



# GGZ TRIAGETRaining

2022

# INHOUDSOPGAVE

PROGRAMMA	3
INLEIDING - SYLLABUS BEHORENDE BIJ TRAININGSMODULE GGZ-TRIAGE	5
TRAININGSMODULE GGZ-TRIAGE	18
1 ACHTERGROND TRIAGE	26
2 WERKWIJZE EN POSITIE	33
OPDRACHTEN	38
GGZ TRIAGEWIJZER	42
GGZ AUDIT	45

## Dag 1: Methodisch voeren van het triage gesprek volgens de Generiek Module Acute Psychiatrie

Leerdoelen:

De deelnemer

- kan het triagegesprek conform de GGZ triagewijzer met de melder adequaat, medisch veilig met behoud van de relatie met de beller voeren
- kan op basis van de juiste urgentiecode vervolg geven aan de juiste zorg, door de juiste zorgverlener op het juiste moment.

### Vorbereiding

- digitale toets (open boek toets GGZ triagewijzer)
- selfassessment
- formuleren persoonlijke leerdoelen.

### Literatuur

- GMAP inclusief GGZ triagewijzer
- voorlopig model melding
- syllabus

### Bijeenkomst

- 2 dagdelen met acteur

## Dag 2: Complexe situaties en triage

Leerdoelen:

De deelnemer

- kan digitaal het triagegesprek conform de GGZ triagewijzer met de melder adequaat, medisch veilig met behoud van de relatie met de beller voeren en komen tot de juiste registratie
- kan bij complexe situaties in een crisis op basis van de juiste urgentiecode vervolg geven aan de juiste zorg, door de juiste zorgverlener, met behoud van relatie met de client c.q. melder.

### Vorbereiding

- Verzamelen en aanleveren eigen casuïstiek van complexe triage gesprekken in relatie tot nog te behalen persoonlijke leerdoelen.

### Literatuur

- Scoor wat ik hoor/ triage auditlijst

### Bijeenkomst

- 2 dagdelen met acteur

## Dag 3: Integratie

Door gebruik van casuïstiek wordt het balanceren van vaardigheden in de volgende competentie domeinen geoefend: 1.) vakinhoudelijk handelen, 2.) communicatie, 3.) samenwerking, 4.) kennis en wetenschap, 5.) maatschappelijk handelen, 6.) organisatie en 7.) professionaliteit.

Leerdoelen:

De deelnemer

- demonstreert de-escalerende vaardigheden tijdens triage gesprekken
- past in elk triage gesprek de integrale zorggedachten toe en heeft ook oog voor de diverse belangen van de zorgvragers en verwijzers.

- demonstreert gestructureerde reflectie tijdens en direct na het triage proces en kan ook in later stadium intentioneel de feedback cyclus persoonlijk en intercollegiaal benutten voor permanente verbeterlagen.
- demonstreert adequaat vakinhoudelijke theoretische inzichten in hogedruk situaties.

#### **Vorbereiden:**

Centraal in deze bijeenkomst staat het toetsen van het eigen vermogen om kritisch te denken en genuanceerd te handelen in dilemma's tijdens het triage proces bij eigen casuïstiek. Het betreft hier vooral het delen van eigen ervaringen met het balanceren tussen verschillende klinisch redeneer systemen in hogedruk situaties, namelijk: 1.) primair of snel: intuïtief en emotioneel redeneren en 2). secundair of langzamer: theoretisch overstijgend en logisch redeneren.

Selecteer uit eigen ervaring twee uitéénlopende casussen die grote uitdagingen opleverde in het inventarisatie proces én selecteer twee casussen waarbij er complicaties optraden in het afwikkelproces. Bij voorkeur een reeks van casuïstiek met variatie van ernstig nadeel volgens de WVGZ die op dat moment op de voorgrond leek te staan. Beschrijf compact de ingangsklacht en de ervaren struikelblokken in het triage proces per casus.

#### **Bijeenkomst:**

Het betreft een fysieke bijeenkomst waarin als werkvorm een simulatietraining dan wel een serious game opzet is gekozen. Bij serious games wordt door toevoeging van game elementen op een uitdagende manier iets overgebracht of geoefend. Het doel is het opdoen van kennis en vaardigheden, teambuilding en het bewerkstelligen van gedragsveranderingen. De deelnemer kan daarbij risico's nemen en fouten maken in een veilige fictieve spelomgeving.

De leerstof wordt geïntegreerd in verschillende simulatie/game-elementen. Zodoende ontstaat voor de deelnemers in het spel een herkenbare omgeving, waarin op een contextrijke manier kennis en vaardigheden worden opgedaan. Leren, werken, kennismaken en veranderen wordt hiermee niet alleen effectiever, maar ook nog eens een stuk leuker!

Er wordt gewerkt met een spelleider en trainingsacteurs. De trainingsacteurs geven doorlopend feedback tijdens de spelrondes, zodat de deelnemers de kans krijgen al spelend te verbeteren, met advies van hun collega's.

Elke game kent een winnaar. Punten worden behaald door samenwerken (in de eigen leergroep) en experimenteren met nieuw gedrag.

De simulatie/game is op maat gemaakt voor de context GGZ triage.



## Syllabus behorend bij Trainingsmodule ggz-triage

**Instituut voor Verpleegkundige Studies Hogeschool Utrecht  
in samenwerking met Van Campen Consulting en ZonMW**

### **Syllabus bij trainingsmodule ggz-triagisten (2020)**

**Auteurs:** [Carina Stigter](#), [Roland van de Sande](#), [Diana van t' Hazeveld](#), [Marleen Teunis](#)

3836 woorden (exclusief literatuurlijst)

© Hogeschool Utrecht

Instituut Verpleegkundige Studies

Heidelberglaan 7

3584 CS Utrecht

September, 2020

Copyright etc.

Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch, door fotokopieën, opnamen of op enige andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever. Voor zover het maken van kopieën uit deze uitgave is toegestaan op grond van artikel 16B Auteurswet 1912, het besluit van 20 juni 1974 St.b.351, zoals gewijzigd bij het besluit van 23 augustus 1985, St.b. 471 en artikel 17 van de Auteurswet 1912, dient men de daarvoor verschuldigde vergoedingen te voldoen aan de Stichting Reprorecht te Woerden.

## Inhoudsopgave

Onderwerp	Pagina
Introductie	3
Historische ontwikkeling	3
Aard, omvang en context triage rond psychische nood ingangsklachten	4
Theoretische basis principes triage proces	4
Bevindingen Nederlandse kwalitatieve interview	7
Input klankbord groep ontwikkeling competentie profiel en opzet voor trainingen	8
Referenties	9

**Introductie:** Deze syllabus kan worden gebruikt als een achtergrond document voor het doorlopen van de ggz-triage training en de permanente educatie van Acuu Psychiatische Hulpverleners. Het verschil tussen een opleiding, cursus of training is vooral gelegen in duur en doel. Opleidingen zijn doorgaans langer qua tijdsduur en in de basis breder opgezet. Een cursus is over het algemeen korter en specifiek van inhoud. Bij een training staat de toepassing in de praktijk gebaseerd op de theorie centraal. Het is hiermee in deze context het meest logisch om te spreken van een training met cursorische opzet gericht op ggz-triage. Uit recent landelijk onderzoek in 13 GGZ-instellingen blijkt ggz-triage training te variëren tussen de twee en vier cursusdagen met een interval van enkele weken om te oefenen met de opgedane inzichten. Met subsidie van ZonMW is het in 2020 mogelijk gemaakt om een ggz-triagisten competentieprofiel te ontwikkelen een bijbehorend ggz-triage trainingsadvies te formuleren.

In de volgende passages wordt stilgestaan bij: 1.) diverse relevante literatuurbevindingen, 2.) de ingewonnen adviezen van ervaren professionals via kwalitatieve interviews en 3.) klankbord bijeenkomsten. Al deze bevindingen zijn betrokken in de totstandkoming van het ggz-triage competentie-profiel voor Acuu Psychiatische Hulpverleners met triagetaken en het bijbehorende trainingspakket.

**Historische ontwikkeling:** De term triage is oorspronkelijk afgeleid van het Franse werkwoord “triér” en betekent letterlijk “sorteren”. In de geneeskunde is het systematisch sorteren van urgentie bij oorlogsverwondingen ten tijde van het regiem van Napoleon uitgebreid gedocumenteerd. Tijdens de eerste wereldoorlog noopten de grote aantallen slachtoffers die vielen in de militaire geneeskunde tot een verdere verfijning en professionalisering van triage (Mayhew, 2004).

Tot circa 1995 leek het triage werk in de Westerse reguliere gezondheidszorg vooral gebaseerd te zijn op de klinische blik en ethisch en morele overwegingen van zorgprofessionals in acute contacten. Geleidelijk aan werd naast het sturen op de klinische blik het werken met gevalideerde triage schalen steeds meer de norm voor kwaliteitsevaluaties en relevante scholing (Sands et al, 2012). In veel triage trainingen in de Westerse wereld wordt hiervoor de Amerikaanse definitie van Zimmermann (2001) aangehouden: *een triage systeem is een structuur die (potentiële) patiënten categoriseert in groepen waarvoor een urgentieschaal wordt gehanteerd*. Hierbij wordt overigens gesteld dat triage altijd in een dynamisch proces plaatsvindt. Dit principe is gebaseerd op de ervaring dat toestand van de patiënt maar ook de context er om heen kunnen nu eenmaal snel kunnen veranderen. Er zal dus altijd rekening moet worden gehouden met de kans op “her-triage” en verscherpte monitoring activiteiten (Charles, 2003).

Er is sinds de jaren negentig van de vorige eeuw uitgebreid gepubliceerd onderzoek beschikbaar betreffende “on the spot” ggz-triage werkwijzen. Dit geldt voor het uitvoeren ggz-triage in Algemene Ziekenhuizen maar ook betreft het uitvoeren van “street-triage” door ambulance en politie functionarissen. In de referentielijst op de laatste pagina’s van deze syllabus zijn hier talrijke voorbeelden van te vinden. Het betreft hier vooral gepubliceerde evaluaties van gestructureerde “face to face” triage. Dit is weliswaar niet altijd uitgevoerd in een vergelijkbare context zoals in Nederland maar de systematiek van het uitvragen en observeren (vaak met gevalideerde geestelijke gezondheidszorg triage schalen) is ook elders gebonden aan transparante werkwijzen en specifieke scholingseisen.

Qua relevante literatuur over “non-face to face” communicatie rond mensen die worstelen met ernstige psychische problematiek is er veel te leren van de “tele-psychiatrie” evaluaties in Australië startend ruim drie decennia geleden. Vooral de uitkomsten van reguliere lange afstand behandelingen zijn inmiddels grondig geëvalueerd met over het algemeen veel belovende patiënten-uitkomsten (Hubley et al, 2016). Echter evaluaties van het rendement hiervan bij patiënten in crisis zijn schaars en methodologisch zeer uitdagend om op een solide wijze uit te voeren (Paton et al, 2016).

Kenmerkend voor aanmeldingen bij Nederlandse GGZ crisisdiensten is dat deze over het algemeen vooral symptoomgericht geformuleerd door de verwijzer. Vaak is er een onvolledige anamnese, mist er een actuele diagnose of is er geen crisisplan op maat beschikbaar (Braam, 2010; Slobbe, de Leeuw & Mulder, 2016).

Het gestructureerd uitvragen van de omstandigheden rond de aangemelde patiënt en hoe de symptoom exacerbaties aan de orde zijn. Uit onderzoek blijkt dat zowel landelijk als internationaal er decennialang zeer uiteenlopende triage methodieken werden gehanteerd, bovendien is er ook grote variatie in triage setting (Braam, 2010; Achilles & Zoeteman, 2017). Het tot stand komen van de landelijke ggz-triagewijzer die onderdeel uitmaakt van de Generieke Module Acute Psychiatrie (2019) is daarom een belangrijke stap in het consistent triageren in de Nederlandse GGZ context.

**Aard, omvang en context triage rond psychische nood ingangsklachten:** Er vinden jaarlijks circa 70.000 beoordelingen plaats door ambulante GGZ crisisdiensten in Nederland (Mulder, Wierdsma & van Hemert, 2017). Het aantal triage activiteiten is echter hoger aangezien niet alle (zelf) verwijzingen direct resulteren in een hoge urgentiegraad die aanleiding geeft tot onmiddellijke beoordeling van de GGZ crisisdienst. Uit relevant Nederlands onderzoek (Ruchlewska et al. 2014; Slobbe, de Leeuw & Mulder, 2016) komt naar voren dat zeer weinig patiënten die werden gezien in de crisisdienst een eigen crisissignaleringsplan hadden. Hierdoor was vaak nieuwe risicotaxatie door de GGZ crisisdienst noodzakelijk. Uit een meta-analyse van de Jong et al., (2016) blijkt dat juist signaleringsplannen samen opgesteld met de patiënt een veelbelovende interventie is om dwangopnamen te voorkomen. Overigens blijft ook zonder de aanwezigheid van signaleringsplannen het streven om zo min mogelijk intrusief en restrictief op te treden; zonder hierbij personen in onnodig gevaar te brengen (Beerthuis 2014; van Hemert & Mulder, 2014). Personen verwezen door de politie (vaak patiënten met achteraf gezien op dat moment met zeer ernstige beperkingen in het sociaal functioneren) worden aanzienlijk vaker na contact met de GGZ crisisdienst gedwongen opgenomen dan verwijzingen uit het huisartsen circuit (Hoek & Braam (2017).

