



Medische noodzaak van consulten op de HAP: Verskil in Inschatting tussen Triagisten en Artsen (VITEA)

Rick Müskens, Msc

Dr. Marleen Smits

Drs. Piet Mout

Dr. Paul Giesen

Nederlands Kennisnetwerk Spoedzorg

IQ healthcare

UMC St. Radboud, Nijmegen

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	Telefoon: 024 36 15 305
Postbus 9101	Fax: 024 35 40 166
6500 HB Nijmegen	

Bezoekadres: Geert Groteplein 21 Nijmegen

Inhoudsopgave

Samenvatting	5
Inleiding	7
Methode	10
Design en setting	10
Populatie	10
Instrument	11
Procedure dataverzameling	11
Variabelen	11
Data-analyse	12
Resultaten	13
Kenmerken deelnemende huisartsen en triagisten	13
Urgentie-inschatting triagisten en huisartsen	14
Noodzakelijkheid consult	15
Voorspellers van een discrepantie in urgentie-inschatting	17
Voorspellers van een zinvol telefonisch advies huisarts	20
Discussie	20
Belangrijkste bevindingen en interpretatie	20
Sterke en zwakke punten van het onderzoek	24
Aanbevelingen voor de praktijk en vervolgonderzoek	24
Referenties	27
Dankwoord	29
Bijlage 1 Vragenlijst huisarts	31

Samenvatting

Inleiding

Triage is een kwetsbaar onderdeel van het zorgproces en dient zowel veilig als doelmatig te zijn. Onder dienstdoende huisartsen bestaat het gevoel dat triagisten te hoge urgenties afgeven. Overtriage is ondoelmatig en kan leiden tot overbehandeling, medicalisering, iatrogene schade, afhankelijkheid van de zorg en een grotere werkbelasting voor huisartsen. Bovendien kan het de veiligheid van patiënten verlagen indien er door de toename van het aantal laag urgente consulten een capaciteitsprobleem ontstaat met alle gevolgen van dien voor de behandeling van hoger urgente cases.

Doel van dit onderzoek is het in kaart brengen van de verschillen in urgentie-indeling tussen triagisten (tijdens telefonische triage) en huisartsen (na het consult) op de huisartsenpost en de noodzakelijkheid van het consult volgens de huisarts.

Methode

Een inventariserend cross-sectioneel vragenlijstonderzoek op de huisartsenpost Amersfoort. Tijdens vier doordeweekse avonden en drie weekenddagen werden in totaal 302 consulten geïnccludeerd die tijdens telefonische triage waren geclassificeerd als U3, U4 of U5. Na afloop van het consult vulde de huisarts een vragenlijst in met vragen rondom de urgentie en medische noodzaak van het consult. Ook werden enkele patiënt- en contactgegevens uit de patiëntenverslagen gehaald en werden achtergrondkenmerken van de betrokken triagisten en huisartsen geregistreerd.

Resultaten

Huisartsen vonden 68% van de consulten medisch noodzakelijk. In 22% van de consulten vonden de huisartsen dat in verband met contextuele factoren een consultaanbod invoelbaar en te rechtvaardigen was. In 11% van de gevallen oordeelden zij, na het consult, dat het consult overbodig was geweest. De belangrijkste contextuele factoren bij de medisch niet noodzakelijke maar wel invoelbare consulten waren: ongerustheid, pijn en verschil in informatie aan telefoon en tijdens het consult. Een telefonisch gesprek en advies van een huisarts zou 71% van de niet medisch noodzakelijke consulten (zowel invoelbare als overbodige consulten) hebben kunnen voorkomen, naar het oordeel van de huisartsen.

In 50% van de consulten werd de urgentie door de huisartsen achteraf anders ingeschat. Daarbij moet opgemerkt worden dat triagisten in hun oordeel contextuele factoren mee hebben gewogen. In het huisartsenoordeel zijn die in eerste instantie buiten beschouwing

gelaten. Zo beschouwd, en dus alleen oordelend op medisch inhoudelijke gronden was er bij 8% van de consulten sprake van een hogere urgentie achteraf en bij 42% een lagere urgentie achteraf. In de meeste gevallen verschilde de urgentie slechts één graad. Discrepantie in urgentie-indeling trad vaker op bij klachten uit groep R (Tractus respiratorius) en bij huisartsen die niet praktijkhoudend waren.

Conclusie

Uit dit onderzoek komt naar voren dat huisartsen 89% van de aangeboden consulten noodzakelijk of invoelbaar vinden. Het gevoel van huisartsen dat er onterecht veel patiënten met laagurgente klachten een consult krijgen, is dus gebaseerd op slechts 11% overbodige consulten.

Het verdient aanbeveling om vervolgonderzoek uit te voeren naar de rol die de telefoonarts kan spelen bij het terugdringen van het aantal medisch niet noodzakelijke consulten. Ook is aan te bevelen om dit onderzoek in andere regio's te herhalen om de resultaten te kunnen generaliseren naar heel Nederland en om hardere uitspraken te kunnen doen over de resultaten. Het onderzoek is uitgevoerd op een huisartsenpost voordat daar ICT-ondersteunde triage was ingevoerd. Het is interessant de invloed van ICT-ondersteuning op de uitkomst van de triage te onderzoeken.

Inleiding

Rond het jaar 2000 is de huisartsenzorg buiten kantoor tijd getransformeerd van kleinschalige waarneemgroepen naar ongeveer 125 grootschalige huisartsenposten.¹⁻⁴ Deze opschaling is ook in andere westerse landen zichtbaar en leidde tot een vermindering van de werkbelasting, verbetering van de arbeidsomstandigheden en een betere scheiding van werk en privéleven.¹⁻⁹ Huisartsenposten zijn bedoeld voor spoedeisende hulpvragen die niet kunnen wachten tot de volgende werkdag van de eigen huisarts. In werkelijkheid gaat het bij ongeveer 50% van de patiëntcontacten om hulpvragen die niet spoedeisend zijn (U4 en U5).¹⁰ Slechts 9,0% valt in de hoogste urgentie categorieën (U1 en U2). Bovendien is het totaal aantal patiëntcontacten op huisartsenposten in de periode 2005-2012 gestegen met 20,3%.¹⁰ Het aantal consulten nam toe met 19,8%.¹⁰

