

**AZ
Sint-Jan
Brugge**



**AZ
S.J.**

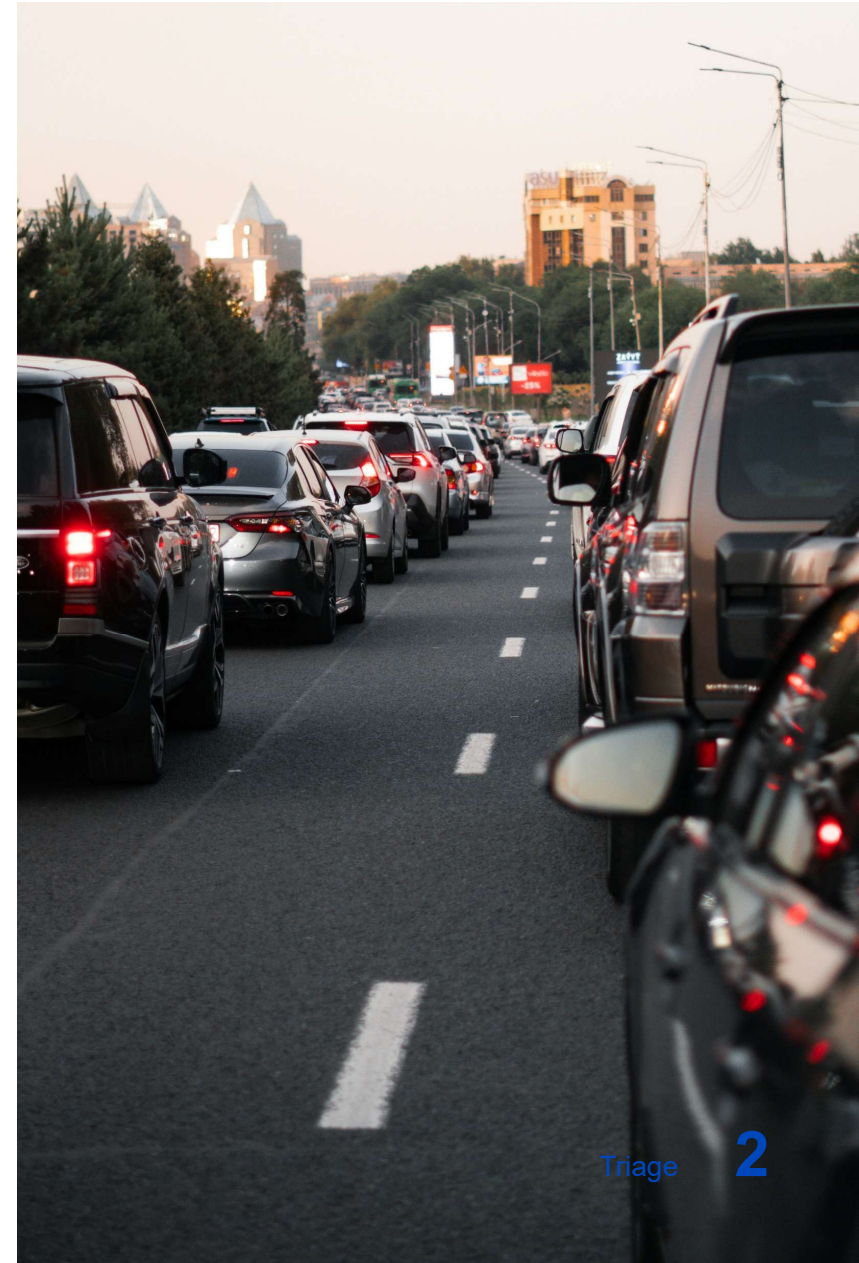
Triage van mensen met psychiatrische nood op spoedgevallen

Bruce Vrancken, Verpleegkundig specialist GGZ, AZ Sint-Jan Brugge AV

Goede zorg laat niemand achter

Achtergrond

- Subjectieve beoordeling psychiatrische patiënten
- Afhankelijk van inschatting hulpverlener
- Variaties in zorgkwaliteit
- Lange wachttijden
- Onnodige/overbodige trajecten
- Behoeftte aan gestandaardiseerde aanpak