Een crisis wordt door de Nederlandse GGZ (voorheen GGZ-Nederland) als volgt gedefinieerd: *De persoon vormt een gevaar voor zichzelf en/of zijn omgeving of veroorzaakt ernstige overlast. De situatie lijkt veroorzaakt te worden door een psychiatrische stoornis en ingrijpen van professionals met psychiatrische expertise nodig is om de gevaar situatie of situatie van ontregeling te beëindigen. De situatie is zodanig acuut dat een interventie van specialistische GGZ niet langer kan wachten. Het betreft hier vaak een omstandigheid waarin biologische, psychologische en sociale factoren elkaar op een snelle en negatieve manier versterken (GGZ Nederland, 2014).*

In de Generieke Module Acute Psychiatrie worden grofweg drie verschillende contexten geschetst van personen die in beeld komen bij de triagist. 1.) de persoon raakt thuis in crisis; meestal zal de eigen huisarts of huisartsenpost (HAP) verwijzen of de patiënt neemt zelf contact op. 2.) de persoon raakt in een openbare ruimte in crisis; in deze context zal de politie/meldkamer 112 verwijzen. 3.) de persoon raakt bij de maatschappelijke opvang of een instelling voor beschermd wonen in crisis.

**Theoretische basis principes triage proces:** Triage binnen de acute psychiatrie heeft in zijn algemeenheid als doel om tijdige en kwalitatief adequate en proportionele acuut psychiatrische hulpverlening te bepalen. Het is "het dynamische proces van urgentie bepalen plus de vervolgactie" (GGZ Standaarden, 2017). Dit is in het belang van de patiënt, zijn naasten en hulpverleners. Binnen de GMAP is met alle relevante betrokken partijen bepaald waar de inhoud en organisatie van acuut psychiatrische hulpverlening in de eerste 72 uur aan zou moeten voldoen. De start van deze hulp wordt bepaald door een acuut psychiatrisch hulpverlener (APH) met triagetaken aan de hand van de GGZ triagewijzer waarmee de urgentiegraad van de actuele situatie wordt bepaald.

Onnauwkeurige triage kan de patiënt schaden en resulteren in slechtere gezondheid doordat tijdige inzet van interventies mogelijk niet plaatsvindt (Aacharya, Gastmans & Denier, 2011). Eenduidige triage op basis van uniformiteit en consensus over de vereiste competenties is wenselijk mede omdat het de transparantie in de besluitvorming in urgentie situaties vergroot (Broadbent et al, 2009; Sands et al, 2012).

Volgens de WGBO (Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomsten) hebben professionals in de gezondheidszorg de plicht om zich maximaal in te spannen burgers zoveel mogelijk te beschermen tegen (on)voorspelbare en ernstige gezondheidsproblemen (Burgelijke Wetboek, 2012). Het optimaal waarborgen van veiligheid is hierbij het sleutelwoord. Hierbij worden autonomie aspecten en voorkeuren van patiënten gewogen en afgezet tegen het nemen van risico's in specifieke condities. Ook kan schade worden berokkend als goed beproefde richtlijnen of instrumenten worden gebruikt door professionals met onvoldoende scholing of als er bij toepassingen een ontoereikende infrastructuur aan de orde is (Moher et al, 2009).

Voor het optimaliseren van patientveiligheid en personeelsveiligheid is het essentieel om systematisch stil te staan bij mogelijk communicatieproblemen en kleine onregelmatigheden die als een soort sneeuwbal effect in combinatie met andere problemen cumuleren tot ongewenste uitkomsten (Moher et al, 2009). Er is overigens nog weinig bewijs voor spectaculaire uitkomsten bij het gebruik van uitsluitend rationele en technocratische manieren van risico beheersing (Appleby et al., 2018). Deze bevinding laat zien dat het klinisch redeneren nooit volledig kan worden vervangen door instrumenten.



Bij de preventie van verdere escalaties in psychosociale crisissituaties is het dus vooral het samenspel van meerdere kennisbronnen en professionele competenties van doorslaggevend belang. Het triage proces is ook sterk afhankelijk van de communicatie vaardigheden van de triagist, de communicatie is zeer bepalend voor accurate gegevensverzameling in dit soort contexten (De Vito, 2000; Newberry, 2002; Verderbert, 2003; Glick, Berlin & Fishkind, 2008; Rossi, Swan & Iscaas, 2010; Bowers et al, 2014). Men kan er namelijk niet automatisch van uitgaan dat de verwijzer of patiënt ten alle tijden in staat is bewust om te gaan met de zender en ontvanger dynamiek in de communicatie. Dit impliceert het belang van het kunnen omgaan met eigen triggers en kwetsbaarheden en die van anderen.

Het klinisch redeneren van de ggz-triagist is een onmisbaar onderdeel van het triage proces waarbij risico's worden geïnventariseerd, ingeschat en begeleid. Door de World Health Organization (WHO) wordt een onderscheid gemaakt tussen risico-inschatting en risicomanagement. Hieronder worden de WHO definities weergegeven. De GGZ triagist dient zich steeds bewust te zijn welke taken en verantwoordelijkheden men heeft op de verschillende niveaus.

Risico-inschatting (www.who.org)	Risico-management (www.who.org)
De wetenschappelijke analyse van bekend of potentiële ongewenste gezondheidseffecten die het gevolg zijn van blootstelling aan gevaar. Het proces bestaat uit de volgende stappen: (1) identificatie van gevaar, (2) karakterisering van gevaar, (3) inschatting van de blootstelling, en (4) karakterisering van het risico. Bij de definitie zijn inbegrepen kwantitatieve risicoschattingen, waarbij de nadruk ligt op getalsmatige onderbouwing en de kwalitatieve uitdrukkingen van risico, evenals een indicatie van onzekerheden.	Het proces van afweging van beleidsalternatieven om geschatte risico's te accepteren, minimaliseren of te reduceren en hiervoor geschikte mogelijkheden hiervoor te selecteren en op maat uit te voeren.

In bredere zin is “klinisch redeneren de basiscompetentie van iedere gezondheidsprofessional. Hiermee doorgrond de professional zoveel mogelijk wat er met een patiënt aan de hand is, wat er het best gedaan kan worden en vooral waarom”, aldus Lia van Straalen en Marieke Schuurmans, beiden verplegingswetenschappers (Straalen & Schuurmans, 2017). Triage kan in bepaalde scenario's worden gezien als een onderdeel van klinisch redeneren. Triage is daarmee meer een substantiële taak in het klinisch redeneerproces in de route van de patiënt dan een eigenstandige functie. In het triage werk zijn risico beoordelingen en spoedeisende interventies een essentieel onderdeel van het takenpakket. Complicerend bij spoedeisende besluitvorming is dat er vaak in onvoorspelbare situaties een noodzakelijk samenspel van verschillende benaderingen aan orde is.

In grote lijnen kunnen hierbij drie veel toegepaste benaderingen worden onderscheiden; **1.)** op basis van professionele expertise komen tot een eerste klinische oordeelsvorming. Dit bestaat vaak uit drie samenhangende onderdelen: **a.)** intuïtief georiënteerde ofwel verborgen kennis, **b.)** creatief situationeel oriëntatie. **c.)** interactie oriëntatie, **d.)** regel, beslisboom en situatie gestuurde besluitvorming. **2.)** gecalculeerd sturen op statistische voorspellers; de actuariële benadering en **3.)** cultureel sensitief en ethisch en moreel redeneren. Het vinden van een juiste balans tussen deze drie benaderingen is een zeer complexe opgave. Wenselijk is dat deze drie vormen context gebonden gecombineerd worden en dat er bovendien regelmatig multidisciplinaire toetsing en reflectie plaatsvindt.

Een regelmatig terugkerende fenomeen zijn de worstelingen met cruciale ethische principes zoals “respect voor autonomie” en het bieden van “belevingsgerichte zorg” bij personen die tijdelijk door psychische ontreddering niet meer kunnen samenwerken met hun toegewezen hulpverleners. Indien deze mensen in een crisis gevaarlijk gedrag laten zien ontstaan er ook ethische dilemma's in de klinische besluitvorming. Het betreft hier vooral risicovol gedrag met agressie dreiging, zelfdestructief gedrag of ernstige verwaarlozing. In een kort tijdsbestek moeten risico's worden afgewogen en acties ondernomen betreft het intentioneel nemen of nalaten van veiligheidsmaatregelen. De meerwaarde van gedegen getrainte ggz-triagisten bij risicovolle situaties laat zich zien in de volgende twee kerncompetenties; **1)** specialistische kennis over een doelgroep en **2.)** het solide kunnen klinisch redeneren onder hoge druk waarbij verschillende kennisbronnen worden benut in een kort tijdsbestek.

In hoofdlijnen betreft het hier het objectiveren van risicofactoren in hectische situaties en het snel kunnen formuleren van werkhypothesen. Uit relevante literatuur en uitgevoerde expertinterviews blijkt dat deze verantwoordelijke taak vraagt om een afgemete mix van specialistische en overstijgende kennis op het gebied van psychopathologie, somatiek, farmacie, ethisch en moreel redeneren en het beheersen van verbale de-escalatie vaardigheden en het toepassen van passende onderhandelingsstrategieën.

Om hier op aan te sluiten blijkt uit de literatuur dat het helpend kan zijn om met realistische praktijkscenario's en gestructureerde reflectie te werken waarbij vooral een beroep gedaan wordt op de volgende kennis-dimensies. 1.) feiten, concepten, 2.) procedures, 3.) meta-cognities. In het verlengde hiervan kunnen de volgende cognitieve processen worden uitgedaagd zoals: begrijpen, toepassen, analyseren, evalueren, creëren.

Betreft de behandelde casuïstiek wordt ook steeds een beroep gedaan op gestructureerde zelfreflectie volgens de cyclus van Gibb (1988) en gereviseerd door Husebø, O'Regan & Nestel (2015). Hierbij wordt stilgestaan bij de volgende zes elementen. Het betreft hier: 1.) het beschrijven van de gebeurtenis en context, 2.) de gevoelens en gedachten die dit kunnen opleveren, 3.) wat kan gunstige en ongunstige uitkomsten geven in dit scenario, 4.) wat is er te leren van deze situatie, 5.) welke alternatieve opties zijn er nu niet benut en 6.) wat kan er in de toekomst het beste worden gedaan bij een vergelijkbare situatie.

De noodzaak tot het primair autonoom optreden bij de eerder genoemde complexe processen legitimeert een Bachelor niveau overstijgende scholing. Het accuraat en veilig triageren zal altijd samen moeten gaan met: 1.) toetsbare structuren van informatie verzameling, 2.) het formuleren van transparante werkhypothese en het bepalen van een passende urgentie bepaling en 3.) het afwickelen van het triage proces op basis van relevante evidence based kennis. Het betreft hier een complex proces waarbij voor een groot deel autonoom gehandeld zal moeten worden. Met een gedegen Bachelor opleidingsachtergrond kan de triagist hier het verschil maken (McDonough et al, 2003; Clarke et al, 2006; Myers & Turvey, 2013; Mucic & Hilty, 2019).

De eerder benoemde verworven competenties kunnen verder worden verzilverd door adequaat gebruik van gestandaardiseerde methodieken om de nauwkeurigheid van het beoordelen van risico's. Hierbij moet worden benadrukt dat deze methodieken nooit een volledige vervanging kunnen vormen voor de klinische blik en expert kennis (van de Sande, 2015, 2016). In acute situaties wordt er namelijk een sterk beroep gedaan op het kunnen balanceren van de volgende professionele competenties; triage vaardigheden, diagnostisch redeneren, beheersing van de-escalatie technieken en onderhandelvaardigheden. In feite zal in het triage werk de professional steeds fors op de proef worden gesteld om onder hoge druk de actuele mogelijkheden en knelpunten vanuit verschillende perspectieven af te wegen. Waterdichte veiligheid kan nooit worden gegarandeerd. Echter gestructureerde en transparante beoordelingen van een triage expert kunnen het risico op escalaties verkleinen (Glick, Berlin & Fishkind, 2008; Appleby et al, 2018) .

De definiëring van het begrip "gevaar" is voor iedere zorgverlener of verwijzer een moeizame onderneming. Gevaar blijkt te allen tijde cultuurgevoelig, tijdsgebonden en individu gebonden te zijn. Riskant gedrag zonder criminele intenties wordt vaak in verband gebracht met ontregelde psychiatrisch kwetsbare burgers. Dit zijn vaak mediagevoelige kwesties die inwerken op de broze tolerantie voor tijdelijk psychisch ontregelde mensen. Professionals hebben de taak om gevaarscriteria te nuanceren. Het ongenueanceerd toepassen of juist nalaten van veiligheidsmaatregelen kunnen een zeer stigmatiserende uitwerking hebben voor mensen met bepaalde vormen van psychische kwetsbaarheid.

