



GEEN TIJD VOOR SPRAAKVERWARRING

Doelmatige triage in de acute zorg vereist eenduidigheid

In het belang van de patiënt moet iedereen in de acute zorg dezelfde taal spreken. Daarvoor is het nodig dat er eenduidigheid komt in het begrippenkader en in het triagesysteem waarmee alle professionals in de acute zorg werken.

PIETER JOCHEMS C.S.

Eén op de vijf patiënten op de huisartsenpost en één op de tien patiënten bij de afdeling Spoedeisende Hulp (SEH) van een ziekenhuis wordt doorverwezen naar een andere spoedeisende zorginstelling. En elk jaar komen zeker 170.000 patiënten met een spoedeisende zorgvraag bij een verkeerde zorginstelling terecht. Dat geeft onderzoek van de Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie (NPCF) aan.¹

Ook bij hulpverleners bestaat onduidelijkheid over waar de patiënt het beste kan worden behandeld, aldus het NPCF-onderzoek.

De nagenoeg drempelloze toegang en de verkeerde echelonproblematiek leiden tot ondoelmatig gebruik van de (beperkt) beschikbare acute-zorgvoorzieningen. Ondoelmatigheid heeft niet alleen betrekking op een onjuiste inzet van hulpverleners, organisaties en middelen, maar ook op gezondheidsschade die optreedt door het niet op het juiste moment inzetten van de juiste behande-

ling door de juiste hulpverlener. Dit moet en kan anders.

Het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG), de Beroeps Vereniging Ambulancezorg (BVA), de Stichting Landelijke Ambulance & Meldkamer Protocollen (LAMP), de Nederlandse Vereniging Spoedeisende Hulp Verpleeg-

wordt in ongeveer de helft van de Nederlandse ziekenhuizen toegepast.

Er is vrijwel geen onderzoek gedaan naar de toepassing van deze methodieken, noch zijn de verschillen met elkaar vergeleken. Verder ontbreken harde cijfers over de betrouwbaarheid en effectiviteit van deze methodieken.

Het hanteren van verschillende triagesystemen kan tot andere patiëntuitkomsten leiden

kundigen (NVSHV) en GGZ Nederland zijn in april 2005 met geld van het ministerie van VWS een project gestart om een systeem voor eenduidige triage - het Nederlands Triage Systeem (NTS) - en kwaliteitsborging van triage te ontwikkelen.

INGANGSKLACHTEN

In fase 1 (april-augustus 2005) zijn rapporten en onderzoeken over acute zorg geanalyseerd, met name op specifieke vraagstukken rondom triage.² In kader 1 staan de belangrijkste conclusies.

Voor een eenduidige uitkomst van triage zijn een gemeenschappelijk begrippenkader en één urgentieclassificatiesysteem nodig. Verder moeten de vigerende triagesystemen en de bijhorende criteria worden gelijkgeschakeld.

De in Nederland meest gangbare triagesystemen zijn daarom onderzocht en vergeleken op methodiek, kenmerken, toepassing en bruikbaarheid.³ Het betreft de LSMA (Landelijke Standaard Meldkamer Ambulancezorg), de NHG-Telefoonwijzer en het MTS (Manchester Triage Systeem).

De LSMA geldt als de beroepsinhoudelijke standaard binnen de Meldkamer Ambulancezorg (MKA); de NHG-Telefoonwijzer is dit binnen de huisartsgeneeskundige zorg. Het MTS

Alle methodieken hebben eenzelfde doelstelling, maar verschillen in de uitwerking. Zo bevat het MTS 52 ingangsklachten, de NHG-Telefoonwijzer kent er 60 en de LSMA heeft 20 hoofdgroepen. Van de 52 ingangsklachten in het MTS zijn er 41 met eenzelfde of een aanverwant protocol opgenomen in de NHG-Telefoonwijzer. De hoofd-

1. CONCLUSIES INZAKE TRIAGE

- Triage vormt dé achilleshiel in de acute zorg.
- De kwaliteit van het triageproces kan sterk worden verbeterd.
- Bij telefonische triage speelt de context van een hulpvraag een belangrijke rol.
- Er zijn veel hulpvragen met een lage urgentie.
- Versnippering in het zorgaanbod leidt tot onnodig veel schakels in de keten.
- Er zijn veel doublures/onnodige diagnostiek.
- Tussen huisartsenzorg en ziekenhuiszorg bestaan grote verschillen in visie en cultuur bij de benadering van acute zorgvragen.

