



TraumaNet AMC

VUmc 
Netwerk acute zorg

Triage acute psychiatrie Noord-Holland en Flevoland

Rapport, versie 1.6 DEF

Werkgroep Triage Acute Psychiatrie ROAZ regio VUmc/AMC
Juni 2015

Datum

26 juni 2015

Auteurs/leden werkgroep (op alfabetische volgorde)

Mw. M. van den Akker (Huisarts, Huisartsenposten Amsterdam)

Dhr. F. Berg (Manager, Meldkamer Amsterdam Amstelland & Zaanstreek Waterland)

Dhr. O. Bloemen (Psychiater, Crisisdienst GGZ Centraal)

Dhr. F. de Groot (Manager, TraumaNet AMC)

Mw. P. van Exter (Medisch manager, Regionale Ambulance Voorziening Amsterdam Amstelland & Zaanstreek Waterland)

Dhr. F. van Gelderen (Regionaal coördinator problematische personen, Politie Amsterdam)

Mw. C. Mooij (Regionaal specialist problematische personen, politie Amsterdam)

Mw. G. Nieuweboer (Teamleider Spoedeisende Psychiatrische Hulp, GGZ-NHN)

Dhr. H. van Putten (Zorgcoördinator OGGZ, Politie NHN)

Dhr. M. Rhebergen (Stafadviseur Netwerk Acute Zorg, regio VUmc)

Dhr. C. Schubart (Psychiater, Tergooi Ziekenhuizen)

Mw. M. van der Steeg (Stafadviseur, TraumaNet AMC)

Mw. H. Schaffels (Psychiater/manager behandelzaken, GGZInGeest Nieuwe Valerius Amsterdam)

Dhr. J. Zoeteman (Psychiater/manager behandelzaken, Spoedeisende psychiatrie Amsterdam)

Disclaimer

Dit rapport is zo zorgvuldig mogelijk samengesteld. Alle informatie in het rapport is afkomstig uit externe bronnen. Mochten er desondanks onjuistheden in het rapport staan, dan kunnen het Netwerk acute zorg regio VUmc, TraumaNet AMC, of de leden van de werkgroep hiervoor niet aansprakelijk gesteld worden. Aan eventuele onjuistheden of onvolledigheden kunnen geen rechten ontleend worden. De lezer is verantwoordelijk voor keuzes die hij/zij maakt op grond van de informatie in dit rapport, alsmede voor het gebruik van deze informatie. Aan de informatie uit dit rapport kunnen geen rechten worden ontleend. De informatie en gegevens in dit rapport mogen zonder nadrukkelijke schriftelijke toestemming niet worden vermenigvuldigd of gepubliceerd.

Inhoudsopgave

		Pagina
	Samenvatting	4
1.	Aanleiding	5
	1.2. Doelstelling	5
2.	Werkwijze	6
	2.1. Fase 1	6
	2.2. Fase 2	7
	2.3. Fase 3 (toekomst)	7
3.	Bevindingen	8
	3.1. Fase 1	8
	3.2. Fase 2	23
4.	Conclusie en aanbevelingen	26
5.	Literatuur	28
6.	Bijlagen (eerder tabellen)	30

Samenvatting

Aanleiding en doelstelling

Voor het verbeteren van de kwaliteit van acute psychiatrische ketenzorg is inzicht in de keten en het oplossen van knelpunten essentieel. In de ROAZ-regio VUmc/AMC is mede hiervoor een focusgroep Acute Psychiatrie geformeerd. In een regionale knelpuntenanalyse is naar voren gekomen dat de triage in de regio de meeste aandacht behoeft en daarmee kwaliteitswinst kan opleveren. Om dit vorm te geven is vanuit de focusgroep een kleinere werkgroep Triage samengesteld, met een focus op verwarde en suïcidale personen in crisis. De doelstelling was inzicht bieden in de toegepaste triagesystemen en hiermee komen tot een kader/schema met samenhangende afspraken voor regionale ketenpartners over welke patiënt/klacht/presentatie, hoe snel opgevangen moet worden en welke eerste actie bij triage daarbij ondernomen moet worden (wie oproepen?).

Werkwijze

Om deze doelstelling te behalen is gekozen voor een gefaseerde projectopzet: 1. Inventarisatie (oriënterend literatuuronderzoek & inventarisatie triageafspraken/-systemen bij de verschillende ketenpartners), 2. (Eerste) uitwerking oplossing (integratie resultaten in concept-tabel/schema met afspraken, 3. Implementatie en evaluatie (toekomst - valt nu buiten scope rapport/project).

Conclusie en aanbevelingen

De werkgroep concludeert dat er door de ketenpartners verschillende triagesystemen worden gebruikt. De gehanteerde afspraken en systemen overlappen grotendeels voor specifieke patiënten in de hoogste urgentiecategorieën (ABCD-methodiek) en daarbij horende acties (m.n. Meldkamer Ambulance). De grootste verschillen tussen de ketenpartners bestaan vooral in de lagere urgentiecategorieën/responstijden. Hier lijkt dan ook de grootste kwaliteitswinst behaald te kunnen worden. Dit heeft de werkgroep vertaald in een (concept)kader/schema met samenhangende (triage)afspraken voor de regio (schema p. 25). Hierin zijn verwarde en suïcidale crisispatiënten verder ingedeeld in:

- Typen patiënten/presentaties/risicofactoren (o.a. Somatiek, Psychiatrie, Geweld/gevaar voor anderen (strafbaar feit) en een Combinatie)
- Urgentiecategorieën (Cat. 0 reanimatie , Cat 1. z.s.m. actie, Cat. 2 < 1 uur, Cat 3. < 4 uur, Cat. 4. < 24 uur en Cat. 5 > 24 uur)
- Eerste acties die ondernomen moeten worden (o.a. Meldkamer politie of ambulance, Huisarts, SEH en Crisisdienst)

In de volgende implementatiefase (fase 3) zal per ketenpartner en deelregio gekozen moeten voor een toepasbare vorm/uitwerking en implementatiestrategie. De consequenties zullen per ketenpartner verschillen en dus ook om een alternatieve uitwerking vragen. Het kan daarom ook een optie zijn om eerst kleinschalig te implementeren en te evalueren.

1. Aanleiding

Acute psychiatrie is ketenzorg. De uitkomst van zorg wordt daarom mede bepaald door een snelle en goede samenwerking in de keten. Voor het verbeteren van de kwaliteit van de acute zorg is inzicht in de keten en het oplossen van knelpunten essentieel. In de ROAZ-regio VUmc/AMC is mede hiervoor eind 2014 een focusgroep Acute Psychiatrie geformeerd. De focusgroep bestaat uit afgevaardigden uit de keten betrokken bij de acute opvang en behandeling van psychiatrische patiënten in crisis. De afgevaardigden zijn door hun organisatie gemandateerde vertegenwoordigers van de ketenpartners binnen de acute zorgregio VUmc/AMC, d.w.z. crisisdiensten GGZ, politie, regionale ambulancevoorzieningen (RAV's), meldkamers, huisartsen(posten) en ziekenhuizen. Tussen deze ketenpartners bestaan verschillende lokale en regionale samenwerkingsafspraken (Netwerk acute zorg, 2008; Convenant Politie-GGZ, 2011).

In de eerste focusgroep-vergaderingen eind 2014 is een regionale knelpuntenanalyse uitgevoerd. Bij veel regionale ketenpartners leeft het gevoel dat personen in crisis vaak niet snel genoeg door de juiste organisatie (kunnen) worden opgevangen. In de knelpuntenanalyse is ook naar voren gekomen dat de triage in de regio de meeste aandacht behoeft en daarmee kwaliteitswinst kan opleveren. Er bestaat enige onduidelijkheid en een gebrek aan samenhangende afspraken tussen de gehanteerde triagesystemen. De focusgroep is van mening dat het verder afstemmen van de huidige triageafspraken/-systemen hier verbetering in zal brengen. Om dit vorm te geven is vanuit de focusgroep een kleinere werkgroep Triage acute psychiatrie samengesteld. De werkgroep heeft zich in het project met name gericht op verwarde en suïcidale personen in crisis, vooral omdat dit het grootste deel van het acute patiëntenaanbod betreft. De werkgroep heeft vervolgens de onderstaande doelstelling vastgesteld.

