

**Tekst**

N.C.M. Drijfholt, Bachelor Medisch Hulpverlener/Echocardiografist i.o. Amalia Kinderziekenhuis  
 M.I.M. Vaneker, Bachelor Medisch Hulpverlener Spoedeisende Hulp, Haga Ziekenhuis  
 Drs. K.M. Jakobs, medisch adviseur CVRM en kaderarts hart-en vaatziekten, Onze Huisartsen  
 Dr. R.H.A. Ebben, Associate Lector, Hogeschool Arnhem en Nijmegen  
 Dr. S.A.A. Berben, Senior wetenschappelijk onderzoeker, Acute Zorgregio Oost

# Triage van pijn op de borst op de huisartsenpost

Het differentiëren in etiologie van pijn op de borstklachten (POB) met behulp van de Nederlandse Triage Standaard (NTS) staat ter discussie. Triagisten kunnen initiële triagecodes die tijdens de telefonische anamnese automatisch tot stand komen door middel van de NTS handmatig aanpassen wanneer zij een andere triagecode geschikter achten. Deze pilotstudie betreft een eerste inventarisatie naar welke initiële triagecodes worden toegekend, hoe vaak deze worden aangepast en waarom deze worden aangepast.

**Methode**

Deze pilotstudie kende een mixed-methods design. Kwantitatief werd een dossierstudie verricht waarbij alle patiënten met POB-klachten bij huisartsenpost (HAP) Onze Huisartsen (regio Arnhem) in de maanden april 2017 en april 2018 werden geïncludeerd. Op basis van gestandaardiseerde variabelen verzamelden we geanonimiseerde demografische gegevens, alsmede de initiële, aangepaste en definitieve triagecode. De verkregen gegevens werden geanalyseerd met beschrijvende statistiek, resulterend in incidentiecijfers van de verschillende triagecodes en aanpassing van deze triagecodes. Kwalitatief werden via een gelegenheidsstreekproef de triagisten die werkzaam zijn bij deze HAP geïncludeerd. We ontwikkelden een - mede met literatuur onderbouwde - topiclijst. De twee individuele interviews en de focusgroep werden opgenomen, waarna de audio-opnames zijn getranscribeerd. Vervolgens werd de data door middel van verschillende stappen gecodeerd, resulterend in een overzicht van beïnvloedende factoren.

**Resultaten**

Kwantitatief zijn in totaal 747 patiënten geïncludeerd. De gemiddelde leeftijd van de patiënten is 53,5 jaar  $\pm$  20,8 jaar (SD). 55,1% van de patiënten is vrouw. De meest voorkomende initiële triagecode is U1 (n = 359, 48,1%). Daaropvolgende frequenties van initiële triagecodes zijn respectievelijk U3 (n = 188, 25,2%), U2 (n = 170, 22,7%), U5 (n = 29, 3,9%) en U4 (n = 1, 0,1%). Door het aanpassen van de triagecode neemt de frequentie van triagecode U1 af met 30,6%, terwijl het percentage triagecode U2 toeneemt met 56,5%. Dit betekent dat bij de definitieve triagecodes U2 het vaakst voorkomt (n = 266, 35,6%), gevolgd door respectievelijk U1 (n = 249, 33,3%), U3 (n = 266, 35,6%), U5 (n = 48, 6,4%) en U4 (n = 6, 0,8%). Bij een op de drie patiënten (29,2%) wordt de initiële triagecode aangepast. In geval van aanpassing gaat het bij 78,9% van de patiënten (n=171) om een afschaling. Initiële triagecode U1 kent met n = 119 patiënten de hoogste incidentie toe als het gaat om afschaling. Hierdoor is uiteindelijk bij 33,1% van de patiënten met

initiële triagecode U1 afgeschaald naar een lagere urgentie.

Kwalitatief zijn in totaal acht triagisten geïncludeerd, allen vrouw met een gemiddelde leeftijd van 42,6 jaar. De gemiddelde werkervaring als triagist bij HAP Onze Huisartsen is 7,8 jaar. De beïnvloedende factoren voor aanpassing van triagecodes zijn onder te verdelen in vier categorieën:

