

# Triage in de huisartsenpraktijk: te zwaar geschut?

Frans H. Rutten en Dorien L. Zwart

 **GERELATEERD ARTIKEL** Ned Tijdschr Geneeskd. 2016;160:D412

De meeste huisartsenposten triageren en gebruiken daar veelal de Nederlandse Triage Standaard voor. Ook ambulancediensten en spoedeisende hulpdiensten werken hiermee of met vergelijkbare triagesystemen. Dit zorgt voor eenduidig 'taalgebruik', makkelijkere communicatie en afstemming van de spoedzorg. Triage is bedoeld voor het bepalen van de urgentie en daarmee van de te leveren hulp, niet voor het bepalen van een diagnose. Het doel is de patiënten met een hoogurgente hulpvraag er zo snel mogelijk 'uit te filteren' en hen van acute hulp te voorzien.

## CASUSSEN VAN PAPIER

De Nederlandse Triage Standaard is ontwikkeld voor spoedeisende hulpdiensten (zie uitleg). De NHG-Triagewijzer daarentegen is speciaal bedoeld voor de huisartsenpraktijk, maar bevat dezelfde ingangsklachten, triagecriteria en urgentiecategorieën als de Nederlandse Triage Standaard (zie uitleg). Telefonische triagesystemen zijn afgeleid van systemen waarbij fysiek contact met de patiënt mogelijk was tijdens de ontwikkeling ervan. Deze fysieke triagesystemen zijn gevalideerd, maar de huidige telefonische triagesystemen zijn formeel niet gevalideerd tegen een referentiestandaard met klinisch relevante uitkomstmaten.

Er is wel onderzoek verricht naar het gebruik van de Nederlandse Triage Standaard voor telefonische triage, waarin de urgentiebepalingen van triagisten werden afgezet tegen die van experts op huisartsenposten.<sup>1</sup> Hierbij werd gebruikgemaakt van casussen op papier (vignetten) en niet van de werkelijke gesprekken, die overigens wel op band worden opgenomen op huisartsenposten.

In dit nummer van het *NTvG* staat een onderzoek van Smits et al., die op soortgelijke wijze het gebruik van de NHG-Triagewijzer in de huisartsenpraktijk evalueerden.<sup>2</sup> Doktersassistenten werd gevraagd de passendste hulpinzet te bepalen voor een aantal fictieve casussen op papier. Vervolgens vergeleken de onderzoekers de adequaatheid van deze inschattingen met een referentiestandaard die

door experts was vastgesteld. De doktersassistenten werkten doelmatig en schatten laagurgente casussen ook als zodanig in, maar misten een deel van de hoogurgente hulpvragen. Bovendien gebruikten ze de NHG-Triagewijzer maar weinig.<sup>2</sup>

De vraag is of men door papieren casussen te gebruiken een adequaat oordeel kan vellen over triage. Wanneer vignetten worden gebruikt, gaat veel informatie verloren over hoe het werkelijk in de praktijk gaat. Terwijl deze informatie waarschijnlijk wel belangrijk is voor het verloop van de triage, juist bij de hoogurgente hulpvragen. Het gaat bijvoorbeeld om bijkomende emoties, de beschikbare voorkennis en de communicatietechniek van de triagist.

De context kan wel meegenomen worden door de gesproken tekst van de casus te beluisteren of door de triage 'realtime' te observeren. Dan krijgt men ook een indruk van bijvoorbeeld de bijkomende emoties van patiënt en triagist, en meer informatie over de omstandigheden van de patiënt.

Ook kan men vraagtekens plaatsen bij de inzet van experts als referentiestandaard voor het bepalen van de urgentie van papieren casuïstiek. Een dergelijke 'meetlat' is immers subjectief. En wanneer is iemand eigenlijk een expert in triage?

## DE PRAKTIJK

Hoe gaat het dan in werkelijk in de praktijk overdag? De meerderheid van de patiënten belt de huisartsenpraktijk om een afspraak te maken. Het aantal spoedgevallen is klein; er gaan vaak meerdere dagen voorbij zonder dat er een spoedgeval is. Komt men deze spoedgevallen beter op het spoor door alle mensen die telefonisch contact opnemen met de huisartsenpraktijk te triageren met de NHG-Triagewijzer?

Door de NHG-Triagewijzer toe te passen kan de bereikbaarheid en toegankelijkheid van de huisartsenpraktijk afnemen en dit kan juist een gevaarlijke situatie creëren voor patiënten die met spoed geholpen moeten worden. Ook kan men de NHG-Triagewijzer niet gebruiken bij patiënten die een afspraak via het web maken. Ten slotte blijkt uit rapportages van patiëntenenquêtees dat in ieder geval een aantal mensen het onaangenaam vindt en het als een drempel ervaart als assistentes in de huisartspraktijk de reden voor het maken van een afspraak uitvragen.<sup>3</sup>

UMC Utrecht, Julius Centrum voor Gezondheidszorg en Eerstelijns Geneeskunde, Utrecht.

Dr. F.H. Rutten en dr. D.L. Zwart, huisartsen.

Contactpersoon: dr. F.H. Rutten (f.h.rutten@umcutrecht.nl).

## UITLEG

**Nederlandse Triage Standaard**

Wordt gebruikt door SEH-verpleegkundigen, ambulancediensten en triagisten op de huisartsenpost, met als doel eenduidigheid op het gebied van triage in de verschillende echelons van de acute zorg in Nederland.

