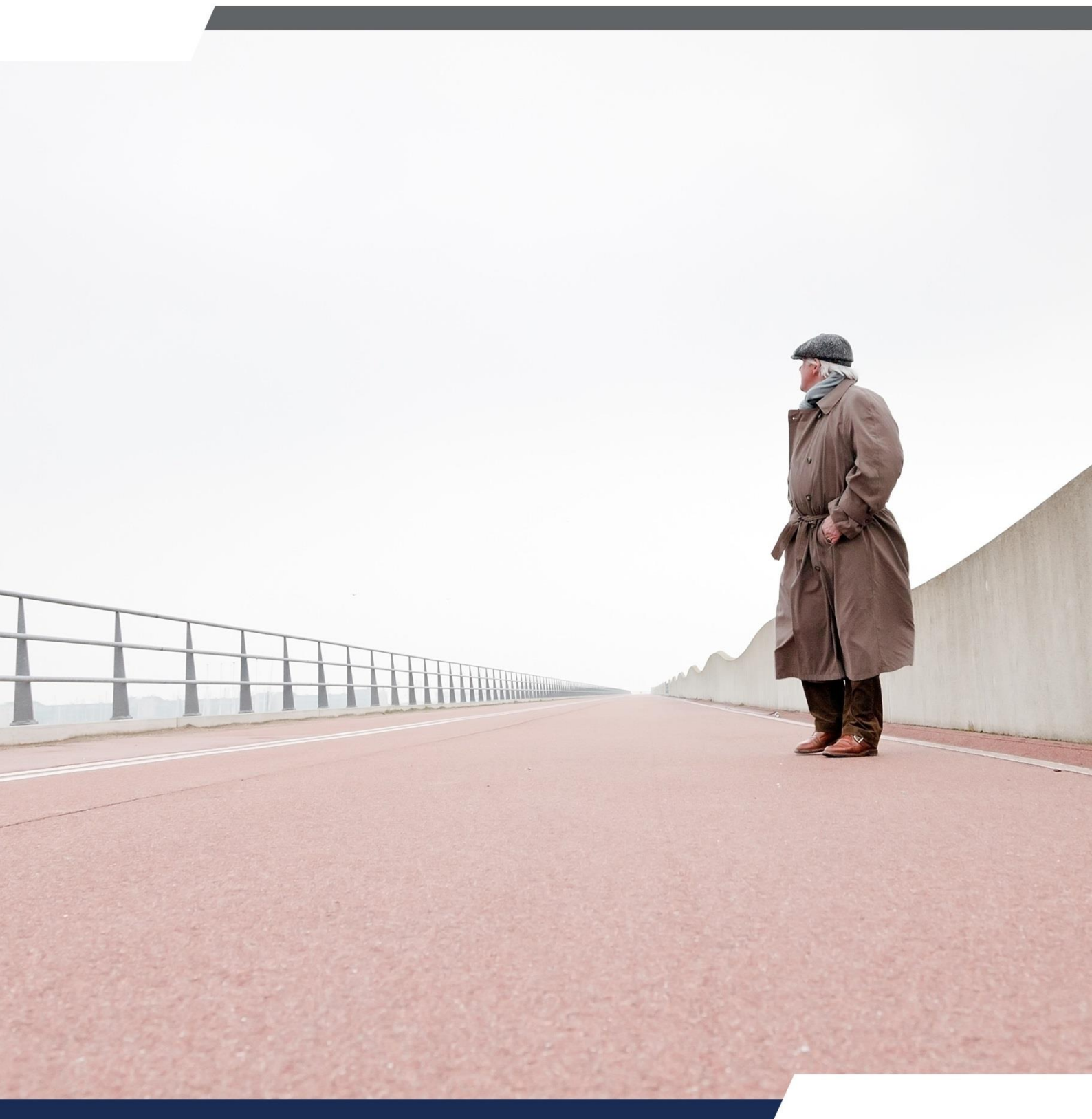


# EVALUATIE LOKALE AANPAK HUISARTSENPOST OOSTERHOUT TER VOORKOMING VAN **VERWARD GEDRAG**



# **Evaluatie lokale aanpak Huisartsenpost Oosterhout ter voorkoming van verward gedrag**

Caroline Kruyt, Lieke Raaijmakers, GGD West-Brabant

## Inhoud

Inhoud .....	3
Samenvatting .....	4
1. Inleiding en methode .....	6
Methode .....	7
Leeswijzer .....	8
2. Analyse casuïstiekverslagen .....	9
3. Resultaten interviews .....	12
Implementatie van de aanpak .....	12
Ervaring met de inzet van de SPV op de HAP .....	12
Achtergrond en problematiek van patiënten .....	12
Hulpvraag van patiënten .....	13
Zorgbehoefte van patiënten .....	14
Piekmomenten van de doelgroep op de HAP .....	14
Reguliere routing (als SPV er niet is) .....	14
Ondersteuningsbehoefte van professionals op de HAP .....	15
Werkwijze van de SPV .....	15
Bereikbaarheid van de SPV .....	16
Ervaren meerwaarde van de SPV op de HAP .....	17
Benodigde kwaliteiten en vaardigheden voor de functie van de SPV .....	17
Continuering van de inzet van de SPV op de HAP .....	18
4. Conclusie en aanbevelingen .....	20
Algemene conclusie en aanbevelingen .....	22

## Samenvatting

Zorggroep Regio Oosterhout heeft een aanpak ontwikkeld die tot doel heeft om verward gedrag te voorkomen bij mensen die zich melden op de HAP door vroegtijdige, doelmatige en juiste hulp te bieden. De aanpak betrof de inzet van een sociaal psychiatrisch verpleegkundige (SPV) op de Huisartsenpost (HAP) in Oosterhout. De SPV is in de periode november 2017 - februari 2018 16 uur per week in dienst geweest bij de HAP.

GGD West-Brabant heeft deze aanpak geëvalueerd om een goed beeld te krijgen van de successen en verbeterpunten van de werkwijze. Hiertoe is een kwalitatief onderzoek uitgevoerd bestaande uit een analyse van 17 geanonimiseerde casuïstiekverslagen van patiënten die gezien zijn door de SPV op de HAP. Daarnaast zijn 7 professionals, waaronder 3 triagisten, 3 huisartsen en de SPV, (telefonisch) geïnterviewd.

### Achtergrond en problematiek doelgroep

Uit zowel de casuïstiekverslagen als de interviews blijkt een aanzienlijk deel van de patiënten al bekend te zijn met psychische of psychiatrische problematiek. Een groot deel van deze patiënten is al in behandeling of onder begeleiding (geweest) van een tweedelijnsinstelling en een deel gebruikt al psychofarmaca. Onder de patiënten met psychische en/of psychiatrische problematiek is een groep van zogenaamde "veelbellers" die bekend zijn bij de triagisten. Professionals ervaren dat de hulpvraag van patiënten in de meeste gevallen niet direct helder is en dat men ook moeite heeft met het formuleren er van. De hulpvraag is heel divers: zo wil de ene patiënt een luisterend oor, een ander wil (extra) medicatie of wil opgenomen worden. Een belangrijke gemene deler is dat men zodanig vastgelopen is, dat men niet kan wachten tot hulp buiten de avond-, nacht- en weekend-uren (ANW-uren). Bij de meerderheid van de patiënten die gezien is door de SPV was geen sprake van verward gedrag, maar de problematiek zou daar in potentie wel toe kunnen leiden.

