

Lang niet elke 112-melding vereist een spoedrit

Meer tijd voor triage

Trudie van Duin, gezondheids-wetenschapper, ambulance-verpleegkundige

Sonja Jerak-Zuiderent, junior onderzoeker instituut Beleid en Management Gezondheidszorg (iBMG)

Roland Bal, hoogleraar bestuur en beleid van de gezondheidszorg aan het instituut Beleid en Management Gezondheidszorg (iBMG)

Correspondentieadres:
tvanduin@live.nl;
c.c.: redactie@medischcontact.nl

Geen belangenverstrengeling
gemeld.

De ambulance rukt uit, met zwaailichten en sirenes, maar de patiënt met 'hartritmestoornissen' blijkt slechts koorts met bijbehorende lichtverhoogde hartslag te hebben. Iets meer zorgvuldigheid – en dus tijd – bij de telefonische triage had deze rit kunnen voorkomen.

Voor telefonische triage van spoed-zorghulpvragen, zoals 112-meldingen, bestaat een landelijke norm.

Deze norm voor meldkamers ambulancezorg (MKA) over 'aanname en uitgiftetijd A1-ritten' bedraagt twee minuten en wordt als prestatie-indicator gehanteerd. Maar is dit wel een goede maat voor kwaliteit van zorg? De tweeminuten-norm stelt de tijdigheid van de telefonische triage centraal. Kwaliteit van zorg gaat echter ook over veiligheid, effectiviteit, patiëntgerichtheid, onpartijdigheid en efficiëntie. In hoeverre gaat het gebruik van de prestatie-indicator ten koste van deze andere aspecten? Onderzoek

naar de praktijk van deze telefonische triage leidt tot een aantal opmerkelijke uitkomsten en aanbevelingen.

Tunnelvisie

De maatstaf van twee minuten voor aanname en uitgifte van A1-ritten zorgt ogenschijnlijk voor snelle acute zorg bij spoedzorgvragen. Bij een A1-rit moeten de ambulancezorgverleners binnen vijftien minuten na melding ter plaatse zijn.¹ Die vijftien minuten vangen aan met de twee minuten triage door de MKA, gevolgd door een minuut opstarttijd en twaalf minuten aanrijtijd. De optelsom van deze tijden is de responstijd, waarvan Ambulancezorg Nederland stelt 'hoe korter, hoe beter'.² De gevonden (neven)effecten laten echter zien dat de druk van twee minuten kan leiden tot tunnelvisie. De bijna onbuigzame neiging om te willen voldoen aan de twee minuten leidt tot situaties waarin A1-ritten onterecht, blijkt later, worden uitgegeven. Centralisten zeggen hierover dat zij met meer tijd tot een beter toestandsbeeldbepaling hadden kunnen komen, waardoor de urgentiebepaling anders had uitgepakt.

Werkelijke urgentie

Telefonische spoedzorgtrage is een complex proces waarbij de centralist al zijn vakkennis en inlevingsvermogen nodig heeft. De zorgvraag met urgent karakter volgens de melder, moet worden geanalyseerd op werkelijke medische urgentie. 'Vanuit het perspectief van de patiënt hebben veel vragen een urgent karakter, maar dat hoeft niet te betekenen dat de te verlenen zorg medisch gezien urgent is.'³

beeld: ANP



Het onderzoek, dat in 2008 plaatsvond bij de MKA Kennemerland, laat bij 34 procent van de ritanalyses een verschil zien tussen A1-waardigheid zoals tijdens de telefonische triage vastgesteld en de door de ambulancehulpverleners aangetroffen situatie ter plaatse. Oorzaken van deze discrepantie zijn:

