

Nederlandse Triagewijzer Verloskunde

Succesvolle implementatie van telefonisch verloskundig triagesysteem

B. Engeltjes MPA (onderzoeker) verloskundige Hogeschool Rotterdam, Amsterdam UMC, locatie VUmc, Amsterdam

R. Walinga MPA PA-klinisch verloskundige & projectleider verloskundige triage Jeroen Bosch Ziekenhuis, 's Hertogenbosch

C.F.A. Van Dijk MSc i.o. PA-klinisch verloskundige i.o. & onderzoeker verloskundige triage OLVG-Oost Amsterdam

E.D. Tink MSc PA-klinisch verloskundige & projectleider verloskundige triage Tjongerschans Heerenveen

dr. M. Smit hoofdverloskundige en projectleider verloskundige triage LUMC, Leiden

J. Hurkens, MSc i.o. PA-klinisch verloskundige i.o., onderzoeker verloskundige triage Elisabeth Tweesteden Ziekenhuis, Tilburg

drs. R.C. Dullemond gynaecoloog, Jeroen Bosch Ziekenhuis, 's Hertogenbosch

drs. N.Y.C. Steemers gynaecoloog, Elisabeth Tweesteden Ziekenhuis, Tilburg

dr. R.P.C. Rijke arts, co-promotor Nederlandse Triage Studie

prof. dr. F. Scheele gynaecoloog OLVG, hoogleraar Amsterdam UMC, locatie VUmc, Amsterdam

prof. dr. E.J.M. Wouters bijzonder hoogleraar School of Social and Behavioral Sciences, Tilburg University

De Nederlandse Triagewijzer Verloskunde (NTV) is een kwaliteitsimpuls voor de ongeplande zorgvragen van zwangere vrouwen binnen de Nederlandse ziekenhuizen. Doelmatigheid van zorg en patiëntveiligheid worden hierdoor vergroot. Implementaties blijken succesvol dankzij projectmatige samenwerking binnen multidisciplinaire projectgroepen. Hierbij is ook speciale aandacht voor de digitale verslaglegging in het elektronische patiëntendossier (EPD) en de opleiding tot triagist. Gezien de aandacht voor verloskundige triage binnen de zorgstandaard 'integrale geboortezorg', worden de eerste ervaringen met de NTV gedeeld.

Aanleiding

Op een gemiddelde Nederlandse afdeling verloskunde komen doorlopend patiënten ongepland binnen na telefonische aanmelding. Op basis van kennis en persoonlijk inzicht en zonder een triagesysteem beoordeelt een verpleegkundige of doktersassistente in een telefoongesprek hoe snel de patiënte met een zorgvraag moet worden gezien door een medisch deskundige. De beoordeling van de mate van urgentie en de maximaal medisch verantwoorde wachttijd is zonder triagesysteem niet uniform. Het vaststellen van de

mate van urgentie is niet inzichtelijk en objectiveerbaar. Niet voor patiënt(en) noch voor zorgprofessional(s) en management. In de praktijk leidt dit tot piekbelasting, lange wachttijden met als gevolg minder tevreden patiënten en zorgverleners. Ook patiëntveiligheid en doelmatigheid komen hierdoor in het gedrang.

Triage binnen de algemene spoedzorg en internationale verloskundige zorg

Triagesystemen worden al langere tijd gebruikt in de algemene spoedzorg (o.a. Nederlands Triage Systeem, Manchester Triage Systeem). De algemene triagesystemen zijn echter niet geschikt voor de obstetrische spoedpatiënt. Omdat er sprake is van twee patiënten, de moeder en het ongeboren kind. Bovendien presenteert de zwangere vrouw zich met andere klachten en symptomen. Voor de obstetrische spoedpatiënt zijn er de afgelopen jaren diverse triagesystemen ontwikkeld in Canada, de Verenigde Staten en Zwitserland.¹⁻⁴ Ook in Nederland werd de afgelopen jaren het Rotterdam Obstetrisch Triage Systeem (ROTS)⁵ ontwikkeld. Dit systeem is gebaseerd op fysieke triage, wat inhoudt dat het telefonische triagemoment niet is beschreven.