1. Triagist-specifieke factoren zijn ervaring, onderbuikgevoel, perceptie urgentie ten aanzien van de klacht POB en omgang met de NTS. Ervaring en onderbuikgevoel werden frequent aangedragen als reden tot aanpassing.
2. Een NTS-specifieke factor was de bruikbaarheid van de NTS. De NTS bleek met name onvoldoende bruikbaar bij patiënten met een atypische klachtenpresentatie. Andere knelpunten binnen de NTS waren 'snel een U1 urgentie' en de 'hoeveelheid en kwaliteit van vragen binnen de NTS'. Triagisten geven aan dat doorvragen soms essentieel is voor een juiste inschatting van de urgentie.
3. Patiënt-specifieke factoren zijn geslacht, leeftijd, risicofactoren, cultuur en presentatie/perceptie van klachten vanuit het oogpunt van de patiënt. Als hij/zij de klachten eerder heeft doorgemaakt, heeft ook dat invloed op de triage.
4. Organisatorische factoren zijn de overleggen op de HAP, werkafspraken, werkdruk en terugkoppeling binnen de keten. Triagisten geven aan dat ze graag vaker vanuit de meldkamer ambulancezorg willen terug horen wat er met de patiënt aan de hand bleek te zijn. Daarnaast geven triagisten aan dat er momenteel geen concrete afspraken zijn omtrent aanpassing van triagecodes.

**Beschouwing**

Uit de resultaten blijkt dat bij een derde van de patiënten met de hoogste urgentie (trriagecode U1) de triagecode werd aangepast naar een lagere urgentie. Bij triagecode U1 is de passende actie het sturen van een ambulance. Bij triagecode U2 en U3 handelt de huisarts van de HAP de klachten af. Dit zou betekenen dat in april 2017 en april 2018 gemiddeld twee ambulanceritten per dag bespaard bleven doordat de triagisten, in overleg met de regiearts, initiële triagecodes afschaalden. Deze resultaten impliceren dan ook een afname van de werkdruk voor de ambulance maar een toename van de werkdruk op de HAP.

Tijdens deze studie zijn factoren geïdentificeerd die van invloed zijn op het aanpassen van initiële triagecodes. Uit dit onderzoek blijkt - overeenkomstig met literatuur - dat meer ervaren triagisten sneller geneigd zijn initiële triagecodes af te schalen. Ook andere triagist-specifieke fac-

toren als perceptie van klachten vanuit de professional en het onderbuikgevoel zijn in de literatuur teruggevonden als beïnvloedende factoren tot besluitvorming. De aanwezigheid van een onderbuikgevoel kan een vroege indicator zijn voor achteruitgang van een patiënt. Patiënt-specifieke factoren beschreven in deze studie zijn eveneens teruggevonden in de literatuur. Binnen deze studie zijn ook enkele niet eerder beschreven factoren geïdentificeerd: bruikbaarheid van de NTS, werkdruk, overleg en werkafspraken op de HAP en terugkoppeling binnen de keten omtrent de afloop van patiëntcontacten.

Uit dit pilotonderzoek blijkt de NTS niet altijd toereikend te zijn bij het ondersteunen van de triage; het gebruik van de initiële triagecode zou leiden tot overtriage. Zo is er volgens de triagisten te weinig aandacht voor risicofactoren en is de NTS minder toepasbaar bij vrouwen omdat zij zich vaker presenteren met meerdere en/of atypische ingangsklachten. Er is behoefte aan een adequate validatie van de NTS, vooral op het gebied van POB.

**Conclusie**

Initieel krijgt bijna de helft (48,1%) van de patiënten die zich telefonisch presenteert met POB-klachten bij de HAP, triagecode U1. Echter, bij een op de drie patiënten is de initiële triagecode U1 afgeschaald, waardoor spoedinzet van ambulances lijkt te zijn voorkomen. Dit impliceert een lagere werkdruk voor de ketenpartners, maar een hogere werkdruk voor de HAP. Er lijkt binnen de NTS dan ook sprake van overtriage voor patiënten met ingangsklacht POB, waardoor de bruikbaarheid en efficiëntie van de NTS voor deze patiëntengroep ter discussie staat. Beïnvloedende factoren voor aanpassing van triagecodes zijn te categoriseren in triagist-specifieke, NTS-specifieke, patiënt-specifieke en organisatorische factoren. Zowel de ervaring van triagisten als de aan- of afwezigheid van een onderbuikgevoel spelen een belangrijke rol in de afweging om triagecodes aan te passen. De standaard lijkt onvoldoende bruikbaar bij vrouwen die zich presenteren met meerdere en/of atypische ingangsklachten. Gestandaardiseerde werkafspraken omtrent aanpassing van triagecodes zijn aan te bevelen om de kwaliteit van zorg te optimaliseren voor patiënten met POB-klachten op de HAP.

**Awards**

De studie ontving enkele awards. ScienceWorks kreeg deze uitgereikt tijdens de Student Research Conference 2018 categorie HBO Biomedical Sciences & Health voor het beste HBO-onderzoek van Nederland en Vlaanderen. De Hogeschool van Arnhem en Nijmegen (HAN) ontving de Joke Mintjes award 2019, voor het beste studentenonderzoek in de Acute Zorg in Nederland. ■