- Patiënten zijn niet in een ABCD-instabiele situatie, terwijl de melder dit wel heeft doen voorkomen. Klachten worden ernstiger aangemeld dan ze in werkelijkheid zijn, mogelijk uit angst dat het werkelijk ernstig is of om zorg af te dwingen.
- Chronische situaties waarin verergering van klachten of excessen kunnen voorkomen, worden als A1 uitgegeven. Dit gebeurt ook als er geen verergering of exces is op het moment van de melding. Zoals bij de diabetes die enige dagen is ontregeld, maar tijdens de melding een acceptabele glucosewaarde heeft.
- Ingezette urgentieclassificaties uit het Geïntegreerd Meldkamer Systeem worden

niet toegepast op de specifieke context van aangemelde patiënten. Bij de heupluxatie waarbij de levensbedreiging ontbreekt, houdt de MKA het meest urgente scenario aan, ook als de patiënt stabiel is. En bij een overgedragen rit van een andere meldkamer wordt, volgens richtlijnen, de urgentiebepaling overgenomen. Ook al plaatst de verpleegkundig centralist er vraagtekens bij.

- Door het niet voldoende (kunnen) doorvragen tijdens telefonische triage wordt er gereden op klachten die geen ABCD-bedreiging vormen. Er is een voorbeeld van een huisarts die niet ter plaatse is geweest bij de patiënt, maar wel een hartritmestoornis meldt. Daarop wordt vervolgens een A1 gereden, terwijl later blijkt dat de alerte patiënt 'slechts' koorts heeft met bijbehorende lichtverhoogde hartslag.
- Melders hebben soms geen weet wat te doen bij eenvoudige problematiek, van schaaftwond tot buikpijn. Dit leidt tot onnodige paniek en moeilijk te doorgronden situaties.

Chronische situaties worden als A1 uitgegeven; dit gebeurt ook als er geen verergering of exces is op het moment van de melding.

beeld: Marco Okhuizen, HH



SAMENVATTING

- De tweeminutennorm voor spoedzorgtriage leidt tot een tunnelvisie, wat de overige aspecten van kwaliteit (veiligheid, effectiviteit, patiëntgerichtheid, onpartijdigheid en efficiëntie) negatief beïnvloedt.
- De kwaliteit van spoedzorgtriage kan verbeteren met het inzetten van huisartsen door de meldkamer ambulancezorg, het verlengen van de tweeminutennorm en het cyclisch maken van triagemeldingen.

De aanhoudende toename in vraag naar ambulancezorg is een internationaal probleem.⁴ Deze wordt ingegeven door sociale en organisatorische factoren. Uit Zweeds onderzoek blijkt dat steeds meer patiënten met *'minor illnesses or injuries often choose to call the emergency medical dispatch centre and request an ambulance for transport to the hospital.'*⁵ Omwille van schaarste in ambulances en kostenbeheersing alleen al is het zinvol om de kwaliteit van triage te optimaliseren. Daarnaast moet een optimum tussen de eerdergenoemde kwaliteitsaspecten worden nagestreefd. Kwaliteit van zorg begint met de triage van de hulpvraag. Eenzijdige focus op de tijdigheid van de triage doet te kort aan deze kwaliteit.

Keuzetoets

Een aantal maatregelen draagt bij aan een totale kwaliteitsverbetering van de triage. Zo heeft het werken met een aparte aanname- en uitgiftecentralist grote voordelen. De aannamecentralist neemt de spoedzorgvraag aan en voert triage uit met behulp van de VDABC-methodiek (veiligheid, disability, airway, breathing, circulation). Als duidelijk is dat er een ambulance-inzet moet volgen op de spoedzorgvraag, alarmeert de aannamecentralist met een keuzetoets op het computerscherm de uitgiftecentralist. Die krijgt vervolgens de melding op zijn scherm te zien. De uitgiftecentralist – die de logistieke processen bewaakt, waaronder de inzetbaarheid van ambulances – alarmeert de ambulancebemanning, terwijl de aannamecentralist aan de telefoon blijft met de melder.

Dit levert tijdswinst op. Bovendien kan de aannamecentralist de triage verder uitvoeren en zo nodig instructie geven aan de melder, bijvoorbeeld bij reanimatie. Mocht de spoedzorgvraag in de verdere triage duidelijk geen A1-urgentie hebben, dan kan dit leiden tot verandering van de urgentie of zelfs tot het annuleren van een reeds uitgegeven rit.

