Huisarts en telefonische triage: nut, relevantie en praktische implementatie.

Dr. Kenneth Van Lancker, Universiteit Gent

Promotor: Prof. Dr. An De Sutter, Universiteit Gent

Co-promotor: Dr. Marijke Avonts, Universiteit Antwerpen

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde

1 mei 2013

Inhoudstafel

1 Inleiding 4
1.1 Keuze van het onderwerp 4
1.2 Doelstelling en onderzoeksvragen 5
2 Methodologie 6
2.1 Literatuur onderzoek 6
2.1.1 Zoekstrategie 6
2.1.2 Resultaten 7
2.1.2.1 Definitie en situering 7
2.1.2.2 Doel en effect van telefonische triage 9
2.1.2.2.1 Efficiëntie van telefonische triage 9
2.1.2.2.2 Veiligheid van telefonische triage 11
2.1.2.2.3 Kosten-effectiviteit van telefonische triage 12
2.1.2.2.4 Patiëntentevredenheid bij telefonische triage 12
2.1.2.3 Hoe ervaren artsen het werken met telefonische triage 13
2.1.2.4 De situatie in België 13
2.1.2.4.1 Richtlijnen 13
2.1.2.4.2 Juridisch en deontologisch kader 15
2.1.2.4.3 Opleiding 15
2.1.2.5 De situatie in Nederland 16
2.1.2.6 De situatie in het Verenigd Koninkrijk 17
2.1.2.7 Specifieke triage bij kinderen met koorts 17
2.1.3 Conclusie van het literatuuronderzoek 19
2.2 Kwalitatief onderzoek 20
2.2.1 Studie ontwerp 20
2.2.2 Onderzoekspopulatie 20
2.2.3 Dataverzameling 21

2.2.4 Data-analyse 22
3 Resultaten 23
3.1 Demografische kenmerken 23
3.1.1 Leeftijd 23
3.1.2 Gender 24
3.2 Praktijkkenmerken 25
3.2.1 Praktijkvorm 25
3.2.2 Jaren praktijkervaring als huisarts 26
3.2.3 Geografische lokalisatie van de praktijk 27
3.2.4 Betalingssysteem 28
3.3 Telefonische triage 29
3.3.1 Vertrouwdheid/kennis betreffende telefonische triage 30
3.3.2 Houding ten aanzien van telefonische triage 32
3.3.2.1 Voor- en nadelen van telefonische triage 33
3.3.2.1.1 Voordelen van telefonische triage 33
3.3.2.1.2 Nadelen van telefonische triage 35
3.3.2.2 Triagesystemen 36
3.3.2.2.1 Engelse systeem – telefonische triage door aanvullend geschoolde verpleegkundigen 37
3.3.2.2.2 Nederlandse systeem – telefonische triage door praktijkassistenten, aan de hand van een draaiboek. 38
3.3.3 Casus – telefonisch triage bij de hulpvraag ‘kindje met koorts’ 39
3.3.3.1 Welke vragen zou u stellen aan de telefoon bij een oproep voor een kindje met koorts? 39
3.3.3.1.1 Vragen die gericht zijn op het eigenlijke triëren. 39
3.3.3.1.2 Vragen die gericht zijn op het stellen van een diagnose. 39
3.3.3.2 Hoe zeker/onzeker voelt u zich na het stellen van deze vragen over de ernst inschatting van de situatie? 42
3.3.3.3 Hoe zeker/onzeker voelt u zich na het stellen van deze vragen over de volledigheid van de door u gestelde vragen? 43
4 Discussie 44

4.1 Vergelijking met de literatuur 44
4.1.1 Demografische kenmerken 44
4.1.2 Praktijkkenmerken 44
4.1.3 Telefonische triage 45
4.2 Vertrouwdheid met telefonische triage 46
4.3 Telefonische triage door de ondervraagde huisartsen – casusbespreking 47
4.4 SWOT-analyse 47
4.4.1 Sterktes van het onderzoek 47
4.4.2 Beperkingen van het onderzoek 48
4.4.3 Mogelijkheden betreffende telefonische triage 49
4.4.4 Risico's en aandachtspunten ten aanzien van telefonische triage 50
4.5 Besluit 50
5 Referentielijst 52

1 Inleiding

1.1 Keuze van het onderwerp

Bij mijn activiteiten als geneesheer en vrijwilliger bij het rode kruis, heeft het uitvoeren van triage tijdens rampenoefeningen en massa-evenementen mij steeds zeer geboeid. Tijdens deze activiteiten ervaarde ik dat triage geen natuurlijke reflex is voor een arts. Als arts ben je geëngageerd, betrokken, wil je de beste zorgen geven aan je patiënt. Als triagist is er een ietwat andere taak voor je weggelegd. Je dient een stap achteruit te zetten, de situatie te overschouwen en prioriteiten te stellen. Als huisarts is het belangrijk goed te weten wat triage eigenlijk inhoudt. Velen zoeken vaak naar de oorzaak van een klacht (differentiaal diagnose), terwijl tijdens de triage enkel de ernst van de klacht telt, het is in deze situatie immers de bedoeling correct in te schatten met welke prioriteit de oproep dient te worden behandeld.

Hoe dringend is dringend?

Domus medica stelt dat de triage van binnenkomende telefoons essentieel is om urgenties in de huisartsenpraktijk op te vangen. Het filteren van echt dringende oproepen uit alle andere vraagt de nodige competentie en ervaring.(1)

Zelf heb ik ervaren dat dit als arts niet altijd even evident is. Wij zijn opgeleid om de oorzaken van een klacht te zoeken, differentiaal diagnoses op te stellen. Terwijl het bij triage de bedoeling is de ernst van de zich presenterende problematiek in te schatten.

Naar mijn aanvoelen is het bijzonder moeilijk om in te schatten in welke mate een telefonische oproep dringend dient te worden behandeld. Ik voel mijzelf niet altijd even zeker over de manier waarop ik urgente situaties telefonisch inschat.

Hieruit is het idee gegroeid om na te gaan hoe huisartsen omgaan met telefonische triage.

1.2 Doelstelling en onderzoeksvragen

Hoe leeft het thema bij huisartsen in Vlaanderen? Deze studie heeft als doel te polsen naar de mening van de huisarts.

Ik wil nagaan hoe huisartsen omgaan met telefonische triage. Hoe reageren ze op een oproep? Welke vragen stellen ze? Maken ze gebruik van bestaande richtlijnen? Voelen ze zich zeker of eerder onzeker over hun aanpak?

Graag had ik ook vernomen wat hun ideeën en bezorgdheden zijn in verband met telefonische triage.
Hoe vaak is het – volgens hen – nu echt nodig om te triëren?
Wat zijn de voordelen van het telefonisch triëren? Zijn er nadelen?
Hoe staan ze tegenover triage door praktijkmedewerkers? Zou bvb een triage-assistent een meerwaarde kunnen betekenen voor de wachtdienst?
Over deze vragen had ik graag met hen van gedachten gewisseld.

2 Methodologie

2.1 Literatuur onderzoek

2.1.1 Zoekstrategie

Om een overzicht van de momenteel voor handen zijnde literatuur betreffende telefonische triage in de huisartsgeneeskunde te bekomen, ging ik op drie manieren tewerk. Vooreerst doorzocht ik de wetenschappelijke website Pubmed, gebruik makende van de MeSH-termen “triage” en “primary care”. Deze zoekactie leverde 213 artikels op. De artikels waarin op een andere manier dan telefonisch werd getrieerd, werden geëxcludeerd. Vervolgens werden de artikels met een Nederlandstalige of Engelstalige tekst, die in Belgische universiteiten of online beschikbaar waren, doorgenomen. Bij het doornemen van de literatuurlijst van deze artikels werden de bijkomende relevante artikels ook opgenomen in de literatuurstudie.

Tevens werd op de website van het tijdschrift “Huisarts en Wetenschap” naar artikels gezocht betreffende dit onderwerp. De gebruikte zoekterm was ‘telefonische triage’.

Tenslotte werd op de websites van verenigingen voor huisartsengeneeskunde (Nederland Huisartsen Genootschap, Domus Medica) nagekeken of hier richtlijnen te vinden zijn betreffende telefonische triage.

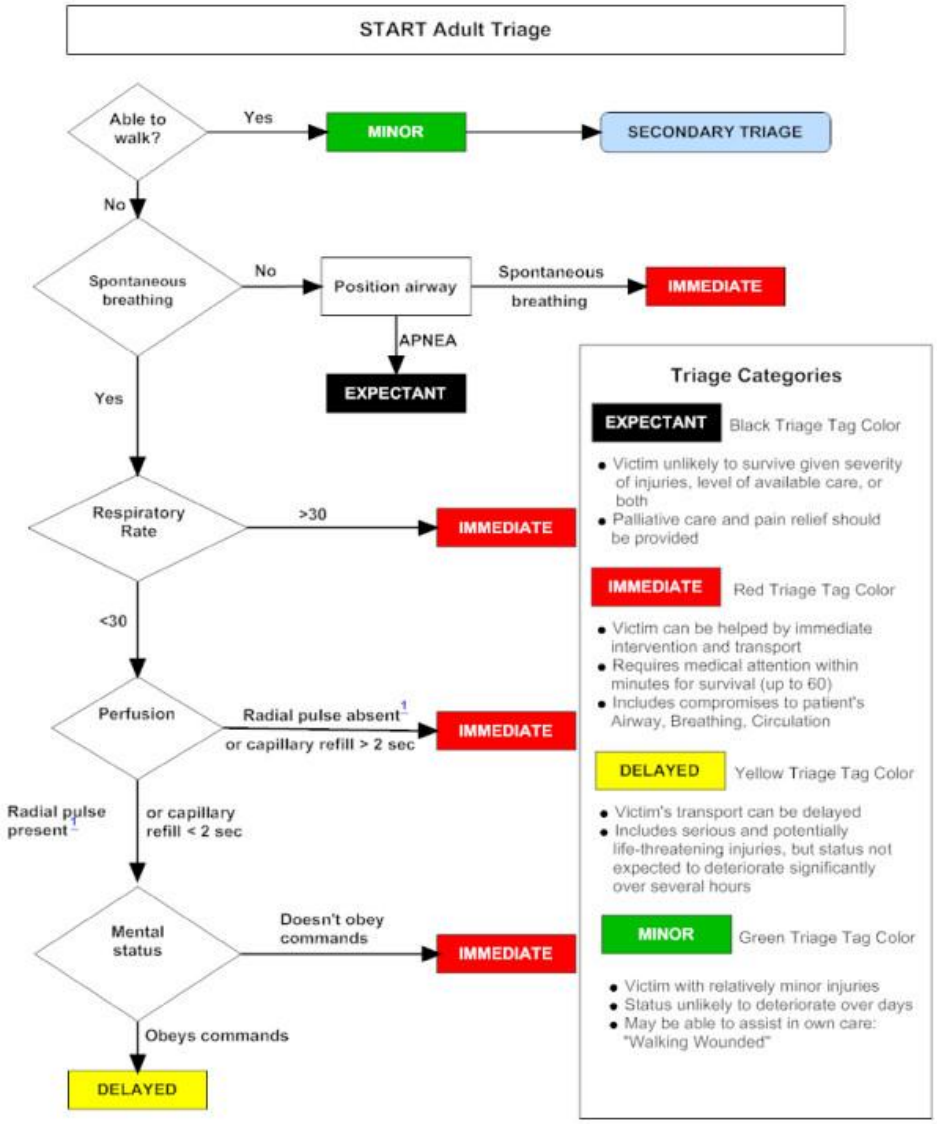
Het literatuuronderzoek werd afgerond in mei 2012 en toen werden er 16 artikels geïncludeerd, waarvan 5 via de website van het tijdschrift “Huisarts en Wetenschap”. In totaal werden er ook drie triagerichtlijnen weerhouden.

