

# Telefonische triage in de ambulancezorg: richtlijn versus Standard Operating Protocol (SOP)

**Telefonische triage van acute zorgvragen door centralisten in de Meldkamer Ambulancezorg (MKA) is een risicovolle handeling.**

**In Nederland wordt hierbij door overheid en een aantal partijen ingezet op triagesystemen die zijn gebaseerd op richtlijnen die worden gehanteerd door verpleegkundigen.**

**Internationaal gezien kiest men steeds meer voor systemen die worden ingericht als Standard Operating Protocols waarbij de professionele interpretatie bandbreedte wordt geminimaliseerd.**

**In dit artikel wordt betoogd dat deze SOP benadering ook voor de Nederlandse triageproblematiek moet worden gekozen en dat de huidige werkwijze binnen de MKA en afgeleid daarvan ook achter andere telefonische triageloketten, moet worden aangepast.**

Al eerder betoogde ik dat de samenleving de MKA-centralisten binnen de vigerende wet- en regelgeving en met de huidige ondersteuningssystemen met een onmogelijke en risicovolle opdracht opzadelt omdat het niet mogelijk is om adequate triage te plegen aan de hand van een telefonisch contact van twee minuten. Ik pleitte voor de invoering van een one-call one-go systematiek waarbij alle verzoeken van burgers via 112 om een ambulance zouden worden gehonoreerd.<sup>1</sup>

De discussie die mede naar aanleiding van dit betoog ontstond, woedt in alle hevigheid door en heeft niet alleen relevantie voor de ambulancesector maar ook voor de overige acute-loketteren in de zorg waar telefonische triage plaatsvindt, zoals huisartsenposten.

## Omvang

In 2008 werd er 1.003.050 maal een ambulance ingezet via één van de 24 Meldkamers Ambulancezorg (MKA's) die ons land telt. Bij

439.725 inzetten ging het om een A1-urgentie waarbij de ambulance met zwaailicht en sirene uitrukte teneinde binnen 15 minuten na melding ter plaatse te zijn omdat er op basis van de beschikbare informatie sprake was van een potentieel levensbedreigend probleem. Dit lukte in 92,1% van de gevallen met een gemiddelde van 9,47 minuten.<sup>2</sup> Alle aanvragen om ambulancevervoer worden 7x24 uur beoordeeld door één van de 425 centralisten werkzaam in één van de 24 MKA's die ons land telt. Van deze centralisten hebben er 371 een verpleegkundige achtergrond en 54 een niet-verpleegkundige. Zij zijn aanvullend opgeleid voor de zeer specifieke werkzaamheden in de MKA. Hun streven – en soms opdracht – is om binnen twee minuten nadat de telefoon in de MKA over gaat, de hulpvraag in beeld te hebben gebracht, de juiste indicatie te hebben gesteld en de juiste hulpverleningseenheden in te hebben gezet.

## Punten van discussie

Volgens een aantal betrokken partijen is het een conditio sine qua non dat alle telefonische acute zorgvragen die binnenkomen bij de MKA, worden beoordeeld door verpleegkundigen en dat er geen ruimte is voor anders opgeleide personen binnen dit werkveld.<sup>5</sup> Daarmee wordt de aanwezigheid van niet-verpleegkundig centralisten/triagisten in een MKA (en indirect ook in het callcenter van een huisartsenpost) ter discussie gesteld.