Drie minuten

Het direct inzetten van huisartsen door de MKA kan eveneens tot verbetering leiden. Daarnaast draagt het regelmatig bespreken van casuïstiek door de medisch manager met de centralisten bij aan verbeteringen van het triageproces. Ten slotte is te overwegen de tweeminutennorm te verhogen naar drie minuten. Bij de 132 onderzochte triages is er in 24 gevallen (18%) een overschrijding van de tweeminutennorm. Ruim een derde van de overschrijdingen betreft een triage van drie minuten. Met het hanteren van een ruimere tijdsnorm voor telefonische spoedzorgtriage zal de centralist zijn kennis kunnen inzetten om te komen tot een meer accurate urgentiebepaling waarbij de schaarse ambulances veilig, patiëntgericht en effectief kunnen worden ingezet. Het is aan de ambulancezorgverleners om niet alleen te werken met de prestatie-indicator, maar ook vervolgstappen te nemen. Prestatie-indicatoren geven professionals inzicht in de resultaten van werkprocessen.⁶ Zo kunnen zij problemen opsporen, werken aan procesherinrichting en aan continue verbetering. Dit cyclisch proces kan in de ambulancezorg worden verbeterd. Een meer genuanceerde (externe) benadering van de tijdigheid van de spoedzorgtriage op de MKA draagt hieraan bij. 

Het is te overwegen de norm te verhogen naar drie minuten



De literatuurlijst vindt u via:
www.medischcontact.nl

praktijkperikel

Officiële instanties

Een van mijn patiënten is bekend met een zeer ernstig COPD/longemfyseem. Zij is volledig afhankelijk van zorg en aan een rolstoel gebonden. Hiervoor is ook zuurstof voor thuis aangevraagd. Maar omdat zij graag mobiel wil blijven, wilde zij de zuurstoftankjes (4,75 kilo) ook op haar rolstoel kunnen meenemen. Hiervoor moest een beugel op haar rolstoel worden gemonteerd. Zo'n beugel kan elke doe-het-zelver makkelijk in elkaar klussen, maar aangezien deze beugel 'medisch' is

en de rolstoel in bruikleen, moest dit via de officiële instanties worden aangevraagd.

Uiteindelijk heeft het meer dan zes weken geduurd voordat de beugel op de rolstoel werd gemonteerd. De kosten bedroegen 155,63 euro. 'Na een half uurtje zat de flessenhouder op de rolstoel', meldde de patiënte me. 'En dan heeft de monteur in die tijd ook nog een wiel verwisseld.'
Lang leve onze zorg.

Literatuur

1. Baar ME, Giessen P, Grol R, Schrijvers AJP. Een voorstudie voor het onderzoeksprogramma Spoedzorg. Utrecht/Nijmegen: Julius Centrum voor Gezondheidswetenschappen en Eerstelijns Geneeskunde, Universitair Medisch Centrum Utrecht/Kenniscentrum Huisartsenposten en Spoedeisende zorg, Universitair Medisch Centrum St Radboud, 2007.
2. Ambulancezorg Nederland (AZN). Ambulances in-zicht, 2006. Zwolle: Ambulancezorg Nederland, 2007.
3. RVZ (Raad voor de Volksgezondheid en Zorg). Acute Zorg. Zoetermeer, 2003.
4. Dale J, Williams S, Foster T et al. Safety of telephone consultation for 'non-serious' emergency ambulance service patients. Qual Saf Health Care 2004; 13: 363-73.
5. Hjalte L, Suserud BO, Herlitz J, Karlberg I. Why are people without medical needs transported by ambulance? A study of indications for pre-hospital care. Eur J Emerg Med 2007; 14: 151-6.
6. Berg M, Meijerink Y, Gras M et al. Feasibility first: developing public performance indicators on patient safety and clinical effectiveness for Dutch hospitals. Health Policy 2005; 75: 59-73.