

## **Informatiebulletin 2**

### **Project Triage op de spoedeisende hulp**

### **Hoogst urgent en met groot enthousiasme**

#### **Waarom is het urgent?**

In ons land bestaat nog geen systematische werkwijze voor het bepalen van de urgentie van patiënten op de SEH. Een patiënt meldt zich nu bij de balie en de baliemedewerker beoordeelt dan op basis van ervaring en intuïtie of de persoon direct hulp nodig heeft of in de wachtkamer op zijn beurt kan wachten. Aan deze werkwijze zitten nogal wat risico's. Baliemedewerkers zijn geen ervaren verpleegkundigen, maar administratieve krachten of doktersassistenten. Door oplopende wachttijden en doorlooptijden worden urgentiebepalingen steeds belangrijker. Mede door het huisartsentekort steeg het aantal patiënten op de SEH de afgelopen jaren met gemiddeld 3% per jaar. Ook de doorstroom naar de kliniek stagneert. Daarnaast is er is te weinig gekwalificeerd personeel om de toestroom van patiënten op te vangen en dit zal voorlopig zo blijven. De afdeling SEH raakt steeds verder verstopt.

Op een afdeling SEH in Nederland komen gemiddeld zo'n twintigduizend tot vijftigduizend patiënten per jaar binnen. Ongeveer 10% is daadwerkelijk urgent. Meer dan de helft van de patiënten op de SEH komt zonder verwijzing binnen. Een deel van hen heeft geen tweedelijns hulp nodig, maar hoort bij de huisarts thuis. Iemand naar huis sturen mag niet. Iedereen die zich op de SEH meldt moet door een arts gezien worden. Zoals het nu gaat komen patiënten met een hoge urgentie meestal rechtstreeks op de afdeling. Alle overige patiënten worden op volgorde van binnenkomst uit de wachtkamer gehaald en door de verpleegkundige gezien. Die bepaalt binnen welk tijdsbestek de arts moet komen voor het stellen van de medische diagnose. Betreft het ook of alleen een zorgvraag, dan komt de patiënt weer bij de verpleegkundige terug.

Een eenduidig triage-systeem is nodig om patiënten kwalitatief goede zorg te kunnen bieden en fouten te voorkomen. Uit literatuur en recente eigen ervaringen tijdens twee DOORBRAAK-projecten SEH blijkt dat triage kan leiden tot een kwalitatief betere en meer doelmatige zorg op de SEH.

#### **Wat is triage: het uitdelen van kaarten op de SEH**

Triage wordt ook omschreven als 'het sorteren van patiënten op ernst van de gezondheidstoestand, teneinde een optimale behandeling in te zetten'. Triage vindt meteen bij de voordeur plaats, in een aparte kamer ergens tussen de wachtkamer en afdeling in. De patiënt weet snel hoe urgent zijn situatie is en krijgt van de verpleegkundige reële informatie over de wachttijd. Niet-urgente patiënten hebben zo zelf de keuze: blijven wachten of weggaan. Snel gezien en geïnformeerd worden verkleint de kans op agressief gedrag van patiënten. Een betere sfeer onder de patiënten reduceert de werkdruk van verpleegkundigen. Verpleegkundigen die weten wat er in de wachtkamer zit kunnen hun werk beter doen. Van elke getrieerde patiënt is bekend wat een verantwoorde wachttijd is voordat aan de zorgvraag wordt voldaan. Zij kunnen zich dus met een gerust hart op de mensen richten die op dat moment hulp nodig hebben.

Wereldwijd zijn er verschillende triagemodellen in gebruik. Al die modellen berusten op classificatie van patiënten in vier of vijf urgentiecategorieën, uiteenlopend van zeer urgent tot laagcomplex. Elke urgentiecategorie heeft een nummer, een kleur, een naam en een tijdsindicatie (= maximaal verantwoorde wachttijd) voor de behandeling.

| <b>Nummer</b> | <b>Naam</b> | <b>Kleur</b> | <b>Targettime</b> |
|---------------|-------------|--------------|-------------------|
| 1             | Acuut       | Rood         | 0                 |
| 2             | Zeer urgent | Oranje       | 10                |
| 3             | Urgent      | Geel         | 60                |
| 4             | Standaard   | Groen        | 120               |
| 5             | Niet-urgent | Blauw        | 240               |