1.2. Doelstelling

De doelstelling is inzicht bieden in de toegepaste triagesystemen in de regio, nationaal en internationaal en hiermee komen tot een (concept)stroomschema/kader met samenhangende afspraken voor alle relevante ketenpartners over:

1. welke patiënt/klacht/presentatie;
2. hoe snel opgevangen moet worden;
3. en welke eerste actie bij triage dan ondernomen dient te worden (wie oproepen?).

Hiermee komt een verward of suïcidaal persoon in crisis op het juiste moment bij de juiste (eerste) hulpverlener terecht.

2. Werkwijze

Om de beschreven projectdoelstelling te behalen is er gekozen voor een gefaseerde projectopzet, waarbij verschillende methodieken zijn ingezet om informatie en kennis te verzamelen.

2.1. Fase 1 – Inventarisatie

Er is gestart met een oriëntatie op de triagesystemen en organisatievormen in de regio, nationaal en internationaal. Hierbij werden door de werkgroep verschillende methoden voor gegevensverzameling toegepast:

- a. een literatuuronderzoek naar toegapste en bruikbare internationale (psychiatrische) triagesystemen;
- b. een inventarisatie naar (knelpunten van) triageafspraken/-systemen bij de verschillende (typen ketenpartners in ruraal (NHN, Gooi en Vecht, Flevoland) en in stedelijk gebied (Amsterdam, Utrecht).

Voor het bereiken van deze eerste stap is de werkgroep ook tweemaal bijeengekomen om resultaten te bespreken.

In het literatuuronderzoek is voor *triage* de volgende definitie gehanteerd: “The sorting out and classification of patients or casualties to determine priority of need and proper place of treatment.” (MESH def). Voor het vinden van literatuur is gebruik gemaakt van de academische zoekmachines Pubmed en PsychInfo, en de algemene zoekmachine Google. Met betrekking tot de zoekwoorden is o.a. gebruik gemaakt van:

- *Pubmed/Medline en PsychINFO*¹
 - "Emergency Services, Psychiatric"[MESH/tw] OR "Psychiatric" [tw] AND
 - "Mental Health Triage" [tw] OR "Triage"[Mesh] OR "Psychiatric Triage" [tw], "crisis triage scales" [tw]
- *Google*
 - "Spoedeisende psychiatrie" OF "Psychiatrie"
 - "Triage" Of "Mental health triage"

¹ Strategie gebaseerd op: Victorian (DRAFT) Area Mental Health Triage Scale Pilot Project Evaluation. The university of Melbourne, Final Report, 24-11-2008.

2.2. Fase 2 – (Eerste) uitwerking oplossing

Fase 2 van dit project betrof de selectie en verwerking van de bruikbare elementen van alle systemen in een concept-stroomschema/kader met samenhangende (triage)afspraken voor de verschillende ketenpartners in Noord-Holland en Flevoland. Het streven was hier om tot volledige set met afspraken te komen. De werkgroep heeft eerste versie van de tabel via mail en vervolgens in een bijeenkomst besproken en verbeterd (bijlage 1). Het streven was hier om tot korte(re) en robuuste set met afspraken te komen. Deze tweede versie van het schema/kader is vervolgens op 8 juni 2015 met de volledige focusgroep bediscussieerd en weer verder verbeterd (nu opgenomen in dit rapport). Centraal in de verschillende verbeteringssessies stond de inhoud van afspraken:

- Welke patiënt/situatie/presentatie? Wat mist en wat is redundant?
- Hoe snel moet in patiënt opgevangen worden (urgentie?) Passen de vragen bij de gekozen urgentiecategorieën? Welke niet, en waarom? Hoe valt dit op te lossen?
- Welke actie dan zal worden ondernomen (wie oproepen?)

Hiernaast is in de discussie aandacht besteed aan de mogelijke/toekomstige vorm en toepassing van de triageafspraken/kader (implementatie – fase 3):

- Worden door deze afspraken verschuivingen in het totale aanbod van patiënten verwacht?
- Wordt verwacht dat benoemde responstijden/urgentiecategorieën (beter) behaald kunnen worden?
- Hoe is de set met afspraken bruikbaar en toepasbaar in de praktijk?

2.3. Fase 3 – Implementatie en evaluatie

In de derde fase (toekomst) zal de focus liggen op de implementatie, d.w.z. de vorm en toepassing. De werkgroep zal het stroomschema/kader met afspraken verder aanpassen aan de wensen en behoeften van de verschillende ketenpartners en/of deelregio's, en ook per ketenpartners en/of deelregio implementatiestrategieën formuleren. De afspraken zullen bovendien professioneel en bestuurlijk geaccordeerd moeten worden (focusgroep en ROAZ). Hiervoor is inzicht in consequenties van de afspraken t.z.t essentieel. Ook dit zal verschillen per ketenpartner en deelregio. Deze 3^e fase valt vooralsnog buiten de scope van dit project, al blijkt de werkgroep in de afsluitende conclusie en aanbevelingen hier wel alvast op vooruit.

3. Bevindingen

3.1. Stap 1 - Inventarisatie

In de eerste stap stonden het oriënterende literatuuronderzoek en inventarisaties bij de ketenpartners over triagesystemen (en organisatievormen) centraal. In hoofdstuk 3 van dit rapport zijn de bevindingen per type ketenpartner samengevat. De eerste die de keten van spoedeisende hulpverlening in gang zet, is de persoon in crisis of diens onmiddellijke omgeving. Bij de acute zorgvrager valt op een gegeven moment het besluit: *nu* moet er wat gebeuren. De vraag is waar deze zorgvrager vervolgens zijn/haar zorgvraag neerlegt en wat daar mee gebeurt (triage/vervoer)? Dit blijkt te verschillen tussen ketenpartners, binnen en buiten kantooruren, en tussen de deelregio's. Het is waarschijnlijk dat de patiënt of diens onmiddellijke omgeving de acute zorgvraag in eerste instantie neerlegt bij:

1. Eigen behandelaar
2. Huisarts (huisartsenpost buiten kantooruren)
3. Meldkamer 112 (politie of ambulance/brandweer)
4. Spoedeisende Hulp (SEH) ziekenhuis
5. Crisisdienst GGZ

Wanneer er (binnen kantooruren) contact wordt opgenomen met de eigen behandelaar zal waarschijnlijk geen officiële triage plaatsvinden maar een risico-inschatting. De (officiële) triage vindt in eerste instantie alleen plaats wanneer de patiënt contact opneemt met de huisarts, de hulpdiensten (meldkamer 112), de SEH of de crisisdienst.

3.1.2. Triage huisarts/huisartsenpost

Ongeveer 3% van de acute zorgvragen bij de regionale HAP's zijn psychiatrisch van aard (Rhebergen & Bonink, 2015). Alle huisartsenposten in de regio maken voor hun triage gebruik van de NHG-triagestandaard / het Nederlandse Triage Systeem (NTS) (NHG-TriageWijzer, 2014). Bij deze triage, die of telefonisch of fysiek plaatsvindt, komen de volgende hoofdcomponenten aan de orde: ingangsklachten, risico- inschatting en urgentiegradaties. Voor de (eerste) risico-inschatting wordt de ABCD-methodiek gehanteerd, om vast te stellen of de vitale functies zijn bedreigd (Airway, Breathing, Circulation, Disability). Als dit niet het geval is kiest de triagist een ingangsklacht, waarna door het stellen van een aantal gesloten medisch inhoudelijke vragen de urgentiecategorie en actie wordt bepaald (naar wie). Binnen het NTS geldt de volgende categorisering:

1. U0/U1= Levensbedreigend, z.s.m.;
2. U2= Spoed, binnen een uur;
3. U3= Dringend, binnen een paar uur;
4. U4= Niet dringend (binnen 24 uur);
5. U5 = Zelfadvies (via telefoon).

Voor de vervolgacties wordt in het NTS onderscheid gemaakt tussen: huisarts, ambulance/SEH en fast-track. De vervolgacties kunnen verschillen tussen fysieke en telefonische triage. Bij de verwijzactie “Huisarts” wordt ook de plaats van handeling nog vastgesteld: telefonisch, consult of bezoek. Voor u0/u1 geldt eigenlijk altijd de actie ambulance of SEH. Voor u2 kan het gaan om huisarts of SEH. In de lagere categorieën gaat het veelal om verwijzing naar de (eigen) huisarts binnen kantooruren. Er worden in het NTS nog aanvullende factoren benoemd die de urgentie kunnen verhogen of verlagen (alarmsignalen, risicogroepen, contextuele factoren).