2.1.2 Resultaten

2.1.2.1 Definitie en situering

Triage is het proces waarbij patiënten ingedeeld worden volgens de aard en ernst van hun verwondingen, met als doel prioriteiten te stellen. Het triageproces heeft twee doelstellingen. Vooreerst is het de bedoeling uit te maken welke patiënten zich in een levensbedreigende situatie bevinden en dus eerst hulp moet krijgen en welke patiënten langer kunnen wachten. Vervolgens dient bij de triage te worden uitgemaakt welke de meest geschikte hulpverlener is om de noden van de individuele patiënten in te lossen. Dit moet erin resulteren dat zoveel mogelijk patiënten op een zo efficiënt en veilig mogelijke manier de gepaste hulp krijgen.

Triage is ontstaan tijdens de eerste wereldoorlog waar het aantal slachtoffers de medische capaciteiten overtrof. Ondertussen kwamen er heel wat triagesystemen tot stand. Het START triage systeem staat voor Simple Triage And Rapid Treatment. Het is een snelle en relatief eenvoudige manier om te triëren.



Andere gekende triage systemen zijn het Manchester en Boston triage systeem. Deze systemen zijn ontwikkeld om bij urgenties gepaste hulp te kunnen bieden en worden dus voornamelijk in ziekenhuissetting gebruikt.

In de huisartspraktijk is er nood aan andere systemen die zich niet alleen focussen op het bepalen van de urgentie, maar ook het vervolgtraject verder uitwerken (12).

In de huidige situatie is het eerste contact met de patiënt vaak via de telefoon, vandaar het belang om op dit moment al te kunnen triëren.

2.1.2.2 Doel en effect van telefonische triage

Telefonische triage is een instrument dat ervoor moet zorgen dat de patiënt op het juiste moment adequate zorg krijgt, gegeven door de meest geschikte hulpverlener. Dit onderdeel van het hulpverleningsproces is juist heel kwetsbaar. Het vergt zeer uitgebreide communicatieve en medisch inhoudelijke vaardigheden. De triagist kan een huisarts zijn, maar even goed een verpleegkundige of een praktijkassistent en moet steeds de optimale balans vinden tussen efficiëntie en veiligheid. (11)

Met *efficiëntie* wordt bedoeld dat de hulpverlening zodanig moet worden ingezet dat overconsumptie, overbelasting van hulpverleners en onnodig kostbare zorg moet worden voorkomen. (11)

Veiligheid betekent dat de patiënt geen schade mag ondervinden en zeker niet mag overlijden door uitgestelde of inadequate hulpverlening. (11)

In de huidige socio-economische context kan het ook belangrijk zijn dat triage een bijdrage levert tot een *kosten-effectieve* organisatie van de gezondheidszorg.

Tenslotte is ook *patiëntentevredenheid* een cruciale factor voor het triageproces.

Deze vier aspecten van telefonische triage zullen hier achtereenvolgens belicht worden.

2.1.2.2.1 **Efficiëntie van telefonische triage**

In de verschillende voor handen zijnde studies wordt, wanneer men de efficiëntie, evenals de veiligheid van telefonische triage wil onderzoeken, een onderscheid gemaakt naargelang de kwalificaties van de persoon die de triage uitvoert. De drie beschreven triagesystemen, waarvan de efficiëntie onderzocht werd, betreffen respectievelijk triage door de huisarts, door een aanvullend geschoolde praktijkverpleegkundige en door een praktijkassistente. (10)

Bij het literatuur onderzoek kwam in tien studies de efficiëntie van telefonische triage aan bod. Acht studies hadden de vorm van een trial, twee studies waren reviews.

Door zelf telefonisch te triëren, kan de huisarts 50 tot 72% van de consultverzoeken exclusief telefonisch afhandelen. Op langere termijn resulteert dit in 39% minder praktijkconsulten. (10,16)

Triage door aanvullend geschoolde verpleegkundigen (in combinatie met een kleinekwalenspreekuur) levert een reductie van 29 tot 40% van de praktijkconsulten door de huisarts op.(10,16)

Uit een piloot onderzoek in Nederland blijkt dat een praktijkassistente door te triëren ongeveer 10% meer zelfstandig afhandelt. Dit resulteert in een daling van het aantal consulten bij de huisarts met 10%, wat kan bijdragen tot een vermindering van de werkdruk van de huisarts. Er zijn echter ook aanwijzingen dat veel patiënten na een telefonisch consult opnieuw contact zoeken met de hulpverlening. Dit maakt de winst in efficiëntie uiteraard kleiner.(10,11)

Een systematische review uit het Verenigd Koninkrijk legt de uiteenlopende resultaten van verschillende studies bloot. Hieruit blijkt dat telefonische consultatie en triage de werkbelasting van huisartsen lijkt te reduceren. Triage door huisartsen in Engeland toont een tijdsbesparing, in ieder geval op korte termijn. De vraag blijft of er dan niet meer herhaal consultaties zijn op een later tijdstip. (7,16)

2.1.2.2.2 **Veiligheid van telefonische triage**

Uit onderzoek met simulatiepatiënten in Nederland blijkt dat praktijkassistenten de neiging hebben om urgentie te onderschatten, dit heeft mogelijk consequenties voor de veiligheid. Resultaten tonen aan dat ze vooral klachtgericht en weinig patiëntgericht communiceren, bij een zorgadvies meestal niet controleren op begrip en acceptatie bij de patiënt en het gesprek zelden samenvatten.(11,12,13)

Wel ziet men dat specifieke opleidingen en het correct gebruik van de richtlijnen, significant gecorreleerd zijn aan het juist inschatten van de urgentie graad. Dit alles heeft voor gevolg dat men in Nederland iets voorzichtiger wil zijn en voorstelt een tweede veiligheidscontrole door een speciaal opgeleide huisarts in te bouwen. (15)

Over de efficiëntie en de veiligheid van triage door verpleegkundigen bestaat nog onduidelijkheid. Hoewel uit een studie in Noorwegen blijkt dat verpleegkundigen de urgentie graad goed inschatten, ongeacht hun ervaring of percentage van tewerkstelling. (14)

Drie studies in het Verenigd Koninkrijk tonen aan dat het bezoek aan spoeddiensten niet lijkt toe te nemen na telefonische consultatie door artsen. De studie waarin verpleegkundigen triëren toont wel een kleine, maar significante stijging aan. Verder onderzoek naar de veiligheid van telefonische triage blijft dus noodzakelijk. (16)

2.1.2.2.3 Kosten-effectiviteit van telefonische triage

De studie die een economische evaluatie uitvoerde vond weinig verschil in kosten tussen de interventie groep, waar telefonisch getrieerd werd en in de meeste gevallen ook een telefonisch consult volgde en de controle groep, waar de patiënten gewoon op consultatie kwamen. In een andere studie werd enkel naar de telefoon kosten gekeken en zag men een stijging van de telefoon rekening met 26%.(7,16)

2.1.2.2.4 Patiëntentevredenheid bij telefonische triage

In twee gerandomiseerde, gecontroleerde studies werd de patiëntentevredenheid vergeleken tussen de interventie groep, waar patiënten telefonisch getrieerd werden en indien mogelijk ook telefonisch geholpen, en een controle groep, die gewoon op consultatie kwam. De ene studie toont geen significant verschil, de andere toont een hogere tevredenheid in de interventie groep. (16)

In twee andere studies was er een hoge patiëntentevredenheid. 78% tot 98% van de ondervraagden waren tevreden tot zeer tevreden over het verloop van de telefonische consultatie. Wel moet er opgemerkt worden dat de response rate bij één studie kleiner was dan 50% en dat geen van beide studies gebruik maakten van een controle groep.(16)

Uit de voor handen zijnde studies is het dus niet helemaal duidelijk of er bij de patiëntenpopulatie een voldoende groot draagvlak is voor telefonische triage.

Patiëntentevredenheid kan het best verkregen worden door een flexibel en gestroomlijnd triage systeem te gebruiken, waarbij de verwachtingen van de patiënt

begrepen worden en geïntegreerd worden in hoe advies wordt gegeven. Bovendien leren de patiënten dan ook goed om te gaan met hun aandoening.(17)

2.1.2.3 Hoe ervaren artsen het werken met telefonische triage

Uit een semi-gestructureerd interview met huisartsen in het Verenigd Koninkrijk over hun perceptie ivm telefonische triage door verpleegkundigen, blijkt dat enkele bemerkingen telkens terug komen.

Enerzijds legitimeren de geïnterviewden de introductie van telefonische triage door de nadruk te leggen op voordelen voor de organisatie van de praktijk en hoe dit ook de arts-patiëntenrelatie ten goede komt.

Anderzijds vermelden ze steeds te moeten zoeken naar een evenwicht tussen twee tegenstrijdige doelstellingen, namelijk de noodzaak om de praktijk zo efficiënt mogelijk te organiseren en de wens om een zorg te kunnen garanderen die aangepast is aan de persoonlijke noden van elke individuele patiënt (patiënt-centered care). (18)

2.1.2.4 De situatie in België

2.1.2.4.1 Richtlijnen

Elke oproep van een patiënt kan een urgentie zijn. De huisarts of de huisartsenpraktijk moet zich zodanig organiseren dat elke oproep tot hulp met de nodige aandacht en zorg wordt omkaderd. De domus medica richtlijn stelt dat praktijkmanagement en –organisatie spoedeisende hulp ten volle moeten ondersteunen. Triage van de binnenkomende telefoons is hierbij essentieel. Bovendien is een verduidelijking van de hulpvraag noodzakelijk om misverstanden te voorkomen. Daarom bevelen zij aan om altijd de volgende vragen te overlopen:

- Wat houdt de klacht zelf precies in? (korte omschrijving)
- Wat is er gebeurd? Hoelang bestaan de klachten? Hoe is het verloop tot nu toe? (verloop in functie van de tijd)
- Zijn er bijkomende klachten?
- Is de klacht in het verleden ook al voorgekomen?
- Neemt de patiënt geneesmiddelen?
- Wat wordt er concreet verwacht?
- Heel belangrijk: naam + adres + telefoonnummer.

Tijdens een wachtdienst is dit zelfs nog meer van belang, want dan wordt de huisarts meestal geconfronteerd met patiënten van wie hij de (medische) voorgeschiedenis niet kent. Dit bemoeilijkt de interpretatie en de inschatting van de ernst van de klachten. (1)

Belgische huisartsenwachtposten (HWP) hebben tot nog toe geen enkele vorm van triage. De onthaalmedewerkers noteren de gegevens van de patiënt, bevragen kort wat het probleem is en laten dan de keuze min of meer aan de patiënt zelf om op raadpleging te komen of een huisbezoek aan te vragen. Zij trachten hierbij zoveel mogelijk patiënten te motiveren naar de HWP te komen om zo tijdrovende huisbezoeken te vermijden. (9)

Bij het hulpcentrum 100 in België zijn er medische protocollen aanwezig die het beantwoorden van de dringende medische oproepen gemakkelijker en efficiënter moeten maken. De dispatchers of aangestelden voor de Medische Regulatie worden aangesteld door het FOD Binnenlandse zaken, meer bepaald de directie Civiele Veiligheid. Hun enige vereiste diploma is een getuigschrift van hoger secundair onderwijs of een bekwaamheidsdiploma dat toegang verleent tot het hoger onderwijs. Zij krijgen een opleiding aan de hand van de ‘Belgische handleiding voor de medische regulatie’, een geïntegreerde verzameling van medische protocollen opgesteld per aanmeldingsklacht. Deze bundel is bedoeld om niet gespecialiseerd medisch personeel adequate technische ondersteuning te bieden in een setting die een hoge prevalentie aan dringende oproepen kent. (2)

Met betrekking tot de eerste lijnsgeneeskunde werden er tot op heden in de literatuur geen Vlaamse triage richtlijnen teruggevonden.

2.1.2.4.2 Juridisch en deontologisch kader

In België gebeurt telefonische triage meestal *door de huisarts* zelf of eventueel door een (medisch) secretaresse. Het juridisch en deontologisch kader laat op dit moment in België geen andere triagesystemen toe. Zo blijkt uit het advies van de orde:
“de huisarts van wacht die zich structureel afschermt van elke directe zorgvraag van patiënten en zich op die manier bewust en formeel "onbereikbaar" opstelt (cf. art. 422bis SW) door de dispatching én de beslissing tot zorg aan een "derde" over te laten, kan moeilijk beschouwd worden als zorgvuldig en gewetensvol”.
Het is onverantwoord de beslissing om al dan niet in te gaan op een zorgvraag over te laten aan of af te wentelen op een "derde", ongeacht de (medische?) kwalificatie (8).