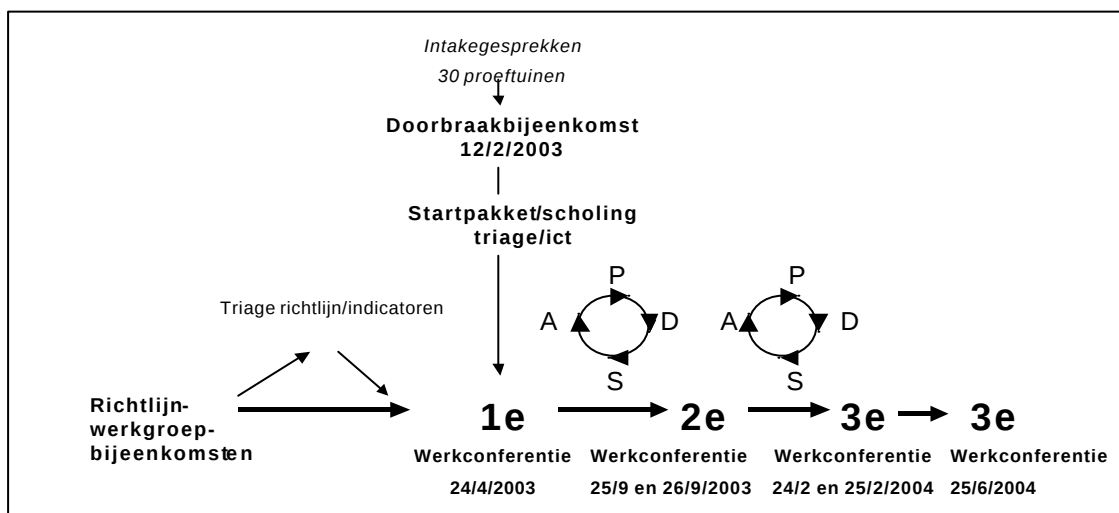
Het classificeren gebeurt aan de hand van vaste stroomschema's. SEH-verpleegkundigen bepalen op basis van observaties, metingen en hun kennis en ervaring in welke urgentiecategorie een patiënt thuishoort. Die combinatie van harde feiten en klinische ervaring van de verpleegkundige maken de uitkomst zeer betrouwbaar.

### Doelstellingen en opzet van het project?

Afgelopen zomer is het landelijke project 'Triage door SEH-verpleegkundigen' van start gegaan. Doel van het project is om in twee jaar tijd te komen tot een landelijke 'evidenced based' richtlijn voor triage op de Spoedeisende Hulp. Met andere woorden: een op de Nederlandse praktijk afgestemde en beproefde richtlijn, die gespecialiseerde SEH-verpleegkundigen in staat stelt om direct bij binnenkomst van een patiënt op basis van klinische symptomen de urgentie te bepalen voordat aan de zorgvraag wordt voldaan. Het project Triage is een initiatief van de Nederlandse Vereniging Spoedeisende Hulp Verpleegkundigen (NVSHV) en het Medisch Spectrum Twente in samenwerking met het Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO. Het project wordt financieel gesteund door het Medisch Spectrum Twente, de Algemene Vergadering Verpleegkundigen en Verzorgenden en de NVSHV.

De opzet van het project Triage SEH wordt in het onderstaande schema aangegeven.

## Het Triage SEH project



Het project Triage is opgebouwd uit vier fasen: de ontwikkeling van een landelijke concept richtlijn Triage, de testfase van de richtlijn, de bijstelling van de richtlijn aan de hand van de resultaten uit de testfase en de invoering van de landelijke richtlijn.

