbeterde samenwerking in de regio (met politie en huisartsenpost), de inrichting van een multidisciplinair casusoverleg, meer begrip voor elkaars werk, het meldpunt dat werkt als verbindende factor, er is sprake van betere afspraken tussen ketenpartners en ketenpartners weten elkaar beter te vinden.

Door twee pilots is geantwoord dat de toeleiding tot hulp in 75% en 90% van de gevallen lukt. Of de inzet conform het advies van het meldpunt is, is vaak onbekend en bij één pilot was het in 75% van de gevallen zo.

Meldingen komen telefonisch (vijf pilots) en digitaal (twee pilots) binnen. Bij één pilot is de verhouding 38% telefonisch en 62% digitaal. De geïnterviewde meldpunten vertellen dat ze het vaakst gebeld worden door huisartsenpost, politie en burgers.

Inhoud van de meldingen en opvolging

Vragen die bij de meldpunten terecht kunnen bestaan het vaakst uit:

- Vragen om een cliënt te beoordelen;
- Veiligheidsafspraken te maken;
- Hulp in te zetten en door te verwijzen;
- Telefonisch hulpgesprek/ondersteuningsgesprek;
- Zorgmijdend gedrag te bespreken;
- Advies te geven;
- Een persoon te melden

De twee pilots die digitaal bereikbaar zijn, zijn 24/7 bereikbaar, één andere pilot is ook 24/7 telefonisch bereikbaar. Buiten kantooruren is beschikbaarheid een stuk lager, dat is hooguit één pilot. Drie pilots hebben geen behoefte aan een fysiek meldpunt, twee pilots hebben de vraag niet als zodanig beantwoord.

Opvolging is in één geval niet aan de orde omdat het meldpunt alleen telefonisch advies geeft. Bij de overige pilots lijkt opvolging binnen kantooruren mogelijk. Dit gebeurt dan door de zorgcoördinator, de crisisdienst of een andere organisatie waarmee afspraken zijn gemaakt. Als de crisisdienst door wachttijden niet binnen een uur bij de cliënt kan zijn dan wordt de persoon naar een beoordelingslocatie gebracht.

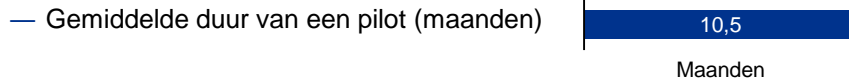
Overige opmerkingen in het evaluatieformulier

- Meldpunt is niet alleen voor niet-acute crisissen omdat het niet-acute meldpunt belegd is bij het crisis interventieteam;
- De ervaringen uit de praktijk verschillen sterk van de werkelijkheid die geschetst wordt in de evaluatieformulieren;
- Subsidie heeft het mogelijk gemaakt dat het bestaand meldpunt nu voor de gehele GGD regio werkt (m.u.v. 3 gemeenten).

4.2. Inzichten in de pilots (1 van 2)

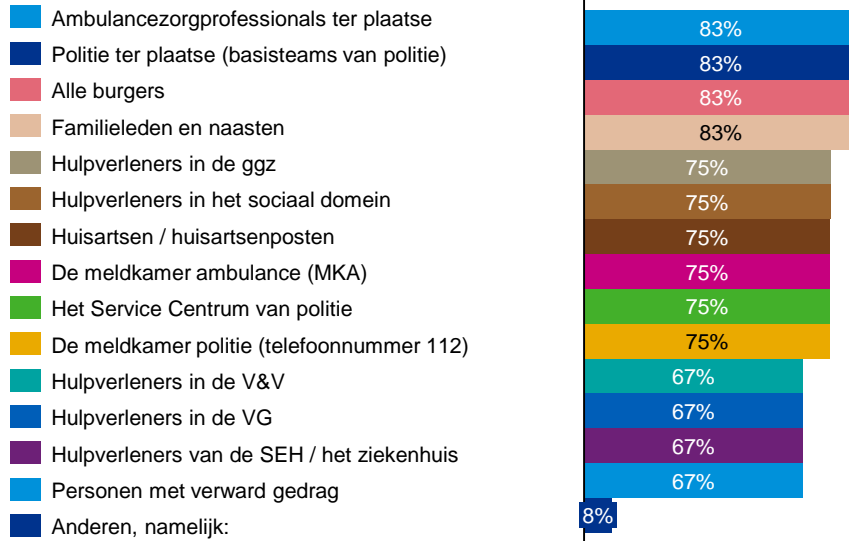
Pilots versterken niet-acute meldfunctie (cijfers van 12 van de 14 pilots*)

Scope van de pilots

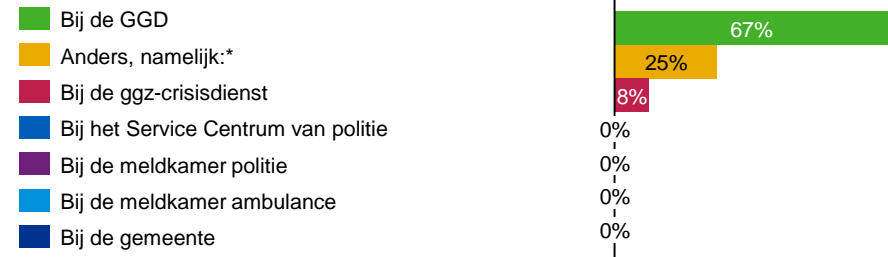


* Gemiddelde duur van de pilots o.b.v. de startdatum en beoogde einddatum

— Wie kan contact opnemen met de meldfunctie?



— Op welke locatie bevindt de meldfunctie zich?



* Anders: Zorg- en veiligheidshuis en crisiscentrum (open klinische voorziening)

— Is de meldfunctie 24/7 bereikbaar?



Twee op de drie niet-acute meldfuncties is 24 uur per dag bereikbaar, dat wil zeggen dat mensen al dan niet digitaal in contact kunnen komen met het meldpunt.

— Wordt er aangesloten bij een bestaand meldpunt?



Op één pilot na zijn alle pilots aangesloten bij een bestaand meldpunt.

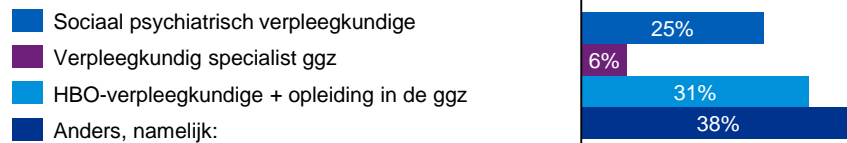
* Pilots 13 en 14 (Gemeente Horst aan de Maas en Breda) zijn op het moment van schrijven nog niet gestart en hebben de gegevens op deze pagina nog niet aan kunnen leveren.

4.2. Inzichten in de pilots (2 van 2)

Pilots versterken niet-acute meldfunctie (cijfers van 12 van de 14 pilots*)

Functieprofiel hulpverlener

— Wat is het functieprofiel van de telefonisch hulpverlener van de meldfunctie?



* Anders: SKJ of BIG geregistreerde medewerkers; Jeugdzorgprofessional of (sociaal psychiatrisch) verpleegkundige; HBO psychologen en MBO MWD; sociaal psychiatrisch verpleegkundige, maatschappelijk werkers of SPH'er.