De Nederlandse Triagewijzer Verloskunde

Om in de behoefte van eenduidige, inzichtelijke en objectieerbare, telefonische verloskundige triage te voorzien, is (mede in het kader van een promotieonderzoek) een verloskundig telefonisch triagesysteem ontworpen. Dit heeft de Nederlandse Triagewijzer Verloskunde (NTV)⁶ opgeleverd (figuren 1 & 2). Het eerder ontworpen ROTs was daarbij de basis.

Het triagesysteem kent dezelfde systematiek als algemene triagesystemen. Dit betekent dat het systeem bestaat uit ingangsklachten, indicatoren en urgentiecategorieën. De ingangsklacht is gebaseerd op het toestandbeeld van een patiënt op dat moment. Het toestandbeeld is de omschrijving van de conditie van een patiënt aan de hand van klachten en symptomen. De aard van de klachten bepaalt welke urgentiecategorie noodzakelijk is. De urgentiecategorie zijn levensbedreigend (reanimatie), spoed, dringend, niet dringend en zelfzorgadvies. De urgentiecategorie correspondeert met de maximale medische toelaatbare wachttijd.⁵

Consensus over de uiteindelijke inhoud van de triagewijzer werd bereikt door groepsdiscussies met zorgprofessionals uit verschillende ziekenhuizen. Deze zorgprofessionals zijn onderverdeeld in het medische team (gynaecologen, gynaecologen i.o., PA-klinisch verloskundigen en klinisch verloskundigen), het verpleegkundige team (gespecialiseerde obstetrie-verpleegkundigen, verpleegkundigen en kraamverzorgenden) en de ondersteunende diensten (beleidsmedewerkers, ICT-ers en managers). Daarnaast werden er observaties van de huidige werkwijze en in een later stadium de triage-trainingen verricht door de hoofdonderzoeker (BE). Deze observaties hadden ten doel om de context van de huidige praktijksituatie te analyseren en de triagewijzer tussentijds te evalueren. Verder werden nationale en regionale protocollen geïntegreerd in de triagewijzer. Uiteindelijk werd de zesde versie van de NTV met een afsluitende digitale expertraadpleging (delphimethode) door de zorgprofessionals als compleet, correct en gebruiksvriendelijk beschouwd op basis van >90% consensus. In totaal participeerden er binnen alle fases van dit onderzoek ruim tachtig zorgprofessionals uit tien Nederlandse ziekenhuizen (twee academische centra, vijf opleidingsziekenhuizen en drie perifere ziekenhuizen). De resultaten vanuit dit onderzoek laten zien dat standaardisering binnen het elektronische patiëntendossiers wenselijk is. Landelijk heeft daarom een digitale standaardisering van de NTV in EPIC en Chipsoft-HIX plaatsgevonden.⁷

Implementatie; multidisciplinair en procesmatig

Door toekomstige gebruikers te betrekken bij het ontwerp van het systeem, en door verschillende praktijkgerichte onderzoeksmethodes (groepsdiscussies, observaties en Delphi) toe te passen bij de totstandkoming van de NTV, is er in een vroeg stadium draagvlak voor implementatie gecreëerd in de ziekenhuizen. Na het bereiken van de inhoudelijke consensus over de NTV bepaalden de deelnemers zelf of zij dit wilden implementeren. Uiteindelijk werd de NTV afgelopen jaren binnen zeven ziekenhuizen (twee academische centra, vier opleidingsziekenhuizen en één perifeer ziekenhuis) succesvol geïmplementeerd:

- OLVG (West & Oost), Amsterdam
- Leids Universitair Medisch Centrum, Leiden
- Elisabeth-Tweesteden Ziekenhuis, Tilburg
- Amphia Ziekenhuis, Breda
- Jeroen Bosch Ziekenhuis, Den Bosch
- Tjongerschans Ziekenhuis, Heerenveen
- Erasmus Medisch Centrum, Rotterdam

Duidelijk werd dat voor het operationeel krijgen van dit triagesysteem een procesmatige aanpak nodig is. De implementatie is binnen elk ziekenhuis met een eigen projectleider uitgewerkt. De hoofdonderzoeker (BE) was daarbij op vraag bereikbaar ter ondersteuning. De projectgroepen binnen elk ziekenhuis hadden een, bij de eigen werkwijze passende, procesmatige aanpak mede afhankelijk van de financiële mogelijkheden van het ziekenhuis. In vier ziekenhuizen werd interne projectfinanciering verkregen via een aanvraag kwaliteitsimpuls ziekenhuizen (KIPZ). Daarbij waren er, afhankelijk van de situatie, ook verschillende tijdspaden voor implementatie.