2.1.2.4.3 Opleiding

Voor triagewerkzaamheden bestaat er tot nu toe geen enkele opleiding in Vlaanderen zoals dit bijvoorbeeld in Nederland wel het geval is. In tegenstelling tot de landen waar telefonisch triage tot de dagdagelijkse praktijk behoort, waarbij soms tot 50% van de hulpvragen telefonisch wordt afgehandeld, heeft de huisartsgeneeskunde in België géén traditie van telefonische consulten. Dit wordt voorlopig ook nog ontraden door verenigingen zoals de Orde der Geneesheren die toeziet op de medisch-ethische aspecten van de geneeskunde. Bovendien is hiervoor in het meest gangbare betalingssysteem (per prestatie) geen honorering voorzien (9).

Vooraleer triagesystemen te implementeren, dient hieraan eerst zorgvuldig onderzoek vooraf te gaan. Zoals reeds eerder besproken blijken triagesystemen immers niet volledig risicoloos te zijn (9).

2.1.2.5 De situatie in Nederland

In Nederland werd in 2011 de NHG-triageWijzer gelanceerd als opvolger van de NHG-TelefoonWijzer. Deze NHG-triageWijzer werd opgesteld op basis van de Nederlandse Triage Standaard met als doel de gehele spoedeisende hulpverlening in Nederland – dus huisartsenposten, de spoed-eisende hulp afdelingen van de ziekenhuizen en de ambulancemeldkamers – uniform te laten werken. Deze systematische benadering betekent dat de patiënt met een spoedeisend probleem altijd dezelfde vragen moet beantwoorden om de urgentie van zijn klacht te bepalen (3).

Het Nederlands Triage Systeem (NTS) streeft naar een eenduidige uitkomst van triage, onafhankelijk van de plaats waar de patiënt zich meldt. In het NTS wordt niet alleen de urgentie bepaald, maar ook het vervolgtraject. Dit is dan toepasbaar op de hele keten van de acute zorg. Het NTS kent de volgende stappen:

- Is er levensgevaar (volgens het ABCD-schema)?
- Wat is de hulpvraag (‘reason for encounter’)?
- Kies de ingangsklacht.
- Bepaal de urgentie.
- Indiceer het vervolgtraject.
- Evalueer het contact: het doorspreken van triage en advies met de patiënt of diens omgeving.

In Nederland zijn er op verschillende plaatsen al triagesystemen in gebruik. In de praktijk wordt er overdag vooral getrieerd door de praktijkassistente. Deze zorgt zowel voor het ‘filterdeel’ als voor het ‘delegatiedeel’ van de triage. De assistente verheldert de hulpvraag, vermeldt dit en geeft daardoor de huisarts de mogelijkheid zich voor te bereiden op het consult. Ze is ook in de mogelijkheid om telefonisch zelfzorgadviezen te geven en eenvoudige verrichtingen zoals bloeddrukcontroles naar een assistentenspreekuur te verwijzen. Er wordt geprotocolleerd gewerkt met de NHG-triageWijzer als leidraad (10).

2.1.2.6 De situatie in het Verenigd Koninkrijk

In het Verenigd koninkrijk bestaan er verschillende wachtdienst modellen. De huisartsen coöperatieven georganiseerd vanuit de overheid, wachtdiensten georganiseerd van uit ziekenhuizen en wachtdiensten georganiseerd door de private sector. Vaak wordt de telefonische permanentie verzekerd door een gecentraliseerde dienst. Patiënten moeten dan naar een centraal nummer bellen en worden meestal door verpleegkundigen te woord gestaan (17).

Deze aanvullend geschoolde verpleegkundigen of nurse practitioners beoordelen telefonisch de hulpvraag van de patiënt. Zo nodig krijgt de patiënt vervolgens een afspraak bij de huisarts of in sommige praktijken bij de praktijkverpleegkundige zelf op een kleinekwalenspreekuur (10).

2.1.2.7 Specifieke triage bij kinderen met koorts

De standaard “Kinderen met koorts” van het Nederlands Huisartsen Genootschap is zo opgesteld dat hij begint met een rubriek telefonische triage. Hun standaard beveelt aan dat de huisarts of assistente actief vraagt naar onderstaande kenmerken en alarmsignalen om te kunnen inschatten op welke termijn het kind moet worden beoordeeld (4).

Het kind met koorts moet *op zeer korte termijn* gezien worden bij een of meer van deze alarmsignalen of kenmerken:

- Ernstig ziek zijn, sufheid, ontroostbaar huilen
- Snelle achteruitgang
- Minder dan de helft drinken
- Tijdens koorts ontstane huiduitslag, veranderde huidskleur
- Veranderd ademhalingspatroon, kreunen, periodes van ademstilstand

- Leeftijd jonger dan één maand

Het wordt aanbevolen het kind met koorts nog dezelfde dag te zien bij:

- Leeftijd tussen 1 en 3 maanden
- Verminderde weerstand of relevante comorbiditeit, bijvoorbeeld kinderen met aangeboren aandoeningen van hart en longen
- Koorts gedurende meer dan drie dagen of koorts die opnieuw oploopt na een aantal koortsvrije dagen

Bij afwezigheid van bovenstaande alarmsignalen of kenmerken wordt aanbevolen het kind met koorts toch dezelfde dag te beoordelen indien:

- Tijdens de telefonische triage een onvoldoende duidelijke indruk van de ernst van het ziektebeeld kan verkregen worden,
- Het telefoongesprek gecompliceerd wordt door een geïrriteerde of agressieve sfeer, communicatieproblemen of een verschil van inzicht met de ouders
- Er persisterende ongerustheid bestaat bij de ouders.

In alle andere gevallen kan worden volstaan met een consult op langere termijn of een zelfzorgadvies. Een huisbezoek bij een kind met koorts is dan niet nodig (4).

De praktijkassistenten volgden in grote lijnen de richtlijn, maar verrassend genoeg bleek ten onrechte dat vele kinderen volgens hun ouders alarmsymptomen hadden. Dit maakt de validiteit van het vragen naar deze symptomen aan de ouders uiteraard twijfelachtig (5).
Bovendien zullen huisartsen nooit alle ernstige infecties tijdig kunnen signaleren en is een goede vangnetstrategie met inschakeling van de ouders, noodzakelijk (6).

2.1.3 Conclusie van het literatuuronderzoek

Via deze literatuurstudie wilde ik op zoek gaan naar een manier om bij een telefonische oproep op een gestructureerde manier, met een beperkt aantal vragen, tot een juiste inschatting van de ernst van de situatie te komen. Deze zoektocht bracht mij bij een aantal bestaande richtlijnen en standaarden (o.a. de NHG-telefoonwijzer, de NHG-triagewijzer).

In Nederland zijn er zelfs specifieke opleidingen hieromtrent. In Vlaanderen bestaat hiervoor alsnog geen opleiding.

Uit het literatuuronderzoek blijkt eveneens dat er in Vlaanderen nog geen onderzoek gedaan werd naar telefonische triage in de huisartsgeneeskunde.(2) De meeste studies zijn afkomstig uit Nederland en het Verenigd Koninkrijk. In vergelijking met deze landen staat de telefonische triage in België nog in haar kinderschoenen.

Wat aan de basis hiervan ligt is niet helemaal duidelijk. Vermoedelijk heeft het onder meer te maken met culturele verschillen en met het juridisch en deontologisch kader in België.

2.2 Kwalitatief onderzoek

2.2.1 Studie ontwerp

Gezien uit de literatuurstudie een gebrek aan studies in Vlaamse context duidelijk werd, lijkt het nuttig om in eerste instantie na te gaan wat de opvattingen zijn van de Vlaamse huisartsen betreffende dit onderwerp en dit middels een kwalitatief onderzoek. Er werd gekozen voor een kwalitatief onderzoek omdat deze werkwijze meest geschikt is om een beeld te krijgen van de perceptie bij de bevraagde huisartsen.

Bij het opstellen van de vragenlijst werd enerzijds rekening gehouden met de via de literatuurstudie bekomen informatie, dit om een zo volledig en accuraat mogelijke vragenlijst te bekomen. Anderzijds werd er bij het opmaken van de vragenlijst ook aandacht aan besteed dat deze kernachtig is, dit om de tijdsinvestering voor de geïnterviewde artsen aanvaardbaar te houden en aldus de participatie te optimaliseren.

2.2.2 Onderzoekspopulatie

De onderzoekspopulatie bestaat uit huisartsen die praktijkvoeren in 3 aanpalende wachtkringen (Huisartsenkring (HAK) Geraardsbergen1, HAK Geraardsbergen 2 en HAK Ninove).

Deze wachtkringen werden gekozen uit praktische overwegingen.

2.2.3 Dataverzameling

Het doel is om interviews af te nemen bij huisartsen uit minstens 2 verschillende LOK-groepen, uiteindelijk werden huisartsen uit 3 verschillende wachtkringen gecontacteerd. Door huisartsen uit verschillende wachtkringen over dit onderwerp te interviewen wordt gepoogd de diversifiëring te optimaliseren en een zo breed mogelijk spectrum aan visies te bekomen.

Vooreerst werd er een informatieve mail verstuurd naar alle huisartsen uit de wachtkring waartoe de praktijkopleider dr De Winter en haio dr Van Lancker behoren. Daarna werden de betrokken artsen telefonisch gecontacteerd om te polsen naar hun bereidheid tot deelname en om bij een positief antwoord, een afspraak te maken voor een individueel interview.

In een later stadium van de studie werden er ook een aantal interviews via de telefoon afgenomen.

Tenslotte werd de vragenlijst ook nog elektronisch doorgestuurd naar huisartsen van de oorspronkelijk wachtkring en 2 aanpalend wachtkringen. Dit om een gevarieerdere artsenpopulatie te bereiken. De wachtkring waartoe de praktijkopleider behoort, bestaat immers voornamelijk uit oudere solo-artsen.

Bij het afnemen van de vragenlijst is het de bedoeling een voldoende diverse artsenpopulatie te bereiken om aldus tot een verzadiging van de verschillende visies te komen.
De vragenlijst polst naar de kennis en de mening van de huisarts over telefonische triage.
Zien zij de noodzaak om te triëren? Welke voor- en nadelen geven zij aan?
Kwam triage aan bod in hun opleiding of bijscholingen?
Zijn triagerichtlijnen hen bekend en maken ze er gebruik van?
Hebben zij ervaring met verschillende triagesystemen en wat vinden zij van triagesystemen door praktijkassistenten en door verpleegkundigen?
Tot slot, bij wijze van casus werd er nagevraagd welke vragen zij zouden stellen bij een telefonische oproep voor een kindje met koorts?

Hoe zeker zijn zij wat betreft de volledigheid van de door hen gestelde vragen en de inschatting van de ernst van de casus?