De NTS kent voor de GGZ/psychiatrische zorgvragen 1 ingangsklacht “Suïcidaal en vreemd gedrag”. In dit geval moet het gesprek eigenlijk direct worden doorgegeven aan de huisarts, of moet de huisarts binnen 1 uur terugbellen. Bij agressie, of ogenblikkelijk risico (o.a. springen, ophangen en verdrinken) moet ook direct de politie worden ingeschakeld. Bij het telefonische contact op de HAP komen verschillende triage-vragen aan de orde die resulteren in een bepaalde urgentie-categorisering incl. de actie voor verwijzing (tabel 1). In tegenstelling tot eerdere versies van het NTS is geen (directe) verwijzing mogelijk naar de GGZ. In de praktijk blijkt dat dit eigenlijk alleen geldt voor patiënten die nog niet bekend zijn in de GGZ. Bij deze patiënten is een fysiek bezoek van of bij de huisarts nodig voor doorverwijzing naar GGZ/Crisisdienst. Het NTS is een gecertificeerd systeem, d.w.z. dat er niet zomaar wijzigingen in kunnen worden aangebracht.

Tabel 1 – Sleutelvragen NTS voor ingangsklacht “Suïcidaal en vreemd gedrag”

Categorie	Ingangsklacht Suïcidaal en vreemd gedrag (presentaties/risicofactoren)	Telefonisch	Fysiek
<i>U1 Levensbedreigend</i>	-Suïcidaal en hoog risico op ernstig letsel -Fysiek agressief en hoog risico op ernstig letsel	Ambulance	SEH
<i>U2 Spoed < 1uur</i>	-Suïcidaal -Omgeving extreem ongerust -Bizar in gedrag of communicatie -Agitatie of eerder agressief -Kind aanwezig -Recent schedeltrauma -Vluchtgevaar / niet coöperatief -Bloedsuiker > 15 < 3,5 mmol/l	Huisarts	SEH
<i>U3 Dringend < aantal uur</i>	-Verward plotseling of toenemend (kan ook delier zijn) -Koorts -Zeer angstig	Huisarts	Huisarts
<i>U4 Niet dringend (binnen 24 uur)</i>	-Verward lange tijd/zorgmijdend en wil nu hulp	Huisarts	Huisarts
<i>Advies</i>	-	-	-

Tabel 2 toont de verdeling van de psychiatrische patiënten over de urgentiecategorieën bij de HAP's in de kop van Noord- Holland en Amsterdam in 2014.

Tabel 2 - Verdeling van de psychiatrische patiënten (ICPC-codering P) over de urgentiecategorieën HAP's kop van Noord- Holland en Amsterdam in 2014.

	U5 n (%)	U4 n (%)	U3 n (%)	U2 n (%)	U0/U1 n (%)	Totaal N (100%)
HAP's Kop NHN (3 locaties)	560 (39%)	292 (21%)	276 (19%)	299 (21%)	19 (1%)	1446 (100%)
HAP's Amsterdam (5 locaties)	793 (27%)	969 (33%)	764 (26%)	382 (13%)	29 (1%)	2937 (100%)

Zeer spoedeisende crisissituaties (U0/U1) komen bijna niet voor, veel crisispatiënten vallen onder de categorieën U2-U4. Het grootste gedeelte van de acute psychiatrische patiënten viel echter onder de categorie U5 Advies. Dit komt mede doordat de verwijzing van patiënten die al bekend zijn in de GGZ direct door de triagist (telefonisch) kunnen worden doorgeschakeld naar de crisisdienst (mede hierdoor ook 70% telefonisch consult, 30% visite of bezoek). Er is variatie zichtbaar tussen Amsterdam en NHN. Mogelijk kan dit deels verklaard worden door verschillen in de case-mix en registratie.

3.1.3. Triage meldkamer 112

In zeer urgente crisissituaties wordt vaak meldkamer 112 gebeld. Bij bellen 112 krijgt iemand binnen tien seconden een centralist aan de lijn. De centralist vraagt "Wil je politie, brandweer of ambulance spreken?" Vervolgens wordt meteen doorgeschakeld naar de juiste meldkamer d.w.z. de ambulancedienst/brandweer of de politie.

- Ambulance

In Nederland worden (zeer ernstige) crisispatiënten veelal vervoerd met een ambulance. Ambulanceverpleegkundigen hebben scholing gehad over deze patiëntencategorie. Voor de triage maken de meeste (witte) meldkamers in de regio gebruik van het triageprotocol Advanced Medical Priority Dispatch System (AMPDS/ProQA http://en.wikipedia.org/wiki/Advanced_Medical_Priority_Dispatch_System), de overige meldkamers van het NTS (zie HAP). Voor beiden systemen geldt dat voor de eerste risico-inschatting de ABCD-methode wordt gehanteerd (ingangsvragen), dit om vast te stellen of de vitale functies zijn bedreigd (Airway, Breathing, Circulation, Disability). Vervolgens worden in de AMPDS de onderstaande *sleutelvragen* gesteld (tabel 3, hst 25 AMPDS). Beide systemen zijn gecertificeerd, d.w.z. dat er niet zomaar wijzigingen in kunnen worden aangebracht.

Tabel 3 – Ingangsvragen, sleutelvragen, urgenties en inzet/acties AMPDS bij vreemd, suïcidaal en agressief gedrag (protocol 25).

AMPDS, Protocol 25	Vreemd, suïcidaal en agressief gedrag	Urgentie	Inzet/actie
<i>Ingangsvragen</i>	- Wat is het adres van het noodgeval? - Op welk telefoonnummer kan ik u terugbellen? - Vertel mij wat er precies gebeurd is? - Hoe oud is hij? - Is hij wakker? - Ademt hij?		
<i>Sleutelvragen</i>			
25 D 1 V/W/B	Verminderd bewustzijn en Gewelddadig/wapens/beide	A1	Ambulance en politie
25 D 1	Verminderd bewustzijn	A1	Ambulance
25 D 0 V/W/B <i>Overrule</i>	Verminderd bewustzijn en Gewelddadig/wapens/beide zwaarder inzetten dan 25 D1 V/W/B	A1	Ambulance en politie +
25 D 0 <i>Overrule</i>	Verminderd bewustzijn , zwaarder inzetten dan 25D1	A1	Ambulance +
25 D2 V/W/B	Gevaarlijke bloeding en Gewelddadig/wapens/beide	A1	Ambulance en politie
25 D 2	Gevaarlijke bloeding	A1	Ambulance
25 B 1 V/W/B	Levensbedreigende bloeding Gewelddadig/wapens/beide	A1	Ambulance en politie
25 B 1	Levensbedreigende bloeding	A1	Ambulance
25 B 2 V/W/B	Geringe of niet levensbedreigende bloeding Gewelddadig/wapens/beide	A2	
25 B 2	Geringe of niet levensbedreigende bloeding	A2	
25 B 3 V/W/B	Dreigt met zelfmoord Gewelddadig/wapens/beide	A2	
25 B 3	Dreigt met zelfmoord	A2	
25 B 4 V/W/B	Springer (dreigend) Gewelddadig/wapens/beide	A2/A1	
25 B 4	Springer (dreigend)	A2	
25 B 5 V/W/B	Poging tot verhangings, wurging, of verstikking (wakker) Gewelddadig/wapens/beide	A1	
25 B 5	Poging tot verhangings, wurging, of verstikking (wakker)	A1	
25 B 6 V/W/B	Onbekende toestand, andere codes niet van toepassing Gewelddadig/wapens/beide	A1	
25B6	Onbekende toestand, andere codes niet van toepassing	A1	
25 B 0 V/W/B <i>overrule</i>	Een van de 25 B codes, zwaarder inzetten Gewelddadig/wapens/beide	A2	
25 B 0	Een van de 25 B codes, zwaarder inzetten	A2	
25 A 2 V/W/B	Suïcidaal (geen dreiging) en wakker Gewelddadig/wapens/beide	doorverbinden	
25 A 2	Suïcidaal (geen dreiging) en wakker	doorverbinden	
25 A 1 V/W/B	Niet suïcidaal en wakker Gewelddadig/wapens/beide	advies	
25 A 1	Niet suïcidaal en wakker	advies	