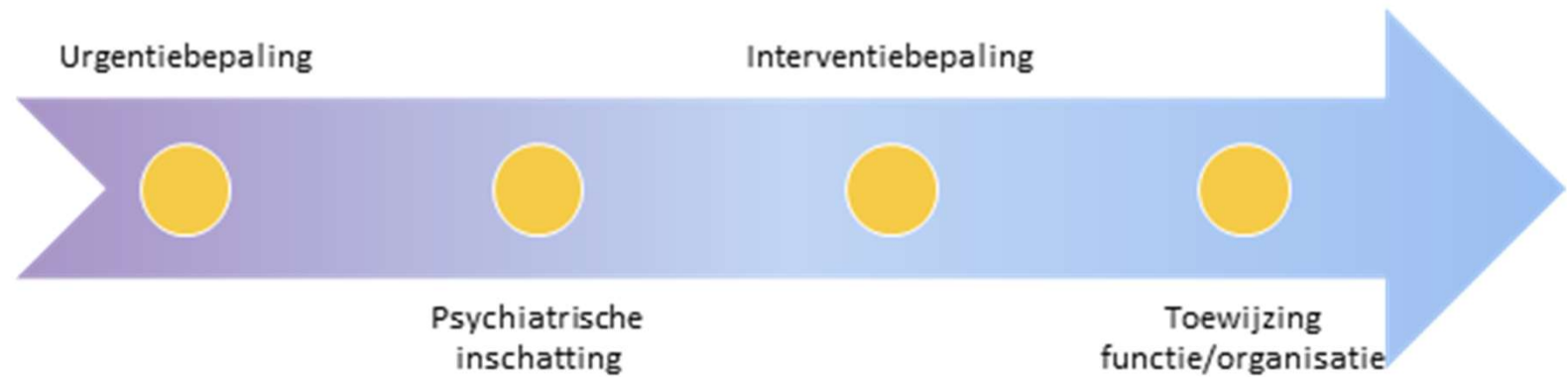




Methode van implementatie

- Start met literatuuronderzoek
- Betrokken stakeholders:
 - Artsen, verpleegkundigen, psychiaters
- Plan en training ontwikkeld
- Protocollen voor integratie in dagelijks werk

Zorgpad Crisis Netwerk NOWE



Triage

“Triageschalen voor geestelijke gezondheidszorg zijn klinische instrumenten die bij de toegang tot gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg worden gebruikt om een systematische manier te bieden om de urgentie van klinische presentaties te categoriseren, en een passende verwijzing en een optimaal tijdschema voor interventie te bepalen.”



(Sands et al., 2016)

C.T.R.S

Onderstaande criteria worden bepaald op een likert-schaal (scores 1 – 5)

- A. Gevaarcriterium Suïcide/geweld naar zichzelf of anderen
- B. Sociaal steunsysteem
- C. Medewerking van patiënt aan behandeling (gekoppeld aan zekere mate van ziekte-inzicht)

Hoe lager de score, hoe hoger de urgentie.

(Bengelsdorf H. et al, 1984)

C.T.R.S

- The inter-rater reliability: 0.78 to 0.92. (Adeosun II et al, 2017)
- Cut-off voor opname varieert van 8 – 10 (Adeosun II et al, 2017; Bengelsdorf H et al, 1984; Shuo-Yen Ting et al, 2021)
- Sensitiviteit en specificiteit

C.T.R.S

- Sensitiviteit en specificiteit (Adeosun II et al, 2017)

Table 3: Sensitivity and specificity patterns across CTRS scores.

Variable	Sensitivity	1-specificity
3	1.000	1.000
4	1.000	0.962
5	1.000	0.925
6	1.000	0.849
7	0.995	0.736
8	0.984	0.396
9	0.948	0.226
10	0.927	0.132
11	0.788	0.038
12	0.684	0.019
13	0.528	0.000
14	0.399	0.000

Gevaarcriterium

1. Patiënt drukt zijn suïcidale ideeën uit of heeft een gemeende poging suïcide gedaan in de huidige periode.
2. Patiënt drukt zijn suïcidale ideeën uit zonder overtuigend te zijn. Patiënt heeft gewelddadige of impulsieve antecedenten.
3. Patiënten drukt zijn suïcidale ideeën uit met ambivalente gevoelens en maakt een inefficiënte indruk.
4. Patiënt heeft suïcidale neiging of vertoont suïcidaal gedrag, maar drukt duidelijk dit onder controle te hebben.
5. Patiënt vertoont geen suïcidaal gedrag of heeft geen suïcidale ideeën, in het heden, noch in het verleden.

Sociaal steunsysteem

1. Patiënt heeft geen familie, vrienden of instanties waar hij op kan terugvallen.
2. Patiënt heeft weinig sociale steun zonder veel effectiviteit en draagkracht.
3. Patiënt heeft een bestaand sociaal steunsysteem dat echter zeer moeilijk gemobiliseerd kan worden.
4. Patiënt heeft geïnteresseerde familie en vrienden als steunsysteem maar er is onzekerheid omtrent hun mogelijkheden.
5. Patiënt heeft geïnteresseerde familie en vrienden als steunsysteem die deze rol willen opnemen.

