



Deelonderzoek 1:

Ervaren kwaliteit triage MKA in Nederland

*Ellen Keizer*¹
*Yvonne Peters*¹
*Marleen Smits*¹
*Ronald Gijsen*²
*Geert Jan Kommer*²
*Linda Huibers*¹
*Paul Giesen*¹

¹ IQ healthcare, UMC St Radboud

² RIVM

Nijmegen, maart 2013

IQ healthcare
Scientific Institute for Quality of Healthcare

Missie Het Scientific Institute for Quality of Healthcare is een (internationaal) topcentrum voor onderzoek, onderwijs en ondersteuning op het gebied van kwaliteit en innovatie in de gezondheidszorg. Daarmee draagt het bij aan een effectieve, veilige, patiëntgerichte en ethisch verantwoorde patiënten zorg. Het instituut ondersteunt zorgaanbieders, beleidsmakers en patiëntenorganisaties bij het verwezenlijken van een goede patiëntenzorg en bij beleidsbeslissingen op dat gebied. Daartoe onderhoudt het netwerken en is verankerd in zowel de wetenschappelijke wereld als in de praktijk van de gezondheidszorg.

Instituut IQ healthcare is een onafhankelijke, zelfstandige afdeling van het UMC St Radboud. Bij de internationale visitatie in 2005 werd de groep beoordeeld als 'excellent' en 'world-leading' op het terrein van kwaliteit en patiëntveiligheid van de zorg.

In het instituut werken ruim 150 mensen. Het team is ervaren, deskundig en sterk door haar multiprofessionele samenstelling (artsen, verpleegkundigen, paramedici, gezondheidswetenschappers, epidemiologen, sociale wetenschappers, ethici). Jaarlijks worden 8-10 promoties afgerond en publiceren we ongeveer 150 artikelen in internationale wetenschappelijke tijdschriften. Ook worden concrete scholingspakketten en gebruiksinstrumenten ter ondersteuning van diverse organisaties gemaakt. De activiteiten richten zich op artsen, paramedici, verpleegkundigen, managers en andere professionals in de zorg; in de eerste lijn, het ziekenhuis en andere zorginstellingen.

- Thema's**
- Indicatorontwikkeling, transparantie en publieksinformatie
 - Patiëntveiligheid en veiligheidsmanagement
 - Versterken van de rol van patiënten in de zorg
 - Implementatie van richtlijnen en 'best practices', houdbare verbetering
 - Ketenzorg, 'disease management' en geïntegreerde zorg
 - Leefstijl, zelfmanagement en therapietrouw voor patiënten
 - Professionele ontwikkeling van klinische professionals
 - Zorg voor kwetsbare ouderen en palliatieve zorg
 - Ethische en morele aspecten van kwaliteit en veiligheid

Contact IQ healthcare www.iqhealthcare.nl
UMC St Radboud
Huispost 114
Postbus 9101
6500 HB Nijmegen

Telefoon: 024 36 15 305
Fax: 024 35 40 166

Bezoekadres: Geert Grooteplein 21 Nijmegen

Deelonderzoek 1:

Ervaren kwaliteit triage MKA in Nederland

*Ellen Keizer*¹
*Yvonne Peters*¹
*Marleen Smits*¹
*Ronald Gijsen*²
*Geert Jan Kommer*²
*Linda Huibers*¹
*Paul Giesen*¹

¹ *IQ healthcare, UMC St Radboud*

² *RIVM*

Met dank aan

Experts systemen

- Paul Engelen (ProQA)
- Wim ten Wolde (NTS)

Expertpanel vragenlijst

- Pierre van Grunsven (medisch manager)
- Jan de Nooij (medisch manager)
- Rob Lichtveld (medisch manager)
- Peter Aldenhoven (ervaren centralist)
- Claudia Kok (ervaren centralist)
- Michel Wensing (senior onderzoeker)

Leden begeleidingscommissie

- Wouter van de Sande (beleidsmedewerker ministerie van VWS)
- Erwin de Hamer (senior beleidsmedewerker ministerie van V&J)
- Koos Reumer (directeur AZN)
- Ricks Meppelder (voorzitter NVMMA)
- Albert van Eldik (voorzitter V&VN Ambulancezorg)

Inhoudsopgave

Samenvatting	7
1. Inleiding	9
2. Methoden	10
2.1 Design.....	10
2.2 Populatie.....	10
2.3 Vragenlijst	10
2.3.1 Ontwikkeling	10
2.3.2 Variabelen.....	10
2.4 Procedure	10
2.5 Analyse.....	11
3. Resultaten	12
3.1 Respons	12
3.2 Algemeen.....	12
3.3 Definitie triage	13
3.4 Kenmerken triagemethodiek.....	14
3.5 Ervaringen met de triagemethodiek.....	16
3.6 Samenwerking	18
3.7 Ideale triage.....	18
3.8 Afsluiting.....	23
4. Beschouwing en conclusie	24
4.1 Belangrijkste bevindingen	24
4.2 Kanttekeningen en interpretatie.....	24
4.3 Conclusie en aanbevelingen.....	25
Literatuur	26
Bijlage 1. Vragenlijst	27
Bijlage 2. Opmerkingen en aanvullingen definitie triage AZN	32
Bijlage 3. Opmerkingen software, medische inhoud en structuur	34
Bijlage 4. Pluspunten, knelpunten en verbeterpunten	40
Bijlage 5. Opmerkingen samenwerking met andere zorgverleners	44
Bijlage 6. Opmerkingen sturend vs. ondersteunend	47
Bijlage 7. Opmerkingen medische opleiding	53
Bijlage 8. Opmerkingen Ideale triagemethodiek	57
Bijlage 9. Opmerkingen introductie nieuwe triagemethodiek	59
Bijlage 10. Opmerkingen overig	61

Samenvatting

Inleiding

Op het moment is er een discussie gaande over wat de beste triagemethodiek is voor de Meldkamer Ambulancezorg (MKA). De discussie spitst zich toe op het gebruik van twee verschillende systemen, de Nederlandse Triage Standaard (NTS) en het Advanced Medical Priority Dispatch System (AMPDS) met als digitale versie Professional Quality Assurance (ProQA).

Alvorens een voorkeur wordt uitgesproken is het van belang te kijken naar de wetenschappelijke onderbouwing van beide methodieken. Doel van dit deelonderzoek is na te gaan welke knelpunten door professionals worden ervaren met de huidige methodiek en welke eisen gesteld moeten worden aan 'ideale' triage en triagemethodiek. De geconstateerde knelpunten en de gestelde eisen kunnen dan de keuze voor een nieuwe triagemethodiek helpen ondersteunen.

Methoden

Een inventariserend web-based vragenlijstonderzoek is uitgevoerd onder centralisten, hoofden en medisch managers van 23 meldkamers in Nederland. De vragenlijst is ontwikkeld op basis van literatuur, bestaande vragenlijsten en interviews met experts. De vragenlijst is vervolgens beoordeeld door een expertpanel, in meerdere rondes. Om de respons zo hoog mogelijk te maken werden medewerkers van de meldkamers op verschillende manieren uitgenodigd (via email, website en Twitter) om de webenquête in te vullen. De vragenlijst had betrekking op verschillende onderwerpen, te weten de definitie van triage, oordeel over kenmerken van de triagemethodiek (zowel software als inhoud), tevredenheid, samenwerking met andere hulpverleners, ideale triage en de toekomst.

Resultaten

De enquête is ingevuld door 122 centralisten, 17 hoofden van meldkamers, 10 medisch managers en 9 personen in een andere functie. Van alle 23 meldkamers in Nederland kwam een reactie terug waarbij per meldkamer tenminste twee professionals hebben gereageerd. De meeste respondenten (92%, N=144) gebruikten de Landelijke Standaard Meldkamer Ambulancezorg (LSMA) als naslagwerk en een aantal werkten met ProQA (5%, N=8), terwijl de NTS niet gebruikt werd.

Definitie triage

Het merendeel van de respondenten (88%) was het eens met de door Ambulancezorg Nederland (AZN) gehanteerde definitie van triage: "triage is het dynamische proces van urgentie bepalen en het vervolgtraject indiceren".

Kenmerken triagemethodiek

De professionals die met de LSMA werken oordeelden over het algemeen negatief over de **software** (gemiddelde rapportcijfers 4,6 tot 5,7), terwijl ProQA-gebruikers positiever waren (gemiddelde rapportcijfers 7,1 tot 8,0). Over kenmerken die met de **medische inhoud** van de triagemethodiek te maken hebben, werd ook minder positief geoordeeld door LSMA-gebruikers (gemiddelde rapportcijfers 4,5 tot 5,8) dan door ProQA-gebruikers (gemiddelde rapportcijfers 7,8 tot 8,9).

Tevredenheid triagemethodiek

Van de LSMA-gebruikers gaf 44% aan over het algemeen niet tevreden te zijn met de triagemethodiek. Deze onvrede was het grootst onder hoofden (67%) en medisch managers (70%) en had met name betrekking op de snelheid en gebruiksvriendelijkheid van de **software**. Bovendien kan de LSMA niet tegelijkertijd met het Geïntegreerd Meldkamer Systeem (GMS) gebruikt worden, wat als vervelend werd ervaren. Men meldde dat LSMA ook niet bedoeld is om tijdens de triage actief te gebruiken, maar meer een naslagwerk is. Ook werd er vaak gezegd dat de triage te veel afhankelijk is van de kwaliteiten van de centralist. Van de ProQA-gebruikers waren vier personen tevreden (57%) en drie personen gedeeltelijk tevreden (43%).

Samenwerking

Over de samenwerking met politie, brandweer en de spoedeisende hulp (SEH) werd positief geoordeeld door de respondenten die met LSMA werken (7,7). Professionals die met ProQA werken oordeelden nog wat positiever over de samenwerking met politie en brandweer (8,4) dan degene die met het LSMA werken. De samenwerking met huisartsen en huisartsenposten (HAP's) werd iets lager gewaardeerd door zowel LSMA- als ProQA-gebruikers (6,9-7,0).

Ideale triage

Aan de respondenten is gevraagd in hoeverre ze vinden dat een triagemethodiek sturend dan wel ondersteunend moet zijn. De meeste LSMA-centralisten neigden naar een ondersteunende methodiek, terwijl de medisch managers en ProQA-gebruikers naar een sturende methodiek neigden. Een systeem dat de positieve aspecten van een sturende en ondersteunende methodiek verenigt, kreeg ook veel steun. Vijf van de acht ProQA-gebruikers (63%) gaf aan dat de triage door een persoon zonder medische opleiding (na gerichte triage training) zou kunnen worden uitgevoerd, in tegenstelling tot 12% van de LSMA-gebruikers.

Aspecten die de respondenten (zowel LSMA- als ProQA-gebruikers) belangrijk vonden in een triagemethodiek zijn het direct kunnen herkennen van een ABCD instabiele patiënt (97% en 100%), protocollen samengesteld door experts (93% en 100%), mogelijkheid tot het 'overrulen' van de uitkomst van de triagemethodiek naar eigen inzicht (92% en 88%), ondersteuning bij het geven van instructies aan de melder (91% en 100%) en ondersteuning bij het geven van zelfzorgadviezen aan patiënt (90% en 86%). Verder vond het grootste deel van de respondenten multidisciplinaire samenwerking met huisarts, HAP en SEH belangrijk (91% en 75%). Centralisten die de LSMA gebruiken vonden aspecten die betrekking hebben op de standaardisatie van het gesprek minder belangrijk. De medisch managers vonden dit vaak wel belangrijk.

Toekomst

Er kwam duidelijk naar voren dat men open staat voor een nieuwe triagemethodiek, zowel bij LSMA- als ProQA-gebruikers. Wel is er verdeeldheid over welk systeem men denkt te gaan gebruiken.

Conclusie

Uit het inventariserende onderzoek bleek dat het merendeel van de respondenten het LSMA gebruikten en een kleine groep ProQA. Andere triagemethodieken werden niet gebruikt en konden dus niet worden meegenomen in het verdere onderzoek. Medewerkers en managers van de MKA bleken in het algemeen ontevreden te zijn over de kwaliteit van huidige triagemethodiek met de LSMA. Veel genoemde knelpunten hadden te maken met de software en ICT aspecten. Bovendien ervaart men grote kwaliteitsverschillen tussen centralisten, omdat de triage met de LSMA afhankelijk is van de ervaring, vaardigheden en opleiding van de triagist. ProQA-gebruikers lijken tevreden met hun triagesysteem, maar het aantal respondenten was laag (N=8) en de respondenten hebben slechts beperkte ervaring met dit triagesysteem.

De samenwerking met brandweer, politie en SEH wordt door gebruikers van beide systemen als positief ervaren, de samenwerking met huisartsen en HAP's kan beter. De relatie met de triagemethodiek is onduidelijk.

De centralisten geven de voorkeur aan een meer ondersteunende triagemethodiek, terwijl medisch managers en ook de ProQA-gebruikers liever een meer sturende triagemethodiek willen.

Het doel van dit onderzoek was na te gaan wat professionals belangrijk vinden voor een goede triage en of deze voorkeuren mogelijk beter bij één specifieke triagemethodiek passen (m.n. NTS en ProQA). Items die als belangrijk worden ervaren komen in beide systemen aan bod. Items die minder belangrijk worden gevonden door de centralisten, met name over de standaardisatie van het gesprek, zijn kenmerken die meer bij ProQA passen. Medisch managers vinden deze items wel weer belangrijk. Het is moeilijk om aan de hand van de resultaten te concluderen aan welk type triagemethodiek men de voorkeur geeft. Wel is duidelijk dat de meeste centralisten een meer ondersteunend systeem willen, wat beter naar voren komt bij de NTS. De hoofden en in sterkere mate de medisch managers geven juist de voorkeur aan een meer sturend systeem, wat wellicht beter bij ProQA past.

1. Inleiding

In Nederland komen meldingen voor acute hulpverlening binnen bij regionale meldkamers. In de meeste meldkamers zijn centralisten van politie, brandweer en ambulancezorg op één locatie ondergebracht (co-locatie). Spoedmeldingen via het 112-alarmnummer komen binnen op de landelijke meldkamer Korps Landelijke Politiediensten (KLPD) en worden volgens een kort uitraagprotocol ('waar bent u en welke hulpdienst wilt u hebben?') doorgegeven aan een discipline in de regionale meldkamer. In de regionale meldkamer wordt vervolgens de triage uitgevoerd door een centralist van de betreffende discipline. Voor de ambulancezorg zijn de centralisten veelal verpleegkundigen en is een arts op de achtergrond medisch eindverantwoordelijk voor de triage. De triage in de meldkamer ambulancezorg (MKA) is op dit moment veelal gebaseerd op de Landelijke Standaard Meldkamer Ambulancezorg (LSMA), een door Ambulancezorg Nederland (AZN) ontwikkelde standaard. Met triage wordt bedoeld: "het dynamische proces van urgentie bepalen en het vervolgtraject indiceren" (definitie AZN (1))

NTS en ProQA

Op het moment is er een discussie gaande over wat de beste triagemethodiek is voor de MKA. Er zijn twee methodieken die in aanmerking komen voor gebruik op de meldkamer; de Nederlandse Triage Standaard (NTS) en het Advanced Medical Priority Dispatch System (AMPDS). Beiden zijn gericht op het bereiken van optimale veiligheid en tegelijkertijd het vermijden van overbodige zorg, door middel van systematische triage. De NTS is een geprotocolleerde triagemethodiek voor de hele medische spoedketen: de huisartsenpost (HAP), de MKA, de GGZ en de afdeling spoedeisende hulp (SEH) van ziekenhuizen. Het doel van de NTS is te komen tot betere ketensamenwerking, eenduidigheid in taalgebruik en eenduidigheid in triage (2). De digitale versie van het AMPDS heet Professional Quality Assurance (ProQA). ProQA is een beslissingsondersteunend triagesoftwarepakket met versies voor politie, brandweer en ambulancezorg en wordt internationaal al geruime tijd op verschillende meldkamers gebruikt (3). Het doel van deze triagemethodiek is om op een gestructureerde (geprotocolleerde) en met een minimale variatie tussen centralisten triage uit te voeren.

Ambulancezorg staat voor de keuze

In Nederland bestaat enerzijds de wens vanuit onder meer het ministerie van Veiligheid en Justitie (V&J) tot verregaande schaalvergroting van meldkamers, richting één landelijke meldkamer met tien locaties, en multidisciplinaire triage. Hierbij wordt de aanname van meldingen en de triage ervan uitgevoerd door een 'multidisciplinaire' centralist, dat wil zeggen dat deze centralist in staat is inkomende meldingen aan te nemen ten behoeve van alle diensten (politie, ambulance of brandweer) (4). Hierdoor zou een voorkeur kunnen bestaan voor een triagemethodiek als ProQA. Anderzijds is er de afgelopen jaren geïnvesteerd in de ontwikkeling van het NTS, bedoeld als triagemethodiek dat toegepast kan worden in de gehele spoedeisende medische keten: HAP, SEH en MKA. Parallel aan de ontwikkeling van de NTS is er een groei in de samenwerking tussen HAP en SEH (5) en is de ambitie om de samenwerking tussen HAP, SEH en de MKA te intensiveren. Hierdoor is de wens tot een uniforme triagemethodiek in de spoedzorg ("witte kolom") ontstaan. Dit zou tot een voorkeur voor de NTS kunnen leiden. Bovengenoemde ontwikkelingen zorgen voor onduidelijkheid binnen de ambulancesector over de meest geschikte methodiek.

Doel en vraagstelling

Doel van dit deelonderzoek is na te gaan wat de huidige ervaren knelpunten zijn en aan welke eisen een goede triage en triagemethodiek dienen te voldoen. De resultaten kunnen de keuze voor een triagemethodiek helpen ondersteunen. De vraagstelling is drieledig:

- 1) Hoe wordt de kwaliteit van de huidig gebruikte triagemethodiek door professionals ervaren?
- 2) Welke knelpunten ervaart men?
- 3) Welke eisen moeten volgens professionals worden gesteld aan 'ideale' triage en triagemethodiek?

2. Methoden

2.1 Design

Het betreft een vragenlijst onderzoek. Het onderzoek is uitgevoerd door middel van een webenquête onder professionals van de meldkamers.

2.2 Populatie

Het onderzoek is verricht onder centralisten, hoofden en medisch managers van 23 meldkamers (één landelijke en 22 regionale) in Nederland.

2.3 Vragenlijst

2.3.1 Ontwikkeling

De vragenlijst is ontwikkeld op basis van literatuur (6-12) en bestaande vragenlijsten (13-15). Verder is gebruik gemaakt van het programma van eisen dat is opgesteld door de Nederlandse Vereniging van Medisch Managers Ambulancezorg (NVMMA) (16-17). Het programma van eisen is een lijst van minimale eisen waaraan een MKA-triagemethodiek zou moeten voldoen.

Om meer inzicht te krijgen in de 'nieuwe' triagemethodieken, hebben de onderzoekers demonstraties van de NTS en AMPDS (ProQA) bijgewoond. Om een indruk van de gang van zaken en de werkwijze van centralisten bij het triëren te krijgen, is een werkbezoek gebracht aan de MKA in Nijmegen (waar de LSMA gebruikt wordt). Daarnaast zijn interviews gehouden met twee experts op het gebied van NTS en AMPDS (ProQA) (bijlage 1). Tijdens deze interviews is specifiek input gevraagd over de kenmerken van de verschillende methoden. Vervolgens is de conceptvragenlijst voorgelegd aan een expertpanel, dat bestond uit zes personen: drie medisch managers, twee ervaren centralisten en één onderzoeker (bijlage 1). Na het verwerken van het commentaar is de vragenlijst nogmaals ter revisie aan het expertpanel voorgelegd.

2.3.2 Variabelen

De vragenlijst bestond uit de volgende onderdelen (voor de volledige vragenlijst zie bijlage 1):

- *Algemeen* (locatie, functie, ervaring, vooropleiding, geslacht, leeftijd en gebruikte triagemethodiek)
- *Definitie triage*
- *Kenmerken triagemethodiek* (oordeel over verschillende kenmerken van de gebruikte triagemethodiek, o.a. software en inhoud)
- *Tevredenheid* (tevredenheid en ervaren kwaliteit gebruikte triagemethodiek)
- *Samenwerking met andere hulpverleners* (politie, brandweer, SEH, HAP en huisartsen)
- *Ideale triage* (eisen ideale triagemethodiek en toekomstbeeld)

2.4 Procedure

De data zijn verzameld in de periode van begin december 2011 tot eind januari 2012. Geprobeerd is om de centralisten, hoofden MKA en medisch managers van alle meldkamers in Nederland per email een uitnodiging te sturen voor de webenquête. Exacte cijfers zijn helaas niet bekend, maar naar schatting waren er eind 2011 ruim 400 centralisten, 30 hoofden MKA en 20 medisch managers op de Nederlandse meldkamers werkzaam. Er zijn meerdere methoden gebruikt om de professionals te bereiken, omdat vanwege privacyredenen niet alle e-mailadressen van de medewerkers van meldkamers aan de onderzoekers ter beschikking werden gesteld. Bij de mailing hebben we ondersteuning gekregen van de beroepsorganisaties en de brancheorganisatie:

- De centralisten zijn begin december gemaïld door de Vereniging van Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland Ambulancezorg (V&VN Ambulancezorg). Zij ontvingen een uitnodigingsmail met link naar de enquête waar ze zich konden registreren. Na registratie kreeg men een persoonlijke link naar de enquête. Ook heeft de V&VN Ambulancezorg een oproep op hun website en Twitter geplaatst.
- De medisch managers zijn ook begin december benaderd door de Nederlandse Vereniging van Medisch Managers Ambulancezorg (NVMMA). Ook zij kregen een uitnodigingsmail met link naar de enquête.
- De hoofden van de meldkamers konden wel direct via de email benaderd worden, zonder zich eerst te registreren. Deze e-mailadressen waren verkregen via Ambulancezorg Nederland (AZN).

Omdat de respons in eerste instantie tegenviel en ook niet duidelijk was of iedereen (met name de centralisten) bereikt was, heeft AZN een mail gestuurd naar de directies van alle meldkamers met het verzoek de uitnodiging voor de enquête (link) binnen hun organisatie te verspreiden. Vervolgens is door de onderzoekers zelf contact opgenomen met de meldkamers om te informeren of de link ook daadwerkelijk verspreid was. Indien de link was verspreid is door de directies van de meldkamers een reminder naar de medewerkers gestuurd, in de andere gevallen is gevraagd de link alsnog te verspreiden. V&VN Ambulancezorg heeft begin januari een reminder gestuurd naar hun leden en er zijn wederom oproepen op Twitter en de website geplaatst. Ook zijn er door de onderzoekers reminders gestuurd naar de hoofden van meldkamers en de deelnemers die zich wel geregistreerd hadden, maar de enquête nog niet hadden ingevuld. Tenslotte zijn de meldkamers met een lage respons nogmaals benaderd door de onderzoekers met het verzoek de enquête onder de aandacht van de centralisten te brengen.