Een verloskundige triagesysteem kan gezien worden als een complexe innovatie in de zorg. Om de implementatie van het ontwikkelde triagesysteem succesvol te laten verlopen werd er binnen elk ziekenhuis gewerkt in een multidisciplinaire projectgroep bestaande uit een afvaardiging van verpleegkundigen, klinisch verloskundigen, gynaecologen, ICT, en management. Met deze projectgroep werden, naar eigen inzicht, de benodigde zeven stappen vanuit het implementatiemodel van Grol & Wensing⁸ uitgewerkt. De projectgroepen formuleerden gezamenlijk een eigen doelstelling (stap 1), ontwikkelden een voorstel voor verandering (stap 2), brachten de huidige situatie in kaart (stap 3), keken naar de bevorderende en belemmerende factoren in de eigen organisatie en anticipeerden op deze uitkomsten in het eigen implementatieplan (stap 4). Een datum om te starten met een volledig ingericht triagesysteem werd vastgesteld (stap 5). Gestart werd met werken met de NTV (stap 6) Na de start met het triagesysteem werd het project regelmatig geëvalueerd om tijdig bij te kunnen sturen om de implementatie tot een succes te maken (stap 7). Doordat de projectgroepen in de dagelijkse praktijk geconfronteerd werden met verbeterpunten ten aanzien van de patiëntveiligheid en doelmatigheid van de zorg, zoals het systematisch kunnen vaststellen van de urgentie en daarmee een toename van planbaarheid van bij de ongeplande (spoed)consulten, werd hun intrinsieke motivatie om de zorg te verbeteren aangesproken. Dit is een belangrijke voorwaarde om veranderingen op de werkvloer en daarmee de implementatie te doen slagen.^{8,9}

Resultaat van implementaties

In zes van de zeven ziekenhuizen is gekozen om de telefonische triage primair uit te laten voeren door een gespecialiseerde obstetrie-verpleegkundige. In vier ziekenhuizen zijn doktersassistentes aanwezig om de obstetrie-verpleegkundige te ondersteunen danwel de triage zelf uit te voeren. De taken en verantwoordelijkheden van de triagist werden vastgelegd door een uitbreiding van het functieprofiel of uitbreiding in de huidige taakomschrijving.

Ingangsklacht
Vochtverlies
Vaginaal bloedverlies
Buikpijn
Bezorgde zwangere/niet somatische klachten (o.a. minder leven voelen)
Andere lichamelijke klachten (o.a. gerelateerd aan hypertensie / PE / HELLP & alle kraamvrouwen)

Figuur 1. Ingangsklachten NTV.

Categorie	Telefonisch Tijd & plaats	Fysiek Tijd & plaats	Kleurcode	Urgentiecode	Vervoer
Reanimatie & Levensbedreigend	Acuut Ambulance	Acuut Verloskamer	Rood	U1	Ambulance
Spoed	Binnen 1 uur Triagekamer	Binnen 15 minuten Triagekamer	Oranje	U2	Zelf vervoer met begeleiding (bij twijfel ambulance)
Dringend	Binnen 4 uur Triagekamer	Binnen 30 minuten Triagekamer	Geel	U3	Eigen vervoer
Niet dringend	Binnen 24 uur Polikliniek verloskunde	Binnen 60 minuten Triagekamer	Groen	U4	Eigen vervoer
Zelfzorg advies			Blauw	U5	Thuis blijven met advies

Figuur 2. Urgentiecategorieën NTV.

Voorafgaand aan de start met de triagewijzer werden alle triagisten geschoold. Zowel de inhoudelijke kennis als de vaardigheid van een triage-gesprek aan de telefoon waren onderdeel van deze scholing.

