

Synthese reactie

Bij het doornemen van de leeswijzer bij het protocol, formuleren we volgende vragen. De vragen zijn gebundeld per onderdeel.

Inleiding

- Wie zijn de andere gebruikers die ook gedurende een proefperiode het protocol gaan gebruiken buiten de triagisten?
- Is er al duidelijkheid welke onderzoeksgroep de betrouwbaarheid en validiteit gaat beoordelen? Of wat dit wetenschappelijk onderzoek juist gaat inhouden?

Doelstelling protocol

- Is de beschermende observatiemaatregel geen 'beschikbaar middel' binnen dit protocol? Als niet, klopt dit met de verdere opbouw van het document?
- Het verrast ons dat 'spoeddienst 112/1733' een beschikbaar middel is binnen dit protocol. We gingen ervan uit dat de somatische uitklaring steeds voorafgaand aan de triage in dit kader zou gebeurd zijn.

GGZ-triagist

- Hoe ziet men de triagist stuurrecht hebben in het inzetten van één van de beschikbare middelen (bvb reguliere crisiswerking of reguliere GGZ-werking)? Klopt het dat de triagist dan volgens deze visie sturend kan zijn naar opname of naar opstart GGZ-begeleiding?
- '...de triagist kan ervoor kiezen om snel een middel ter plaatse te krijgen'... wat is in deze 'een middel'?
- Wat bedoelt men met: *Als voorbereiding op een overkoepelend dashboard dient elk netwerk de urgentie- en crisiscapaciteit in kaart te brengen om te komen tot proportionele afspraken rond beschikbaarheid en inzetbaarheid.*

Verantwoordelijkheden van de GGZ-triagist

- Terecht benadrukt men dat de triagist geen medische eindverantwoordelijkheid draagt. De vraag is echter, wie draagt deze wel? Zeker gezien het opzet om ook somatische inschattingen te maken?
- *'De verantwoordelijkheid van de triagist is beperkt tot het geven van telefonisch advies aan professionals zoals politie, huisartsen en spoeddiensten, die in direct contact staan met de patiënt.'* – in voorgaand stuk staat nochtans dat de triagist actief middelen kan gaan inzetten. Dat is toch veel meer dan een telefonisch advies geven?

1^{ste} triage

- Graag een duidelijk standpunt of de dienst 112/1733 al dan niet altijd eerst moet ingeschakeld worden? nu staat er 'is aangewezen'...
- Wat zal men precies in het bestaande 031 protocol integreren? Welk deel van de triagewijzer? Of gaat het niet over nog andere zaken?

2^{de} triage

- Volgende paragraaf betekent toch een zeer grote verantwoordelijkheid! Voor de triagist. Wie draag hierin de medische (eind)verantwoordelijkheid? :

Belangrijk daarbij is dat de GGZ-triagewijzer een controlemechanisme bevat om na te gaan of de eerste somatische urgentie-inschatting gebeurd is. De afweging moet dan gemaakt worden of de aanmelder alsnog doorverwezen wordt naar de dienst 112 op basis van een kort somatisch urgent assessment of dat de GGZ-triagist op basis van mogelijk onderliggende psychiatrische en somatische alarmbellen, rekening houdend met de reden van aanmelding en leeftijd, bijkomende vragen stelt voor een eventuele urgente doorverwijzing. In de verdere uitwerking van het voorlopig instrument is het noodzakelijk om hierbij ook de expertise vanuit de kinderen-en jongerenpsychiatrie en ouderenpsychiatrie te betrekken.

Controle somatisch assessment

- Essentieel is dat het voor ieder heel duidelijk moet zijn dat het urgentieteam GEEN EPSI is kan je wat hier staat verwachten binnen de ambulante context van een urgentieteam, waar er geen duidelijkheid is over de medische verantwoordelijkheid en met een telefonische triage?
- Wie moet er aan de andere kant van de lijn zitten om op al die vragen een antwoord te kunnen geven? Wat als dat een politieman is? of iemand die niet medisch geschoold is?

Naast deze vragen over de toelichting bij de triagewijzer, is deze triagewijzer ook besproken binnen de medische staf van UPC Duffel. Het standpunt van deze staf is opgenomen **als bijlage**. Ook dit geeft aan dat we wél, steeds in overleg met onze partners van de stuurgroep, willen werken rond triage maar dat er nog vele vragen zijn bij het voorliggende document omtrent triage.