2.5 Analyse

De analyse bestond uit het maken van frequentieverdelingen en berekenen van gemiddelden en bijbehorende standaardafwijkingen. Het aantal respondenten varieerde per vraag waardoor de totalen niet overal gelijk zijn. Een deel van de resultaten is weergegeven in gemiddelde rapportcijfers (van 1 tot 10) met een standaarddeviatie (maat voor de spreiding van de antwoorden). Daarnaast wordt de mate van belangrijkheid van aspecten van de triagemethodiek weergegeven, waarbij de uitkomsten worden gepresenteerd in afgeronde percentages. De professionals hadden bij elk onderwerp ruimte om opmerkingen te maken. In bijlagen 2 t/m 10 zijn deze volledig weergegeven, in de resultatenparagraaf zijn deze per onderwerp samengevat. Opmerkingen die door ten minste twee personen waren gemaakt zijn in deze samenvatting opgenomen.

Bij het presenteren van de resultaten wordt een uitsplitsing gemaakt in de gebruikte triagemethodiek: respondenten bleken enkel LSMA en ProQA te gebruiken. Bij de resultaten van triagemethodieken met een groot aantal respondenten wordt tevens onderscheid gemaakt tussen centralisten, hoofden van meldkamers (hoofden), medisch managers (MMA) en overigen. Wel dient opgemerkt te worden dat de aantallen in sommige subgroepen zeer laag zijn en men daar voorzichtig moet zijn met het trekken van conclusies.

Voor het verwerken van de gegevens is gebruik gemaakt van SPSS 18.0.

3. Resultaten

3.1 Respons

In totaal hadden 158 respondenten de enquête ingevuld. Hiervan was 77% werkzaam als centralist, 11% als hoofd meldkamer, 6% als medisch manager en 6% in een overige functie (tabel 1).

Tabel 1. Verdeling naar functie

	% (N)
Centralist	77 (122)
Hoofd Meldkamer	11 (17)
Medisch Manager	6 (10)
Overig*	6 (9)
Totaal	100 (158)

* Overig: Beleidsmedewerker, consultant, directeur RAV, manager RAV, operationeel leidinggevende

3.2 Algemeen

Van de respondenten die de vragenlijst hebben ingevuld was 50% man en 50% vrouw (tabel 2). Van de centralisten was het grootste deel vrouw; van de hoofden, medisch managers en overigen was de meerderheid man. De gemiddelde leeftijd van de respondenten was 46,3 jaar. Gemiddeld waren de respondenten 8,9 jaar werkzaam in de huidige functie op de meldkamer. De medisch managers werkten gemiddeld het langst in de huidige functie (10,8 jaar) en de hoofden van de meldkamers het kortst (3,7 jaar). De respondenten werkten gemiddeld 27,8 uur per week, variërend van 32,9 uur (hoofden) tot 5,1 uur (medisch managers). Van de centralisten heeft een groot deel de opleiding SOSA centralist gevolgd (79%). De hoofden hebben vaker de opleiding SOSA ambulanceverpleegkundige gedaan (53%). De medisch managers hadden allemaal geneeskunde als vooropleiding (100%).

Tabel 2. Algemene gegevens

	Centralisten (N=122)	Hoofden (N=17)	MMA (N=10)	Overig (N=8)	Totaal (N=158)
Geslacht					
• Man (%)	41	77	90	86	50
• Vrouw (%)	59	24	10	14	50
Leeftijd (gemiddelde)	45,8	45,6	51,7	50,4	46,3
Aantal jaren werkzaam in huidige functie (gemiddelde)	9,6	3,7	10,8	6,6	8,9
Aantal uren werkzaam (gemiddelde)	29,2	32,9	5,1	20,0	27,8
Opleiding*					
• MBO-V (%)	44	12	0	0	35
• HBO-V (%)	30	53	0	33	30
• SOSA centralist (%)	79	35	0	44	67
• SOSA ambulanceverpleegkundige (%)	25	53	0	56	28
• Geneeskunde (%)	0	0	100	0	6
• Anders (%)**	4	18	0	0	5

* Meerdere antwoorden waren mogelijk

** Centralisten: SOSA ambulancechauffeur, Telefonische DABC, ProQA, IC opleiding. Hoofden MKA: management opleiding, onderwijskunde

Meldkamer

In tabel 3 is de verdeling van respondenten per meldkamer te zien. Van alle meldkamers hebben tenminste twee professionals gereageerd. Een aantal meldkamers was sterk vertegenwoordigd (Oost Nederland, Utrecht, Noord Nederland, Brabant Noord en Rotterdam Rijnmond).

Tabel 3. Verdeling naar meldkamers

	N		N
Landelijke Meldkamer Ambulance Zorg	5	Limburg Zuid	3
Amsterdam-Amstelland	6	Midden en West Brabant	3
Brabant Noord	11	Noord-Holland Noord	3
Brabant Zuid-Oost	4	Noord-Nederland	13
Flevoland	7	Oost Nederland	22
Gelderland Midden	3	Rotterdam Rijnmond	10
Gelderland Zuid	8	Twente	5
Gooi en Vechtstreek	6	Utrecht	13
Haaglanden	8	Zaanstreek-Waterland	3
Hollands Midden	5	Zeeland	7
Kennemerland	4	Zuid Holland Zuid	4
Limburg Noord	2	Geen Antwoord	3

Gebruikte triagemethodiek

De LSMA was bij de meeste meldkamers de gebruikte triagemethodiek; 92% van de respondenten gebruikte de LSMA als naslagwerk (tabel 4). Daarnaast werkte 5% met ProQA. Dit waren 4 centralisten, 2 hoofden en 2 personen in een overige functie. Er waren nog geen meldkamers die ten tijde van het onderzoek met de NTS werkten. Een aantal respondenten (3%) gaf aan met geen enkele methodiek te werken. Deze zijn in de hierna volgende resultaten niet meegenomen.

Tabel 4. Gebruikte triagemethodiek

	% (N)
Landelijke Standaard Meldkamer Ambulancezorg (LSMA) als naslagwerk	92 (144)
Nederlandse Triage Standaard (NTS)	0 (0)
Advanced Medical Priority Dispatch System (AMPDS/ProQA)	5 (8)
Geen	3 (4)

3.3 Definitie triage

De respondenten is de volgende definitie van triage voorgelegd: *“Triage is het dynamische proces van urgentie bepalen en het vervolgtraject indiceren”*. Deze definitie wordt gehanteerd door AZN (1). Gevraagd is of de respondenten het eens waren met deze definitie. Zowel de meerderheid van LSMA- als ProQA gebruikers (resp. 89% en 88%) was het eens met deze stelling (tabel 5).

Tabel 5. Definitie triage in %

	LSMA				LSMA	ProQA
	Centralisten (N=114)	Hoofden (N=15)	MMA (N=10)	Overig (N=5)	Totaal (N=144)	Totaal (N=8)
Ja	90	93	80	60	89	88
Nee	8	7	20	40	10	13
Weet niet	2	0	0	0	1	0

De respondenten die het niet eens waren met deze stelling of het niet wisten, konden aangeven wat volgens hen dan wel een goede definitie van triage was. De definities die zij gaven waren zeer verschillend. Een aantal centralisten vond dat “het geven van instructies aan de melder” aan de definitie moet worden toegevoegd. Twee medisch managers vonden dat de triage alleen de urgentiebepaling bevat.

3.4 Kenmerken triagemethodiek

De professionals hebben over verschillende kenmerken van de door hen gebruikte triagemethodiek een oordeel gegeven. Deze kenmerken betreffen software, medische inhoud en structuur. De respondenten konden hierover een oordeel geven door middel van een rapportcijfer tussen 1 en 10 (1=uitermate slecht, 10=uitstekend)

Software

In tabel 6 is het oordeel weergegeven van de respondenten over de software die gebruikt wordt ter ondersteuning van de triage op de MKA. Over het algemeen werd er door de respondenten die met de LSMA werken, negatief geoordeeld over de gebruikte software; de gemiddelde rapportcijfers varieerden tussen de 4,6 en 5,7. Het meest negatief werd geoordeeld over de snelheid (4,6) en gebruiksvriendelijkheid (4,7) van de software. De medisch managers oordeelden het minst positief over de software. De respondenten die ProQA gebruiken oordeelden positiever; de cijfers varieerden tussen de 7,1 (technische betrouwbaarheid) en 8,0 (snelheid).

Tabel 6. Oordeel over de software die gebruikt wordt ter ondersteuning van de triage in gemiddelde rapportcijfers* (SD)**

	LSMA				LSMA	ProQA
	Centralisten (N=113)	Hoofden (N=14)	MMA (N=10)	Overig (N=5)	Totaal (N=142)	Totaal (N=8)
Technische betrouwbaarheid	5,6 (2,0)	6,3 (2,3)	5,2 (2,7)	6,6 (1,9)	5,7 (2,1)	7,1 (3,0)
Vormgeving	5,4 (2,0)	5,9 (2,2)	5,1 (2,6)	6,0 (0,7)	5,5 (2,0)	7,4 (2,6)
Overzichtelijkheid	5,5 (2,0)	4,7 (1,6)	3,7 (2,5)	5,2 (1,1)	5,3 (2,0)	7,4 (2,9)
Eenvoud	5,4 (1,9)	4,6 (1,8)	3,7 (2,4)	4,6 (1,1)	5,1 (2,0)	7,8 (2,8)
Gebruiksvriendelijkheid	4,9 (2,1)	4,3 (1,8)	3,5 (2,2)	4,4 (1,5)	4,7 (2,1)	7,8 (2,8)
Snelheid	4,8 (2,0)	4,2 (2,2)	3,4 (2,2)	4,2 (2,2)	4,6 (2,0)	8,0 (3,3)

* [1=uitermate slecht, 10=uitstekend]

** Standaarddeviatie, geeft de spreiding van de antwoorden aan

De respondenten konden een toelichting geven op hun antwoorden over de software. Deze zijn in bijlage 3 te lezen. Veel geuite opmerkingen waren dat de LSMA alleen als naslagwerk te gebruiken is en niet is gekoppeld aan het Geïntegreerd Meldkamer Systeem (GMS), wat als groot nadeel wordt ervaren door veel centralisten en respondenten in de andere functies. Verder gaven centralisten aan dat het systeem niet gebruikersvriendelijk is, traag, verouderd, omslachtig (teveel handelingen zijn nodig), onoverzichtelijk, niet up-to-date (licentie verloopt regelmatig) en niet altijd beschikbaar. Men gaf aan dat dit het hulpverleningsproces kan vertragen.

Medische inhoud

De respondenten die de LSMA gebruiken oordeelden vrij negatief over de medische inhoud van de triagemethodiek en gaven rapportcijfers tussen de 4,5 en 5,8 (tabel 7). De respondenten waren het meest tevreden over het direct kunnen herkennen van een ABCD instabiele patiënt (5,8). Het minst tevreden was men over de ondersteuning bij het correct registreren van patiëntinformatie (4,5). Ook hier oordeelden de medisch managers het minst positief over de verschillende aspecten.

De respondenten die ProQA gebruiken oordeelden positiever over de medische inhoud. De rapportcijfers varieerden tussen de 7,8 en 8,9. Het direct kunnen herkennen van een ABCD instabiele patiënt en ondersteuning bij het geven van melderinstructie werden het hoogst gewaardeerd.

Tabel 7. Oordeel over de medische inhoud van de triagemethodiek op de MKA in gemiddelde rapportcijfers* (SD)**

	LSMA				LSMA	ProQA
	Centralisten (N=107)	Hoofden (N=14)	MMA (N=10)	Overig (N=5)	Totaal (N=136)	Totaal (N=8)
Het direct kunnen herkennen van een ABCD instabiele patiënt	5,9 (2,4)	6,1 (2,3)	3,9 (2,8)	7,2 (0,4)	5,8 (2,5)	8,9 (1,6)
Ondersteuning bij het geven van melderinstructie	5,7 (2,2)	5,4 (2,2)	4,8 (2,4)	6,2 (2,6)	5,6 (2,2)	8,9 (1,5)
Ondersteuning in correcte inschatting van de urgentie	5,5 (2,2)	5,8 (2,4)	4,2 (2,5)	6,5 (1,0)	5,5 (2,2)	8,0 (2,9)
Ondersteuning bij het geven van zelfzorgadviezen	5,2 (2,0)	5,1 (2,1)	4,2 (2,1)	5,8 (1,9)	5,2 (2,0)	8,1 (2,1)
Ondersteuning bij het bepalen van de juiste hulpverlener	5,2 (2,2)	5,4 (2,1)	4,1 (2,8)	6,6 (0,6)	5,2 (2,2)	7,9 (2,8)
Ondersteuning bij het correct registreren van patiëntinformatie	4,6 (2,3)	4,5 (1,9)	2,8 (2,3)	5,4 (1,9)	4,5 (2,3)	7,8 (3,2)

* [1=uitermate slecht, 10=uitstekend]

** Standaarddeviatie, geeft de spreiding van de antwoorden aan

In bijlage 3 zijn de opmerkingen van de respondenten te lezen met betrekking tot de medische inhoud. Professionals in alle functies die LSMA gebruiken, gaven ook hier aan dat de LSMA als naslagwerk wordt gebruikt, om achteraf na te kijken of de melding goed is ingeschat. Men schrijft dat de methodiek tijdens de melding weinig ondersteuning biedt, mede doordat het niet geïntegreerd is in het GMS. Beslissingen worden genomen aan de hand van verworven kennis, opleiding, ervaring en uitvraag door middel van het de ABCD methodiek. Omdat LSMA tijdens een melding niet bruikbaar is, ondersteunt het een melderinstructie niet en is het niet mogelijk patiëntinformatie te registreren.

Structuur

Voor "mogelijkheid tot het 'overrulen' van de uitkomst van de triagemethodiek naar eigen inzicht (andere urgentie of hulpverleningsinzet)" verschilden de gemiddelde rapportcijfers van LSMA-gebruikers en ProQA gebruikers weinig (resp 7,2 en 6,9). Wat betreft "vrijheid in het bepalen van de inhoud van de vragen aan de patiënt" gaf de ProQA groep een lager gemiddeld rapportcijfer dan de LSMA groep (resp 3,8 en 6,7). Dit geldt ook voor "vrijheid in volgorde van het stellen van de vragen aan de patiënt" (4,0 ProQA en 6,6 LSMA) (tabel 8). Centralisten gaven gemiddeld hogere cijfers dan de andere respondenten.

Bij deze cijfers dient opgemerkt te worden dat de respondenten de vragen zouden hebben kunnen opgevat als vragen naar de ervaren mate van vrijheid binnen de structuur van het systeem. In dat geval dienen de cijfers niet zozeer gezien te worden als een oordeel of waardering over deze gegeven vrijheid. Met andere woorden: een laag cijfer geeft dan aan dat er weinig vrijheid is en niet per se dat men deze vrijheid té gering vindt.

Tabel 8. Oordeel over de structuur van de triagemethodiek op de MKA in gemiddelde rapportcijfers* (SD)**

	LSMA				LSMA	ProQA
	Centralisten (N=106)	Hoofden (N=15)	MMA (N=9)	Overig (N=5)	Totaal (N=135)	Totaal (N=8)
Mogelijkheid tot het 'overrulen' van de uitkomst van de triagemethodiek naar eigen inzicht (andere urgentie of hulpverleningsinzet)	7,4 (2,1)	6,7 (2,4)	4,7 (3,4)	6,8 (2,3)	7,2 (2,3)	6,9 (3,5)
Vrijheid in het bepalen van de inhoud van de vragen aan de patiënt	7,0 (2,1)	6,1 (2,7)	4,6 (3,3)	5,8 (2,4)	6,7 (2,3)	3,8 (3,9)
Vrijheid in volgorde van het stellen van de vragen aan de patiënt	6,9 (2,2)	6,1 (2,7)	4,6 (3,3)	6,6 (2,6)	6,6 (2,4)	4,0 (3,9)

* [1=uitermate slecht, 10=uitstekend]

** Standaarddeviatie, geeft de spreiding van de antwoorden aan

Uit de aanvullende opmerkingen van de centralisten die LSMA gebruiken, blijkt dat centralisten een hoge mate van autonomie ervaren (bijlage 3). De ABCD methodiek (door de centralisten vaak DABC methodiek genoemd) zorgt voor enige structuur, maar daarnaast is er veel vrijheid voor de centralist. Een aantal centralisten geeft aan dat een strakkere structuur met betrekking tot het uitvragen gewenst zou zijn, omdat dit de eigen interpretatie van de centralisten kan verkleinen (minder centralist-afhankelijk handelen). Dit zou de patiëntenzorg ten goede komen. Andere centralisten pleiten juist voor eigen professionele vrijheid. De centralist krijgt een grote diversiteit aan meldingen, melders en diversiteit in context; daarbij is een kundig en ervaren verpleegkundige met veel vrijheid juist goed in staat de urgentie te bepalen. De meeste hoofden en medisch managers vinden teveel vrijheid voor de centralist onwenselijk, omdat er dan te grote variatie in de geboden zorg kan ontstaan. De respondenten die ProQA gebruiken benadrukken dat er bij deze methodiek vrijwel geen vrijheid is en dat de menselijke (risico)factor zo veel mogelijk is beperkt.

3.5 Ervaringen met de triagemethodiek

Tevredenheid gebruikte triagemethodiek

De meeste respondenten die LSMA gebruiken waren niet (44%) of gedeeltelijk (34%) tevreden over de gebruikte triagemethodiek op de MKA (tabel 9). Vooral de hoofden en de medisch managers gaven vaak aan ontevreden te zijn (resp. 67% en 70%). ProQA-gebruikers gaven aan tevreden (%) of gedeeltelijk tevreden (43%) te zijn over de gebruikte triagemethodiek.

Tabel 9. Tevreden over de gebruikte triagemethodiek in %

	LSMA				LSMA	ProQA
	Centralisten (N=114)	Hoofden (N=15)	MMA (N=10)	Overig (N=5)	Totaal (N=144)	Totaal (N=7)
Ja	24	7	10	0	20	57
Gedeeltelijk	35	27	20	60	34	43
Nee	40	67	70	40	44	0
Weet niet	2	0	0	0	1	0

Oordeel kwaliteit

De respondenten die met LSMA werken gaven een gemiddeld rapportcijfer van een 5,8 voor de kwaliteit van de gebruikte triagemethodiek op de MKA (tabel 10). De medisch managers gaven het laagste rapportcijfer, namelijk een 4,6. Respondenten die ProQA gebruiken gaven een gemiddeld rapportcijfer van een 8,1.

Tabel 10. Oordeel over de kwaliteit van de triagemethodiek op de MKA in gemiddeld cijfer* (SD)**

	LSMA				LSMA	ProQA
	Centralisten (N=108)	Hoofden (N=14)	MMA (N=10)	Overig (N=5)	Totaal (N=137)	Totaal (N=8)
Oordeel kwaliteit	5,9 (2,0)	5,4 (2,0)	4,6 (2,7)	6,4 (0,9)	5,8 (2,1)	8,1 (2,9)

* [1=uitermate slecht, 10=uitstekend]

** Standaarddeviatie, geeft de spreiding van de antwoorden aan

Pluspunten gebruikte triagemethodiek

De respondenten hebben de gelegenheid gekregen om drie ervaren pluspunten wat betreft de gebruikte triagemethodiek op de MKA te geven (bijlage 4). Pluspunten die vaak genoemd werden door LSMA-gebruikers, hebben veelal betrekking op de mogelijkheid tot eigen inbreng. Ze vinden het prettig dat ze hun eigen kennis en competenties kunnen inzetten tijdens het gesprek. Ook was een grote groep centralisten positief over de werking van de LSMA als naslagwerk. Verder werd genoemd dat de LSMA gericht is op ABCD. Veel respondenten die ProQA gebruiken zagen de gedegen meldersinstructie als pluspunt van de methodiek.

Knelpunten gebruikte triagemethodiek

Naast de pluspunten konden de professionals ook ervaren knelpunten noemen (bijlage 4). Knelpunten die werden genoemd door LSMA-gebruikers gingen veelal over de gebruikersonvriendelijkheid van het systeem. Ook hier werd regelmatig genoemd dat het systeem traag en verouderd is en dat de LSMA niet te gebruiken is binnen het GMS. Verder was er een groep centralisten die vond dat de huidige methodiek teveel vrijheid geeft. De uitkomst is te veel afhankelijk van de eigen interpretatie van de centralist, waardoor er weinig uniformiteit is tussen de centralisten.

Knelpunten die door ProQA-gebruikers werden genoemd hadden vooral betrekking op het gebrek aan vrijheid. Het letterlijk oplezen van vragen en instructies en het gebrek aan vrijheid bij het bepalen van de volgorde van de vragen, werden een aantal keren genoemd als knelpunt. Ook het gebrek aan ruimte voor ervaring en kennis van de centralist werd regelmatig genoemd.

Verbeterpunten gebruikte triagemethodiek

Punten ter verbetering die centralisten die LSMA gebruiken noemden, hadden vaak betrekking op de koppeling van LSMA aan het GMS of de software (bijlage 4). Daarnaast zagen de centralisten meer uniformiteit en eenduidige uitkomsten tussen de centralisten als verbeterpunt. Verder vonden de centralisten dat de ABCD beter uitgevraagd kan worden, dat er meer achtergrond/ medische informatie tijdens de triage beschikbaar moet zijn en dat er meer scholing, trainingen en communicatietrainingen moeten plaatsvinden. De andere LSMA-gebruikers kwamen met veelal dezelfde verbeterpunten. De hoofden noemden daarnaast ketenafstemming als verbeterpunt en de medisch managers kwaliteitscontrole. De verbeterpunten die genoemd werden door ProQA-gebruikers waren divers.

3.6 Samenwerking

Over het algemeen werd er positief geoordeeld over de samenwerking met andere hulpverleners. De cijfers varieerden tussen de 6,9 en 7,7 voor LSMA-gebruikers en 6,9 en 8,4 voor ProQA-gebruikers (tabel 11). De respondenten waren met name tevreden over de samenwerking met de politie (LSMA: 7,7, ProQA: 8,4), brandweer (LSMA: 7,7, ProQA: 8,4) en de SEH (LSMA: 7,7, ProQA: 8,0). De respondenten die met ProQA werken oordeelden nog iets positiever over de samenwerking met politie en brandweer. Over de huisartsen en HAP werd iets minder positief geoordeeld, zowel door LSMA- als ProQA-gebruikers.