### 1<sup>e</sup> fase: ontwikkeling van de landelijke richtlijn

Momenteel werkt een team van inhoudelijk deskundigen, genaamd de richtlijncommissie, aan een landelijke evidenced based concept richtlijn. Deze richtlijncommissie is een multidisciplinair team, bestaande uit verpleegkundigen en de belangrijkste medische disciplines die betrokken zijn bij de acute zorgverlening (zie bijgevoegde tabel). Zij ontwikkelen een richtlijn die bestaat uit een totaalpakket waarmee invulling gegeven kan worden aan de triage op de spoedeisende hulp: het triagemodel, een scholingspakket, ict-ondersteuning, een indicatoren-set en een auditsysteem. Met behulp van de indicatoren-set en het auditsysteem is te meten en te analyseren of het proces en de methode van triage

oplevert wat het zou moeten opleveren. Het idee is om onafhankelijke experts periodiek en steekproefsgewijs metingen te laten verrichten. Door de richtlijncommissie is inmiddels gekozen voor het Manchester Triage Model. Half april is de concept richtlijn gereed. Bij dit belangrijke moment staan we stil tijdens een landelijke bijeenkomst op vrijdagochtend 25 april 2003: "De KICK-OFF"

#### *2<sup>de</sup> fase: de testfase*

De testfase gaat eind april 2003 van start. Dertig proeftuinziekenhuizen, een mix van topklinische, academische en kleinere ziekenhuizen, gaan 11 maanden lang met de richtlijn experimenteren. De dertig ziekenhuizen zijn verdeeld in twee groepen (zie bijgevoegde tabel). De eerste groep gaat 24 april van start. Gedurende de testfase worden de deelnemende instellingen begeleid door vakinhoudelijke experts (triage-verpleegkundige, medisch specialist en communicatie/pr adviseur) en adviseurs van het CBO. Samen vormen zij het kernteam.

Tijdens de testfase wordt de DOORBRAAK-methodiek toegepast. Op 12 februari 2003 j.l. zijn de deelnemende instellingen geïnformeerd over het toepassen van een eenvoudig en krachtig verandermodel (= het Nolan-model), dat gericht is op het snel invoeren en testen van resultaatgerichte veranderingen. Verbeteringen worden direct en stapsgewijs uitgetest en bij gebleken succes breed ingevoerd. De proeftuinziekenhuizen testen niet alleen de toepassing en de resultaten van het triagemodel, maar ook de indicatorenset, het systeem van auditing, de ICT-ondersteuning en het educatieprogramma. De audits worden uitgevoerd in de actieperioden (= de periode tussen de werkconferenties), tijdens de regionale bijeenkomsten waarbij drie deelnemende instellingen en het kernteam aanwezig zijn.

Uit onderzoek in het buitenland blijkt dat scholing nodig is voorafgaand aan het toepassen van de richtlijn. Momenteel worden de deelnemende instellingen uit de eerste groep getraind in het leren gebruiken van de richtlijn. Uit onderzoek in Engeland blijkt dat een beslissingsondersteunend systeem (triage ondersteund door een computermodel) de kwaliteit, betrouwbaarheid en reproduceerbaarheid van het tieëren vergroot van 68% naar 96%. Voor de duur van het project ontwikkelde E-care/KP-medical een triage-module. Via dit E-care systeem vindt registratie plaats van wie welke Triage doet, op welke locatie, welke stroomschema's worden gebruikt, wie eventueel wanneer een gemaakte triage overruled en op basis van welke waarneming dit gebeurt. Via het ICT systeem kan de uitvoer en effecten van triage gemonitord worden. Daarnaast levert het systeem ook veel managementinformatie en daarmee stuurinformatie op voor de instellingen; gegevens die van belang zijn om een afdeling SEH organisatorisch en personeel verantwoord in te kunnen richten.

#### *3<sup>e</sup> fase: de evaluatie, bijstelling en definitieve vaststelling van de richtlijn.*

In maart 2004 start fase drie. De resultaten uit de testfase van de eerste groep worden geanalyseerd. De richtlijn, het bijbehorende educatieprogramma, het E-caresysteem, de indicatorenset en het auditsysteem worden zonodig bijgesteld op basis van de ervaringen van de proeftuinziekenhuizen. De richtlijncommissie komt op dit moment weer in actie.

#### *4<sup>e</sup> fase: invoeren van de definitieve richtlijn.*

In de laatste fase stellen wij een implementatiepakket, gebaseerd op de ervaringen van de deelnemende instellingen. Dit implementatiepakket bevat handvatten voor het invoeren van de gestandaardiseerde triage-methode (de richtlijn triage seh). Daarna vindt de uitrol over Nederland plaats.

