

Juryrapport 'Beste Triage Idee'

NTS heeft een deskundige jury gevraagd om de ingezonden ideeën voor 'beste triage idee 2018' te beoordelen. In dit document staat kort beschreven wie in de jury zaten en hoe de jury tot de drie genomineerde ideeën is gekomen.



Wie zitten er in de jury?

- Guus Schrijver (voorzitter jury) – oud-hoogleraar Public Health & Gezondheidseconoom
- Anka Dronkers – senior triagist Medrie Zwolle
- Ben Goosselink - verpleegkundig specialist bij RAV IJsselland (en winnaar van de vorige award voor 'Beste Triage Idee')
- Roeland Drijver – huisarts en voormalig voorzitter redactieraad NTS
- Tessa Biesheuvel - chirurg, Medisch Manager SEH

Het doel van deze award is om nuttige ideeën die triage in de spoedzorg kunnen verbeteren te delen en elkaar te inspireren. Er is geen geldprijs verbonden aan deze award en NTS ontleent geen rechten aan de ingediende ideeën. Om tot een zo objectief mogelijke beoordeling van de ideeën te komen hebben juryleden die (zijdeling) betrokken waren bij één ingediende ideeën projecten en/of de indiener persoonlijk kennen het betreffende idee niet beoordeeld.

Hoe is de beoordeling in zijn werk gegaan?

- Allereerst heeft NTS een voorselectie gemaakt. Ideeën die ook bij de vorige award waren ingediend, producten die al langere tijd bestaan en ideeën met betrekking op het inhoudelijke aanpassingen van NTS zijn (onderbouwd) uit de lijst met ideeën gefilterd. De jury heeft deze lijst ook gekregen en had de mogelijkheid om ideeën die door NTS eruit waren gefilterd alsnog toe te voegen. De eindbeslissing hiervoor lag bij de jury.
- Daarna hebben alle juryleden de ideeën individueel beoordeeld op basis van de volgende selectiecriteria:
 1. Originaliteit: is het idee reeds eerder geopperd in Nederland?
 2. Effect van het idee op de kwaliteit van de triage: is dat gemakkelijk te leggen?
 3. Effect van het idee op de kosten van triage: gaat er vermoedelijk een besparing of een kostenverhoging vanuit?
 4. Mate waarin het idee is uitgewerkt: is er al naar randvoorwaarden gekeken?
 5. Reeds bestaand draagvlak voor het idee: is het idee van een individueel persoon of van een multidisciplinaire groep?
 6. Implementeerbaarheid: is het idee eenvoudig te realiseren in een enkele pilot?
 7. Verspreiding van het idee: als het slaagt, is het dan eenvoudig te verspreiden naar andere huisartsenposten?

Per criteria is een rapportcijfer gegeven, de cijfers zijn opgeteld en per idee is het gemiddelde berekend. Op basis van deze scores is een top 5 opgesteld.

- Tijdens een gesprek tussen de juryleden zijn de ideeën met de hoogste scores inhoudelijk besproken. Na dit overleg is er opnieuw gestemd over de top 3. Deze ideeën zijn genomineerd voor beste Triage Idee 2018.

Drie genomineerde ideeën (in willekeurige volgorde)

Idee 1: Gestructureerde triage om aanrijtijden GGZ crisisdiensten te verbeteren.

Bij een acute psychiatrische crisis schakelt een hulpverlener (zoals huisarts, politie, Spoedeisende Hulp of wijkteam) een GGZ crisisdienst in. De norm is dat een regionale crisisdienst 80% van alle patiënten binnen 2 uur moet beoordelen. Ketenpartners zoals de HAP's of SEH's geven echter aan dat de norm vaak niet gehaald wordt. Verschillende crisisdiensten herkennen dit, maar geven aan geen mogelijkheden te zien om wachttijden sterk terug te dringen binnen de huidige organisatie (personele en financiële middelen).

Triage als (deel)oplossing

In een landelijke analyse van SIRM (2015) gaven crisisdiensten wel aan dat de GGZ meer zou kunnen werken met triagecriteria en urgentiegraden, waarbij een hogere urgentiegraad voorrang geeft bij de beoordeling. Gestructureerde (telefonische) triage zorgt ervoor dat de meest acute patiënten ook als éérste beoordeeld worden. In dit kader is vanuit Netwerk Acute Zorg Noordwest en SpoedzorgNet AMC in 2015 een telefonisch triageprotocol uitgewerkt. Dit nieuwe triage protocol is vervolgens geëvalueerd in een pilotonderzoek bij 3 crisisdiensten: GGZ Noord-Holland Noord (NHN), Spoedeisende Psychiatrie Amsterdam (SPA) en GGZ Centraal (Hilversum).