### Meerwaarde inzet SPV

Het merendeel van de professionals benoemt dat de inzet van de SPV meerwaarde heeft voor de patiënten. Deze meerwaarde zit met name in het feit dat de ondersteuning die de SPV biedt beter aansluit op de patiënt. De ondersteuning is met name gericht op overbrugging tot hulp op reguliere tijden. Professionals die zicht hebben op de ervaringen van patiënten met de SPV geven aan dat het contact met de SPV door patiënten positief ervaren wordt. Naast de meerwaarde voor de patiënten biedt de inzet van de SPV op de HAP ook meerwaarde voor triagisten en huisartsen. De inzet heeft gezorgd voor verlichting (tijd en mentale druk) van de werkzaamheden. Daarnaast ervaren de SPV en enkele professionals dat de kennisuitwisseling met de SPV in gesprekken over casuïstiek en het omgaan met problematisch gedrag meerwaarde heeft.

### Continuering inzet SPV

De professionals zijn tevreden over de inzet van de SPV op de HAP. Het merendeel van de professionals geeft echter aan dat de SPV momenteel nog niet efficiënt wordt ingezet. Er zijn met name te weinig casussen om de tijd die de SPV op de post heeft volledig in te vullen. Ook is het vooraf niet te bepalen of het druk gaat zijn met casuïstiek waarbij de SPV een rol kan spelen. Men

pleit daarom voor een andere opzet gericht op een productievere inzet van de SPV en het beter benutten van de inhoudelijke expertise van de SPV. Suggesties die de professionals onder andere doen zijn: werktijden meer afstemmen op piekmomenten, het werken voor meerdere huisartsenposten, het verbreden van de doelgroep, het verrichten van aanvullende werkzaamheden gericht op de ondersteuning van de patiënt en het oppakken van taken binnen de HAP zoals scholings- en beleidstaken. In aanvulling op bovenstaande suggesties zien professionals ruimte voor verbetering in de terugkoppeling van casuïstiek en het verlenen van toegang tot patiëntdossiers.

### **Overall**

Op basis van de eerste positieve ervaringen wordt geadviseerd de inzet van de SPV te continueren mits de functie wordt doorontwikkeld op basis van de suggesties voor een efficiëntere ureninzet en verdere inhoudelijke invulling (o.a. scholingstaken). Op basis van deze evaluatie is nog onvoldoende duidelijk hoe groot de behoefte aan opname is en wat hieronder exact wordt verstaan. Gaat het om opname door de GGZ (of een BOR) of een time-out voorziening? De meerderheid van de professionals beschouwt het aanbieden van een time-out voorziening vooralsnog niet als de beste oplossing voor de patiënten met het verzoek tot opname. Het is wenselijk om de meerwaarde van het aanbieden van een time-out voorziening ten opzichte van de ambulante ondersteuning van de SPV in kaart te brengen. Tenslotte is in deze evaluatie het perspectief van de patiënten op de aanpak niet meegenomen. Het wordt aanbevolen hier aandacht aan te besteden bij het continueren van de inzet van de SPV op de HAP.

## 1. Inleiding en methode

De laatste jaren staan (incidenten met) personen met verward gedrag regelmatig in de aandacht. De belangrijkste aanleiding hiervoor is een stijging in het aantal meldingen in de politieregistratie onder de meldcode E33 'overlast door verwarde of overspannen personen'. Per 1 oktober 2016 hebben de ministers van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) en Veiligheid en Justitie (VenJ) en de voorzitter van de directieraad van de Vereniging van Nederlandse Gemeenten (VNG) het *Schakelteam personen met verward gedrag* ingesteld. De missie van het team is als volgt: 'In de ondersteuning, opvang en zorg van mensen met verward gedrag is het van groot belang dat de persoon zelf en zijn familie centraal staan. Dat hulpverleners nauw samen werken en niet loslaten voordat een ander het overgenomen heeft. Zo raakt niemand tussen wal en schip.' Om dit te bereiken is het de bedoeling dat alle gemeenten en regio's per 1 oktober 2018 beschikken over een goed werkende aanpak voor de ondersteuning van mensen met verward gedrag<sup>1</sup>. Het Schakelteam ondersteunt actiegericht de realisatie hiervan, adresseert knelpunten bij de juiste partijen, verbindt partijen en monitort de voortgang. Het Schakelteam hanteert de volgende definitie van personen met verward gedrag: 'Mensen die de grip op hun leven (dreigen te) verliezen, waardoor het risico aanwezig is dat zij zichzelf of anderen schade berokkenen'<sup>1</sup>.

Een cijfermatige verkenning uitgevoerd in de regio West-Brabant laat zien dat in de periode 2012-2015 het aantal registraties van incidenten met verward gedrag jaarlijks met gemiddeld 19% toeneemt<sup>2</sup>. Vooral in de vijf grootste gemeenten, waaronder Oosterhout, was deze stijging zichtbaar. De grootste knelpunten in de zorg zijn: onduidelijkheid waar men terecht kan met problematiek die (nog) niet passend is voor de GGZ-crisisdienst, een beperkte 24-uurs bereikbaarheid van reguliere hulpverlening en een gebrek aan tijdelijke opvangvoorzieningen. Deze problemen kunnen volgens het veld grotendeels opgelost worden door een tijdelijke opvang- en time-out voorziening en een 24-uurs meldpunt voor triage. Een dergelijke time-out voorziening is bedoeld voor kortdurende opvang gericht op het herstel van de patiënt en de situatie/context waarin deze zich bevindt. Doel is stabilisatie van de situatie en daarmee het voorkomen van doorverwijzen (naar bijvoorbeeld tweedelijns zorg).

In de reguliere werkwijze in de regio vindt er triage plaats door de GGZ crisisdienst, echter beoordeelt de crisisdienst alleen de zeer acute crisissen tot een indicatie voor opname bij SGGZ en er is geen sluitende oplossing voor degenen die niet tot deze groep behoren. Bij sociaal-maatschappelijke problemen vindt de triage plaats door de maatschappelijke opvang. Voor de huisartsen die dienst hebben in de ANW-uren zijn de routes en/of wachttijden voor deze diensten vaak onduidelijk. Gevolg hiervan is dat er onduidelijkheid bestaat in de triage en melding van personen met verward gedrag en over de inzet van de noodzakelijke hulp. Op de Huisartsenpost (HAP) is met name behoefte aan ondersteuning van een deskundige bij de triage voor het

---

<sup>1</sup> Schakelteam voor personen met verward gedrag. (2016). *Niemand tussen wal en schip. Schakelprogramma. Schakelteam voor personen met verward gedrag*. Den Haag: VNG.

<sup>2</sup> Jongeneel, M., & Raaijmakers, L. (2016). *Groeiende bezorgdheid om verwarde personen. De problematiek, de uitdagingen en veranderingsmogelijkheden in de (crisis)zorg in West-Brabant*. Breda: GGD West-Brabant.

inschakelen van de crisisdienst en om de patiënten waarbij geen crisisopname nodig is, wel ondersteuning te kunnen bieden. Binnen de groep personen met (potentieel) verward gedrag worden verschillende problemen onderscheiden, waaronder psychosociale of psychiatrische problemen of geriatrische problemen. De aanpak voor deze groepen is verschillend. Zorggroep Regio Oosterhout (Zorroo) werkt in de regio samen met instellingen voor ouderenzorg.