2.2.4 Data-analyse

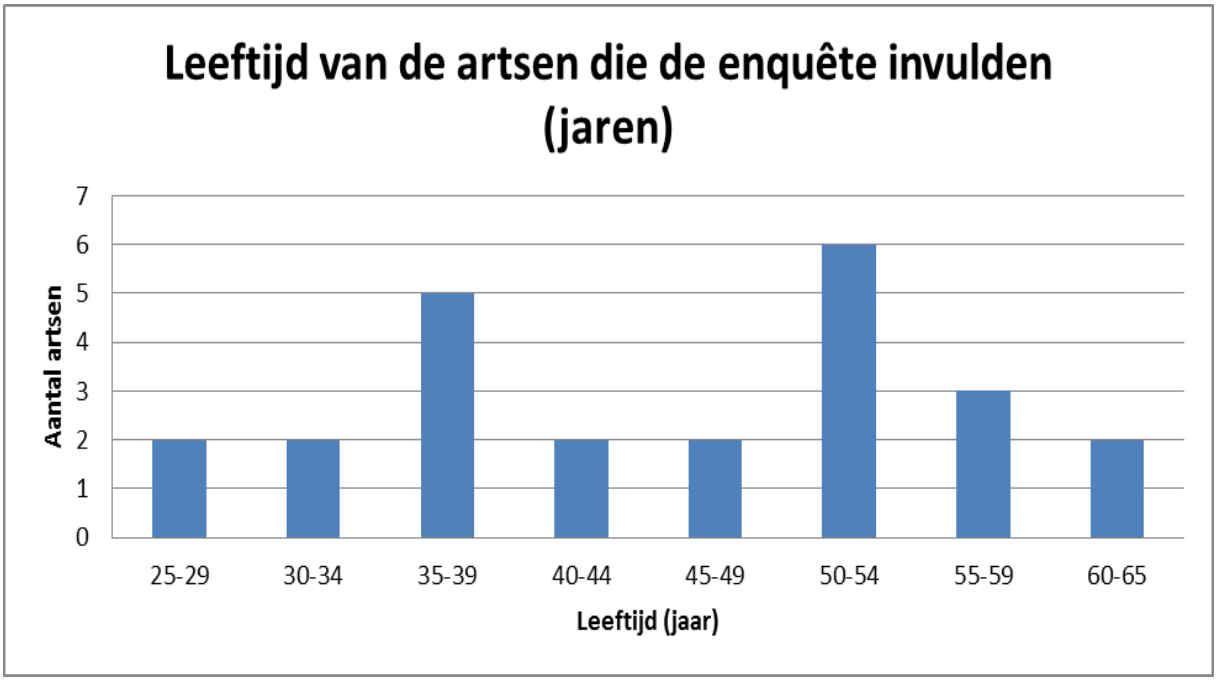
De analyse gebeurde door het selectief lezen en interpreteren van de bekomen informatie. De bekomen gegevens werden anoniem verwerkt. Door het coderen van de antwoorden van de geïnterviewde artsen (toekennen van een label of trefwoord), werden een aantal kernbegrippen geformuleerd. Op deze manier werd getracht orde te scheppen in de door de huisartsen naar voorgeschoven bemerkingen.

Bij de casus werd overlopen welk van de telefonisch gestelde vragen naar de ernst polsen en welke eerder diagnostisch zijn. De vragen die de artsen stelden, werden vergeleken met de aanbevolen triage vragen volgens het Nederlands Huisartsen Genootschap.

3 Resultaten

3.1 Demografische kenmerken

3.1.1 Leeftijd

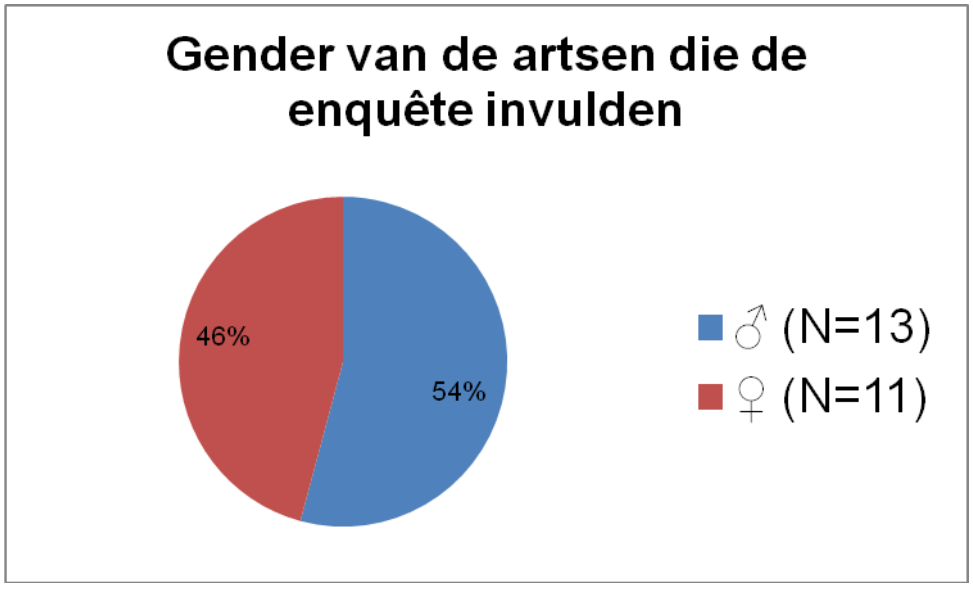


Grafiek 1: leeftijd van de artsen die de enquête invulden (jaren)

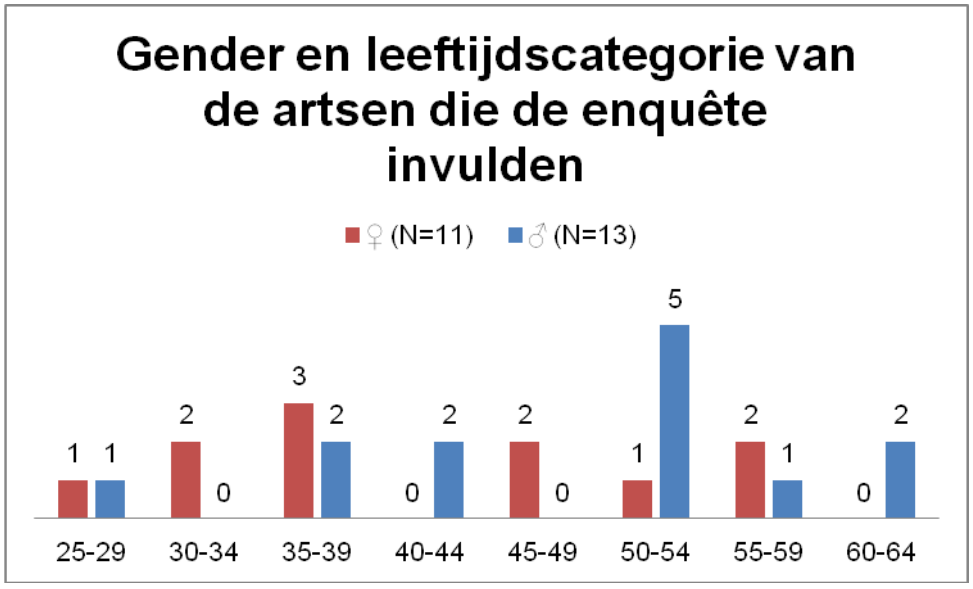
In totaal namen 24 artsen deel aan dit onderzoek.

De jongste arts die de enquête invulde was 26 jaar; de oudste 64 jaar. De gemiddelde leeftijd van de artsen die de enquête invulden, was 45,5 jaar.

3.1.2 Gender



Grafiek 2: Gender van de artsen die de enquête invulden.



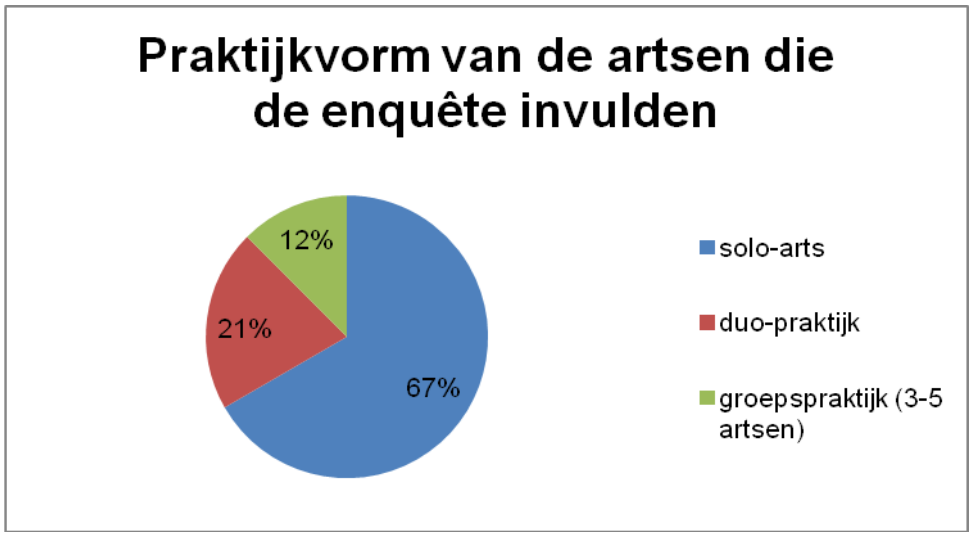
Grafiek 3: Gender en leeftijdscategorie van de artsen die de enquête invulden.

11 van de 24 artsen die de enquête invulden waren vrouwelijke artsen (46%); 13 mannelijke artsen (54%) vulden de enquête in. Het aantal vrouwelijke artsen ten opzichte van het aantal mannelijke is dus evenredig verdeeld.

De vrouwelijke artsen die de enquête invulden, waren iets jonger (gemiddeld 42 jaar), dan de mannelijke artsen die de enquête invulden (gemiddeld 48 jaar).

3.2 Praktijkkenmerken

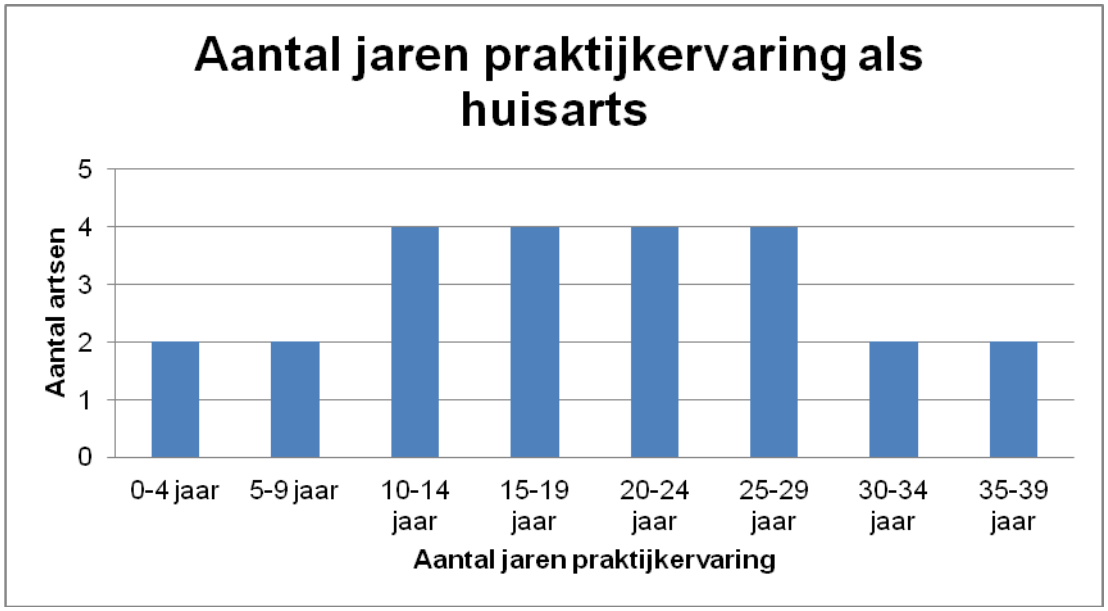
3.2.1 Praktijkvorm



Grafiek 4: Praktijkvorm van de artsen die de enquête invulden.

Van de artsen die de enquête invulden, werkt de meerderheid, 67% (N=16), als solo-arts. 21% (N=5) werkt in een duo-praktijk en 12% (N=3) werkt in een groepspraktijk (3-5 artsen).