Tabel 11. Oordeel over de samenwerking met andere hulpverleners in gemiddeld cijfer* (SD)**

	LSMA				LSMA	ProQA
	Centralisten (N=114)	Hoofden (N=15)	MMA (N=10)	Overig (N=5)	Totaal (N=144)	Totaal (N=8)
Politie	7,7 (1,3)	7,7 (1,0)	7,4 (1,6)	8,0 (0,7)	7,7 (1,3)	8,4 (0,8)
Brandweer	7,7 (1,1)	7,7 (1,0)	7,7 (1,3)	7,6 (1,1)	7,7 (1,1)	8,4 (0,7)
Spoedeisende hulp (SEH)	7,7 (0,8)	7,7 (1,0)	7,8 (1,3)	7,6 (0,5)	7,7 (0,9)	8,0 (0,8)
Huisartsen	6,9 (1,1)	6,7 (1,6)	6,7 (1,4)	7,0 (0,7)	6,9 (1,1)	7,0 (1,6)
Huisartsenpost (HAP)	6,8 (1,2)	7,5 (0,7)	7,5 (1,2)	7,6 (0,5)	6,9 (1,2)	6,9 (2,1)

* [1=uitermate slecht, 10=uitstekend]

** Standaarddeviatie, geeft de spreiding van de antwoorden aan

In de toelichting werden vooral positieve opmerkingen gemaakt over de samenwerking met politie en brandweer (bijlage 5). Men was vooral positief over de gemeenschappelijke meldkamers die ervoor zorgen dat er korte communicatielijnen zijn, bekendheid met elkaar en behulpzaamheid naar elkaar. Wel waren er enkele negatieve opmerkingen over de politie, die soms de MKA passeert bij het inzetten van een ambulance. Op de samenwerking met huisartsen en HAP's was veel kritiek. Het ging dan over problemen met de communicatie, terugkoppeling, verschillen in protocollen/systemen, onvoldoende inzicht in elkaars werkveld en verschil van mening over benodigde inzet of overdracht van patiënten. Ook werd genoemd dat in sommige gevallen de meldkamers worden ingezet voor zorgvragen van overbelaste HAP's, huisartsen of SEH's. Daarbij stuit de dwingendheid en onvoldoende argumentatie van sommige huisartsen de centralisten soms tegen de borst. De centralisten ervoeren ook dat de samenwerking afhangt van bepaalde individuele zorgverleners en gemaakte afspraken.

3.7 Ideale triage

Sturend vs. Ondersteunend

Aan de respondenten is gevraagd in hoeverre ze vinden dat een triagemethodiek sturend (0) dan wel ondersteunend (10) moet zijn. Te zien is dat centralisten die LSMA gebruiken een grotere voorkeur hadden voor een meer ondersteunende triagemethodiek (7,6) (tabel 12). De medisch managers bleken een duidelijke voorkeur te hebben voor een sturende triagemethodiek (1,6). Respondenten die ProQA gebruiken hadden ook een duidelijke voorkeur voor een meer sturende triagemethodiek (2,0).

Tabel 12. Sturend vs. Ondersteunend op een schaal van 0 tot 10* (SD)**

	LSMA				LSMA	ProQA
	Centralisten (N= 71)	Hoofden (N=4)	MMA (N=5)	Overig (N=3)	Totaal (N=83)	Totaal (N=5)
Sturend vs. Ondersteunend**	7,6 (2,3)	5,8 (4,2)	1,6 (2,3)	5,3 (2,3)	7,1 (2,8)	2,0 (4,5)

* Sturend= 0: triage uitgevoerd aan de hand van protocollen die strikt opgevolgd dienen te worden. Ondersteunend= 10: triage uitgevoerd aan de hand van protocollen die niet strikt opgevolgd dienen te worden.

** Standaarddeviatie, geeft de spreiding van de antwoorden aan

Uit tabel 12 blijkt dat er grote verschillen waren in voorkeuren tussen functies. De toelichting die respondenten gaven bij dit onderwerp, verheldert die verschillen (bijlage 6). Veel LSMA-gebruikers (met name centralisten) vonden dat de (vak)kennis, ervaring, opleiding en professionaliteit van de centralist belangrijk is bij het triageproces. Puur volgens een protocol werken kan ten koste gaan van de menselijke interactie, signalering van context (achtergrondgeluiden, intonatie en emotie) en het onderbuikgevoel van de centralist. Veel respondenten benadrukten dat niet iedere beller hetzelfde is, iedere melding is uniek. Daarnaast denkt men dat een centralist alerter is als deze zelf moet nadenken dan dat alles wordt “voorgezegd”; de mogelijkheid tot gebruik van het “gezonde verstand” is belangrijk. Ook moet tijdens een melding rekening worden gehouden met de beschikbare ambulances en personeel, waardoor afwijking van een protocol soms noodzakelijk is. Sommige respondenten maken onderscheid tussen de “grijze centralist” die het “strak” werken misschien meer nodig heeft, en de verpleegkundig centralist, die meer tussen de regels door kan lezen en keuzes kan maken op basis van vakkennis.

Een ander deel van de LSMA-gebruikers vond dat de afhandeling van de melding niet centralistafhankelijk (maar uniform) moet zijn en dat er misschien meer methodisch gewerkt moet worden waardoor alle melders dezelfde zorg ontvangen. Sommige respondenten verwachtten dat er tijdswinst te behalen valt met een sturende methodiek. Daarnaast was men van mening dat er minder fouten zullen worden gemaakt en zal er meer een juridisch vangnet voor de centralisten ontstaan.

Ten slotte verkoos een deel van de respondenten een combinatie van een ondersteunende en sturende methodiek, waarbij sturend wordt gestart (werkend volgens een protocol) en men, indien nodig, beargumenteerd af kan wijken (ondersteunend).

ProQA-centralisten vonden het belangrijk dat er ook ruimte is voor eigen kennis en ervaring. De andere ProQA-professionals wezen er op dat een sturende methodiek het meest veilig is, voor zowel de patiënt als de centralist.

Medische opleiding

Aan de respondenten is gevraagd of ze denken dat een persoon zonder medische opleiding, na gerichte triage training, een goede triage kan uitvoeren. Meer dan de helft (53%) van de respondenten die met de LSMA werken, dacht dat dit zelden of nooit mogelijk is (tabel 13). Centralisten dachten vaker dat het zelden of nooit (61%) mogelijk is in vergelijking met de andere respondenten. Bijna tweederde (63%) van de respondenten die ProQA gebruiken, dacht dat dit altijd of meestal mogelijk is.

Tabel 13. Mogelijkheid uitvoeren triage door persoon zonder medische opleiding, na gerichte triage training in %

	LSMA				LSMA	ProQA
	Centralisten (N=114)	Hoofden (N=15)	MMA (N=10)	Overig (N=5)	Totaal (N=144)	Totaal (N=8)
Altijd/meestal	9	20	30	20	12	63
Soms	31	53	50	40	35	25
Zelden/nooit	61	27	20	40	53	13

De toelichting die de respondenten gaven bij dit onderwerp staan in bijlage 7. De argumenten van de centralisten, hoofden, medisch managers en overige functies kwamen vrijwel overeen. Sommige respondenten die LSMA gebruiken, vonden dat een centralist zonder medische opleiding (na gerichte triage training) een goede triage kan uitvoeren, omdat deze onbevooroordeeld naar de feiten kan kijken. Sommige respondenten gaven aan zelf ervaring met niet-verpleegkundigen te hebben (maar wel een SOSA-opleiding) die triëren, en die lijken prima te functioneren. Anderen vinden dat het bij de “gemakkelijke” meldingen eventueel wel mogelijk is, maar bij de “moeilijkere” is er wel medische kennis en achtergrond nodig. Ook wordt vermeld dat adequaat functioneren van een centralist zonder medische opleiding afhankelijk is van de kwaliteiten en interesses van die persoon. Hoofden en medisch managers stellen dat triage door personen zonder medische opleiding alleen mogelijk is bij zeer strakke protocollering en in aanwezigheid van een back-office met een verpleegkundige. Een groot deel van de centralisten was echter van mening dat een persoon zonder medische opleiding geen goede triage kan uitvoeren, omdat deze het “onderbuikgevoel” van een verpleegkundig centralist mist en niet tussen de regels door kan luisteren. Iedere melder is uniek en presenteert zich op een andere manier. Daarnaast vonden de centralisten dat de triage een geleerd “trucje” zal zijn (zonder inzicht in gevolgen of consequenties van het handelen) en dat het protocol leidend wordt en niet de patiënt. Ook werd er vaak genoemd dat deze persoon niet weet waar hij/zij het over heeft en bepaalde medische terminologie niet zal herkennen. Bovendien zullen er problemen zijn met het interpreteren van gegevens. Tenslotte zei men dat dit met de huidige capaciteit van ambulances niet haalbaar is.

Kenmerken ideale triagemethodiek

In de vragenlijst was aan de respondenten gevraagd waaraan volgens hen een ideale triagemethodiek moet voldoen. Er waren een aantal items voorgelegd die men kon beoordelen in termen van belangrijkheid (zeer belangrijk tot zeer onbelangrijk). In tabel 14 worden de resultaten weergegeven in percentage belangrijk (“zeer belangrijk” en “belangrijk” samengenomen).

Aspecten die de respondenten (zowel LSMA- als ProQA-gebruikers) belangrijk vonden in een triagemethodiek zijn het direct kunnen herkennen van een ABCD instabiele patiënt (97% en 100%), protocollen samengesteld door experts (93% en 100%), mogelijkheid tot het “overrulen” van de uitkomst van de triagemethodiek naar eigen inzicht (92% en 88%), ondersteuning bij het geven van instructies aan de melder (91% en 100%) en ondersteuning bij het geven van zelfzorgadviezen aan patiënt (90% en 86%). Het grootste deel van de respondenten vond multidisciplinaire samenwerking met huisarts, HAP en SEH ook belangrijk (90% en 75%). Aspecten die LSMA-gebruikers minder belangrijk vonden zijn zelfzorgadvies dat de centralist kan voorlezen (38%), één triagetaal in de keten met brandweer en politie ten behoeve van uniforme communicatie (42%), het monitoren van afgehandelde meldingen waardoor vergelijking tussen centralisten en meldkamers mogelijk is (45%), meldinstructie die de centralist kan voorlezen (47%) en standaardisatie van de volgorde van de vragen (49%). Opvallend is dat deze items door ProQA-gebruikers veel belangrijker werden gevonden (75-100%). Een ander groot verschil tussen LSMA- en ProQA-gebruikers had betrekking op ruimte voor de patiënt om zijn/haar eigen verhaal te vertellen bij aanvang van het gesprek. Personen die met LSMA werken vonden dit belangrijker dan mensen die met ProQA werken (69% versus 25%).

Ook tussen de functiegroepen waren er verschillen over wat men belangrijk vindt in een ideale triagemethodiek. Zo vond driekwart van de centralisten het belangrijk dat de patiënten bij aanvang van het gesprek ruimte krijgt om het eigen verhaal te vertellen, terwijl slechts 20% van de medisch managers dit belangrijk vond. Verder hadden veel verschillen te maken met de standaardisatie van het gesprek. Iets minder dan de helft (46%) van de centralisten vond het belangrijk dat de inhoud van de vragen gestandaardiseerd is, terwijl alle medisch managers (100%) dit belangrijk vinden. Ditzelfde gold voor de standaardisatie van de volgorde van de vragen (41% versus 100%) en zelfzorgadvies die de centralist kan voorlezen (33% versus 80%). Ten slotte vonden centralisten het ook minder belangrijk dat afgehandelde meldingen worden gemonitord waardoor vergelijking tussen centralisten en meldkamers mogelijk is (37% centralisten; 89% medisch managers).

Tabel 14. Aspecten van een ideale triagemethodiek in % belangrijk

	LSMA				LSMA	ProQA
	Centralisten (N=114)	Hoofden (N=15)	MMA (N=10)	Overig (N=5)	Totaal (N=144)	Totaal (N=8)
Het direct kunnen herkennen van een ABCD instabiele patiënt	96	93	100	100	97	100
Protocollen samengesteld door experts (medisch managers, centralisten, medisch specialisten etc.)	91	100	100	100	93	100
Mogelijkheid tot het 'overrulen' van de uitkomst van de triagemethodiek naar eigen inzicht (andere urgentie, indicatie of hulpverleningsinzet)	96	79	90	75	92	88
Ondersteuning bij het geven van instructies aan de melder	91	100	80	80	91	100
Ondersteuning bij het geven van zelfzorgadviezen aan patiënt	90	100	80	80	90	86
Multidisciplinaire samenwerking met huisarts, HAP en SEH	88	100	100	100	90	75
Eén triagetaal in de keten met huisarts, huisartsenpost en spoedeisende hulp ten behoeve van uniforme communicatie	81	93	80	100	83	63
Het analyseren van afgehandelde meldingen waarbij feedback wordt gegeven	67	100	100	100	74	88
Bij aanvang van het gesprek krijgt de patiënt ruimte om eigen verhaal te vertellen	75	53	20	60	69	25
Ondersteuning bij het correct registreren van patiëntinformatie	63	93	100	40	68	100
Protocollen gebaseerd op wetenschappelijk onderzoek	59	87	100	100	66	88
Ondersteuning bij een eenduidige urgentiebepaling (verschillende patiënten met dezelfde klacht krijgen dezelfde urgentiebepaling)	58	87	90	100	65	86
Multidisciplinaire samenwerking met brandweer en politie	62	60	80	80	64	88
Ondersteuning bij een eenduidige hulpverlenerinzet (verschillende patiënten met dezelfde klacht krijgen dezelfde hulpverlenerinzet)	57	80	80	100	63	86
Standaardisatie van de inhoud van de vragen (d.w.z. volgens vaste structuur)	46	73	100	80	54	75
<i>ProQA</i>						
Standaardisatie van de volgorde van de vragen (d.w.z. volgens vaste structuur)	41	67	100	80	49	75
Meldersinstructie die de centralist kan voorlezen	42	60	80	60	47	100
Het monitoren van afgehandelde meldingen waardoor vergelijking tussen centralisten en meldkamers mogelijk is	37	67	89	80	45	75

Tabel 14. Aspecten van een ideale triagemethodiek in % belangrijk (vervolg)

	LSMA				LSMA	ProQA
	Centralisten (N=114)	Hoofden (N=15)	MMA (N=10)	Overig (N=5)	Totaal (N=144)	Totaal (N=8)
Eén triagetaal in de keten met brandweer en politie ten behoeve van uniforme communicatie	42	47	40	40	42	75
Zelfzorgadvies dat de centralist kan voorlezen	33	53	80	40	38	75

Centralisten die met LSMA werken merkten op dat er grote verschillen zijn tussen de melders (bijlage 8). Ze gaven aan dat twee patiënten met gelijke klachten een totaal ander ziektebeeld kunnen hebben en het is dus belangrijk om ruimte te houden voor de kennis en ervaring van de centralisten. Men moet goed door blijven vragen om een compleet beeld te krijgen. Ook hier werd genoemd dat een ideale triage alleen mogelijk is als er een koppeling is met het GMS en het systeem goed werkt. Verder vonden de centralisten het belangrijk dat er een goede samenwerking is binnen de zorgketen en zagen ze minder het nut in van dezelfde taal gebruiken als de brandweer en politie. Tenslotte noemde een aantal centralisten dat voor een ideale triage het ook noodzakelijk is dat burgers goed geïnstrueerd zijn over wat er gebeurt als ze 112 bellen.

Introductie nieuwe triagemethodiek

Over het algemeen gaven de respondenten die LSMA gebruiken aan open te staan voor de introductie van een nieuwe triagemethodiek (80%) (tabel 15). Vooral de hoofden van de meldkamers (100%) en de medisch managers (100%) stonden zeer positief tegenover een nieuwe triagemethodiek. Ook het merendeel van de respondenten (88%) die ProQA gebruiken als triagemethodiek, stond open voor de introductie van een nieuwe triagemethodiek.

Tabel 15. Open staan voor introductie van nieuwe triagemethodiek in %

	LSMA				LSMA	ProQA
	Centralisten (N=112)	Hoofden (N=15)	MMA (N=10)	Overig (N=5)	Totaal (N=142)	Totaal (N=8)
Ja	75	100	100	80	80	88
Nee	8	0	0	20	6	13
Weet niet	17	0	0	0	14	0

LSMA-gebruikers plaatsten een aantal kanttekeningen bij de introductie van een nieuwe triagemethodiek (bijlage 9). Een nieuwe methodiek moet een verbetering zijn t.o.v. de huidige situatie. Daarbij is het belangrijk dat de kwaliteit van zorg bevordert. Veel centralisten vonden het belangrijk dat men de eigen professionaliteit kan en mag uitoefenen in een methodiek. Ook vond men het belangrijk dat het systeem gebruiksvriendelijk is. Verder noemde een aantal centralisten dat ze het belangrijk vinden dat de methodiek gedragen wordt door de eigen beroepsgroep.

Toekomst

Aan de hoofden, medisch managers en respondenten die een overige functie hadden ingevuld, is gevraagd welke triagemethodiek ze van plan zijn in de toekomst te gaan gebruiken. Per regio is gekeken wat er geantwoord werd (tabel 16). In 37% van de regio's was er een plan met het AMPDS/ProQA te gaan werken en in 32% met NTS. Een aantal regio's gaf aan nog geen keuze te hebben gemaakt of nog in oriëntatie te zijn (26%). Er was één regio (5%) die aangaf graag met een andere methodiek te werken: "een nog beter systeem dan ProQA".

Tabel 16. Toekomstige triagemethodiek in %*

	% (N)
Advanced Medical Priority Dispatch System (AMPDS/ProQA)	37 (7)
Nederlandse Triage Standaard (NTS)	32 (6)
Landelijke Standaard Meldkamer Ambulancezorg (LSMA)	0 (0)
Weet nog niet	26 (5)
Anders	5 (1)

*4 regio's hebben deze vraag niet beantwoord.

3.8 Afsluiting

Ter afsluiting konden de respondenten nog algemene opmerkingen plaatsen (bijlage 10). Opmerkingen die zijn geplaatst hadden betrekking op het beschermen van het centralistenvak, het belang van het invoeren van een eenduidige methodiek in Nederland, het belang van het behoud van meldkamers met een beperkte omvang (bevordert communicatie), de rol van steeds weer nieuwe ontwikkelingen die onrust veroorzaken, de focus die niet alleen op triage dient te zijn maar ook op uitgifte en de opvoeding van de melder.

4. Beschouwing en conclusie

4.1 Belangrijkste bevindingen

Momenteel wordt de LSMA het meest gebruikt op MKA's. De professionals zijn over het algemeen ontevreden over de kwaliteit van de LSMA als triagemethodiek, met name wat betreft de software. Een knelpunt dat vaak genoemd wordt is dat het systeem niet gekoppeld is aan het GMS, wat het werken met de LSMA als gespreksondersteuning belemmert. Daarnaast vindt men de software verouderd, traag en gebruikersonvriendelijk. Bovendien is men van oordeel dat de LSMA de kwaliteitsverschillen tussen centralisten niet ondervangt. De professionals die met ProQA werken zijn meer tevreden met de methodiek, maar het aantal respondenten (N=8) en de ervaring met deze methodiek is zeer beperkt.

De centralisten geven de voorkeur aan een meer ondersteunende methodiek, terwijl de medisch managers meer neigen naar een sturende methodiek. Veel centralisten denken dat een sturende methodiek de triage niet altijd ten goede zal komen, omdat ervaring, signalering van context (achtergrondgeluiden, intonatie en emotie) en 'onderbuikgevoelens' van de centralisten dan onvoldoende meetellen. Een systeem dat de positieve aspecten van een sturende en ondersteunende methodiek verenigt, krijgt ook veel steun. De helft van de medisch managers denkt dat de triage soms ook door een persoon zonder medische opleiding kan worden uitgevoerd en 30% denk dat dat meestal of altijd kan. De meeste centralisten denken daarentegen dat dit niet mogelijk is.

Aspecten die de professionals belangrijk vinden voor een ideale triage, zoals het direct kunnen herkennen van een ABCD instabiele patiënt, ondersteuning bij het geven van instructies aan de melder of zelfzorgadviezen aan de patiënt en de mogelijkheid tot het 'overrulen' van de uitkomst van de triagemethodiek, zijn aspecten die zowel bij ProQA als NTS passen. Ook werd multidisciplinaire samenwerking met huisarts, HAP en SEH door de meeste respondenten belangrijk gevonden en deze samenwerking is een van de kernwaarden van de NTS. ProQA biedt de mogelijkheid een specifieke softwareapplicatie in te bouwen voor directe communicatie met andere zorgverleners. De standaardisatie van het gesprek werd door een groot deel van de centralisten niet als belangrijk beschouwd. De medisch managers vonden dit kenmerk (meer kenmerkend voor ProQA) daarentegen wel belangrijk.

4.2 Kanttekeningen en interpretatie

Alle meldkamers waren met ten minste twee respondenten vertegenwoordigd in de enquête. De respons onder medisch managers en hoofden van de meldkamers leek voldoende (meer dan de helft). Ongeveer een derde van alle centralisten heeft gereageerd maar het is onduidelijk of zij een representatieve vertegenwoordiging van de hele beroepsgroep vormen. Exacte responscijfers kunnen niet berekend worden omdat niet precies duidelijk is wie van de centralisten de uitnodiging voor de enquête heeft ontvangen.

Enkel ervaringen met ProQA en LSMA konden worden meegenomen in dit inventariserende onderzoek. Omdat ProQA nog weinig wordt gebruikt en NTS nog niet is gestart hebben we de ervaringen met deze systemen niet tegen elkaar kunnen afzetten. Er was wel een vergelijking tussen ervaringen met ProQA en LSMA mogelijk, maar het is van belang deze resultaten met voorzichtigheid te interpreteren gezien het lage aantal ProQA respondenten en omdat de methodieken van LSMA en ProQA functioneel erg verschillend zijn.

Het gaat in dit onderzoek om voorkeuren van de professionals. Bij beschouwing van enkel de kwantitatieve informatie (tabellen) is niet duidelijk of de respondenten bij het beantwoorden van de vragen hun eigen belang (de manier van werken) voorop hebben gezet of het belang van de patiënt (de kwaliteit van de zorg). Uit hun kwalitatieve opmerkingen daarentegen blijkt wel degelijk dat veel centralisten denken aan de gevolgen van een triagemethodiek voor de kwaliteit van zorg; het beperken van variatie tussen centralisten en het vergroten van de patiëntveiligheid. Tenslotte moet

worden opgemerkt dat dit onderzoek is verricht binnen de huidige beroepsgroep van centralisten, waarvan het overgrote deel een medische opleiding heeft genoten. De meningen van mogelijke toekomstige centralisten met een ander profiel en opleiding zijn niet in dit onderzoek vertegenwoordigd.