Medewerking van patiënt aan behandeling (gekoppeld aan zekere mate van ziekte-inzicht)

1. Patiënt is niet in staat mee te werken aan zijn behandeling of weigert dit.
2. Patiënt vertoont weinig interesse of is niet in staat inzicht te hebben in zijn behandeling.
3. Patiënt accepteert slechts op passieve wijze zijn behandeling.
4. Patiënt wilt hulp, maar blijft ambivalent tegenover of is weinig gemotiveerd in zijn behandeling.
5. Patiënt zoekt hulp op een actieve wijze en is bereid om mee te werken aan zijn behandeling.

Psychiatrische Urgentiebepaling NOWE - SPOED				
Categorie (C.T.R.S.)	Tijdsindicatie inschatting spoedarts	Type respons en tijdsindicatie specialist	Mogelijk interventies	Mogelijke verwijzingen (willekeurige volgorde)
Cat. A Score 3 - 7	Zo snel mogelijk – binnen 15 min.	Extreme urgentie: Onmiddellijke reactie waarbij indien nodig politie of ondersteuning van andere diensten noodzakelijk is (bv. overdosis, geweld of dreigend geweld).	- Psychiatrische inschatting - Risico-inschatting agressie - Risico-inschatting suicidaliteit - Opschaling van zorg - Farmacologische interventie - Beveiliging / Hospitalisatie - Naastenbetrokkenheid	Functie 4 - HIC - Crisisinterventie unit - EPSI - PAAZ - Spoed
Cat. B Score 8 - 9	Zo snel mogelijk – binnen 1 uur	Hoge urgentie: Mensen hebben een hoge nood en dienen verder ingeschat te worden door gespecialiseerd zorg binnen 1 uur (bv. acute suicidaliteit, dreigend geweld, acute ernstige niet-terugkerende stress).	- Psychiatrische inschatting - Risico-inschatting agressie - Risico-inschatting suicidaliteit - Opschaling van zorg - Farmacologische interventie - Beveiliging / Hospitalisatie - Crisisinterventie - Naastenbetrokkenheid	Functie 4 - HIC - Crisisinterventie unit - EPSI - PAAZ - Spoed Functie 2a - MCT
Cat. C Score 10 - 11	Zo snel mogelijk – binnen 2 uur	Middelmatig dringend: Mensen hebben een hoge nood en dienen verder ingeschat te worden door gespecialiseerd zorg binnen 24 uur. (bv. overstuur, suicidale ideatie van matige tot ernstige aard, verstoord gedrag).	- Psychiatrische inschatting - Opschaling van zorg - Farmacologische interventie - Naastenbetrokkenheid - Dringende consultatie psychiater - Kortdurende psychotherapeutische interventie - Veiligheidsplanning (signaleringsplan, safetyplan)	Functie 2a - MCT Functie 4 - PAAZ - psychiatrisch ziekenhuis Andere functies?
Cat. D Score 12 - 13	Zo snel mogelijk – binnen 3 uur	Lage urgentie: Mensen hebben een lagere nood en dienen verder ambulant specialistisch gezien te worden binnen 48 uur (bv. matige nood, heeft enkele ondersteuning aanwezig, maar situatie wordt steeds penibeler).	- Psychiatrische inschatting - Opschaling van zorg - Farmacologische interventie - Naastenbetrokkenheid - Consultatie psychiater - Kortdurende psychotherapeutische interventie - Peer support - Veiligheidsplanning (signaleringsplan, safetyplan)	Functie 1 - poliklinisch consult (psychiater) - drughulpverlening (Sleutel, Kompas, MSOC) - huisarts (mits combinatie met andere specialistische zorg) - ELP Functie 2a - MCT Functie 3 - Dagbehandelingscentra - Covias (gekend?)
Cat. E	Zo snel	Niet dringend: Mensen hebben een lagere nood en dienen verder ambulant specialistisch gezien te worden binnen 2 weken.	- Psychiatrische inschatting - Naastenbetrokkenheid - Kortdurende psychotherapeutische interventie - Peer support - Veiligheidsplanning (signaleringsplan, safetyplan)	Functie 1 - poliklinisch consult (psychiater) - drughulpverlening (Sleutel, Kompas, MSOC) - huisarts (mits combinatie met andere specialistische

Somatische inschatting

De standaard onderzoeken die uitgevoerd moeten worden zijn:

- *Early Warning Score (EWS): saturatie, bloeddruk, hartslagfrequentie, ademhalingsfrequentie, temperatuur en bewustzijn;*
- *Anamnese, met bijzondere aandacht voor de hierboven beschreven 'alarmbellen';*
- *Klinisch onderzoek: uitwendige verwondingen, trauma capitis...*