Zorroo heeft mede op basis van bovenstaande bevindingen een aanpak ontwikkeld die tot doel heeft om verward gedrag te voorkomen bij mensen die zich melden op de HAP door vroegtijdige, doelmatige en juiste hulp te bieden. De aanpak betrof de inzet van een sociaal psychiatrisch verpleegkundige (SPV) op de HAP in Oosterhout. Daarnaast was het doel om, in samenwerking met een ervaringsdeskundige en Fameus, criteria op te stellen voor het gebruik van een time-out voorziening voor patiënten die zich melden op de HAP en patiënten eventueel gebruik te laten maken van een time-out voorziening. Alleen als een verward persoon niet binnen de zorg van de GGZ of Maatschappelijke opvang crisisdienst valt en aan de gestelde criteria voldoet komt deze in aanmerking voor de time-out voorziening.

GGD West-Brabant heeft een evaluatie naar deze aanpak uitgevoerd. Deze evaluatie vormt onderdeel van de bredere subsidieaanvraag "Ontwikkelen van een lokale aanpak voor verwarde mensen in de avond-, nacht- en weekenduren voor de regio West-Brabant Oost Oosterhout, Dongen, Rijen, Geertruidenberg en Drimmelen)". Het doel van deze evaluatie is een goed beeld te krijgen van de successen en verbeterpunten van de aanpak om verward gedrag te voorkomen bij mensen die zich melden op de HAP. De volgende onderzoeksvragen stonden centraal:

1. *Wat is de doelgroep die nu gezien is door de SPV (aantal, hulpvraag, advies van de SPV)?*
2. *Wat heeft de inzet van de SPV opgeleverd voor patiënten en triagisten en huisartsen op de HAP?*
3. *Wat zijn de verbeterpunten voor de inzet van de SPV?*
4. *In hoeverre sluit de reguliere ondersteuning aan bij de zorgbehoefte van patiënten?*
  - a. *In hoeverre is er behoefte aan een time-out voorziening?*
  - b. *Welke rol kunnen ervaringsdeskundigen spelen bij de ondersteuning?*

## **Methode**

Om antwoord te kunnen geven op de onderzoeksvragen is een kwalitatief onderzoek uitgevoerd. Dit bestond uit de volgende activiteiten:

### *Analyse van geanonimiseerde casuïstiekverslagen*

Na afloop van de geboden hulp wordt voor elke patiënt die gezien is door de SPV op de HAP een verslag gemaakt door de SPV. Dit verslag wordt opgenomen in het patiëntdossier. Voor deze evaluatie waren 17 geanonimiseerde casuïstiekverslagen beschikbaar. Patiënten hebben toestemming gegeven voor het gebruik van de verslagen voor dit onderzoek. Van elk verslag is een mindmap gemaakt en deze zijn vervolgens geanalyseerd en samengevat.

### *Interviews met triagisten, huisartsen en de SPV*

In februari en maart 2018 zijn 7 professionals, waaronder 3 triagisten, 3 huisartsen en de SPV (telefonisch) geïnterviewd. Deelnemers zijn geworven via diverse oproepen via de HAP en Zorroo. Van ieder interview is een verslag gemaakt en de verslagen zijn ter validatie teruggekoppeld aan de deelnemers. De output van interviews is grotendeels gecodeerd op basis van de vooraf bepaalde thema's, die nodig zijn voor beantwoording van de onderzoeksvragen.

### **Leeswijzer**

In hoofdstuk 2 wordt een samenvatting gegeven van de analyse van de casuïstiekverslagen. Hoofdstuk 3 gaat in op de resultaten van de interviews met professionals. In hoofdstuk 4 wordt afgesloten met een conclusie en aanbevelingen.



## 2. Analyse casuïstiekverslagen

Hierna wordt een samenvatting gegeven van de analyse van 17 geanonimiseerde verslagen van patiënten die gezien zijn door de SPV op de HAP. In volgorde van het proces van melding naar hulp wordt ingegaan op het contact met de HAP en de SPV, de presentatie van de klachten en achtergrond en problematiek van de patiënt, de hulpvraag, al ondernomen acties door patiënt of naasten, geboden hulp door de SPV en afsluiting en opvolging van het contact met de SPV.

# Inzet SPV op HAP - Analyse 17

## casuïstiek verslagen

### Contact

Het contact met de SPV verloopt bij het merendeel van de patiënten telefonisch. Een enkeling bezoekt de HAP. De meerderheid van de patiënten neemt zelf contact op met de HAP. Ook naasten van patiënten zoals partner, ouder(s) of kind benaderen de HAP. Een enkele keer wordt het eerste contact gelegd door de crisisdienst of komt iemand via de eerstehulpverlening binnen.

### Presentatie klachten

- Bij meerdere patiënten is er sprake van angst en panieklachten of depressieve klachten. In sommige gevallen uiten deze klachten zich somatisch (zoals pijn op de borst).
- Meerdere patiënten hebben (daarnaast) suïcidale gedachten of doen suïcidale uitspraken zonder daarbij plannen of intenties te hebben.
- Ook gebruiken enkele patiënten verdovende middelen (enkel zijn onder invloed op het moment van contact).
- Ook automutilatie, verstoord slaapritme/gedrag, verstoord voedingsgedrag en ontrekkingsverschijnselen worden gezien.

### Achtergrond en problematiek patiënten

- Veel patiënten zijn al bekend met psychische of psychiatrische problematiek (burn out / schizofrenie / depressie / autismespectrumstoornis / ADHD). Een groot deel van deze patiënten is al in behandeling of onder begeleiding (geweest) van een tweedelijnsinstelling. Een deel van de patiënten gebruikt al psychofarmaca.
- Voor enkele patiënten lijkt dit de eerste keer dat zij hulp inroepen voor psychische problemen.
- Een klein deel van de patiënten heeft een lichte verstandelijke beperking.
- Een aantal patiënten heeft te maken met multi-problematiek (scheiding / verbroken relatie / schooluitval / ziekte familielid / familieruzie).

#### *Openstaan voor hulp of advies*

*Het merendeel van de patiënten die zelf contact opneemt met de SPV lijkt open te staan voor hulp of advies.*

### Al ondernomen acties door patiënt of naasten

De meeste mensen die (op eigen initiatief) bij de SPV terecht komen hebben al één of meerdere acties ondernomen om hulp te verkrijgen. Een enkeling heeft zijn/haar crisissignaleringsplan al opgevolgd maar met onvoldoende effect. In veel gevallen hebben de patiënten (of hun naasten) voordat zij contact opnemen met de HAP al contact met een professional opgenomen waaronder:

- de eigen behandelaar of bereikbaarheidsdienst instelling (meerderheid)
- andere hulpverleners of instellingen zoals hulpdiensten, gemeente, maatschappelijk werk of (eigen) huisarts.

Deze contacten hebben de patiënt of hun naasten nog niet voldoende opgeleverd om de periode (bijv. het weekend) tot het contact met de behandelaar of tot de start van de behandeling te overbruggen.

## Hulpvraag

Een deel van de patiënten lijkt moeite te hebben met het formuleren van hun hulpvraag. Zij willen graag een gesprek of willen geholpen worden bij hun problemen zonder een specifiek beeld te hebben waaruit die hulp zou moeten bestaan.

Een veel voorkomende hulpvraag is het verzoek om opname (of Bed op Recept). Een aantal mensen met dit verzoek heeft al bij de behandelende instelling aangeklopt waarna niet aan dit verzoek is tegemoetgekomen.

Een groot deel van de patiënten verzoekt (daarnaast) om (extra / aangepaste) medicatie.