Bij vijf van de zeven ziekenhuizen zijn aparte triage-afdelingen gecreëerd. De triage-afdeling wordt hierdoor los van de afdeling, polikliniek of verloskamers gesitueerd. In alle gevallen is de triage-afdeling gesitueerd direct naast de verloskamers. Door de afdeling te scheiden van de verloskamers wordt rust gecreëerd en wordt het proces van triage niet verstoord door een zorgverlener die ook taken op de verloskamers heeft. Dit leidt tot grip op de patiëntenstroom en er zijn minder zorgverleners betrokken waardoor de patiëntveiligheid verbetert. Op deze manier verandert de organisatie van de verloskundige spoedzorg na ingebruikname van de NTV. Daarbij werd bij twee ziekenhuizen de triagewijzer geïmplementeerd op de verloskamer. De veranderde werkwijze met een verpleegkundige als triagist en de aanwezigheid van de triagewijzer gaven ook hier een positieve veranderingen in doelmatigheid van werken.

Evaluatie van de mate van implementatie, is onderdeel van fase 3 van het promotieonderzoek. Bij twee van drie ziekenhuizen waarbij de implementatie niet plaatsvond was de reden het ontbreken van een correcte digitale ondersteuning in het elektronische patiëntendossier. Momenteel zijn de voorbereidingen getroffen voor de volgende drie implementaties. Dit betreffen implementaties bij ziekenhuizen die niet participeerden binnen de delphimethode.

De praktijk

Elk ziekenhuis legde eigen accenten. Zo is er, als onderdeel van het proces van implementatie, voor de bezoekers van de triage afdeling van het LUMC een informatieve illustratie gemaakt, zodat voor een bezoeker overzichtelijk wordt wat verwacht mag worden. Deze illustratie is op iedere kamer aanwezig en hierdoor is te zien hoe lang een procedure duurt (bijvoorbeeld de tijdsduur tot laboratoriumuitslagen of onderzoek) en welke disciplines er werkzaam zijn op de afdeling. Deze patiëntgerichte informatie draagt bij aan de kwaliteit van het totale zorgproces rondom de triagepatiënt (figuur 3)

In Tilburg is de NTV lijnoverstijgend geïmplementeerd. Integraal binnen het verloskundig zorgconcept wordt bij elke ongeplande zorgvraag van de zwangere vrouw triage toegepast. Dus zowel in de eerste als in de tweede lijn is hetzelfde systeem geïmplementeerd.

Exemplarisch voor een projectmatige implementatie is het Jeroen Bosch Ziekenhuis in 's Hertogenbosch. Een multidisciplinair team, bestaande uit vertegenwoordigers van alle geledingen (verpleegkundigen, klinisch verloskundigen, arts-assistenten, gynaecologen) werkte een projectvoorstel uit. Een PA-klinisch verloskundige is daar als projectleider aangeesteld. De kwaliteitsfunctionaris van het ziekenhuis nam deel om de kwaliteit van het proces te bewaken. Aan het unit-hoofd werd met (tussentijdse) resultaten verantwoording afgelegd en waar nodig werd het proces bijgesteld. Later werd ook de verloskundige vanuit de eerste lijn betrokken.

Het projectvoorstel met het plan van aanpak werd voorzien van een theoretische onderbouwing. Op basis van het plan van aanpak werd telkens een tussentijds projectverslag geschreven waarin de voortgang aan de hand van een *plando-check-act* cyclus werd bijgehouden. Alle zeven stappen vanuit het implementatiemodel van Grol & Wensing⁸ werden doorlopen. De multidisciplinaire aanpak had als doel dat er ook direct draagvlak en betrokkenheid werd bewerkstelligd bij de achterban van elke discipline. Op regelmatige basis werd er verantwoording afgelegd aan het managementteam. Het project leidde tot een nieuwe 'Spoedafdeling verloskundige & gynaecologie' waarbij de zorg voor de patiënten die zich ongepland telefonisch melden, gescheiden is van de verloskamers en de afdeling.