Telefonische triage

De urgentie inschatting wordt gemaakt op basis van (telefonische) triage. De telefonische triage wordt uitgevoerd door doktersassistenten of verpleegkundigen en vindt plaats op de huisartspost zelf of in een callcenter. Ter ondersteuning van de triage gebruikt 62% van de huisartsenposten een computerondersteunde applicatie of module van de NHG-TriageWijzer of de NTS. In 70% van de huisartsendienstenstructuren (HDS) met callcenter wordt de triage ondersteund door een regie- of telefoonarts. Bij huisartsenposten waar de triage op de postlocatie zelf wordt gedaan wordt in 35% een regie- of telefoonarts ingezet. In de andere gevallen wordt de triage ondersteund door een of meerdere huisartsen die daarnaast ook consulten doen.¹⁰

Veiligheid en doelmatigheid

Triage is een kwetsbaar onderdeel van het zorgproces en dient zowel veilig als doelmatig te zijn.¹¹ Veiligheid voor de patiënt betekent dat de triagist niet al te terughoudend mag zijn als het gaat om consulten en huisbezoeken. Daartegenover staat dat streven naar 100% veiligheid kan leiden tot te veel of onnodig handelen (ondoelmatigheid). Door de balans die gevonden moet worden tussen veiligheid en doelmatigheid kan telefonische triage gezien worden als een complex en kwetsbaar onderdeel van de zorg op de huisartsenpost.¹²

Overtriage

Telefonische triage wordt bemoeilijkt doordat het onbekende patiënten betreft, met een meestal ontbrekend dossier en een grotere a priori kans op levensbedreigende

aandoeningen.¹² Bij onzekerheid zijn triagisten geneigd om veilige beslissingen te nemen, wat leidt tot overtriage.¹³ Overtriage is ondoelmatig en kan bovendien de veiligheid van patiënten verlagen, indien het resulteert in een toename van laag urgente consulten. Hierdoor kan een delay ontstaan in de behandeling van hoger urgente cases. Ook kan overtriage leiden tot overbehandeling, iatrogene schade door vervolgdagnostiek en/of -behandeling, medicalisering en meer afhankelijkheid van de zorg en een grotere werkbelasting voor huisartsen.^{1, 5, 13}

Onder dienstdoende huisartsen bestaat het gevoel dat triagisten te hoge urgenties afgeven (bv U4 ipv U5). Uit een enquête onder 422 dienstdoende huisartsen blijkt dat 84% vindt dat door de telefonische triage onterecht veel patiënten met laagurgente klachten een consult of visite krijgen. Dit wordt volgens 87% veroorzaakt door het triagesysteem, 84% van de huisartsen noemt ook het gedrag van de triagist als oorzaak.¹⁴

Het is onbekend of deze gevoelens van huisartsen terecht zijn. Tijdens triage komen mogelijk contextuele factoren aan bod die voor de triagist aanleiding zijn geweest de urgentie te verhogen, terwijl de huisarts dat mogelijk niet noodzakelijk zou hebben gevonden. Verder bestaan er mogelijk ook verschillen tussen huisartsen en triagisten in de weging van de relevante urgentiecriteria, wat kan leiden tot een verschil in inschatting van de urgentie. Tenslotte kan grote drukte aan de telefoon maken dat triagisten minder tijd nemen en dus sneller een consult afspreken.

Ondertriage

Zoals veiligheid en doelmatigheid twee benen van een communicerend vat zijn, zijn overtriage en ondertriage dat ook. Ondertriage is potentieel onveilig. Uit een systematische review naar veiligheid van triage bleek dat in de studies met echte patiënten de triage gemiddeld in 97% van alle contacten veilig was. Dit percentage lag wat lager (89%) bij patiëntcontacten met een hoge urgentie.¹³ Daarbij moet aangetekend worden dat ondertriage potentieel onveilig is; lang niet alle gevallen van ondertriage leiden tot schade voor de patiënt.

Een poging de onveiligheid terug te dringen leidt over het algemeen tot meer overtriage, met alle hierboven beschreven (niet altijd veilige) gevolgen van dien. Waar de weegschaal van over- en ondertriage in een verantwoorde balans verkeert is onbekend.

Verminderen laagurgente consulten

Huisartsen verwachten veel resultaat in het terugdringen van laagurgente consulten op de huisartsenpost door het vergroten van de rol van de telefoonarts: 80% acht dit zinvol en wenselijk.¹⁴ Daarnaast is 81% van de huisartsen voorstander van een strengere triage.¹⁴ Mogelijk zijn er patiëntencategorieën te identificeren waarbij telefonische advisering door een

huisarts zinvol kan zijn of waarbij met de huidige manier van telefonische triage onvoldoende wordt gedifferentieerd tussen spoed en geen spoed.

Onderzoeksvragen

Doel van dit onderzoek is het in kaart brengen van de verschillen in urgentie-inschatting tussen triagisten (tijdens telefonische triage) en huisartsen (na afloop van het consult) op de huisartsenpost en de noodzakelijkheid van het consult volgens de huisarts.

Het onderzoek kent de volgende vraagstellingen:

- 1) Wat zijn de overeenkomsten en verschillen tussen triagisten en huisartsen betreffende hun urgentie-inschatting van een consult?
 - a. Zijn er patiënt- en contactkenmerken te identificeren waarbij een discrepantie in beoordeling vaker voorkomt?
 - b. Zijn er hulpverlenerskenmerken waarbij een discrepantie in bovengenoemde beoordeling vaker voorkomt?
- 2) Welk deel van de consulten op de post is volgens huisartsen achteraf gezien medisch noodzakelijk?
- 3) Welke deel van de medisch niet-noodzakelijke consulten vinden huisartsen wel invoelbaar?
 - a. Op basis van welke contextuele factoren vinden huisartsen dat?
- 4) Welk deel van de medisch niet-noodzakelijke consulten had met een telefonisch advies door een huisarts kunnen worden voorkomen?
 - a. Zijn er patiënt- en contactkenmerken te identificeren waarbij telefonische advisering door een huisarts vaker zinvol wordt geacht?
- 5) Bij welk deel van de medisch niet-noodzakelijke consulten had de triagist de hulpvraag zelf kunnen afhandelen met een zelfzorgadvies of verwijzing naar eigen huisarts?