4.3 Conclusie en aanbevelingen

Een doel van dit onderzoek was om na te gaan aan welke kenmerken volgens professionals 'ideale' triage en triagemethodiek zouden moeten voldoen. Aangezien sommige kenmerken beter bij de NTS passen en andere bij ProQA, kan zo een indruk gekregen worden van de voorkeur voor één van beide methodieken. Met de interpretatie van deze voorkeuren dient echter voorzichtig te worden omgegaan. Het bleek dat veel centralisten het belangrijk vinden dat de triage gedaan wordt door kundige en ervaren triagisten. Ze vinden het dan ook niet belangrijk dat de volgorde en inhoud van de vragen tijdens de triage vastliggen (sturende methodiek). Op basis van dit kenmerk lijkt het dat de voorkeuren van de meeste centralisten beter bij de NTS passen. De medisch managers daarentegen geven de voorkeur aan een meer sturende methodiek en vinden de items die gaan over de standaardisatie van het gesprek ook belangrijk. Deze kenmerken lijken meer terug te komen bij ProQA. De argumenten die ze gaven hadden te maken met veiligheid en uniformiteit in het triëren door de centralisten. Een combinatie van een sturend en ondersteunend systeem krijgt ook vaak de voorkeur. De kenmerken van een ideale triagemethodiek die het belangrijkste worden gevonden door de respondenten, passen zowel bij NTS als ProQA, en zijn dus niet onderscheidend. In theorie zouden beide systemen op termijn elkaars sterke elementen mee kunnen nemen en daardoor naar elkaar toe kunnen groeien.

De invoering van een nieuw triagemethodiek brengt een grote verandering voor centralisten met zich mee. Het is van belang om al voor de invoering van de methodiek de beroepsgroep centralisten te betrekken en hen goed voor te lichten, zodat zij meer open staan voor de nieuwe methodiek en dat de methodiek gedragen wordt door de beroepsgroep (18). Dit principe geldt voor zowel NTS als ProQA, aangezien de centralisten vanuit een 'vrije' triage naar computerondersteunend werken gaan. De overgang naar een sturend triagesysteem is voor centralisten echter nog een extra stap.

Een belangrijke voorwaarde voor het invoeren van een nieuw systeem is de bruikbaarheid en technisch werkzaamheid van het systeem. Uit ervaringen binnen een pilotonderzoek met de NTS op huisartsenposten en SEH (19) is gebleken dat wanneer er teveel problemen zijn met het systeem, centralisten het systeem niet gebruiken en de triage op de oude manier blijven uitvoeren als deze mogelijkheid bestaat. Voor invoering van een nieuw systeem is het van belang dat alle randvoorwaarden geregeld zijn. Naast de technische voorwaarden dient er ook voldoende aandacht te zijn voor training en ondersteuning op de werkvloer. Wanneer een start is gemaakt met het systeem is het belangrijk dat het systeem geëvalueerd wordt en zo nodig aangepast. Hierbij spelen de ervaringen van centralisten een grote rol.

Dit deelonderzoek geeft een eerste impressie met ervaringen en meningen van professionals uit de Nederlandse ambulancezorg. Meer vervolgonderzoek is nodig om definitieve conclusies te trekken en aanbevelingen te doen. Hiervoor wordt momenteel onderzoek gedaan naar triage en organisatie van de ambulancezorg in andere westerse landen. Verder wordt in 2013 onderzoek verwacht waarbij ProQA en NTS met elkaar worden vergeleken.

Literatuur

1. AZN. Uniform begrippenkader Ambulancezorg, 2009.
2. Huibers L, Sloot S, Giesen P, Van Veen M, van Ierland Y, Moll H. Wetenschappelijk onderzoek Nederlands Triage Systeem. Nijmegen: IQ healthcare, 2009
3. Engelen, P. PowerPoint Presentatie Advanced Medical Priority Dispatch System. 2012
4. Brief van minister van veiligheid en Justitie (I.W. Opstelten) aan de voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal. Betreft Meldkamer van de toekomst, 20 februari 2012.
5. Giesen P, Vermue N, Huibers L, Van Vugt C. HAP en SEH zoeken elkaar op. Huisartsen hameren op duidelijke afspraken. Med Contact 2007;62(25):1092-1093.
6. Duin v, T., Jerak-Zuiderent S, Bal R. Lang niet elke 112-melding vereist een spoedrit. Medisch Contact. 2009;64(16):705-707.
7. Jochems PJJ. Geen tijd voor spraakverwarring. Doelmatige triage in de acute zorg vereist eenduidigheid. Medisch Contact. 2006;61(16):650-652.
8. Nooij d, J. Nieuwe werkwijze telefonische triage. Wat betekent dit voor de zorgverlening? Vakblad V&VN Ambulancezorg. 2011(2):22-26.
9. Nooij d, J. Telefonische triage in de ambulancezorg; richtlijn versus Standard Operating Protocol (SOP). Vakblad V&VN Ambulancezorg. 2009(4):12-14.
10. Gras T. Haastige spoed, niet altijd goed. Vakblad V&VN Ambulancezorg. 2010(1):8-11.
11. Nooij d, J. Telefonische triage en acute ambulancezorg. Vakblad V&VN Ambulancezorg. 2010(3):24-26.
12. Ambulancezorg Nederland. Nota Verantwoorde Ambulancezorg. Zwolle: Ambulancezorg Nederland, NVMMA, V&VN. 2009.
13. Huibers AMJ, Sloot S, Giesen PHJ, van Veen M, van Ierland Y, Moll HA. Wetenschappelijk onderzoek. Nederlands Triage Systeem: IQ healthcare, UMC St. Radboud Nijmegen en Erasmus MC - Sophia Kinderziekenhuis Rotterdam; 2009.
14. Schrijvers AJP, Meiss-De Haas CL, Donders R. Trapezewerkers en hun vangst. Een onderzoek naar de arbeidssatisfactie van centralisten ambulancezorg. Utrecht Universitair Medisch Centrum Utrecht en Julius Centrum voor Gezondheidswetenschappen; 2002.
15. Huibers AMJ, Keizer E, Giesen PHJ. Testen HAAKplus: Nederlands Kennisnetwerk Huisartsenposten en Spoedzorg. Afd. IQ healthcare. UMC St Radboud. Nijmegen. 2011
16. NVMMA. Plan van Eisen MKA-triagesysteem, 2010.
17. NVMMA. Verenigingsstandpunt NVMMA 25 mei 2010: eisen te stellen aan het triagesysteem MKA, 2010.
18. Huibers L. Out of hours primary care and the quality of telephone triage. Proefschrift. Nijmegen: IQ healthcare, 2012
19. Huibers L, Sloot S, Giesen P, Van Veen M, van Ierland Y, Moll H. Wetenschappelijk onderzoek Nederlands Triage Systeem. Nijmegen: IQ healthcare, 2009

Bijlage 1. Vragenlijst

Algemeen

- 1) Op welke MKA bent u werkzaam?
.....
- 2) Welke omschrijving benadert uw huidige functie op de MKA het meest?
 - Centralist
 - Hoofd meldkamer
 - Medisch manager
 - Anders, namelijk
- 3) Hoeveel jaar bent u werkzaam in uw huidige functie?
.... *Jaar*
- 4) Hoeveel uren per week bent u gemiddeld werkzaam in uw functie op de MKA?
.... *Dagen*
- 5) Welke opleiding heeft u afgerond voor uw functie op de MKA? *Meerdere antwoorden zijn mogelijk.*
 - MBO-V, Verpleegkundige
 - HBO-V, Verpleegkundige
 - SOSA centralist
 - SOSA ambulanceverpleegkundige
 - Geneeskunde
 - Anders, namelijk
- 6) Wat is uw geslacht?
 - Man
 - Vrouw
- 7) Wat is uw leeftijd?
.... *jaar*
- 8) Welke triagemethodiek wordt er in de praktijk gebruikt op uw MKA? (*kies één antwoord*)
 - Landelijke Standaard Meldkamer Ambulancezorg (LSMA) als naslagwerk
 - Nederlandse Triage Standaard (NTS)
 - Advanced Medical Priority Dispatch System (AMPDS) / ProQA
 - Anders, namelijk

Triage

De Ambulancezorg Nederland (AZN) hanteert de volgende definitie van triage:

“Triage is het dynamische proces van urgentie bepalen en het vervolgtraject indiceren.”

- 9) Bent u het eens met deze definitie van triage?
 - Ja
 - Nee
 - Weet niet
- 10) Vul hier uw opmerkingen of eventuele aanvullingen in:
.....

Kenmerken triagemethodiek

In dit onderdeel wordt uw mening gevraagd over de triagemethodiek die op uw MKA gebruikt wordt. Bij elk onderwerp kunt u een oordeel geven middels een rapportcijfer.

Algemene kenmerken systeem

11) Hoe oordeelt u over de software dat gebruikt wordt ter ondersteuning van de triage op uw MKA? Geef een rapportcijfer voor de volgende kenmerken [1= zeer slecht; 10=uitstekend].

Kenmerken van het systeem	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Weet niet
Overzichtelijkheid											
Gebruiksvriendelijkheid											
Eenvoud											
Snelheid											
Technische betrouwbaarheid											
Vormgeving											

12) Opmerkingen software:

.....

Medisch inhoud triagemethodiek

13) Hoe oordeelt u over de medische inhoud van de triagemethodiek op uw MKA? Geef een rapportcijfer voor de volgende kenmerken [1= zeer slecht; 10=uitstekend].

Kenmerken huidige triagemethodiek	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Weet niet
Het direct kunnen herkennen van een ABCD instabiele patiënt											
Ondersteuning in correcte inschatting van de urgentie											
Ondersteuning bij het bepalen van de juiste hulpverlener											
Ondersteuning bij het geven van melderinstructie											
Ondersteuning bij het geven van zelfzorgadviezen											
Ondersteuning bij het correct registreren van patiëntinformatie											

14) Opmerkingen medische inhoud:

.....

Structuur triagemethodiek

15) Hoe oordeelt u over de structuur van de triagemethodiek op uw MKA? Geef een rapportcijfer voor de volgende kenmerken [1= zeer slecht; 10=uitstekend].

Kenmerken huidige triagemethodiek	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Weet niet
Vrijheid in volgorde van het stellen van de vragen aan de patiënt											
Vrijheid in het bepalen van de inhoud van de vragen aan de patiënt											
Mogelijkheid tot het 'overrulen' van de uitkomst van de triagemethodiek naar eigen inzicht (andere urgentie of											

hulpverleningsinzet)													
----------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

16) Opmerkingen structuur:

.....

Ervaringen MKA

17) Bent u in het algemeen tevreden over de gebruikte triagemethodiek (LSMA, NTS, AMPDS/ProQA) op uw MKA?

- Ja
- Nee
- Gedeeltelijk
- Weet niet

18) Hoe oordeelt u over de kwaliteit van de gebruikte triagemethodiek op uw MKA? *Geef een rapportcijfer [1= zeer slecht; 10=uitstekend].*

- | | | | |
|----------------------------|----------------------------|----------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 7 | <input type="checkbox"/> 10 |
| <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 8 | <input type="checkbox"/> Weet niet |
| <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 6 | <input type="checkbox"/> 9 | |

19) Welke pluspunten ervaart u wat betreft de gebruikte triagemethodiek op uw MKA? *Kunt u 3 pluspunten noemen?*

1.....
 2.....
 3.....

20) Welke knelpunten ervaart u wat betreft de gebruikte triagemethodiek op uw MKA? *Kunt u 3 knelpunten noemen?*

1.....
 2.....
 3.....

21) Welke punten kunt u aandragen ter verbetering van de gebruikte triagemethodiek op uw MKA? *Kunt u 3 verbeterpunten noemen?*

1.....
 2.....
 3.....

Samenwerking

22) Hoe oordeelt u over de samenwerking met andere hulpverleners? *Geef een rapportcijfer voor de volgende kenmerken [1= zeer slecht; 10=uitstekend].*

Zorgverleners	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Weet niet
Politie											
Brandweer											
Spoed eisende hulp (SEH)											
Huisartsenpost (HAP)											
Huisartsen											

23) Opmerkingen samenwerking:

.....

Optimale triage

24) In hoeverre vindt u dat een triagemethodiek sturend dan wel ondersteunend moet zijn? *Zet de cursor op de positie die het meest overeenkomt met uw mening.*

Sturend ? { _____ x _____ } Ondersteunend ?

? *Sturend*= triage uitgevoerd aan de hand van protocollen die strikt opgevolgd dienen te worden.

? *Ondersteunend*= triage uitgevoerd aan de hand van protocollen die niet strikt opgevolgd dienen te worden.

25) Kunt u een toelichting geven op het gekozen antwoord?

.....

26) Denkt u dat een persoon zonder medische opleiding, na gerichte triage training, een goede triage kan uitvoeren?

- Altijd
- Meestal
- Soms
- Zelden
- Nooit

27) Kunt u een toelichting geven op het gekozen antwoord?

.....

28) Waar moet volgens u een ideale triagemethodiek aan voldoen? *Geef een oordeel in mate van belangrijkheid.*

Kenmerk	Ze er belan grij k	Onbel angrij k	Neut raal	Belan grij k	Ze er belan grij k	Weet niet
Protocollen samengesteld door experts (medisch managers, centralisten, medisch specialisten etc.)						
Protocollen gebaseerd op wetenschappelijk onderzoek						
Het direct kunnen herkennen van een ABCD instabiele patiënt						
Bij aanvang van het gesprek krijgt de patiënt ruimte om eigen verhaal te vertellen						
Standaardisatie van de inhoud van de vragen (d.w.z. volgens vaste structuur)						
Standaardisatie van de volgorde van de vragen (d.w.z. volgens vaste structuur)						
Mogelijkheid tot het 'overrulen' van de uitkomst van de triagemethodiek naar eigen inzicht (andere urgentie, indicatie of hulpverleningsinzet)						
Ondersteuning bij een eenduidige urgentiebepaling (verschillende patiënten met dezelfde klacht krijgen dezelfde urgentiebepaling)						
Ondersteuning bij een eenduidige hulpverlenerinzet (verschillende patiënten met dezelfde klacht krijgen dezelfde hulpverlenerinzet)						
Ondersteuning bij het geven van instructies aan de melder						
Ondersteuning bij het geven van zelfzorgadvies aan patiënt						
Meldinstructie die de centralist kan voorlezen						
Zelfzorgadvies die de centralist kan						

voorlezen						
Ondersteuning bij het correct registreren van patiëntinformatie						
Het analyseren van afgehandelde meldingen waarbij feedback wordt gegeven						
Het monitoren van afgehandelde meldingen waardoor vergelijking tussen centralisten en meldkamers mogelijk is						
Eén triagetaal in de keten (met brandweer en politie) ten behoeve van uniforme communicatie						
Eén triagetaal in de keten (met huisarts, huisartsenpost en spoedeisende hulp) ten behoeve van uniforme communicatie						
Multidisciplinaire samenwerking (met brandweer en politie)						
Multi disciplinaire samenwerking (met huisarts, huisartsenpost en spoedeisende hulp)						

29) Kunt u nog andere kenmerken noemen waar een ideale triagemethodiek volgens u aan moet voldoen?

.....

30) Staat u open voor een introductie van een nieuwe triagemethodiek op uw MKA in de toekomst?

- Ja
- Nee
- Weet niet

31) Welke triagemethodiek bent u van plan in de toekomst te gaan gebruiken op uw MKA?

- Landelijke Standaard Meldkamer Ambulancezorg (LSMA) als naslagwerk
- Nederlandse Triage Standaard (NTS)
- Advanced Medical Priority Dispatch System (AMPDS) / ProQA
- Anders, namelijk

Afsluiting

32) Indien u nog opmerkingen heeft over de vragenlijst of in het algemeen, dan kunt u deze in onderstaande box noteren.

.....

Hartelijk dank voor uw medewerking!

Bijlage 2. Opmerkingen en aanvullingen definitie triage AZN

C=Centralist, H=Hoofd MKA, M=Medisch Manager, O=Overig. Wanneer een opmerking vaker dan één keer genoemd is het aantal tussen haakjes vermeld.

Oneens met de definitie of weet niet (LSMA):

- *Triage is ook het zo concreet en helder mogelijk krijgen van de klachten en zorgvraag. (C)*
- *Ik zou eerder zeggen het bepalen van de zorg die geboden moet worden en aansluitend de urgentie bepalen. (C)*
- *Er is ook nog een stuk instructie (zelfhulp) en evalueren van het proces. (C)*
- *Triage is inderdaad een dynamisch proces. het vervolg traject indiceren tot op zekere hoogte.*
- *Triage is bepalen welke zorg passend is voor de zorgvraag, waarbij de beperkte beschikbaarheid van middelen zo adequaat mogelijk moeten worden ingezet. (C)*
- *Wij doen een triage naar aanleiding van gegevens die we krijgen van de melder (de ambulance moet blanco naar een melding gaan) en de ambulance gaat het vervolg traject uitstippelen. (C)*
- *Ik mis hierin de toevoeging dat triage een middel is voor het adequaat en effectief inzetten van de juiste hulpverlening. (C)*
- *Aanvullend met: overzicht behouden, instructie geven en informatievoorzienig. (C)*
- *Het gaat niet primair om urgentie bepalen maar via DABC/uitvragen de ernst van de situatie in te schatten om zo snel mogelijk een eerste knipmoment te maken. Het 1e knipmoment behelst welke eenheid en onder welke urgentie. Het 2e knipmoment kan een herziening van het 1e knipmoment opleveren n.a.v. verder uitvragen en melderinstructie te geven. (O)*
- *Deze definitie wijkt sterk af van wat in de medische literatuur gebruikelijk is, daar gaat het om rangschikken op ernst, waarna pas de overige processen volgen, maar niet binnen deze definitie vallen. (M)*
- *“Triage is het dynamische proces van urgentie bepalen, punt. “Het vervolgtraject indiceren” is een ander, apart traject. Uiteraard is alles met alles verbonden, maar een goede triage doet alleen het eerste. (M)*

Eens met de definitie (LSMA):

- *En bepalen van de juiste zorgverlener. (C)*
- *En anticiperen op de omstandigheden en veranderingen om het incident heen. (C)*
- *Eerst vervolgtraject (wel/geen ambulance inzet) en dan urgentie. (C)*
- *En het vervolg naar de melder, instructies geven, gerust stellen, adviseren, etc. Kortom trieren heeft veel meer om het lijf dan alleen de urgentie te bepalen. (C)*
- *Dynamisch omdat de urgentie kan veranderen en iedere casus anders is, vervolgtraject komt voort uit urgentie. (C)*
- *Voor mij is het wel belangrijk dat ik mijn verpleegkundige kennis toe kan passen bij het aannemen en uitvragen van een 112-melding. (C)*
- *Triage vindt plaats d.m.v. het uitvragen van eerst de DABC, daarbij is de ervaring en kennis van de centralist erg belangrijk. Ook is de paraatheid van het gebied hierbij van belang. (C)*
- *ABC gevraagd om de urgentie te bepalen, eventueel knipmoment gegeven en melderinstructie gegeven. (C)*
- *Urgentie kan niet eerder worden bepaald dan dat de DABC bekend zijn. (C)*
- *De dynamiek zit hem in het bepalen van het toestandsbeeld. Hierbij is van invloed: hoe druk is het op het moment, hoe is de paraatheid op dat moment en ook hoe de melder is (paniek, boos, emotioneel enz.). Het toestandsbeeld bepalen wij door uit te vragen volgens de DABC en daarna verder goed uit te vragen, waarbij verpleegkundige achtergrond en goede gesprekstechnieken erg van belang zijn. (C)*

- *Triage door toestandsbeeld vast te stellen door het stellen van vragen door eerst de DABC-methodiek te hanteren en daarna verder uit te vragen. Ervaring en kennis zijn hierbij van belang evenals het goed kunnen hanteren van gesprekstechnieken en om kunnen gaan met emoties. (C)*
- *Ervaring en kennis vanuit de praktijk (ziekenhuiservaring) i.v.m. inschatten ziektebeeld is noodzakelijk voor goede inschatting en triage. (C)*
- *Het kiezen van de juiste hulpverlener na een professioneel uitgevoerde triage is belangrijk voor het opstarten van een goede hulpverlening. (C)*
- *Triage heeft te maken met urgentie bepaling maar ook met het aansturen van ambulances. Een reanimatie heeft een andere A1 urgentie dan een CVA die voor trombolysie in aanmerking komt. (C)*
- *Triage: bepalen hoe snel welke hulp op een bepaalde plaats moet zijn. (C)*
- *Hier komt nog bij dat de verpleegkundig centralist trieert, ook als er geen ambu geïndiceerd is. (C)*
- *Hierbij dient de inter-individuele variatie zo klein mogelijk te zijn met behoud van medisch inhoudelijke (verpleegkundige) expertise. (M)*

ProQA

- *Ondanks de dynamiek met de melders moet het triage proces wel gestructureerd plaatsvinden. (H)*
- *Het zou geen dynamisch maar een gestructureerd proces moeten zijn. (O)*

Bijlage 3. Opmerkingen software, medische inhoud en structuur

C=Centralist, H=Hoofd MKA, M=Medisch Manager, O=Overig. Wanneer een opmerking vaker dan één keer genoemd is het aantal tussen haakjes vermeld.