Conclusie

Het ontwerpen van de NTV met zorgprofessionals binnen de beroepspraktijk creëert veel draagvlak voor implementatie van innovaties in de zorg. Procesmatig werken⁸, met een individueel afgestemd projectvoorstel per ziekenhuis, heeft geleid tot succesvolle implementaties. Vanuit eerste evaluaties met behulp van vragenlijsten onder zorgprofessionals zorgt de implementatie voor een kwaliteitsverbetering door eenduidigheid van behandeling bij ongeplande (spoed)zorgvragen van zwangere vrouwen. Hiermee wordt de juiste prioritering van verloskundige spoedzorg bewerkstelligd. De verwachting is dat dit een gunstig effect zal hebben op veiligheid, patiëntgerichtheid en doelmatigheid van zorg aan zwangere vrouwen en hun ongeboren kind. De nieuwe werkwijze wordt momenteel wetenschappelijk geëvalueerd en gevalideerd (diagnostische validiteit, mate van implementatie en patiëntevaluatie) om het verwachte gunstige effect ook met uitkomsten uit deze onderzoeken te onderbouwen. De internationale resultaten geven een goede inter- en intrabrouwbaarheid en validiteit.¹⁻⁴

De NTV moet, kijkend naar de toekomst, verder geïmplementeerd worden. Eerst in andere ziekenhuizen, vervolgens ook binnen de eerstelijnsverloskunde. Aangezien triage meerdere malen genoemd wordt binnen de zorgstandaard 'integrale geboortezorg'¹⁰ zal de implementatie lijnoverstijgend voortgezet moeten worden. En tot slot moet ook een betere afstemming plaatsvinden met de spoedzorgketen (vormgegeven in de regionale overleg acute zorgketen (ROAZ) met huisartsenpost, ambulance en SEH) zodat doelmatigheid van zorg en een betere doorverwijzing wordt bewerkstelligd.

Referenties

- Gratton, R.J., Bazaracai, N., Cameron, I., Watts, N., Brayman, C., Hancock, G. et al. (2016). *Acuity Assessment in Obstetrical Triage*. Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada 38, 125-133
- Paisley, K., Wallace, R. & DuRant P. (2011). *The development of an obstetric triage acuity tool*. American Journal of Maternal and Child Nursing, 36, 290-296.
- Ruhl, C., Scheich, B., Onokpise, B., & Bingham, D. (2015a). *Content Validity Testing of the Maternal Fetal Triage Index*. Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing 44, 701-709.
- Veit-Rubin, N., Brossard, P., Gayet-Ageron, A., Montandon, C. Y., Simon, J., Irion, O., et al. (2017). *Validation of an emergency triage scale for obstetrics and gynaecology: a prospective study*. BJOG: An

- International Journal of Obstetrics and Gynaecology.
- Engeltjes, B., Dahrs, H., Noll van der M. & Rijke, R.P.C. (2014) *Verloskundige triage klaar voor de praktijk*. Medisch Contact; 69 1528-1530.
- Engeltjes, B. (2017). *Nederlandse Triagewijzer Verloskunde*. Versie 6. Rotterdam.
- Engeltjes, B., Wouters, E.J.M., Rijke, R.P.C. & F. Scheele, F. (submitted). *Development of the Dutch Obstetric Telephone Triage System*. Verwacht 2019.
- Grol, R. & Wensing, M. (2012) *Implementatie, effectieve verbeteringen van patiëntenzorg (5e druk)*. Amsterdam: Reed Business Education.
- May, C. (2013) *Towards a general theory of implementation*. Implementation Science 8-18
- College Perinatale Zorg (2016). *Zorgstandaard Integrale geboortezorg*. Utrecht: College Perinatale Zorg.

Samenvatting

Er is op dit moment een toename van het aantal ongeplande verloskundige (spoed)contacten. Daarom is er vraag naar een goedwerkend telefonisch verloskundig triagesysteem. De Nederlandse Triagewijzer Verloskunde is de afgelopen jaren succesvol ontwikkeld en geïmplementeerd in verschillende Nederlandse ziekenhuizen. Het systeem levert patiëntveiligheid en doelmatigheid. In dit artikel wordt de totstandkoming van het huidige verloskundige triagesysteem beschreven. Daarnaast wordt beschreven welke procesmatige acties hebben bijgedragen aan de succesvolle implementatie ervan.

Trefwoorden

verloskundige triage, acute verloskundige zorg, richtlijn, procesmatige implementatie

Summary

There is an increase in unplanned obstetric care. Therefore, there is an urgent need for an adequate and high quality national obstetric triage guideline over the telephone. The Dutch Obstetric Triage Guideline was successfully developed and implemented in several Dutch hospitals over the past few years. The guideline aims to enhance patient safety and efficiency of care This article describes the development of the current obstetric triage system. Also, the actions contributing to the successful implementation are described.