Methode

2.1 Design en setting

Het betreft een inventariserend cross-sectioneel vragenlijstonderzoek op de huisartsenpost Amersfoort. De dataverzameling vond plaats in de periode juni en juli 2013 op twee zaterdag overdag, een zondag overdag, twee donderdagavonden en twee vrijdagavonden.

Huisartsenpost Amersfoort

Op de huisartsenpost Amersfoort bevinden de triagisten zich op de post zelf, waarbij zij ook contacten triëren voor een satelliet van de huisartsenpost in een afgelegen deel van het verzorgingsgebied. Op deze satellietpost wordt in het weekend overdag spreekuur gehouden en 's avonds dient de satelliet als standplaats voor de derde visite-auto.

Er zijn in totaal 57 triagisten werkzaam op de huisartsenpost; minimaal twee in de nacht, op reguliere avonden vier en in het weekend tot maximaal tien zaterdag-overdag. Er is altijd een regiearts aanwezig, in het weekend overdag bijgestaan door een assistent-regiearts of telefoonarts. Regie- én telefoonarts kunnen door de triagisten worden geraadpleegd voor advies, doen laag urgente terugbelacties, nemen moeilijke telefoontjes van de triagisten over, fatteren door de triagisten telefonisch afgehandelde laag urgente contacten en controleren en tekenen (herhaal-)receptaanvragen. De eerste regiearts houdt zich verder nog bezig met visite(auto)toewijzing en heeft de supervisie over het hele team.

Er zijn 190 huisartsen verbonden aan de huisartsenpost. Op doordeweekse avonden zijn er twee consultartsen, twee visite-artsen, een eerstelijnsverpleegkundige en een regiearts aanwezig. In het weekend zijn er twee tot vier consultartsen, twee tot drie visite-artsen en is er naast de regiearts, tijdens piekuren overdag, een extra regie/telefoonarts en een eerstelijnsverpleegkundige. 's Nachts hebben drie artsen dienst, waarbij regie-, consult- en visitedienst roteren. Als de dienstdruk het toelaat is het daardoor mogelijk ook een slaap-, waak-, werkrooster te realiseren.

De HAP draagt, samen met de satellietpost die 's nachts gesloten is, de zorg voor een patiëntenpopulatie van rond de 350.000. De triage wordt analoog ondersteund door de NHG-TriageWijzer.

Populatie

Het streven was om ongeveer 300 consulten op de huisartsenpost te includeren waarvan door de triagist de urgentie was bepaald als U3, U4 of U5. Op de dataverzameldagen werden zoveel mogelijk achtereenvolgende consulten geïncludeerd. Consulten zonder telefonische triage werden geëxcludeerd.

Het aantal van 300 U3, U4 en U5 consulten wordt voldoende geacht voor een brede variëteit aan hulpvragen. Het getal is ook gekozen op basis van onze ervaring met dergelijk onderzoek en rekening houdend met het budget en de belasting voor de huisartsenpost.

Instrument

Naar aanleiding van de onderzoeksvraag werd door de huisarts-onderzoeker van de huisartsenpost Amersfoort een eerste opzet van de vragenlijst aangeleverd. Binnen het onderzoeksteam, bestaande uit twee huisarts-onderzoekers (waarvan één van de huisartsenpost zelf), een arts-onderzoeker en een methodologisch geschoold onderzoeker, is deze vragenlijst meerdere malen bewerkt en aangevuld.

Procedure dataverzameling

Op onderzoeksdagen werden de kenmerken van de deelnemende huisartsen en triagisten geregistreerd. De deelnemende huisartsen en triagisten kregen een code ten behoeve van anonimisering. Huisartsen werd gevraagd na ieder telefonisch getriemd U3-, U4- en U5-consult een vragenlijst in te vullen (zie bijlage 1) en het betreffende consultverslag uit te printen. Consulten door de eerstelijns verpleegkundige werden eveneens geïncludeerd, hierbij werden de vragenlijsten gezamenlijk door de eerstelijnsverpleegkundige en de superviserend huisarts ingevuld. Consultverslag en vragenlijst werden aan elkaar gehecht en door de arts-onderzoeker op de post geanonimiseerd.

Variabelen

De volgende variabelen werden in kaart gebracht:

Met betrekking tot het consult

- Leeftijd patiënt (in jaren)
- Geslacht van patiënt
- Klacht en diagnose (ICPC of klachtencategorie)
- De afgegeven urgentie (U3, U4, U5)
- Datum en tijdstip telefonisch contact en consult
- Gezien door eerstelijnsverpleegkundige (ja/nee)
- Urgentie volgens de huisarts (U1, U2, U3, U4, U5)

- Medische noodzaak van het consult op de moment (ja/nee)
- Invoelbaarheid van het consult (ja/nee)
- Invoelbaarheid op basis van welke contextuele factoren
- Handeling in plaats van consult (zelfzorgadvies, eigen huisarts, geen actie)
- Vervanging consult door telefonisch contact met huisarts van HAP (ja/nee)

Met betrekking tot de triagist:

- Leeftijd (in jaren)
- Geslacht
- Ervaring als triagist (in jaren)
- Werkuren in de week als triagist (in uren)
- Vooropleiding (doktersassistent, verpleegkundige, verzorgende)
- Triagediploma (ja/nee/in opleiding)

Met betrekking tot de huisarts:

- Leeftijd (in jaren)
- Geslacht
- Ervaring huisarts (in jaren)
- Huisartsstatus (huisarts / waarnemend huisarts / HIDHA / AIOS)

Data-analyse

De gegevens werden in een database ingevoerd en met SPSS 20.0 geanalyseerd. Achtergrondkenmerken van de huisartsen en triagisten en de vragen rondom de noodzakelijkheid van het consult zijn in kaart gebracht met behulp van beschrijvende statistische analyses. De urgentie-inschatting van de triagist werd vergeleken met het oordeel van de huisarts achteraf. Om te bepalen welke patiënt- en consultkarakteristieken samenhangen met het optreden van een discrepantie in de urgentie-inschatting tussen triagist en huisarts, werden T-toetsen en chi-kwadraat toetsen uitgevoerd.

Resultaten

Kenmerken deelnemende huisartsen en triagisten

Aan het onderzoek namen in totaal 25 huisartsen of huisartsen in opleiding deel, waarvan 64,0% vrouw. De gemiddelde leeftijd van de huisartsen was 42,8 jaar met een gemiddelde werkervaring als huisarts van 12,2 jaar. Het grootste gedeelte van de huisartsen had een eigen praktijk (56%) (Tabel 1).