Functieprofiel hulpverlener

— Krijgen telefonisch hulpverleners bij de meldfunctie training(en) bij de start van de pilot?



— Krijgen telefonisch hulpverleners bij de meldfunctie periodieke trainingen tijdens de pilot?

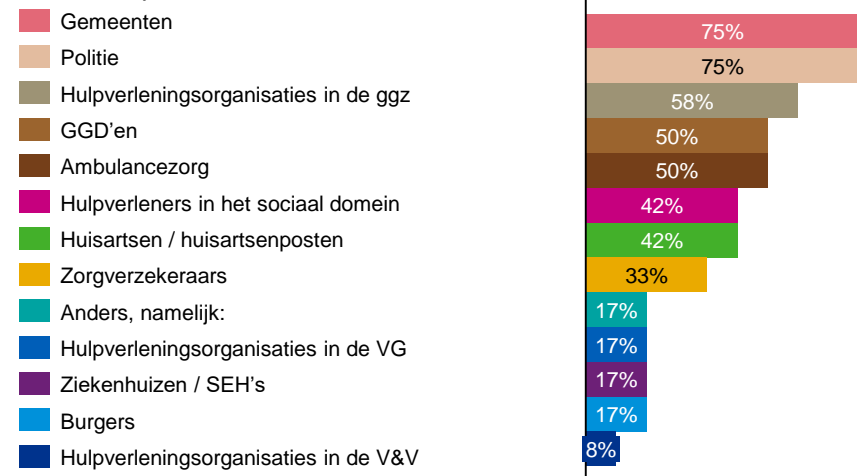


Telefonisch hulpverleners krijgen tijdens de pilot minder vaak trainingen dan bij de start van de pilot.

* Pilots 13 en 14 (Gemeente Horst aan de Maas en Breda) zijn op het moment van schrijven nog niet gestart en hebben de gegevens op deze pagina nog niet aan kunnen leveren.

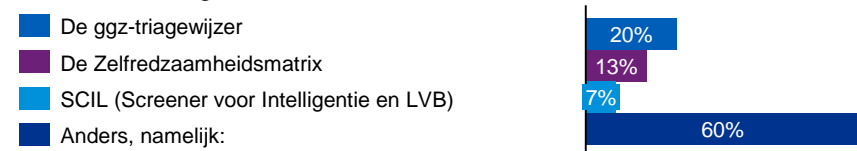
Betrokken partijen bij de pilot

— Welke partijen in de regio zijn betrokken bij het opzetten en uitvoeren van de pilot?



Overige informatie over de pilot

— Van welke instrumenten maakt de telefonisch hulpverlener bij de meldfunctie gebruik?



** Anders: SIDAS (suicidal ideation attributes scale); risico taxatie instrumenten; eigen opgestelde triageprotocol; Signs of Safety

4.2. Inzichten in de pilots per melding (1 van 6)

Pilots versterken niet-acute meldfunctie (cijfers van 8 van de 14 pilots)

Datum en tijdstip van de melding

— Aantal meldingen per jaar

2018

2019

— Aantal meldingen per maand

Voor sept '18

Sep '18

Okt '18

Nov '18

Dec '18

Jan '19

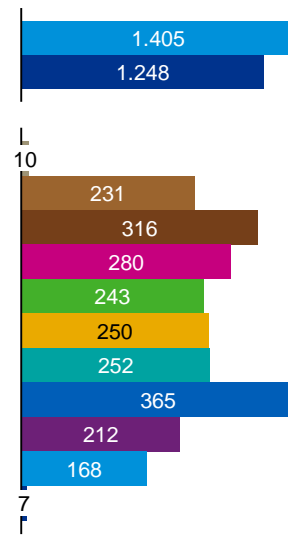
Feb '19

Mrt '19

Apr '19

Mei '19

Onbekend



Deze aantallen worden beïnvloed door de doorlooptijden van de pilots.

— Aantal meldingen per weekdag

Maandag

Dinsdag

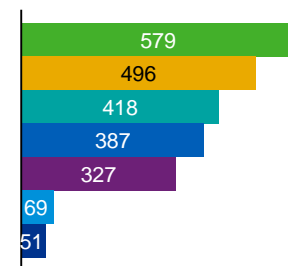
Woensdag

Donderdag

Vrijdag

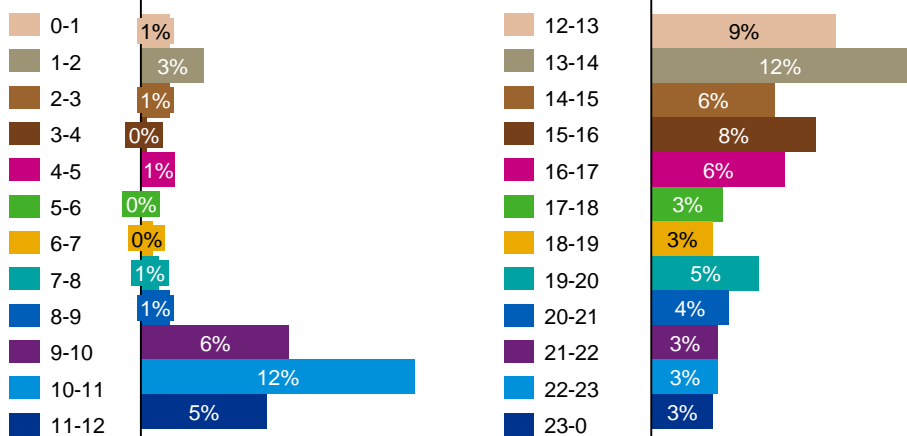
Zaterdag

Zondag



De aantallen in deze rapportage verschillen van eerder gerapporteerde cijfers over 2018. Dit komt omdat één pilot niet meer als niet-acuut gezien wordt in deze rapportage en er nog meldingen over 2018 ontvangen zijn na het uitbrengen van de eerdere rapportage. Verschillen tussen aantallen in de grafieken aan de linkerzijde van de pagina (en in het algemeen tussen grafieken in deze rapportage) worden veroorzaakt door niet alle gegevens bekend zijn over alle meldingen. Zo is het van een aantal meldingen wel bekend in welk jaar deze vielen maar niet op welke dag.