Samenvattend kan worden gesteld dat ggz-triagisten in staat dienen te zijn om op basis van een doortastende en onderbouwde analyse bij risico's passende maatregelen te nemen. Ideaal gezien zal hierbij een evenwicht moeten worden bereikt tussen het beredeneerd nemen of maatgericht volgen van geïdentificeerde risico's versus het bieden van bescherming bij verhoogde kans op controle verlies. De ggz-triagist fungeert eigenlijk bij voorkeur in dit soort situaties als een verstandige acrobaat die ondanks de acute stress vanuit verschillende perspectieven de chaos kan ordenen. Deze vorm van acrobatiek is zeer gewenst bij signalen waarbij tegengestelde belangen in het spel zijn. In dit soort situaties ontstaat er vrijwel altijd een spanningsveld tussen de autonomie van de patiënt en de grenzen van veiligheid. Professionals moeten hier helaas vaak kiezen tussen kwaden. Hierin kunnen paradoxale situaties ontstaan; enerzijds wordt verwacht dat zij risico's beoordelen en anderzijds wordt belangenbehartiging gewenst rondom de autonomie van de patiënt en zijn directe omgeving. Belangrijk is dat er na dit soort moeilijke situaties in een stabielere omstandigheid maatgericht wordt gereflecteerd met de betrokkenen op de knelpunten in de crisisbesluitvorming. Deze aspecten dienen dan ook expliciet te worden doorgenomen tijdens het training programma.

Op interactie niveau dient de ggz-triagist zich te onderscheiden door het vermogen om parallele of conflicterende processen direct te herkennen en hierbij vanuit professionele distantie in acteren. Dit onderdeel zal in oplopende complexiteit de aandacht krijgen in de beoogde drie ggz-triage trainingsdagen. Hiermee zal steeds rekening worden gehouden met de kans dat mensen in nood er soms minder goed in slagen om kritisch te denken over alternatieven en beperkingen. Ggz-triagisten dienen in deze situaties overstijgend te kunnen argumenteren, analyseren en interveniëren. Hierbij moeten zij de impact van hun eerste inventarisatie en acties kunnen overzien en doorschakelen als de verwachte korte termijn uitkomst uitblijft. Ideaal gezien heeft de kritisch denkende ggz-triagist meestal meerdere scenario's direct beschikbaar voor passende interventies bij onvoorziene wendingen. Het is hiermee niet gezegd dat de ggz-triagist zich geen ruggenspraak kan permitteren met andere professionals. In tegendeel; de ggz-triagist onderscheidt zich juist door het formuleren van een beredeneerde werkhypothese en het stellen van de adequate consultatievragen om maximaal rendement te halen uit spoedoverleg met andere professionals. De volgende doorslaggevende eigenschappen van triagist worden als volgt gecategoriseerd: 1.) *persoonlijkheid*: beheerst, contactgericht, doortastend, extravert, stabiel, vriendelijk. 2.) *capaciteiten*; samenhangende verbale capaciteiten. 3.) *drijfveren*: leren, perfectionisme, waardering uitspreken, bewust omgaan met zingeving, bereid tot samenwerken en helpen (van Leeuwen & Lem-Silverster, 2014).

Op de volgende pagina is overzicht te vinden van de samenhang van de gewenste competenties zoals deze herhaaldelijk terugkomen in de triage relateerde literatuur.

## Competenties vanuit de literatuur

Persoonlijke eigenschappen	Cognitieve kenmerken	Gedragskenmerken	Ervaring
Flexibiliteit	Klinisch redeneren	Stressbestendig	Intuitief
Autonoom/zelfstandig	Weten wanneer wel/niet te handelen	Georganiseerd	Zelfverzekerd
Communicatieve vaardigheden	Kritisch kunnen denken	Kunnen improviseren	Vertrouwen in partners hebben en andersom
Assertiviteit	Snel beslissingen kunnen nemen/besluitvorming	Inzetten voor de patiënt	Ervaring binnen de acute zorg ( 6 maanden- 2 jaar)
Geduldig	Passende beoordelingsvaardigheden	Kunnen onderhandelen	
Empathie/medeleven	De-escalerende technieken	Time management	
Bereidheid tot leren en luisteren	Kennis van psychofarmaca	Interventies inzetten bij complexe vraagstukken (verder dan alleen assessment)	
	Kunnen prioriteren	Kunnen prioriteren	
		Kennis van sociale kaart	

**Bevindingen Nederlandse kwalitatieve interviews:** Begin 2020 werden bij 15 respondenten uit diverse regio's in Nederland kwalitatieve interviews afgenomen. Het betrof hier een heterogene groep respondenten bestaande uit: vier leidinggevendenden, 7 ggz-triagisten en 4 triage trainers. In deze semi-gestructureerde interviews stonden de opvattingen en ervaringen betreft relevante kennis, vaardigheden en persoonlijke eigenschappen centraal. Hierbij werd de data geanalyseerd verwerkt, gecodeerd en onderworpen aan peer review en membercheck (Baarda, De Goede & Teunissen, 2005). De verworven inzichten uit deze interviews zijn aangewend voor het ontworpen competentie profiel en het trainingsprogramma. Hierbij heeft het uitstrooprofiel van de opleiding tot SEH verpleegkundige als een belangrijk referentie kade gefunctioneerd. De belangrijkste bevindingen uit de interviews zijn ingedeeld in diverse categorieën verwerkt in de volgende pagina.

**Kennis:** Omdat er een bepaalde basis moet liggen om een inschatting te kunnen maken over oorzaak van gedrag wordt door meerdere respondenten gewezen op de onmisbaarheid van psychiatrische en somatische kennis en psychofarmaca expertise kunnen gebruiken van hulpmiddelen voor het inschatten van de urgentie bij meldingen. Hierbij wordt kennis van het speelveld, taken en verantwoordelijkheden binnen samenwerkingspartners zoals de politie en ambulance diensten belangrijk gevonden. Ambulante ervaring en

kennis van de sociale kaart wordt als onmisbaar gezien door meerdere respondenten. De inhoud van de GGZ triage wijzer zou altijd paraat moeten zijn bij de triagist.

**Stressbestendig handelen:** Uitleg kunnen geven over de rol triagist en dat er niet automatisch zaken worden overgenomen maar er in stappen de situatie wordt doorgenomen. Hierbij zal de triagist de regie moeten nemen in het gesprek. Hierbij zijn actief luisteren, het tonen van inlevingsvermogen, complimenteren, begrenzen, het gesprek structureren, uitleggen wat de volgende stappen zijn belangrijk. Bij drukopvoering door verwijzers of agressie van naasten toch het hoofd koel kunnen houden en het vermijden van negatief getinte communicatie. Dus het vermogen tonen om laag te blijven bij oplopende agitatie en kunnen zien dat soms de verwijzer zelf ook worstelt met extreem hoge stress. Time management wordt als heel belangrijk gezien, geen onnodige tijd verliezen aan zoeken in systemen of niet meer kunnen vinden van eigen aantekeningen. Dus onder druk accuraat multitasking gedrag tonen is onontbeerlijk in het triage proces volgens meerdere respondenten.

**Training behoeften:** Volgens meerdere respondenten moet de praktijk leidend voor de inhoud van de training met de nadruk op het oefenen met casuïstiek. Aanbieders van trainingen zouden moeten kunnen wisselen maar training moet aan de hand van een landelijke consensus in een herkenbaar format gegeven moeten worden. Het toetsen van de voortgang van de deelnemers zou in lijn moeten lopen met een relevant competentieprofiel. Soms gingen trainingen weinig over de inhoud maar vooral over de positie van de triagist volgens een respondent. Een andere variant was het leren triagisten leren het van elkaar. Door met elkaar mee te kijken en te horen van anderen. Inwerken gebeurde door naast de triagist te zitten en alles letterlijk mee te kijken en te horen. Gemiddeld wordt er dan in deze context 10 diensten meegelopen. Daarna werd dit omgewisseld en zit de triagist ernaast en luistert mee met diegene die ingewerkt wordt. Deze vorm was gekozen om benodigde competenties niet helder uitgeschreven waren voor het aannemen van triagisten. Het nadeel hiervan is dat als ervaren triagisten elders gaan werken er ook "coaching on the job" opties kunnen verdampen. Meerdere respondenten benadrukte de wens om competentie profiel te hebben om te kunnen werven maar ook door te zien of iemand die competenties in de praktijk kan tonen onder hoge druk.

**Reflectie behoeften:** Intervisie en supervisie worden door diverse respondenten gezien als belangrijk onderdeel van het leerproces. Meerdere respondenten dringen aan op verplichte intervisie, aantoonbaar deelnemen onder begeleiding van een intervisor, rollenspellen aan de hand eigen casuïstiek. Diverse respondenten noemen hierbij het belang van het organiseren van reflectie momenten en een structuur hiervoor direct "on the spot" (zoals het gebruiken van mentaliserende vaardigheden via indrukken van de reflectie-pauzeknop) maar ook in een later stadium voor retrospectieve patroon analyse wordt belangrijk gevonden.

1.) *Overzicht opvattingen over de samenstelling van competenties bij ggz-triage:*

Competenties aangevuld uit praktijkonderzoek	
Kenmerken en/of competenties triagist	
Snel kunnen schakelen	Pro-actief zijn
Ruimtelijk inzicht	Kunnen samenwerken (in acute situaties)
Kwaliteitsbewust	Taakbegrenzing
Systematisch werken	Beeldvorming a.d.h.v informatie
Schakelen in attitude	Kunnen omgaan met systemen (blind typen en praten tegelijk, headset)
Innoverend vermogen	Volledige rapportage kunnen maken
Analystisch/doorvragen	Creativiteit

**Input klankbord groep voor de ontwikkeling van het competentie profiel en opzet voor trainingen:** In het proces van het ontwerpen van het competentieprofiel en de training module heeft er met een interval van twee maanden in totaal drie maal een klankbordgroep raadpleging plaatsgevonden. De leden van deze multidisciplinaire klankbordgroep waren afkomstig uit meerdere GGZ instellingen, relevante branche en belangenorganisaties in de acute keten. Zij werden in diverse feedbackrondes intensief betrokken bij de opgedane inzichten van de eerder besproken deelstudies. In diverse feedbackrondes werd de klankbordgroep actief betrokken bij de formulering en validering van het competentie profiel. Het resultaat hiervan is terug te vinden de trainingshandleiding (inclusief het hiertoe behorende vastgestelde competentieprofiel).



## Literatuurlijst

- Aacharya, R. P., Gastmans, C., & Denier, Y. (2011). Emergency department triage: an ethical analysis. *BMC Emergency Medicine*, 11, 16.
- Achilles, A. & Zoeteman, J. (2017). *Definities, historie en organisatie*, In: Handboek spoedeisende psychiatrie, derde geheel herzien druk, de Tijdstroom, Utrecht
- Appleby, L., Kapur, N., Shaw, J., Turnbull, P., Rodway, M., Graney, J., Giantatsi, J. & Raphael, J. (2018). *The assessment of clinical risk in mental health services. National Confidential Inquiry into Suicide and Safety in Mental Health (NCISH)*. Manchester: University of Manchester, 2018.
- Baarda, D., De Goede, M., & Teunissen, J. (2005). *Basisboek kwalitatief onderzoek (2e dr)*. Wolters-Noordhoff, Groningen
- Batchelor J, McGuiness A. (2002). A meta-analysis of GCS 15 head injured patients with loss of consciousness or post-traumatic amnesia. *Emergency Medicine Journal*, 2002;19(6):515-9.
- Barnett, T., Henderson, S., Henry, D., Gumpold, A., Foote, P., & Gallop, S. (2009). Nurse-led telephone triage in an Australian rural mental health service. *International Journal of Nursing Practice*, 15(5), 389-393.
- Beerthuis, R. (2014) *Diagnostiek en behandeling: algemene werkwijze*. In: Achilles, A., Beerthuis, R. & van Ewijk, Handboek spoedeisende psychiatrie. Utrecht: De Tijdstroom; 2014. p. 53-70.
- Berg van den, S., Stringer, B., van de Sande, R. & Draisma, S. (2019). Care provider allocation on admissions to acute mental health wards: The development and validation of the Admission Team Score List. *International Journal of Mental Health Nursing*, 28(1), 86-95.
- Bjorkman, A., & Salzmann-Erikson, M. (2018). When all other doors are closed: Telenurses' experiences of encountering care seekers with mental illnesses. *International Journal of Mental Health Nursing*, 27(5), 1392-1400.
- Bond, K., Jorm., A., Kitchener.,B, Reavley., N (2015). Mental health first aid training for Australian medical and nursing students: an evaluation study. *BMC Psychology*. 2015 Apr 12;3(1):11.
- Bowers, L., Alexander, J., Bilgin, H., Botha, M., Dack, C., James, K. & Papadopoulos, C. (2014). Safewards: the empirical basis of the model and a critical appraisal. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 21(4), 354-364.
- Braam A. (2010). Triage in de spoedeisende zorg naar de GGZ. *Maandblad voor Geestelijke Gezondheidszorg*, 2010.
- Broadbent, M., Jarman, H., & Berk, M. (2000). Improving competence in emergency mental health triage. *Accident and emergency nursing*, 10(3), 155-162.
- Broadbent, M., Creaton, A., Lorna Moxham, A., & Dwyer, T. (2009) Review of triage reform: the case for national consensus on a single triage scale for clients with a mental illness in Australian emergency departments, *Journal of Clinical Nursing*, 19, 712-715.
- Cone, K., & Murray, R. (2002). Characteristics, Insights, Decision Making, and Preparation of ED Triage Nurses. *Journal of Emergency Nursing*, vol issue 401-406.
- Callender, M., Knight, L. J., Moloney, D., & Lugli, V. (2019). Mental health street triage: Comparing experiences of delivery across three sites. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*.
- Cappelletti, A., Engel, J., & Prentice, D. (2014). Systematic review of clinical judgment and reasoning in nursing. *Journal of Nursing Education*, 53(8), 453-458.
- Charles A. (2003). The challenge of triage. *Coronial Communiqué* 2003 Dec; 1(1): 3.
- Clarke, D. E., Brown, A. M., Hughes, L., & Motluk, L. (2006). Education to improve the triage of mental health patients in general hospital emergency departments. *Accident and emergency nursing*, 14(4), 210-218.