Tabel 1. Karakteristieken van de huisartsen

	Gemiddelde	SD	Range
Leeftijd (in jaren)	42,8	10,6	27 - 61
Werkervaring als huisarts (in jaren)	12,2	10,2	0 - 32
	N=aantal	Percentage	
Geslacht			
- Man	9	36,0	
- Vrouw	16	64,0	
Huisartsstatus			
- Gevestigd	14	56,0	
- Waarnemend	6	24,0	
- HIDHA	1	4,0	
- AIOS	4	16,0	

In totaal namen 34 triagisten deel aan het onderzoek, allemaal vrouwen. De gemiddelde leeftijd van de triagisten was 39,1 jaar. Gemiddeld werkten ze 12,4 uur in de week als triagist en hadden ze 4,8 jaar ervaring als triagist op de huisartsenpost. Van de triagisten was 73,5% in het bezit van een triagediploma en 20,6% was in opleiding. De twee triagisten die niet in opleiding waren, zaten nog in een proefperiode en zouden starten wanneer ze werden aangenomen. De meesten hadden een vooropleiding tot doktersassistent (79,4%) of tot verpleegkundige (14,7%) gevolgd (Tabel 2).

Tabel 2. Karakteristieken van de triagisten

	Gemiddelde	SD	Range
Leeftijd (in jaren)	39,1	9,7	21 - 60
Werkervaring als triagist (in jaren)	4,8	4,0	0 - 11
Werkuren per week	12,4	5,1	2 - 24
	N=aantal	Percentage	
Geslacht			
- Vrouw	34	100	
Triagediploma			
- Ja	25	73,5	
- Nee, wel in opleiding	7	20,6	
- Nee	2	5,9	
Vooropleiding			
- Doktersassistent	27	79,4	
- Verpleegkundige	5	14,7	
- Verzorgende niveau 3	1	2,9	
- Ziekenverzorgende	1	2,9	

Urgentie-inschatting triagisten en huisartsen

In totaal werden 302 consulten geïnccludeerd met een door de triagist afgegeven urgentie van U3, U4 en U5 (Tabel 3). Bij 50,3% (N=152) consulten werd de urgentie door de triagisten hetzelfde ingeschat als door de huisartsen achteraf. Bij 116 consulten (38,4%) verschilde de urgentie zoals ingeschat door de triagisten slechts één stap met de achteraf inschatting van de huisarts. Bij 34 consulten (11,3%) verschilde de inschatting twee of meer stappen. Er was bij 23 consulten (7,6%) sprake van een hogere urgentie achteraf en bij 127 consulten (42,1%) een lagere urgentie achteraf, met dien verstande dat de huisarts alleen medische factoren had gewogen en de contextuele factoren nog niet in zijn oordeel had betrokken. Conform de aanwijzingen in de NTS/NHG-TriageWijzer wegen triagisten contextuele factoren wel mee in de urgentie inschatting.

Tabel 3. Urgentie-inschatting triagisten versus huisartsen

		Urgentie door huisarts				
		U2	U3	U4	U5	Totaal
Urgentie door triagist	U3	2	103	77	32	214
	U4	1	18	49	18	86
	U5	0	1	1	0	2
	Totaal	3	122	128	50	302

Noodzakelijkheid consult

De huisartsen vonden 32,1% van de consulten medisch niet noodzakelijk. In 67,0% van de medisch niet noodzakelijke consulten vonden zij het wel invoelbaar dat de patiënt een consult kreeg. De meest voorkomende contextuele factoren voor een invoelbaar consult waren ongerustheid bij de patiënt (60,0%) en pijn (35,4%). In 13,8% van de consulten was de informatie aan de telefoon anders dan tijdens het consult, bijvoorbeeld omtrent de aanwezigheid van een alarmsymptoom of de grootte van een wond. Andere contextuele factoren die werden genoemd zijn het al onderweg zijn van de patiënt, de leeftijd van de patiënt, een communicatieprobleem (taalbarrière), dreigend conflict en het feit dat patiënt op korte termijn op vakantie ging.

Huisartsen vonden 10,6% van de consulten die op de huisartsenpost worden gezien medisch niet noodzakelijk noch invoelbaar. Kortom, van alle consulten was 67,9% medisch noodzakelijk, 21,5% invoelbaar 10,6% overbodig.