Enkel op indicatie van de klinische presentatie worden volgende onderzoeken voorgesteld:

- *ECG*
- *Bloedafname*
- *Urinecultuur/sediment*
- *Toxicologiescreening*

Toekomst

- Optimalisatie van de CTRS
- Protocollen verder verfijnen
- Uitbreiding naar andere spoedafdelingen in het netwerk
- Uitbreiding naar Eerste lijn
- Doel: voortdurende verbetering zorgkwaliteit





Pilootproject urgentiepsychiatrie GGZ triage

12/06/2025

diletti

UPC
Z.ORG KU LEUVEN

Kristof Monserez (UPC Leuven)
Bruce Vrancken (AZ Sint-Jan Brugge AV)

netwerk
nowe GEESTELIJKE
GEZONDHEIDSZORG.

AZ
Sint-Jan
Brugge

Aanleiding

Telefonische GGZ triage als eerste pijler van het pilootproject 24/7 urgentiepsychiatrie

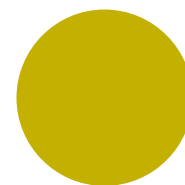
Samenwerking ad hoc gegroeid vanuit overleg en aansluitende projecten in onze huidige werking

Literatuuronderzoek en analyse en monitoring acute instroom psychiatrie op spoed

Werkorganisatie en samenwerking rond triage op spoed

Werkbezoek en stage in Mondriaan Maastricht

diletti



netwerk
nowe GEESTELIJKE
GEZONDHEIDSZORG.



Doelstelling

24/7 telefonische GGZ triage

De triagewijzer is ontwikkeld om te waarborgen dat personen die dringend geestelijke gezondheidszorg nodig hebben, op een effectieve en efficiënte wijze begeleid worden naar de juiste zorg. Het doel van de triage is om te bepalen welk GGZ-urgentie middel het meest geschikt is voor de specifieke situatie van de hulpvrager en op welke termijn dit middel moet ingezet worden (binnen de twee uur tot maximum enkele dagen).

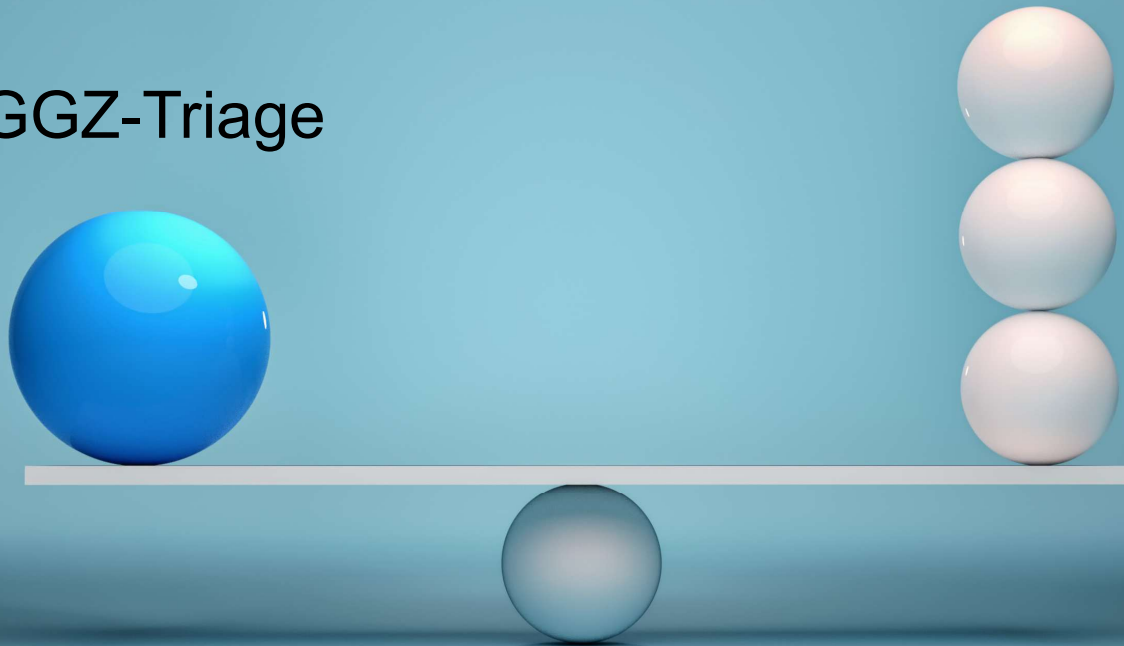
Wanneer, waar, wie, veiligheid

Alle leeftijden!



GGZ-Triage

klinisch
psychiatrische
evaluatie



Evidentie ? Ervaring?

Wat is gekend?

Hoe wordt het
toegepast?