De meldkamer maakt wat betreft de ambulance-inzet een keuze tussen een A1 (binnen 15 minuten, met gebruik van zwaailicht en sirene), A2 rit (binnen 30 minuten) en B-rit (besteld vervoer). In Amsterdam wordt zoveel als mogelijk de “Psycholance” (met SPV-er) ingezet voor acute crisispatiënten. In sommige situaties wordt ook de politie (gevaar) of de brandweer (springer) gewaarschuwd. Laag urgent, d.w.z. iemand die aanspreekbaar is en niet suïcidaal of iemand die wel suïcidale gedachten heeft, maar geen acute dreiging: dan kan regionaal gekozen worden voor verwijzen naar of overdragen aan huisarts, de crisisdienst of

GGD (vangnet en advies). Ongeveer 3% van de acute zorgvragen bij de RAV's in de regio zijn psychiatrisch van aard (Rhebergen & Bonink, 2015). De ambulancedienst heeft de handelswijze ter plaatse verwerkt in het ambulanceprotocol LPA 8 (2015). In tegenstelling tot het NTS, focust de LPA 8 zich eigenlijk alleen op de angst-of paniekaanval, en niet (of in minder mate) op de verwarde of de suïcidale patiënt. In hoofdstuk 9 van de LPA 8 komt de psychiatrie aan de orde (9.1. - 9.3.).

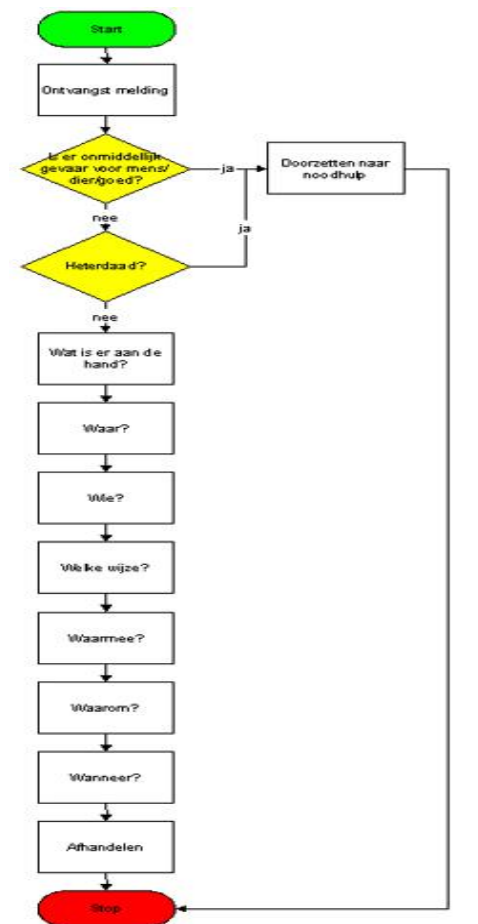
- Politie

De politie wordt vaak ingezet bij meldingen m.b.t. tot acuut verwarde-overspannen (E33) en/of agressieve personen. In Noord-Holland Noord ging het in 2014 om 3653 personen, in Amsterdam naar schatting om 6000 personen. In februari 2015 werden van de 440 E33 meldingen bij de politie Amsterdam (niet alles acuut):

- 283 x zelfstandig door de politie afgehandeld
- 47 x V&A ingeschakeld
- 46 x psycholance ingeroepen
- 49 x politie zelf vervoerd naar de SPOR
- 12 x gewone ambulance ter plaatse geroepen (vervoer EH ziekenhuis en 1x naar de Spor)
- 3x direct vervoerd naar Zorginstelling

Voor de triage hanteert de meldkamer politie (blauw) een algemeen triage protocol (Triageprotocol Melding, 20.., Figuur 1). Er lijkt geen specifiek protocol of triagemodel te worden gebruikt voor verwarde personen en/of psychiatrische patiënten.

Figuur 1 – Schematische weergave uitvraagprotocol meldkamer blauw NHN.



De meldkamer politie hanteert 3 prioriteiten/urgentiecategorieën:

- Prio 1 = Spoed met gebruik van zwaailicht en sirene
- Prio 2 = Spoed zonder gebruik van zwaailicht en sirene
- Prio 3 = Geen spoed en geen gebruik van zwaailicht en sirene

Het wordt niet geregistreerd hoe de aantallen psychiatrische patiënten / verwarde personen zijn verdeeld zijn over de 3 urgentiecategorieën. Voor de huidige categorisering stelt de meldkamer een aantal standaardvragen, startend met de vraag: is er onmiddellijk gevaar voor mens/dier/goed? (Prio 1). Vervolgens worden de onderstaande wat, waarmee, wie, waarom vragen gesteld:

- *Wat?*
 - Wat is er precies aan de hand?
 - Hoe dringend is het probleem?
 - Moet er zo spoedig mogelijk maar < 30 minuten politie ter plaatse zijn? (Hulpeloosheid/afhankelijkheid).
- *Welke wijze?*
 - Hoe is het gebeurd: MO, werkwijze?
 - Specifieke omstandigheden: weer, gezondheid melder enzovoort.
 - Wie gebruikte geweld?
 - Zijn er kinderen aanwezig/bij betrokken?
- *Waarmee?*
 - Waarmee is het incident gepleegd?
 - Zijn er sporen aanwezig?
 - Zo ja, wat voor sporen en waar bevinden deze zich?
- *Waarom?*
 - Probeer te achterhalen achtergrond en oorzaak?

3.1.4. Triage SEH

Minder dan 1% van de acute zorgvragen bij de SEH's is (alleen) psychiatrisch van aard (Rhebergen et al., 2014). In totaal maken 15 van de 18 SEH's in de regio gebruik van het Manchester triagesysteem (MTS) en 2 van de 18 het Boston triagesysteem (BTS) (<http://en.wikipedia.org/wiki/Triage>). Er zijn ontwikkelingen gaande om ook op de SEH's de NTS (aangepaste versie) te gaan gebruiken. Vooralsnog maakt alleen het Amstelland ziekenhuis daar gebruik van (zie NTS huisartsen). Alle systemen zijn (met name) ontwikkeld voor somatische zorgvragen. In de landelijke triage-richtlijn SEH (2008) is verder niets specifiek opgenomen over de acute psychiatrische patiënt. Er wordt alleen gesproken over uitzonderingen op de triagecategorieën.

- Manchester

Binnen het MTS worden de volgende 5 urgentiecategorieën onderscheiden:

1. Rood = Direct;
2. Oranje = Zeer urgent (< 10 minuten);
3. Geel = Urgent (< 1 uur);
4. Groen = Standaard (< 2 uur);
5. Blauw = Niet urgent (< 4 uur).

Afhankelijk van de urgentie (op de 1ste plaats moet de patiënt ABCD stabiel zijn), wordt een keuze gemaakt voor een ziektebeeld(en) waaronder de psychiatrische patiënt. Op basis daarvan wordt er zo nodig een specialist opgeroepen (internist of neuroloog, psychiater e.d.). Daarbij worden de volgende vragen gesteld (zonder verdere ingewikkelde subschalen):

1. Direct/rood = Luchtweg bedreigd? Insufficiënte ademhaling? Schock? Hypoglykemie?
2. Oranje = Verlaagd bewustzijn? Hoog risico om anderen letsel aan te brengen? Hoog risico op zelfverwonding?
3. Geel = Relevante psychiatrische geschiedenis? Matig risico om anderen letsel toe te brengen? Matig risico zelfverwonding? Zichtbare onrust/gespannenheid? Storend gedrag?
4. Groen/blauw = Geen reden voor urgente behandeling?

De MTS is een gecertificeerd systeem, d.w.z. dat er niet zomaar wijzigingen in kunnen worden aangebracht.

- Boston

Het OLVG en het VUmc maken momenteel gebruik van het Boston triagesysteem, maar zullen beiden binnen afzienbare tijd overgaan op het NTS. Het BTS kent de volgende 5 urgentiecategorieën:

1. ESI 1 = Direct;
2. ESI 2 = < 15 minuten;
3. ESI 3 = < 30 minuten;
4. ESI 4/5 = Acute niet kritieke patiënt die minder vraag heeft op capaciteit. De afspraak in Nederland is wel dat zij binnen 4 uur geholpen zullen worden).