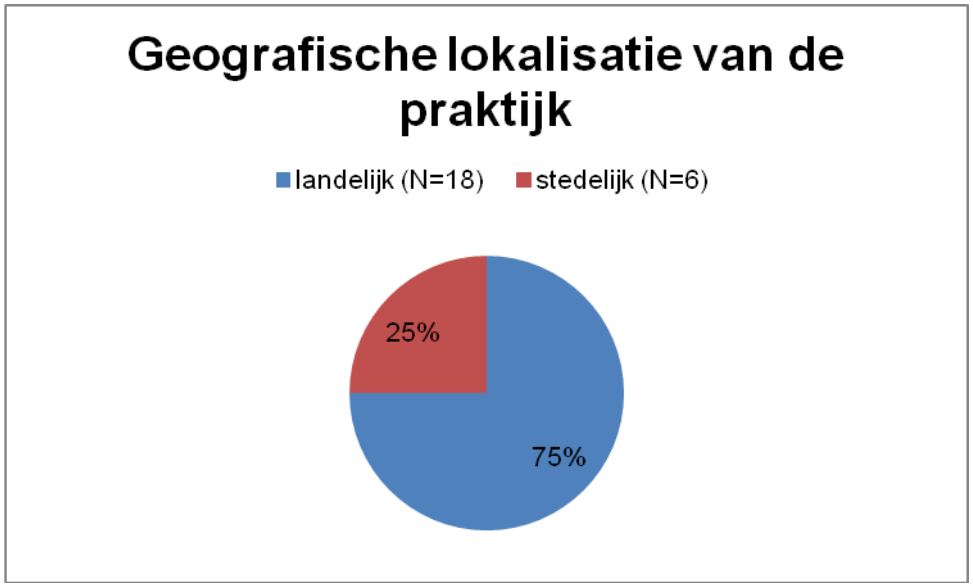
3.2.2 Jaren praktijkervaring als huisarts



Grafiek 5: Aantal jaren praktijkervaring als huisarts.

Uit het navragen van het aantal jaren praktijkervaring als huisarts, bleek dat twee derden van de artsen 10 jaar of meer ervaring hebben als huisarts. De arts met het meeste aantal jaren ervaring, werkte reeds 39 jaar als huisarts, de jongste arts had een half jaar praktijkervaring.

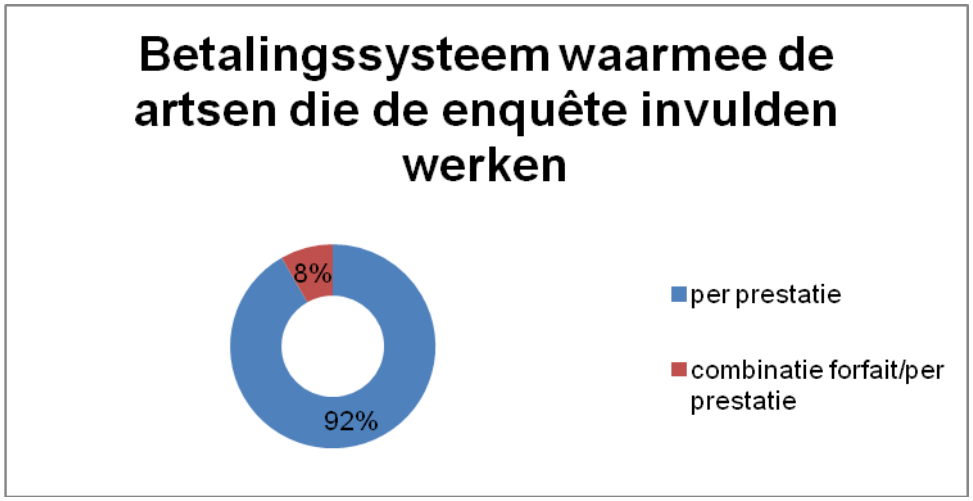
3.2.3 Geografische lokalisatie van de praktijk



Grafiek 6: Geografische lokalisatie van de praktijk van de artsen die de enquête invulden.

De meerderheid van de artsen die de enquête invulden, werken in een landelijk gelegen praktijk, één vierde werkt in een stedelijke praktijk.

3.2.4 Betalingssysteem



Grafiek 7: Betalingssysteem waarmee de artsen die de enquête invulden werken.

22 van de 24 artsen die de enquête invulden, werken enkel per prestatie; twee van de artsen werken in een gecombineerd systeem (forfait/per prestatie). Geen enkele arts werkt louter volgens een forfaitair systeem.

3.3 Telefonische triage

De enquête bevatte 15 vragen betreffende triage. Deze vragen kunnen in drie groepen onderverdeeld worden.

Vooreerst werd een aantal vragen gesteld om een inzicht te krijgen in de mate waarin de huisartsen vertrouwd zijn met triage (mate waarin dit thema in hun opleiding aan bod kwam, ervaring met het gebruik van triagesystemen,…).

Vervolgens werd gepeild naar de perceptie van de geënquêteerde artsen ten aanzien van het gebruik van triage (de voor- en nadelen van triage, visie ten aanzien van bestaande triagesystemen).

Tenslotte werd de artsen een casus voorgesteld (telefonische triage bij de hulpvraag ‘kindje met koorts’) met een aantal bijbehorende vragen (welke vragen stelt u bij een dergelijke telefonische oproep, hoe zeker voelt u zich betreffende de inschatting van de ernst van de situatie en betreffende de volledigheid van de door u gestelde vragen).

3.3.1 Vertrouwdheid/kennis betreffende telefonische triage

Er werden aan de huisartsen vier vragen gesteld die specifiek polsen naar hun vertrouwdheid met/ kennis van telefonische triage.

Ziet u in de praktijk een noodzaak om telefonisch te triëren en hoe frequent moet telefonische triage in uw praktijk worden toegepast?

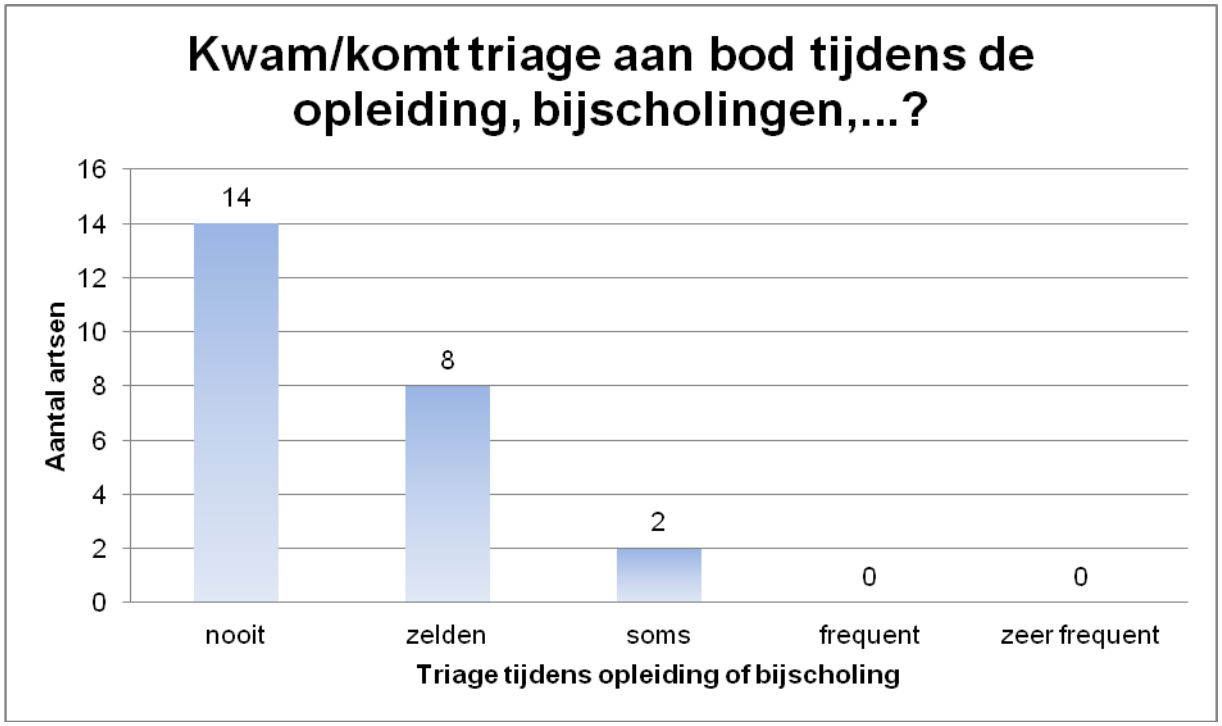


Grafiek 8: Frequentie van het toepassen van telefonische triage in de praktijk van de geënquêteerde artsen.

Van de geënquêteerde huisartsen zegt de overgrote meerderheid de noodzaak te ervaren om telefonisch te triëren, slechts twee huisartsen vinden dit voor hun praktijk niet noodzakelijk.

De meeste van de ondervraagde huisartsen maken regelmatig gebruik van telefonische triage. Drie vierden van de huisartsen zeggen dagelijks (N=10) of wekelijks (N=8) te moeten triëren. Drie artsen triëren maandelijks, twee slechts enkele keren per jaar en één vermeldt nooit te moeten triëren.

Kwam/komt triage aan bod tijdens de opleiding/bijscholingen?



Grafiek 9: mate waarin volgens de geënquêteerde artsen triage tijdens opleiding of bijscholingen aan bod kwam/komt.

Wanneer we gaan kijken naar de vorming van huisartsen ten aanzien van triage, komt uit de enquête naar voor dat de meeste artsen de ervaring hebben dat het onderwerp triage slechts in beperkte mate aan bod komt tijdens opleidingen en bijscholingen.

Voor 14 van de ondervraagde artsen kwam triage helemaal niet aan bod tijdens de opleiding, noch tijdens bijscholingen. Acht artsen vermelden zelden iets te horen over

triage, twee artsen zeggen slechts sporadisch iets over triage te vernemen en geen enkele arts beweert dat het onderwerp triage frequent aan bod komt.

Heeft u ervaring met het gebruik van triagesystemen (door een verpleegkundige, praktijkassistente, medisch secretaresse, andere)?

Slechts 25% van de artsen blijkt ervaring te hebben met een triagesysteem uitgevoerd door niet-artsen. Bij deze artsen wordt de triage dan uitgevoerd door een medisch secretaresse (al dan niet via een telesecretariaat) of een echtgenote.

Slechts één arts had ook ervaring met triage door een verpleegkundige en door een praktijkassistente. Deze ervaring werd opgebouwd in het buitenland.

15 van de geënquêteerde artsen bleef het antwoord op deze vraag schuldig.

Zijn triagerichtlijnen u bekend? Zo ja, maakt u er gebruik van?

Op één arts na zegt geen enkele arts weet te hebben van triage richtlijnen. Enkel de richtlijn over koorts bij kinderen is die ene arts bekend. Bovendien zegt die arts er slechts zelden gebruik van te maken.

3.3.2 Houding ten aanzien van telefonische triage

Om een zicht te krijgen op de visie van de huisartsen ten aanzien van telefonische triage werd hen gevraagd welke voor- en nadelen van telefonische triage zij konden bedenken. Tevens werd hun mening gevraagd betreffende bestaande triagesystemen (door aanvullend geschoolde verpleegkundigen of door praktijkassistenten).

3.3.2.1 Voor- en nadelen van telefonische triage

Aan de geënquêteerde artsen werd gevraagd wat volgens hen de voordelen zijn van telefonische triage en aan welke nadelen zij denken.

Bij de analyse van de antwoorden werd gepoogd deze te groeperen volgens de achterliggende kerngedachte.

3.3.2.1.1 Voordelen van telefonische triage

De door de huisartsen aangehaalde voordelen kunnen onderverdeeld worden in drie grote groepen: bevorderen van de efficiëntie, kwaliteitsvolle dienstverlening leveren en een positieve invloed op de praktijkorganisatie.

Het meest gesignaleerde voordeel dat de ondervraagde huisartsen zien in telefonische triage is de efficiëntie. Dit aspect wordt door 17 van de 24 huisartsen aangehaald. Dit ging van een betere organisatie van de praktijk tot het efficiënt plannen van de route om de huisbezoeken af te werken. Zo kan je, door te triëren, de patiënten gericht selecteren voor consultatie, huisbezoek of rechtstreekse doorverwijzing naar spoed.

Een tweede voordeel van telefonische triage, dat door negen huisartsen aangegeven wordt, is dat het een onderdeel uitmaakt van kwaliteitsvolle dienstverlening. Telefonische triage kan een bijdrage leveren aan een kwaliteitsvolle dienstverlening door het inschatten van de ernst, de graad van urgentie van de hulpvraag.