Software

LSMA als naslagwerk; niet bruikbaar tijdens de melding (LSMA):

- *LSMA is alleen als naslag te gebruiken en niet tijdens de triage zelf. (H) (4)*
- *LSMA is alleen maar te gebruiken als naslagwerk, niet tijdens melding. Daar is het veel te gebruiksonvriendelijk voor en te traag. (C) (2)*
- *Het is wel goed als lesmateriaal of als naslagwerk. (C)*
- *De LSMA geeft weinig ondersteuning in de melding. De LSMA zie ik meer als naslagwerk om mijn werk te perfectioneren. Door de LSMA goed bij te houden heb je meer handvatten in volgende meldingen. (C)*
- *De LSMA zie ik niet als triage middel, maar als achtergrond informatie om achteraf nog even na te kunnen kijken. (C)*
- *De LSMA zie ik niet als triage software, maar als naslagwerk. Ondersteuning van de triage heb ik vooral van mijn opleiding (HBO-V). (C)*
- *LSMA is echt een naslagwerk. In de acute triage heb je er weinig aan. En er zit soms geen logica in. Je kunt eindeloos aan het zoeken zijn. (C)*
- *LSMA is een fijn programma, alleen is het jammer dat dit enkel ter naslag gebruikt kan worden en niet bij een melding. Het programma is niet heel snel te gebruiken waardoor het ook niet handig is tijdens een melding. Sommige instructies zijn moeilijk te vinden. (C)*
- *LSMA wordt gebruikt als naslagwerk en vereist een zekere parate kennis van de inhoud. (C)*
- *Wat ik mis in de LSMA is snelheid en overzichtelijkheid om het tegelijkertijd met de triage te kunnen gebruiken. Het is bedoeld als naslagwerk, terwijl ik van mening ben dat het zo aangepast zou moeten worden dat het ter ondersteuning bij de triage kan dienen. (C)*
- *De LSMA gebruiken we alleen als naslagwerk, verder is er geen software, maar alleen het meldkamersysteem, GMS. Met het raamwerk van de AZN als leidraad. (C)*
- *Werkt niet in de praktijk, het is inderdaad een naslagwerk, niet om acuut melderinstructies te kunnen geven. En voor triage gebruik ik het überhaupt niet, triage voer ik uit volgens de DABC-methodiek. (C)*
- *Binnen 2 minuten een melding triëren en ook nog de LSMA gebruiken. Ik kan het niet. (C)*
- *LSMA is niet altijd beschikbaar en kan i.v.m. snelheid alleen als naslag en/of opleidingstool gebruikt kunnen worden. (C)*
- *Ik gebruik het überhaupt niet, triage voer ik uit volgens de DABC-methodiek. (C)*
- *Niet toepasbaar in de praktijk, LSMA is niet leidend maar meer een naslagwerk. (H)*
- *De LSMA wordt meer gebruikt als naslagwerk en niet als direct ondersteuningsinstrument. (M)*
- *LSMA1 software wordt niet gebruikt als triage instrument, is tijdens het afhandelen van een melding geen tijd voor. (M)*
- *LSMA levert feitelijk geen meerwaarde op de MKA tijdens de triage. NTS ik ook slechts ondersteunend. AMPDS doet dat wel goed. (M)*
- *Geen koppeling met GMS, hierdoor niet snel direct toepasbaar in de praktijk. (C)*
- *Zou geïntegreerd moeten worden in GMS of NMS zodat je bij aanname in 1 scherm kunt blijven werken en toch ook nog de relatie met de ketenpartners kunt bewaken en onderhouden (politie, brandweer) huisartsenverwijzing. (C)*
- *Wij gebruiken alleen de LSMA, het is een gemis dat dit naslag niet aan GMS gekoppeld is. (C)*
- *Grootste nadeel van LSMA is het feit dat het niet in GMS is geïntegreerd. (H)*

- *Ik pleit voor een triagemethodiek welke geïntegreerd is in de huidige systemen/GMS. Het moet direct ingevuld/gebruikt kunnen worden. Dit om vertraging zo veel mogelijk te verminderen. Naluisteren van gesprekken wijst al uit dat de centralist snel wordt afgeleid doordat hij/zij tijdens het gesprek informatie moet verwerken en handelingen moet verrichten. Niet wenselijk daarom. De centralist moet zich zo veel mogelijk kunnen concentreren op de triage en zo min mogelijk afgeleid. Dit bevordert snelle en accurate triage en daarmee hulpverlening aan de melder. (O)*

Gebruikersonvriendelijk (LSMA):

- *Ik kan veel dingen niet terug vinden. (C)*
- *Ik vind het niet geheel gebruiksvriendelijk. (C)*
- *Niet meer up to date. (C)*
- *GMS is verouderd en voldoet niet meer aan deze tijd. (C)*
- *LSMA is niet op iedere meldtafel geïmplementeerd en bovendien verouderd, en daardoor onbruikbaar. (C)*
- *Het is ontzettend traag, mede door trage verbinding. Licentie verloopt regelmatig en wordt niet op tijd geüpdate. het is niet geïntegreerd in bv GMS waardoor je veel tussen schermen heen en weer moet switchen. (C)*
- *Niet geheel zelf in te delen en fouten zijn niet makkelijk te veranderen (erg omslachtig). (C)*
- *Te veel handelingen nodig om ergens te komen, te omslachtig, Vaak kan je niet in LSMA komen. (C)*
- *Ik vind de snelheid en gebruiksvriendelijkheid niet handig omdat het een systeem is waarin je achteraf pas kunt kijken of je goed gehandeld hebt. (C)*
- *Onduidelijk, steeds veelvuldig aan aanpassingen onderhevig. niet gebruikers vriendelijk. (C)*
- *Op zich een redelijk goed product, betrouwbaarheid systeem is slecht i.v.m. uitvallen. (C)*
- *Upgrades niet gemakkelijke beschikbaar. Melderinstructie niet separaat benaderbaar en niet met slimme hyperlinks 'gelaagd' gemaakt en niet visueel genoeg. (C)*
- *Eigenlijk gebruik ik het zelf zelden. Lastig openen en ben gelijk mijn rittenscherm kwijt. (C)*
- *LSMA is een gedrocht in het gebruik. Versie 2 ziet er dan wel mooier uit, maar het is niet van deze tijd dat de interface zo non-intuïtief is. Inhoudelijk weinig mis mee. (H)*
- *Het systeem is gebruiksonvriendelijk en medisch gezien vaak onjuist. (M)*
- *Ik vind het LSMA niet gebruiksvriendelijk, omslachtig en in de dynamiek van de meldkamer niet uitnodigend om te gebruiken. (O)*
- *LSMA kost relatief veel tijd om te raadplegen zeker tijdens een meldingsgesprek. (O)*

Overig (LSMA):

- *De systemen sluiten niet voldoende aan bij de kennis en ervaring en ze vertragen het hulpverleningsproces. (C)*
- *Ze zijn uitstekend voor scholing en als standaard. (C)*
- *Als je een keer gewend bent aan het LSMA, kun je vrij snel ziektebeelden en verwante vervolgacties vinden. Verder blijft LSMA aan de veilige kant met aansturen en bepalen welke urgentie hulp moet komen. Aan mij als centralist de taak dit juist in te schatten. (C)*
- *Heb helaas nu de ervaring dat het geen naslag werk is volgens de inspectie maar een protocol bij klachten afhandeling. (C)*

ProQA:

- *Kan wellicht verweven worden met meldkamer software systeem, moet nog schakelen (2 systemen). (C)*
- *ProQA, is ontzettend snel, maar niet echt fijn om mee te werken. (C)*

Medische inhoud

LSMA als naslagwerk; niet bruikbaar tijdens de melding; geen koppeling met GMS (LSMA):

- *LSMA is niet tijdens de melding te gebruiken, wel als naslagwerk (C) (4)*
- *De inhoud van de LSMA moet je kennen/beheersen, ik zie de LSMA niet als ondersteuning tijdens een melding, maar als naslagwerk. Tijdens de melding is hiervoor ook geen tijd. Bij een A1 melding moet binnen 2 minuten de ambulance rijden. (C)*
- *Het is leuk, maar voor mij achteraf. Ik vind dat je instabiele patiënten direct moet (h)erkennen. Wel nuttig om achteraf te checken. (C)*
- *LSMA gaat uit van achteraf nakijken of de melding goed is ingeschat. Grotere waarde heeft het wanneer het ten tijde van de melding als hulpmiddel ingezet kan worden. (C)*
- *De LSMA is geen systeem dat je tijdens de melding invult maar achteraf raadpleegt. Je komt er dan achter dat je of dingen niet afdoende getrieërd en uitgevraagd hebt of je krijgt de zorgvraag niet duidelijk binnen de LSMA weggezet. (C)*
- *Zonder integratie met GMS blijft het een aparte module dat werkt niet in acute situaties. (C)*
- *LSMA is niet gekoppeld aan het GMS, waardoor de registratie van informatie niet opgeslagen wordt. (C)*
- *LSMA is meer backup en voor melderinstructie verder werken wij uit GMS en met de DABC methodiek. (C)*
- *Integratie in GMS is er niet, daarom een onvoldoende voor de registratie van patiënteninformatie. (H)*
- *Wordt gebruik als naslagwerk en niet direct bij het aannemen van de melding. In twee systemen werken is veel te lastig. Op zich een goed systeem maar praktisch onwerkbaar. (H)*
- *LSMA wordt meer gebruikt als naslagwerk en niet als direct ondersteuningsinstrument. (M)*
- *LSMA is niet geïntegreerd in het registratiesysteem voor patiënteninformatie. (M)*

Beslissingen genomen aan de hand van verworven kennis, opleiding, ervaring (LSMA):

- *Benodigde ondersteuning is vooral afhankelijk van de opgedane ervaringen. (C)*
- *De inhoud van de LSMA dien je te kennen zodat je het bij het uitvragen kunt gebruiken zodat je goed kunt trieëren en je beslissingen en acties onderbouwd kunt nemen. Ik gebruik de LSMA niet als directe ondersteuning bij mijn triage. De methodiek die ik hanteer heb ik geleerd op de SOSA en mij eigen gemaakt de afgelopen jaren. De keuze die ik maak, wijkt niet af van de LSMA, en als dat wel zo is, kan ik dat onderbouwen. Bij mijn triage heb ik geen tijd om de LSMA erop na te kijken. (C)*
- *Eén en ander is altijd afhankelijk van de ervaring en aanwezige medische kennis van de verpleegkundig centralist. Het LSMA is ondersteunend en niet direct samenhangend tijdens het aannemen en snel uitvragen van de ABCD problematiek. (C)*
- *Door uitvragen trieër ik aan de hand van DABC en schakel ik daarop de juiste hoeveelheid zorg in. (C)*
- *Er wordt bij ons op de meldkamer nog verschillend gewerkt, uitgangspunt is de ABCD, dit wordt niet door iedereen gehanteerd, Daarnaast hebben wij geen Profcheck en nog niet iedereen die op de MKA als centralist werkt is verpleegkundige. Instructie zelfzorgadvies komt is daarom niet altijd gewaarborgd. (C)*
- *Er wordt gewerkt volgens de DABC methodiek. Er zijn een aantal vragen die gesteld moeten worden, maar daar zit per medewerker verschil in. De een vraagt wel goed uit en de ander niet. Er zijn geen standaard vragen die gesteld worden. (C)*
- *De conventionele methodiek (DABC, ondersteund door LSMA) werk in beginsel prima. Met name tot het knip-moment. Echter (te) veel vrijheid voor de centralist. Ondersteuning bij melderinstructie en zelfzorgadviezen zijn eigenlijk niet real-time te hanteren. Kortom, niet echt ondersteunend. (H)*
- *Het is lastig om het tijdens een gesprek te gebruiken ter ondersteuning, juist bij zelfzorgadviezen zou ik graag een geheugensteun hebben als ik twijfel. LSMA is hier niet op*

ingericht. Nu gebruik ik vaak overleg met collega ter ondersteuning als ik twijfel maar deze zijn niet altijd beschikbaar op het moment dat je het nodig hebt. (C)

- In GMS moeten we ook al van alles, verwacht dan niet dat we er nog een systeem naast gaan gebruiken. Je werkt altijd met een collega, hiermee is goed overleg mogelijk, je luistert samen naar de melding, degene die het eerst opneemt voert de regie, collega kan ondersteunen in triage en wegsturen ambulances. Inschatten patiënt gebeurt op ervaring van beide en LSMA als naslagwerk/ondersteuning. (C)
- Ervaring en opleiding bepalen inzet door centralist. (H)
- Sterk afhankelijk van de vaardigheden van de gebruiker. (H)
- Daar het systeem uitgaat van de kennis van de verpleegkundige en deze bepalend is voor hoe het systeem wordt toegepast is het een onbetrouwbaar triage systeem. (M)
- LSMA1 helpt niet met het doorlopen van de noodzakelijke vragen. De centralist moet eerst zelf een toestandsbeeld voor ogen hebben, pas dan zou hij LSMA kunnen gebruiken. LSMA helpt dus niet een ABCD instabiele patiënt te herkennen. (M)
- LSMA is niet beschikbaar tijdens het triëren. De centralist trieert op basis van wat hij/zij geleerd heeft uit het LSMA/SOSA c.q. AA. Dit resulteert in een per centralist zeer verschillend functioneren en is ook wisselend per centralist. (M)

Overig (LSMA):

- Melderinstructie wordt niet ondersteund met goede software en is qua tijd niet altijd mogelijk. Registreren van patiëntendata kan mijns inziens veel beter in GMS. Meldkamerpersoneel ziet zelden iets terug van gemaakte statistiek. (C)
- De medische inhoud zal wel verantwoord zijn maar het werken met dit triagesysteem komt niet altijd overeen met de DABC methode en is bovendien veel te traag voordat je tot de juiste zorginzet en urgentie bepaling komt. (C)

ProQA

- Zelfzorgadviezen duren veel te lang. (C)
- AMPDS is een meldkamer systeem, LSMA zitten meer melderinstructie mogelijkheden in. (C)

Structuur

Te veel vrijheid en dus afhankelijk van centralist (LSMA):

- DABC methodiek moet aangehouden worden = goed. Vervolgens teveel vrijheid om te bepalen welke vragen er gesteld worden en hoe deze te interpreteren. (C)
- Ik ben het niet eens dat iedereen het op eigen inzicht kan doen. (C)
- Ik weet niet of een grote mate van vrijheid in de methodiek bijdraagt aan betere hulpverlening. Mag mijn inziens wat strakker. (C)
- Nu nog een wisselende inzet en urgenties bij meldingen. Wordt nu erg bepaald door de centralist die de melding aanneemt. (C)
- Er is veel ruimte voor eigen interpretatie, dat maakt het werk leuk, maar de patiënt is afhankelijk van de centralist voor de wijze van zorg en uitvragen. Er is structuur in de volgorde van DABC, echter er is genoeg ruimte voor vrije interpretatie. (C)
- Een strakkere structuur m.b.t. uitvragen lijkt mij een goede zaak/melders kunnen op die manier (bv. via sire spotjes) opgevoed worden. Komt meldtijd ten goede lijkt mij. (C)
- Teveel vrijheid voor individu, niet gebaseerd op protocol en onderbouwing. (H)
- Fouten ontstaan door te grote vrijheid in zelf bepalen van volgorde van vragen, inhoud van de vragen en de mogelijkheid tot overrulen en dan met name het lager triëren dan het systeem aangeeft. (M)
- De triagemethodiek geeft alle vrijheid, maar dat vind ik onwenselijk. (M)

- *Vragenstructuur moet centralistonaafhankelijk zijn, iedere patiënt dezelfde kwaliteit van bevraging. Vrijheid is plezierig, maar vergeten van vragen kost mensenlevens. Helaas hebben we daar ervaring mee en dus voorbeelden van. (M)*
- *De centralist kan doen wat hij/zij wil. Het systeem corrigeert daar niet op. Met als gevolg een zeer wisselende 'performance' tussen centralisten en per centralist. (M)*
- *GMS i.s.m. LSMA geeft veel vrijheid, maar ik scoor dat laag omdat ik dat een inherent risico van het systeem vind. (H)*

Ruimte voor eigen professionaliteit en vrijheid belangrijk (LSMA):

- *Op deze meldkamer kan je je eigen professionaliteit kwijt. (C)*
- *Groot voordeel wanneer je niet met een vaste rigide triagetechiek werkt, eigen inzicht/kennis staat voorop. (C)*
- *Grote autonomie voor verpleegkundig centralist. Gesteund door eigen MMA's. (C)*
- *Uiteraard op basis van training en jarenlange ervaring en verpleegkundige scholing waardoor je meldingen in de context kunt plaatsen. Iets wat bestuurders niet snappen. (C)*
- *Niet alle ziekte en ziektebeelden zijn te vangen in een vakje, ook de manier waarop de informatie naar je toekomt is belangrijk en tegelijk een stoorzender. Kortom er zijn vele wegen die naar Rome leiden. Het is in mijn beleving een utopie te denken dat men met een lijstje een persoon met een probleem kan vangen, en indelen. Menselijkheid en gezond boeren verstand is soms een stuk handzamer. (C)*
- *Juist is de triage van belang in het grijze gebied, om juist dán door te vragen en je dan niet vast te pinnen op of om in een bepaald hokje geduwd te worden, danwel gedwongen wordt volgens het vastgestelde protocol mee te denken. Als voorbeeld; "pijn op de borst" is duidelijk. (C)*
- *Het is prettig om alle vrijheid te hebben om middels je DABC de toestand van de patiënt duidelijk te krijgen. Je kunt niet iedere melder op een standaard manier uitvragen. Iedere situatie is niet hetzelfde. En je hebt veel soorten melders. (C)*
- *Wij werken volgens DABC volgorde. De inhoud van de vragen doen wij op basis van onze verpleegkundige expertise en dat houdt ons scherp. Wij werken dus niet met de uitkomst van een triage en stellen de urgentie vast op de uitkomst van de DABC. Bij twijfel raadplegen we de LSMA. (C)*
- *Goede structuur qua opleiding inwerken, "need to know en nice to know questions" worden duidelijk weergegeven bij het inwerken. Wij kunnen elkaar 'overrulen' indien nodig. Op basis van gelijkheid/respect. (C)*
- *We worden er op getraind om conform DABC uit te vragen. Dit wordt grotendeels ook zeker gedaan. Er is verder geen leidraad in vragen stellen, dus de vrijheid is groot om zelf te bepalen welke vragen je stelt. Dit is in sommige gevallen ook goed. (C)*
- *Aangezien wij nog geen triagesysteem gebruiken is de vrijheid groter. Indien zoals afspraak de DABC consequent wordt toegepast zal de uitkomst duidelijk zijn en kan hier een urgentie aangehangen worden. (H)*
- *Wij vragen het eerst naar de DABC, vervolgens hebben wij geen vaste volgorde van vragen. Het is ook afhankelijk van hoe het gesprek dan verder verloopt en wat de klachten zijn. Bij een ongeval stel je andere vragen dan bij iemand met buikklachten bijvoorbeeld. Wij overrulen de uitkomst van de triage van andere disciplines (bv huisarts) wel. (C)*

De mogelijkheid tot het 'overrulen' van de uitkomst (LSMA):

- *Urgentie kan te allen tijde overruled worden mits goed beargumenteerd. Vrijheid in vragen stellen kan wel maar dan wel binnen de DABC methodiek passende bij het toestandsbeeld. (C)*
- *Vrijheid in bepalen inhoud vragen en overrulen van de uitkomst was eerst mogelijk. In de huidige klachten tijd kun je je als centralist bijna niets meer permitteren want er wordt veel verantwoordelijkheid bij jou als centralist gelegd i.p.v. bij melder zelf. Tevens zit je in de tang*

t.a.v. andere zorgverleners. Deze kunnen lijkt het makkelijker nee op een zorgvraag zeggen dan wij als 112 centralisten. (C)

- *Het overrulen is wel makkelijk (drempelloos), en daar zie ik wel de goede kant van. (H)*
- *Het LSMA wordt als naslag document gebruikt en niet direct tijdens het aannemen van meldingen. Zowel de volgorde als de inhoud en de mogelijkheid tot het 'overrulen' is daarom ook mogelijk binnen het LSMA. (C)*

ProQA

- *AMPDS is een dwingende structuur, biedt weinig mogelijkheden voor vrijheid. (H)*
- *Er is geen vrijheid in het bepalen van de volgorde en het bepalen van de inhoud, dat doet de Internationale Academie. Er is een mogelijkheid en een morele verplichting van de centralist om de triage uitkomst naar een zwaardere urgentie te upgrade. En downgraden is uit den boze. De hulpverleningsinzet is bepaald door MMA en directie MKA en RAV, mag overruled worden door een centralist mits schriftelijk toegelicht. (O)*
- *Protocol is tot stand gekomen op basis van 30 jaar evidence based ervaring met triage. Menselijke (risico)factor is zo veel mogelijk beperkt. (O)*

Bijlage 4. Pluspunten, knelpunten en verbeterpunten

Pluspunten

Centralisten LSMA (punten die 5 keer of vaker zijn genoemd)

- Ruimte voor inbreng van eigen kennis (34)
- Werking als naslagwerk (18)
- DABC gericht/methodiek is duidelijk (15)
- Snelheid (11)
- Informatief (10)
- Duidelijk (10)
- Vrijheid in het stellen van vragen (8)
- Mogelijkheid tot melderinstructie (7)
- Methodisch/gestructureerd (6)

Hoofden MKA LSMA

- Eigen input/ruimte centralist (6)
- Goed naslagwerk (3)
- Gestandaardiseerd/gestructureerd (2)
- Overzichtelijk (1)
- Sluit aan bij taal en beleving huisartsen/SEH (1)
- Afgestemd op keten (1)
- Ruimte voor diepgang bij uitvraag (1)
- Ruimte voor specifieke zelfhulpinstructie (1)

Medische Managers LSMA

- Ruimte voor eigen input centralist (6)
- Veel medische informatie (1)
- Maatwerk (1)
- Behoorlijk ingangsniveau centralisten (1)
- Redelijk compleet (1)
- Bruikbaar als toetsinstrument achteraf (1)
- Goede feedback op kwaliteit centralisten (1)
- Vanuit beroepsgroep (1)

Overig LSMA

- Vrijheid centralist (1)
- Eenduidig/helder (1)
- Overzichtelijk (1)
- Sluit aan bij verpleegkundige kennis (1)

ProQA

- Melderinstructie (6)
- Eenduidig (1)
- Snelheid (1)
- Snelle triage bij levenbedreigende situaties (1)
- Structuur (1)
- Eenvoudige bediening (1)
- Gestandaardiseerd (1)
- Veilig voor centralist (1)
- Wetenschappelijk bewezen (1)
- Eenduidig voor de melder (1)
- Meetbare resultaten (1)
- Verplicht volgen (1)

- *Inhoud door academie (1)*
- *Kwaliteitsbewaking (1)*

Knelpunten

Centralisten LSMA (punten die 5 keer of vaker zijn genoemd)

- *Niet gebruikersvriendelijk (traag/te lang moeten zoeken naar informatie/verouderd) (51)*
- *LSMA als naslagwerk/niet te gebruiken tijdens melding (38)*
- *Uitkomst afhankelijk van centralist/teveel vrijheid/teveel ruimte voor eigen interpretatie/geen uniformiteit tussen collega's (24)*
- *Geen koppeling/integratie met GMS (8)*
- *Melderinstructie niet op de voorgrond/niet makkelijk te vinden (7)*
- *Niet uitgebreid genoeg/niet genoeg medische informatie (6)*

Hoofden MKA LSMA

- *Alleen te gebruiken als naslag/ niet bruikbaar tijdens de melding (5)*
- *Geen koppeling met GMS (4)*
- *Kwaliteit/uitkomst is centralist afhankelijk (3)*
- *Gebruiksonvriendelijk/moeilijk hanteerbaar (2)*
- *Vrijheid (2)*
- *Aannames door centralisten i.p.v. uitvragen.(1)*
- *Ingewikkelde updates (1)*
- *Kans om belangrijke vragen te missen is groot (1)*
- *Frequente overtriage (A1 i.p.v. A2) (1)*
- *Ondertriage (1)*
- *Geen eenduidige informatie (1)*
- *Mogelijkheid groot dat duur van het gesprek langer is, doordat de essentie van de melding niet altijd op de voorgrond komt te staan (1)*
- *Niet dwingend (1)*
- *Weinig structuur (1)*