Naasten of hulpverleners die contact opnemen met de SPV zijn bezorgd/ongerust over de fysieke of mentale toestand (o.a. suïcidale neigingen, agressie, ondervoeding) van de patiënt. Zij lijken hun zorg te willen delen en advies te willen krijgen over de te nemen stappen.

## Tegemoetkoming hulpvraag

*Een klein deel van de patiënten die zelf contact opnemen met de SPV heeft zelf al contact gezocht met hun huidige behandelende instelling of andere instanties en voelen zich daar niet gehoord. Een enkeling geeft aan van het kastje naar de muur te worden gestuurd of vindt het vervelend dat de hulpvraag niet direct kan worden afgehandeld (contact met behandelaar is bijvoorbeeld pas na het weekend mogelijk). Ze uitten bij de SPV hun onvrede over de afhandeling daar en het niet tegemoet komen aan hun hulpvraag. Zij hebben dan ook specifieke wensen over het type hulp (m.n. wens tot opname of aanpassing in de medicatie) en staan minder open voor alternatieven.*

## Hulp SPV

De SPV achterhaalt de hulpvraag van de patiënt, toont begrip voor de klachten of geeft erkenning, normaliseert of relativeert de klachten eventueel en biedt de patiënt (een combinatie van) de volgende oplossingen / acties:

- Uitleg, tips en advies aan patiënt. Advies o.a. over hulpinstellingen waarbij de patiënt terecht zou kunnen, inschakelen van bekenden voor ondersteuning en het nemen van medicatie. Tips tegen piekeren en het meegeven van bespreekpunten met de eigen behandelaar.
- Contact met instanties waaronder crisisdienst i.v.m. beoordeling aan huis, behandelend instelling i.v.m. plan voor cliënt na weekend.
- Plan op maat opstellen samen met cliënt / naaste over te nemen vervolgstappen voor hulp (bijv. verwijzing) of om het weekend door te komen.
- Inzet huisarts voor medicatie.

## Luisterend oor & perspectief

*De inzet van de SPV lijkt er voor het merendeel van de patiënten en naasten met name op gericht om een luisterend oor te bieden en op korte termijn perspectief te bieden om (zoveel mogelijk op eigen kracht) de periode totdat reguliere hulp mogelijk is te overbruggen.*

## Afsluiting of opvolging contact SPV

Een groot deel van de patiënten of naasten geeft aan met de geboden adviezen en oplossingen aan de slag te gaan. Een deel van de patiënten of naasten krijgt van de SPV het advies om weer contact op te nemen met de HAP wanneer de geboden adviezen onvoldoende blijken te helpen of daar noodzaak toe is.

## Ervaaring cliënten met inzet SPV

*Een deel van de patiënten geeft aan blij te zijn met de hulp die door de SPV geboden is. Ze bedanken voor het gesprek en geven bijvoorbeeld aan gerustgesteld te zijn en weer vooruit te kunnen met de geboden adviezen of medicatie, dat het geholpen heeft om te delen (luisterend oor en tijd SPV) en te relativiseren. Enkele patiënten zijn ontevreden over / teleurgesteld in de afhandeling van hun hulpvraag. Zij hadden gehoopt dat zij via de SPV bijvoorbeeld wel opgenomen konden worden. Dit lijken met name de patiënten te zijn die al ontevreden waren over de tegemoetkoming van hun hulpvraag elders.*

### **3. Resultaten interviews**

Hieronder volgt een beschrijving van de resultaten van de interviews met professionals. De resultaten weerspiegelen de eerste ervaringen met de inzet van de SPV op de HAP vanuit het perspectief van triagisten, huisartsen en de SPV zelf. De resultaten worden per onderwerp samengevat weergegeven voor alle professionals. Waar het van meerwaarde is voor de interpretatie wordt specifiek aangegeven voor welke professionals de resultaten van toepassing zijn.

#### **Implementatie van de aanpak**

De SPV is in de periode november 2017-februari 2018 16 uur per week in dienst geweest bij de HAP in Oosterhout. De SPV was op wisselende dagen aanwezig en er werd flexibel omgegaan met de ureninzet per week. De ene week draaide de SPV soms wat meer uren dan de andere week. Tijdens de diensten was de SPV de helft van de tijd aanwezig op de HAP en de andere helft van de tijd thuis telefonisch bereikbaar. Doordeweeks liepen de diensten doorgaans van 17.00 tot 1.30 uur. De SPV was dan meestal van circa 19.00 tot 23.00 uur op de HAP. In de weekenden wisselde de diensten van de SPV wat meer. De SPV was dan meestal van 13.00 tot 17.00 uur of van 19.00 tot 23.00 uur aanwezig.

Tijdens deze pilot is het ontwikkelen van criteria voor een time-out voorziening en het aanbieden ervan aan patiënten die zich melden op HAP, zoals beoogd was in de aanpak, niet gerealiseerd. Hiervoor zijn een aantal redenen. De beschikbare tijd was beperkt, mede doordat er relatief laat een geschikte persoon voor invulling van de functie van SPV is gevonden. Daarnaast was de inzet van de SPV met 16 uur per week beperkt vanwege de constructie op detacheringsbasis. In de pilotperiode zijn uiteindelijk relatief weinig patiënten (N=17) gezien die in aanmerking zouden kunnen komen voor een voorziening. Van deze patiënten had bovendien niet iedereen de behoefte aan een time-out.

#### **Ervaring met de inzet van de SPV op de HAP**

De geïnterviewde professionals hebben tijdens één of meerdere diensten op de HAP bij één of enkele patiënten ervaring opgedaan met de inzet van de SPV. Een professional heeft geen ervaring gehad met de inzet van de SPV en alleen de persoonlijke visie op de aanpak gedeeld. De geïnterviewde triagisten geven aan dat gedurende de pilot nog niet het gehele team van triagisten ervaring heeft opgedaan met de inzet van de SPV. De SPV is af en toe aanwezig maar nog niet iedereen heeft een casus gehad waarbij de SPV kon worden ingezet. Ook de geïnterviewde huisartsen herkennen dit beeld bij navraag naar ervaringen met de SPV bij collega's.

#### **Achtergrond en problematiek van patiënten**

De doelgroep waarvoor de SPV wordt ingezet zijn over het algemeen patiënten met psychische of psychiatrische klachten met een hulpvraag die niet kan wachten tot de eerstvolgende mogelijkheid tot contact met bijvoorbeeld de eigen huisarts of behandelaar. Dit is een brede groep die beroep wil doen op een vorm van hulp. Het gaat om mensen van jong tot oud met milde tot ernstige

problematiek. Het zijn patiënten waarvoor de crisisdienst GGZ niet gebeld kan worden omdat het een niet-acute situatie betreft en er geen directe gevaren voor de patiënt zelf en/of de omgeving zijn geconstateerd. Wel bestaat er een (potentieel) risico op verward gedrag.

De professionals onderscheiden verschillende categorieën van problematiek binnen de brede groep van patiënten met risico op verward gedrag:

- Patiënten met piekeren, angst- en/of panieklachten. Bij angst of panieklachten willen mensen geholpen worden. Bij angstklachten treden ook regelmatig somatische klachten op, zoals pijn op de borst. Reden voor deze klachten kan soms ook een psychiatrische stoornis of een depressie zijn.
- Patiënten met (ernstige) psychiatrische aandoeningen die soms ook al in contact staan met de GGZ of al langer bekend zijn met deze klachten en op een bepaald moment weer een acute hulpvraag hebben.
- Patiënten die agressief gedrag vertonen al dan niet in combinatie met middelenmisbruik.
- Enkele patiënten die om opname vragen. Achter deze hulpvraag zit meestal de wens om rust te krijgen. Mensen willen tijdelijk uit de situatie, een time-out.