- Clarke, D., Dusome, D., & Hughes, L. (2007). Emergency department from the mental health client's perspective. *International Journal of Mental Health Nursing*, 16(2), 126-131.
- Cowan, K., McKean, A., Gentry, M., & Hilty, D. (2019) Barriers to use of telepsychiatry: clinicians as gatekeepers. In *Mayo Clinic Proceedings* (Vol. 94, No. 12, pp. 2510-2523). Elsevier.
- Crook, J. A. (2001). How do expert mental health nurses make on-the-spot clinical decisions? A review of the literature. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 8(1), 1-5.
- DeVito JA. (2000). *Human Communication: The basic course*. 8th ed. New York: Longman; 2000.
- Debelle, A., Dashwood, M., Bird, L., Rao, R., & Reilly, T. (2017). Improving handover between triage and locality wards in a large mental health trust. *BMJ Open Quality*, 6(2).
- Hubley S., Lynch, S., Schneck, C., Thomas, M., & Shore J. (2016) Review of key telepsychiatry outcomes. *World Psychiatry*, 2016;6:269-82.
- Erdman, C. (2001). The medicolegal dangers of telephone triage in mental health care. *Journal of Legal Medicine*, 22(4), 553-579.
- Gamst-Jensen, H., Lippert, F. K., & Egerod, I. (2017). Under-triage in telephone consultation is related to non-normative symptom description and interpersonal communication: a mixed methods study. *Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine*, 25(1), 52.
- Gerdtz, M., Weiland, T., Jelinek, G., Mackinlay, C., & Hill, N. (2012). Perspectives of emergency department staff on the triage of mental health-related presentations: Implications for education, policy and practice. *Emergency Medicine Australasia*, 24(5), 492-500.
- Gibbs, G. (1988). *Learning by Doing: A guide to teaching and learning methods*. Further Education Unit. Oxford Polytechnic: Oxford.
- Glick, R., Berlin, R., & Fishkind, A. (2008). *Emergency psychiatry, principle and practice*, Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia.
- Godin, P. (2004). 'You don't tick boxes on a form': A study of how community mental health nurses assess and manage risk. *Health, Risk & Society*, 6(4), 347-360.
- Grigg, M., Herrman, H., & Harvey, C. (2002). What is duty/triage? Understanding the role of duty/triage in an area mental health service. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 36(6), 787-791.
- Grigg, M., Herrman, H., Harvey, C., & Endacott, R. (2007). Factors influencing triage decisions in mental health services. *Australian Health Review*, 31(2), 239-245.
- Hansen, E., & Hunskaar, S. (2011). Telephone triage by nurses in primary care out-of-hours services in Norway: an evaluation study based on written case scenarios. *BMJ quality & safety*, 20(5), 390-396
- Happell, B., Summers, M., & Pinikahana, J. (2002). The triage of psychiatric patients in the hospital emergency department: a comparison between emergency department nurses and psychiatric nurse consultants. *Accident and Emergency Nursing*, 10(2), 65-71.
- Happell B, Summers M. & Pinikahana J. (2003). Measuring the effectiveness of the National Mental Health Triage Scale in an emergency department. *International Journal of Mental Health Nursing* 2003;12(4): 288-92.
- Hardy, A. & Calleja, P. (2018). *Triage education in rural remote settings: A scoping review*. *International Emergency Nursing*, vol issue 119-125.
- Hoek, M & Braam, A. (2017). Knooppunt psychiatrische crisisdienst, evaluatie patiëntenstromen, samenhang tussen aanmeldreden, aanmelder en crisisbeleid, *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 59(2017)7, 396-405.
- Hilty, D & Shanyna, L. & Marks, B, A & Urness, D. & Yellowlees, P (2004). Clinical and Educational Telepsychiatry Applications: A review, *Canadian Journal of Psychiatry*, Vol.49.No.1 January 2004.

- Horspool, K., Drabble, S. J., & O’Cathain, A (2016). Implementing street triage: a qualitative study of collaboration between police and mental health services. *BMC psychiatry*, 16(1), 313.
- Huibers, L., Keizer, E., Giesen, P., Grol, R., & Wensing, M (2012). Nurse telephone triage: good quality associated with appropriate decisions. *Family Practice*, 29(5), 547-552.
- Husebø, S. E., O’Regan, S., & Nestel, D (2015). Reflective practice and its role in simulation. *Clinical Simulation in Nursing*, 11(8), 368-375.
- Kevin, J (2002). An examination of telephone triage in a mental health context. *Issues in Mental Health Nursing*, 23(8), 757-769.
- La Vonne, A., Zun, L. S., & Burke, T. (2015). Comparison of Canadian triage acuity scale to Australian Emergency Mental Health Scale triage system for psychiatric patients. *International Emergency Nursing*, 23(2), 138-143.
- Lee, J., Lee, Y. J., Bae, J., & Seo, M. (2016). Registered nurses' clinical reasoning skills and reasoning process: a think-aloud study. *Nurse Education Today*, 46, 75-80.
- Mayhew, E. (2004). *Gewond; Van het slagveld naar het militair hospitaal*, De Bezige Bij, Amsterdam.
- McDonough, S., Wynaden D., Finn, M., McGowan, S., Chapman R. & Gray, S. (2003). Emergency Department Mental Health Triage and Consultancy Service: an advanced practice role for mental health nurses. *Contemp Nurse*. 2003;14(2):138-144. doi:10.5172/conu.14.2.138.
- Meijer, M. (2019). “I Do Not Know Anything about Your Hospitalization”: The Need for Triage at Psychiatric Hospitals. *Schizophrenia Bulletin*, 45(3), 500-501.
- Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J., & Altman, D. (2009). *PLoS Medicine*( OPEN ACCESS), The PRISMA Group (2009). *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement*.
- Molodynski, A., Hollingsworth, S., Penzenstadler, L., Perfect, D., & Puntis, S. (2019). An evaluation of the characteristics and outcomes of users of a street triage service: retrospective case note review. *BJPsych Bulletin*, 43(6), 290-294.
- Morabito, M., Socia, K., Wik, A. & Fisher, W. (2016). The nature and extent of police use of force in encounters with people with behavioral health disorders, *International Journal of Law and Psychiatry*, <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijlp.2016.10.001>
- Mulder CL. & van Hemert A. (2014). *Epidemiologie van spoedeisende psychiatrie*. In: Achilles RA, Beerthuis RJ, van Ewijk WM, red. *Handboek spoedeisende psychiatrie*. Utrecht: De Tijdstroom; 2014. p. 23-35.
- Mulder CL, Koopmans, G, Lyons, J. (2005). Determinants of indicated versus actual level of care in psychiatric emergency services. *Psychiatric Services*, 2005; 56: 452-7.
- Myers, K. & Turvey C. (2013). *Telemental health: clinical, technical, and administrative foundations for evidence-based practice*. Elsevier, London
- Newberry L, & Sheehy’s, (2003) *Emergency Nursing: Principles and practice*. 5th ed. St.Louis: Mosby; 2003.
- Paton, F., Wright, K., Ayre, N., Dare, C., Johnson, S., Lloyd-Evans, B., & Meader, N. (2016). Improving outcomes for people in mental health crisis: a rapid synthesis of the evidence for available models of care. *Health Technology Assessment*, 20(3).
- Puntis S, Perfect D, Kirubarajan A, Bolton, S., Davis, F., Harris, E., & Molodyniski, A. (2018) A systematic review of co-responder models of police mental health 'street' triage. Published 2018 Aug 15. *BMC Psychiatry*. 2018;18(1):256.
- Purc-Stephenson, R. J., & Thrasher, C. (2010). Nurses’ experiences with telephone triage and advice: A meta-ethnography. *Journal of Advanced Nursing*, 66(3), 482-494
- Purves, D., & Sands, N. (2009). Crisis and triage clinicians' attitudes toward working with people with personality disorder. *Perspectives in Psychiatric Care*, 45(3), 208-215.

ROAZ werkgroep triage GGZ crisisdiensten (2017). *Eindrapport ROAZ pilotonderzoek bij GGZ-NHN, GGZ Centraal en Spoedeisende Psychiatrie Amsterdam*, VUMC, Amsterdam.

Rodgers, M., Thomas, S., Dalton, J., Harden, M., & Eastwood, A. (2019). *Police-related triage interventions for mental health-related incidents: a rapid evidence synthesis*. (UK): NIHR Journals Library; Southampton May 2019.

Rossi, J., Swan, M., & Isaacs, E. (2010). The violent or agitated patient, *Emergency Medicine Clinics of North America*, 28(1), 235-256.

Ruchlewska, A, Wierdsma, AI, Kamperman, A, van der Gaag, M, Smulders, R., Roosenschoon BJ (2014) Effect of crisis plans on admissions and emergency visits: a randomized controlled trial. *PLOS ONE* 2014; 9(3): e91882.

Sæbye, D., Høegh, E.B., & Knop, J. (2017) Triage in psychiatric emergency services in Copenhagen: results from a descriptive 1-year evaluation study, *Nordic Journal of Psychiatry*. 71(7), 536-542.

Sande van de, R. (2015). Evidenced-based verpleegkunde in de acute psychiatrie is mogelijk, *Nurse Academy*, 3, 48-53, 2015.

Sande van de, R. (2009). Risicomanagement, voorbeelden uit de psychiatrische zorgketen In: *ontwerp van zorgtrajecten/zorgketen*, Ettema, R., Kuiper, M., Jansen, M., Vos, P., Ogtrop van, J., & Sande van de, R., Bohn Stafleu van Loghum, Houten, 2009.

Sande van de, R. (2016). Klinisch redeneren bij agressief gedrag: 79-95, In: *GGZ verpleegkunde in de praktijk*, , Ed. Meijel van, de Tijdstroom, Utrecht.

Sands, N. (2009). An exploration of clinical decision making in mental health triage. *Archives of Psychiatric Nursing*, 23(4), 298-308.

Sands, N, Elsom, S., Gerdtz, M., Henderson, K., Keppich-Arnold, S., Droste, N., Roshani, K., Prematunga, R. & Wereta, Z. (2012.) Identifying the core competencies of mental health telephone triage, *Journal of Clinical Nursing*, 22(21-22), 3203-3216.

Sands, N., Elsom, S., Gerdtz, M., Henderson, K., Keppich-Arnold, S., Droste, N. & Wereta, Z. W. (2013). Identifying the core competencies of mental health telephone triage. *Journal of Clinical Nursing*, 22(21-22),

Sands, N., Elsom, S., Corbett, R., Keppich-Arnold, S., Prematunga, R., Berk, M., & Considine, J. (2017). Predictors for clinical deterioration of mental state in patients assessed by telephone-based mental health triage. *International Journal of Mental Health Nursing*, 26(3), 226-237.

Schleyer, R., & Beaudry, S. (2009). Data to wisdom: Informatics in telephone triage nursing practice. *AAACN Viewpoint*, 31(5), 1.

Simmons, B., Lanuza, D., Fonteyn, M., Hicks, F., & Holm, K. (2003). Clinical reasoning in experienced nurses. *Western Journal of Nursing Research*, 25(6), 701-719.

Simpson, S, Joesch, M, West, I, & Pasic J. (2014) Who's boarding in the Psychiatric Emergency Service? *Western Journal of Emergency Medicine*, 2014; 15: 669-74.

Strategies In Regulated Markets (SIRM) (2015) *Rapport Acute geestelijke gezondheidszorg: Knelpunten en verbetervoorstellen in de keten*, 11 februari 2015.

Slobbe, J., de Leeuw, R. & Mulder, CL. (2016) Werkwijze van ambulante psychiatrische crisisdiensten in Nederland, *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 58(2016)9, 624-631.

Smart D, Pollard C, Walpole B. Mental health triage in emergency medicine. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 1999;33:57-66.

Straalen van, L., & Schuurmans, M. (2016). *Klinisch redeneren voor verpleegkundigen*. Bohn Stafleu van Loghum.



Stuhlmiller, C. M., Tolchard, B., Thomas, L. J., de Crespigny, C. F., & King, D. (2004). Increasing confidence of emergency department staff in responding to mental health issues: an educational initiative. *Australian Emergency Nursing Journal*, 7(1), 9-17.