Er wordt in het BTS daarmee ook ingedeeld op capaciteit/middelen, d.w.z. dat er o.a. wordt bepaald welke arts of team van artsen moet worden ingezet. De eerste vraag is of er een levensreddende interventie nodig is, deze patiënten vallen onder ESI 1. In deze overige categorieën worden de volgende vragen gesteld (zonder ingewikkelde subschalen):

1. Is er een verhoogd risico (z.s.m. interventie starten)?
2. Is de patiënt verward/lethargisch of gedesoriënteerd?
3. Ernstige pijn of stress/angst (groter dan 7 op schaal 0-10)?
4. Gevarezone vitale functies?

Voor TS is er in verschillende ziekenhuizen een apart protocol opgesteld. In het VUmc is bv. in werkafspraken vastgelegd dat er bij psychiatrische patiënten met een trauma, ziekte of na een TS poging sprake is van een verhoogd risico. Daarom worden deze tenminste getrieerd als ESI 2. Ook lethargisch/(zwaar)verwarde patiënten worden in het VUmc altijd onder ESI 2 geplaatst, de overige vallen veelal onder 3 en 4. Dit blijkt ook uit een analyse van aantallen. In de registratie bij VUmc is het eigenlijk alleen mogelijk om te kijken naar het aantal psychiatrische patiënt waarbij de psychiater hoofdbehandelaar was, dit komt echter niet vaak voor (gestart met registratie halverwege 2014): 16 keer. De meeste patiënten 15/16 vielen onder ESI 2 of 3 (binnen 15 of 30 minuten), 1/16 viel onder ESI 4. Waarschijnlijk waren er ook wel psychiatrische patiënten die vielen onder ESI 1 (bv. ernstige zelfmoordpoging of trauma), deze patiënten zijn echter waarschijnlijk (eerst) geholpen door de SEH-arts of traumachirurg. De ESI 5 patiënten worden waarschijnlijk afgehandeld door de SEH-arts.

- Overige systemen

Het oriënterende literatuuronderzoek en de gesprekken in regio en land hebben verschillende relevante triageschalen/instrumenten naar boven gebracht. Deze systemen zijn echter alleen onderzocht voor SEH-toepassing. Er lijkt met name veel aandacht voor het onderwerp in Australië en Canada. Meeste publicaties werden gevonden in Nursing tijdschriften. Interessante systemen blijken de Crisis Triage Rating Scale (CTRS) en de Risk Assessment Matrix (RAM. Patel et al., 2009). Vooral vanwege de toepasbaarheid beperken we ons hier echter tot twee andere systemen.

- Canadian Emergency Department Triage Scale (CTAS)

De Canadian Emergency Department Triage Scale (CTAS) is een algemeen triagesysteem voor SEH's. Ook dit triagesysteem kent 5 urgentie categorieën:

1. Direct
2. < 15 minuten
3. < 30 minuten
4. < 1 uur
5. < 2 uur

In het systeem zijn ziektebeelden verdeeld in verschillende categorieën, waaronder de "psychosociale ingangsklachten". Er zijn 7 specifieke psychosociale ingangsklachten

geformuleerd, waar per presentatie weer een urgentie is geformuleerd (tabel 4). Bij iedere ingangsklacht is bovendien een heldere definitie gegeven met literatuurverwijzingen (Bullard et al., 2008).

Tabel 4 – Ingangsklachten (7), urgenties en presentaties Canadian Emergency Department Triage Scale (CTAS) categorie “psychosociaal”.

Ingangsklacht	Categorie/snelheid en beschrijving presentaties
1. Depressie, suïcidaal of Zelfdestructief/-verwondend gedrag	< 15 minuten: Poging tot zelfmoord of duidelijk plan voor zelfmoord < 15 minuten: Actieve zelfmoordintentie < 15 minuten: Mogelijk vlucht of veiligheidsrisico <30 minuten: Zelfmoord intentie, geen plan <1 uur: Depressief/terneergeslagen, geen zelfmoord intentie
2. Angst of een situationele crisis	< 15 minuten: Ernstige angst of agitatie < 15 minuten: Mogelijk vlucht of veiligheidsrisico < 30 minuten: Matige angst of agitatie < 1 uur minuten: Milde angst of agitatie
3. Hallucinaties of wanen	< 15 minuten: Acute psychose < 15 minuten: Ernstige angst of agitatie < 15 minuten: Mogelijk vlucht of veiligheidsrisico < 30 minuten: Matige angst of agitatie < 1 uur: Milde agitatie, stabiel < 2 uur minuten: Milde angst of agitatie, Chronische hallucinaties
4. Insomnia	< 1 uur: Acuut < 2 uur minuten: Chronisch
5. Agressief of moorddadig gedrag	Direct: Direct dreigend gevaar voor zichzelf of voor anderen, of specifieke plannen hiervoor < 15 minuten: Mogelijk vlucht of veiligheidsrisico <30 minuten: Agressief of moorddadige ideevorming, geen (concreet) plan
6. Sociaal probleem	< 30 minuten: Fysiek misbruik en mentale hoog emotionele stress < 1 uur: Niet in staat om op te lossen/cope
7. Vreemd gedrag	Direct: ongecontroleerd vreemd gedrag < 15 minuten: Mogelijk vlucht of veiligheidsrisico < 30 minuten: Gecontroleerd vreemd gedrag < 1 uur: Onschadelijk vreemd gedrag < 2 uur: Chronisch non-urgente situatie

- Australasian Emergency Mental Health Triage Scale (AEMHTS)

Ook de Australasian Emergency Mental Health Triage Scale (AEMHTS, Broadbent et al., 2007) is relatief goed onderzocht. Het systeem kent de volgende 5 urgentie categorieën:

1. Direct
2. < 10 minuten
3. < 30 minuten
4. < 1 uur
5. < 2 uur

Het betreft een specifiek psychiatrisch triagesysteem. Vonne et al. (2014) vergeleken het standaard triagesysteem op de SEH (o.b.v. BTS en CTAS), met deze AEMHTS. Uit het onderzoek bleek AEMHTS de wachttijden (op de SEH) mogelijk kan verminderen en psychiatrische symptomen eerder kan adresseren.

Tabel 5 – Urgentiecategorieën, beschrijvingen en typische presentaties in de Australasian Emergency Mental Health Triage Scale (AEMHTS).

Categorie	Beschrijving	Typische presentatie (vertaling vanuit Engels)
1 = Direct	Direct levensgevaar voor patiënt of omgeving	-
2 = < 10 minuten	Waarschijnlijk levensgevaar voor patiënt of omgeving - Ernstige gedragsafwijking	<u>Fysiek</u> -Agressief gedrag -Wapenbezit -Zelfdestructief/-verwondend gedrag -Extreme agitatie/rusteloosheid -Fysiek of verbaal agressief Extreem verward/niet in staat om meet te werken -Moet in bedwang worden gehouden <u>Telefonisch</u> -Poging tot zelfverwonding of -Bedreiging voor kwaad doen anderen
3 = < 30 minuten	Mogelijk levensgevaar voor patiënt of omgeving - Matige gedragsafwijking - Ernstige stress/angst/verwardheid	<u>Fysiek</u> -Agitatie/rusteloosheid -Opdringerig gedrag -Vreemd of gedesoriënteerd gedrag -Verwardheid -Teruggetrokken of niet-communicatief -Tegenstrijdig/tegen behandeling <u>Telefonisch</u> -Zelfmoordgedachten -Psychotische symptomen zoals hallucinaties, Wanen, paranoïde ideeën, gedachten stoornis -Tekenen affectieve stoornis, zoals ernstige tekenen van depressie/angst of stemmingswisselingen
4 = < 60 minuten	Matige stress/angst/verwardheid	<u>Fysiek</u> -Geen agitatie/rusteloosheid -Geïrriteerd zonder agressie gedrag -Coöperatief/meewerkend -Biedt coherente historie <u>Telefonisch</u> -Tekenen affectieve stoornis, zoals depressie/angst of stemmingswisselingen zonder zelfmoordgedachten
5 = < 120 minuten	Geen gevaar voor zelf of anderen -Geen acute stress/angst/verwardheid -Geen gedragsafwijking	<u>Fysiek</u> -Coöperatief/meewerkend -Communicatief -Klacht met instructies <u>Telefonisch</u> -Bekende patiënt met chronische psychotische symptomen -Bekende patiënt met chronische onverklaarde somatische klachten -Vraag om medicatie -Matige bijwerking medicatie -Financiële/sociale/huisvestings/relatieproblemen