Voorgestelde oplossing: Triageschalen

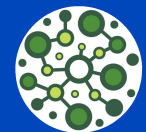
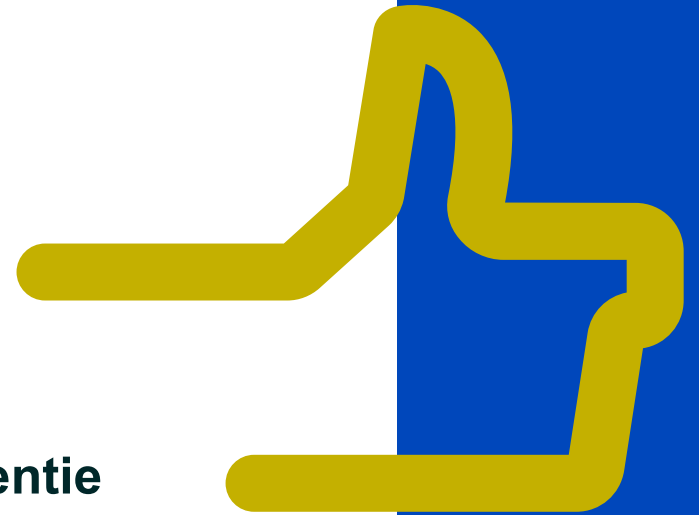
“Triageschalen voor geestelijke gezondheidszorg zijn klinische instrumenten die bij de toegang tot gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg worden gebruikt om een systematische manier te bieden om de urgentie van klinische presentaties te categoriseren, en een passende verwijzing en een optimaal tijdschema voor interventie te bepalen.

(Sands et al., 2016)



Voordele n

- 1. Faciliteert het categoriseren van urgentie**
- 2. Vermindert de wachttijden**
- 3. Optimaliseert klinische beslissingen**
- 4. Verhoogt de veiligheid voor patiënten en hulpverleners**



Algemene Triage-systemen



- Canadian triage and Acuity Scale (CTAS)
- Australian Triage Scale (ATS)
- Manchester Triage System (MTS)
- Emergency and Severity Index (ESI)

- Gebruiken allemaal als basis “The Ipswich Triage Scale” (ITS) en het principe van urgentie gekoppeld aan tijd.
- Vaak gebruikt, vooral gericht op medische urgentie.
- Geen enkele scoort echt goed voor GGZ-triage

(FitzGerald, 1990; Zachariasse, 2019; Mackway-Jones, 2020)



Specifieke GGZ



UK Mental Health Triage Scale (UK MHTS)

Victorian Emergency Department Mental Health Triage Tool (VED MHTT)

MTS - post triage mental health (Manchester)

The Danish Psychiatric Triage System (DPTS)

Color-Risk Psychiatric Triage (CRPT)

Crisis Triage Rating Scale (CTRS)

Nederlands triage standaard (NTS)

Risk Assessment Matrix (RAM)





Hiërarchie

1. Aanmelding
2. Assessment
 1. Controle somatische assessment – doorverwijzing spoed indien nodig
 2. Psychiatrisch assessment
3. Toewijzing urgentiecode en verwijzing
4. Opvolging verwijzing



Toestandsbeeld

- Medische urgentie:
 - uitval vitale functies
 - bloeding/shock
 - levensbedreigend letsel
 - intoxicatie
- onrust/agitatie en/of agressie
- verwardheid - bizar gedrag
- suïcidale of moordzuchtige daden, ideeën of wanen
- Zelfverwondend gedrag
- middelengebruik



Ernst

- Gevaar (levensbedreigend,...)Onmiddellijk gevaar voor zichzelf en/of omgeving
- Omgeving/netwerk
- Medewerking/motivatie
- Voorgeschiedenis



Code/Categorie	Toestandsbeeld?	Inschatten ernstgraad	Responstijd	Responsmiddel	Modaliteiten
(P)U1 Emergency Spoedeisend Code Donkerrood					
PU2 Urgentie Code Rood					
PU3 Acute crisis Code Oranje					
PU4 Crisis Code Geel					
PU5 Geen crisis Code Groen					

Code/Categorie	Toestandsbeeld?	Inschatten ernstgraad	Responstijd	Responsmiddel	Modaliteiten
(P)U1 Emergency Spoedeisend Code Donkerrood	- Medische urgentie: -uitval vitale functies -bloeding/shock -levensbedreigend letsel -intoxicatie - Acute onrust/agitatie en/of agressie - Acute verwardheid - bizar gedrag - Acute suïcidale of moordzuchtige daden, ideeën of wanen	Gevaar: - Onmiddellijk of potentieel levensbedreigend of kan op korte termijn evolueren naar een levensbedreigende situatie - Onmiddellijk gevaar voor zichzelf en/of omgeving - Onvoorspelbaar – impulsief – gewelddadig Omgeving/netwerk - Geen direct verzekerde omgeving Medewerking/motivatie: - Geen medewerking of ziekte-inzicht Voorgeschiedenis: - gewelddadig of impulsief gedrag	Onmiddellijk naar dichtstbijzijnde spoeddienst	112 MUG PIT (protocol 112)	Politie? (protocol 112)