Een deel van de patiënten met psychische en/of psychiatrische problematiek zijn vaste bellers, ook wel "veelbellers" genoemd. Deze patiënten zijn bekend bij de triagisten en staan op een lijst. Vaak gaat het om patiënten die op lijst van de crisisdienst GGZ staan of uitbehandeld zijn bij de GGZ.

Naast de groep patiënten met klachten van psychische of psychiatrische aard, melden ouderen met verward gedrag zich vaker bij de HAP volgens enkele professionals. Het gaat meestal om dementerende ouderen die 's nachts meerdere keren de HAP bellen. Ook hiervoor zou de SPV ingezet kunnen worden, maar gedurende de pilot hebben deze patiënten zich niet aangediend. Tenslotte is bezorgdheid/ongerustheid over de fysieke of mentale toestand van familielid een reden voor naasten om contact op te nemen met de HAP. Enkele professionals benoemen dat dit ook een vorm van angst is, namelijk de angst dat het misgaat met een persoon.

Professionals vinden dat er bij de patiënten waarvoor de SPV is ingezet niet direct sprake is van verward gedrag, wat in lijn is met het uitgangspunt van de aanpak. Vaak gaat het om mensen die hulp nodig hebben omdat ze tijdelijk vastlopen. Een enkele professional ervaart de laatste jaren wel een toename in telefoontjes op de HAP van mensen met verward gedrag in het algemeen.

## Hulpvraag van patiënten

De inzet van de SPV is van meerwaarde voor het helder krijgen van de hulpvraag van patiënten. Professionals ervaren namelijk dat de hulpvraag van patiënten in de meeste gevallen niet direct duidelijk is, behalve dat men aangeeft direct hulp te willen krijgen. "*De situatie die op dat moment bestaat is dusdanig dat die zo niet kan blijven bestaan en moet veranderen*". Door in gesprek te gaan met de patiënt komen triagisten en huisartsen uiteindelijk meestal wel tot de hulpvraag. De hulpvraag is heel divers: zo wil de ene patiënt een luisterend oor, een ander wil (extra) medicatie en een enkeling wil opgenomen worden. Bij patiënten met psychiatrische problematiek ervaren professionals dat patiënten slecht informatie kunnen geven en zelf niet altijd goed inschatten wat goed voor hen is. Hierdoor is het voor professionals lastig om te bepalen welke hulp geboden moet

worden en wat de achterliggende oorzaak is van de problematiek. Voor triagisten is het moeilijk om de juiste vragen te stellen, mede vanwege de angst om meer los te maken bij patiënten, maar vervolgens niet de tijd te hebben om hier adequaat op in te gaan vanwege andere acute hulpvragen.

## **Zorgbehoefte van patiënten**

De zorgbehoefte bij de patiënten die de SPV heeft gezien was in de meeste gevallen ook niet direct helder. De geïnterviewde triagisten hebben slechts enkele keren de vraag tot opname gekregen. Het ging dan bijvoorbeeld om mensen die niet alleen willen zijn en behoefte hadden aan een tijdelijke time-out. Ook huisartsen krijgen soms deze vraag, maar dan met name van patiënten die in het verleden al eens opgenomen zijn geweest bij de GGZ. Volgens een enkele professional zit achter de wens voor opname vaak de behoefte aan rust. Mensen willen tijdelijk uit de situatie kunnen stappen, een time-out. Een enkele professional ervaart dat er bij patiënten veel misvattingen bestaan over rust vinden bij opname. Professionals verwachten namelijk dat opname de patiënt geen rust brengt bij plaatsing op bijvoorbeeld een gesloten afdeling met psychotische patiënten. Een time-out voorziening biedt dan mogelijk een andere omgeving. Een risico dat echter genoemd wordt van het aanbieden van een time-out voorziening is dat aanbod vraag creëert. Een aandachtspunt is dan ook dat er hele duidelijke criteria voor opname gesteld moeten worden. Het merendeel van de professionals lijkt de voorkeur te geven aan ambulante hulpverlening. De SPV kijkt hoe iemand in de thuissituatie weer rust of vermindering van klachten kan vinden en probeert vooral te normaliseren.

## **Piekmomenten van de doelgroep op de HAP**

Professionals hebben een wisselend beeld van de piekmomenten waarop patiënten met psychische of psychiatrische problematiek zich melden bij de HAP. Triagisten geven aan dat de feestdagen piekmomenten zijn of noemen de herfstperiode en lange weekenden, waarin mensen bijvoorbeeld niemand zien, als drukke periode. Daarnaast ervaren triagisten en huisartsen dat het vooral in de avonduren druk is. De ervaring is dat mensen angstiger worden als het donker gaat worden.

## **Reguliere routing (als SPV er niet is)**

Het merendeel van de professionals geeft aan dat het zoeken is in de afhandeling van psychologische of psychiatrische problematiek binnen de HAP. Men geeft aan dat de mogelijkheden om verdere hulp in te schakelen voor patiënten met deze problematiek tijdens de diensten op de HAP zeer beperkt zijn. Triagisten zetten casussen met dergelijke problematiek waar ze zelf niet uit komen door naar de huisarts. Dit zorgt vaak voor drukte op de HAP omdat de afhandeling hiervan vaak veel tijd vergt voor de huisarts. Ook wordt via de huisarts regelmatig de GGZ crisisdienst ingeschakeld (of gevraagd om advies). De GGZ crisisdienst is echter zwaar belast waardoor de patiënt lang moet wachten. Bovendien gelden duidelijke criteria voor de inzet van deze crisisdienst. In enkele gevallen wijst de triagist de patiënt op de ondersteuning van 113 (hulplijn suïcidepreventie) of Sensor. Daar kunnen patiënten voor een luisterend oor terecht. Dit gaat dan vooral om patiënten die eenzaam zijn en behoefte hebben aan een gesprek. Patiënten met ernstige

problematiek zoals het vertonen van verward gedrag of het doen van suïcidale uitspraken kunnen daar niet terecht. Verder is het voor zowel de triagisten als de huisartsen zoeken naar oplossingen om de patiënt te helpen bij de overbrugging tot reguliere hulp. Dat kan door een ondersteunend gesprek of door bijvoorbeeld het voorschrijven van medicatie. Het gebrek aan tijd (en de ervaren druk) is hierbij een belangrijk knelpunt dat door de professionals op de HAP wordt ervaren. De SPV is hier van meerwaarde. Enkele professionals ervaren dat het tekort aan ondersteuningsmogelijkheden voor patiënten ook een van de grootste knelpunten is in relatie tot de ervaren toename van verward gedrag.

## Ondersteuningsbehoefte van professionals op de HAP

Op de HAP ervaren de professionals een aantal knelpunten in de gespreksvoering en ondersteuning van mensen met psychische of psychiatrische problematiek. De professionals geven aan dat de triagisten vaak onder tijdsdruk werken waardoor zij slechts beperkt kunnen ingaan op de hulpvraag en ook slechts beperkt ondersteuning kunnen bieden. Volgens de deelnemers hebben zowel triagisten als huisartsen wisselende affiniteit en feeling met dit type problematiek. Enkele professionals geven aan niet goed te weten wat ze met deze patiënten aan moeten. Over het algemeen heeft men onvoldoende kennis en vaardigheden om hiermee om te kunnen gaan. Onder de triagisten is er behoefte aan scholing op dit gebied. Ook de andere professionals zijn van mening dat de triagisten hier baat bij kunnen hebben. Men denkt dan met name aan:

- Concrete gesprekstechnieken / gespreksmodel (o.a. voor het uitvragen van psychiatrische klachten en het inspelen op veelbellers, geruststellen patiënt).
- Kennis over verschillende soorten psychische of psychiatrische problematiek en hoe je hier per ziektebeeld op in moet spelen.