Triage verbetert behalen aanrijtijden

Uit het onderzoek blijkt dat crisisdiensten met het nieuwe triage protocol hun patiënten aanbod konden spreiden over de gestelde urgentiecategorieën. Het triageprotocol bleek inderdaad een positief effect te hebben op het percentage behaalde aanrijtijden wanneer de aanrijden van patiënten werden afgezet tegen zowel de 2-uursnorm als de gekozen hoogste urgentiecategorie in het triageprotocol. Hierbij werd een toename van het percentage behaalde aanrijtijden gevonden van ongeveer 15%. Een enorme winst, zeker omdat de personele en financiële middelen schaars zijn binnen de acute psychiatrie. Desalniettemin bleef het behaalde percentage aanrijtijden relatief laag, en laten de resultaten ook zien dat het met de huidige capaciteit niet mogelijk zal zijn om bijvoorbeeld 90-95% van de patiënten binnen de norm te kunnen beoordelen. Hier ligt ook een uitdaging voor VWS en verzekeraars.

Aanbevelingen

De deelnemende triagisten gaven aan dat het triageprotocol nog wel verbeterd moet worden voor gebruik in de praktijk. Zij gaven verschillende verbetermogelijkheden. Uitgangspunt bleek in ieder geval een geautomatiseerd protocol waarbij in maximaal 4-6 vragen de urgentie en actie kunnen worden bepaald. Belangrijke aanbeveling van de onderzoekers is om de betrouwbaarheid en validiteit van het hernieuwde protocol in vervolgonderzoek centraal te stellen. Dit vooral omdat het triageprotocol nu als grondlegger is gebruikt in de (landelijke) Generieke module Acute Psychiatrie: de GGZ-triagewijzer. Deze is nu doorontwikkeld en verwerkt in een handige app door onderzoeksbureau SIRM en GGZ-Nederland (<https://itunes.apple.com/nl/app/ggz-triagewijzer/id1251915456?mt=8>).

Ons eindrapport kunt u vinden op:

https://www.netwerkacutezorgnoordwest.nl/app/uploads/2017/06/20170629_ROAZ-Pilotonderzoek-Triage-bij-GGZ-crisisdiensten_DEF.pdf

Jurybeoordeling:

De jury heeft dit idee genomineerd omdat dit idee goed is uitgewerkt en praktisch toepasbaar is. Het draagt bij aan de ketensamenwerking en de inschatting is dat de implementatie van dit idee in de spoedzorgketen veel werk zal schelen (selectiecriteria 2, 4 en 5).

Idee 2: Herkenning en triage beroerte 1^e lijn verbeteren

Jaarlijks krijgen meer dan 40.000 Nederlanders een beroerte. Snelle behandeling is hierbij essentieel om schadelijke effecten op de lange termijn te voorkomen. Ongeveer 75% van de patiënten zoekt na het ontstaan van de klachten eerst contact met (een doktersassistente van) een huisarts voordat er behandeling in het ziekenhuis plaatsvindt. In dit (triage)proces blijkt echter nog wel eens vertraging op te treden. Het onvoldoende (her)kennen of uitvragen van atypische ('suddens') symptomen i.p.v. typische FAST-symptomen (uitval gezicht, spraak en arm) lijkt hierbij een rol te spelen. Denk bijvoorbeeld aan symptomen als plotselinge evenwichtsproblemen of uitval van zicht of taal(begrip).

Verbetering door handleiding en training beroertealarm

Om de kennis en correcte triage bij doktersassistenten verder te verbeteren ontwikkelden Netwerk Acute Zorg Noordwest (VUmc), SpoedZorgNet (AMC) en stichting DOKh in een regionale werkgroep met neurologen en kaderhuisartsen een handleiding en training 'Beroertealarm' rondom een specifieke herkenning en triage-instructie (zie figuur). Voor een (pilot)onderzoek naar de effecten werd de training 'Beroertealarm' eind 2016/ begin 2017 viermaal georganiseerd door eerstelijns nascholingsbureau Stichting DOKh.

Conclusies onderzoek effecten training

Uit het onderzoek blijkt dat doktersassistenten inderdaad niet altijd de correcte triageactie te ondernemen bij (vooral) een atypische beroerte (cijfer: 3,9 bij atypische sudden-beroerte vs. cijfer: 6,6 bij een typische FAST-beroerte). De training bleek de kennis en herkenning van een beroerte door assistenten op belangrijke punten te verbeteren. Het had bovendien positieve effecten op gemaakte werkafspraken en herkenning van een beroerte in de praktijk. De training had echter nog niet op alle onderdelen het gewenste effect. Het pilotonderzoek heeft aanknopingspunten geboden om de training verder te verbeteren.

Vervolg

Deze week is de handleiding met de triage-instructie verstuurd naar alle dokterspraktijken in Noord-Holland. Hiernaast wordt de training ook in 2018 regionaal aangeboden door Stichting DOKh. In de nieuwe trainingen zal meer tijd worden in geruimd voor het oefenen van casuïstiek. Hiernaast zijn wij momenteel in gesprek met de NVDA, NHG en Hartstichting over de resultaten van het onderzoek om hier ook een landelijk gevolg aan te kunnen geven. Ons eindrapport kunt u vinden op [<https://www.netwerkacutezorgnoordwest.nl/bibliotheek/rapport-triage-cva-1elijn/>]

Jurybeoordeling:

Het verzorgen van een scholing over herkenning van beroerte is niet het meest innovatieve idee, maar kan wel de triage structureel verbeteren mits de effectiviteit van de training goed wordt gemonitord. Het idee is verder goed uitgewerkt, er is waarschijnlijk veel draagvlak voor en is makkelijk implementeerbaar (selectiecriteria 4, 5, 6 en 7).