In tabel 1 werden alle voordelen betreffende kwaliteitsvolle dienstverlening die de geënquêteerde huisartsen aangaven, gegroepeerd.

“Mensen met ernstige pathologie er proberen uit te halen, ze beseffen het vaak niet altijd zelf dat het ernstig is,…” Arts nr 3
“Dringend hulp kunnen verlenen waar het echt dringend is, wat vrij zeldzaam is in

(mijn) de huisartsenpraktijk, maar altijd mogelijk is en vaak zeer onverwacht" Arts nr 4
"Echte urgenties doorverwijzen naar spoed" Artsen 5 en 15
"Inschatting van de ernst" Artsen 10, 12 en 19
" Vooral belangrijk bij wachtdienst: hoe dringend en via welke weg start ik mijn bezoeken. Wie kan ik laten komen?..." Artsen nr 1 en 20
"Dat echte urgenties prioriteit krijgen. Dit is belangrijker tijdens een wachtdienst, bij epidemie, bij ramp. Het is ook moeilijker tijdens een wachtdienst (je kent de personen niet)" Arts nr 18
"Ik neem vaak de telefoon zelf aan en kan zelf inschatten wat echt dringend is. Persoonlijk overschat ik liever een probleem dan het te onderschatten." Arts nr 22
" Het geeft een goed gevoel van er snel te staan als het echt nodig is, zowel voor jezelf als voor de patiënt." Arts nr 6
" Niet dringende zaken kunnen dan meer kwaliteitsvol afgehandeld worden." Arts nr 2

Tabel 1: citaten uit de enquêtes betreffende het voordeel kwaliteitsvolle dienstverlening.

Een laatste voordeel, dat door acht huisartsen aangegeven wordt, is dat telefonische triage een positief effect heeft op de praktijkorganisatie en aldus het comfort voor de huisarts verhoogt. Tabel 2 geeft alle citaten die verband houden met dit voordeel van telefonische triage.

"Triage in de praktijk bevordert het rustig werken." Arts nr 2
"In drukke periodes niet dringende consultaties, controles plaatsen op eerstvolgende dagen/weken." Arts nr 5
" Er wordt bij consultaties enkel op afspraak gewerkt; dus een goede triage is belangrijk want anders wordt een heel blok in de war gestuurd." Arts nr 6
"Goede, correcte werkverdeling indien correcte triage." Arts nr 9
" Organisatie van de praktijk bevorderen." Arts nr 13
" Het werkschema niet in de war sturen." Arts nr 21
"Je kan je werk iets beter regelen, minder tijd verliezen." Arts nr 23
"Organisatie als het te druk is." Arts nr 24

Tabel 2: effect van triage op de praktijkorganisatie

Ook dient te worden opgemerkt dat twee huisartsen geen enkel voordeel van telefonische triage naar voor schuiven.

Bij het navragen van de mogelijke voordelen van telefonische triage, maakten vijf van de geënquêteerde artsen een duidelijke specificatie naar de context waarin triage wordt toegepast. Alle vijf beschouwen zij triage belangrijker tijdens een wachtdienst.

3.3.2.1.2 Nadelen van telefonische triage

Er werd in de enquête ook gepolst naar de mogelijk nadelen van triage. De antwoorden van de ondervraagde huisartsen konden in vier grote categorieën gegroepeerd worden: bezorgdheid ten aanzien van veiligheid, de moeilijkheidsgraad, de kostprijs en de administratieve belasting van telefonische triage.

De belangrijkste bezorgdheid van de ondervraagde huisartsen ten aanzien van telefonische triage blijkt de veiligheid van het triageproces te zijn. Elf van de ondervraagde huisartsen geven hun bezorgdheid hieromtrent aan. Tabel drie geeft een overzicht van hun bemerkingen betreffende veiligheid van telefonische triage.

“Eventuele vergissing van de ernst van de klacht. Patiënt ziet iets als weinig ernstig, wat eigenlijk best toch snel behandeld diende te worden.” Arts nr 2
“Wie is eindverantwoordelijke?” Arts nr 5
“Foutieve inschatting, gezien geen scholing in triage.” Arts nr 9
“In een huisartspraktijk kent men de patiënten en weet men wie overdrijft in het aanbrengen van de klachten en wie niet overdrijft, dus kunnen we reeds triëren, maar in de wacht is dat moeilijker.” Artsen nr 6 en 10
“Foutieve inschatting.” Arts nr 11
“Foute inschatting door bewoordingen patiënt.” Arts nr 19
“Foute info door patiënt of zijn telefonist gegeven. Foute vragen gesteld door de ontvanger. Misinterpretaties. Weinig ervaring. Gebrek aan medisch inzicht in pathologie van telefonist.” Artsen nr 17 en 20
“Telefonisch miskennen van ernstige medische problematiek.” Arts nr 21
“Vaak overschatten en onderschatten van probleem.” Artsen nr 18 en 22

“Soms ga je ernstige dingen missen.” Arts nr 23
“Schuldgevoelens als je iets gemist hebt. Het geeft een gerust gevoel als je de patiënt ziet. Zelfs met het beste triage systeem kan je misschien 90% juist inschatten. Dringende oproepen missen is inherent aan elk systeem. Er zijn patiënten die hulp vragen en patiënten die hulp eisen, bij de laatste heb je zelfs geen mogelijkheid om te triëren. Bij twijfel moet je snel gaan, de orde voorziet dat je iedere oproep moet zien.” Arts nr 24

Tabel 3: veiligheid van telefonische triage.

Een tweede bezorgdheid hangt samen met de voorgenoemde veiligheidsaspecten, meer bepaald de moeilijkheid van telefonische triage. Hier wordt door elf van de ondervraagde artsen naar verwezen.

Verder hebben twee artsen (nr 3 en 16) bedenkingen betreffende de kostprijs van telefonische triage. Een van de artsen die hieromtrent een bemerking had, koppelt dit aan het vergoedingssysteem van huisartsen (vergoeding per prestatie) en vermoedt dat het overschakelen naar een forfaitair systeem dit euvel kan verhelpen.

Eén arts (nr 16), tenslotte, vreest een toename van de administratieve belasting. Deze arts geeft geen verdere duiding bij deze opmerking.

Vijf van de 24 artsen die de enquête invulden, kon geen nadelen van telefonische triage naar voor schuiven.

3.3.2.2 Triagesystemen

Naast het navragen van de voor- en nadelen die de huisartsen linken aan het gebruik van telefonische triage, werd in de enquête ook gepolst naar hun visie ten aanzien van telefonische triage door aanvullend geschoolde verpleegkundigen of door praktijkassistenten aan de hand van een draaiboek (respectievelijk de in het Verenigd Koninkrijk en de in Nederland toegepaste organisatie van de huisartsenpraktijk)

3.3.2.2.1 Engelse systeem – telefonische triage door aanvullend geschoolde verpleegkundigen

Aan de huisartsen werd gevraagd wat zij denken van het Engelse systeem, waarbij triage gebeurt door aanvullend geschoolde verpleegkundigen. Dit systeem lijkt voor de geënquêteerde huisartsen vooral bruikbaar tijdens wachtdiensten. Elf van de artsen zien wachtdiensten als een goed toepassingsgebied voor telefonische triage door aanvullend geschoolde verpleegkundigen. Vier huisartsen geven aan dat het ook in (grote) groepspraktijken nuttig kan zijn.

Voor drie huisartsen is het belangrijk dat de telefonische triage door een verpleegkundige gebeurt, voor één arts zou dit zowel door een verpleegkundige als door een praktijkassistente kunnen worden gedaan. Eén arts ziet een duidelijk voordeel in het werken met een secretariaat. Ervaring of scholing betreffende telefonische triage blijkt voor vier van de ondervraagde huisartsen een cruciaal gegeven.

Hier tegenover staat dat zeven van de geënquêteerde huisartsen dit niet bruikbaar vinden in de dagdagelijkse praktijk en geven aan liever zelf te triëren.

De kostprijs van telefonische triage blijkt de belangrijkste remmende factor te zijn: vijf huisartsen denken dat telefonische triage door een aanvullend geschoold verpleegkundige financieel niet kan gedragen worden door de huisarts. Twee huisartsen formuleren hieromtrent een oplossing: centrale financiering/organisatie van telefonische triage door aanvullend geschoolde verpleegkundigen in de huisartsenpraktijk. Eén huisarts ziet dit expliciet als een taak weggelegd voor de Federale Overheid.

Verder geven twee huisartsen aan bedenkingen te hebben bij de veiligheid van telefonische triage. Eén huisarts omschrijft het als “gevaar”, een andere huisarts heeft het over “de risico’s op vals positieve en vals negatieve resultaten op basis van telefonische triage”.

Eén van de ondervraagde huisartsen, tenslotte, is van mening dat telefonisch triage geen verpleegkundige taak is en dat gezien het reeds bestaande tekort aan verpleegkundigen, dit beter door andere personen wordt gedaan.

3.3.2.2.2 Nederlandse systeem – telefonische triage door praktijkassistenten, aan de hand van een draaiboek.

Vervolgens werd ook aan de huisartsen gevraagd wat zij denken van het Nederlandse systeem, waarbij triage gebeurt door praktijkassistenten, die werken aan de hand van een draaiboek.

Met betrekking tot dit systeem blijkt de kwaliteit een belangrijke parameter te zijn in de beoordeling. Zes van de geënquêteerde huisartsen benadrukken het belang van een goede opleiding/bijscholing van een praktijkassistente. Twee huisartsen vinden een goed opgesteld draaiboek hierbij noodzakelijk. Vier huisartsen formuleerden hun bezorgdheid betreffende de kwaliteit van telefonisch triage door een praktijkassistente op een eerder negatieve manier. Zij omschrijven het als "gevaarlijker dan triage door aanvullend geschoolde verpleegkundigen" en "te weinig praktische ervaring".

Verder lopen de opmerkingen van de ondervraagde huisartsen parallel met hun opmerkingen betreffende het Engelse systeem van triage door aanvullend geschoolde verpleegkundigen. Het lijkt de huisartsen vooral bruikbaar tijdens de wachtdienst (vijf huisartsen) of – in mindere mate – in (grote) groepspraktijken (drie huisartsen).

Verminderen van de werkdruk wordt als belangrijk argument naar voor geschoven: "in zeer drukke omstandigheden", "verminderen van de werkdruk" en "de huisarts wordt zelf niet gestoord". Argumenten tegen het organiseren van telefonische triage door een praktijkassistente zijn de volgende: de huisarts werkt alleen, de financiële last, het liever zelf triëren. Wat betreft de financiering wordt hier opnieuw een centrale financiering door de overheid voorgesteld. Ook wordt aangegeven dat voor het uitvoeren van telefonische triage, het werken met een praktijkassistente meer betaalbaar is dan werken met een verpleegkundige.

3.3.3 Casus – telefonisch triage bij de hulpvraag ‘kindje met koorts’

In een derde en laatste deel van de vragenlijst betreffende triage, werd aan de huisarts een casus voorgesteld en hen een aantal vragen hieromtrent gesteld.

3.3.3.1 Welke vragen zou u stellen aan de telefoon bij een oproep voor een kindje met koorts?

Aan de huisartsen werd gevraagd welke vragen zij aan te telefoon zouden stellen bij een oproep voor een kindje met koorts.

Als we de gestelde vragen bekijken kunnen we een onderscheid maken tussen de vragen die polsen naar de ernst van de situatie, het eigenlijke triëren, enerzijds en de vragen die eerder diagnostisch van aard zijn anderzijds.

3.3.3.1.1 Vragen die gericht zijn op het eigenlijke triëren.

Hoe lang is de koorts al aanwezig? Deze vraag werd door 20 artsen gesteld. 14 artsen vroegen ook na hoe hoog de koorts was en of er al een antipyreticum toegediend werd. Er werd door 15 artsen gepolst naar de algemene toestand van het kind. De leeftijd van het kindje werd slecht door 10 artsen bevraagd.