Kennis en vaardigheden die bij de huisartsen nog versterkt kunnen worden zijn volgens een enkeling kennis over specifieke medicatie en meer inzicht in welke vervolgstappen het meest kansrijk zijn voor de hulpvragen die zich aandienen.

Het merendeel van de professionals geeft aan dat de SPV een belangrijke rol zou kunnen spelen in het scholen van triagisten (en huisartsen) op de HAP. Er wordt o.a. gedacht aan de overdracht van kennis en vaardigheden en het bespreken van casuïstiek. Een belangrijk aandachtspunt blijft dan nog wel de beperkte tijd die de professionals in de gesprekken kunnen steken. Mede hierdoor verwacht het merendeel van de professionals niet dat scholing de rol van de SPV op de HAP kan vervangen. Daarnaast blijft de SPV de expert op dit terrein. Volgens een enkele professional hangt dit ook af van de taken die de SPV verder binnen de HAP nog op zich zou kunnen nemen zoals het leggen van verbindingen met andere (zorg)partijen.

## Werkwijze van de SPV

Hoewel het niet voor alle professionals op de HAP duidelijk was waarvoor de SPV ingezet zou worden, is volgens de triagisten vooraf besproken bij welke type casuïstiek zij de SPV konden inschakelen. Uitsluitingen waren:

- Patiënten met (mogelijk ook) lichamelijke problematiek. Pas bij het uitsluiten hiervan door de huisarts zou de SPV in beeld kunnen komen.
- Patiënten in crisissituaties (bijvoorbeeld suïcidale neigingen).
- Patiënten die al onder behandeling zijn van de GGZ.

De SPV was volgens de triagisten wel in te schakelen voor patiënten met psychische of psychiatrische problemen die niet direct in een crisissituatie zaten, patiënten die niet bekend zijn bij de GGZ maar waarvan het wel duidelijk is dat ze hulp nodig hebben, patiënten die nog in een voortraject van de GGZ zitten (op de wachtlijst) en bij somatische casussen waarbij mogelijk ook psychische problemen meespeelden.

De routing die doorlopen werd bij het inschakelen van de SPV verschilde volgens de professionals die ervaring hebben met de SPV. De in de pilot afgesproken routing was dat de triagisten de casus aan de huisarts zouden voorleggen die vervolgens beoordeelde of deze casus naar de SPV doorgezet zou worden. In de praktijk werd er door de triagisten in veel gevallen vooraf al overleg gepleegd met de SPV. Ook werd de patiënt in sommige gevallen al gezien door de SPV voordat het consult met de huisarts plaatsvond of werd de SPV tijdens het consult bij de huisarts gevraagd om mee te denken.

Terugkoppeling van de inzet (het contact en de geboden ondersteuning) van de SPV vond plaats door middel van een verslag dat door de triagisten in het patiëntdossier wordt gezet. Uiteindelijke accordering hiervan werd door de dienstdoende huisartsen gedaan. De SPV heeft geen toegang tot patiëntdossiers. Deze toegang kan tijdswinst opleveren voor de triagisten (doordat zij het verslag dan niet zelf hoeven in te voeren). Daarnaast zou inzage in patiëntdossiers de SPV betere achtergrondinformatie over de patiënt kunnen bieden (welke hulpverlening krijgt een patiënt al etc.). Welk traject de patiënt na de inzet van de SPV doorloopt is voor de meeste professionals die ervaring hebben met de SPV onduidelijk. Men geeft aan weinig tot geen zicht te hebben op wat patiënten en/of professionals hebben gedaan met de geboden adviezen of ondersteuning. Ook is het onduidelijk of een patiënt toch opnieuw contact zoekt met de HAP. Een enkele huisarts geeft aan dat er ook weinig tijd beschikbaar is om een casus met de SPV na te bespreken. In de terugkoppeling zit volgens de meeste professionals dus nog ruimte voor verbetering, ook in het kader van het onderlinge leerproces.

## **Bereikbaarheid van de SPV**

Hoewel het niet noodzakelijk geacht wordt, geven meerdere professionals aan dat de aanwezigheid van de SPV op de post meerwaarde heeft ten opzichte van telefonisch contact. Zo hebben de professionals duidelijker op het vizier dat zij de SPV op dat moment kunnen inschakelen, sparren ze zelfs al met de SPV als zij de patiënt nog aan de telefoon hebben (dan zit de SPV op het callcenter zelf) en is het prettig een gezicht bij de persoon te kennen. Voor het bevorderen van de zichtbaarheid is de SPV tijdens de pilot meer aanwezig geweest op de HAP dan vooraf de bedoeling was. Ook heeft het bij sommige casussen meerwaarde wanneer de patiënt face-to-face contact heeft met de SPV in plaats van telefonisch.



## Ervaren meerwaarde van de SPV op de HAP

Het merendeel van de professionals benoemt dat de inzet van de SPV meerwaarde heeft voor de patiënten. Deze meerwaarde zit met name in het feit dat de ondersteuning die de SPV biedt beter aansluit op de patiënt. Volgens hen biedt de SPV patiënten met psychische of psychiatrische problematiek professionele ondersteuning met name gericht op overbrugging tot hulp op reguliere tijden. De SPV weet onder andere het gesprek met deze patiënten beter aan te gaan, weet de patiënt gerust te stellen en welke vervolgstappen genomen moeten worden. Ook is de SPV vanwege de werkzaamheden bij de crisisdienst GGZ bekend met het lokale veld en de mogelijkheden, waardoor sneller de juiste hulp kan worden ingezet. Andere voordelen voor de patiënt die het merendeel van de professionals noemt zijn de tijdswinst (het niet hoeven wachten op contact met huisarts of crisisdienst) en de tijd die voor het gesprek kan worden genomen. Een enkeling noemt ook het voorkomen van inzet van zwaardere zorg zoals het inschakelen van de crisisdienst.

Professionals die zicht hebben op de ervaringen van patiënten met de SPV geven aan dat patiënten het contact met de SPV positief ervaren. Patiënten voelen zich door de SPV gehoord en vinden het fijn hun verhaal kwijt te kunnen bij iemand die er verstand van en tijd voor heeft.