— Aantal meldingen per uur (weergegeven meldingen van pilots die 24 uur per dag, 7 dagen per week te bereiken zijn; n=4)



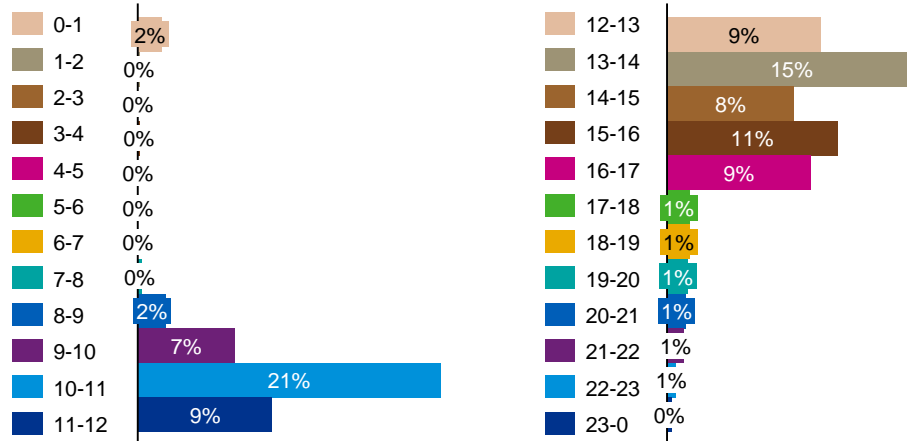
Deze meldingen laten een duidelijke piek zien tussen 10:00 en 11:00 (12% van alle meldingen). Ook na de lunch (13.00-14.00) komen relatief veel meldingen binnen (12%). Ongeveer twee derde van de meldingen vinden tijdens kantoor tijden plaats (09:00-17:00).

Maandag is de drukste dag met ruim een vijfde van alle meldingen (23%).

4.2. Inzichten in de pilots per melding (2 van 6)

Pilots versterken niet-acute meldfunctie (cijfers van 8 van de 14 pilots)

— Aantal meldingen per uur (weergegeven meldingen van pilots die NIET 24 uur per dag, 7 dagen per week te bereiken zijn; n=4)



Deze pilots verschillen in de bereikbaarheid. Drie meldpunten zijn bereikbaar vanaf 09:00, één vanaf 08:00. Eén pilot is bereikbaar tot 17:00, de andere tot 22:00 en één tot 23:00. Ook deze meldingen laten een duidelijk piek zien tussen 10:00 en 11:00 (21% van alle meldingen). Ook na de lunch (13.00-14.00) komen relatief veel meldingen binnen (15%). 89% van de meldingen vindt tijdens kantoor tijden plaats (09:00-17:00).

— Is er in het afgelopen jaar eerder een melding over deze persoon geweest?



Van de personen waarvan het bekend is of er in het afgelopen jaar eerder een melding geweest is, is dat van driekwart niet het geval.

Van 42% van de personen is niet bekend of er afgelopen jaar een melding is geweest. Dit kan ook komen omdat het niet (eenduidig) geregistreerd is.

— En zo ja; hoeveel?



Van de personen waarover afgelopen jaar eerder een melding geweest is, is dit in 60% van de gevallen één melding geweest. Bij één op de drie personen is dat 2 tot 4 keer geweest.

Van 8% van de personen waarover gezegd wordt dat er eerder een melding is geweest, is het niet duidelijk hoe vaak dat was.

4.2. Inzichten in de pilots per melding (3 van 6)

Pilots versterken niet-acute meldfunctie (cijfers van 8 van de 14 pilots)

— Persoon in behandeling bij de ggz (intramuraal of ambulant)?



Van de personen waarvan bekend is of zij in behandeling zijn bij de ggz/verslavingszorg is ongeveer een kwart in zorg bij de ggz en een klein deel bij de verslavingszorg.

Van 64% van de personen is niet bekend of zij in behandeling zijn bij de ggz.

— Persoon ondersteuning van Wmo-hulpverlening?



29% van de personen ontving ondersteuning vanuit de Wmo. Of deze informatie beschikbaar is hangt sterk af van de samenwerkingsafspraken die ten behoeve van de pilot gemaakt zijn.

Van 71% van de personen is niet bekend of zij ondersteuning ontvingen van Wmo-hulpverlening.

— En zo ja; waar?



41% van de personen met hulpverlening vanuit de Wmo ontving dit van het sociaal team.

Van 7% van de personen is niet bekend waar zij hulp ontvingen, indien de persoon ondersteuning ontving van Wmo-hulpverlening.

4.2. Inzichten in de pilots per melding (4 van 6)

Pilots versterken niet-acute meldfunctie (cijfers van 8 van de 14 pilots)

Melder

— Wie was de melder?

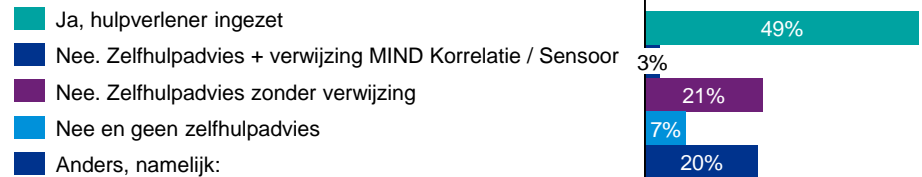


Met 55% van alle meldingen is de politie ter plaatse de voornaamste melder. Hulpverleners in het sociaal domein staan met 10% op de tweede plaats. Zichtbaar is dat aan niet-professionals (personen met verward gedrag zelf of familie/buren) een paar procent van de meldingen toe te schrijven is.

In slechts een kwart procent van de meldingen is de melder niet bekend.

Urgentie en inzet hulpverlening

— Hulpverlener ingezet op basis van de melding?

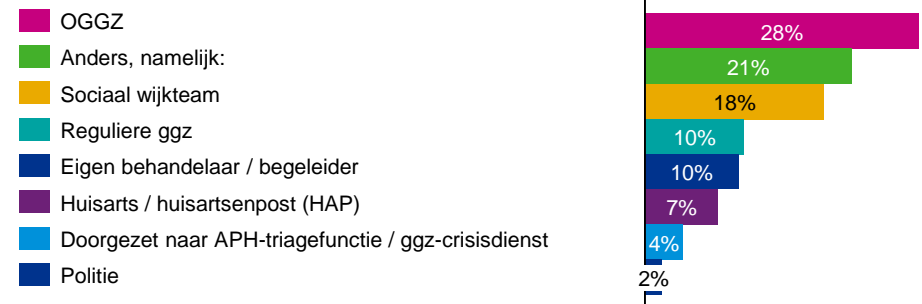


* Sensor heet nu de Luisterlijn

Bij ongeveer de helft van de meldingen is naar aanleiding van de melding een hulpverlener ingezet. Zelfhulpadvies met een verwijzing naar MIND Korrelatie / Sensor kwam slechts in enkele gevallen voor.

In 50% van de gevallen is het niet bekend of er een hulpverlener ingezet is.

— Indien hulpverlener is ingezet: welke hulpverlener is ingezet?



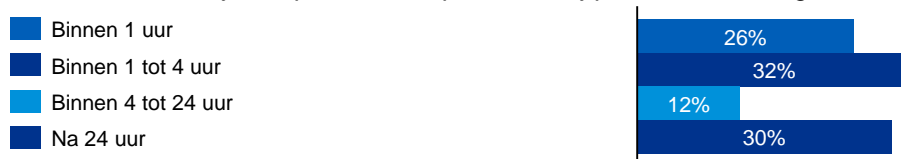
In 31% van de gevallen is niet bekend welke hulpverlener ingezet is.

4.2. Inzichten in de pilots per melding (5 van 6)

Pilots versterken niet-acute meldfunctie (cijfers van 8 van de 14 pilots)

Urgentie en inzet hulpverlening

— Indien hulpverlener is ingezet: binnen hoeveel tijd nadat melding binnenkwam bij meldpunt was hulpverlener bij persoon aanwezig?