Bijlage: Reactie medische staf UPC Duffel op triageformulier urgentiepsychiatrie

De medische staf van UPC Duffel heeft het triageformulier en protocol bestudeerd. Er is dank en waardering voor de inzet van de leden van de werkgroep. In de tekst vinden we goede ideeën terug, zoals het gebruik van een meetinstrument dat onderbouwd is door onderzoek (de CTRS) of het inrichten van een ambulante crisisraadpleging. Toch heeft de medische staf besloten het formulier niet te gebruiken, en in overleg met het Emergo netwerk een alternatief triageprotocol uit te werken.

Dit om de volgende redenen:

1. In het triageformulier is sectie 4 (CTRS) de kern van de gevaarsinschatting. Op basis van de score die daaruit volgt wordt geadviseerd wat voor interventie er volgt. Dit lijkt een te sterk vereenvoudigd systeem dat niet altijd de realiteit goed capteert. Er worden studies aangehaald die beweren dat de CTRS score het besluit van een psychiater om te hospitaliseren kan voorspellen. Als de score lager is dan 9, zou een psychiater een opname adviseren. In het protocol wordt voorgesteld dat het urgentieteam ook bij een score lager dan 9 ter plaatse gaat. Dit zal geen meerwaarde hebben, als al duidelijk is dat iemand moet worden opgenomen. De CTRS score wordt in het protocol gebruikt om de mate van urgentie te bepalen, in de referenties wordt geen onderzoek gevonden waarop dit is gebaseerd.
2. De CTRS opgenomen in het triageformulier is een slechte en vooral onvolledige vertaling (origineel Bengelsdorf et al 1984), met zeer belangrijke gevolgen. Door de vertalingskeuzes ligt er alleen een focus op suicidaliteit. Echter, gewelddadig/impulsief gedrag naar anderen toe is weggelaten. De originele formulering van het gevaarscriterium suicidaliteit score 1 is: "Expresses or hallucinates suicidal/homicidal ideas or has made serious attempt in present illness. Unpredictably impulsive/violent." De vertaling in huidig formulier "Patiënt drukt zijn suïcidale ideeën duidelijk uit of heeft een gemeente TS gedaan in de huidige periode." Hierbij wordt voorbij gegaan aan alle gevaarlijke situaties ikv psychose/persoonlijkheidsproblematiek/... De scores die hieruit volgen, vormen echter wel de kern van het doorverwijzingssysteem. In het huidige document is er verder wel ruimte voor Agressie/irritatie/verwardheid, maar het blijft onduidelijk of dat dat PU2-3-4-5 wordt. In huidige versie lijkt het urgentieteam alleen uit te rukken ikv suïcidaliteit (PU2?). Er wordt niet aangegeven wat er moet gebeuren in interventies anders dan duidelijke suïcidaliteit. De focus op suïcidaliteit suggereert ook de illusie dat je met een simpele vraag goed suïcidaliteit kan voorspellen. Volgens de VLESP richtlijn is dat niet het geval.
3. Het protocol maakt mogelijk dat patiënten die nog geen somatische check-up hebben gehad, toch door het urgentieteam worden behandeld. Hierdoor wordt aan psychiatrische patiënten in de eerste lijn medische zorg onthouden, die andere patiënten wel krijgen. Het protocol eist dat de patiënt door een arts wordt onderzocht bij "alarmbellen" waarvan de onderbouwing onduidelijk is ("nieuwe psychiatrische symptomen boven de 45 jaar"), maar maakt niet duidelijk hoe dat dan moet. Er zijn ook geen middelen voor voorzien. Volgende inschattingen lijken zeer moeilijk via de telefoon te maken: "Bilan vitale functies: Is er een ernstige verstoring op gebied van bewustzijn, ademhaling of circulatie?" "Risicocontext en geen directe veilige omgeving?" "Ernstig hoofd- of hersenletsel?" "Plaatselijke neurologische bevindingen?" "Cognitieve stoornis of delirium?" Zelfs een arts kan dit moeilijk via de telefoon inschatten.