3.1.5. Triage crisisdiensten

De crisisdiensten krijgen 24/7 patiënten doorverwezen. Ter indicatie gaat het in bijvoorbeeld Amsterdam om 6500 patiënten (ong. 5000 buiten kantoortijd, Jaarverslag 2013), Noord-Kennemer en Zaanstreek-Waterland om 3500 patiënten (1500 buiten kantoortijd), Zuid-Kennemer, Meerlanden en Amstelland om 1400 patiënten (400 buiten kantoortijd) en in Noord-Holland Noord om 6000 patiënten. De huisartsen zijn de grootste verwijzer, veelal meer dan 50%. Overige verwijzers zijn de GGD, reguliere GGZ, vrijevestigden, ziekenhuizen en politie. De triage is door de crisisdiensten in de verschillende deelregio's op verschillende manieren georganiseerd, zowel in de keuze voor het systeem als voor de organisatie (Glick et al., 2008; Braam, 2010; Achilles et al., 2011).

- Crisisdienst NHN

In Noord-Holland Noord (3 crisisdienstlocaties) is er tijdens kantooruren een centraal triage-aanmeldpunt verzorgd door GGZ NHN (Protocol wachtdiensten, 2015, Stroomschema inschakel GGZ-crisisdienst). Het centrale aanmeldpunt (een spv-er met triagefunctie) wordt bv. gebeld door huisarts, politie of eigen behandelaar en soms door de patiënt zelf of zijn/haar directe omgeving. Er wordt eigenlijk 1 hoofdvraag gesteld: is het spoed, d.w.z. meteen een interventie nodig, tot binnen een week? Als er direct hulp nodig is wordt de ambulance (en politie) ingezet. Tot voor kort werden er hier meer urgentievragen gesteld. Dit is echter aangepast vanwege 'dubbele' triage. Indien bekend bij GGZ wordt er doorverbonden met (dichtstbijzijnde) crisisdienst, zo niet naar de huisarts(enpost). Dit is het proces om de urgentie te beoordelen waarmee een cliënt behandeld moet worden (acuut (z.s.m.: psychotische toestand met suïcidaliteit en omgeving), subacuut (2 uur) of niet acuut (volgende werkdag/binnen 24 uur). Dit gebeurt eventueel in samenwerking met de arts van het team. De SPV-er heeft in de volgende gevallen altijd vooroverleg met de psychiater, voordat hij naar de crisissituatie toegaat:

- Manifeste suïcidale uitingen
- Beoordeling en besluit medicatie of medicatiewijziging
- Intoxicaties
- Bijwerkingen neuroleptica
- Vermoeden organiciteit
- Opnamebeoordeling
- Opname door middel van IBS in het kader wet BOPZ
- Toepassen M of M
- Huisbezoek, met betrekking tot inschatten van de veiligheid
- Consult, waarbij aanwijzingen zijn voor optreden agressie

In het geval van verwijzing via de huisarts neemt het meldpunt of de crisisdienst de urgentie van huisarts over (U0/1 en U5). Er wordt verder geen (wetenschappelijk) systeem/uitvraag toegepast. Behandeling via crisisdienst NHN betreft met name ambulante (intensive home treatment). Tijdens avond, nacht en weekend verlopen de verwijzing via de meldkamer. Bij (zeer) spoedeisende situaties via 112, bij minder acute situaties via een apart nummer. Er wordt hier allereerst gevraagd of het levensbedreigende situatie betreft. In dit geval wordt politie of ambulance ingezet. Zo niet, dan wordt de vraag gesteld of de patiënt bekend is bij GGZ NHN. Wanneer dit het geval is verbind de meldkamer direct door naar een SPV-er met aanwezig-/bereikbaarheidsdienst (met psychiater als achterwacht). Als de patiënt nog niet bekend is in de GGZ, wordt verzocht (eerst) contact op te nemen met de huisartsenpost. GGZ NHN "bekostigt" de dienst die de meldkamer tijdens ANW-uren levert door het geven van nascholing aan meldkamer- en ambulancepersoneel. Naar schatting krijgt de meldkamer jaarlijks 3000 telefoontjes te verwerken, dat zijn er ongeveer 8 per dag.

- Spoedeisende Psychiatrie Amsterdam (SPA)

Bij Spoedeisende Psychiatrie in Amsterdam (SPA) stelt een triagist (SPV-er) eerst een aantal sleutelvragen:

- Is iemand alleen (locatie, thuis/op straat of veiliger situatie zoals SEH/SPOR/HAP)?
- Vloeit er bloed (somatic)?
- Zijn er kleine kinderen bij?
- Is er sprake van agressie?

Er zijn geen officiële urgentiecategorieën vastgesteld. Indien het om een mogelijk levensgevaarlijke situatie gaat, wordt via meldkamer 112 de ambulance (of politie) ingeschakeld. Ook zoekt de triagist uit of iemand bekend is bij de GGZ in Amsterdam. Zo niet, dan wordt eerst verwezen naar de huisarts. Indien de patiënt wel bekend is bij de GGZ, dan bepaalt de triagist wanneer de patiënt gezien wordt. Volgorde is ook afhankelijk van locatie. Met betrekking tot de locatie geldt "onveilige situaties" eerst, d.w.z. de straat- en huisbezoeken (met name als iemand suïcidaal is). Vervolgens bijvoorbeeld patiënten op de SEH, HAP of cellencomplex (ook altijd op geleide van beeld - gefixeerd op de SEH, moet eerder dan als iemand rustig op de SEH zit). Daarna patiënten die op de SPOR zijn, en dan in volgorde van binnenkomst, tenzij er iemand is die 'door ramen en roeien gaat', of iemand waarvan er zorgen zijn op somatisch gebied. In Amsterdam zijn er aanvullende (triage) afspraken tussen de SPA, politie, GGD, Ambulance

Amsterdam voor verwarde personen met het Excited Delirium Syndroom (EDS). Hiervoor is in 2013 een richtlijn opgesteld.

- Crisisdienst InGeest Nieuwe Valerius (VUmc)

De crisisdienst van InGeest in de Nieuwe Valerius Kliniek is alleen geopend tijdens kantooruren. In de ANW-uren wordt de crisiszorg overgedragen aan de SPA. Verwijzers kunnen via telefoon direct contact opnemen met de crisisdienst. Er komen bijna geen zelfverwijzers en indien dit toch gebeurt wordt eigenlijk altijd gevraagd om eerst contact op te nemen met de huisarts. Bij de huisarts dient een fysieke triage plaats te vinden (via consult of visite). De verwijzer bepaalt eigenlijk de urgentie, in de praktijk betekent dit binnen 8 uur, of voor 17u dezelfde dag. In veel gevallen wordt voor de urgentie-bepaling kort overlegd met de verwijzer, en wordt een afspraak ingepland. Levensbedreigend (en gevaar) verloopt eigenlijk altijd via 112 politie en/of ambulance. Verder zal er op de dag zelf, of mogelijke voor 17u een afspraak worden ingepland, of anders bij de SPA of de volgende dag. In ongeveer 75% van de gevallen komt de patiënt naar de crisisdienst. Met betrekking tot overtriage is het gevoel 10-20% van de patiënten mogelijk minder snel gezien zou hoeven worden dan binnen de gestelde 8 uur. In het geval van overtriage gaat het met name om agressie of psychosociale problemen. Slechts 1 of 2% zou sneller gezien moeten worden. Bij ondertriage wordt vooral de delier benoemd.