Naast de meerwaarde voor de patiënten op de HAP heeft de inzet van de SPV op de HAP ook meerwaarde voor de professionals zelf. Professionals die diensten draaiden waarbij de SPV aanwezig was hebben het als prettig ervaren de SPV te kunnen inschakelen en zijn tevreden over de door de SPV geboden ondersteuning. Dit heeft gezorgd voor verlichting (tijd en mentale druk) van de werkzaamheden. Een van de professionals zegt hierover *"ze nam werk uit handen dat door velen als moeilijk ervaren wordt"*. Ook wordt er door een enkeling genoemd dat nieuwe telefoontjes voorkomen werden doordat de SPV de patiënt goed gerust wist te stellen. Daarnaast ervaren meerdere professionals dat de kennisuitwisseling met de SPV in gesprekken over casuïstiek en het omgaan met problematisch gedrag meerwaarde heeft. *"Je kunt een bredere blik geven. Wat is de problematiek waar je de zwaailichten voor aan zet of juist niet veel moet aanbieden? Wat zijn dan de do's en don'ts? Wat zijn de mogelijkheden en onmogelijkheden van de GGZ en welke andere partijen zijn er nog, waar men niet altijd aan denkt."* Enkele professionals geven aan dat zij door de aanwezigheid van de SPV al het een en ander geleerd hebben of zelf anders zijn gaan doen. Enerzijds doordat zij contact hebben gehad met de SPV voor een specifieke casus. Anderzijds doordat zij de SPV voor algemene vragen hebben benaderd of de SPV aan het werk hebben gezien. Voorbeelden van opgedane kennis en vaardigheden zijn tips over gesprekstechnieken en de imitatie daarvan, achtergrondinformatie over een specifiek ziektebeeld en informatie over vervolgtrajecten voor patiënten.

## Benodigde kwaliteiten en vaardigheden voor de functie van de SPV

Een SPV is volgens de meeste professionals de juiste professional om op de HAP in te schakelen voor de eerder beschreven doelgroep. De SPV is een breed en stevig opgeleide professional die goed kan omgaan met de doelgroep en de problematiek goed weet te plaatsen en te beoordelen. Bekendheid van de SPV met de lokale situatie / netwerk is volgens de meeste professionals van meerwaarde (prettig schakelen) maar niet per se noodzakelijk. Dit geldt ook voor een achtergrond

van de SPV bij de GGZ crisisdienst. Meerwaarde hierin zit met name in de bekendheid met bepaalde patiënten (weten wat er speelt en hoe met deze persoon om te gaan). Kennis en vaardigheden die iemand in huis moet hebben om een dergelijke functie op de HAP te vervullen zijn volgens de professionals onder andere:

- Kennis van ziektebeelden
- Beschikken over gesprekstechnieken (hulpvraag boven tafel krijgen, luisterend oor kunnen bieden)
- Ondersteuning kunnen bieden aan de patiënt.
- Weg weten in de zorg (kennis en mogelijkheden op de HAP en van de crisisdienst)
- Ervaring (in de GGZ)
- Geduldig zijn / de tijd nemen voor de patiënt.

In de samenwerking met de SPV wordt door een enkeling aangegeven dat het prettig is wanneer diegene duidelijk aangeeft of een casus geschikt is voor inzet van de SPV, goed kan meedenken en verbanden kan leggen tussen de HAP en de GGZ crisisdienst.

### **Continuering van de inzet van de SPV op de HAP**

De professionals zijn over het algemeen zeer te spreken over de inzet van de SPV op de HAP. Het merendeel van de professionals geeft echter aan dat de SPV momenteel nog niet efficiënt wordt ingezet. Er zijn met name te weinig casussen om de tijd die de SPV op de post heeft volledig in te vullen. Vooraf is niet goed te bepalen of het druk gaat zijn met casuïstiek waarbij de SPV een rol kan spelen. Dat betekent dat er vaak sprake was van een mismatch tussen het moment van aandienen van relevante casuïstiek en de beschikbaarheid van de SPV. Men pleit daarom voor een andere opzet waarbij de SPV productiever ingezet kan worden. Suggesties die door de professionals gedaan worden zijn:

- Aanpassingen in werktijden van de SPV, inzet op piekmomenten (daar moet dan wel beter inzicht in komen), inzet op beperkte tijden in het weekend om mensen terug te bellen of beschikbaarheid op oproepbasis.
- Dezelfde functie verdelen over meerdere huisartsenposten of andere instellingen of iemand vanuit de crisisdienst beschikbaar maken voor de eerste lijn.
- Inzet van de SPV voor een bredere doelgroep. Meerdere professionals geven aan dat de doelgroep met psychische/psychiatrische problematiek al erg breed is. Een van de triagisten geeft aan dat het prettig zou zijn als de SPV ook wat kan bieden aan eenzame mensen die geen hulpvraag hebben of bejaarden die licht dementerend zijn. Het gaat vaak om empathisch zijn en een luisterend oor bieden. Voor zover bekend bij de triagisten is de SPV hiervoor nog niet ingezet. Een enkele professional ervaart een hiaat in de verslavingszorg in de ANW-uren. Er is enkele keren met de SPV gesproken over een casus met dergelijke problematiek maar dat blijft een lastige doelgroep, ook voor de SPV.
- Een grotere rol oppakken in de overbrugging in bijvoorbeeld de weekenden om te voorkomen dat mensen alsnog in de tweede lijn terecht komen door bijvoorbeeld het aanbieden van vervolgesprekken.

- Aanvullende werkzaamheden verrichten waaronder het meegaan met de huisartsen op visites (samen oppakken, leren van elkaar), meedenken met triage op de HAP, terugkoppeling geven van gesprekken, verbindingen leggen of het versterken van de samenwerking met andere partijen en het oppakken van beleidstaken.
- Kennisoverdracht aan professionals op de HAP. Onder triagisten en huisartsen is er behoefte aan scholing op het gebied van gespreksvoering en ondersteuning van mensen met psychische of psychiatrische problematiek. Zie ook *ondersteuningsbehoefte professionals*.

## 4. Conclusie en aanbevelingen

Het doel van deze evaluatie was inzicht verkrijgen in de successen en verbeterpunten van de geboden hulp door de SPV om verward gedrag te voorkomen bij patiënten die zich melden op de HAP. In dit hoofdstuk beantwoorden we op basis van de analyse van de casuïstiekverslagen en de interviews integraal de vier onderzoeksvragen die centraal stonden in de evaluatie.

### *1. Wat is de doelgroep die nu gezien is door de SPV (aantal, hulpvraag, advies van de SPV)?*

De doelgroep zoals beschreven op basis van de casuïstiekverslagen en door de professionals in de interviews komt grotendeels overeen. Uit zowel de casuïstiekverslagen als de interviews blijkt een aanzienlijk deel van de patiënten al bekend te zijn met psychische of psychiatrische problematiek. Een groot deel van deze patiënten is al in behandeling of onder begeleiding (geweest) van een tweedelijnsinstelling en een deel gebruikt al psychofarmaca. Onder de patiënten met psychische en/of psychiatrische problematiek is een groep van zogenaamde "veelbellers" die bekend zijn bij de triagisten. Vaak gaat het om patiënten die op de lijst van de crisisdienst GGZ staan of uitbehandeld zijn bij de GGZ. Bij de meerderheid van de patiënten die gezien is door de SPV was geen sprake van verward gedrag. Vaak ging het om mensen die hulp nodig hebben omdat ze tijdelijk vastlopen. In potentie zou de problematiek in potentie wel tot verward gedrag kunnen leiden.

Professionals ervaren dat de hulpvraag van patiënten in de meeste gevallen niet direct helder is en dat men ook moeite heeft met het formuleren ervan. Een belangrijke gemene deler is dat men zodanig vastgelopen is, dat men niet kan wachten tot hulp buiten de ANW-uren. Door in gesprek te gaan met de patiënt komen professionals meestal wel tot de hulpvraag. De hulpvraag is heel divers: zo wil de ene patiënt een luisterend oor, een ander wil (extra) medicatie of wil opgenomen worden.