Medische managers LSMA

- *Weinig structuur (2)*
- *Kwaliteit/uitkomst is centralist afhankelijk (4)*
- *Alleen te gebruiken als naslag/ niet bruikbaar tijdens de melding (4)*
- *Vrijblijvend (2)*
- *Niet patiënt veilig (2)*
- *De centralisten lopen groot (juridisch) risico nu ze op basis van gedateerde klinische ervaring en een voor iedere centralist verschillende onderbuik onder druk in zeer korte tijd een besluit moeten nemen (1)*
- *Geen ketentriagesysteem (1)*
- *Medische kennis van centralisten kan nooit up-to-date zijn (1)*
- *Er is al zoveel te onthouden m.b.t. processen en procedures, het kan niet anders dan dat er bij de triage dingen worden vergeten als het geheugen de belangrijkste bron is (1)*
- *Niet evidence based (1)*
- *kwalitatief mager (1)*
- *Kwaliteit van triage niet goed meetbaar (1)*

Overig LSMA

- *Geen integratie met GMS (2)*
- *Eigen invulling/mens afhankelijk (1)*
- *Geen standaardisatie waardoor onvoldoende uniformiteit (1)*
- *Heeft geen integratie met triagesysteem van ketenpartners (1)*
- *Te traag (1)*
- *Geen structuur gevaar fouten/missen diagnose (1)*

- *Geen technische ondersteuning (1)*
- *In zeer groot aantal gevallen ontbreken melderinstructie (1)*
- *Onvoldoende DABC-uitvraagstructuur (1)*

ProQA

- *Geen vrijheid in vragen stellen (3)*
- *Letterlijk oplezen/rigide (3)*
- *Gevoel van automatische piloot (1)*
- *Geen eigen inbreng/geen ruimte voor ervaring en deskundigheid centralist (2)*
- *Niet alle 'kwalen' kun je juist onderbrengen bij een protocol bv koortsstuip (1)*
- *Onduidelijke vormgeving (1)*

Verbeterpunten

Centralisten LSMA (punten die 5 keer of vaker zijn genoemd)

- *Koppeling aan GMS/betere software/meer ICT ondersteuning/sneller maken/bereikbaarheid verbeteren (26)*
- *Eenduidige uitkomsten/meer uniformiteit (14)*
- *Gebruikersvriendelijk maken/meer toepasbaar maken (11)*
- *DABC beter/strakker uitvragen (11)*
- *Meer scholing (10)*
- *Meer/betere medische achtergrondinformatie (9)*
- *Ander systeem (8)*
- *Melderinstructie beter zichtbaar maken (7)*

Hoofden MKA LSMA

- *Koppeling GMS (5)*
- *Keten afstemming (4)*
- *Gebruiksvriendelijker maken (1)*
- *Geen: dit systeem is achterhaald (1)*
- *Gebruik maken van een triagesysteem (1)*
- *Methodiek voor uitvragen DABC (1)*
- *Structuur (1)*
- *Uitkomst niet afhankelijk maken van de centralist (1)*
- *Verbeterde standaard (1)*
- *Versie maken die direct te gebruiken is (1)*
- *Duidelijke voorgeschreven richtlijnen (1)*
- *Meer richten op toestanden en minder op diagnoses (1)*
- *Snelheid (1)*
- *Snellere ondersteuning indien centralist dit nodig heeft (1)*
- *Kwaliteitsborging (1)*

Medische Managers LSMA

- *Gestructureerd vragen (4)*
- *Real time ondersteuning, i.p.v. naslagwerk (2)*
- *Triage mag niet afhankelijk zijn van individuele centralist (2)*
- *Kwaliteitscontrole (2)*
- *Koppeling GMS (1)*
- *Invoeren NTS (1)*
- *Strakker protocol voor het uitvragen van vitale functies (1)*
- *Triage mag niet afhankelijk zijn van beschikbare eenheden (1)*
- *Keten afstemming (1)*
- *Behoud verpleegkundige expertise (1)*
- *Goede specificiteit en sensitiviteit wetenschappelijk aangetoond (1)*

Overig LSMA

- *Integratie met GMS (2)*
- *Eén landelijke triagemethodiek voor alle acute zorg (1)*
- *Protocol aanbrengen op intake (1)*
- *snelheid raadplegen (1)*
- *Standaard waar in sommige gevallen van afgeweken kan worden met motivatie (zoals gebeurt op ambulance met LPA) (1)*
- *Meer structuur (1)*
- *Makkelijkere kernbegrippen (1)*
- *Technische/ICT ondersteuning (1)*

ProQA

- *Eigen vrijheid terug, in volgorde van vraagstellingen (1)*
- *Systeem moet meer gevuld worden met adequate melderinstructie passend bij het letsel (1)*
- *Vrijheid voor interpretatie (1)*
- *Werkbare vormgeving (1)*
- *Aanvullend systeem voor niet spoedeisende zorg/backoffice met verpleegkundigen (1)*

Bijlage 5. Opmerkingen samenwerking met andere zorgverleners

C=Centralist, H=Hoofd MKA, M=Medisch Manager, O=Overig. Wanneer een opmerking vaker dan één keer genoemd is het aantal tussen haakjes vermeld.

Huisartsen, HAP en SEH (LSMA):

- *Binnen de drie provincies zijn niet alle processen nog even goed afgestemd met ziekenhuizen, hap en huisartsen, dit zorgt nog wel eens voor discussies binnen de hulpverlening. (C)*
- *Er worden regionaal wel eens convenanten gemaakt die dan weer niet rechtsgeldig zijn maar wel gehanteerd dienen te worden. Ook afspraken per CHP of andere dokterspost verschillen tav afspraken wie welke melding afhandelt. (C)*
- *Regelmatig slecht bereikbaar telefonisch bij een vooraankondiging. (C)*
- *Samenwerking met SEH van de Ziekenhuizen en huisartsen(posten) verlopen prima. Alleen jammer dat zowel de HAP als ook de huisartsen een ander protocol hanteren, waardoor vaak noodzakelijke informatie ontbreekt. Dit maakt dat er vanuit de MKA soms alsnog telefonisch contact gezocht moet worden met de patiënt om een juist beeld te krijgen voor de urgentiebepaling. (C)*
- *Hebben goede afspraken met HAP en huisartsen, helaas gaan door (mis)communicatie dingen niet altijd even goed. Daar werken we aan om dat te verbeteren. (C)*
- *HAP en huisartsen in delen van (...) zijn niet op de hoogte van de landelijke protocollen, met alle communicatie stoornissen van dien. (C)*
- *Terugkoppeling loopt niet altijd naar wens met de huisartsen en huisartsenposten. (C)*
- *Bij huisartsen en HAP is het wel sterk afhankelijk van wie er dienst hebben. (C)*
- *Door onvoldoende inzicht in elkaars werkveld problemen met de HAP en huisartsen. (C)*
- *Huisartsen/HAP blijven zelfstandige ondernemers, gaat vaak goed. Verzoeken door MKA worden zeker niet altijd direct gehonoreerd. (C)*
- *HAP en huisartsen zijn vaak eenzijdig. Daarmee bedoel ik dat wij bijna altijd rijden voor spoedvervoer en als wij eens een keer bellen dan is er geen mogelijkheid om ons te helpen. (C)*
- *HAP's hebben mijns inziens hun eigen agenda aangaande krapte. Bij ondercapaciteit wordt een casus 'over de muur gegooid' naar de AHV. Scheiding en principe van ambulancehulpverlening versus huisartsengeneeskunde wordt onvoldoende uitgevoerd. (C)*
- *Wij werken met ca. 5 verschillende huisartsenposten, met de een werk je beter samen dan met de ander. Wij worden vaak ingezet voor de krapte van de huisartsenposten. (C)*
- *HAP is veel bezig met NTS waardoor bepaalde vragen niet meer gesteld worden, zo komen er verkeerde urgenties te voorschijn. (C)*
- *HAP belt te snel voor ritten die de ambulance maar moet doen, omdat de huisarts het te druk heeft. Huisartsen bellen te vaak voor een ambulance die als taxi moet fungeren. (C)*
- *HAP heeft soms twijfels die ze eigenlijk niet zouden mogen hebben i.v.m. inschatten ziektebeeld bij patiënt, dat is afhankelijk van de huisartsenassistente (kennis/niveau verschil?). (C)*
- *Samenwerking is stukken verbeterd met de hap, hoewel na de komst van hun nieuwe NTS, schrikbarend toename loze ritten vanuit hun naar ons. (C)*
- *Het wil nog wel eens voorkomen dat MKA en huisartsen verschillende protocollen hanteren, bijv. bij CVA-protocol. (C)*
- *Systematiek in Nederland is niet 100%. Het is zonde als er op 1 adres een huisarts en een ambulance ter plaatse zijn. Dan klopt er iets niet bij de start van het gezondheidsprobleem. Een loket is noodzakelijk. (C)*
- *Huisartsen vragen soms vervoer voor ambulance terwijl ander vervoer beter/goedkoper zou zijn en de medische indicatie voor een ambulance rechtvaardigt er niet is. Wij horen dat pas*

van de ambulancebemanning, wij zien de patiënt niet en de huisarts wel, dus gaan wij ervan uit dat als de huisarts vervoer vraagt dat ook terecht is. (C)

- Veel huisartsen gaan ervan uit dat er altijd maar ambulances zijn. Met de komst van de huisartsenposten zijn wij meer gaan rijden omdat er een tekort aan huisartsen zijn. (C)
- Huisartsen geven geen goede/volledige overdracht. Vinden het vervelend als je doorvraagt en zegt als ze moeten wachten als het om A1 rit gaat (zijn niet goed genoeg geschoold in de acute fase). Vragen nog regelmatig auto's aan voor mensen die met een taxi kunnen. SEH kunnen het vaak niet aan of hebben daar geen goede artsen lopen. Instabiele patiënt weigeren willen vaak niet alleen stabiliseren. (C)
- Huisartsen nog steeds van mening dat wij niets hoeven te weten wat er precies aan de hand is met de patiënt, vinden het vervelend ons een duidelijke melding te doen; onlangs KTO onder hen verricht. (C)
- In sommige regio's zijn afspraken gemaakt dat de ambulance op A1/U1 ritten rijdt, waarbij je al tijdens de melding van de hap-centraliste weet dat het een EH/GV wordt. Sommige artsen weten niet dat hij met verpleegkundigen te maken heeft en dan vindt dat je lastige vragen stelt en zegt: "stuur maar een wagentje MEISJE". Dit geldt voor (...). In de andere regio's geven huisartsen normaal de gegevens etc. door. (C)
- Samenwerking is belangrijk, afgezien van de samenwerking op de GMK, werk ik veelal op een prettige manier samen met de ketenpartners. Belangrijk onderdeel in de triage want het komt vaak voor dat ik een ambulance niet indiceer (112-melding) en even overleg met de HA van de HAP, deze ruggespraak is prettig en als je dan samen tot dezelfde conclusie komt is het doel van samenwerking, in mijn ogen, zeker bereikt. Uiteraard gebeurt dit ook vice-versa. (C)
- Slechte triage door huisartsen, politie en brandweer over het algemeen. Iedereen zou meer bij zijn eigen discipline moeten blijven. Moeilijk om bij huisartsen melding een goed toestandsbeeld van de patiënt te krijgen. Hap gaat steeds beter, vindt wel dat als ha vindt dat die met spoed moet rijden, dat hij dan een ambulance moet vragen. (C)
- SEH gaat prima, ziekenhuis pas gefuseerd dus nog wat rommelig, maar gaat goed. HAP is te merken dat ze niet volgens DABC werken, en dat ze andere belangen hebben, meer kosten gericht wie is waar verzekerd welke huisarts e.d. wat bij de acute hulpverlening geen rol speelt op moment dat er zorg nodig is. Huisartsen is natuurlijk verschillend per huisarts maar over het algemeen hebben ze begrip voor de acute hulpverlening en 'luisteren' ze naar ons verzoek om ergens ter plaatse te gaan, of om antwoord te geven op de vragen. (C)
- Sommige HAP's ervaren het als storend als je voor patiënten belt die geen beltegoed hebben. (C)
- SEH is wisselend, vaker een negatieve houding. Hap wisselende ervaring vaker onderschatting van de ernst van de zorgvraag of onvoldoende info. Huisartsen nog regelmatig (wel steeds minder) afdwingend en niet beargumenterend bij de aanvraag van een ambulance. (C)

Brandweer en politie (LSMA):

- In de regel zeer goede samenwerking op de gemeenschappelijke meldkamer. Korte lijnen en we kennen elkaar. Grote bereidheid elkaar te helpen en ondersteunen waar nodig. Iedere discipline heeft zijn eigen vakgebied, maar waar nodig is hulp snel en goed geregeld met en van de andere disciplines. (C)
- Samen in ruimte met brandweer en politie is geen meerwaarde. (C)
- Politie is lastig aan te sturen. Het veld/buro bepaalt zelf of inzet noodzakelijk is. Brandweer sturen wij als MKA/AC zelfstandig aan, mede daardoor is er een goed samenwerkingsverband. (C)
- Politie verbindt niet altijd melders aan ons door en zij bepalen dan dat er een ambulance moet komen. Wij als MKA hadden dan graag nog wat gerichte vragen aan de melder willen stellen. Dit zorgt wel eens voor irritatie. (C)
- Samenwerking met Politie en Brandweer verloopt prima binnen de GMK. (C).

- *Samenwerking met de politie gaat normaal wel goed alleen bij inzet ambulance en bij meldingen waarbij mogelijk een ambulance nodig is verloop de samenwerking niet goed. Politie zit met eigen problematiek waarbij ze soms een ambulance afdwingen of om vragen terwijl ze geen goede indicatie stelling hiervoor kunnen aandragen. Ook gaan ze vaak op de stoel van de centralist zitten van de CPA kant. (C)*
- *Samenwerking met politie is wisselend, komt door verschillende belangen. Brandweer doen wij zelf (multi meldkamer dus er wordt gealarmeerd wat jij zelf nodig acht). (C)*
- *Slechte triage door huisartsen, politie en brandweer over het algemeen. Iedereen zou meer bij zijn eigen discipline moeten blijven.*
- *Vanuit de gemeenschappelijke meldkamer is de samenwerking met politie en brandweer laagdrempelig met een open houding. (C)*
- *Wij hebben een gemeenschappelijke meldkamer. Dit heeft als voordeel dat iedereen verantwoordelijk is voor zijn eigen 'toko'. Maar ook dat de lijnen naar elkaar toe erg kort zijn, iedereen kent elkaar, wat erg prettig is. (C)*

Overig (LSMA):

- *Ik ervaar geen knelpunten in de samenwerking met de andere hulpverleners. (C)*
- *Samenwerking is als het minder is vaak niet op personeel niveau maar meer op organisatie niveau. (C)*
- *Samenwerking wordt deels bepaald door de kwaliteit van het individu. (C)*
- *Info uitwisseling nu niet mogelijk per computer, alles telefonisch en dit kost extra tijd. (C)*
- *Struikelblok blijft te allen tijde de communicatie. (C)*
- *Het wisselt per dag. Soms is het lastig omdat elke discipline eigen protocollen en systemen hanteert. (C)*
- *Er wordt op onze meldkamer goed multi gewerkt en gedacht, dit heeft op straat een positieve uitwerking. Er wordt snel opgeschaald. (H)*
- *RAV, huisartsen/HAP en SEH zouden achter één triage systeem moeten zitten i.p.v. drie verschillende zoals nu. (M)*

ProQA

- *Samenwerking met huisartsenposten over het algemeen goed. Samenwerking met huisartsen in hoge mate bepaald door opstelling en verwachtingen van individuele huisarts. (O)*

Bijlage 6. Opmerkingen sturend vs. ondersteunend

C=Centralist, H=Hoofd MKA, M=Medisch Manager, O=Overig. Wanneer een opmerking vaker dan één keer genoemd is het aantal tussen haakjes vermeld.

Positieve opmerkingen ondersteunende triagemethodiek (LSMA):

- *Als centralist moet je over de kennis beschikken om de juiste urgentie te bepalen. Triagemethodieken zijn handig ter ondersteuning, maar vanuit je professie moet je bepalen wat je stuurt en met welke urgentie. (C)*
- *Centralisten met ervaring als (ambulance- of Spoedeisende hulp) verpleegkundige luisteren naar melders. Daarbij gebruik kunnen maken van ondersteunende middelen is wenselijk. Sturing is niet nodig lijkt me. (C)*
- *De centralist in Nederland is over het algemeen adequaat genoeg om het zelf te bepalen.*
- *De triagemethodiek is er net zoals protocollen om je te ondersteunen, natuurlijk kun je hier vanaf wijken als je maar weet wat je doet. Ze zijn voor mij een naslagwerk bij twijfel, de rest zit in mijn hoofd. (C)*
- *De verpleegkundig centralist moet makkelijk kunnen afwijken van strikte regels (onderbouwd).*
- *Door ervaring kom je soms toch anders uit dan als je de strakke vragen hanteert. (C)*
- *Door je ervaring en professionaliteit is er veel kennis aanwezig. Bij alleen een sturend systeem, sluit je onderbuik gevoel uit. (C)*
- *Een patiënt en ziektebeeld is niet zwart/wit, dus protocol zou ook een leidraad moeten zijn en geen moeten. Daarom zie ik het meer als ondersteuning. Verder vind ik dat je zelf alerter blijft nadenken, dan dat alles je wordt voorgezegd. (C)*
- *Elk ziektebeeld wordt door verschillende mensen anders ervaren. Ziektebeleving is persoonlijk, als centralist moet jij de kennis in huis hebben om goede triage te plegen. Daarbij kan een triagemethodiek ondersteunend zeer zinvol zijn denk ik, maar goede triage is mijn inziens door goede gerichte vragen te stellen waarbij jij een goed beeld kunt vormen voor inzet van zn. medische hulp, in welke vorm dan ook. Hierbij is jouw medische kennis van doorslaggevend belang. Goed nadenken en je gezond verstand gebruiken. (C)*
- *Elke melding is er 1, afhankelijk van melder patiënt ziektebeeld etc. Geen enkele melding is hetzelfde en uitvraag en antwoord zijn ook niet hetzelfde. Als MKA medewerker speelt achtergrond "buikgevoel" soms mee en vaak klopt dat en het zou jammer zijn als dat door protocollen wordt uitgeschakeld. (C)*
- *Er dient ruimte te zijn om ervaring mee te laten wegen. (C)*
- *Er moet ruimte blijven om naar eigen inzicht te handelen, mn als er zaken spelen die niet zo makkelijk in protocollen te vangen zijn, zoals een toon in de stem van de melder, de achtergrondgeluiden, enz, En zoals de intuïtie van de centralist, die vaak op kennis gebaseerd is. (C)*
- *Het is een dynamisch vak, waarvoor je een verpleegkundige achtergrond nodig hebt. Elke melding is anders, je kunt niet alles vangen in een triagesysteem, de intonatie, onderbuikgevoel, ervaring. Zal dus ook niet uitgevoerd kunnen worden door politie of brandweer. (C)*
- *Iedere melder en patiënt is uniek en anders! Het moet altijd ondersteunend zijn en niet leidend! Moet zelf kunnen en blijven denken. (C)*
- *Ik hecht waarde aan interpretatie op basis van vakkennis en ervaring van centralist. Ik denk dat dit meerwaarde heeft, we werken met mensen en niet in de koekjesfabriek. Als je een ongeruste moeder uitvraagt neem je de beleving van de moeder over haar kind mee in de overweging. Dit is lastig alleen in een protocol te vangen. Regelmatig merk ik dat een collega die het gesprek niet heeft gevoerd kan vragen; moet daar nu wel een ambulance heen? Op basis van alleen de gegevens lijkt dit dan overdone. Toch blijkt ter plaatse dan dat er meer speelt dan in het gesprek alleen naar voren komt. Deze "onderstroom" in het gesprek pik je*

als centralist wel op. Zou je strikt je protocol hanteren dan mis je deze patiënten. Daarnaast ben ik wel van mening dat protocollen noodzakelijk zijn om eenduidigheid van werken landelijk te bevorderen en patiënten niet afhankelijk te maken van de willekeur van centralisten. Laten we echter niet doorschieten hierin en waarderen dat we mensen aan het werk hebben die een getraind onderbuikgevoel hebben en durven in te zetten. (C)

- Ik vind dat een verpleegkundig centralist goed opgeleid moet zijn en kennis en ervaring binnen het vakgebied moet hebben. Uiteraard dien je duidelijk met elkaar te hebben vastgesteld binnen welke kaders je werkt (in ons geval LSMA) zodat je eenduidigheid hebt in het urgentie denken. Een protocol moet ondersteunend zijn en niet sturend, elke situatie is weer uniek en kun je niet in een protocol vangen. Je ervaring en kennis zijn leidend bij de triage. (C)
- Ik vind dat het ondersteunend moet zijn in je dagelijkse werk. Je bent niet voor niks medisch onderlegd en moet soms afwijken van standaard vragen om toch het uiteindelijke doel te bereiken. Je kan met standaard vragen toch ook goed de mist in gaan. Ondersteuning in combinatie met je kennis en kunde zou de perfecte match zijn. (C)
- Ik vind dat je wel altijd zelf moet blijven nadenken en niet een systeem dat moet laten doen. Er zijn altijd punten die niet overeen komen met het systeem, waardoor gezond verstand toch het meest werkt. (C)
- Ik vind dat niet alles in protocollen gevat kan worden, laat het gezonde verstand zegevieren. Je kunt zo veel beter inspelen op de zorgvraag van patiënt. (C)
- Ik vind dat we altijd nog ons 'boerenverstand' dienen te gebruiken bij elke melding. Je kunt niet iedere melding volgens hetzelfde protocol afhandelen. Elk mens is uniek, zo ook de melding. (C)
- Ik wil het niet sturend hebben, gezond verstand moet ook mee kunnen spreken. (C)
- Ik vind het belangrijk dat je als verpleegkundige toch zeker je werkervaring/kunde nodig hebt om niet als een robot er te gaan zitten en alleen maar op kunt sommen wat er voor je voorgekauwd wordt en je het alleen maar op hoeft te ratelen. Achtergrond geluiden, je onderbuikgevoel, niet vast te leggen in een protocol, maar zeer belangrijk. (C)
- Ik zie protocollen altijd nog als een handleiding, met mijn kennis en ervaring kan ik daar altijd op verantwoorde wijze van afwijken. (C)
- Methodiek moet ondersteunend zijn, we moeten zelf wel blijven nadenken en de kennis gebruiken die we hebben. (C)
- Een centralist moet kennis en ervaring hebben, daaruit via aangeleerde D-A-B-C methodiek uit vragen. elke melder is anders en niet altijd te vangen in jou methodiek als die strak vast ligt. centralist moet melding aan voelen en meegaan met de "flow" van de melder. daarbij niet vergeten de basale urgente gegevens te verkrijgen. Deels maar te vangen in een administratief systeem. (C)
- Enige ruimte in de interpretatie is gewenst en doet recht aan de verpleegkundige competentie. De urgentie en inzet zullen niet afwijken van een vastgesteld uitvraagprotocol mijn inziens. Zelfdiscipline en professionaliteit zijn voorwaarden om alle melders eenzelfde zorg en dienstverlening te kunnen bieden. (C)
- Uitgaan van eigenverstand en competenties van de MKA verpleegkundige. (C)
- Protocollen zijn erg belangrijk als leidraad en om uniforme zorg te verlenen. Echter gezondheidklachten zijn niet statisch, kunnen atypisch zijn en melders reageren niet uniform. Voor deze nuancering is mijn inziens de centralist als mens/verpleegkundige noodzakelijk. (C)
- Trieren is een basis kennis die je moet beheersen als centralist. Tijdens een spoedeisende melding heb je met veel factoren te maken, zoals paniek bij melder waardoor je niet een vast protocol kan volgen. (C)
- Naar mijn mening alleen maar ondersteunend, zeker omdat trieren een dynamisch en niet een statisch gebeuren is. (C)
- Natuurlijk moeten er protocollen zijn. Maar protocollen dienen altijd ondersteunend te zijn. Als verpleegkundig centralist heb je je praktijkervaring en expertise nodig en zijn de protocollen puur ondersteunend. (C)

