

Bernice Engeltjes

MPA, klinisch verloskundige en
docent

Hanny Dahrs

MPA, klinisch verloskundige,
Spaarneziekenhuis Hoofddorp

Machteld van der Noll

MPA, klinisch verloskundige,
IJsselland Ziekenhuis, Capelle
aan den IJssel

dr. Rudy Rijke

arts, Erasmus MC
allen verbonden aan Hogeschool
Rotterdam, Instituut Gezondheids-
zorg

NIEUWE METHODE STELT VAST WANNEER DE VERLOSKUNDIGE BEHANDELING MOET BEGINNEN

Verloskundige triage klaar voor praktijk

Het Rotterdam Obstetric Triage System, kortweg ROTS, blijkt een bruikbaar instrument voor de verloskundige praktijk om in te schatten hoe snel een zwangere en haar kind behandeld moeten worden. Het triage-systeem kan nu in de praktijk worden getoetst.

Op de gemiddelde Nederlandse obstetrische spoedafdeling komen doorlopend patiënten ongepland binnen. Een verpleegkundige bepaalt dan, op basis van kennis, ervaring en inzicht in fysiologie en pathologie van de verloskunde hoe snel de patiënte moet worden gezien door een medisch deskundige (arts of klinisch verloskundige). De mate van urgentie en dus de wachttijd is daardoor voor de patiënt, de zorgprofessional en het management

niet inzichtelijk en objectiveerbaar. De inschatting die patiënten van de wachttijd maken, correspondeert vaak niet met de werkelijke wachttijd.¹

Objectief

Door de concentratie van de acute verloskundige zorg is het aantal patiënten per ziekenhuis toegenomen. Om deze reden en om bij te dragen aan betere geboortecombi uitkomsten moet de verloskundige zorg gestructureerder worden ingericht.² Het 'Manchester Triage System' (MTS), dat op de reguliere spoedeisende-hulpafdeling wordt gebruikt, is niet bruikbaar op een obstetrieafdeling, omdat de klachten en symptomen verschillend zijn en omdat binnen de obstetrie sprake is van twee patiënten: de zwangere en haar ongebooren kind.³ De MPA-opleiding klinische verloskunde aan de Hogeschool Rotterdam heeft daarom het Rotterdam Obstetric Triage System (ROTS) ontwikkeld.⁴ Hiermee kan objectief en gestructureerd de mate van urgentie – ofwel: de maximale medisch verantwoorde wachttijd – worden vastgesteld. ROTS zet alle klachten en symptomen aan de hand van indicatoren in een stroomdiagram en geeft ze een code waarmee de maximale medisch verantwoorde wachttijd wordt bepaald. Dit maakt de wachttijden objectief en structureel inzichtelijk en daardoor toetsbaar.⁵

Bij aanvang van de triage wordt ook met een cardiotocografie (CTG) de conditie van het kind gemonitord.



ISTOCK

Elke patiënt moet binnen enkele minuten ondergebracht kunnen worden

Stroomschema's

Het ROTS omvat vijf stroomschema's: Vochtverlies; Vaginaal bloedverlies; Buikpijn; Bezorgde zwangere/niet-somatische klachten en Andere lichamelijke klachten.

De stroomdiagrammen bestaan uit indicatoren die in een begrippenlijst zijn uitgewerkt. In elk schema leiden de indicatoren tot verschillende kleurcodes, waar vervolgens een maximale wachttijd tot diagnostiek aan is gekoppeld. Zo is bij de code rood de maximale wachttijd 0 minuten. En bij blauw, dat voorkomt in het stroomschema 'Bezorgde zwangere/niet-somatische klachten', is de maximale wachttijd 90 minuten. Als de maximaal verantwoorde wachttijd is verstreken zonder dat er een diagnose is gesteld, moet er een hertriage plaatsvinden. Ook als de klachten en/of symptomen veranderen, is een hertriage vereist.

Binnen enkele minuten

ROTS is ontwikkeld door klinische verloskundigen, gynaecologen en docenten samen met een adviseur vanuit de Nederlandse werkgroep MTS. Door het bespreken van casuïstiek zijn de klachten geïnventariseerd waarmee patiënten op een obstetrische spoedafdeling komen. Deze klachten zijn gebruikt voor de vijf stroomschema's. Uitgangspunt hierbij was dat elke patiënt binnen enkele minuten moeten kunnen worden ondergebracht in een van de vijf stroomschema's. De indicatoren voor de stroomschema's

Voorbeeld stroomschema

VAGINAAL BLOEDVERLIES



← JA

- shock
- bedreigde luchtweg
- inadequate ademhaling
- verlaagd bewustzijn
- vermoeden van uitgezakte foetale delen
- ernstige (continue) pijn > 24 weken
- ernstig vaginaal bloedverlies > 24 weken
- verdenking foetale nood
- uterus en bois

↓ NEE



← JA

- ernstige pijn < 24 weken
- ruim vaginaal bloedverlies
- ernstig vaginaal bloedverlies < 24 weken
- verminderde kindsbewegingen > 24 weken
- pijn uitstralend naar de schouder
- bekende placenta praevia
- koorts
- pijn & zwangerschapsduur > 24 en < 37 weken

↓ NEE



← JA

- pijn & zwangerschapsduur < 24 en > 37 weken
- licht vaginaal bloedverlies
- ongecontroleerde graviditeit