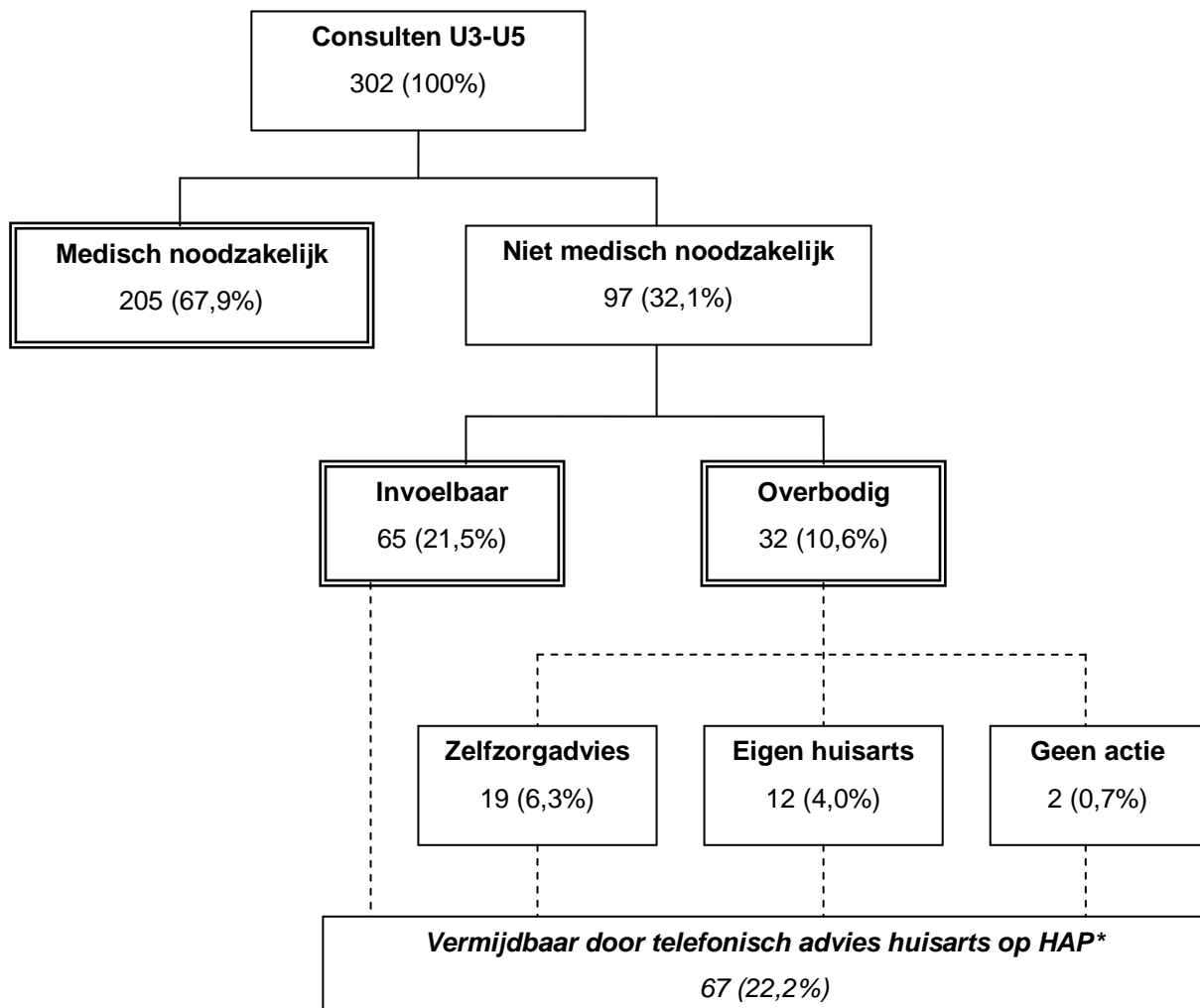
Van de niet medisch noodzakelijke consulten schatten de huisartsen in dat in 71,3% van de gevallen deze voorkomen hadden kunnen worden door een telefonisch gesprek en advies van een huisarts. De consulten welke de huisartsen medisch niet noodzakelijk én niet invoelbaar vonden hadden volgens de huisarts in de meeste gevallen een zelfzorgadvies kunnen krijgen (57,6%) of naar het spreekuur van de eigen huisarts kunnen worden verwezen (36,4%). Slechts tweemaal werd aangegeven dat er in zijn geheel niets hoefde te gebeuren (Tabel 4 en Figuur 1).

Tabel 4. Noodzakelijkheid consult

	N = Aantal	Percentage
Medisch noodzakelijk		
- Ja	205	67,9
- Nee	97	32,1
Medisch niet noodzakelijk maar wel invoelbaar		
- Ja	65	67,0
- Nee	32	33,0
Invoelbare contextuele factoren*		
- Ongerustheid bij patiënt	39	60,0
- Pijn	23	35,4
- Informatie aan telefoon anders dan tijdens consult	9	13,8
- Patiënt reeds onderweg	1	1,5
- Leeftijd van de patiënt	1	1,5
- Communicatieprobleem	3	4,6
- Dreigend conflict	3	4,6
- Patiënt gaat met vakantie	2	3,1
Telefoongesprek had medisch niet noodzakelijke consult kunnen voorkomen?		
- Ja	67	71,3
- Nee	25	26,6
- Missing	2	2,1
Alternatieve actie bij medisch niet noodzakelijk én niet invoelbaar consult (overbodig consult)		
- Zelfzorgadvies	19	57,6
- Consult eigen huisarts	12	36,4
- Geen actie	2	6,1

*Meerdere factoren mogelijk per consult

Figuur 1: Stroomdiagram noodzakelijkheid consult



N.B. Percentages van totaal aantal consulten.

* Bij 67 van de 97 niet medisch noodzakelijke consulten vonden de huisartsen een telefonisch advies door een huisarts een goed alternatief voor het consult.

Voorspellers voor een discrepantie in urgentie-inschatting

De leeftijd en het geslacht van de patiënt en het tijdstip van het contact vertoonden geen significante samenhang met het optreden van een discrepantie in de urgentie-inschatting tussen triagist en huisarts. Wel was er vaker een verschil in urgentie inschatting tussen triagisten en huisartsen bij patiënten tussen de 25 en 44 jaar (niet significant). Verder was er geen relatie met het al dan niet gezien zijn van de patiënt door de eerstelijnsverpleegkundige versus huisarts (Tabel 5).

Tabel 5. Patiënt- en consultkarakteristieken voor consulten met en zonder urgentiediscrepancie

	Verskil in urgentie-indeling	
	Nee	Ja
Gemiddelde leeftijd patiënten (in jaren)	30,6	27,5
Leeftijdscategorieën (in jaren)		
- 0-4 jaar	19,7%	18,7%
- 5-14 jaar	14,5%	18,7%
- 15-24 jaar	15,8%	14,0%
- 25-44 jaar	17,8%	25,3%
- 45-64 jaar	19,1%	17,3%
- 65-74 jaar	6,6%	2,0%
- >75 jaar	6,6%	4,0%
Geslacht		
- Vrouw	57,2%	50,7%
- Man	42,8%	49,3%
Tijdstip consult		
- Doordeweeks	34,2%	36,7%
- Weekend	65,8%	63,3%
Eerstelijnsverpleegkundige		
- Ja	20,4%	17,3%
- Nee	79,6%	82,7%

Bij een discrepancie in urgentie-inschatting tussen triagist en huisarts behoorden de klachten significant vaker tot groep R (Tractus respiratorius) (Tabel 6).