DE FOTO IS HELAAS NIET BESCHIKBAAR VOOR INTERNET

Bij fysieke triage wordt elke patiënt gezien: de vraag is alleen hoe lang een patiënt kan wachten.

groepen in de LSMA zijn gebaseerd op de ABCDE-methodiek, waarbij de voor de ambulancezorg relevante onderdelen inhoudelijk veelal overeenstemmen met de NHG-Telefoonwijzer. Per hoofdgroep leiden triagecriteria tot toestandsbeelden (werkdiagnoses) die op basis van de symptomen in volgorde van waarschijnlijkheid worden weergegeven.

De criteria die tot de hoogste urgentie leiden, komen veelal overeen. Maar de (specifieke) triagecriteria verschillen. De NHG-Telefoonwijzer kent meer ingangsklachten vanwege de grote verscheidenheid aan zorgvragen. Vanuit huisartsenperspectief is bij telefonische triage de belangrijkste vraag wanneer een patiënt moet worden gezien (nu, vandaag of de volgende werkdag). Bij de fysieke triage is dit geen item; elke patiënt wordt gezien, de vraag is alleen hoe lang een patiënt kan wachten. In het MTS vormen pijn, acuutheid en temperatuur algemene triagecriteria, terwijl in de NHG-Telefoonwijzer en het LSMA deze criteria van belang worden als zij in combinatie met andere symptomen voorkomen. Dat in de NHG-Telefoonwijzer en het LSMA een andere waarde wordt toegekend aan deze criteria dan in het MTS, is deels te verklaren door de verschillen tussen telefonische en fysieke triage.

Kortom, het hanteren van verschillende triagesystemen kan tot andere patiënt-uitkomsten leiden. Over de betrouwbaarheid en effectiviteit van de telefonische en fysieke triagesystemen is onvoldoende evidence beschikbaar.

Professionals, overheid, IGZ en zorgverzekeraars zijn van mening dat er bij de toegang tot de acute-zorgketen winst is te behalen in termen van patiëntgerichtheid, kwaliteit en doelmatigheid. Daarom is er in het project veel nadruk gelegd op eenduidige triage en regie.

DYNAMISCH

In fase 2 van het project (augustus 2005-januari 2006) zijn de uitgangspunten rond de acute zorg bepaald (zie *kader 2*). Dit wordt ondersteund door een eenduidige triagemethodiek, die alle ketenpartners hanteren.

Een van de uitgangspunten is dat de zorgvraag op het juiste moment, op de juiste plaats en door iemand met de juiste competenties wordt behandeld. Triage is hierbij gedefinieerd als: 'het dynamische proces van urgentie bepalen én het vervolgttraject indiceren'. 'Dynamisch' houdt in dat triage een in de tijd doorlopend proces is. Het kan immers door veranderingen in de gezondheidstoestand van de patiënt nodig zijn om de urgentie-

categorie tussentijds aan te passen. Vervolgens wordt bepaald welke zorg het meest geschikt is:

- **complexe acute zorg;**
- **eenvoudige, niet-complexe acute zorg;**
- **generalistische zorg;**
- **GGZ;**
- **mobiele acute zorg (complex en/of generalistisch);**
- **(zelfzorg)advies.**

>>

2. UITGANGSPUNTEN TRIAGE ACUTE ZORG

- De zorgvraag en het perspectief van de patiënt vormen de belangrijkste uitgangspunten.
- Zorg dient zo dicht mogelijk bij de patiënt te worden georganiseerd.
- Eenduidige toegang is het startpunt in de acute-zorgketen.
- Ongeacht de toegangsweg moet de uitkomst eenduidig zijn.
- Beschikbare capaciteit en mogelijkheden van de organisatie dwingen tot doelmatige triage.

3. STAPPEN IN DE TRIAGE

- ABCDE-methodiek om bedreiging van vitale functies uit te sluiten
- Algemene triagecriteria:
 - gevaar
 - beloop (tijdsbestek - snelheid van verandering)
 - context en hulpvraag
 - pijn
 - temperatuur in combinatie met specifieke klachten
 - anamnese
 - medicatiegebruik
 - leeftijd
 - alarmsignalen en risicogroepen
 - zieke indruk
- Specifieke triagecriteria naar ingangsklacht
- Urgentie bepalen
- Vervoltraject indiceren
- Bespreken met patiënt en/of diens omgeving

<< De triagemethodiek in aansluiting op deze overwegingen is eind 2005 vastgesteld (zie kader 3).