Deze verpleegkundigen moeten daarbij gebruik maken van een in Nederland ontwikkelde richtlijn, de Landelijke Standaard Meldkamer Ambulancezorg (LSMA) die door de sector als de geldende professionele standaard wordt beschouwd. De LSMA wordt gebruikt in de 24 MKA's in ons land en wordt bij de

Richtlijnen zijn 'landelijk geldende, vakinhoudelijke aanbevelingen voor optimale zorg voor een patiënt. Ze bieden artsen en andere zorgverleners ondersteuning bij de klinische besluitvorming'.<sup>3</sup>

Een Standard Operating Protocol (SOP) is 'a set of instructions for implementing a defined patient care process by multiple users in a consistent and measurable manner'.<sup>4</sup>

beoordeling van (tuchtrechtelijke) klachten als de toetssteen voor het handelen van de centralist gehanteerd. De LSMA heeft alle kenmerken van een richtlijn en wordt door de opstellers geafficheerd als een opleiding- en beslissingsondersteunend hulpmiddel voor het dagelijkse meldkamerproces.<sup>6</sup> Binnen de LSMA moet de centralist op basis van de eigen vaardigheden en expertise communiceren, beslissen welke paragraaf binnen de richtlijn wordt gevolgd, instructies geven en indiceren.

In het in 2006 gestarte Nederlands Triage Systeem (NTS) wordt getracht de triage in huisartsenpost, MKA, SEH en GGZ onder één systeem samen te voegen dat zowel door apart opgeleide niet-verpleegkundigen mag worden gebruikt als door apart bijgeschoolde (MKA) verpleegkundigen. Het NTS wordt geafficheerd als een triagesysteem voor telefonische en fysieke triage voor de hele acute zorgketen (huisarts, ambulancezorg, SEH, GGZ). Binnen het NTS stelt men dat in het belang van de patiënt iedereen in de acute zorg dezelfde taal moet spreken en dat het daarom van belang is dat er eenduidigheid



is in het begrippenkader en in het triagesysteem waarmee alle professionals werken.<sup>7</sup> Ook het NTS kan worden beschouwd als een richtlijn waarbinnen uitgegaan wordt van de interpretatie door een triagist die op basis van opleiding en werkervaring een werkdiagnose met bijbehorende indicatie en urgentie stelt. Anderen (waaronder de auteur) zijn van mening dat, mede gelet op de inmiddels internationaal opgedane ervaring en wetenschappelijke publicaties, de Nederlandse benadering van het triageproces in de acute zorg waaronder de MKA, dient te worden aangepast. Het principiële verschil met het huidige LSMA en het NTS is er hierbij in gelegen dat men buiten Nederland steeds meer kiest voor het dwingende karakter van een SOP om de bandbreedte die inherent is aan een richtlijnbenadering weg te nemen. Daar waar binnen de richtlijnbenadering de 'klinische blik', de ervaring (en de vorm van de dag) intra- en inter-individuele variatie mogelijk maakt en gelet op de grote aantallen dus ook zal veroorzaken, zorgt de SOP benadering voor consistentie, meetbaarheid en dus objectiviteit.

Het meest verbreide systeem in internationaal perspectief wat uitgaat van de SOP benadering, is

gebaseerd op de in de jaren negentig van de vorige eeuw in de Verenigde Staten ontwikkelde Advanced Medical Priority Dispatch (AMPDS) systematiek. Dit systeem wordt in ruim 3500 meldkamers wereldwijd door meer dan 45.000 centralisten gebruikt<sup>8</sup> en kan worden beschouwd als een Standard Operating Protocol naar de letter van de definitie en is in tegenstelling tot het NTS, specifiek gemaakt voor de MKA processen. Hiermee en gelet op de schaalgrootte waarop wordt gewerkt, komen er steeds meer gegevens beschikbaar over de effectiviteit van het systeem en kan verbetering plaatsvinden op basis van internationale expertise en wetenschappelijk onderzoek. In tegenstelling tot de Nederlandse richtlijnbenadering dwingt deze systematiek de centralist tot het consequent volgen van voorgeschreven vragen die als scripts zijn opgenomen, beslissingen, adviezen die als scripts zijn opgenomen en indicaties, en meet constant de prestaties en protocoladherentie van de centralist op individueel en op groepsniveau. Dat laatste is meer dan relevant aangezien uit nationaal en internationaal onderzoek bekend is dat de protocoladherentie van (ambulance) zorgverleners suboptimaal is. Bree-man vond in de Rotterdamse regio