In 30% van de gevallen is de hulp ingezet na één etmaal. In een kwart van de gevallen was dit binnen 1 uur. Dit betekent niet dat de ingezette hulp daadwerkelijk binnen die termijn noodzakelijk was.

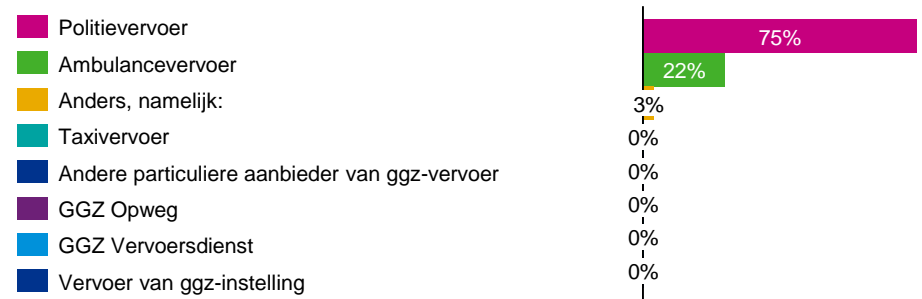
Indien een hulpverlener is ingezet, is in 56% van de gevallen niet bekend binnen welke tijdsspanne dit gebeurd is.

— Is op basis van de melding vervoer ingezet voor persoon?



In 7% van de gevallen is vervoer ingezet voor de persoon. Dit is in 76 van de 1.038 meldingen waarover dit bekend is, uit 7 pilots. Van deze 7 pilots hebben 4 pilots aangegeven dat er bij minimaal één melding vervoer ingezet is. Van 55% van de meldingen is niet bekend of vervoer is ingezet.

— Zo ja, welk vervoer is ingezet?



Indien vervoer ingezet is wordt politievoervoer het vaakst ingezet (driekwart van de gevallen). Daarnaast wordt in ruim één vijfde van de gevallen gebruik gemaakt van ambulancevoervoer. Dit heeft dus betrekking op de 76 meldingen waarover bekend is dat vervoer ingezet is, uit 4 pilots. In 12% van de gevallen is niet bekend welk vervoer ingezet is.

4.2. Inzichten in de pilots per melding (6 van 6)

Pilots versterken niet-acute meldfunctie (cijfers van 8 van de 14 pilots)

Inhoud van de melding

— Had de melder beter de Acut Psychiatische Hulpverlening (APH) triagefunctie / de ggz-crisisdienst in kunnen schakelen in plaats van de niet-acute meldfunctie?



Eén op de negen meldingen was beter op zijn plek geweest bij de APH-triagefunctie of ggz-crisisdienst.

Van 82% van de meldingen is het niet bekend of de melder beter de APH triagefunctie / de ggz-crisisdienst in had kunnen schakelen.

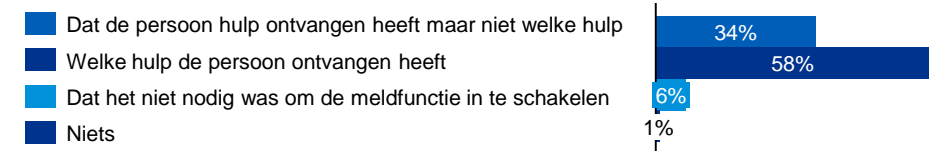
— Heeft de hulpverlener het oordeel van de meldfunctie overgenomen?



Bij zeven op de acht meldingen heeft de hulpverlener het oordeel van de meldfunctie overgenomen.

In 91% van de melding is het niet bekend of de hulpverlener het oordeel van de meldfunctie overgenomen heeft of is hier geen sprake van.

— Welke informatie is teruggekoppeld naar de melder?



Aan één op de drie melders wordt teruggekoppeld dat de persoon hulp ontvangen heeft, maar niet welke hulp. In bijna 60% van de gevallen wordt dat wel gedaan.

In 91% van de gevallen is dit niet bekend of is hier geen sprake van.

— Was de ingezette hulp/ondersteuning conform het advies van de meldfunctie?



Van negen op de tien meldingen is de ingezette hulp/ondersteuning conform het advies van de meldfunctie. In 7% van de gevallen wordt aangegeven dat dit niet zo was.

In 94% van de gevallen is dit niet bekend of is hier geen sprake van.



5. APH-triagefuncties

Toelichting hoofdstuk

In dit hoofdstuk zijn de geaggregeerde inzichten over de meldingen van de APH-triagefuncties weergegeven. Van deze pilots eindigde de subsidie uiterlijk per 31-12-2018. Deze gegevens en de analyse hiervan staan reeds in de voortgangsrapportage van februari 2019 beschreven. Omdat enkele pilots ondanks het eindigen van de subsidierelatie gegevens hebben aangeleverd zijn deze toegevoegd aan de eerdere gegevensaanleveringen en gepresenteerd in dit hoofdstuk.

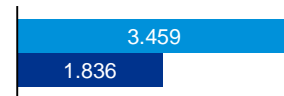
5.1. Inzichten in de pilots per melding (1 van 5)

Pilots versterken APH-triagefunctie (cijfers van 4 van de 11 pilots)

Datum en tijdstip van de melding

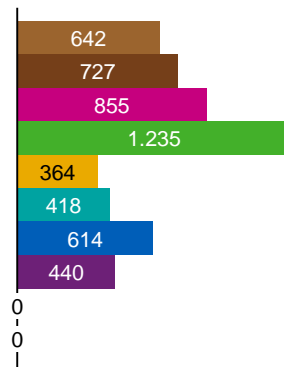
— Aantal meldingen per jaar

- 2018
- 2019



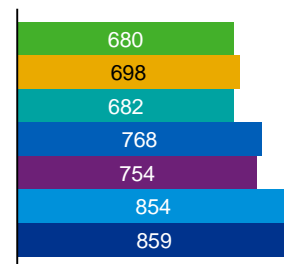
— Aantal meldingen per maand

- Sep '18
- Okt '18
- Nov '18
- Dec '18
- Jan '19
- Feb '19
- Mrt '19
- Apr '19
- Mei '19
- Jun '19

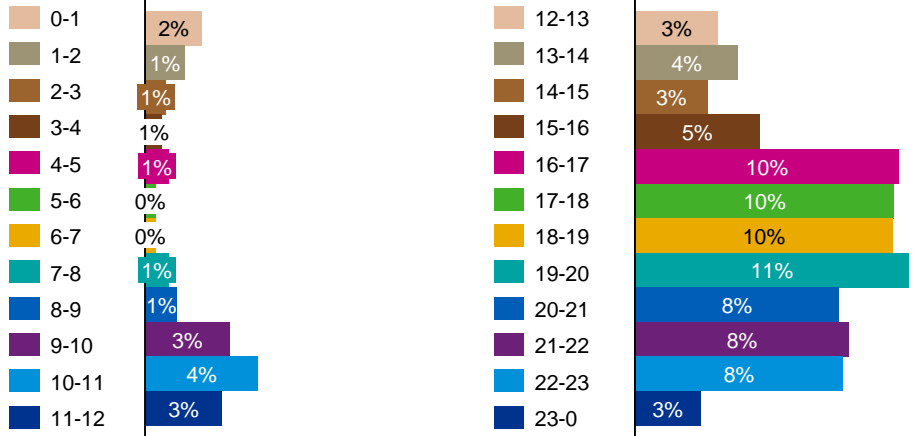


— Aantal meldingen per weekdag

- Maandag
- Dinsdag
- Woensdag
- Donderdag
- Vrijdag
- Zaterdag
- Zondag



— Aantal meldingen per uur (alle pilots zijn 24 uur per dag bereikbaar)



Uit de gegevens blijkt dat de meeste meldingen aan het einde van de middag en avond (16.00-20.00) binnenkomen, na 23.00 loopt het aantal sterk terug.