- Omdat je als persoon zelf moet blijven nadenken over de vragen die je stelt. Bijv. je hebt een casus pijn op de borst. Bij 10 verschillende mensen kan de situatie anders zijn. Het moet niet strikt zijn, want we hebben niet te maken met robots. Je moet zelf blijven denken en de triage is daar ondersteunend aan. (C)
- Er zijn soms situaties waarin je een protocol niet strikt op kunt volgen, soms moet je er gewoon van afwijken. Er bestaat ook nog zoiets als ons gezonde verstand! (C)
- Ik denk dat het belangrijk is dat de centralist ook zijn eigen ervaring en gezond boeren verstand moet kunnen blijven gebruiken. Het triagesysteem moet daarbij ondersteunen en "richting" geven. (H)
- Ik vind een protocol nog altijd een leidraad, maar geen must. Het is erg handig dat de protocollen er zijn, maar er is geen één casus hetzelfde, waarbij je ten alle tijden je gezonde verstand moet gebruiken. (Werk)ervaring speelt hierin ook een grote rol. Ik ben dan ook een voorstander om verpleegkundige centralisten op de MKA te hebben die ervaring hebben bij de rijdende dienst. (H)
- Optimale triage is altijd afhankelijk van hoe de melding binnenkomt. Is er veel paniek en emotie bij de melder. Dan kan het soms beter en sneller werken als er eerst andere vragen gesteld worden dan strikt en alleen vast te houden aan systematiek. In de praktijk blijkt dat er bij verder uitvragen er soms toch geen ambulance indicatie is, maar een doorverwijzing naar eventueel een huisarts beter op zijn plaats is, of dat er helemaal geen indicatie is voor medische hulpverlening ter plaatse. (C)
- Een triagemethodiek moet je ondersteunen, maar niet binden. Mensen hebben vaak geen klachten volgens het boekje. (C)
- Ik ben voor ondersteunend, anders kun je op ieder hoek wel een ambulance neer zetten, ik heb zowel NTS als ProQA bekeken en volgens mij komt er een verhoging van het aantal ritten. (C)
- Melders/meldingen zijn niet in protocollen te vangen, dus strikt volgens een protocol werken lukt niet. Iedere melder of melding is uniek. (C)
- Melders zijn vaak in paniek, even de tijd nemen om goed uit te vragen en instructies te geven kan vaak het verschil maken tussen wel of geen ambulance sturen. Daar moet dan wel de ruimte voor zijn. Ook het aan de 'lijn' houden van de melders ter ondersteuning is waardevol en helpend. (C)
- Een methodiek is net als een protocol een leidraad. Belangrijk is dat het totale plaatje binnen een bepaald tijdsbestek klaar moet zijn. Wij hanteren hier 2 minuten voor. Zelf check ik eerst ABCD en instabiliteit hiervan omdat ik dat prettig werken vind. (C)
- De Amsterdamse populatie is deels niet geschikt om triage volgens strikt protocol uit te voeren, vb taalproblemen/ ziekte-inzicht. (C)
- Protocollen als leidraad prima, maar protocollen zijn om van af te wijken. (C)
- Puur volgens protocol gaat ten kosten van de menselijke interactie. (C)

Positieve opmerkingen sturende triagemethodiek (LSMA):

- Mijn inziens is er tijdswinst te boeken door melders door een sturend systeem te loodsen. (C)
- Persoonlijk vind ik dat een organisatie moet kiezen voor een veilig triage systeem voor de patiënt, dat is dus een sturend systeem. Ik vind het wel leuker om mijn eigen kennis te moeten blijven inzetten, vind zelf een ondersteunend systeem leuker. (C)
- Als centralisten hun werk niet goed doen moeten die centralisten bijgestuurd worden in het gebruik van methodisch werken. De melder heeft recht op optimale zorg en adviezen en moet niet afhankelijk zijn van de dienstdoende centralist. (C)
- Mag wel wat meer sturing hebben dan het nu heeft, nu erg afhankelijk van de centralist die je belt/spreekt/oordeelt etc. Echter strikt volgen maakt het te rigide. (C)
- Sturend: om alle melders min of meer gelijke hulp te kunnen bieden, nu ben je afhankelijk wie je aan de telefoon krijgt. (C)
- Sturende triage geeft meer uniformiteit. (M)

- *Niet volgen van protocollen levert gevaar op voor melder en centralist. (H)*
- *Het zorg-antwoord dat de zorgvrager krijgt mag niet afhankelijk zijn van de centralist, tijdstip van de dag etc. Het is niet mogelijk om tegelijk te luisteren naar het gegeven antwoord terwijl nagedacht moet worden over de volgende vraag en tegelijk ook nog alle staande regels en richtlijnen uit het hoofd bij te houden. Een sturend systeem kan dan uitkomst bieden. (M)*
- *Negatieve ervaring met de vrijheid die LSMA biedt. Bij klachtenbehandeling blijkt meestal dat bij het strikt nakomen van een protocol er wel een juiste triagering had plaats kunnen vinden. (M)*

Positieve opmerkingen combinatie van een sturende/ondersteunende triagemethodiek

- *Een deel van de vragen moet sturend zijn zodat een ieder dezelfde vragen krijgt. Je moet kunnen afwijken omdat ieder mens uniek is en zijn ziekte anders beleeft. Als verpleegkundige moet je dit onderscheid kunnen maken. (C)*
- *Een systeem moet een handvat zijn om te volgen, maar je moet er wel gemotiveerd van af kunnen wijken. (C)*
- *Elke situatie is anders. Wel zoveel mogelijk proberen te werken volgens protocol, maar wel mogen kunnen afwijken. Maar ook personele bezetting ambulances en soorten ambulances voorradig. (C)*
- *Eerst moet je protocollen goed kennen en dan kan je ervan afwijken met goede argumenten. (C)*
- *Ik vind dat een centralist protocollair moet werken, alleen kan iedere melding aanleiding geven om hier (bewust) van af te wijken indien noodzakelijk en dit positief voor de patiënt is. (C)*
- *Ondersteunend met een sturende rol waarbij duidelijk wordt aangegeven waarom wordt afgeweken. (C)*
- *Sturing is handig, zeker in sommige uitzonderlijke situaties, maar omdat je met individuele zorgvragen te maken hebt is het ook wel goed om niet vast te zitten aan de protocollen, dus de vrijheid om ervan af te wijken. (C)*
- *Triage moet een duidelijke richting aan geven (sturend) waarbij er beargumenteerd van kan worden afgeweken (ondersteunend). (C)*
- *Methodiek dient overwegend sturend te zijn om eenduidigheid te bewerkstelligen. Natuurlijk moet daar gemotiveerd van afgeweken kunnen worden. (H)*
- *De protocollen dienen in het hoofd te zitten. Men moet wel zo snel mogelijk de ABCD veilig hebben (protocollair), maar men moet ook kunnen afschalen of de urgentie kunnen veranderen als tijdens de melding de situatie verbeterd. (C)*
- *Een triagesysteem moet mijns inziens vooral ondersteunend zijn, maar als het te veel vrijheid geeft, gaat het zijn doel ook voorbij. Daarom vind ik dat het ook wel enigszins sturend moet zijn. De centralist moet een bepaalde vrijheid van handelen houden om bij te sturen, niet alles is in een protocol te vangen. (C)*
- *Ik ben van mening dat er volgens een protocol gewerkt moet worden, maar dat er van afgeweken kan worden met steekhoudende argumenten. Dit op de wijze zoals dat gebeurt op de ambulance middels LPA. Hiermee voorkom je dat belangrijke vragen vergeten worden, dat iedereen zijn eigen manier van werken hanteert, er door kleuring van de centralist plaatjes worden gevormd die niet overeenkomen met de werkelijkheid, maar dat er aan de andere kant middels goede argumentatie van afgeweken kan worden. Hiermee maak je gebruik van de kennis en kunde van de centralist, voorkom je over- en ondertriage. We sturen immers op schaarste en moeten soms zeer belangrijke keuzes maken. (O)*
- *Als verpleegkundige met veel opleiding en achtergrond moet triage niet zo strak zijn. Voor de weinige grijze centralisten in Nederland kan dit anders voelen, maar ik vind het een nadeel om alles zo strak weg te willen zetten. (C)*
- *Je werkt met mensen en het is een combinatie van wat je hoort verbaal maar ook non-verbaal. Zelfs over de telefoon, hierbij spelen meer factoren mee die niet altijd te vangen zijn in protocollen. Aan de andere kant moet je de subjectiviteit ondervangen omdat je als centralist*

met een gemêleerde groep mensen zit, ieder met zijn eigen achtergrond, kwaliteiten en ervaring. Je wilt toch een eenduidige inzet en urgentie bepaling. (C)

- Iedereen moet dezelfde soort zorg krijgen voor eenzelfde ziekteverschijnselen na triage, dit houdt in dat je vrijheid moet hebben in welke woorden/vragen je gebruikt bij de melder. De melder is namelijk ook steeds wisselend. Leidraad moet altijd zijn je DABC en de sleutelgegevens. Daarnaast moet je bij de onduidelijke melding een kant opgestuurd worden, zodat de uitkomst bij iedereen identiek is. (C)
- De meeste fouten worden in het uitvragen van de DABC gemaakt. Een goede ondersteuning daarin zonder veel ruimte voor verkeerde keuzes is onontbeerlijk. Hierdoor krijg je eenheid van uitvragen en inzet gelijk aan de LPA in de AHV. (H)
- Meer sturing zal leiden tot snellere triage en inzet. Echter zijn onze centralisten bekwaame professionals en vind ik dat de ervaring, kennis en kunde hieruit afgeleid ook een rol moet (kunnen) spelen. (H)
- Sturend is prima, maar ook keuzevrijheid centralist. (H)
- Geen enkele melding is hetzelfde, de gepresenteerde toestandsbeelden zijn allemaal uniek. Het is daarom van belang iedere melding op basis van de verpleegkundige kennis van de centralist te beoordelen. Een systeem wat je helpt de juiste vragen te stellen is wenselijk, maar dit systeem moet je niet rigide een bepaalde kant opsturen. (C)
- Ik laat het in het midden omdat ik vind dat iedereen gebruik moet maken van de dingen die hij of zij nodig heeft. Mede omdat mijn ervaring is dat er steeds meer verpleegkundigen aangenomen worden die net hun diploma hebben. Zij hebben bijna geen levenservaring, ervaring in de zorg, laat staan ervaring met de acute zorg. Ik zou me voor kunnen stellen dat zij zich graag laten sturen, dat dat voor hun veilig aan voelt. (C)
- Sturend in die zin dat alle centralisten moeten werken volgens de DABC methodiek (LSMA/NTS). Ik zie de voordelen van een rigide systeem als ProQA niet (uitholling van het vak). (C)
- Uitvragen volgens de ABC moet elke centralist beheersen. Dit zijn ook de "makkelijke" meldingen. Bij een ABC instabiele patiënt direct sturen. Het wordt lastiger bij ziektebeelden die niet direct herkenbaar zijn. Dan kan een goed triage systeem ondersteunend werken. (H)
- Beiden. Sturend is mooi, maar er moet ook nagedacht blijven worden, en contact houden met de witte kolom. Dit betekent dat gewoon sturen niet altijd in het belang hoeft te zijn van de patiënt. (M)
- De eigen verantwoordelijkheid van de centralist is mijn inziens belangrijk. Een sturende triage maakt steeds minder alerte centralisten. Dan kun je er ook een computer neerzetten. De zorg is echter een dynamisch en uniek werkveld. Met elk systeem zul je onder- en overtriage hebben; dat is inherent met hoe we de zorg hebben ingericht. Uiteraard moet ondertriage wel zoveel mogelijk vermeden worden. Daarom moeten de centralisten goed worden getraind en zijn profchecks belangrijk. (M)
- Triage moet snel, efficiënt en eenduidig. Als de eerste minuut met militaire precisie is doorlopen en de patiënt met een levensbedreigende conditie herkend is mag de teugel losser en kunnen we over op ondersteuning. (M)
- De centralist dient altijd zorg op maat te leveren, niet elke casus verdient één en dezelfde aanpak. (O)
- Een triagemethodiek moet een structuur bieden die in volgorde van belangrijkheid uitgevraagd kan worden, maar ook ruimte laat om informatie die door de melder "te vroeg" gegeven wordt toch vast te kunnen leggen. (O)

ProQA

- Ik vind dat het ondersteunend moet zijn. Door ervaring en vraagstelling stuur je nu veel sneller een ambulance terwijl je dat soort meldingen voorheen doorzet naar huisarts. (C)
- Ik wil ook mijn eigen ervaring en kennis gebruiken. (C)

- *Melders weten niet hoe ze de situatie adequaat moeten beschrijven en daar kun je als professional niet op vertrouwen. Regie en sturing op vragen helpt de melder om tot een juiste inschatting te komen. (H)*
- *Menselijke factor is grootste risico bij triage. Triage is meer dan telefonisch doktertje spelen. Niet alleen zijn verpleegkundigen onvoldoende opgeleid tot het inschatten van risico's, maar wordt professionele autonomie vaak gezien als legitimatie tot het mogen maken van fouten. (O)*
- *Sturende protocollen zijn 100% veilig voor de centralist en zeer veilig voor melder en patiënt. Ondersteunende protocollen leiden tot individuele interpretatie van de centralist met als gevolg wisselende kwaliteit, groot risico op verkeerde inschatting. (O)*

Bijlage 7. Opmerkingen medische opleiding

C=Centralist, H=Hoofd MKA, M=Medisch Manager, O=Overig. Wanneer een opmerking vaker dan één keer genoemd is het aantal tussen haakjes vermeld.

Mogelijk (LSMA):

- *Dit zeg ik met de ervaring en kennis die ik heb, weinig kennis maakt soms dat je geen vooroordelen hebt en je alleen de feiten kan bekijken. Dit kan soms echter ook een valkuil zijn. Beide heeft zij zijn voor/tegen. Wetenschappelijk zou onderbouwd moeten worden welke fouten grotere consequenties heeft voor de patiënt/melder. (C)*
- *Het blijkt binnen onze meldkamer dat met de juiste training het mogelijk is om zonder medische opleiding toch een goede triage uit te voeren. (C)*
- *Ik ben zelf ook niet-verpleegkundige, ook ik heb het geleerd en functioneer naar mening van mijn leidinggevenden uitstekend. (C)*
- *Wij hebben nog steeds niet-verpleegkundige centralisten met een sosa-opleiding voor n-vpk. Deze collega's voldoen prima, maar goede en uitgebreide scholing is belangrijk, triage training alleen is niet genoeg. (C).*
- *Op diverse meldkamers zien gebeuren. Met uitstekende resultaten. Het hebben van medische kennis kan in deze setting juist contraproductief werken. (M)*

Mogelijk, mits (LSMA):

- *Afhankelijk van de achtergrond en de ervaring. (C)*
- *Dat hangt ook af van de interesse van de persoon, niet elke verpleegkundige is een goede centralist. (C)*
- *Ligt aan de persoon. (H)*
- *Persoonsafhankelijk. Bij gebruik van een triagesysteem kan hij/zij een heel eind komen, maar specifieke gevallen blijven lastig! Uitgebreide scholing op medisch gebied, specifiek voor centralisten, is wel noodzakelijk. (H)*
- *Mits de mensen een gedegen opleiding krijgen. Niet alleen maar met een triagesysteem. (C)*
- *De gerichte training moet daarbij inhouden dat kennis van pathologie, SEH e.d. voldoende bijgeschoold wordt. (C)*
- *Het zou kunnen als alles wat je tegen komt ondervangen wordt in protocollen. Je zult altijd bepaalde meldingen missen waarbij ogenschijnlijk de antwoorden goed zijn en waarbij de non-verbale info bepalend kan zijn voor inzet. (C)*
- *Ik heb gewerkt met mensen die medisch niet geschoold waren; ik heb van hen het vak geleerd. Ik heb zelf veel aan mijn opleiding als verpleegkundige. Je kunt oorzaak en gevolg beter inschatten, beter interpreteren, de huisartsenmeldingen die tegelijk binnenkomen beter triëren en luisteren naar dat wat niet gezegd wordt. (C)*
- *In de standaard gevallen kan het prima, maar in de gevallen die afwijken van standaard, wat toch het meest voorkomt, is het juist goed om een medische achtergrond te hebben. (C)*
- *Je zult toch moeten weten waar je het over hebt en hoe de plaatjes gevuld moeten worden. Alleen als je met een beslisboom systeem gaat werken dan zou dat vanuit zakelijk oogpunt waarschijnlijk wel kunnen binnen goed afgebakende grenzen. (C)*
- *Zou kunnen, als ze simpelweg alleen de stappen volgen die in het triage-systeem staan, kan er weinig fout gaan denk ik. Voorstander ben ik er niet van, maar dat is persoonlijk. (C)*
- *Ik vind dat je de antwoorden moet kunnen interpreteren, daar heb je medische kennis voor nodig. De simpele meldingen kan je waarschijnlijk behandelen, de ingewikkeldere meldingen, waar je tussen de regels door moet kunnen luisteren, zullen er mogelijk doorheen glippen. (C)*
- *Alleen m.b.t. de eerste paar basisvragen misschien wel, maar daarna is medische opleiding een noodzaak. (M)*

- Niet tot elk niveau van medische problemen. (H)
- Dit kan. Mijn inziens niet zonder tevens het ambulancezorg systeem (A+B vervoer in één systeem) onder de loep te nemen. (H)
- Echter uitsluitend in een sturend systeem (ProQA?). (H)
- Alleen mogelijk indien er sprake is van zeer strakke protocollering. (M)
- Mits hij /zij een sturend triagesysteem ter beschikking heeft. Er dient altijd wel een backoffice met een verpleegkundige te zijn, aangezien geen systeem in staat is om 100% van de meldingen af te handelen. (M)
- Mits ondersteuning door systeem dat sterker sturend moet zijn maar ook "onfeilbaar". (M)
- Alleen als je een volledig sturende triagesystematiek kiest en volledig coöperatieve melders hebt. (O)

Niet mogelijk (LSMA):

- Adequaat uitvragen en daarbij rekening houden met factoren die niet altijd in een uitvraagmethodiek te vangen zijn blijft een specifieke factor. Ik refereer aan het "onderbuikgevoel" van de verpleegkundig centralist. (C)
- Alleen met een strak protocol kan iemand dan een triage doen, zodat hij zichzelf niet schuldig hoeft te voelen als het verkeerd gaat en hij volgens het boekje heeft gehandeld. Het onderbuikgevoel van een medisch opgeleide centralist zal hij echter niet krijgen. En het zal in het begin een aangeleerd trucje zijn, zonder inzicht in gevolgen of zonder inzicht in consequenties van zijn handelen. (C)
- Achtergrond en kennis zijn erg belangrijk, alleen maar werken volgens een standaardisering werkt volgens mij niet, niet ieder melder is een goede of juiste melder. (C)
- Achtergrond geluiden (hulpen of niet snurkende ademhaling), benauwdheid en intonatie stem worden niet herkend. (C)
- Ieder mens is uniek, zo ook de uiting van ziekteverschijnselen. (C)
- Er zit vaak cruciale informatie tussen de regels, in intonatie en in de achtergrondgeluiden. Er is vaak samenhang met eerdere incidenten, daarvoor is medische kennis nodig. (H)
- Belangrijk is dat je je een beeld kunt vormen van de situatie, je je kunt proberen in te leven, dus praktijk ervaring en opleiding is hierbij allebei van belang. (C)
- Dan weet diegene niet eens waar hij/zij het over heeft. (C)
- Hij zou alles volgens een lijstje kunnen vragen maar er is geen inzicht. (C)
- Denk dat een getraind persoon de levensbedreigende casussen er wel uit kan halen, maar we hebben niet alleen te maken met 112 meldingen. De (huis)artsen maken graag gebruik van het potjes-Latijn en ook hier zul je moeten triëren, dit vraagt om een gedegen verpleegkundige opleiding. (C)
- Goede medische kennis blijft essentieel om überhaupt medisch uit te kunnen vragen, een juiste triage uit te kunnen voeren en te indiceren. (C)
- Het gevaar is dat je zonder een gerichte medische opleiding op een verkeerd spoor kunt gaan zitten. (C)
- Het is belangrijk om naast triage ook medische kennis te hebben anders heb je de klok horen luiden en je weet niet waar de klepel hangt. Voor een bedreiging in de abc is het duidelijk maar het gaat juist om de hulpvragen die geen bedreiging zijn maar waar niet helemaal helder is wat het probleem is iemand met een medische opleiding kan dit beter inschatten en adviezen geven. (C)
- Het is niet moeilijk een ambulance ergens naartoe te sturen. Je medische achtergrond geeft je ook het beeld wat je nodig hebt bij een mogelijk beschreven ziektebeeld. Als leek weet je niet dat een kind eindeloos compenseert, en bij op het oog mild omschreven klachten in moeilijkheden is. Er zijn legio voorbeelden. Dat is ook van belang bij het bepalen van urgentie.
- Ik ben van mening dat je een gedegen opleiding nodig hebt om een goede inschatting van de ernst van de situatie te maken. (C)