Er zijn 6 urgentiecriteria, van 'uitval van vitale functies' (U0), waarvoor reanimatie nodig is, tot en met 'geen risico op schade' (U5), waarvoor de patiënt de volgende werkdag kan worden gezien.

Afhankelijk van de urgentie en de complexiteit van de zorg die moet worden verleend, worden 6 vervolgacties onderscheiden: ambulance (stabilisatie en vervoer), SEH (complexe zorg), huisartsenpost (generalistische zorg), GGZ (crisisdienst), 'fast track' (geprotocolleerde verpleegkundige zorg) en zelfzorgadvies.

**NHG-Triagewijzer**

Wordt gebruikt door doktersassistenten in de huisartsenpraktijk.

Deze triagewijzer heeft dezelfde 6 urgentiecriteria als de Nederlandse Triage Standaard. De 5 mogelijke vervolgacties bestaan uit: directe actie en onmiddellijke waarschuwing huisarts en eventueel inzet van ambulance, afspraak voor een spoedcontact met de huisarts binnen 1 h, afspraak voor een consult of visite binnen 3 h op dezelfde dag, afspraak voor een al dan niet telefonisch consult of visite zonder tijdsdruk, en telefonisch advies door de doktersassistent.

Het lijkt dan ook veiliger, doelmatiger en patiëntvriendelijker om structureel spoedplekken in te plannen in het spreekuur en duidelijke afspraken te maken met de doktersassistente over hoe te handelen bij mensen die de spoedlijn bellen. Laagdrempelig overleggen of doorverbinden met de huisarts kan dan tot een adequate en snelle spoedopvang leiden.

Wij vinden dat een onderzoek met vignetten geen antwoord geeft op de vraag of de NHG-Triagewijzer nuttig is in de huisartsenpraktijk. Daarvoor zal onderzoek met werkelijke casussen moeten plaatsvinden, waarin praktijken het liefst clustergerandomiseerd worden vergeleken op het moment dat ze wel of geen gebruikmaken van deze triagewijzer.

**VEILIGHEID EN DOELMATIGHEID**

Het mag duidelijk zijn dat veiligheid en doelmatigheid verstrengeld zijn. Dit willen we ook nog eens duidelijk maken aan de hand van een voorbeeld.

Stel, iemand belt de spoedlijn van de huisartsenpraktijk en geeft aan een benauwd gevoel te hebben en een drukkend gevoel op de borst, in rust. Dit wordt veelal beschouwd als een 'hoogurgente casus'. Toch weten we dat slechts ongeveer 1 op de 8 patiënten met deze klachten werkelijk een acuut coronair syndroom heeft.<sup>4</sup>

Moeten we al deze patiënten insturen met het verzoek een ambulance 'met A1' te laten rijden; dat wil zeggen: met de hoogste urgentie en met licht- en geluidssignalen? Wat betekent dit voor de benodigde hoeveelheid ambulances in een regio, het verkeer, de bezetting op de Eerste Harthulp en de risico's die iemand loopt die later toch geen acuut coronair syndroom blijkt te hebben, zoals onnodige, mogelijk zelfs invasieve diagnostiek? Hoe gemakkelijker de huisarts besluit om zo'n patiënt in te sturen, des te groter is het risico dat de patiënten met echt urgentie niet tijdig hulp krijgen. Door overbelasting van het spoedzorgcircuit kunnen dus onveilige situaties ontstaan.

**TOT SLOT**

Over de organisatie van de huisartsenzorg is het laatste woord nog niet gezegd. Het zou fijn zijn als nieuwe methoden die zijn bedoeld deze organisatie te verbeteren, eerst vakkundig worden geëvalueerd in de praktijk voordat ze grootschalig worden toegepast. Dit is echter niet gebeurd met de NHG-Triagewijzer. De Nederlandse Triage Standaard is inmiddels stevig verankerd in de huisartsenposten, maar is, zoals gezegd, ook nooit formeel gevalideerd voor klinisch relevante uitkomstmaten bij telefonische triage.

In onze ogen is de NHG-Triagewijzer niet geschikt voor triage van alle telefonische contacten in de huisartsenpraktijk. Wij adviseren daarom eerst een praktijkevaluatie uit te voeren van deze triagewijzer zoals deze wordt toegepast wanneer patiënten de spoedlijn van de huisartsenpraktijk bellen.

Belangenconflict en financiële ondersteuning: geen gemeld.

Aanvaard op 15 juni 2016

Citeer als: Ned Tijdschr Geneeskd. 2016;160:D657

 **KIJK OOK OP [WWW.NTVG.NL/D657](http://WWW.NTVG.NL/D657)**

---

## LITERATUUR

- 1 Giesen P, Ferwerda R, Tijssen R, Mookink H, Drijver R, van den Bosch W, et al. Safety of telephone triage in general practitioner cooperatives: do triage nurses correctly estimate urgency? *Qual Saf Health Care*. 2007;16:181-4.
- 2 Smits M, Hanssen S, Huibers L, Giesen P. Doktersassistent mist soms hoogurgente hulpvraag. Telefonische triage in de huisartsenpraktijk. *Ned Tijdschr Geneeskd*. 2016;160:D412.
- 3 Aanbevelingen voor huisartsenposten. *Consumentenbond Nieuws* 6 mei 2004.
- 4 Bruins Slot MHE, Rutten FH, van der Heijden GJ, Doevendans PA, Mast EG, Bredero AC, van der Spoel OP, Glatz JE, Hoes AW. Diagnostic value of a heart-type fatty acid-binding protein (H-FABP) bedside test in suspected acute coronary syndrome in primary care. *Int J Cardiol*. 2013;168:1485-9.