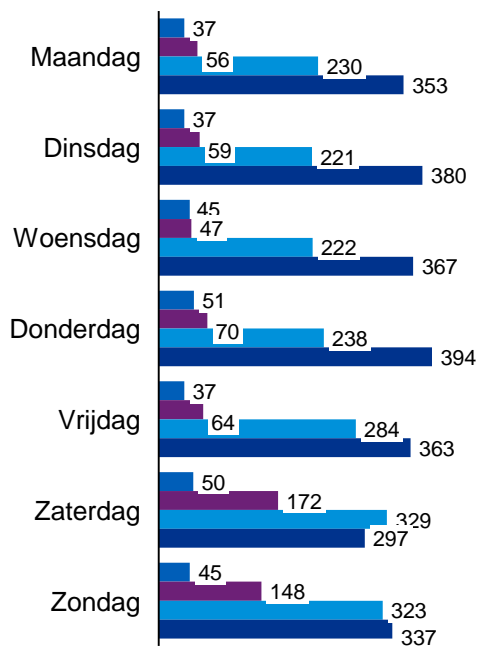
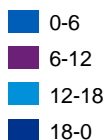
— Heeft de persoon eerder gebeld naar de APH-triagefunctie?



5.1. Inzichten in de pilots per melding (2 van 5)

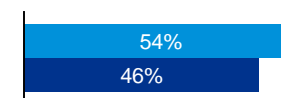
Pilots versterken APH-triagefunctie (cijfers van 4 van de 11 pilots)

— Aantal meldingen per dagdeel



Op alle dagen komen meldingen binnen; zondag is de drukste dag. Op werkdagen komt het merendeel van de meldingen 's avonds binnen. In het weekend bereiken meer meldingen 's ochtends de meldfunctie (ongeveer 20% van de meldingen op die dagen).

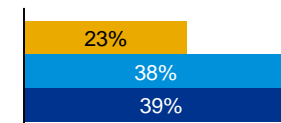
— Is er in het afgelopen jaar eerder een melding over deze persoon geweest?



Van de personen waarover bekend is of er eerder een melding over deze persoon geweest is, is in 54% van de gevallen al eerder een melding geweest.

Van 90% van de meldingen is niet bekend of er eerder een melding is geweest over deze persoon.

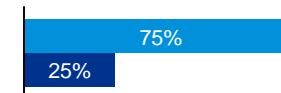
— En zo ja; hoeveel?



Van personen waar eerder een melding over is geweest is bekend dat over ongeveer drie kwart van deze mensen meer dan één melding geweest is (38% + 39%).

Van 25% van de personen is bekend hoeveel meldingen er geweest zijn.

— Persoon in behandeling bij de ggz (intramuraal of ambulantly?)

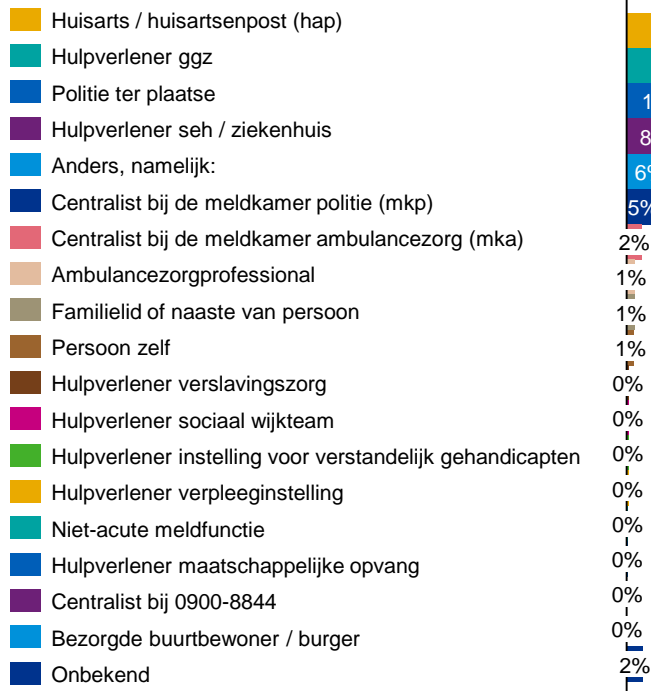


5.1. Inzichten in de pilots per melding (3 van 5)

Pilots versterken APH-triagefunctie (cijfers van 4 van de 11 pilots)

Melder

— Wie was de melder?



Urgentie

— Wat was de urgentie van de melding volgens de GGz-triagewijzer?



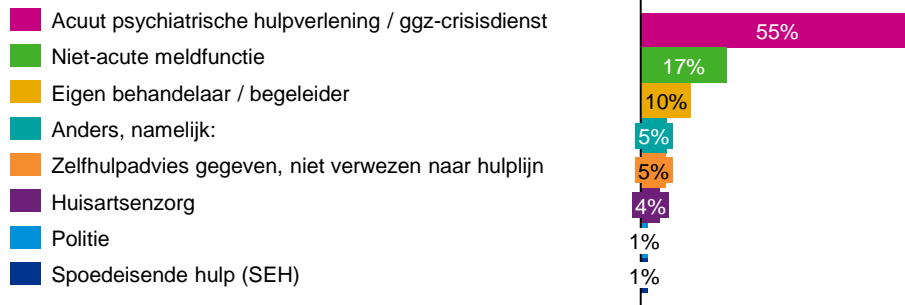
Van de meldingen heeft 14% een urgentie U0-2; binnen 1 uur of sneller. De meeste meldingen hebben een urgentie U3; binnen 4 uur of sneller (52%).

Huisartsen zijn de voornaamste melders bij APH-triagefuncties. Hulpverleners vanuit de GGZ melden in een kwart van de gevallen.

5.1. Inzichten in de pilots per melding (4 van 5)

Pilots versterken APH-triagefunctie (cijfers van 4 van de 11 pilots)

— Welke hulpverlener / dienstverlener is ingezet op basis van de melding?



De meeste meldingen leiden tot inzet van acuut psychiatrische hulpverlening / inzet van de ggz-crisisdienst (55%). Ook veel andere manieren van hulpverlening wordt ingezet.

In 25% van de gevallen is niet bekend welke hulpverlener/dienstverlener ingezet is.

Urgentie en inzet hulpverlening

— Is vervoer ingezet voor de persoon?