Code/Categorie	Toestandsbeeld?	Inschatten ernstgraad	Responstijd	Responsmiddel	Modaliteiten
PU2 Urgentie Code Rood	▪ Zelfverwondend gedrag ▪ middelenmisbruik ▪ Acute onrust/agitatie zonder agressie ▪ Acute verwardheid - bizar gedrag ▪ Acute suïcidale of moordzuchtige ideeën of wanen	Gevaar: ▪ Niet onmiddellijk of potentieel levensbedreigend of niet op korte termijn mogelijk evoluerend naar levensbedreigende situatie ▪ Hoog risico - escalatie of dreigende escalatie - ambivalent ▪ Uiting van hopeloosheid Omgeving/netwerk ▪ Beperkt netwerk – ineffectief – beperkte draagkracht Medewerking/motivatie: ▪ Passief - ambivalent Voorgeschiedenis: ▪ agressie ▪ psychiatrische urgentie	Binnen 2u	Outreaching psychiatrisch urgentieteam ▪ De-escalatie ▪ Stabilisatie ▪ Vervolgplan	▪ ondersteunen de plaats? ▪ Beveiligde plaats nodig? ▪ Vervoer politie-ambulance? ▪ Opvolging door GGZ-triagist ▪ Indien nodig na triage toch mogelijkheid 112/ambulance

Code/Categorie	Toestandsbeeld?	Inschatten ernstgraad	Responstijd	Responsmiddel	Modaliteiten
PU3 Acute crisis Code Oranje	▪ Zelfverwondend gedrag ▪ middelenmisbruik ▪ Acute of dreigende onrust/agitatie ▪ Acute verwardheid of bizar gedrag ▪ Suïcidale ideeën of gedrag	Gevaar: ▪ Matig risico – preventie escalatie Omgeving/netwerk: ▪ Netwerk aanwezig maar moeilijk te motiveren Medewerking/motivatie: ▪ Wens of ambivalente wens naar verandering of controle Voorgeschiedenis: ▪ suïcidale ideeën of gedrag ▪ agressie	Binnen 12 - 48u	Mobiel Crisis Team 2a (optie IHT overwegen indien aanwezig netwerk)	▪ Veiligheidsafspraken ▪ Inplannen door GGZ-triagist



Code/Categorie	Toestandsbeeld?	Inschatten ernstgraad	Responstijd	Responsmiddel	Modaliteiten
PU4 Crisis Code Geel	▪ Zelfverwondend gedrag ▪ Middelenmisbruik ▪ Onrust/agitatie ▪ Verwardheid - bizar gedrag ▪ Suïcidale ideeën	Gevaar: ▪ Laag risico op escalatie ▪ Stabiel – gekend- onder controle	Binnen 3 tot 7 dagen	Reguliere ambulante crisiswerking (vb. crisisraadpleging)	▪ Veiligheidsafspraken ▪ Inplannen door GGZ-triagist
PU5 Geen crisis Code Groen	▪ Geen acute somatische problemen of antecedenten ▪ Geen suïcidale gedachten in het heden of verleden ▪ Geen onrust/agitatie in het heden of verleden ▪ Geen verwardheid – bizar gedrag	▪ Concrete hulpvraag naar verandering	doorverwijzing	Reguliere GGZ-hulpverlening – kruispunten-lokale samenwerkingsverbanden	▪ Ambulant netwerk indien aanwezig ▪ Info meegeven door GGZ-Triagist



Somatisch

Sectie 2: Somatisch Assessment

(zie bijlage 1 uitleg bevraging kort somatisch assessment)

1. Ernstige verstoring of uitval **bewustzijn, ademhaling of circulatie**? ☐ Ja
☐ Nee
 2. **Bloeding of shock**? ☐ Ja
☐ Nee
 3. **Levensbedreigend** letsel? ☐ Ja ☐ Nee
 4. Ernstige **middelenintoxicatie**? ☐ Ja ☐ Nee
 4. Cognitieve stoornis of **delirium**? ☐ Ja ☐ Nee
 5. **Acute** verwardheid, agressief gedrag of gevaar voor zichzelf? ☐ Ja ☐ Nee
- Indien op één van de vragen van sectie 2 een “ja” is geantwoord: Schakel de dienst 112 in (P(U)1: 112 noodnummer)
 - Indien nee: ga naar Sectie 3