Tanner, R., Cassidy, E. & O'Sullivan, I. (2014). Does Using a Standardised Mental Health Triage Assessment Alter Nurses Assessment of Vignettes of People Presenting with Deliberate Self-Harm, *Advances in Emergency Medicine* · January 2014.

Verderber R. (2002). *Communicate!* 10th Ed. Belmont: Wadsworth; 2002.

Winter de, R & Sande van de, R. (2017). Psychose en crisis, In: *Handboek Spoedeisende Psychiatrie*, 443-457, de Tijdstroom, Utrecht.

Zimmermann, P. (2001). The case of a universal valid and reliable "5 trier" triage acuity scale for US emergency departments, *Journal of Emergency Nursing*, 2001: 27(3) 246-254.

**Trainingsmodule ggz triage  
op basis van de  
Generieke Module Acute Psychiatrie en de GGZ triagewijzer**

**Instituut voor Verpleegkundige Studies Hogeschool Utrecht  
in samenwerking met Van Campen Consulting en ZonMW**

**Post-bachelor training ggz-triagisten (2020)**

© Hogeschool Utrecht  
Instituut Verpleegkundige Studies  
Heidelberglaan 7  
3584 CS Utrecht

September, 2020

Copyright etc.

Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch, door fotokopieën, opnamen of op enige andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever. Voor zover het maken van kopieën uit deze uitgave is toegestaan op grond van artikel 16B Auteurswet 1912, het besluit van 20 juni 1974 St.b.351, zoals gewijzigd bij het besluit van 23 augustus 1985, St.b. 471 en artikel 17 van de Auteurswet 1912, dient men de daarvoor verschuldigde vergoedingen te voldoen aan de Stichting Reprorecht te Woerden.

## 1. Inleiding van de module

Mensen die worden getroffen door ernstige psychische ontregeling waarvoor acute hulp noodzakelijk is moeten kunnen rekenen op 7 x 24 uur tijdige en adequate zorg. Binnen de generieke module acute psychiatrie (GMAP) (GGZ standaarden, 2017) is met alle relevante betrokken partijen bepaald waar de inhoud en organisatie van acuut psychiatrische hulpverlening in de eerste 72 uur aan zou moeten voldoen. De start van deze hulp wordt bepaald door een acuut psychiatrisch hulpverlener (APH) met triagetaken.

In de praktijk organiseert men de triage veelal in acute meldpunten hetzij als voorportaal van de crisisdienst of gepositioneerd in gezamenlijke meldkamers met politie en brandweer of in de toekomst als onderdeel van een regionale zorgmeldkamer voor niet levensbedreigende acute zorg (Rijksoverheid/documenten, 2020). Daarmee wordt de toeleiding naar zorg ogenschijnlijk van het interventieproces gescheiden. Het is daarom wenselijk te spreken van ggz-triage en ggz-triagist.

De triage in de acute (psychiatrische) keten wordt uitgevoerd middels de GGZ triagewijzer. Eenduidige triage op basis van uniformiteit en consensus over de vereiste competenties is wenselijk. Het vergroot de transparantie in de besluitvorming (Broadbent et al, 2009; Sands et al, 2013). De GGZ triagewijzer moet zorgen voor een veilige doorgeleiding van (acute) meldingen, zoals beschreven in de landelijke toolkit "voorlopig model melding" (SiRM, 2018). Hierbij wordt benadrukt dat gestandaardiseerde instrumenten een verschil kunnen maken in de nauwkeurigheid bij het beoordelen van risico's maar ze zullen nooit een volledige vervanging kunnen vormen voor de klinische blik en expert kennis (van de Sande, 2015, 2016).

Onnauwkeurige triage kan de patiënt schaden en resulteren in slechtere gezondheid doordat tijdige inzet van interventies mogelijk niet plaatsvindt (Aacharya, Gastmans & Denier, 2011). Triage in bredere zin is klinisch redeneren. Het betreft "de basiscompetentie van iedere gezondheidsprofessional". Door klinisch redeneren "begrijpt een professional wat er met een patiënt aan de hand is, wat er het best gedaan kan worden en vooral waarom" (Straalen & Schuurmans, 2017). Het klinisch redeneren van de ggz-triagist heeft als doel risico's te inventariseren, te wegen en passend beleid in te zetten in de acute keten. De ggz-triagist dient zich daarbij steeds bewust te zijn welke taken en verantwoordelijkheden men heeft op de verschillende niveaus.

Om dit proces te optimaliseren moet er onder hoge druk steeds een beroep kunnen worden gedaan op de volgende competenties:

- 1.) Het kunnen aanwenden van bovengemiddelde klinische redeneer vaardigheden
- 2.) Het benutten van relevante en actuele evidence based kennis
- 3.) Het tonen van effectieve communicatievaardigheden richting (zelf) verwijzers
- 4.) Het tonen van reflectieve vaardigheden
- 5.) Het tonen van transparant, methodisch en objectiveerbaar handelen van de melding tot de afwikkeling.

### ***Didactische uitgangspunten bij deze module:***

Het verschil tussen een opleiding, cursus en training is gelegen in duur en doel. Opleidingen zijn doorgaans langer in tijd en breder in de basis. Een cursus is korter en specifiek van inhoud. Bij een training staat toepassing in de praktijk centraal. Het lijkt hiermee opportuun om te spreken van een training gericht op ggz-triage. De context is namelijk een specifieke: acuut psychiatrische hulpverlening. Het klinisch redeneren in onvoorspelbare en complexe situaties speelt zich af op verpleegkundig bachelor niveau.

Het driedaagse training programma is opgebouwd waarbij de eerste twee dagen gericht zullen zijn op het methodisch toepassen van de GGZ triagewijzer, het hanteren van een telefonisch scenario en demonstreren van essentiële relevante praktische vaardigheden en het oefenen hiermee. De derde dag is gericht op verdieping en integratie van theorie, gestructureerde reflectie en het praktisch handelen in de triage context.

Er zal naast praktische instructies veel gebruik worden gemaakt van realistische case scenario's die worden belicht en uitgewerkt in allerlei werkvormen. Op deze wijze wordt ruimte gegeven aan de inspanningen van de ggz-triagist op het gebied van inventarisatie, analyse, besluitvorming en actie-planning. De case scenario's die worden gebruikt in het trainingstraject worden opgebouwd met een toenemende complexiteit. Ook zal er in een veilige leeromgeving worden geoefend met concrete risicovolle situaties waarbij specifieke interactie- en

de-escalatievaardigheden kunnen worden geoefend. Ervaringsdeskundigheid kan worden ingezet ten behoeve van het doelgerichte aanwenden van feedback vanuit cliëntenperspectief. Om de kenniscirculatie op bachelor + niveau te laten plaatsvinden, worden naast veel praktische simulatie-oefeningen en permanente kritische reflectie, ook diverse cognitieve processen gestimuleerd.

## 2. Trainings specifieke competenties

Het competentieprofiel ggz-triagist dient als uitstroomprofiel van de scholing.

### Competentieprofiel ggz-triagist aan de hand van CanMeds rollen.

#### 1. Vakinhoudelijk handelen

De ggz-triagist beschikt over een zeer hoge mate van vakinhoudelijk handelen wat blijkt uit:

- 1.1. De ggz-triagist trieert de patiënt door middel van klinisch redeneren om tot een consistente urgentiebepaling te komen zodat de patiënt de juiste zorg binnen de juiste tijd op de juiste plaats en om de juiste redenen krijgt. Hij maakt hierbij gebruik van de NTS en GGZ triagewijzer en ondersteunend van de ABCDE methodiek voor psychische klachten en de Brøset Violence Checklist (BVC).
- 1.2. De ggz-triagist vormt zich een gedetailleerd beeld van de problematiek van de patiënt op basis van telefonische of fysiek verkregen informatie in de context of een situatie met een kort, cyclisch karakter, door middel van een (hetero)anamnese en continue verzameling van directe en indirecte gegevens.

Dit houdt in:

- het verzamelen, verifiëren, selecteren, analyseren, interpreteren en controleren van gegevens en parameters en deze met elkaar in relatie brengen in kort tijdsbestek
  - met behulp van triage komen tot een urgentiebepaling bij een patiënt, bij wie de diagnose mogelijk wel of nog niet bekend is en waarbij het vroegtijdig anticiperen op potentiële problematiek en wisselingen in de gezondheidstoestand van de patiënt gewenst is
  - op methodische wijze het toepassen van de GGZ triagewijzer met behulp van de somatische ABCDE (bedreiging vitale functies) en psychische ABCDE-methodiek (PPEAT<sup>1 2</sup>) en de Brøset Violence Checklist (BVC) en andere vormen van klinisch redeneren, komen tot een voorstel voor de patiënt in zijn context.
- 1.3. De ggz-triagist kent en herkent psychologische reacties op levensfasen, life events, schokkende gebeurtenissen en buitensporige stress. Dit geldt ook voor factoren, symptomen en/of ziektebeelden zowel somatisch als psychopathologisch. In het bijzonder voor de acuut psychiatrische toestandsbeelden en/of somatische beelden die mogelijk een (levens)bedreigende situatie vormen voor de patiënt, voor de omgeving van de patiënt of voor de Volksgezondheid in relatie tot preventie. En neemt op basis van deze signalen maatregelen om gezondheidsbedreigingen te voorkomen of te beperken.
  - 1.4. De ggz-triagist heeft kennis van psychofarmaca in acute situaties en reguliere behandelingen.
  - 1.5. De ggz-triagist draagt zorg voor de continuïteit van de best mogelijke zorg aan de patiënt en/of diens omgeving zodanig dat het niveau van functioneren niet verslechtert op de locatie waar patiënt zich bevindt tot aan beoordeling door de APH.
  - 1.6. De ggz-triagist kan door middel van klinisch redeneren de juiste interventies toepassen (in het telefonisch contact).

Specifieke aandachtspunten zijn:

- bestaande coping mechanismen
- motiverende gespreksvoering
- presentie theorie
- onderdelen van het CASE interview rond suïcidaliteit
- principes van valideren als bejegeningmethodiek

<sup>1</sup> Mental health emergencies; using a structured assessment framework, Karen Wright en Ian McGlenn (2012)

<sup>2</sup> The ABC of mental health, Ian McGlenn, Karen Wright and Dave Croll (2008)



- de-escalerende gesprekstechnieken
- systeemtheoretische gesprekstechnieken
- shared decision making
- adviesvaardigheden
- coachingsvaardigheden
- situaties met meervoudige perspectieven (patiënten, naasten, betrokkenen)
- informed consent
- vigerende wet- en regelgeving

1.7. De ggz-triagist voert de regie rondom meerdere verwijzingen (indien voorkomend) ten einde de continuïteit van zorg te waarborgen.

Specifiek aandachtspunt is:

- Overzicht houden, coördinatie en organisatie bij een toenemende zorgvraag bij aanbod van meerdere patiënten tegelijk.

## 2. Communicatie

De ggz-triagist beschikt over een zeer hoge mate van communicatief handelen wat blijkt uit:

2.1. De ggz-triagist draagt zorg voor een effectieve communicatie en interactie met patiënten, naasten en andere zorgverleners binnen de acute keten (verwijzing kan plaatsvinden door: zelfverwijzers, naasten en/of betrokkenen of verwijzingen door externe en interne samenwerkingspartners).

Specifieke aandachtspunten zijn:

- inschatten van het (verminderde) bewustzijn van de patiënt en de hieruit voortkomende beperkingen in de communicatie;
- sedatie en de daaruit voortvloeiende beperkingen tot communicatie;
- beperkingen in de communicatie als gevolg van neurologische aandoeningen, onvoorspelbaar gedrag, stress, drogerende middelen en/of intoxicaties waardoor de veiligheid van de patiënt of van de omgeving onder druk komt te staan;
- past, daar waar nodig, de principes van meervoudige partijdigheid toe;
- is in staat op het taalniveau van de ander adequaat te communiceren.

2.2. De ggz-triagist doet adequaat mondeling en schriftelijk verslag van de patiënt, context en/of diens omgeving ongeacht de leeftijd en de complexiteit van de zorgvraag en de hectiek van de afdeling.

Specifieke aandachtspunten zijn:

- ABCDE-methodiek (somatisch én psychisch)
- Brøset Violence Checklist (BVC)
- SBAR (Situation, Background, Assessment, Recommendation)
- patiënt- en omgevingsveiligheid

2.3. De ggz-triagist geeft (telefonisch) psychosociale zorg en begeleiding aan de patiënt en/of naasten/betrokkenen.

Specifieke aandachtspunten zijn:

- in korte tijd een (telefonische) effectieve werkrelatie kunnen opbouwen met verwijzers, patiënten en diens naasten; waarbij rekening wordt gehouden met belastbaarheid van het systeem bij terugverwijzen en (on)mogelijkheden van de melder
- onderkennen van potentieel (levens)bedreigende situaties
- compassie
- aandacht bij schokkende situaties
- cultuur en ziektebeleving
- verwachtingsmanagement
- wet- en regelgeving (AVG, WVGZ, WZ&D, WGBO, kind & jeugd)

2.4. De ggz-triagist geeft voorlichting aan de verwijzer, patiënt, naasten of ander betrokkenen teneinde hun zoveel mogelijk de gelegenheid te bieden de zorg voor zichzelf cq de patiënt uit te voeren.