- Crisisdienst Utrecht

- In Utrecht is er een centraal aanmeldpunt met crisiscentralisten/triagisten (gesprek prof. dr. A. Braam). In Utrecht van 8.30-19:30 triage in aanmeldpunt, met bereikbaarheidskoppels in avond en weekend. In Utrecht weer 3 deelregio's tijdens kantooruren: Utrecht, Nieuwegein en Zeist. In avond, nacht en weekend alles in Utrecht. Bij aanmeldpunt wordt vooral op ervaring getrieerd, waarbij locatie en historie GGZ belangrijk zijn voor de categorisering. Er is afgesproken altijd binnen 15 minuten contact op te nemen met de verwijzer. Er zijn 3 urgentiecategorieën afgesproken: binnen 1 uur, binnen dagdeel, zelfde dag. Bijna alle verwijzingen verlopen via de HA(P). Er is mede daarom ook een samenwerkingsprotocol met de HAP's opgesteld. Triagist raakt altijd overmand door heftige reactie patiënt/omgeving en heeft daarom de neiging om (te) snel te willen helpen. Prof. Braam wijst op belang NTS (hij zit ook in de redactieraad), de Broset Violence Checklist (BVC) en de Nurses' Global Assessment of Suicidal Risk (NGASR). Hij benoemt de optie om deze (deels) mee te nemen in de hernieuwde triageafspraken.

- Overige systemen

- Mental health triage scale

In delen van Australië wordt gebruik gemaakt van de Mental Health Triage Scale. Voor de toepassing is er een speciale telefonische triagedienst met getrainde professionals opgezet. Zij doen naast triage, een kort assessment, verwijzing, interventie (veelal de-escalatie technieken) en bieden steun en advies. Binnen de schaal worden 7 urgentiecategorieën gehanteerd (A-G): A. Direct actie nodig, B. Binnen 2 uur, C. Binnen 8 uur, D. binnen 72 uur, E-F. Niet – minder urgent). Binnen elke urgentiecategorie zijn ook de typische presentaties beschreven, inclusief de te nemen acties/verwijzingen. De schaal blijkt met name betrouwbaar voor de meest spoedeisende categorieën (pilot). Er lijkt ook interesse te zijn vanuit Groot-Brittannië om deze schaal en dienst op te gaan zetten. Er zijn bovendien een aantal bruikbare kennisproducten beschikbaar zoals:

1. De richtlijn voor het gebruik (Guideline, 2010)
2. Een minimale dataset voor evaluatie en kwaliteitsverbetering (Triage minimum dataset 2010-2011, volume 1 and 2.

3.2. Fase 2 - (Eerste) uitwerking oplossing

In fase 2 stond de integratie en eerste uitwerking van de bevindingen uit fase 1 centraal. Naar aanleiding van een discussie in een (3^e) werkgroep zijn de bruikbare elementen van de verschillende triagesystemen/afspraken geselecteerd en verwerkt in een concept-stroomschema/kader voor de verschillende ketenpartners in Noord-Holland en Flevoland. Dit met als doel om voor alle ketenpartners een volledige set van samenhangende triageafspraken (patiënten/presentaties/risicofactoren) op te stellen met daaraan gekoppelde urgenties en acties (tabel 6). Voor de opbouw van het schema is het Nederlands Triage Systeem als startpunt gebruikt (met ingangsklacht "Suïcidaal of vreemd gedrag"), systematisch aangevuld met bruikbare elementen en afspraken uit alle andere beschikbare systemen. Er zijn 6 urgentie categorieën geformuleerd 0-5, die variëren van reanimatie (cat. 0), z.s.m. actie (cat. 1), binnen 1 uur of 2 uur actie (= wenselijke vs. haalbare situatie) (cat. 2a/2b), binnen 4 uur actie (cat. 3), binnen 24 uur (cat. 4.) en meer dan 24 uur (cat. 5). Het stroomschema in figuur 2 is bedoeld als totaaloverzicht met triageafspraken waarbij de werkgroep zich uitspreekt over welke psychiatrische patiënt door wie en hoe snel zou moeten worden opgevangen. De schema betreft uitdrukkelijk *niet* een uitwerking van een nieuw triagesysteem dat direct door triagisten kan (en hoeft te) worden toegepast (lees ook conclusie en aanbevelingen).

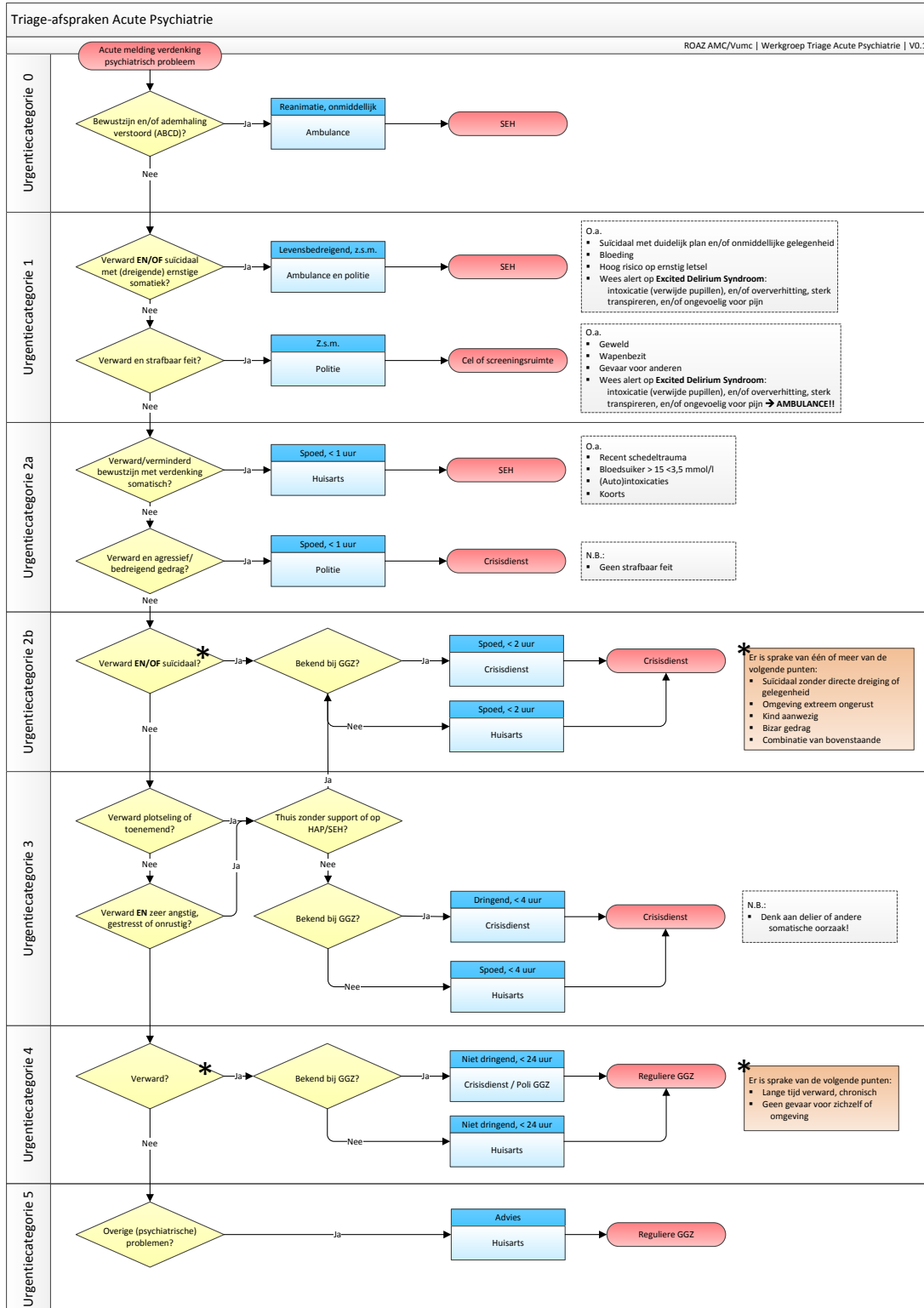
De werkgroep denkt dat de urgentiecategorie 0 (en 1) kan worden bepaald via de ABCD-methodiek (Airway, Breathing, Circulation, Disability), dit betekent eigenlijk direct reanimeren. In dit geval wordt de melding doorgezet naar 112 waarbij de ambulance zal uitrukken. Het gaat om de volgende vragen:

1. Locatie?
2. Telefoonnummer?
3. Vertellen wat er gebeurt (is)?
4. Leeftijd en geslacht?
5. Bewustzijn?
6. Ademhaling?

Indien de patiënt ABCD-stabiel is ziet de werkgroep een aantal paden voor verwarde en suïcidale personen in crisis: 1. somatiek 2. psychiatrie en 3. geweld/agressie/dreigend gevaar voor anderen (strafbaar feit), of een combinatie. In het geval van somatiek/psychiatrie zonder agressie/strafbaar feit, denkt de werkgroep dat de crisispatiënt in zeer spoedeisende gevallen (cat. 1, z.s.m. actie) eigenlijk via de ambulance (of psycholance in Amsterdam) naar de SEH zal moeten worden vervoerd.