3.3.3.1.2 Vragen die gericht zijn op het stellen van een diagnose.

15 artsen vroegen naar begeleidende, richtinggevende symptomen. Dit met de bedoeling een beeld te krijgen over welk orgaanstelsel is aangetast. Drie artsen vroegen naar medische antecedenten, twee artsen beperkten zich hierbij tot het

vragen naar koortsstuipen in de voorgeschiedenis en een andere arts vroeg na of koortsstuipen in de familie voorkwam.

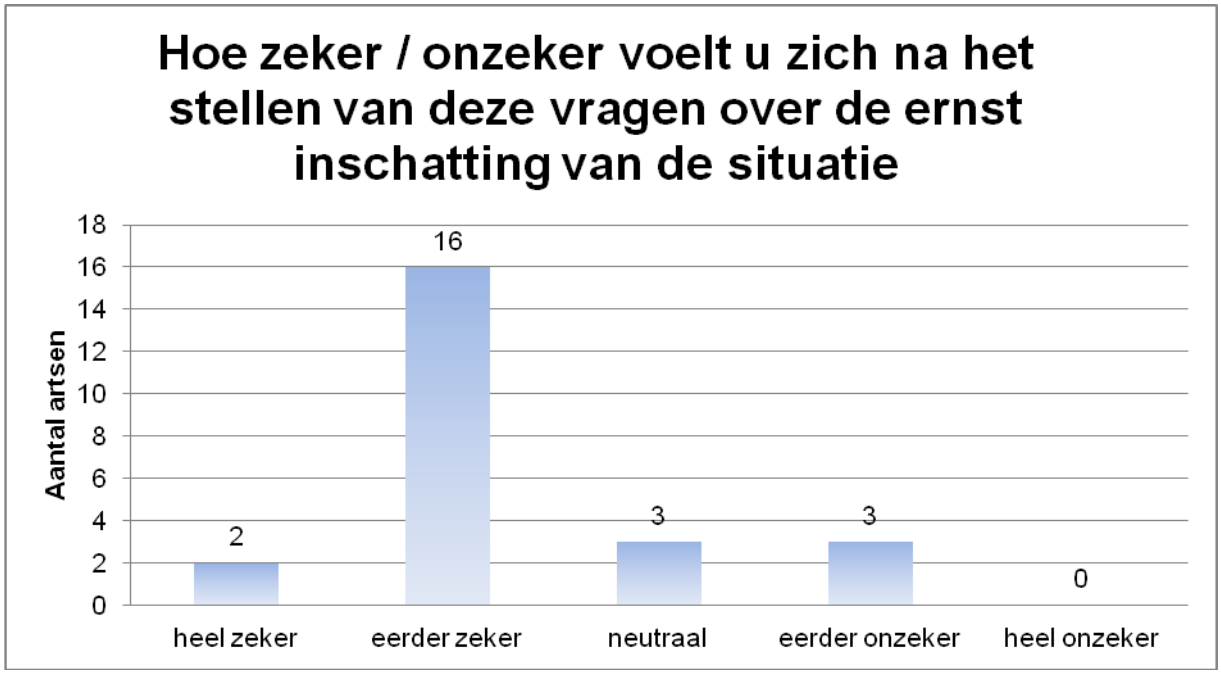
Twee artsen stelden geen vragen aan de telefoon, maar vermeldden het kindje altijd dezelfde dag nog te zien en - afhankelijk van de leeftijd – ze tussendoor te plannen.

Twee artsen vroegen of de patiënt naar de praktijk kon komen op consultatie.

Gestelde vragen aan de telefoon	# artsen die de vraag stelde
Hoe lang is de koorts al aanwezig?	20
Hoe hoog is de koorts?	14
Werden er al antipyretica toegediend?	14
Hoe reageerde het kindje hier op?	7
Wat is de algemene toestand van het kind	15
speelt het kindje nog, is het hangerig of suf?	15
drinkt het kind nog goed?	7
eet het kind nog?	6
plast het kind nog?	2
Zijn er begeleidende, richtinggevende symptomen?	15
nausea/braken?	10
pijn?	7
kortademigheid? Hoesten?	5
huiduitslag?	5
nekstijfheid?	3
bewustzijnsstoornissen?	1
stuipen?	1
Hoe oud is het kindje	10
Wat zijn de medische antecedenten?	3
Had het kind reeds eerder koortsstuipen?	2
Kan je naar de praktijk komen?	2
Komt koortsstuipen voor in de familie?	1

Tabel 4: frequentietabel van de vragen die de geënquêteerde huisartsen zouden stellen bij een telefonische oproep “kindje met koorts”.

3.3.3.2 Hoe zeker/onzeker voelt u zich na het stellen van deze vragen over de ernst inschatting van de situatie?



Grafiek 10: Mate waarin de ondervraagde huisartsen zich zeker voelen over de inschatting van de ernst van de situatie.

De meeste van de geënquêteerde artsen voelen zich vrij zeker over de mate waarin ze de ernst van de hulpvraag juist inschatten. Twee artsen voelen zich heel zeker, zestien artsen voelen zich eerder zeker, samen goed voor 75% van de ondervraagde artsen. Drie artsen voelen zich eerder onzeker over de mate waarin ze de ernst van de situatie juist inschatten.

3.3.3.3 Hoe zeker/onzeker voelt u zich na het stellen van deze vragen over de volledigheid van de door u gestelde vragen?



Grafiek 11: Mate waarin de ondervraagde huisartsen zich zeker voelen over de volledigheid van de door hen gestelde vragen.

Bij navragen van de mate waarin de geënquêteerde huisartsen zich zeker voelen over de volledigheid van de door hen gestelde vragen wordt duidelijk dat ook hier de meerderheid zich vrij zeker voelt. Twee van de ondervraagde huisartsen voelen zich heel zeker over de volledigheid van de door hen gestelde vragen, veertien huisartsen voelen zich eerder zeker. Samen is dit goed voor twee derden van de huisartsen.

De huisartsen blijken zich dus iets minder zeker te voelen over de mate waarin hun vragen volledig waren dan over de mate waarin ze de ernst juist ingeschat hebben.

4 Discussie

4.1 Vergelijking met de literatuur

4.1.1 Demografische kenmerken

De gemiddelde leeftijd van de in de studie ondervraagde huisartsen is met 45.5 jaar iets lager dan de gemiddelde leeftijd van de huisarts in België (52.5 jaar).

46% van de artsen die de vragenlijst invulden, waren vrouwen. In de algemene Belgische artsenpopulatie ligt het percentage vrouwelijke artsen iets lager, namelijk 32,37% (RIZIV-gegevens 2009).

4.1.2 Praktijkkenmerken

De grote meerderheid van de artsen uit dit onderzoek werken in een solopraktijk (67%). Uit gegevens van het RIZIV (2009) blijkt dat ongeveer drie vierden van de Belgische huisartsen als solo-arts werkt. Geen van de artsen uit het onderzoek werken in grote praktijken, bijvoorbeeld een wijkgezondheidscentrum.

Hetzelfde geldt voor het betalingssysteem waarin de huisartsen werken. Geen enkele arts uit de studie werkt in een volledig geforfaitariseerd systeem.

Het is niet onwaarschijnlijk dat de praktijkkenmerken een invloed hebben op de visie van de huisarts ten aanzien van telefonische triage. Zo komt bijvoorbeeld uit de vragenlijst naar voor dat artsen die in een solopraktijk werken het financieel niet haalbaar achten om voor de triage van telefonische hulpvragen een beroep te doen op een specifiek daarvoor geschoolde werkkracht.

4.1.3 Telefonische triage

De vragenlijst bevatte enkele items die bij de artsen polsten naar hun houding ten aanzien van telefonische triage.

Hierbij komen dezelfde bezorgdheden en voordelen naar voor als deze die uit het literatuuronderzoek weerhouden werden. In de literatuur komen vier beoordelingscriteria steeds terug: efficiëntie, veiligheid, kosten-effectiviteit en patiëntentevredenheid. In wat hier volgt wordt gepeild naar de mate waarin deze vier aspecten ook door de ondervraagde huisartsen aangehaald werden.

Telefonische triage bevordert de efficiëntie van de hulpverlening, daar zijn drie kwart van de artsen het mee eens. Bij de artsen in deze studie uit zich dat in het beter kunnen organiseren van de praktijk om zo een kwaliteitsvollere dienstverlening te kunnen geven. Deze bevindingen stroken met de bevindingen uit de literatuurstudie. Het is wel belangrijk te vermelden dat de efficiëntie van een triagesysteem vaak uitgedrukt wordt in de mate van daling van het aantal praktijk consulten. Mochten dergelijke studies in België uitgevoerd worden, dan zou de efficiëntie volgens dit criterium veel lager uitvallen, aangezien wij in België het gebruik van telefonische consultatie niet kennen en er in principe na iedere triage nog steeds een persoonlijk consult of huisbezoek zal volgen.

De belangrijkste bezorgdheid van de ondervraagde huisartsen ten aanzien van telefonische triage blijkt de *veiligheid* van het triageproces te zijn. Dit stemt overeen met onduidelijkheid die hier in de literatuur nog rond bestaat. De meeste studies concluderen dat verder onderzoek naar veiligheid van triage noodzakelijk blijft. Gekoppeld aan dit veiligheidsaspect van telefonische triage, hebben de ondervraagde huisartsen het ook over de moeilijkheidsgraad van telefonische triage als een nadeel ervan. Deze twee parameters worden door de ondervraagde huisartsen als de meest beperkende factoren van telefonische triage gezien. Zij zien ervaring als een belangrijke vereiste om veilig te kunnen triëren.

Patiëntentevredenheid, die in de literatuur onderzocht werd, kon in dit onderzoek niet als dusdanig worden beoordeeld, gezien patiënten niet behoorden tot de doelgroep van de enquête.

De *kosteneffectiviteit* tenslotte, wordt niet door de huisartsen als dusdanig aangehaald als voor- of nadeel. De kostprijs van telefonische triage op zich komt echter wel ter sprake. Enkele van de ondervraagde huisartsen beschouwen kostprijs als een nadeel van telefonische triage. Het leent zich volgens hen niet om personeel in dienst te nemen, louter voor triage. Zeker niet in de context van een solo-praktijk.

Al deze aspecten in overweging genomen, blijkt ongeveer de helft van de ondervraagde huisartsen open te staan voor triagesystemen waar de triage uitgevoerd wordt door niet-artsen. Zij zien de toepassing ervan vooral tijdens wachtdiensten en in mindere mate in grote groepspraktijken.

4.2 Vertrouwdheid met telefonische triage

Uit de antwoorden die de ondervraagde huisartsen in het onderzoek gaven, blijkt dat, hoewel de meeste van hen op een heel frequente basis in contact komen met telefonische triage, slechts een heel beperkt aantal van hen hieromtrent opleiding genoot. Op één arts na, is geen enkele ondervraagde huisarts bekend met de triagerichtlijnen. Hiertegenover staat wel dat, telefonische triage door een niet-arts (medisch secretaresse, tele-secretariaat of echtgenote) niet onbestaande is bij de ondervraagde huisartsen: een vierde van hen komt met deze vorm van praktijkorganisatie in contact.

De vraagt rijst hier dan ook of er geen mogelijkheid is tot optimalisering van de kennis omtrent telefonische triage bij huisartsen in België.

4.3 Telefonische triage door de ondervraagde huisartsen – casusbespreking

Als we de door onze huisartsen gestelde vragen vergelijken met de standaard ‘Kinderen met koorts’ van het Nederlands Huisartsen Genootschap, dan merken we dat deze in grote lijnen wel overeen komen. De alarmsymptomen worden door de meerderheid van de artsen wel bevraagd. De meeste artsen geven ook aan zeker tot heel zeker te zijn de ernst goed te kunnen inschatten op basis van de door hen gestelde vragen. Toch zijn er enkele artsen die zeggen niet telefonisch te triëren omdat ze altijd de patiënt gaan bezoeken.

Naast de vragen die polsen naar de ernst van de situatie worden er ook vragen gesteld die diagnostisch zijn en eerder passen bij het begin van een telefonisch consult. Dit is volgens de literatuur een algemeen gegeven. Waar artsen triëren, zijn de begrippen ‘telefonische triage’ en ‘telefonisch consult’ onmogelijk van elkaar te scheiden.