Van de meldingen waarvan bekend is of vervoer ingezet is, is in één op de vijf meldingen wel vervoer ingezet (20%) en bij de andere meldingen niet (80%).

In 50% van de gevallen is niet bekend of er vervoer ingezet is.

— Zo ja, welk vervoer is ingezet



Indien vervoer ingezet is wordt er het meest gebruik gemaakt van politievoer (43%). Samen met ambulancevormt dit driekwart van het ingezette vervoer.

In 7% van de gevallen is niet bekend welk vervoer ingezet is, indien wel bekend is dat vervoer ingezet is.

5.1. Inzichten in de pilots per melding (5 van 5)

Pilots versterken APH-triagefunctie (cijfers van 4 van de 11 pilots)

Inhoud van de melding

— Was de inschakeling van de APH-triagefunctie door ambulancezorg en politie terecht?



Men vond dat de inschakeling van de APH-triagefunctie in 87% terecht was en in 13% niet terecht.

In bijna 97% van de meldingen is dit echter niet geregistreerd.

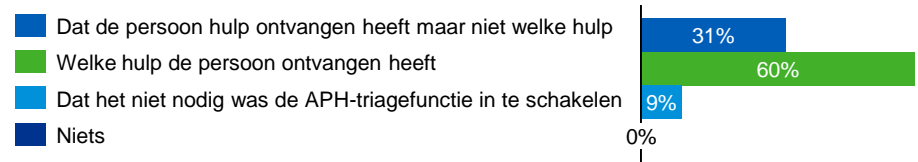
— Nam de hulpverlener naar wie de APH-triagist heeft toegeleid het oordeel van de APH-triagist over?



Van de meldingen is in 98% van de gevallen het oordeel overgenomen en in 2% van de gevallen niet.

In bijna 95% van de meldingen is dit echter niet geregistreerd.

— Welke informatie is teruggekoppeld naar de melder?



In de meeste meldingen is teruggekoppeld welke hulp de persoon ontvangen heeft (60%), in een deel dat de persoon hulp ontvangen heeft maar niet welke hulp (31%) en in een klein deel dat het niet nodig was de APH-triagefunctie in te schakelen (9%).

In bijna 97% van de meldingen is dit echter niet geregistreerd.

— Was de ingezette hulp/ondersteuning conform het advies van de 24/7 meldfunctie?



Van alle meldingen waarover dit bekend is was de ingezette hulp/ondersteuning conform het advies van de 24/7 meldfunctie. Dit heeft echter maar betrekking op 54 meldingen; dit is van bijna 99% van de meldingen niet bekend.



6. Conclusies en vervolgstappen

6. Conclusies en vervolg (1/2)

Doelstelling

ZonMw heeft KPMG gevraagd de pilots die regionale praktijkprojecten ondersteunen te monitoren en te evalueren. Op deze manier kan onderzocht worden welke aanpak in meer of in mindere mate werkt, en hoe het proces van melding en eerste triage/intake verward gedrag en de toeleiding naar passende hulp op de meest effectieve manier kan worden ingericht.

Feiten en cijfers

De meldpunten dragen bij aan een lokaal goed werkende aanpak voor mensen met verward gedrag. Belangrijkste resultaten zijn de verbeterde samenwerking in de regio. Dit komt in veel gevallen tot uiting in casus overleggen waarin mensen met verschillende zorg- en hulpvragen besproken worden en vervolgens toegeleid worden tot passende zorg. In het afgelopen jaar zijn 26 pilots gemonitord en geëvalueerd, veertien van deze pilots deze pilots hebben in totaal 7.948 meldingen ontvangen. Dat zijn gemiddeld ongeveer 150 meldingen per week. Vier van de elf APH-pilots hebben in totaal 5.295 meldingen aangeleverd, en acht van de veertien niet-acute meldfuncties hebben 2.653 meldingen aangeleverd.

Bij niet-acute meldfuncties is maandag de drukste dag, bij de APH-pilots is dat zondag. APH-pilots zijn 24/7 bereikbaar, bij niet-acute pilots is de helft dat wel en de andere helft niet. Bij de niet-acute pilots die 24/7 bereikbaar zijn vindt ongeveer twee derde van de meldingen tijdens kantooruren plaats. Bij APH-pilots komen de meeste meldingen tussen 16.00 – 22.00 binnen.

De locatie van het meldpunt is bij niet-acute meldfunctie meestal de GGD en bij APH-triagefuncties is dat meestal een GGZ-instelling.

Inhoud van de meldingen

Over de inhoud van de meldingen is bij de APH-triagefuncties weinig bekend. Bij de niet-acute meldfuncties betreft het vooral vragen om een cliënt te beoordelen, hulp in te zetten en door te verwijzen, een telefonisch hulp-/ondersteuningsgesprek te voeren, een persoon te melden en/of advies te geven.

Opvolging van de melding

Of vervoer is ingezet is bij de helft van de meldingen (APH 50% en niet-acute 55%) niet bekend. Uit de interviews komt naar voren dat meldfuncties in veel gevallen weinig inzicht hebben in de opvolging van de melding, zeker als de opvolging niet binnen 72 uur plaatsvindt. Voornaamste hindernis hierbij is dat partners lastig informatie met elkaar kunnen delen.

Doelgroep

De doelgroep waar de meldingen betrekking op hebben, heeft als zodanig geen onderdeel uitgemaakt van de monitoring en evaluatie van pilots. In interviews is hier wel naar gevraagd. Projectleiders antwoordden dat vooral mensen met meerdere problemen nu beter in het vizier komen, bijvoorbeeld tijdens casusoverleggen met meerdere zorgpartners. Er lijkt sprake te zijn van veel ‘nieuwe’ personen die tot zorg worden toegeleid door de pilots. Belangrijkste uitdaging bij het toeleiden tot zorg is de beschikbaarheid van partners, zowel buiten kantoor tijden als door wachtlijsten, en de bekostiging. Zeker bij mensen waarbij meerdere problemen spelen is het een uitdaging om de juiste bekostigingswijze te identificeren en in te zetten.

6. Conclusies en vervolg (2/2)

Vervolg van de meldpunten

Het aantal meldingen dat in het afgelopen jaar ontvangen is door niet-acute en APH-meldfuncties lijkt aan te geven dat er behoefte bestaat aan meldpunten die samenwerking in de regio verbeteren (niet-acute meldfuncties) en de acute keten ontlasten (APH-triagefuncties). In de verschillende regio's is de aanleiding om een meldfunctie te starten anders, het is daarom lastig om één werkwijze te identificeren die in iedere regio toepasbaar is en leidt tot het beste resultaat.

Voor de APH-triagefuncties is het van belang dat zij samen met de zorgverzekeraars een financieringsvorm bepalen, en voor de niet-acute meldfuncties dat op enig moment duidelijk wordt wat de consequenties van een landelijk nummer zijn. In het vervolg is het belangrijk aandacht te besteden aan de grootste knelpunten voor de huidige meldpunten: het kunnen delen van informatie met en tussen ketenpartners en bekostigingswijze waarbij de cliënt centraal staat.