Tabel 6. ICPC codes voor consulten met en zonder urgentiediscrepancie

ICPC-code groepen	Verschil in urgentie-indeling	
	Nee	Ja
A: Algemeen en niet gespecificeerd	14 (9,2%)	8 (5,3%)
B: Bloed- en bloedvormende organen	1 (0,7%)	0 (0,0%)
D: Tractus digestivus	9 (5,9%)	15 (10,0%)
F: Oog	11 (7,2%)	13 (8,7%)
H: Oor	6 (3,9%)	10 (6,7%)
K: Tractus circulatorius	1 (0,7%)	4 (2,7%)
L: Bewegingsapparaat	38 (25,0%)	36 (24,0%)
N: Zenuwstelsel	3 (2,0%)	2 (1,3%)
P: Psychische problemen	1 (0,7%)	0 (0,0%)
R: Tractus respiratorius*	10 (6,6%)	20 (13,3%)
S: Huid en subcutis	45 (29,6%)	33 (22,0%)
T: Endocriene klieren/metabol./voeding	0 (0,0%)	2 (1,3%)
U: Urinewegen	8 (5,3%)	4 (2,7%)
W: Zwangerschap/anticonceptie	2 (1,3%)	0 (0,0%)
X: Geslachtsorganen en borsten vrouw	0 (0,0%)	2 (1,3%)
Y: Geslachtsorganen en borsten man	1 (0,7%)	1 (0,7%)
Z: Sociale problemen	2 (1,3%)	0 (0,0%)

*p<0,05

NB Toetsing uitsluitend bij N>20 in de ICPC groep (vetgedrukte groepen).

De leeftijd, werkervaring en het geslacht van de huisarts vertoonden geen significante samenhang met discrepantie in urgentie-inschatting. Wel was er een trend voor huisartsstatus: het percentage praktijkhoudende huisartsen lag wat lager in de groep waarbij er discrepantie was (39,3% versus 48,7%) (Tabel 7).

Tabel 7. Huisartskenmerken voor consulten met en zonder urgentiediscrepancie

	Verschil in urgentie-indeling	
	Nee	Ja
Gemiddelde leeftijd huisarts (in jaren)	42,9	42,8
Gemiddelde werkervaring huisarts (in jaren)	11,7	12,6
Geslacht huisarts		
- Vrouw	67,8%	62,0%
- Man	32,2%	38,0%
Huisarts gevestigd		
- Ja	48,7%	39,3%
- Nee	51,3%	60,7%

De leeftijd van de triagist, werkervaring, het aantal werkuren, de vooropleiding en het bezitten van een triagediploma hadden geen relatie met het al dan niet verschillend classificeren van de consulten (Tabel 8).

Tabel 8. Triagistkarakteristieken voor consulten met en zonder urgentiediscrepantie

	Verschil in urgentie-indeling	
	Nee	Ja
Gemiddelde leeftijd triagist (in jaren)	40,5	41,1
Gemiddelde werkervaring triagist (in jaren)	5,1	5,5
Gemiddelde uren werk per week (in uren)	13,7	14,4
Vooropleiding		
- Doktersassistent	82,9%	90,0%
- Andere vooropleiding	17,1%	10,0%
Triagediploma		
- Ja	71,1%	72,0%
- Nee	28,9%	28,0%

3.5 Voorspellers voor een zinvol telefonisch advies huisarts

De groep patiënten met een medisch niet noodzakelijk consult waarbij een advies door de telefoonarts zinvol werd geacht verschilde niet significant van de groep waarbij dit niet zinvol werd geacht in termen van leeftijd, geslacht en tijdstip contact (Tabel 5). Wel werd het wat vaker zinvol geacht bij patiënten tussen de 5 en 14 jaar (niet significant). De aantallen per ICPC code waren te klein om te onderzoeken of bij bepaalde ICPC codes de telefoonarts vaker als goed alternatief voor het consult werd beschouwd.

Tabel 9. Patiënt- en consultkarakteristieken voor consulten waarbij een telefonisch advies door de huisarts wel en niet zinvol wordt geacht

	Telefonisch advies huisarts zinvol	
	Nee	Ja
Gemiddelde leeftijd patiënten (in jaren)	28,8	22,7
Leeftijdscategorieën (in jaren)		
- 0-4 jaar	24,0%	19,4%
- 5-14 jaar	12,0%	25,4%
- 15-44 jaar	40,0%	37,3%
- >45 jaar	24,0%	17,9%
Geslacht		
- Vrouw	53,0%	55,2%
- Man	48,0%	44,8%
Tijdstip consult		
- Doordeweeks	16,0%	37,3%
- Weekend	84,0%	62,7%

Discussie

Belangrijkste bevindingen en interpretatie

Medisch noodzakelijk, invoelbaar of overbodig

Achteraf gezien vonden huisartsen 68% van de consulten medisch noodzakelijk, 22% invoelbaar en 11% overbodig. De belangrijkste contextuele factoren bij de niet medisch noodzakelijke maar wel invoelbare consulten waren: ongerustheid, pijn en verschil in informatie aan telefoon en tijdens het consult.

Het aanzienlijke percentage medisch niet noodzakelijke consulten lijkt in overeenstemming met eerder onderzoek waaruit naar voren komt dat het merendeel van de huisartsen vindt dat door de telefonische triage onterecht veel patiënten met laagurgente klachten een consult of visite krijgen. Als oorzaken hiervoor worden het triagesysteem en het gedrag van de triagist genoemd.¹⁴ Uit dit onderzoek komt naar voren dat huisartsen 89% van de aangeboden consulten noodzakelijk of invoelbaar vinden. Het gevoel van huisartsen dat er onterecht veel patiënten met laagurgente klachten een consult krijgen, is dus gebaseerd op slechts 11% overbodige consulten.

Alternatieven voor een consult

Volgens de huisartsen zouden de overbodige consulten in de meeste gevallen een zelfzorgadvies moeten krijgen (58%) of naar het spreekuur van de eigen huisarts moeten worden verwezen (36%).

Een telefonisch gesprek en advies van een huisarts had in 71% van de gevallen een niet medisch noodzakelijk consult kunnen voorkomen (zowel invoelbare als overbodige consulten), volgens de inschatting van de huisartsen. Dit ligt in lijn met het gegeven dat de grote meerderheid van de huisartsen een grotere rol voor een telefoonarts zinvol en wenselijk acht.¹⁴ Welk deel van deze groep ook door de huisarts aan de telefoon niet gerust te stellen zou zijn en alsnog een consult aangeboden zou hebben gekregen was in dit onderzoek niet te bepalen.