#### **Meer informatie?**

Voor algemene en inhoudelijke informatie kunt u mailen naar Jacqueline Batenburg ([j.batenburg@cbo.nl](mailto:j.batenburg@cbo.nl))

## BIJLAGEN

### Tabel 1: wie vormen de richtlijncommissie?

Voor het benodigde brede draagvlak van de landelijke richtlijn Triage SEH is commitment en inhoudelijke inbreng vereist van een groot aantal beroepsverenigingen en organisaties. De vertegenwoordigde verenigingen in de richtlijncommissie zijn:

1. Nederlandse Vereniging Spoedeisende Hulp Verpleegkundigen (NVSHV)
2. Nederlandse Vereniging voor Spoedeisende Hulp Artsen (NVSHA)
3. Nederlandsche Internisten Vereeniging (NIV)
4. Nederlandse Vereniging voor Heelkunde (NVVH)
5. Nederlandse Vereniging voor Traumatologie (NVvT)
6. Nederlandse Orthopaedische Vereniging (NOV)
7. Nederlands Huisarts Genootschap (NHG)
8. Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde (NVK)
9. Nederlandse Vereniging voor Anesthesiologie (NVA)
10. Nederlandse Vereniging voor Cardiologie (NVC)

De inspectie wordt over de voortgang van richtlijnontwikkeling schriftelijk en mondeling om de hoogte gehouden en zonodig om advies gevraagd.

### Tabel 2: wie zijn de deelnemende instellingen aan het project?

De deelnemende spoedeisende hulpen die het landelijke Triage systeem gaan testen worden opgedeeld in twee groepen. De eerste serie van 16 ziekenhuizen nemen deel aan het project gedurende de periode van eind april 2003 tot eind februari 2004. De tweede groep van 14 ziekenhuizen beginnen met het testen in september 2003 en sluiten de testfase af in juni 2004.

In de onderstaande tabel kunt u zien welke SEH's participeren in het project.

| 1 <sup>e</sup> groep                                        | 2 <sup>e</sup> groep                              |
|-------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|
| 1. Medisch Centrum Rijnmond Zuid, Rotterdam                 | 1. Academisch Medisch Centrum, Amsterdam          |
| 2. Leids Universitair Medisch Centrum, Leiden               | 2. AZVU, Amsterdam                                |
| 3. Medisch Centrum Haaglanden, Den Haag                     | 3. Erasmus Medisch Centrum, Rotterdam             |
| 4. Alysis zorggroep, Arnhem                                 | 4. Lange Land Ziekenhuis, Zoetermeer              |
| 5. Medisch Spectrum Twente, Enschede                        | 5. Groene Hart Ziekenhuis, Gouda                  |
| 6. Maxima Medisch Centrum, Eindhoven/Veldhoven              | 6. UMC St. Radboud, Nijmegen                      |
| 7. Juliana Kinderziekenhuis/Rode Kruis ziekenhuis, Den Haag | 7. Ziekenhuis Rivierenland, Tiel                  |
| 8. Jeroen Bosch Ziekenhuis, Den Bosch                       | 8. Spaarne Ziekenhuis, Haarlem                    |
| 9. Medisch Centrum Leeuwarden, Leeuwarden                   | 9. Ikazia Ziekenhuis, Rotterdam                   |
| 10. Streekziekenhuis Walcheren, Vlissingen                  | 10. Amphia ziekenhuis, locatie molengracht, Breda |
| 11. Albert Schweitzer, Dordrecht                            | 11. Atrium Medisch Centrum, Heerlen               |
| 12. Antonius Ziekenhuis, Sneek                              | 12. St. Antonius Ziekenhuis, Nieuwegein           |
| 13. Medisch Centrum Alkmaar, Alkmaar                        | 13. Ziekenhuis Twente, locatie SMT, Hengelo       |
| 14. Academisch Ziekenhuis Groningen, Groningen              | 14. Kennemer Gasthuis, Haarlem (12 maart bekend)  |
| 15. St. Jansdal, Harderwijk                                 |                                                   |
| 16. Elkerliek, Helmond                                      |                                                   |