Keywords

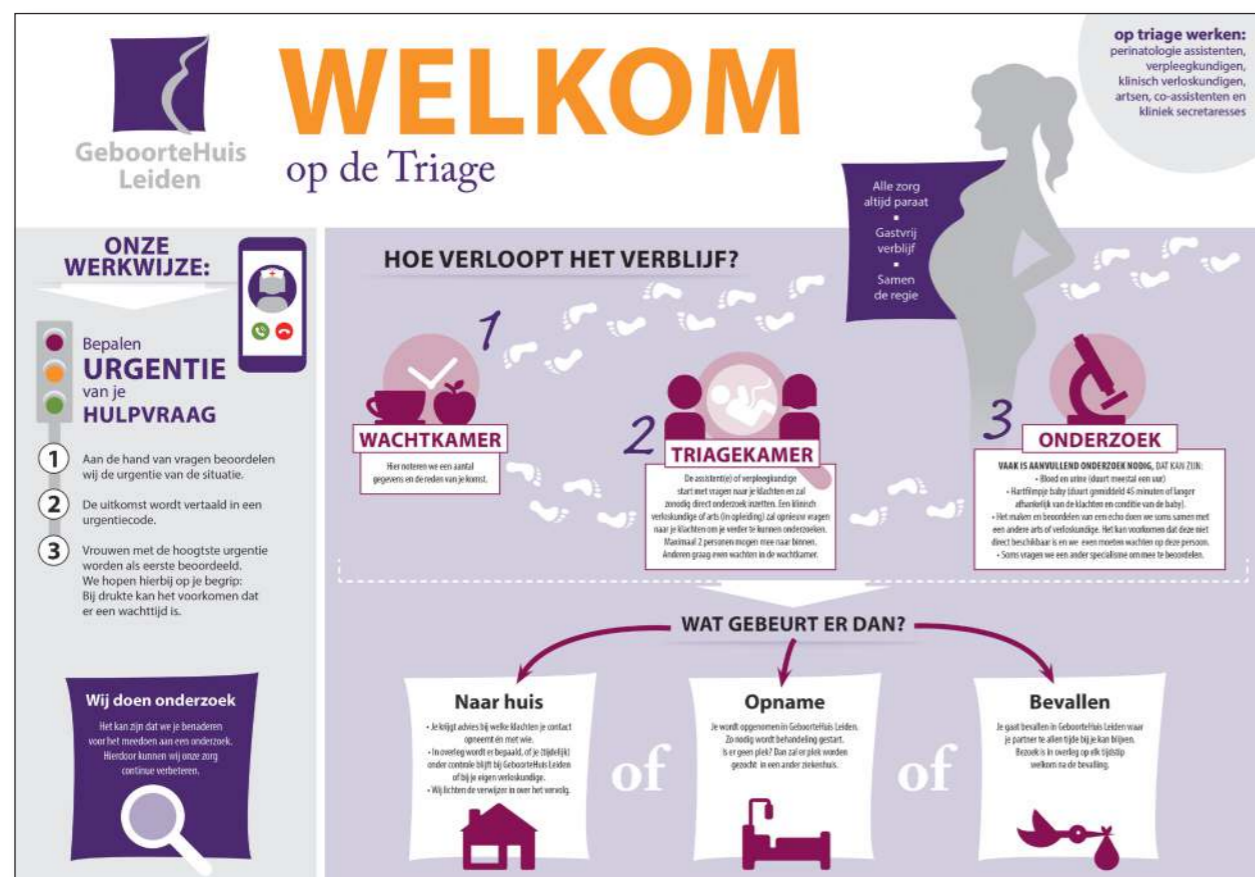
obstetric triage, emergency obstetric care, guideline, project-based implementation

Contact

b.engeltjes@hr.nl
Adres: Hogeschool Rotterdam, Instituut voor Gezondheidszorg, Masteropleiding PA klinisch verloskundige, Rochussenstraat 198, 3015 EK Rotterdam

Belangenverstrengeling

Auteurs verklaren dat er geen sprake is van belangenverstrengeling.



Figuur 3. Weergave van het zorgproces triage, als informatie voor patiënten van het GeboorteHuis Leiden (LUMC).