Sectie 4: Psychiatrisch Assessment

1. C.T.R.S.

Gevaarscriterium suïcidaliteit (1-5 score)

Sociaal steunsysteem (1-5 score)

Medewerking aan behandeling (1-5 score)

2. Risico-inschatting agressie (BVC): welke symptomen zijn aanwezig? (Meerdere mogelijk)

- ☐ Verward
- ☐ Geïrriteerd
- ☐ Luidruchtig
- ☐ Fysiek bedreigend
- ☐ Verbaal bedreigend
- ☐ Aanval op voorwerpen

3. Is er agressie in de voorgeschiedenis? ☐ Ja ☐ Nee ☐ Onbekend

- Indien ja en BVC-score ≥ 1 : Overweeg extra veiligheidsmaatregelen



Lange termijn

Dataverzameling voorlopig instrument
Samenwerking met academische centra
Systematic review
Opmaak definitief instrument
Consensus methode en Delphiprocedure
Piloot test
Validatie
Doel 2026



Tot slot

Samenwerking

Overleg

Evidence based – practice based

Klinische praktijk



Projectoproep: 24/7 outreachende urgentiepsychiatrie



Volksgezondheid
Veiligheid van de Voedselketen
Leefmilieu

12 juni 2025

Vanessa De Roo – adjunct federaal coördinator Hervormingen Geestelijke
Gezondheid doelgroep volwassenen

Geïntegreerde dienst geestelijke gezondheidszorg FOD Volksgezondheid



Inleiding

Projectoproep van FOD Volksgezondheid

Aanleiding: stijging van acute psychiatrische crisissen

Doel: betere organisatie van crisis- en urgentiepsychiatrie i.f.v. optimalere zorg voor mensen in een psychiatrische crisis/urgentie

Doel van de projectoproep

- 24/7 bereikbare urgentiepsychiatrische teams
- Snelle triage (= crisisbeoordeling) + directe interventie
- Opnamevermijdend => observatie (max. 48u)



Waarom deze hervorming?

- Fragmentatie in bestaande zorg
- Overbelasting spoed, politie, huisartsen
- Toenemende gedwongen opnames
- Nieuwe wetgeving rond observatie

Opbouw van het model

- Telefonische triage (= crisisbeoordeling) 24/7
- Outreachende interventie binnen 2 uur
- Klinische evaluatie/observatie (max. 48 uur)
- Vervolgtrajecten op maat