dat het totaal aantal onterechte protocol afwijkingen van ambulanceverpleegkundigen tussen de 30% en 50% ligt.<sup>9</sup> Dit beeld wordt versterkt door de resultaten van een Nederlandse studie die werd uitgevoerd door Giessen die constateerde dat telefonische triage door triageverpleegkundigen in huisartsenposten in 19% van de gevallen leidde tot een onderschatting van de ernst van de problematiek van de patiënt.<sup>10</sup> De negatieve effecten voor de patiëntenzorg van de statistisch niet te verwaarlozen kans op protocolafwijkingen en het reële risico op ondertriage, worden versterkt door de Nederlandse benadering van triagesystemen die zijn opgebouwd als richtlijnen met de daarbij behorende bandbreedte aan de uitkomstkant en waarbij structurele controle van prestaties en protocoladherentie niet standaard zijn opgenomen. Dit maakt dat er gevreesd moet worden dat er suboptimale kwaliteit wordt geleverd door de MKA's in Nederland ten aanzien van zowel de consistente beoordeling van acute zorgvragen als van de structurele bewaking van de kwaliteit van de triageprocessen. Deze vrees wordt niet weggenomen door de eis te stellen om alleen verpleegkundigen aan te nemen voor

het MKA-werk omdat die eis het onderliggende probleem niet oplost en misschien zelfs contraproductief werkt door het onterechte en wetenschappelijk niet te verantwoorden gevoel van veiligheid aan te brengen vanuit de aanname dat paramedische professionals het op basis van opleiding en ervaring en met een richtlijn wél lukt om ruim een miljoen verzoeken binnen de genoemde tijds-limiet van twee minuten adequaat telefonisch te beoordelen.

### Relevantie

In de Nederlandse situatie begint de discussie over hervormingen binnen de MKA langzaam op gang te komen waarbij het een uitdaging is om de inhoudelijke discussie los te zien van organisatiebelangen. Juist nu de landelijke overheid plannen aan het voltooien is om het aantal MKA's terug te brengen door samenvoeging van 24 regio's naar 10 regio's waarmee de leiding over de MKA, als onderdeel van een Gemeenschappelijke Meldkamer onder regie van de politie, steeds verder van de zorg lijkt te komen staan, wordt bewaking van de kwaliteit van het op de huidige wijze ingerichte MKA proces steeds moeilijker.

Gelet op de kabinetsplannen om het aantal zelfverwijzers naar poliklinieken/eerste hulp afdelingen van ziekenhuizen richting de huisarts te dwingen, mag worden aangenomen dat telefonische triage nóg vaker zal gaan plaatsvinden. Daarbij kan niet worden uitgesloten dat calculerende burgers de route via 112 en de ambulancezorg zullen gaan gebruiken om alsnog snel toegang te krijgen tot de acute ziekenhuiszorg waarmee ook in de MKA het telefonisch te trieren aantal zorgvragen zal oplopen en het dus des te belangrijker wordt om de meest veilige en efficiënte systemen daarvoor beschikbaar te hebben.

De introductie van een op SOP-systematiek gebaseerd MKA-triagesysteem met in dat systeem goed opgeleide en gecontroleerde centralisten (al dan niet verpleegkundigen) is daarmee meer nog dan in het recente verleden noodzakelijk teneinde de burger ook in de toekomst de beste zorg te kunnen geven als iedere seconde telt.