Vanwege de samenhang in de beantwoording van onderzoeksvraag 2 en 3, bespreken we deze samen:

- 2. Wat heeft de inzet van de SPV opgeleverd voor patiënten en triagisten en huisartsen op de HAP?*
- 3. Wat zijn de verbeterpunten voor de inzet van de SPV?*

Het merendeel van de professionals benoemt dat de inzet van de SPV meerwaarde heeft voor de patiënten. Deze meerwaarde zit met name in het feit dat de ondersteuning die de SPV biedt beter aansluit op de behoefte van de patiënt (handvatten voor overbrugging), behaalde tijds winst (het niet hoeven wachten op contact met huisarts of crisisdienst) en de tijd die voor het gesprek kan worden genomen. Volgens professionals die zicht hebben op de ervaringen van patiënten wordt deze meerwaarde ook door de patiënten gezien. Met name het luisterend oor, de expertise en de rust (beschikbare tijd) van de SPV worden gewaardeerd.

Naast de meerwaarde voor de patiënten op de HAP biedt de inzet van de SPV op de HAP ook meerwaarde voor de professionals zelf. De professionals zijn over het algemeen zeer tevreden over de ondersteuning van de SPV bij de casuïstiek waarbij de SPV de afgelopen tijd is ingezet. In deze gevallen heeft de inzet van de SPV gezorgd voor verlichting (tijd en mentale druk) van de

werkzaamheden. Daarnaast ervaren de SPV en enkele professionals dat de kennisuitwisseling met de SPV in gesprekken over casuïstiek en het omgaan met problematisch gedrag meerwaarde heeft.

Het merendeel van de professionals geeft echter aan dat de SPV momenteel nog niet efficiënt wordt ingezet. Er zijn met name te weinig casussen om de tijd die de SPV op de post heeft volledig in te vullen. Ook is het vooraf niet te bepalen of het druk gaat zijn met casuïstiek waarbij de SPV een rol kan spelen. Men pleit daarom voor een andere opzet gericht op een productievere inzet van de SPV en het beter benutten van de inhoudelijke expertise van de SPV. Suggesties die de professionals onder andere doen zijn: werktijden meer afstemmen op piekmomenten, het werken voor meerdere huisartsenposten, het verbreden van de doelgroep, het verrichten van aanvullende werkzaamheden gericht op de ondersteuning van de patiënt en het oppakken van taken binnen de HAP zoals scholings- en beleidstaken. In aanvulling op bovenstaande suggesties zien professionals ruimte voor verbetering in de terugkoppeling van casuïstiek en het verlenen van toegang tot patiëntdossiers.

*4. In hoeverre sluit de reguliere ondersteuning aan bij de zorgbehoefte van patiënten?*

*a. In hoeverre is er behoefte aan een time-out voorziening?*

*b. Welke rol kunnen ervaringsdeskundigen spelen bij de ondersteuning?*

De zorgbehoefte bij de patiënten die zijn ondersteund door de SPV was evenals de hulpvraag in de meeste gevallen niet direct helder. Uit de casuïstiekverslagen komt naar voren dat de wens tot opname vaak werd geuit door patiënten. Dit beeld is echter niet geheel in overeenstemming met de algemene zorgbehoefte die professionals bij de doelgroep zien. In veel gevallen lijkt er vooral een behoefte aan rust ten grondslag te liggen aan het verzoek tot opname; mensen willen tijdelijk uit de situatie, een time-out. In algemene zin is het niet altijd duidelijk of het dan gaat om opname door de GGZ crisisdienst of bijvoorbeeld het gebruik van een time-out voorziening. Enkele patiënten vragen specifiek om een Bed op Recept (BOR). In sommige gevallen is een duidelijke hulpvraag voor opname wel al neergelegd bij de behandelend instelling maar is daar niet aan tegemoetgekomen.

De meerderheid van de professionals beschouwt het aanbieden van een time-out voorziening vooralsnog niet als de beste oplossing voor de patiënten met het verzoek tot opname. Een belangrijke vraag hierbij is of de patiënt in de meeste gevallen niet beter af zou zijn met ambulante ondersteuning gericht op het verbeteren van de thuissituatie. Een risico dat bovendien genoemd wordt van het aanbieden van een time-out voorziening is dat aanbod vraag creëert.

Professionals zien over het algemeen nog geen concrete mogelijkheden voor de inzet van ervaringsdeskundigen bij de ondersteuning van de groep patiënten die tijdens de pilot door de SPV is gezien op de HAP. De diversiteit van de problematiek bij de doelgroep die de SPV ziet en de diversiteit van de groep van ervaringsdeskundigen maakt het volgens professionals moeilijk om een juiste match te vinden.

## Algemene conclusie en aanbevelingen

De professionals zijn over het algemeen zeer tevreden over de inzet van de SPV bij de ondersteuning van mensen met psychische en psychiatrische problematiek op de HAP. Deze meerwaarde wordt zowel gezien voor de patiënten als de triagisten en huisartsen. De inzet van de SPV wordt door professionals echter nog niet als optimaal ervaren. Op basis van de eerste positieve ervaringen wordt geadviseerd de inzet van de SPV te continueren mits de functie wordt doorontwikkeld op basis van de suggesties voor een efficiëntere ureninzet en verdere inhoudelijke invulling (o.a. scholingstaken).

Het doel van de inzet van de SPV in deze pilot was het voorkomen van verward gedrag bij mensen die zich melden op de HAP door vroegtijdige, doelmatige en juiste hulp te bieden. Zoals uit de casuïstiekverslagen en interviews lijkt de doelgroep overeen te komen met dit beoogde doel. Het gaat duidelijk nog niet om personen waarbij al sprake was van verward gedrag. Vaak ging het om mensen die hulp nodig hebben omdat ze tijdelijk vastlopen. In potentie zou de problematiek wel tot verward gedrag kunnen leiden. Daarmee draagt deze aanpak bij aan het voorkomen daarvan.

Op basis van deze evaluatie is nog onvoldoende duidelijk hoe groot de behoefte aan opname is en wat hieronder exact wordt verstaan. Gaat het om opname door de GGZ (of een BOR) of een time-out voorziening? Daarnaast is het de vraag of patiënten met de behoefte aan een time-out, gezien hun problematiek, hier het meeste baat bij hebben of dat zij mogelijk beter geholpen zijn met ambulante ondersteuning. Ook komt het in een aantal gevallen voor dat aan het verzoek tot opname bij de behandelend instelling (nog) niet tegemoet gekomen is. Mogelijk voldoen patiënten in deze gevallen niet aan de gestelde criteria (bijvoorbeeld vanwege middelengebruik).

Bovenstaande punten roepen de vraag op of (het creëren) van een time-out voorziening voor de beschreven doelgroep geschikt is. Het ontwikkelen van criteria voor een tijdelijke time-out voorziening en het daadwerkelijk aanbieden ervan, zoals beoogd was in de aanpak, is niet gerealiseerd tijdens deze pilot. De meerderheid van de professionals beschouwt het aanbieden van een time-out voorziening vooralsnog niet als de beste oplossing voor de patiënten met deze hulpvraag. Het is wenselijk om de meerwaarde van het aanbieden van een time-out voorziening ten opzichte van de ambulante ondersteuning van de SPV in kaart te brengen. Hiervoor is het onder andere aanvullende informatie over het verloop van het traject van de patiënt na ondersteuning door de SPV nodig.

In deze evaluatie is het perspectief van de patiënten op de aanpak niet meegenomen. Het wordt aanbevolen hier aandacht aan te besteden bij het continueren van de inzet van de SPV op de HAP.