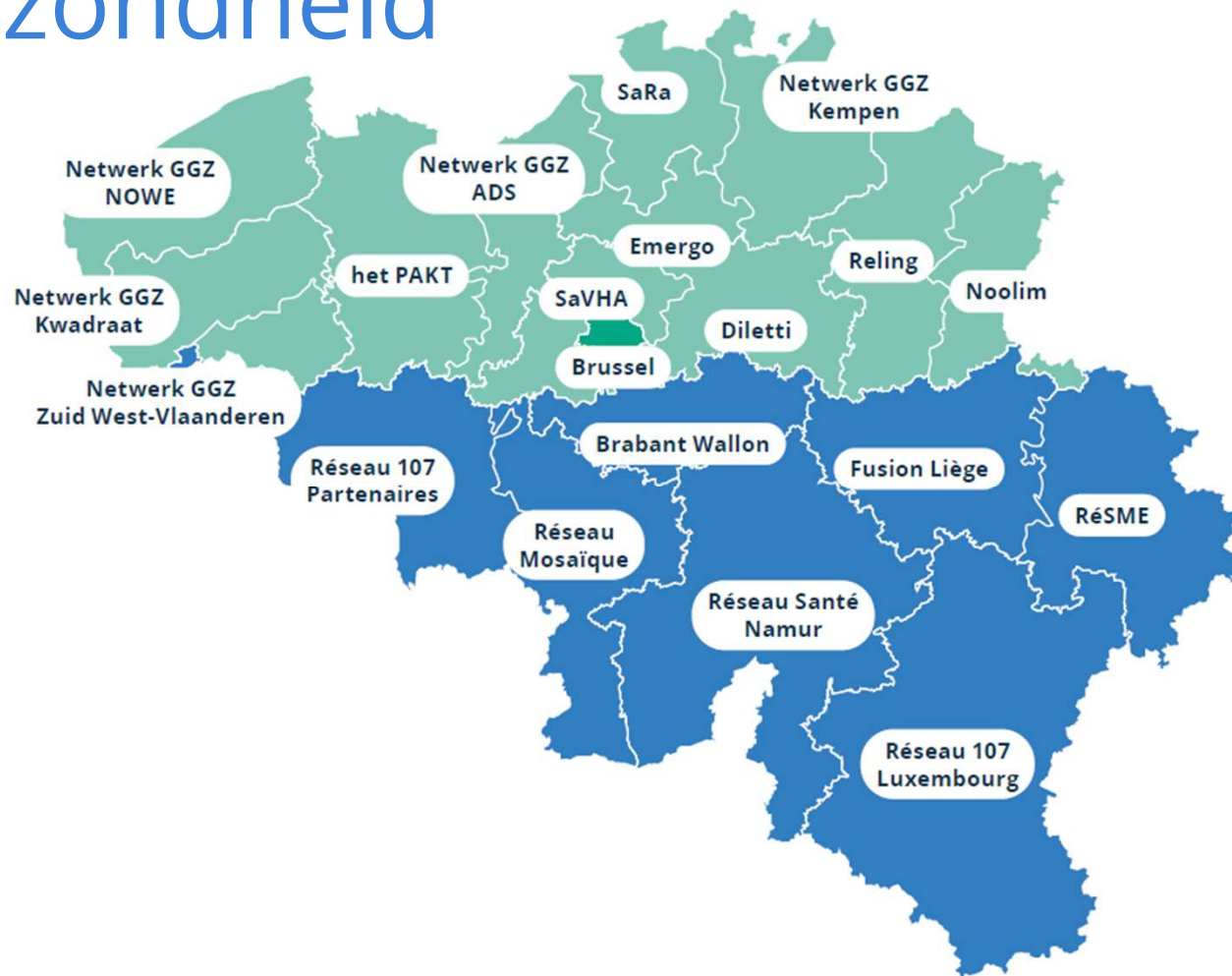
De mobiele teams 2A

- Huidige werking: acute zorg tijdens kantooruren/weekends
- Nieuwe rol: uitbreiding naar 24/7 urgentiefunctie
- Centraal punt in het zorgtraject

Observatiefunctie

- Veilig en tijdelijk opvangpunt
- 4u evaluatie / tot 48u observatie
- Doel: vermijden van gedwongen opname

Samenwerking binnen het netwerk geestelijke gezondheid



Samenwerking binnen het netwerk geestelijke gezondheid

- Spoed, politie, MUG, huisartsen
- Verslavingszorg, welzijn, VAPH, jeugdhulp
- Focus op samenwerking en laagdrempeligheid

Doelgroep

- Personen met vermoeden van acute psychiatrische nood
- Alle leeftijden (incl. kinderen/jongeren)
- Nood aan snelle de-escalatie en zorgcoördinatie

Resultaten die beoogd worden

- Snelle interventies (<2u)
- Minder opnames en spoedbezoeken
- Betere opvolging na crisis
- Ontlasting van eerstehulpactoren

Organisatie en financiering

- 237 VTE op nationaal niveau
- Budget: €23,9 miljoen/jaar
- Uitrol per netwerk met lokale autonomie

Kwaliteit en evaluatie

- Stuurgroep op netwerkniveau
- werkgroepen nationaal
- Opleidingen, intervisies en opvolging inbegrepen

Tijdslijn en implementatie

Gefaseerde opbouw:

- Projectoproep mei 2024
- Denkoefening organisatie in het netwerk
- Inzet VTE in de mobiele teams voor acute zorg (2a)
- Start triage begin 2026
- Start urgente interventies (afhankelijk van de organisatie in het lokale netwerk)
- 24/7 werking (afhankelijk van de organisatie in het lokale netwerk)

Afronding

- Belangrijke stap naar humane, efficiënte crisiszorg
- Focus op samenwerking, preventie en herstel
- Netwerkpartners (ook politie) spelen sleutelrol

Contactgegevens netwerkcoördinatoren netwerken geestelijke gezondheid voor volwassenen

West-Vlaanderen

- Annick Dobbelaere: annick.dobbelaere@netwerknowe.be
- Koen Demuyck: koen.demuyck@netwerkkwadraat.be
- Lisa Verbeke: Lisa.Verbeke@psy107zwvl.be

Vlaams Brabant

- Femke Damoiseaux: Femke.damoiseaux@savha.be
- Evelyne Vereecke: evelyne.vereecke@diletti.be

Oost-Vlaanderen

- De Neef Ilse Ilse.DeNeef@pakt.be
- Fien Haijen fien.haijen@ggzads.be

Antwerpen

- Helga Peeters: helga.peeters@netwerksara.be
- Katleen Boschmans katleen.boschmans@netwerkemergo.be
- Ann Vanherck ann.vanherck@ggzkempen.be

Limburg

- nieke plessers nieke.plessers@noolim.net
- David Dol david.dol@reling.be

Brussel

- Youri Caels: youri.caels@107bru.be