Urgentie-inschatting

In 50% (N=150) van de consulten werd de urgentie door de huisartsen achteraf anders ingeschat dan tijdens telefonische triage. Er was bij 8% van de consulten sprake van een hogere urgentie achteraf en bij 42% een lagere urgentie achteraf. In de meeste gevallen verschilde de urgentie slechts één graad. De huisarts bepaalde de urgentie echter pas **nadat**

anamnese was afgenomen en de patiënt was onderzocht. Dit is dus niet de vergelijking van telefonische triage en fysieke triage maar de vergelijking van telefonische triage met een (beperkte) diagnostische interventie van de huisarts. Er is tevens een verschil in setting: de triagist ziet de patiënt niet en werkt daardoor noodgedwongen met veel meer onzekerheden, wordt geconfronteerd met angst en onrust en vooral de wens om een huisarts te spreken. De huisarts ziet een patiënt die het als prettig ervaart om een dokter te spreken en minder onrust uitstraalt. Een andere mogelijke verklaring is dat huisartsen minder goed op de hoogte zijn van de urgentieclassificatie of andere (urgentie)criteria hanteren dan de triagisten. Mogelijk denken huisartsen meer differentiaal diagnostisch in tegenstelling tot triagisten die meer in urgenties denken.

Discrepantie in urgentie-inschatting trad vaker op bij klachten uit groep R (Tractus respiratorius). Het verschil in setting en triagecriteria tussen de huisarts en triagist lijkt zich dus het meest te uiten bij patiënten met ademhalingsproblemen. Tenslotte bleek dat bij praktijkhoudende huisartsen de urgentie-inschatting vaker overeen kwam met de triagisten. Mogelijk speelt ervaring en kennis van de triage hierbij een rol.

Overtriage en ondertriage

Strikt medisch geoordeeld was er sprake van overtriage in 42% van de casus. In engere zin was er, naar het oordeel van de huisartsen na afloop van het consult, slechts in 11% sprake van overtriage. De daarbij door de huisarts gehanteerde criteria wijken niet af van die van het triage-instrument waarmee de triagisten werken.

Tegenover de overtriage staat 8% ondertriage (potentieel onveilige situatie) in deze studie. Dit percentage is wat hoger dan het gewogen gemiddelde van 3%, beschreven in een systematische review van literatuur, maar zit aan de onderkant van de range (0-50%)¹³. De studies uit de review waren echter uiteenlopend qua methode en betroffen niet alleen de eerste lijn, maar ook triage door de spoedeisende hulp en ambulancedienst.

Uit oogpunt van veiligheid is het goed om de ondertriage terug te dringen. Uit oogpunt van doelmatigheid zou het terugdringen van overtriage nastrevenswaardig zijn. Gezien het communicerende karakter van over- en ondertriage kan het één niet zonder invloed op het ander, tenzij overtriage terug te dringen is door een gerichte actie die de ondertriage niet beïnvloedt. Het selecteren van bepaalde patiëntencategorieën waarin overtriage vaker voorkomt om daarna met een gerichte actie, zoals een telefonisch consult met de huisarts, deze proberen te reduceren zou zo'n actie kunnen zijn. In deze studie werden echter geen patiënt- en contactkenmerken gedetecteerd waarbij de inzet van een huisarts aan de telefoon significant vaker zinvol werd geacht. Wel was er een trend voor de groep 5-14 jarigen; hierbij werd de telefoonarts vaker als goed alternatief voor het consult werd beschouwd.

Sterke en zwakke punten van het onderzoek

Gedurende het onderzoek heeft geen enkele huisarts of triagist medewerking geweigerd en is daarmee selectie bias voorkomen. De vragenlijst bleek goed bruikbaar en het invullen was haalbaar in de praktijk. Bij twijfel over de interpretatie van bepaalde vragen konden de huisartsen de onderzoeker direct om toelichting vragen.

Om het onderzoek haalbaar en uitvoerbaar te houden is gekozen om de huisartsen direct na het consult de vragenlijst in te laten vullen. Hierdoor hebben huisartsen extra informatie uit anamnese en lichamelijk onderzoek, welke voor de triagisten bij de initiële urgentiebepaling niet beschikbaar was.

In totaal zijn er 302 consulten (U3 t/m U5) geïnccludeerd. Dit is ruim voldoende voor een pilot studie naar de verschillen in urgentiebepaling tussen huisartsen en triagisten, echter om patiënt- en hulpverlenerskenmerken te identificeren die invloed hebben op de waargenomen discrepantie zal een grotere steekproef moeten worden genomen. De grotere steekproef kan ook verkregen worden door op andere huisartsenposten dit onderzoek te herhalen en de gegevens te sommeren.

Het niet duidelijk of de resultaten kunnen worden gegeneraliseerd naar andere huisartsenposten in Nederland. De urgentieverdeling van de geïnccludeerde consulten (U3 t/m U5) komt echter wel redelijk overeen met de landelijke verdeling in 2012. Zo werd 63% van de consulten in dit onderzoek als U3 geclassificeerd tegenover 56% van het totaal aantal consulten op Nederlandse huisartsenposten in 2012. Ook zien we vergelijkbare getallen in de gecombineerde U4+U5 categorie: 29% tegenover 34%.¹⁰ Onduidelijker is of de deelnemende huisartsen en triagisten representatief zijn voor andere posten. De leeftijd van de deelnemende huisartsen in onze steekproef lag met 42,8 jaar iets lager dan het landelijk gemiddelde.¹⁵ Ook was een groter percentage van de deelnemende huisartsen vrouw (64%); landelijk is 43% vrouw.¹⁵

Het is niet uit te sluiten dat er sociaal wenselijke antwoorden zijn gegeven. Huisartsen waren bekend met de aanleiding voor en het doel van het onderzoek. We verwachten echter dat zij hierdoor juist lagere urgenties zullen hebben gegeven om hun bewering dat triagisten te defensief triëren te ondersteunen.

Ook triagisten wisten dat ze werden onderzocht. Het is niet ondenkbaar dat zij hun professioneel gedrag aangepast hebben.