Specifieke aandachtspunten zijn:

- voorlichting over organisatie GGZ, werkwijze acute GGZ en de grenzen daaraan, het omgaan met beperkingen als gevolg van ziekte en onbegrepen gedrag
- voorlichting over zelfzorg, mantelzorg, medicatiegebruik: werking, bijwerkingen, juist en onjuist gebruik
- vigerende Wet en regelgeving

- 2.5. De ggz-triagist bespreekt vanuit de regiefunctie en rekening houdend met de eigen beroepsgrenzen de feitelijke en te verwachten uitkomst van de triage in combinatie met de urgentiebepaling met de melder.
- 2.6. De ggz-triagist communiceert vanuit de coördinerende en zorginhoudelijke regiefunctie met artsen/psychiaters, collega's en acute zorg ketenpartners om tot een maximale kwaliteit van triage en geïndiceerde inzet van hulpverlening te komen waarbij beschikbare middelen en mogelijkheden worden afgestemd op de individuele patiënt.

Specifieke aandachtspunten zijn:

- leiderschap en besluitvaardigheid
- missie en visie van de eigen organisatie én afdeling
- samenwerkingsafspraken met ketenpartners

### **3. Samenwerking**

De ggz-triagist beschikt over een zeer hoge mate van samenwerkend vermogen wat blijkt uit:

- 3.1. De ggz-triagist werkt nauw samen met geïndiceerde zorgverleners binnen de keten en draagt de informatie systematisch over aan de hand van hiervoor bedoelde instrumenten aan de daarvoor geïndiceerde zorgverleners in de keten en handelt hierin indien gewenst proactief.
- 3.2. De ggz-triagist verleent intercollegiaal (telefonisch) consult en geeft advies en instructie voor een beperkte periode op basis van de urgentiebepaling door de triagist aan zorgverleners, overige beroepsbeoefenaren en naasten met betrekking tot de zorg aan de patiënt.
- 3.3. De ggz-triagist schaal bij een veranderende zorgvraag van de patiënt en/of omgeving de zorg op of af tot aan het contact met APH.

Specifieke aandachtspunten zijn:

- complexiteit van de gezondheidssituatie van de patiënten in combinatie met de context en de snelheid waarmee de (gezondheids-) situatie kan wisselen
  - intensiteit van het contact tijdens de multidisciplinaire samenwerking.
- 3.4. De ggz-triagist participeert actief in overlegsituaties op patiënt- en afdelingsniveau en levert een bijdrage aan de ethische besluitvorming met betrekking tot de triage van de acute situatie.

### **4. Kennis en Wetenschap**

De ggz-triagist beschikt over een zeer hoge mate van kennis en wetenschap wat blijkt uit:

- 4.1. De ggz-triagist neemt een besluit middels klinisch redeneren op basis van evidence based practice onderzoek, theorieën en/of modellen in combinatie met de eigen expertise en voorkeuren van de patiënt.
- 4.2. De ggz-triagist kan mede op basis van actuele wetenschappelijke kennis en vaardigheden een inschatting maken van basale somatische en mentale functies om een urgentiebepaling uit te voeren.
- 4.3. De ggz-triagist heeft kennis over het beloop van psychiatrische symptomatologie en gangbare psychologische reacties op schokkende gebeurtenissen of buitensporige stress, levensfaseproblematiek en life events en kan dit op onderbouwde wijze bespreekbaar maken met betrokkenen in het triage proces.
- 4.4. De ggz-triagist heeft kennis over relevante risicotaxatie en risicomanagement theorieën en kan deze context specifiek toepassen (in het bijzonder rond agressie naar anderen en kans op zelfdestructie).
- 4.5. De ggz-triagist heeft kennis over relevante valide meetinstrumenten en kan deze consistent en op betrouwbare wijze in meerdere contexten specifiek toepassen.
- 4.6. De ggz-triagist kan de klinische relevantie beoordelen en communiceren van voor hand liggende evidence based theorieën/instrumenten en interventies en andere richtlijnen bij een triagevraag en eventuele vervolghulp.
- 4.7. De ggz-triagist kan in een specifieke context afwijken van de richtlijn/aanbeveling en de daarbij gekozen alternatieven verantwoorden op transparante wijze.
- 4.8. De ggz-triagist levert een actieve bijdrage in het systematisch verzamelen/noteren van data voor relevant praktijkgericht onderzoek.

## 5. Maatschappelijk handelen

De ggz-triagist beschikt over een hoge mate\*\* van maatschappelijk handelen wat blijkt uit:

- 5.1. De ggz-triagist treedt adequaat op in de besluitvorming betreffende de veiligheid van patiënten, anderen en materialen zoals bij onvoorspelbaar gedrag en calamiteiten. Hij/zij maakt gebruik van in- en externe veiligheidsplannen.

Aandachtspunten:

- wet- en regelgeving (WGBO, AVG, WVGZ, Z&D, Wet Jeugdzorg e.a.)
  - Kindcheck
  - Meldcode huiselijk geweld
  - BHV
- 5.2. De ggz-triagist hanteert de geldende afspraken (zowel lokaal als vermeldt in de GGZ triagewijzer en convenanten) in de samenwerking met ketenpartners en geeft vanuit de zorginhoudelijke regiefunctie gevraagd en ongevraagd advies aan de ketenpartners over de benodigde zorg aan de patiënt, die de mogelijkheden van de eigen afdeling, het eigen ziekenhuis of de eigen expertise overstijgen.
  - 5.3. De ggz-triagist verwijst door naar en adviseert over het bestaan van maatschappelijke organisaties, andere hulpverleningsinstanties en patiënten- en familieverenigingen.

## 6. Organisatie

De ggz-triagist beschikt over een hoge mate van organiserend vermogen wat blijkt uit:

- 6.1 De ggz-triagist kent de eigen positie binnen de organisatie en functioneert effectief en doelmatig om continuïteit van het acuut meldpunt, de crisisdienst, de organisatie en de gehele keten van acute zorgverlening te borgen.
- 6.2 De ggz-triagist houdt rekening met de zichtbaarheid van de afdeling en de eigen organisatie en het functioneren naar buiten toe (ambassadeur).

## 7. Professionaliteit

De ggz-triagist beschikt over een hoge mate van professionaliteit wat blijkt uit:

- 7.1. De ggz-triagist neemt verantwoordelijkheid voor de eigen professionele ontwikkeling, het actief participeren in gestructureerde reflectiemomenten en permanente bijscholingstrajecten met betrekking tot de specifieke context van ggz-triage.
- 7.2. De ggz-triagist is in staat om gestructureerd te reflecteren op eigen triage-casuïstiek en kan de transfer maken om opgedane nieuwe inzichten toe te passen in nieuwe situaties en geeft gevraagd en ongevraagd constructief feedback op het functioneren van andere collega's.
- 7.3. De ggz-triagist is in staat om een rolmodel (of mentor) te zijn voor nieuwe collega's in de specifieke context van ggz-triage en beschikt over coachende vaardigheden.
- 7.4. De ggz-triagist is in staat om een onderbouwde bijdrage te leveren in het ontwerpen en borgen van efficiënte en veilige werkprocessen binnen triage trajecten.
- 7.5. De ggz-triagist is in staat om tijdens het uitvoeren van triage de bevindingen accuraat, transparant en compact op digitale wijze te rapporteren en te registeren in hiervoor bestemde ICT systemen.

\* Daar waar de vereiste competentie van de ggz-triagist scoort op "zeer hoge mate", is de competentie een onmiskenbare voorwaarde om te komen tot een professionele en medisch verantwoorde urgentiebepaling voor de individuele cliënt.

\*\* Daar waar de vereiste competentie van de ggz-triagist scoort op "hoge mate", is de competentie zeer belangrijk om te komen tot persoonsgerichte zorg en in de samenwerking met collega's en andere zorgprofessionals.

## Specifieke beginvoorwaarden:

### Deze training is bedoeld voor BIG geregistreerde:

- Verpleegkundigen met HBO denk- en werkniveau (getoetst door een assessment en aanvullend modulair opgeleid op HBO niveau in klinisch redeneren en evidence based practice) met twee jaar ervaring in de ambulante en acute psychiatrie
- Bachelor opgeleide verpleegkundigen met twee jaar ervaring in de ambulante en acute psychiatrie
- Sociaal psychiatrisch verpleegkundigen (i.o)
- POH GGZ met ervaring in de ambulante en acute psychiatrie
- Verpleegkundig Specialisten GGZ (i.o.)

Voor alle deskundigheidsniveaus geldt: werkzaam te zijn als ggz-triagist.

### 3. Toetsing

- Indien MBO geschoold, is er voorafgaand aan de training een assessment positief afgerond waarin is vastgesteld dat er sprake is van een HBO denk- en werkniveau. Daarnaast is er voorafgaand aan de training een module klinisch redeneren en evidence based practice op HBO niveau afgerond.
- Voorafgaand aan de training vult de deelnemer een self assessment in; de zogezegde nulmeting. (zie ook bijeenkomst 1).
- Na het volgen van de training vindt een eindgesprek plaats. Resultaten worden met de werkgever gecommuniceerd.

### 4. Leermiddelen

#### Verplichte literatuur

- Generieke module acute psychiatrie (GMAP) inclusief GGZ triagewijzer
- Voorlopig model melding
- Syllabus training triage door Acuu Psychiatische Hulpverleners

#### Aanbevolen literatuur

- Adviseren als tweede beroep; resultaat bereiken als adviseur (september 2016, 4<sup>e</sup> druk). Hannah Nathans, Vakmedianet, Deventer.





# 1 ACHTERGROND TRIAGE



# Triage in de GGZ

VANCAMPENCONSULTING.NL



## ACHTERGROND TRIAGE

**TRIAGEREN: FRANS 'TRIER':  
SORTEREN, PRIORITEREN SLACHTOFFERS/SLAGVELDEN**

**VANAF '95: Huisartsenpraktijken**

- Doel: urgentie vaststellen klachten → afspraak

**VANAF 2010: Huisartsenposten**

- Ingangsklachten en toestandsbeeld vaststellen

**VANAF 2015: Verloskundepraktijken**

**VANAF 2016: Ambulancediensten/ meldkamers**

**HUIDIGE ONTWIKKELING: Digitalisering ondersteunt kwaliteit**

VANCAMPENCONSULTING.NL





# TRIAGE GGZ

- **Crisisdienst GGZ sluit aan bij landelijke werkwijze**
  - Ambulancediensten en posten

## DOEL:

- **Zelfde methode en taal spreken in acute situaties ivm overleg/afstemming**
- **Professionelere gesprekken middels stappenplan**
- **Efficiëntere gesprekken**

## ESSENTIE:

- **Toestandsbeeld: klachten en symptomen in beeld**
- **Ingangsklachten vaststellen**
- **Urgentiecode bepalen**

# INTEGRAAL GESPREKSMODEL

- **Professionele gesprekken .....**
- **Waar moeten die aan voldoen?**

# Professionele gesprekken/ integraal gespreksmodel

- **Vakinhoud**
  - Medisch veilig werken
  - Binnen afspraken organisatie
- **Communicatie**
  - Goed in contact
  - Aandacht
  - Luisteren
  - Samenvatten
- **Logistiek**
  - Registratie
  - Vervolgstappen en acties
  - Procesgang

## OPBOUW

- **STAP 1: Begroeting en contact leggen**
  - ABCDE stabiel (NTS wijzer)
- **STAP 2A: Klant en of vraag beller**
  - Doel: Vaststellen urgentiecode U1 – U5
  - Start: open vragen stellen
  - ABCDE GGZ
  - BVC bepalen
- **STAP 2B: Samenvatting klacht of vraag beller**
- **STAP 3: Juiste actie o.b.v. urgentiecode**
- **STAP 4: Check beller**
- **STAP 5: Verantwoordelijkheid na diverse acties**
- **STAP 6: Afsluiting**

# ABCDE CHECK - NTS WIJZER

**DOEL: IS ER DIRECT LEVENSGEVAAR?**

**A = AIR** - Benauwd, hortend spreken, kan je horen!

Gaat over risico op stikken, doodsangst

**B = BREATHING** - Ademhaling, benauwd, snel, hortend

**C = CIRCULATION** - Reageert iemand? Bloedverlies?

Zwart voor ogen, dreigen bewusteloosheid

**D = DISABILITY** - Niet alert, verward of suf, niet te wekken?

Acute verlamming of spraakstoornis

**E = ENVIRONMENT** - Paniek, dreiging geweld, zelfverwonding, suïcidaal,

rook, damp, hitte of andere dreiging

# ABCDE – CHECK SOMATIEK

Voorbeelden:

- Heeft u uitgesloten dat er somatische klachten zijn?
- Begrijp ik goed dat er een somatische check heeft plaatsgevonden?

# STAP 2A: KLACHT OF VRAAG BELLER

## DOEL: VASTSTELLEN URGENTIECODE EN WENS BELLER INVENTARISEREN

### • Open vragen

- Wat is er aan de hand? (actuele situatie)/ Wat is uw vraag?/Wat is de reden dat u belt...
- Wie is er aanwezig?