URGENTIECLASSIFICATIE

De drie genoemde triagesystemen kennen verschillende urgentieclassificaties, maar bevatten alledrie de indeling: levensbedreigend, urgent en niet-urgent. In kader 4 staat het urgentieclassificatiesysteem voor het nieuwe NTS.

Er is naar gestreefd om bij alle 56 ingangsklachten consensus te bereiken over de specifieke triagecriteria. Hieruit is één gemeenschappelijk NTS ontstaan. In de volgende fase komt het nader specificeren van telefonische en fysieke triagecriteria aan de orde.

Het implementatietraject van het NTS berust op opleiding, registratie, onderzoek, onderhoud, borging en beheer.

4. URGENTIECLASSIFICATIE

categorie	urgentie	klinische prioriteit
U 1	levensbedreigend	onmiddellijk
U 2	spoed	zo snel mogelijk
U 3	dringend	snel
U 4	niet-dringend	geen tijdsdruk, wel dezelfde dag
U 5	advies	volgende werkdag

Opleiding

Onderwijs vormt de basis voor implementatie van het NTS. Om het NTS te hanteren, is veel relevante basiskennis van communicatie, organisatie en medische inhoud nodig. Het NTS moet worden gezien als dé professionele standaard, die zorgvuldig handelen volgens de inzichten van de medische wetenschap en ervaring propageert.

Het NTS vormt de basis voor het competentieprofiel van de triagist, waaraan momenteel wordt gewerkt. Aan de hand hiervan wordt een opleidingsprogramma ontwikkeld om dokters-assistenten, verpleegkundigen en artsen competent te maken.

Het is de bedoeling om de NTS te implementeren in een aantal proefregio's, waarbij naast organisatorische aspecten ook het trainingsprogramma als pilot fungeert.

Registratie en onderzoek

Het verzamelen van gegevens en het verichten van wetenschappelijk onderzoek komt de validiteit en betrouwbaarheid van het NTS ten goede. Vóór 2007 zal hiertoe een onderzoeksaanvraag worden ingediend.

Onderhoud, borging en beheer

Een permanente organisatie zorgt voor de verdere ontwikkeling, het onderhoud en de waarborging van het NTS. Een redactieraad houdt het NTS voortdurend actueel en doet op basis van evidence-based medicine/practice inhoudelijke wijzigingsvoorstellen.

Daarnaast geeft de redactieraad adviezen voor de feitelijke implementatie. Zo wordt de integrale kwaliteit/afstemming van triage bewaakt en de inhoudelijke inbreng van de deelnemers optimaal gewaarborgd. ■

SAMENVATTING

- *Patiëntgerichtheid is het uitgangspunt bij het herinrichten van de acute-zorgketen.*
- *Patiëntgerichtheid, kwaliteit van zorg, samenwerking en doelmatigheid verlangen een eenduidig systeem van toegang en triage en daarmee één taal.*
- *Triage is het dynamisch proces van urgentie bepalen én het vervoltraject indiceren.*
- *Gebruik van een eenduidige triagemethodiek is essentieel.*
- *Competentieprofiel, training en een kwaliteitsborgingsstelsel zijn belangrijke voorwaarden voor invoering van het Nederlands Triage Systeem (NTS).*

Het rapport van de expertgroep 'Naar een eenduidig systeem van triage in de acute zorg' is te vinden via www.medischcontact.nl/dezeweek

drs. P.J.J. Jochems,
bestuurslid Nederlandse Vereniging Spoedeisende Hulp Verpleegkundigen

drs. C.R. Drijver,
huisarts en medisch manager Spoedpost Waterland

W.L.M. ten Wolde,
directeur Stichting Landelijke Ambulance en Meldkamer Protocollen (LAMP)

G.B. Herrmann MSc,
SPV-er, onderzoeker GGZ, voorzitter Federatie GGZ

C.J. in 't Veld,
huisarts, hoofd afdeling Implementatie NHG

Correspondentieadres: c.intveld@nhg-nl.org

Referenties

1. TNS NIPO. Spoed moet goed. Een onderzoek naar de spoedeisende zorg. Utrecht: NPCF, januari 2005. 2. Jochems P, Drijver R. De ontwikkeling van een systeem voor eenduidige triage. Het dynamische proces om urgentie te bepalen en vervoltraject te indiceren. 'Eén voor allen, allen voor één'. Deel 1. Utrecht: Nederlands Huisartsen Genootschap, augustus 2005. 3. Ook in de GGZ vindt triage plaats, hiervoor is echter geen specifieke methodiek aangetroffen.