In zeer spoedeisende gevallen (categorie 0/1, z.s.m. actie) waarbij er sprake is van agressie/strafbaar feit of ernstig dreigend gevaar (somatiek) zal (ook) de politie moeten uitrukken. De crisisdienst komt in beeld bij urgentiecategorieën 2-4 voor verwarde en suïcidale personen waarbij (dreigende) somatiek geen rol speelt. Dit kan indirect via de huisarts (onbekend in GGZ) of direct (bekend in GGZ). De werkgroep denkt dat voor patiënten die vallen onder de triagecategorie 5 (advies) de crisisdienst eigenlijk niet ingeschakeld hoeft te worden.

Figuur 2 – Concept-stroomschema/kader met samenhangende afspraken suïcidale en verwarde personen per specifieke patiënt/presentatie/risicofactor, urgentiecategorie en eerste actie bij triage (en vervolgactie).



NB. *Financiële/sociale/verslavings/huisvestings/relatieproblemen en huiselijk geweld doorverwijzen naar andere hulpverleners 1^e lijn, veelal door gemeente bv. Vangnet en Advies en Veilig thuis.

4. Conclusies en aanbevelingen

De werkgroep concludeert dat er door de ketenpartners verschillende triagesystemen worden gebruikt. Deze triagesystemen hebben verschillende accenten, en blijken ook met name ontwikkeld voor somatische zorgvragen. In de literatuur en in de regio blijken bruikbare specifieke psychiatrische triagesystemen/deelschalen en organisatievormen te bestaan. De gehanteerde afspraken en systemen overlappen grotendeels voor specifieke patiënten in de hoogste urgentiecategorieën (ABCD-methodiek) en de daarbij horende acties (vooral Meldkamer ambulance). De grootste verschillen tussen de ketenpartners bestaan vooral in (de indeling in) de lagere urgentiecategorieën/responstijden en eerste acties. Hier lijkt dan ook de grootste kwaliteitswinst behaald te kunnen worden. Het (verder) afstemmen en toepassen van de verschillende regionale, nationale en internationale triageafspraken en systemen zal betekenen dat verwarde of suïcidale personen in crisis nog vaker, binnen de juiste termijn door de juist zorgverlener worden opgevangen.

Dit heeft de werkgroep vertaald in een concept-stroomschema/kader met samenhangende (triage)afspraken voor de verschillende ketenpartners in Noord-Holland en Flevoland. Hierin zijn verwarde en suïcidale crisispatiënten verder ingedeeld in:

- Typen patiënten/presentaties/risicofactoren, o.a.
 - Somatiek
 - Psychiatrie
 - Geweld/gevaar voor anderen (strafbaar feit)
 - Combinatie
- Urgentiecategorieën
 - Reanimatie
 - Z.s.m. actie
 - < 1 uur actie (of 2 uur)
 - < 4 uur actie
 - < 24 uur actie
 - > 24 uur
- Eerste acties die daarbij ondernomen moeten worden (wie oproepen?)
 - (Meldkamer) politie of ambulance
 - Huisarts
 - SEH
 - Crisisdienst

In de volgende implementatiefase (fase 3) zal per ketenpartner en deelregio gekozen moeten worden voor een toepasbare vorm/uitwerking en implementatiestrategie. De werkgroep denkt hierbij bijvoorbeeld aan een apart (digitaal) protocol, software aanpassingen/ondersteuning(app) etc. De afspraken zullen bovendien consequenties hebben. De consequenties zullen per ketenpartner verschillen en dus ook om een alternatieve uitwerking vragen (bv. hoe doorverbinden meldkamer blauw naar meldkamer wit, crisisdienst of huisarts?). Het kan daarom ook een optie zijn om eerst kleinschalig te implementeren en te evalueren, bv. met 1 type ketenpartner of deelregio. Hierbij kan er dan gekeken worden of de gemaakte afspraken haalbaar zijn en bijgesteld moeten worden. Ook kan onderzocht worden wat de effecten zijn, bijvoorbeeld op de aanrijdtijden en patiëntenstromen.

Bij de toekomstige uitwerking en implementatie zal in ieder geval ook rekening gehouden moeten worden met de certificering van veel van de huidige triagesystemen (bv. NTS, MTS en AMPDS). Dit betekent namelijk dat er niet zomaar wijzigingen in kunnen worden aangebracht. Hiervoor kan te zijner tijd mogelijk aansluiting worden gezocht bij de redactieraden die betrokken zijn bij de evaluatie en aanpassingen van de triagesystemen).

5. Literatuur

1. Convenant Politie-GGZ. GGZ Nederland en de Raad van Hoofdcommissarissen. Versie, 2011.
2. Inventarisatie netwerk afspraken acute zorg. Netwerk acute zorg, regio VUmc. Definitief rapport, November 2008.
3. Victorian Area Mental Health Triage Scale Pilot Project Evaluation. The university of Melbourne, Final Report, November 2008.
4. Patiëntenstromen binnen de spoedeisende zorgketen in Noordwest-Nederland. Rhebergen M. & Bonink D. Definitief rapport pilot 2012/2013, Januari 2015.
5. NHG-TriageWijzer. Nederlands Huisartsen genootschap & Nederlandse Triage Standaard. Versie 2014.
6. Advanced Medical Priority Dispatch System. Online, 20-05-2015: http://en.wikipedia.org/wiki/Advanced_Medical_Priority_Dispatch_System
7. Landelijk Protocol Ambulancezorg (LPA), versie 8. Ambulancezorg Nederland. Versie 8, 2015.
8. Triageprotocol Melding. Meldkamer politie Noord-Holland Noord. 20..??
9. Manchester triagesysteem (MTS). Online, 20-05-2015: <http://en.wikipedia.org/wiki/Triage>
10. Boston triagesysteem (BTS). Online, 20-05-2015: <http://en.wikipedia.org/wiki/Triage>
11. Richtlijn triage op de spoedeisende hulp. Hogeschool van Arnhem en Nijmegen en de Nederlandse Vereniging van Spoedeisende Hulp Verpleegkundigen & Landelijk expertisecentrum Verpleging en Verzorging. Herziene versie, september 2008.
12. Revisions to the Canadian Emergency Department Triage and Acuity Scale (CTAS) adult guidelines. Bullard et al. *CJEM*, maart 2008.
13. The development and use of mental health triage scales in Australia. Broadbent et al. *International Journal of Mental Health Nursing*, 2007.
14. Comparison of Canadian triage acuity scale to Australian Emergency Mental Health Scale triage system for psychiatric patients. La Vonne et al. *International Emergency Nursing*, 2014.
15. *Emergency Psychiatry: Principles and practice*. Glick et al. Wolters Kluwer, Amsterdam. April 2008.
16. Triage in de spoedeisende zorg naar de GGZ. Braam A. MGv, 2010.
17. *Handboek Spoedeisende Psychiatrie*. Achilles et al. Benecke, Amsterdam. Tweede editie, 2011.
18. Protocol wachtdiensten: Meldpunt SEPH-GGZ Noord-Holland Noord. GGZ Noord-Holland. Versie 10.2, februari 2015.

19. Stroomschema Inschakelen GGZ-crisisdienst Noord-Holland Noord. GGZ Noord-Holland. November, 2012.
20. Jaarverslag 2013. Spoedeisende psychiatrie Amsterdam. 2013.
21. Richtlijn Excited Delirium Syndroom. GGD, Politie, SPA & Ambulance Amsterdam. 2013.
22. De Broset Violence Checklist (BVC). Vertaling van Jansen G. & Van der Werf B., 2006.
23. Nurses' Global Assessment of Suicide Risk (NGASR). Vertaling, Veen et al., 2014.
24. Guidelines Statewide mental triage scale. Victorian Government Department of Health, Melbourne, Victoria. 2010.
25. Triage minimum dataset 2010-2011. Victorian Government Department of Health, Melbourne, Victoria. Volume 1 and 2, 2010.

6. Bijlagen

-Volgt