↓ NEE



GROEN

zijn met behulp van vakliteratuur en richtlijnen gedefinieerd in een begrippenlijst. Tijdens de empirische test bepaalde de klinisch verloskundige welk stroomdiagram gebruikt moest worden. In de toekomst zou een geschoolde verpleegkundige dit ook kunnen doen. De vijf stroomschema's en de begrippenlijst zijn met twintig gynaecologen besproken en vervolgens getest op bruikbaarheid, validiteit en betrouwbaarheid. De triage-uitkomsten van ROTS bij 261 zwangeren werden geanalyseerd en

getoetst aan een 'gouden standaard': het oordeel van de maximale medisch verantwoorde wachttijd (0, 15, 30, 60 of 90 minuten) volgens een gynaecoloog op basis van de klachten en symptomen bij binnenkomst van de zwangere. Indien er discrepantie was tussen de triage-uitkomst volgens ROTS en volgens de gynaecoloog werd de casus in zijn geheel besproken door de klinisch verloskundige en de gynaecoloog. Dit leidde in sommige gevallen tot aanpassingen van het stroomschema en/of de begrippenlijst.

1 Juiste triage

Correcte triage:	72%	(95% CI 67-77%)
Ondertriage:	8%	(95% CI 5-11%)
Overtriage:	19%	(95% CI 14-24%)

De kans dat de met de stroomschema's bepaalde wachttijd met 95 procent betrouwbaarheid overeenstemt met de 'gouden standaard', respectievelijk dat er sprake is van ondertriage of van overtriage.

In tabel 1 is te zien dat er sprake was van meer overtriage dan ondertriage, wat overeenkomt met de bevindingen van een onderzoek naar het MTC op de pediatri-sche spoedeisende hulp.⁶ Ondertriage van 8 procent is binnen dit onderzoek als acceptabel ervaren.⁶ Ondertriage en overtriage zullen nog afnemen als de definities van de discriminatoren worden aangescherpt.

Om de onder- en overtriage in het vervolg te verminderen, werden al deze casussen geanalyseerd en bediscussieerd. Hieruit kwam naar voren dat de klacht 'minder leven' discussie oplevert. 'Minder leven' kan via de discriminator 'twijfel conditie kind < 24 weken' of 'verdenking foetale nood' worden getrieerd. Deze discriminatoren komen voor in elk stroomschema. 'Minder leven' kan worden beoordeeld als minder kindbewegingen voelen dan voorheen, of als het volledig ontbreken van kindbewegingen. Indien er helemaal geen kindbewegingen zijn, kan dit worden gezien als foetale nood en wordt dit getrieerd als rood met een wachttijd van 0 minuten. Dit is tegenstrijdig als volgens ROTS elke patiënte direct moet worden aangesloten aan een ctg. Bij een optimaal ctg en 'minder leven' is de urgentie lager. Aangezien de klacht 'minder leven' bij veel casussen voorkomt waarbij sprake is van onder- en overtriage dient er in de stroomschema's een nieuwe definitie te worden opgenomen. Deze definitie moet elke discussie uitsluiten. Vanuit de pilottest kwam de suggestie om te spreken over afwezigheid van kindbewegingen en verminderde kindbewegingen.

PRAKTIJKPERIKEL

BEROEPSDEFORMATIE?

Recent ontving ik per post een bericht dat een van mijn patiënten door de kno-arts op het spreekuur gezien was:

Anamnese: komt voor uitslag CT NBH: open inf, spina impactierend links, forse CI rechts.

Concluderend na anamnestic en KNO onderzoek: ARP, SC en CIR besproken, pte ziet het liever nog even aan.

Beleid: Avamys ipv flix, montelukast erbij, desloratidine iter.

Is het beroepsdeformatie dat de k(eel)n(eus)o(or)-arts zo graag afkortingen gebruikt?

Als huisarts heb ik helaas geen idee wat mijn collega de patiënt heeft aangedaan of heeft besproken.

Heeft u ook een perikel?
Stuur uw verhaal naar redactie@medischcontact.nl

Verder onderzoek

Hoewel binnen de Nederlandse ziekenhuizen de afgelopen tijd de behoefte aan een gevalideerd triagesysteem groeide, duurde het ontwikkelen van ROTS enkele jaren. ROTS heeft overeenkomsten met OTAS, het triagesysteem dat gelijktijdig is ontwikkeld binnen het London Health Sciences Centre.⁷ De manier waarop binnen ROTS wordt getrieerd verschilt echter. OTAS gebruikt namelijk (deels) diagnoses zoals hypertensie, baring en inschatting van de foetale conditie. Dit betekent dat de urgentie tot behandeling niet op basis van klachten wordt bepaald maar op basis van uitkomsten van bepaalde verrichtingen. Dit impliceert dat bepaalde diagnoses door verpleegkundigen worden gesteld. Dit is tegenstrijdig met het doel van triage.

We kunnen concluderen dat ROTS in de praktijk relevant en goed bruikbaar is. Maar verder onderzoek wordt aanbevolen. De stroomdiagrammen, indicatoren

en de begrippenlijst zouden op grotere schaal empirisch getest moeten worden, waarbij goede referentiewaarden ('gouden standaard') belangrijk zijn.^{7,8} Daarnaast dient de rol van telefonische triage en advanced triage in vervolgonderzoek aan bod te komen. In eerste instantie zal daarbij de focus liggen op de klinische zorg, aangezien hier de concentratie van zorg, de diversiteit in opleidingsniveau en de aanwezigheid van ondersteunende middelen aanwezig zijn. ■

contact
b.engeltjes@hr.nl
cc: redactie@medischcontact.nl

Geen belangenverstrengeling gemeld

web
De voetnoten en voorbeelden uit de begrippenlijst bij de triage-stroomschema's vindt u bij dit artikel via medischcontact.nl/artikelen.