- **ABCDE GGZ: AANBLIK, BEZIG, COMMUNICATIE, DREIGING, EXTRA FACTOREN**

### • Kies een ingangsklacht:

- Via Triagewijzer GGZ

### • Bepaal de BVC:

- Verward, geïrriteerd, luidruchtig, fysiek bedreigend, verbaal bedreigend, aanval op voorwerpen

### • Bepaal urgentiecode

# KLACHT OF VRAAG BELLER ABCDE GGZ

**AANBLIK:** eerste indruk, waar, met wie, waarom nu?

**BEZIG:** wat doet de pnt? Wat doet hij/zij niet?

**COMMUNICATIE:** wat zegt de pnt? En hoe?

**DREIGING:** gevaar voor zichzelf, voor of door omstanders?

**EXTRA FACTOREN:** somatiek, medicijn/middelengebruik, behandelcontact  
(geschiedenis)

# KLACHT OF VRAAG BELLER BEPAAAL DE URGENTIECODE

- U0 REANIMATIE** - Vitale functies uitgevallen
- U1 LEVENSBEDREIGEND** - Vitale functies in gevaar, bewusteloosheid, benauwdheid
- U2 SPOED** - Toestand patient verslechtert op korte termijn
- U3 DRINGEND** - Beoordeling binnen enkele uren - reden zijn divers
- U4 NIET DRINGEND** - Beoordeling binnen 24 uur
- U5 VOORLICHTING EN ADVIES**

## STAP 3: ACTIE OP BASIS VAN URGENTIECODE

**DOEL: JUISTE ACTIE OBV URGENTIECODE**

**ACTIES:**

- Consult / zelfzorgadvies
- Beoordeling op de crisisdienst
- Beoordeling extern (huisadres, ziekenhuis, instelling, politie)
- In alle gevallen: ik overleg even met een collega

# VERANTWOORDELIJKHEID NA DIVERSE ACTIES

## BIJ ZELFZORGADVIES AANGEVEN: BELLER KAN OPNIEUW BELLEN INGEVAL VAN:

- Verergering of verandering van klacht
- Blijvende ongerustheid / twijfel

## INDIEN UITGENODIGD:

- **Wijze van vervoer bespreken**
  - Eigen vervoer: let op parkeerplek
  - Openbaar vervoer
  - GGZ vervoer
  - Ambulance
- **Bespreek veiligheidsaspecten gedurende de overbruggen  
tijd tot aankomst crisisdienst**





# 2 WERKWIJZE EN POSITIE

# HULPVRAAG OPHELDEREN

## VOORBEELDEN:

- Wat is precies uw vraag aan mij?
- Wat hoopte u toen u ons ging bellen?
- Stel dat het weer wat beter met u gaat, wat zou u dan merken?
- Hoe kunnen wij u helpen?

# ROL EN POSITIEBEPALING

## VOORBEELDEN:

- Ik wil u een paar vragen stellen om te beoordelen of er sprake is van een psychiatrische crisis
- Als crisisdienst moet ik beoordelen of er sprake is van een psychiatrische crisis dus ik ga u een paar vragen stellen die voor ons belangrijk zijn..
- Wij zijn een soort psychiatrische spoedeisende hulp...

# CONTACT POLITIE

- Laat je niet van je eigen koers afbrengen door stevige stellingname van de ander
- Geef helderheid over je rol maar maak ook duidelijk dat je samen met de ander wilt kijken naar een oplossingen ..
- Wijs er op dat je gaat beoordelen of er sprake is van een crisis..
- Check op normaliteit: boete voor openbare dronkenschap dan wel overlast : “ ik begrijp dat er sprake is van overlast, u kunt ook volstaan met een boete geven, is dat een optie?”
- Inlevingsvermogen tonen – het gaat om mede professional

## VOORBEELDEN:

- Ik denk even met u mee :
  - Is er een mogelijkheid dat u hem naar een rustiger plek brengt waar hij mensen minder tot last is, is er een bankje in de buurt?
  - Heeft u gedacht aan :
    - Leger des Heils, Team bemoeizorg, Noiz, Sleepin
    - Meenemen naar politiebureau in de buurt?

# TUNNELVISIE

## INSCHATTINGSFOUTEN

- HALO : positieve indruk of beeld straalt uit op alle overige informatie – toekennen van positieve eigenschappen aan de situatie of persoon
  - HORN : negatieve indruk gebaseerd op 1 eigenschap domineert overige informatie
1. Wissel samen uit wanneer je verstrikt kunt raken door Halo of Horn-effect
  2. Welke eigenschappen label je makkelijk als positief en welke als negatief?
  3. Hoe voorkom je dit en welke vragen helpen om van tunnelvisies weg te blijven?
  4. Stel samen een casus op waarin een halo of horn kenmerk de hulpverlener makkelijk op het verkeerde been zet
  5. Een ander duo zal jullie casus spelen

# ADVIES GEVEN

- **VIER STAPPEN MODEL**

1. “ Wat u zegt doet denken aan, klinkt als.....”
2. “ De waarschijnlijke of mogelijke diagnose is .....” Wat vermoed je? .. Uitleggen ..
3. Gevolgen diagnose benoemen voor nu/heden
4. Advies geven

1. Wissel uit welke adviezen je het meeste geeft en waarom?
2. Wat overtuigt een client het allerbeste als je zelf advies geeft?
3. Stel samen een advies-casus op waarin de triagist logischerwijs middels advies de client verder probeert te helpen
4. Een ander duo zal jullie casus spelen

# SLECHT NIEUWS

- De boodschap helder en direct communiceren
- Argumenten noemen
  - U bent in behandeling bij hulpverlener... u kunt hem morgenoctend bellen, wij gaan niet komen
  - Er is sprake van alcohol of drugs, dat betekent dat u ..
  - U moet nu de politie bellen want er is sprake van gevaar voor de client zelf of de omgeving
- Blijf actief meedenken, vat de feiten samen, conclusie & suggestie /alternatief

# BESLISBOOM

- |               |                  |   |
|---------------|------------------|---|
| • medisch     | - niet medisch   | → Huisartsenpost                              |
| • suïcidaal   | - niet suïcidaal |   |
| • gevaarlijk  | - veilig genoeg  | → Politie                                     |
| • bekende GGZ | - onbekende      | → behandelaar in eigen organisatie of elders? |
| • 'hier' zien | - of elders      |   |





# OPDRACHTEN



# SAMENVATTING KLACHT/ VRAAG BELLER

## ALS IK U GOED BEGRIJP DAN...

- **Indien ja, ga naar 3**
- **Indien nee:**
  - Ga verder met luisteren en doorvragen en maak nieuwe samenvatting
  - Stel desgewenst nieuwe urgentiecode op

# SLECHT NIEUWS vervolg

## VOORBEELDEN

- “ Ik denk oprecht dat wij op dit moment niet veel meer kunnen betekenen dan wat u nu doet, wij kunnen deze meneer niet opnemen. Ik adviseer u echt om ..”
- “Ik heb een lastige mededeling: wij gaan hier niet op komen, ik hoor op dit moment geen acute crisis..”
- “ Ik moet u teleurstellen, wij gaan niet iemand naar u toesturen, u moet de huisartsenpost (of 112) bellen omdat er sprake is van medische noodzaak “
- “ Hier zijn wij niet voor, u moet nu ...”
  
- Stel samen een casus op waarin de client wil dat er iemand komt en de triagist besluit niemand te sturen
- Probeer je zo goed mogelijk in te leven in de argumenten van de client
- Stel vast welke argumenten bepalen dat keuze om niet te komen – in het voordeel uitvallen.
- Stel vast met elkaar wat het kantelpunt is ... om alsnog te gaan

# Vragen ingeval van depressieve klachten en of suïcide

- Wat goed dat u contact met ons opgenomen hebt..
- Ik ga samen met u proberen een oplossing te vinden
- Is er iets gebeurd vandaag of gisteren waardoor u zich nu rot voelt?
- Wat hoopte u toen u ons ging bellen?
- Wanneer heeft u voor het laatst contact gehad met uw behandelaar? Wat heeft u met hem afgesproken?
- Zou u iemand kunnen bellen?
- Hoe kunnen wij u helpen?
- Kunt u mij helpen om met u mee te denken?
- Hoe kan ik je helpen om het veilig te houden?
- Heeft u een CPP plan, staan daar suggesties in?
- Wat helpt u in andere situaties?
- Hoe zou u de tijd kunnen doorbrengen tot aan de ochtend, wat vind u fijn om te doen?
- Kunt u de pillen nu misschien opruimen, terwijl ik aan de telefoon blijf?

VANCAMPENCONSULTING.NL



## COMMUNICATIE TUSSEN HULPVERLENERS – SBAR PROCES

- S – situation - feitelijke gegevens
  - B – background - relevante achtergrondinfo:
  - A – appreciation - jouw beoordeling
  - R – recommendation - wat is jouw aanbeveling, wat wil je dat gebeurt?
- Bespreek met elkaar wanneer je zelf de ervaring had dat jouw overdracht niet volledig was, of te uitgebreid wat de inhoud niet ten goede kwam
  - Wat was de reactie van je collega
  - Waar liggen jouw leerpunten als het gaat om een goede korte en bondige overdracht
  - Stel een casus samen waarin je de overdracht doet naar een collega – achterwacht en waarin jouw visie op de zaak cruciaal is omdat je je zorgen maakt