Bijlagen

- I. Factsheet per pilot niet-acute meldfunctie – *separaat i.v.m. vertrouwelijkheid*
- II. Gegevensuitvraag



I. Factsheet per pilot niet-acute meldfunctie

Separaat i.v.m. vertrouwelijkheid



II. Gegevensuitvraag

Pilots APH-triagefunctie

- Eenmalig in te vullen formulier bij start van pilot
- Minimaal driemaandelijks in te vullen reflectieformulier
- Te registreren gegevens bij iedere melding

Pilots niet-acute meldfunctie

- Eenmalig in te vullen formulier bij start van pilot
- Minimaal driemaandelijks in te vullen reflectieformulier
- Te registreren gegevens bij iedere melding

Pilots APH-triagefunctie (1 van 3)

Enmalig in te vullen formulier bij start van pilot

Scope van de pilot

1. Wat is de duur van de pilot?
2. Wie kan 24/7 contact opnemen met de Acute Psychiatrische Hulpverlening (APH) triagefunctie?
3. Op welke locatie bevindt de APH-triagefunctie zich?
- 4A. Functioneert de APH-triagefunctie ook als formeel meldpunt voor niet-acute meldingen van personen met verward gedrag?
- 4B. Zo nee, welke samenwerkingsafspraken zijn gemaakt met de niet-acute meldfunctie?

Invulling APH-triagefunctie

5. Bij welke organisatie is de hulpverlener bij de APH-triagefunctie (de 'APH-triagist') in dienst?
6. Voert de APH-triagist alleen triagewerkzaamheden uit?
7. Krijgen APH-triagisten training(en) bij de start van de pilot? Zo ja, welke trainingen en hoeveel uur duren deze trainingen?
8. Krijgen APH-triagisten periodieke trainingen tijdens de pilot? Zo ja, hoeveel uren per maand krijgen zij gemiddeld training?
9. Van welke instrumenten maakt de APH-triagist gebruik?

Betrokken partijen bij de pilot

10. Welke partijen in de regio zijn betrokken bij of geïnformeerd over het opzetten en uitvoeren van de pilot?
11. Wanneer en hoe worden personen met verward gedrag en hun familie en naasten betrokken bij het inrichten / opzetten van de pilot?

12. Welke gemeenten zijn betrokken bij de pilot?

13. Waren er in de regio al samenwerkingsafspraken over meldingen van personen met verward gedrag gemaakt en zo ja, welke?

Overige informatie over de pilot

14. Aanvullende informatie over de pilot.

Minimaal driemaandelijks in te vullen reflectieformulier

Inhoud en verloop van meldingen

1. Hoe vaak was de inschakeling van de APH-triagefunctie door ambulancezorg en politie terecht?
- 2A. Hoeveel meldingen zijn de afgelopen drie maanden ontvangen?
- 2B. Om hoeveel unieke personen ging het aantal meldingen, genoemd bij vraag 2A.?
3. Welk deel van de meldingen betrof een melding van een persoon die eerder gebeld had naar de APH-triagefunctie?
- 4A. In het conceptmodel van SiRM wordt verondersteld dat de hulpverlener waarnaar de APH-triagefunctie doorverwijst het oordeel van de APH-triagefunctie overneemt. In welk deel van de gevallen nam de hulpverlener naar wie de APH-triagist toeleidde het oordeel van de APH-triagist over?
- 4B. Licht uw keuze bij vraag 3A. hieronder toe. Hoe beoordeelt u hoe het gaat, en wat doet u er aan (als dat nodig is)?

Pilots APH-triagefunctie (2 van 3)

Tevredenheid van betrokkenen

5. Hoe verloopt de verdere samenwerking tussen de APH-triagisten en de ketenpartners in de regio? Is er meer of minder discussie dan eerst? Wat gaat goed en wat kan beter?
6. Wat is het oordeel van personen met verward gedrag en hun familie / naasten over de APH-triagefunctie en hoe wordt dit gemeten?

Terugkoppeling van informatie

7. Welke informatie wordt over het algemeen teruggekoppeld naar de melder?

Toeleiding naar hulp/ondersteuning

- 8A. Hoe vaak is het gelukt om de persoon succesvol naar hulp/ondersteuning toe te leiden?
- 8B. Hoe vaak was de ingezette hulp/ondersteuning conform het advies van de 24/7 meldfunctie?

Overige vragen

9. Hoe komen de meldingen binnen en waar worden ze naar doorgezet?
10. Wat zijn de type vragen en hoe worden ze opgevolgd?
11. Wat zijn de verschillen tussen bereikbaarheid en beschikbaarheid?
12. Is telefonisch advies voldoende of moet er 24/7 een fysiek punt zijn waar een melding kan worden gedaan?
13. Is er als het nodig is ook opvolging mogelijk: kan/gaat er iemand daadwerkelijk meteen naar toe?

Overige opmerkingen

14. Overige opmerkingen / bevindingen over de pilot.

Te registreren gegevens bij iedere melding

Datum en tijdstip melding

- 1A. Wat was de datum van de melding?
- 1B. Wat was het tijdstip van de melding?
- 2A. Is er in het afgelopen jaar al eerder een melding over deze persoon geweest?
- 2B. En zo ja; hoeveel?
3. Betrof het een melding van een persoon die eerder gebeld had naar de APH-triagefunctie?
4. Persoon in behandeling bij ggz (intramuraal of ambulantly)?

Melder

5. Wie was de melder?

Urgentie en inzet hulpverlening

6. Wat was de urgentie van de melding volgens de ggz-triagewijzer?
7. Welke hulpverlener / dienstverlener is ingezet op basis van de melding?
- 8A. Is vervoer ingezet voor de persoon?
- 8B. Zo ja, welk vervoer is ingezet?

Pilots APH-triagefunctie (3 van 3)

Inhoud van de melding

9. Was de inschakeling van de APH-triagefunctie door ambulancezorg en politie terecht?
10. Nam de hulpverlener naar wie de APH-triagist toeleidde het oordeel van de APH-triagist over?
11. Welke informatie is teruggekoppeld naar de melder?
12. Was de ingezette hulp/ondersteuning conform het advies van de 24/7 meldfunctie?

Overige opmerkingen

7. Overige opmerkingen over de melding.

Pilots niet-acute meldfunctie (1 van 3)

Enmalig in te vullen bij de start van de pilot

Scope van de pilot

1. Wat is de duur van de pilot?
2. Wie kan contact opnemen met de meldfunctie?
3. Welke organisatie(s) voeren de telefonische hulpverlening bij het meldpunt uit?
4. Op welke locatie bevindt de meldfunctie zich?
- 5A. Is de meldfunctie 24/7 bereikbaar?
- 5B. Zo nee, op welke tijdstippen is de meldfunctie bereikbaar?
- 6A. Wordt er aangesloten bij een bestaand meldpunt?
- 6B. Indien wordt aangesloten bij een bestaand meldpunt, wat was de bezetting van het bestaande meldpunt voorafgaand aan de pilot?
- 6C. Indien er sprake is van een bestaand meldpunt, is er sprake van extra inzet van mensen of wordt de extra taak vanuit de bestaande bezetting uitgevoerd?
- 6D. Indien er sprake is van extra inzet van mensen, hoeveel extra inzet bedraagt dit?
- 6E. Indien een nieuw meldpunt wordt opgericht, wat is de huidige bezetting van het meldpunt?
- 7A. Voeren de telefonisch hulpverleners van de niet-acute meldfunctie ook de Acuut Psychiatrische Hulpverlening (APH) triage uit?
- 7B. Zo nee, welke samenwerkingsafspraken zijn gemaakt met de APH-triagefunctie in de regio?