Aanbevelingen voor de praktijk en vervolgonderzoek

Uit de resultaten van dit onderzoek blijkt niet dat triagisten minder defensief moeten triëren. Veel van de medisch niet noodzakelijke consulten waren namelijk invoelbaar, en mogelijk zou de huisarts in de positie van triagist deze patiënten ook een consult hebben toebedeeld. Wel zou de telefoonarts een belangrijkere rol kunnen spelen bij het terugdringen van het aantal medisch niet noodzakelijke consulten, inclusief de invoelbare consulten. Hoewel er op de huisartsenpost Amersfoort tijdens alle uren een regiearts aanwezig is en gedurende zes daguren in het weekend ook nog een telefoonarts, had volgens de huisartsen de telefoonarts driekwart van de medisch niet noodzakelijke consulten telefonisch kunnen afhandelen. Het verdient aanbeveling om de inzet van de telefoonarts bij laagurgente hulpvragen in vervolgonderzoek verder uit te zoeken.

Ook wordt aanbevolen om het huidige onderzoek op andere huisartsenposten te herhalen en de gegevens uit deze regio's samen te voegen om de resultaten te kunnen generaliseren naar de rest van Nederland en om de conclusies over urgentiediscrepantie en medische noodzaak van consulten te verstevigen.

Het onderhavige onderzoek is uitgevoerd op een huisartsenpost met alleen analoog (NHG-TriageWijzer) ondersteunde triage. In toenemende mate is het gebruikelijk de triage met ICT te ondersteunen. Medisch inhoudelijk zijn de systemen gelijk aan elkaar. Het zou interessant zijn het onderzoek op dezelfde huisartsenpost enige tijd na de migratie naar elektronisch ondersteunde triage te herhalen en in eventueel andere nog uit te voeren onderzoeken nadrukkelijk te registreren welk type triage wordt toegepast.

Referenties

1. Giesen P, Smits M, Huibers L, Grol R, Wensing M. Quality of after-hours primary care: a narrative review. *Ann Int Med* 2011; 155: 108-113.
2. Uden C van, Giesen P, Metsemakers J, Grol R. Development of Out-of-Hours Primary Care by General Practitioners (GP's) in The Netherlands: From Small-call Rotations to Large-scale GP Cooperatives. *Fam Med* 2006; 38: 565-569.
3. Giesen P, Haandrikman L, Broens S, Schreuder J, Mokkink H. Centrale huisartsenposten: wordt de huisarts er beter van? *Huisarts en Wetenschap* 2000; 43: 508-510.
4. Grol R, Giesen P, Uden van C. After-Hours Care in The United Kingdom, Denmark, And The Netherlands: New Models. *Health Affairs* 2006; 25: 1733-1737.
5. Smits M, Keizer E, Huibers L, Giesen P. Ervaringen van huisartsen op de huisartsenpost. *Huisarts Wet* 2012; 55: 102-105
6. Leibowitz R, Day S, Dunt D. A systematic review of the effect of different models of after-hours primary medical care services on clinical outcome, medical workload, and patient and GP satisfaction. *Fam Pract* 2003; 20: 311-7.
7. Salisbury C. Evaluation of a general practice out of hours cooperative: a questionnaire survey of general practitioners. *BMJ* 1997; 314: 1598-1599.
8. Nieber T, Hansen EH, Bondevik GT, Hunskår S, Blinkenberg J, Thesen J, Zakariassen E. Organization of Norwegian out-of-hours primary health care services. *Journal of the Norwegian Medical Association* 2007; 127: 1335-1311.
9. Huibers L, Giesen P, Wensing M, Grol R. Out-of-hours care in western countries: assessment of different organizational models *BMC Health Serv Res* 2009; 9: 105.
10. Vereniging Huisartsenposten Nederland (VHN), Benchmarkbulletin 2012, Utrecht: VHN, 2013.
11. Huibers L, Keizer E, Giesen P, Grol R, Wensing M. Nurse telephone triage: good quality associated with appropriate decisions. *Fam Pract* 2012; 29: 547-52.
12. Huibers L. Out-of-hours primary care and the quality of telephone triage (proefschrift). Nijmegen: Radboud Universiteit, 2011.
13. Huibers L, Smits M, Renaud V, Giesen P, Wensing M. Safety of telephone triage in out-of-hours care: a systematic review. *Scand J Prim Health Care* 2011; 29: 198-209.
14. Maassen I, Giesen P, Keizer E. Het verminderen van de zorgconsumptie op de huisartsenpost: de visie van de huisarts. Nijmegen: IQ healthcare, UMC St Radboud, 2012.
15. Van Hassel D, Kenens R. Cijfers uit de registratie van huisartsen. Peiling 2012. Utrecht: NIVEL, 2013.

Dankwoord

Aan de totstandkoming van dit rapport hebben velen bijgedragen. Wij willen de Primair HAP Amersfoort als opdrachtgever van het onderzoek bedanken voor de bekostiging van het onderzoek en de samenwerking bij de opzet van de vragenlijst en schrijven van het rapport.

Wij danken tevens alle huisartsen en triagisten van Primair HAP-Amersfoort die hebben deelgenomen aan de studie.

Wij willen deze personen hartelijk danken voor hun inzet en steun, want alleen daardoor was het mogelijk het onderzoek uit te voeren.

Vragenformulier VITEA-onderzoek

1. Wat is achteraf uw urgentie-inschatting van het consult? (maak gebruik van de NTS-urgentieclassificatie)	U1, U2, U3, U4, U5 (Eén omcirkelen)
2. Was het consult achteraf gezien medisch noodzakelijk? (inclusief urgentieverhogende algemene triagecriteria ¹)	Ja → u bent klaar Nee → ga naar vraag 3
3. Is het invoelbaar dat de patiënt toch een consult heeft gekregen?	Ja → ga naar vraag 3a Nee → ga naar 4 & 5
3a. Welke contextuele factoren maken het consult invoelbaar? (meerdere antwoorden mogelijk)	<ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Pijn <input type="radio"/> Angst/ongerustheid <input type="radio"/> Dreigend conflict <input type="radio"/> Communicatieproblemen <input type="radio"/> Anders, namelijk..... <p style="text-align: center;">Ga naar vraag 5</p>
4. De triage had afgerond kunnen worden met: (één aanvinken)	<ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Zelfzorgadvies <input type="radio"/> Verwijzing naar eigen huisarts <input type="radio"/> Geen actie nodig
5. Dit consult had vervangen kunnen worden door een telefonisch gesprek en advies van een huisarts	Ja / Nee

¹ De algemene triagecriteria zijn bv voorgeschiedenis, co-morbiditeit, hoge/lage leeftijd, zwangerschap, 2^o keer bellen. Deze criteria vind je op de kaft van de NHG-TriageWijzer.