Idee 3: Overlap werktijden reguliere zorg en spoedzorg

Meer samenwerking tussen reguliere zorg en spoedzorg, door een kleine overlapping van de werktijden. Mijn plan maakt de zorg een stuk veiliger en patiëntvriendelijker. Ik pleit voor meer samenwerking tussen reguliere zorg en spoedzorg, door een kleine overlapping van de werktijden.

Ochtend

We weten als triagisten allemaal dat het laatste uur in de nachtdienst lastig kan zijn. Als er bijvoorbeeld zorgvragen zijn die niet echt een U2 urgentie hebben, maar waarvan je vindt dat die niet al te lang moeten wachten. Zo iemand verwijst je dan naar eigen huisarts, maar eerlijk gezegd vind ik dit soms ronduit patiënt-onvriendelijk. Een consult kan bovendien misschien pas later plaatsvinden en vaak zijn dit nu net de mensen die de hele nacht hebben afgewacht met hun klachten, om dan uiteindelijk om

7.00 uur 's ochtends te bellen.

Dan denk je, had maar een paar uur eerder gebeld, dan hadden we deze persoon gewoon in de nachtdienst kunnen zien. In zo'n geval zou het echt prettig zijn als je met de assistente op de dagpraktijk persoonlijk zou kunnen overleggen hoe deze persoon dan zo goed mogelijk kan worden geholpen.

Avond

Maar zeker ook aan het begin van de avonddienst is er een slag te maken. De overdracht van eigen huisarts naar spoedzorg is nu afhankelijk van overdrachtsformulieren of door de huisarts ingebrachte gegevens. Hoe fijn zou het niet zijn als een arts of assistente persoonlijk nog het één en ander zou kunnen doorgeven aan de spoedpost. Datgene wat zich het laatste uur heeft voorgedaan en waar een vervolg op zou kunnen komen, of net datgene wat je graag nog persoonlijk zou willen doorgeven. Het is geen vervanging voor de normale overdracht, maar kan een waardevolle aanvulling zijn.

Voorstel

Mijn voorstel is dan ook om als spoedpost vanaf 16.30 bereikbaar te zijn voor de huisartsenpraktijken d.m.v. een overleglijn die er toch al is. Anderzijds zou de huisartspraktijk dan een overleglijn kunnen hebben die vanaf 7.30 of 7.45 's morgens bereikbaar is voor de spoedpost. Het vergt, naar mijn idee, een niet al te grote (tijds)investering; de dagassistente dient wat eerder te beginnen en de triagiste blijft wat langer op de post. Het gaat er vooral om dat er bewustzijn wordt gecreëerd dat we gezamenlijke zorg verlenen en dat hier de gelegenheid voor moet worden geboden. We staan dan als zorg meer om de patiënt heen, dit is voor de patiënt erg prettig, het biedt meer continuïteit en waarborgt de veiligheid.

Jurybeoordeling:

De jury heeft dit idee genomineerd vanwege zijn eenvoud. Een kleine innovatie die praktisch is, makkelijk te implementeren en toch een groot effect kan hebben op het verbeteren van de kwaliteit van de triage en spoedzorg (criteria 2, 6, 7) .

Afgevalen ideeën

Het is misschien goed om te melden dat ook bij de ideeën die zijn afgevalen erg goede en bruikbare ideeën zaten, waarvan de juryleden het nut en noodzaak ook zeker onderschreven maar die bijvoorbeeld al eerder ingediend waren. Inhoudelijke verbeter suggesties van NTS zijn niet meegenomen als innovatie voor 'Beste Triage Idee', maar zijn wel doorgegeven aan de redactieraad van NTS om te bespreken en mogelijk mee te nemen in het verbeteren van NTS.

Vervolgprocedure

Alleen de indieners van de genomineerde ideeën worden persoonlijk benaderd NTS. Zit u niet bij deze selectie? Dan bedanken wij u hartelijk voor uw deelname. De genomineerden worden door NTS benaderd voor een afspraak om een filmpje te maken over hun idee. Dit filmpje wordt op 12 april jl. tijdens het triage congres getoond samen met de filmpjes van de andere genomineerde ideeën. Vervolgens mogen de aanwezigen live stemmen wie de winnaar wordt. Wij willen de genomineerden vragen om 12 april vrij te houden in de agenda om aanwezig te zijn of een plaatsvervanger te sturen bij de verkiezing van 'beste triage idee 2018'.

Vragen

Heeft u vragen over het beste triage idee? Neem contact op met bureauNTS@de-nts.nl.