*Dit artikel werd geschreven door Jan de Nooij, arts MG, Medisch Manager Ambulancezorg*

**Regionale Ambulancedienst Hollands-Midden en Meldkamer Ambulancezorg Hollands-Midden, Leiden. Tevens Voorzitter van de Nederlandse Taal en Cultuur Commissie van de International Academies of Emergency Dispatch, Salt Lake City USA. Contact: [j.de.nooij@hollands-midden.nl](mailto:j.de.nooij@hollands-midden.nl)**

1. Nooij, J. de: Elk verzoek om een ambulance honoreren, Medisch Contact 63 nr. 18, 2 mei 2008
2. Ambulances in zicht, Vereniging Ambulancezorg Nederland, Zwolle 2008
3. [http://www.cbo.nl/product/richtlijnen/folder20021023121843/default\\_view](http://www.cbo.nl/product/richtlijnen/folder20021023121843/default_view)
4. <http://www.cbo.nl/product/veiligheid/internationaal/factsheetSOP.pdf>
5. Nota Verantwoorde Ambulancezorg, Vereniging Ambulancezorg Nederland, Zwolle 2003.
6. [http://www.nederlandsambulanceinstituut.nl/Ambulanceplein\\_C01/Default.asp?comid=2](http://www.nederlandsambulanceinstituut.nl/Ambulanceplein_C01/Default.asp?comid=2).
7. <http://www.nederlandstriagesysteem.nl/>
8. <http://www.prioritydispatch.net/>
9. Breeman, W. Protocoladherentie van ambulancezorgverleners, Rotterdam 2008
10. Giessen, P. Safety of Telephone triage in general practitioner cooperatives: do triage nurses correctly estimate urgency? Qual Saf Health Care 2007;16:181-184

# Scherp zicht voor ambulancewerkers

**Ambulancewerk is al uitdagend genoeg. Het minste wat kan worden gedaan is er voor zorgen dat u te allen tijde haarscherp kunt zien. In samenwerking met uw zorgverzekeraar is dat nu geregeld.**

Steeds vaker benaderen werkers uit veiligheids- of hulpdiensten een oogkliniek met de vraag om definitief zonder bril of lenzen te kunnen functioneren. Agenten, brandweerpersoneel, maar ook F-16 piloten, commando's, en uw collega's vanuit de ambulance. Want ook de ambulancemedewerker heeft te maken met omstandigheden die veeleisend zijn voor de ogen. Het in en uit gaan van warme ruimtes bij spoedeisende situaties, nachtoproepen, agressieve of onrustige patiënten, het werken in kleine ruimtes. In al deze situaties kunnen bril en contactlenzen

hinderlijk zijn. Een ooglasering of lensimplantatie is hiervoor een oplossing. Regelmatig is de prijs echter een drempel, want deze oogzorg is nog niet verzekerd. Om dit toch toegankelijk te maken voor zoveel mogelijk professionals die samen de veiligheid van ons land waarborgen, heeft IZA (mede namens andere zorgverzekeraars) met de gespecialiseerde oogkliniek FYEO Medical een regeling getroffen: verzekerden die werkzaam zijn in de ambulancezorg kunnen kosteloos een vooronderzoek laten uitvoeren om te zien of hun ogen geschikt zijn voor een behandeling. Daarbij krijgen ambulancemedewerkers 20% korting op de basisprijs voor hun ooglasering en 10% korting op implantlenzen. De oogchirurgen van de FYEO Medical kliniek hebben voor pro-

professionals die met fysieke actie of geweld te maken hebben, speciale behandelmethodes ontwikkeld. Door het uiterst strenge kwaliteitsbeleid is tot op heden 100% van de operaties succesvol. FYEO Medical is ISO en ZKN gecertificeerd en is lid van het Nederlands Oogheelkundig Gezelschap (NOG) en het Nederlandse Gezelschap voor Refractieve Chirurgie (NGRC).

### Hoe werkt het?

Met de gegevens van uw verzekeringspas, in combinatie met uw ambulancepas, kunt u met de oogkliniek een telefonische afspraak maken voor een vooronderzoek. U krijgt dan de informatiebrochure toegezonden.

Voor verdere informatie zie: [www.fyeomedical.nl/ambulance](http://www.fyeomedical.nl/ambulance)