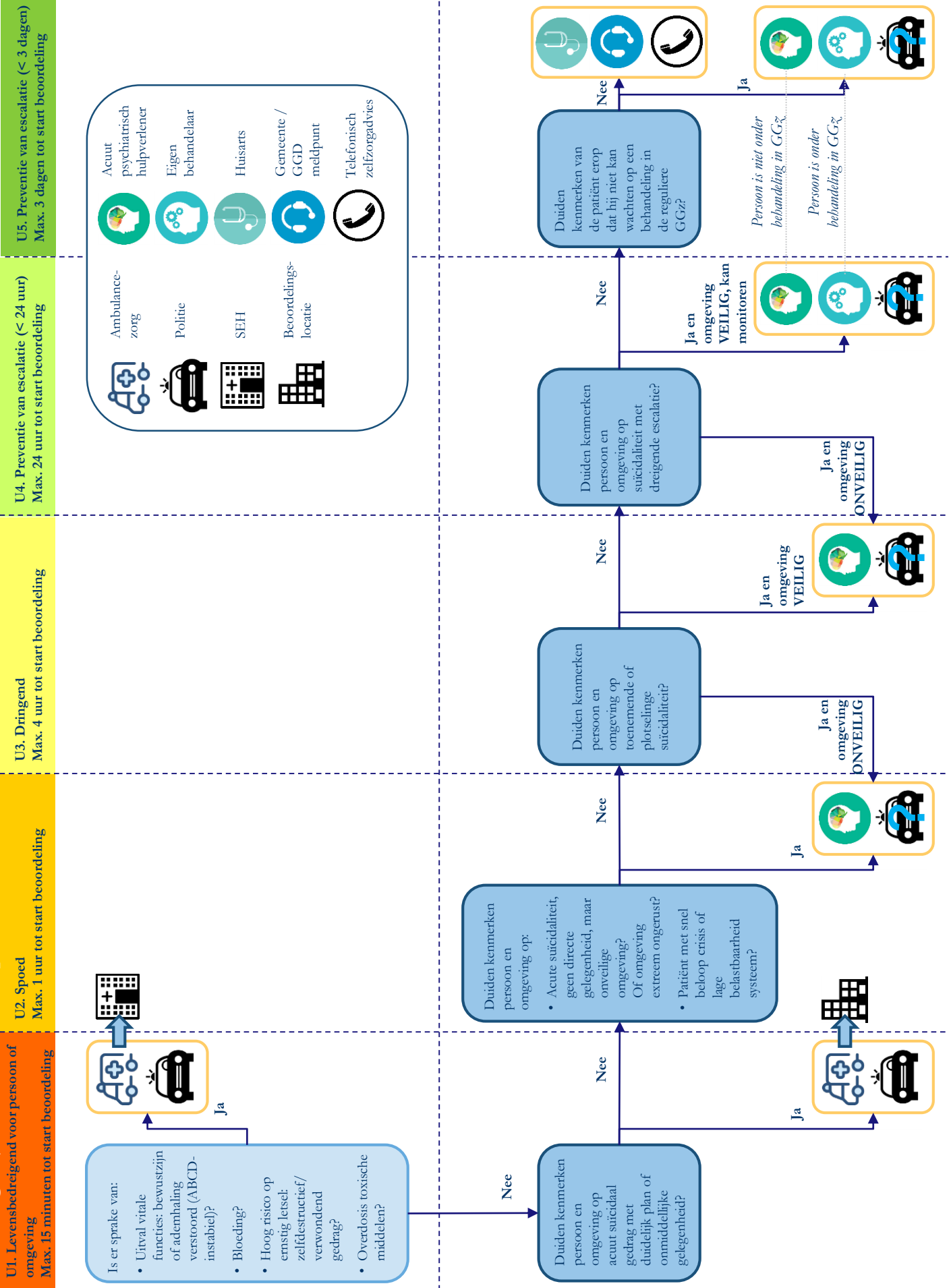
VANCAMPENCONSULTING.NL



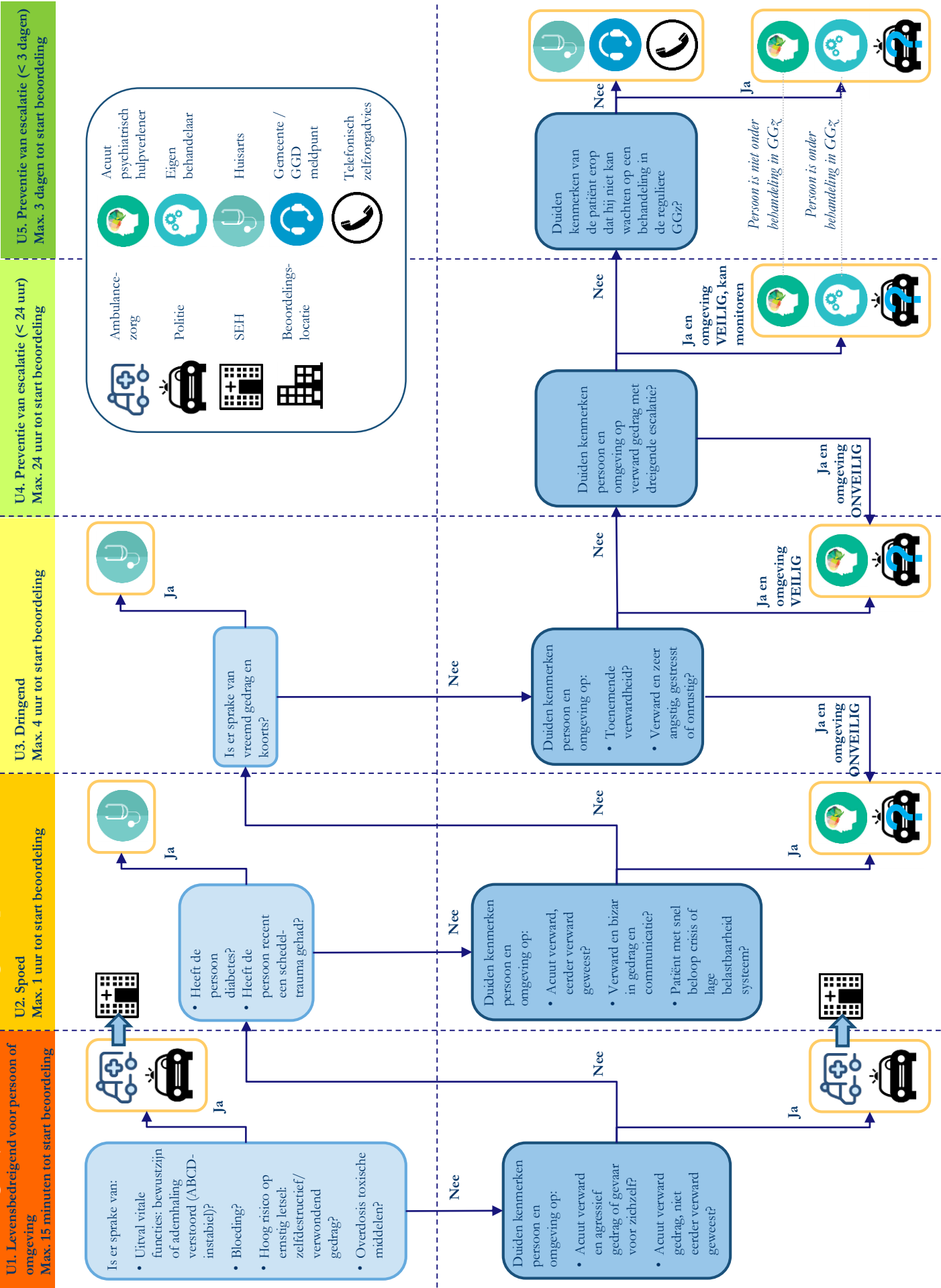
# HULPVRAAG OPHELDEREN

- 1. Wat doet een client waardoor een hulpvraag onduidelijk kan zijn..
- 2. Wat doet een verwijzer waardoor een hulpvraag onduidelijk is..
- 3. Bedenk een casus samen en bedenk vragen die ondersteunend en helpend zijn om de hulpvraag in beeld te brengen
- 4. Een ander duo zal jullie casus gaan spelen



# GGZ-riiagewijzer deel 1 – Indien sprake van suïcidaliteit. Hulpmiddel voor verwacht acuut psychiatrische hulpverlening, professionele oordeel staat voorop



# GGZ-riegwijzer deel 2 – Indien geen sprake van suïciditeit. Hulpmiddel voor voorwacht acuut psychiatrische hulpverlening, professionele oordeel staat voorop



# Toelichting/hulpvragen bij onderdelen uit GGz-triagewijzer

Suïcidaal?	Urgentie-categorie	Item in GGz-triagewijzer	Toelichting/hulpvragen
Wel/niet suïcidaal	U1	Overdosis toxische middelen	Overdosis toxische middelen uit zich bijv. in Excited Delirium Syndroom. Kenmerken EDS: verwijde pupillen, oververhitting, sterk transpireren en/of ongevoelig voor pijn
Wel/niet suïcidaal	U2, U3, U4	Omgeving veilig/omgeving onveilig	Kenmerken onveilige omgeving zijn: thuis zonder support en/of omgeving kan niet monitoren en/of kind aanwezig en/of wapens aanwezig
Wel/niet suïcidaal	U4, U5	Persoon is wel/niet in behandeling van GGz	Bij triage o.b.v. dossier van persoon en/of overleg met persoon/naaste/huisarts nagaan of persoon onder behandeling in GGz is. Vervolgens bepalen of persoon benodigde hulpverlening van regiebehandelaar kan ontvangen
Wel/niet suïcidaal	U2, U3, U4, U5	 Acut psychiatisch hulpverlener	Benodigde expertise bij uitvoeren van acut psychiatische beoordeling en bij aankomst persoon op beoordelingslocatie: SPV/verpleegkundig specialist samen met een A(N)IOS. Met psychiater op achterwacht. Zie generieke module Acute Psychiatrie voor meer informatie
Wel/niet suïcidaal	U2, U3, U4, U5	 Assistentie van politie inschakelen?	Assistentie van politie is nodig bij: (verdenking) van strafbaar feit en/of hoog agressierisico en/of forceren deur bij binnentreden woning van persoon
Wel suïcidaal	U1	Acuut suïcidaal gedrag met duidelijk plan/onmiddellijke gelegenheid	Bijvoorbeeld strangulatie of springen
Wel suïcidaal	U3	Toenemende of plotselinge suïcidaliteit	De persoon treft concrete voorbereidingen op suïcide: Oefent bijvoorbeeld of heeft pillen/een touw gekocht.
Wel suïcidaal	U4	Suïcidaliteit met dreigende escalatie	De persoon heeft suïcidale plannen, maar nog geen concrete voorbereidingen getroffen. De persoon is niet chronisch suïcidaal.
Niet suïcidaal	U2	Heeft de persoon diabetes?	Nagaan of sprake is van een bloedsuiker < 3,5 mmol/l of een bloedsuiker van > 15 mmol/l
Niet suïcidaal	U2	Heeft de persoon recent een schedeltrauma gehad?	Beschadiging van de hersenen door een klap op het hoofd
Niet suïcidaal	U2	Bizar in gedrag en communicatie	Persoon staat niet in realiteit (heeft hallucinaties/wanen) en bevindt zich in een onveilige omgeving
Niet suïcidaal	U3	Verward en zeer angstig, gestresst of onrustig	Bijvoorbeeld uitputting, paniekaanvallen, controleverlies
Niet suïcidaal	U4	Verward gedrag met dreigende escalatie	Het gedrag van de persoon wijkt af van zijn normale gedrag, hij doet bijvoorbeeld nihilistische uitspraken en slaapt niet meer. De persoon is niet chronisch verward



Naam Auditor												
Naam medewerker												
Datum gesprek												
Gesprekscode												
Ingangsklacht												
Urgentiecode												
Gespreksduur												
<b>Fase 1A: De begroeting volgens format - Openingszin en terugbegroeting</b>												
1. Welkom (goedemorgen / -middag / -avond)												
2. Vermeldt naam organisatie												
3. Vermeldt functie												
4. Vermeldt eigen naam												
5. Herhaalt naam patiënt/melder in terugbegroeting												
<b>Fase 1B: De begroeting volgens format - ABCDE-check</b>												
6. Luistert naar ABCDE signalen												
7. Vraagt naar ABCDE signalen												
7a. Concretiseert A signalen												
7b. Concretiseert B signalen												
7c. Concretiseert C signalen												
7d. Concretiseert D signalen												
8. Vraagt de patiënt zelf te spreken												
9. Handelt naar ABCDE-signalen												
<b>Fase 1C: De begroeting volgens format - Controleert NAW-gegevens</b>												
10. Vraagt naar geboortedatum												
11. Meldt opzoeken gegevens												
12. Controleert NAW-gegevens												
<b>Fase 2: Klacht en vraag van de patiënt</b>												
13. Start triage met open vragen												
14. Vraagt naar toestandsbeeld												
15. Concretiseert urgentie verhogende signalen vanuit context												
16. Concretiseert BVC score												
17. Concretiseert hulpvraag												
18. Kiest juiste ingangsklacht												
19. Sluit urgentie verhogende criteria uit												
20. Maakt samenvatting van klacht en hulpvraag												
20A. Maakt samenvatting van klacht												
20B. Maakt samenvatting van hulpvraag												
21. Patient/melder fiteert de samenvatting												
21A. Gaat bij 'nee' verder met luisteren en doorvragen												
21B. Maakt opnieuw een samenvatting												
22. Maakt verschillen bespreekbaar												
23. Informeert patient/melder over conclusie voor actie												
24. Start actie met instemming patient/melder												
25. Bepaalt juiste urgentiecode												
<b>Fase 3: Actie plannen op basis van triageprotocollen</b>												
26. Plant juiste actie op basis van urgentiecode												
26A. Bepaalt juiste zorgverlener												
26B. Bepaalt het juiste moment van zorg												
27. Geeft het juiste zelfzorgadvies												
27A. Geeft het juiste contactadvies volgens richtlijnen triage GGZ												
27B. Informeert over berichtgeving eigen huisarts												

<b>Fase 4: Toetst de patient/melder</b>																				
28. Controleert of vervolgebeld uitvoerbaar is																				
29. Controleert instemming patient met vervolgebeld																				
30. Controleert of het vervolgebeld begrepen is																				
<b>Fase 5. Verantwoordelijkheid bij patient/melder leggen</b>																				
31. Vertelt wat te doen bij verandering of verergering																				
32. Vertelt wat te doen bij ongerustheid																				
<b>Fase 6: Professionele afsluiting van het gesprek</b>																				
33. Zegt gedag																				
34. Noemt naam patient/melder																				
35. Wenst patient/melder																				
36. Verbreekt als laatste de verbinding																				
<b>Communicatieve vaardigheden</b>																				
37. Luistert actief																				
38. Vraagt door																				
39. Stelt open vra(a)g(en)																				
40. Stelt gesloten vragen																				
41. Stelt functionele vragen																				
42. Stelt urgentieverhogende vragen																				
43. Maakt samenvattingen																				
44. Toont empathie, leeft zich in																				
45. Informeert concreet en bondig in adviesstijl																				
46. Toets of patient akkoord gaat																				
47. Proactief, neemt leiding																				
48. Proactief, houdt leiding																				
<b>Professioneel telefoneren</b>																				
49. Doorloopt gespreksfasen in juiste volgorde																				
50. Actieve fysieke werkhouding																				
51. Benoemt bij onderbreking de reden																				
51A. Bedankt de patient/melder voor het wachten																				
51B. Herstart het gesprek met voorafgaande informatie																				
52. Zegt tegen de patient/melder wat je doet																				
53. Telefoneert met een glimlach																				
54. Stem is enthousiast en vriendelijk																				
<b>Medisch inhoudelijk</b>																				
55. Handelt volgens richtlijnen triage GGZ																				
56. Gebruikt Meditra																				
57. Overlegt (over juiste zaken) met (regie) arts																				
<b>Verslaggeving</b>																				
58. Registreert N.A.W.																				
58A. Registreert geboortedatum patient																				
58B. Registreert naam, adres, woonplaats patient																				
58C. Registreert telefoonnummer en adres waar de patient zich bevindt																				
58D. Registreert naam eigen huisarts patient																				
59. Registreert overleg																				
59A. Registreert met wie is overlegd																				
59B. Registreert wat is overlegd																				
59C. Registreert uitkomst overleg																				
60. Registreert in S-regel																				
60A. Ingangsklachten																				
60B. Andere klachten																				
60C. Hulpvraag																				
60D. Toestandsbeeld																				
60E. Algemene triagecriteria																				
60F. Beloop																				
60G. Urgentiecode																				
60H. Actie																				
61. Registratie ABCDE signalen																				
62. Registreert adviezen richtlijnen triage GGZ																				

63. Registreert contactadvies volgens richtlijnen triage GGZ																
64. Registratie komt overeen met wat besproken is																
65. Motiveert afwijken urgentiecode																
<b>Opmerkingen:</b>																
1.																



Onderdeel van het kwaliteitssysteem van Van Campen Consulting.  
Geregistreerd handelsmerk.

Huisarts Ambulance Acute zorg kwaliteitssysteem



Uitgeverij Teunis