Functieprofiel van de hulpverlener

8. Wat is het functieprofiel van de telefonisch hulpverlener van de meldfunctie?
9. Wat zijn de meerkosten m.b.t. personele kosten (salariskosten) ten opzichte van beginsituatie voorafgaand aan de pilot?
10. Met wie kan de telefonisch hulpverlener van de meldfunctie overleggen als hij twijfelt over naar welke hulp hij de persoon het beste kan toeleiden?
- 11A. Voert de telefonisch hulpverlener bij de meldfunctie buiten de kantooruren alleen de uitvraag van de melding uit of heeft hij / zij ook andere taken en werkzaamheden?
- 11B. Zo nee, welke taken / werkzaamheden voert de telefonisch hulpverlener daarnaast uit en welk deel van de tijd beslaan deze taken / werkzaamheden?
- 12A. Krijgen telefonisch hulpverleners bij de meldfunctie training(en) bij de start van de pilot?
- 12B. Zo ja, welke trainingen en hoeveel uur duren deze trainingen?
- 13A. Krijgen telefonisch hulpverleners bij de meldfunctie periodieke trainingen tijdens de pilot?
- 13B. Zo ja, hoeveel uren per maand krijgen zij gemiddeld training?
- 14A. Worden nog andere kosten gemaakt voor de pilot?
- 14B. Zo ja, waarvoor en wat zijn de totale kosten?

Betrokken partijen bij de pilot

- 15A. Welke partijen in de regio zijn betrokken bij het opzetten en uitvoeren van de pilot?
- 15B. Hoe zijn de groepen genoemd bij vraag 15A. betrokken (geweest)?

Pilots niet-acute meldfunctie (2 van 3)

16A. Wanneer en hoe worden personen met verward gedrag en hun familie en naasten betrokken bij het inrichten / opzetten van de pilot?

16B. Hoe gaat u personen met verward gedrag en hun familie en naasten betrekken bij de 3 maandelijks evaluaties?

17. Welke gemeenten zijn betrokken bij de pilot?

18. Welke samenwerkingsafspraken zijn er in de regio over meldingen van personen met verward gedrag en hoe verloopt de samenwerking (wat is je oordeel hierover)?

Overige informatie over de pilot

19. Van welke instrumenten maakt de telefonisch hulpverlener bij de meldfunctie gebruik?

20. Aanvullende informatie over de pilot.

Minimaal driemaandelijks in te vullen reflectieformulier

Inhoud van meldingen

1. Hoe vaak had de melder beter de Acute Psychiatrische Hulpverlening (APH) triagefunctie / de ggz-crisisdienst in kunnen schakelen in plaats van de niet-acute meldfunctie?

2A. Hoeveel meldingen zijn de afgelopen drie maanden ontvangen?

2B. Om hoeveel unieke personen ging het aantal meldingen, genoemd bij vraag 2A.?

Tevredenheid van betrokkenen

3A. In het conceptmodel van SiRM wordt verondersteld dat de hulpverlener waarnaar de 24/7 meldfunctie doorverwijst het oordeel van de 24/7 meldfunctie overneemt. In welk deel van de gevallen neemt de hulpverlener het oordeel van de meldfunctie over?

3B. Licht uw keuze bij vraag 3A. hieronder toe. Hoe beoordeelt u hoe het gaat, en wat doet u er aan (als dat nodig is)?

4. Hoe verloopt de verdere samenwerking tussen de niet-acute meldfunctie en de ketenpartners in de regio in vergelijking met de beginsituatie? Wat zijn succeselementen of belemmeringen in de samenwerking?

5. Wat is het oordeel van personen met verward gedrag en hun familie / naasten over de niet-acute meldfunctie en hoe wordt dit gemeten?

Terugkoppeling van informatie

6. Welke informatie wordt over het algemeen teruggekoppeld naar de melder?(percentage van de keren dat dit gebeurt)

Toeleiding naar hulp/ondersteuning

7A. Hoe vaak is het gelukt om de persoon succesvol naar hulp/ondersteuning toe te leiden?

7B. Hoe vaak was de ingezette hulp/ondersteuning conform het advies van de 24/7 meldfunctie?

Pilots niet-acute meldfunctie (3 van 3)

Overige vragen

8. Hoe komen de meldingen binnen en waar worden ze naar doorgezet?
9. Wat zijn de type vragen en hoe worden ze opgevolgd?
10. Wat zijn de verschillen tussen bereikbaarheid en beschikbaarheid?
11. Is telefonisch advies voldoende of moet er 24/7 een fysiek punt zijn waar een melding kan worden gedaan ?
12. Is er als het nodig is ook opvolging mogelijk: kan/gaat er iemand daadwerkelijk meteen naar toe?

Overige opmerkingen

13. Overige opmerkingen / bevindingen over de pilot

Te registreren gegevens bij iedere melding

Datum en tijdstip melding

- 1A. Datum melding
- 1B. Tijdstip melding
- 2A. Is er in het afgelopen jaar al eerder een melding over deze persoon geweest?
- 2B. En zo ja; hoeveel?
3. Persoon in behandeling bij ggz (intramuraal of ambulantly) of verslavingszorg?
- 4A. Persoon ondersteuning van Wmo-hulpverlening?
- 4B. En zo ja; waar?

Melder

5. Wie was de melder?

Urgentie en inzet hulpverlening

- 6A. Hulpverlener ingezet op basis van de melding?
- 6B. Indien hulpverlener is ingezet: welke hulpverlener is ingezet?
- 6C. Indien hulpverlener is ingezet: binnen hoeveel tijd nadat melding binnenkwam bij meldpunt was hulpverlener bij persoon aanwezig?
- 7A. Is op basis van de melding vervoer ingezet voor persoon?
- 7B. Zo ja, welk vervoer is ingezet?

Inhoud van de meldingen

8. Had de melder beter de Acut Psychiatrische Hulpverlening (APH) triagefunctie / de ggz-crisisdienst in kunnen schakelen in plaats van de niet-acute meldfunctie?
9. Heeft de hulpverlener het oordeel van de meldfunctie overgenomen?
10. Welke informatie is teruggekoppeld naar de melder?
11. Was de ingezette hulp/ondersteuning conform het advies van de meldfunctie?

Overige opmerkingen

12. Overige opmerkingen over de melding



KPMG on social media



KPMG app

© 2019 KPMG Advisory N.V., ingeschreven bij het handelsregister in Nederland onder nummer 33263682, is lid van het KPMG-netwerk van zelfstandige ondernemingen die verbonden zijn aan KPMG International Cooperative ('KPMG International'), een Zwitserse entiteit. Alle rechten voorbehouden.

De naam KPMG en het logo zijn geregistreerde merken van KPMG International.