- *Ik denk dat een "grijze" centralist toch te kort schiet in medische kennis, ervaring en inleving gevoel. (C)*
- *Ik vind dat je minstens medisch onderlegd dient te zijn, omdat er regelmatig meldingen zijn die moeilijk zijn te triëren. (C)*
- *Kennis van gevolgen van traumata op het menselijk lichaam is onontbeerlijk. Dit geldt ook voor gedegen kennis van medische terminologie. Gebruik van één medische term kan al voldoende zijn om een goede inschatting te maken van de ernst van een situatie (spoedmelding huisarts bijvoorbeeld). (C)*
- *Medische opleiding én ervaring uit het ziekenhuis maakt dat je een goed beeld kunt scheppen hoe iemand eruit ziet bij een bepaald ziektebeeld. Waardoor je dus gericht vragen kunt stellen voor goede inschatting ziektebeeld en daarbij behorende inzet van hulp. (C)*
- *Niet elke persoon is geschikt voor meldkamer werk. Er zijn bepaalde vaardigheden vereist. Een medische achtergrond is er daar 1 van. Indien je geen medische achtergrond hebt is het moeilijk om een juist toestandbeeld vast te stellen, omdat je niet over de kennis bezit om zo de juiste vragen te stellen. Mensen zijn uniek en verdienen goede telefonische medische zorg. (C)*
- *Invoelen wat er bij de melder speelt, wat er bedoeld wordt en omgevingfactoren mee laten tellen is een vaardigheid die niet iedereen kan beheersen. (C)*
- *Professie is nodig om dit werk te doen. Het is niet zomaar een verhaaltje wat je kan afdraaien. (C)*
- *Het is dynamisch, dus moet je de informatie die je krijgt ook op waarde kunnen schatten. (C)*
- *Ook al zien we de patiënten niet, we vormen een beeld in ons hoofd waarbij je wel een aangeleerde klinische blik nodig hebt, daar ben ik van overtuigd. (C)*
- *Praktijkervaring is zeker zo belangrijk als opleiding, je hebt ook zeker een 'klinische blik' nodig om tot een goede triage te komen. (C)*
- *Triage gaat altijd gepaard met interpretatie van gegevens. (C)*
- *Niets is zwart wit, wat in triage meespeelt is veel ervaring en ook een niet pluisgevoel. Als er nog steeds bij ernstige incidenten maar één 112 melding binnenkomt en bij kleine dingen tig, is het wel belangrijk dat je weet waar je over praat. (C)*
- *Zonder gerichte opleiding kan je volgens mij niet buiten de vragen om luisteren/denken, je vaart puur op de exacte vragen. Absoluut af te raden. (C)*
- *Zonder medische opleiding kan er geen afwijking worden gemaakt van de standaard en zal er structureel overtriage zijn. Dit is bij beperkte beschikbaarheid van ambulance potentieel gevaarlijk. (C)*
- *Zelf ben ik geen voorstander hiervan. Een verpleegkundige met genoeg specialisaties en veel bagage en jaren ervaring is voor mij de beste triagist. Daar is professie altijd aanwezig. Dan kan een gesprek ook soepeler verlopen. Een patiënt kan het verhaal vertellen zonder dat de centralist de situatie uit het oog verliest. Door relevant en adequaat uit te vragen houdt de centralist de regie over melding. (C)*
- *Ervaring en deskundigheid m.b.t. medische inhoud blijft belangrijk. (C)*
- *Medische kennis is nodig voor snelle herkenning van levensbedreigende aandoeningen. (C)*
- *Medische achtergrond dient aanwezig te blijven. (H)*
- *Ik vind dat ze de straat ervaring missen. (H)*
- *Het gaat natuurlijk wel om competentie. Echter een medische basis moet er zijn. (M)*
- *Ervaring uit het buitenland lijkt weer te geven dat centralisten zonder medische opleiding anders uitvragen en anders sturen. Dit meer op basis van het protocol en er eerder sprake is van te snel of met te hoge urgentie sturen van eenheden. (O)*
- *Medische achtergrond blijft essentieel, juist om zorg op maat te kunnen leveren. (O)*
- *Als vergelijking de triage in HAP? Geen goede zaak, omdat het tijdrovend is. (C)*
- *Dat lukt niet, zelfs met besteld vervoer aanvragen is het wel degelijk van belang dat je een goede uitvraag doet, dat is niet te vatten in een protocol. (C)*

- *Gezien de huidige schaarste van middelen niet goed te doen. (C)*
- *Het protocol wordt leidend, niet de vraag of de vertaling daarvan van de patiënt. (C)*
- *Het zou kunnen, als we een dubbel aantal ambulances in Nederland erbij zetten. (C)*

ProQA

- *Als je een goed ondersteunend programma hebt waar alles protocollair vast is gelegd wel, maar of de zorg er beter door wordt? Daar heb ik mijn bedenkingen bij. (C)*
- *Met AMPDS is dit mogelijk. Voor de restgroep die geen inzet krijgt via AMPDS is aanvullende scholing vereist in een soort backoffice. (H)*
- *Kleine cursus medische terminologie is noodzakelijk. (O)*

Bijlage 8. Opmerkingen Ideale triagemethodiek

C=Centralist, H=Hoofd MKA, M=Medisch Manager, O=Overig. Wanneer een opmerking vaker dan één keer genoemd is het aantal tussen haakjes vermeld.

Ketenzorg (LSMA):

- *Brandweer en politie hebben niets te maken met medische problematiek/termen. MKA heeft geen behoefte aan vaktaal politie/brandweer. Voegt niets toe aan ons werk. (C)*
- *Ik vind dat vakinhoudelijk wij allemaal dezelfde taal moeten spreken, voor politie en brandweer is dit absoluut niet noodzakelijk. (C)*
- *Keten gericht zorg op maat: de juiste zorg op het juiste moment door de juiste persoon of eenheid (differentiatie van inzet mogelijkheid, dus ook rapid responder, zorgambulance, thuiszorg, huisarts of crisisdienst). (C)*
- *Communiceren is natuurlijk belangrijk, maar kan niet verwachten dat brandweer en politie de medische termen hanteren. Bij multidisciplinaire inzetten heel belangrijk dat men elkaar begrijpt en verstaat. Zelf hanteer ik statustaal zoals gebruikelijk in ziekenhuis. (C)*
- *Triagemethodiek binnen de keten komt de kwaliteit van zorg ten goede, en dat is waar we voor staan als verpleegkundig centralist. (C)*
- *Van belang is dat de verschillende disciplines waar nodig dezelfde taal spreken. (H)*
- *Het systeem moet primair gericht zijn op het meldkamer ambulancezorg en ambulancezorg proces. Afgestemd zijn met politie en brandweer. Uniformiteit met huisarts of SEH is niet essentieel daar het om andere zorgprocessen gaat. (M)*

De melder (LSMA):

- *Een ideale triage zou tot stand kunnen komen als de melder naar de vragen luisterde en ook antwoord geeft op de vragen. Soms is het moeilijk om je DABC uit te vragen, omdat de melder niet weet wat er van hem wordt verwacht. Meer duidelijkheid naar het publiek zou denk ik al een grote verbetering opleveren. (C)*
- *Het moet de mogelijkheid bieden om een consultatief gesprek te voeren met patiënten en geen standaard interview als dat nodig is. Soms moet je bij mensen achter de vraag kunnen kijken. (C)*
- *Je kunt een persoon niet in een vakje drukken, hoe graag je dat ook zal willen. Elk mens is verschillend en heeft een persoonlijke benadering en behandeling. Mensen gaan misschien wel dood aan de zelfde ziekte maar niet op de zelfde manier. (C)*
- *Je kunt het nog zo mooi op papier zetten als je wilt. Er zal altijd rekening gehouden moeten worden met de situatie aan de andere kant van de telefoon. Mensen in paniek luisteren niet naar afgeraffelde rijtjes waar een centralist mee aan komt dragen. Weet niet of er dan een juiste urgentie bepaald kan worden. Er zal veel A1 gereden gaan worden.*
- *Voordat je met een goed triagesysteem kan werken, moet je eerst de klant, dus de bevolking instrueren. Wat gebeurt er als je 112 belt? Wanneer bel je, dat je weet dat er vragen worden gesteld en waarom enz enz. Patiënt geeft vaak al heel veel info in zijn eerst verhaal. Ga je door starre uitvraagprotocollen ondermijnen, waardoor je misschien juist dingen mist, of al eerder op dingen kunt inspelen. (C)*
- *Afhankelijk van de situatie van de patiënt en de drukte in de meldkamer zal ook de patiënt ruimte kunnen krijgen voor zijn verhaal. (H)*
- *Een melder kan meerdere aandoeningen hebben, zodat dezelfde klachten toch tot een andere urgentie kunnen leiden. (C)*

Koppeling tussen de systemen (LSMA):

- *Een systeem om mee te werken. Niet naast het GMS. (C)*

- *Handig als het gekoppeld/gelinked kan worden aan GMS. (C)*
- *Koppeling met bestaande systemen. (C)*
- *Optimale koppeling met bestaande meldkamersystemen. (H)*

De centralist (LSMA):

- *Aan begin van de melding krijg je vaak veel relevante informatie van de melder. Protocollen moeten natuurlijk evidence based zijn, maar ook op ervaring van centralisten gebaseerd moeten zijn, voornamelijk instructie protocollen. Als centralist moet je geen robot worden of secretaresse door zomaar dingen op te lezen, je moet bekwaam blijven in je vak en daarbij geschoold en getraind worden door je werkgever en een deel eigen verantwoording zodat je je beroep goed kan uitoefenen. (C)*
- *Een triagesysteem moet aansluiten op de expertise van de MKA centralist, niet vervangen. (C)*
- *Gebruik van gezond verstand en intercollegiale toetsing/overleg. Naslagwerk voor updaten van kennis. (C)*
- *Handzaam, makkelijk toegankelijk, up to date, vakkennis van centralist is essentieel en moet in de toekomst ook essentieel blijven. Het centralisten werk is en blijft een specifiek vak. Iedere patiënt/melder zal individueel benaderd moeten worden. Elke situatie/klacht is weer anders. Goed door blijven vragen om compleet beeld te krijgen is en blijft belangrijk. (C)*
- *Niet alles moet opgehangen worden aan triage. Belangrijk blijft vooral eigen kennis/inzicht. Twee patiënten met gelijke klachten kunnen een totaal ander ziektebeeld hebben. (C)*
- *Ruimte om kennis en ervaringen te gebruiken bij het optimaal triageren van een melding. (C)*
- *Als het maar door een ieder hetzelfde gehanteerd wordt. Het moet snel, accuraat en werkbaar zijn. (C)*
- *Verschillende centralisten komen tot dezelfde conclusie bij de zelfde patiënt (urgentie en zorgvraag). (M)*

Overig LSMA:

- *De ideale triagemethodiek voldoet aan alle punten in het document dat door de NVMMA is uitgegeven. (M)*
- *Duidelijk, overzichtelijk, technisch ondersteund, geïntegreerd, makkelijk te gebruiken, eenvoudig meer informatie (melderinstructie, link naar gifcentrum, etc.) kunnen krijgen, er moet vanaf geweken kunnen worden maar dit moet wel beargumenteerd worden. (O)*

ProQA:

- *Gebruikersvriendelijk/ondersteunt door ICT. (H)*

Bijlage 9. Opmerkingen introductie nieuwe triagemethodiek

C=Centralist, H=Hoofd MKA, M=Medisch Manager, O=Overig. Wanneer een opmerking vaker dan één keer genoemd is het aantal tussen haakjes vermeld.

Kanttekeningen nieuwe triagemethodiek (LSMA):

- *Als het tot een verbetering kan leiden. (C) (3)*
- *Afhankelijk van het aanbod. (C)*
- *Mits van goed niveau. (C)*
- *Alleen als ondersteuning. Niet als beslisboom of als middel op ander soort centralisten te introduceren. (C)*
- *Als de geboden kwaliteit maar niet naar beneden gaat. (C)*
- *Als het een zinvolle aanvulling is en mij helpt mijn kennis en bekwaamheid op peil te houden, sta ik zeker open voor andere triagemethodieken. (C)*
- *Als het maar ter ondersteuning van de MKA centralist is en niet dat ik er voor het systeem ben. (C)*
- *De hele manier van werken kan anders. Het is logisch dat we eenduidig moeten werken, de melder moet afhankelijk zijn van de luimen van de centralist. Je kunt je ook afvragen of het nu zo slecht geregeld is, en wat er goed gaat. En of wat er mis alleen te verbeteren valt met een anders systeem. Daarnaast is het maar de vraag of een nieuw triage systeem ervoor zorgt dat er geen fouten of verbeteringen meer nodig zijn. (C)*
- *Een triagemethodiek waar je als verpleegkundige wel je eigen professionaliteit bij kunt en mag uitoefenen. (C)*
- *Eerst fundamentele discussie verpleegkundige inbreng op MKA, anders wordt het een herhaling van zetten. Nu geeft de situatie kansen aan allerlei triagesysteemmakers om hun systeem commercieel uit te venten op de meldkamers en blijft de inhoudelijke discussie achterwege. (C)*
- *Het moet wel een systeem zijn die het nog waard maakt om op de MKA te werken, je professie uit te oefenen en niet dat het een systeem wordt die iedereen verpleegkundige of niet uit kan oefenen. Dit zal het werk voor verpleegkundigen minder aantrekkelijk maken (waaronder mijzelf). (C)*
- *Ik ben van mening dat het altijd goed is om open te staan voor veranderingen om de kwaliteit op een zo hoog mogelijk peil te houden of te brengen binnen de MKA. Met dien verstande dat er geen 'verschraling' optreedt van de reeds aanwezige kennis, opleiding(en) en ervaringen. (C)*
- *Ik sta altijd open voor nieuwe invloeden. Ben alleen wel heel sceptisch tegen het volledig methodisch uitvragen, zonder mogelijkheid van afwijken. (C)*
- *Ik sta daar zeker open voor zodat iedereen dezelfde zorg kan krijgen, maar moet wel in het kader van de WGBO door verpleegkundige gedaan worden. (C)*
- *Ik sta hier wat dubbel in. Er zijn al zoveel ontwikkelingen en dan ook dit weer. Aan de andere kant; verbeteringen zijn natuurlijk altijd welkom en noodzakelijk. (C)*
- *Ik zou pleiten voor een landelijk systeem binnen de MKA 's. (C)*
- *Ligt eraan welk systeem en hoe star het is. Voor mij hoeft het niet anders. Vindt wel dat collega's meer moeten vasthouden aan de DABC systematiek. (C)*
- *Maar dan moet het wel een heel gebruiksvriendelijke triagemethodiek zijn, die je ondersteund, maar niet dwingt. (C)*
- *Maar met een duidelijk kennis en vaardigheids niveau, waardoor het moeilijke vak van verpleegkundig centralist wordt ondersteund. En niet door managers die denken dat je voor een paar cent op de eerste rang kunt gaan zitten. (C)*
- *Maar wel één waarbij je wel moet blijven nadenken. (C)*

- *Mits goed onderbouwd en gedragen door de hele beroepsgroep van centralisten, niet opgedrongen door externen of omdat de MMA het zo handig vind. (C)*
- *Mits het de kwaliteit van zorg bevordert en de individuele zorgvrager tegemoet komt.*
- *Mits het een ondersteunend middel is en niet sturend. (C)*
- *Mits ondersteunt en gedragen door de beroepsgroep centralisten en een kwaliteit verbetering voor klant en maatschappij (kosten bewaking gezondheidszorg). (C)*
- *NTS zeer welkom, maar zeker geen ProQA. Met ProQA wordt elke kennis m.b.t. zorg (MKA is en blijft een zorginstelling) mijn inziens tot nul gereduceerd. (C)*
- *Triagemethodiek alleen als dat blijft als ondersteuning van de professie. Nederland is gelukkig geen Amerika. We zijn trots op onze meldkamer en ambulancezorg, die met elkaar op professionele manier de zorgvragen afhandelen. Laat dat vooral zo blijven en ga deze beroepsgroep niet verder uithollen. (C)*
- *Zeer zeker wel, mits goed geïnstrueerd en gefaciliteerd. Neem er ruim de tijd voor en zorg dat je alle centralisten op één lijn krijgt. (C)*
- *Zolang er maar wel vrijheid in zit, want niet elk gesprek verloopt hetzelfde door dat melders verschillen en de emoties waarin de melding wordt gedaan verschilt. (C)*
- *Zolang het mijn werk ondersteunt en niet overneemt. Dus géén ProQA; is slecht voor het vak. Dan kun je leken achter de knoppen zetten en zal het ambulancevervoer steeds duurder worden, omdat er veel meer ritten verreden gaan worden. (C)*

Overig (LSMA):

- *Aangezien we nu LSMA1 gebruiken, zijn we hard toe aan vernieuwing. (C)*
- *Nee, ben tevreden met degene die we nu hanteren. Heb daar alle mogelijkheden in. En het geeft me het gevoel de mensen goed en op een verantwoorde manier te kunnen helpen. (C)*
- *Slechter dan LSMA1 kan volgens mij niet. (C)*
- *Als de uitkomst van het onderzoek blijkt dat de aanbevolen methode één van de betere blijkt te zijn, ben ik bereid die te volgen. (C)*
- *Wij hebben verwachtingen van een MKA, maar mogen deze ook hebben van de melders. (C)*
- *Weet ik niet, weet wel zoals wij nu werken, is het niet veilig, ligt altijd de fout bij jou. Ik denk echter dat als er een ander systeem komt, dit niet beter wordt. Het is lastiger om niet te sturen dan op elke melding een ambulance in te zetten en dáár is nu net het verschil. (C)*
- *Meer uniformiteit. (C)*
- *Aangevuld met kwaliteitsmeetsysteem HAAK+. (M)*
- *Het LSMA voldoet niet als het gaat om patiëntveiligheid, dit verbeteren is essentieel. (M)*
- *Ik zou graag willen dat NTS breed wordt ingevoerd. LSMA2 is al redelijk volgens dat format. (M)*
- *Introductie is goed, helaas is het moeilijk oefenen en als het niet bevalt, dan kan je niet meer terug. Jammer is dat bij de introductie van ProQA laatst het als een zaligmakend triagesysteem gezien wordt. (C)*

ProQA

- *We zijn in de implementatiefase van AMPDS, dus stappen wij niet zomaar over op een ander systeem. (H)*
- *Mits deze tenminste voldoet aan de uitgangspunten van ProQA (strikt volgen protocol, geen keuzevrijheid). (O)*

Bijlage 10. Opmerkingen overig

C=Centralist, H=Hoofd MKA, M=Medisch Manager, O=Overig. Wanneer een opmerking vaker dan één keer genoemd is het aantal tussen haakjes vermeld.

- *Er wordt in Ambulance Nederland nogal eens voorbij gegaan aan het feit dat het meldkamerwerk uit twee facetten bestaat. Triage EN Uitgifte. Nu ligt de nadruk in heel Nederland op triage, maar het is wel van belang dat je ook de ambulances beschikbaar hebt om de daadwerkelijke spoedritten weg te kunnen rijden. In mijn ogen gaat het nog altijd om de patiënt. Het is belangrijk om die de juiste zorg te kunnen verlenen en als dat een ambulance is, moet die er binnen 15 minuten staan. Maar de andere kant is dat een ambulance met loeiende sirenes ook impact heeft op mensen, zowel in het verkeer als in de buurt. Daar moet zorgvuldig mee worden omgegaan, dus de juiste ketenpartner voor de patiënt. (C)*
- *Het beroep van centralist is heel specifiek en moet in mijn ogen beschermd worden. Niet teveel dingen vast leggen. Kennis en vaardigheden van belang. Niet te grote meldkamers waarin melders nummers worden. Aanname en uitgifte niet scheiden. Hoe groter de meldkamer hoe minder overzicht, informatie gaat dan over teveel schijven. Het aansturen van bemanning en de samenwerking/communicatie verloopt veel beter indien je elkaar kent. (C)*
- *Ik hoop dat we landelijk een eenduidig systeem gaan krijgen die door een ieder gehanteerd MOET worden. Welk systeem het ook is, er is altijd wel iets van te vinden en over te roepen. We moeten mee met wat het dan ook wordt. Ik zal voor mezelf uitmaken of dat jasje me past al dan niet en daar conclusies uit trekken. Het was/is nu te vrijblijvend en zelfs MMA afhankelijk waardoor je als centralist niet sterk staat bij klachten of te volgen systematiek. Vind het wonderlijk dat meldkamers met verschillende systemen werken en zelf kunnen zeggen dat ze niet mee doen met landelijk gemaakte afspraken. (C)*
- *Ik maak me zorgen over de landelijke ontwikkelingen binnen het vak, de samenvoeging van MKA's, van 25 naar 10. Dit zal de kwaliteit van ambulancevervoer niet bevorderen. Integendeel. Sinds ik op de MKA werk zijn er ontwikkelingen, ieder jaar heel veel nieuwe dingen. Dat maakt het ook leuk, maar ook vaak erg vermoeiend en onrustig. En die onrust blijft... maakt het er allemaal niet leuker op, en dat wordt allemaal beslist door mensen die er geen verstand van hebben. Iets leuks zien in een ander land en zichzelf dan willen profileren als minister en dat dan doorduwen. Dus het draait zoals overal en altijd alleen maar om twee dingen: cijfers en geld. (C)*
- *Met de implementatie destijds van de LSMA is er met nadruk op gewezen dat de LSMA niet als uitvraagboom gebruikt zou mogen worden. De LSMA diende als ondersteuning van het werk en zou tevens als bescherming van de verpleegkundig centralist kunnen dienen. Ik weet dat niet op alle MKA's met verpleegkundigen gewerkt wordt. Dat is waarschijnlijk ook de reden dat met andere triage modellen gewerkt moet gaan worden. Het is uit den boze om niet-medisch geschoold personeel dit beroep uit te laten oefenen en nog kwalijker is het om met het grootste gemak politie- en brandweerpersoneel op de MKA in te zetten. Een ordinaire bezuinigingsactie en erger nog: een uitholling van dit mooie, maar moeilijke beroep. (C)*
- *Protocolen zijn heel belangrijk maar het blijft altijd mensenwerk, maar wel met vakkennis en opnoemen van vragen uit een "uitvraagboek". De zorg is duur in Nederland maar wel vakkundig. Waarom moeten we zo op Amerika gaan lijken? (C)*
- *Persoonlijk sta ik erg sceptisch t.o.v. een ideaal triagesysteem: zou die bestaan? Het kan als aanvulling c.q. naslagwerk dienen, maar kan niet de professionele centralist vervangen. (C)*
- *Telefonische triage blijft lastig. Ik ben van mening dat een verpleegkundige achtergrond hierbij wel kan helpen, zeker met het gegeven dat ambulance zorg een schaars goed is. (C)*
- *Vind het jammer dat er altijd naar een oplossing wordt gekeken hoe we de MKA kunnen verbeteren, terwijl er ook wel eens wat gedaan kan worden aan de melder. De melder weet niet wat ervan hem/haar wordt verwacht. Misschien is Postbus 51 een idee. (C)*