4.4 SWOT-analyse

4.4.1 Sterktes van het onderzoek

Deze studie is één van de eerste onderzoeken in Vlaanderen die zich toespitst op telefonische triage in de huisartsenpraktijk. De meeste onderzoeken betreffende telefonische triage in de huisartsenpraktijk komen uit het Verenigd Koninkrijk en Nederland. Gezien de gezondheidszorg daar toch enigszins anders georganiseerd is, zijn niet alle besluiten die men uit dergelijke studies trekt onmiddellijk toepasbaar in Vlaanderen. Aldus vormt deze studie een eerste aanzet tot exploratie van de mogelijkheden en beperkingen van telefonische triage in de huisartsenpraktijk in Vlaanderen, evenals de attitude van huisartsen ten aanzien van dit onderwerp.

Door gebruik te maken van een anonieme vragenlijst met open vragen, was het mogelijk een diversiteit van meningen te bekomen betreffende de houding ten aanzien van en de kennis van telefonische triage bij de huisartsen die de vragenlijst invulden. Er werd bewust voor gekozen de vragenlijst anoniem te versturen, om een eventuele drempel om op een open en vrije manier op de vragen te antwoorden zo laag mogelijk te houden.

4.4.2 Beperkingen van het onderzoek

De respons rate van de studie lag op 35%. Het is belangrijk in gedachten te houden dat de resultaten van het onderzoek enkel de mening weergeven van de huisartsen die de enquête invulden. De huisartsen die de vragenlijst aangeboden kregen, maar besloten ze niet in te vullen, hebben mogelijk een andere mening en/of kennis betreffende telefonische triage in de huisartsenpraktijk. Er kon niet achterhaald worden wat de redenen waren waarom huisartsen besloten de vragenlijst niet in te vullen.

Omdat de studie in één bepaalde wachtkring werd uitgevoerd, dient men de nodige reserves te behouden betreffende de extrapoleerbaarheid van de resultaten naar de volledige Vlaamse huisartsenpopulatie. Ook het feit dat de leeftijd van de huisartsen die de enquête invulden lager ligt dan de gemiddelde leeftijd van de Vlaamse huisarts en de bevinding dat niet elke vorm van praktijkorganisatie vertegenwoordigd is, maken dat de resultaten van het onderzoek beter niet zonder meer veralgemeend worden.

4.4.3 Mogelijkheden betreffende telefonische triage

Van alle huisartsen die de enquête invulden, blijkt een minderheid aan te geven dat ze een grondige vorming betreffende dit onderwerp genoten. Gezien daar tegenover wel staat dat de meeste huisartsen telefonische triage frequent toepassen, lijkt het misschien zinvol na te gaan of het de moeite loont dit onderwerp deel te laten uitmaken van de basisscholing van nieuwe huisartsen of van de bijscholingen die huisartsen kunnen volgen.

Gezien het feit dat er in Vlaanderen tot nog toe weinig onderzoek gebeurde betreffende dit onderwerp en dat uit deze studie naar voor komt dat telefonische triage toch courant gebeurt bij de ondervraagde huisartsen, lijkt het misschien zinvol dit onderwerp verder te exploreren in de context van de Belgische organisatie van de gezondheidszorg. Hierbij kan gedacht worden aan een verdere evaluatie van de attitude van zowel huisartsen als patiënten ten aanzien van telefonische triage. Verder zou men ook kunnen nagaan in welke mate er een draagvlak bestaat betreffende telefonische triage door andere hulpverleners dan de huisarts (verpleegkundige, medisch secretaresse). Wanneer in voldoende mate tegemoet gekomen is aan de behoefte naar kennis betreffende de veiligheid en effectiviteit van telefonische triage – dit kan zowel aan de hand van nationale als internationale studies – lijkt het uiteindelijk interessant een zicht te krijgen op de kosten-effectiviteit van telefonische triage in de huisartsenpraktijk in de context van de Belgische gezondheidszorg, evenals de mogelijkheden tot optimalisatie ervan. De veroudering van de actieve (artsen)populatie, de toenemende zorgbehoefte van de verouderende bevolking en de Europese economische context in gedachten, is er mogelijk een belangrijke rol weggelegd voor telefonische triage ter optimalisatie van de organisatie van de eerstelijnsgezondheidszorg in Vlaanderen.

4.4.4 Risico's en aandachtspunten ten aanzien van telefonische triage

Vooraleer men kan overgaan tot de implementatie van bepaalde systemen van telefonische triage in de Vlaamse huisartsenpraktijken, dient hierover meer duidelijkheid te zijn betreffende het draagvlak ervan bij de huisartsen en de patiëntenpopulatie. Een implementatie van bepaalde systemen zonder grondig inzicht in de bezorgdheden van de betrokken partijen lijkt geen solide basis voor de uitbouw van een dergelijk systeem en zou vermoedelijk enkel leiden tot frustratie en ongenoegen bij zowel patiënten en behandelaars.

Daartegenover staat wel, dat de zoals hierboven geschetste socio-economische realiteit er hoogstwaarschijnlijk zal toe nopen de gezondheidszorg op een zo efficiënte en kosten-effectief mogelijke manier te organiseren. Telefonische triage in de huisartsenpraktijk speelt hier mogelijk een belangrijke rol in.

4.5 Besluit

Uit de studie blijkt dat artsen frequent de noodzaak zien om telefonisch te triëren. In tegenstelling tot het belang dat artsen hechten aan triage, kwam het onderwerp weinig aan bod in hun opleiding of bijscholingen. Slechts een minderheid van de artsen heeft ervaring met een triagesysteem door niet artsen. Ongeveer de helft ziet wel een toepassingsgebied voor telefonische triage door niet artsen, voornamelijk tijdens de wachtdiensten. De belangrijkste bezorgdheid van de huisartsen ten aanzien van telefonische triage blijkt de veiligheid van het triageproces te zijn. Deze studie vormt mijn inziens een aanzet tot exploratie van de mogelijkheden en beperkingen van telefonische triage in de huisartsenpraktijk in Vlaanderen. In een bredere context kan telefonische triage mogelijks een belangrijke rol spelen in het efficiënt en kosten-effectief organiseren van de gezondheidszorg in Vlaanderen. Hiervoor zou verder kunnen worden nagegaan in welke mate er een draagvlak

bestaat betreffende triage door andere hulpverleners en wat de attitude is van huisartsen en patiënten.

5 Referentielijst

1.Philips H, De Sutter A, Buylaert W, De Paepe P, Calle P, Schrans D. Domus Medica aanbeveling Gebruik van medicatie bij urgenties. (Wat te doen bij een urgente oproep?). Huisarts Nu. 2008; 37(9): 472-504

2.Belgische handleiding voor de medische regulatie. Versie 2.0 - Augustus 2007 - D/2007/2196/34

3.Nederlands Huisartsen Genootschap. NHG-TriageWijzer. Gebaseerd op de Nederlandse triage standaard. Utrecht: NGH, 2011.www.nhg.org, geraadpleegd januari 2012.

4.Berger MY, Boomsma LJ, Albeda FJ, Dijkstra RH, Graafmans TA, Van der Laan JR, et al. NHG-standaard Kinderen met koorts: Tweede herziening. Huisarts Wet. 2008; 51(6): 287-296

5.Monteny M, Berger MY, van der Wouden JC, Broekman BJ, Koes BW. Telefonische triage van kinderen met koorts: wat bepaalt of er een consult volgt? Huisarts Wet. 2008; 13: 646-651

6.Van den Bruel A, Haj-Hassan T, Thompson M, Buntinx F, Mant D; ERNIE-onderzoekers. Klinische signalen van ernstige infecties bij kinderen. Huisarts Wet. 2011; 54(1): 7-11

7. Jiwa M, Mathers N, Campbell M. The effect of GP telephone triage on numbers seeking same-day appointment. Br J Gen Pract 2002; 52(478): 390-391

8.Orde van geneesheren. Adviezen. Huisartsenwachtdienst – Verplichting van de wachtarts om zich te verplaatsen. Tijdschrift van de nationale raad. 2010; 130: 5-10

9.Philips H, Remmen R. Huisartsenwachtposten in Vlaanderen. Uitdagingen en kansen. Huisarts Nu. 2010; 39(9): 359-362

10.Reitz GF, Stalenhoef P, Heg R, Beusmans G. Triage in de huisartsenpraktijk. Huisarts Wet. 2007; 13: 656-659

11.Giesen P, Mokkink H, Van den Bosch W, Bottema B, Grol R. Hoe functioneren de huisartsenposten in Nederland? Huisarts Wet 2008; 51(5): 219-223

12.Derckx H, Rethans JJ, Maiburg B, Winkens R, Muijtjens A, van Rooij H, Knottnerus A. Kwaliteit van telefonische triage op huisartsenposten in Nederland. Communicatieve vaardigheden en verslaglegging. Huisarts Wet 2009; 52(9): 455-460

13. Derkx HP, Rethans JJ, Muijtjens A, et al. Quality of clinical aspects of call handling at Dutch out of hours centres; cross sectional national study. BMJ 2008;337

14. Hansen EH, Hunskaar S. Telephone triage by nurses in primary care out-of-hours services in Norway: an evaluation study based on written case scenarios. BMJ Qual Saf. 2011; 20(5) : 390-396

15. Giesen P, Ferwerda R, Tijssen R, et al. Safety of telephone triage in general practitioner cooperatives: do triage nurses correctly estimate urgency? Qual SafHealth Care 2007; 16: 181–184

16. Bunn F, Byrne G, Kendall S. The effects of telephone consultation and triage on healthcare use and patient satisfaction: a systematic review.Br J Gen Pract 2005; 55 (521): 956-961

17. Egbunike JN, Shaw C, Porter A, Button LA, Kinnersley P, Hood K, Bowden S, Bale S, Snooks H, Edwards A. Streamline triage and manage user expectations: lessons from a qualitative study of GP out-of-hours services. Br J Gen Pract 2010; 60(572): 83-97

18. Charles-Jones H, May C, Latimer J, Roland M. Telephone triage by nurses in primary care: what is it for and what are the consequences likely to be? J Health Serv Res Policy 2003; 8(3): 154-159

Bijlage 1: Vragenlijst

Hoe dringend is dringend?

Beste collega,

Mijn naam is Kenneth Van Lancker, huisarts in opleiding te Geraardsbergen. In het kader van mijn masterproef wil ik nagaan hoe huisartsen omgaan met telefonische triage.

Hoe dringend is dringend?

Domus medica stelt dat de triage van binnenkomende telefoons essentieel is om urgenties in de huisartspraktijk op te vangen. Het filteren van echt dringende oproepen uit alle andere vraagt de nodige competentie en ervaring.

Zelf heb ik ervaren dat dit als arts niet altijd even evident is. Wij zijn opgeleid om de oorzaken van een klacht te zoeken, differentiaal diagnoses op te stellen. Terwijl bij triage enkel de ernst telt.

Graag had ik vernomen wat jullie ideeën en bezorgdheden zijn ivm telefonische triage.

Hoe vaak is het – volgens u - nu echt nodig om te triëren? Wat zijn de voordelen van het telefonisch triëren? Zijn er nadelen? Hoe staan jullie tegenover triage door praktijkmedewerkers? Zou bvb een triage-assistent een meerwaarde kunnen betekenen voor de wachtdienst? Over deze vragen had ik met jullie graag van gedachten gewisseld.

Graag had ik dan ook via deze weg jullie medewerking gevraagd.

De resultaten van de interviews worden volledig anoniem verwerkt.

---

*Vereist

Demografische parameters

Geslacht *

- man
- vrouw

Leeftijd (jaren) *

Aantal jaren praktijkervaring als huisarts *

Praktijkkenmerken

Praktijk vorm *

- solo-arts
- duo-praktijk
- groepspraktijk: 3 - 5 artsen
- groepspraktijk: >5 artsen
- wijkgezondheidscentrum
- Anders:

Geografische situering *

- landelijk
- stedelijk

Betalingssysteem *

- Forfaitair (vaste vergoeding per patiënt per jaar)
- Per prestatie
- Combinatie van forfait en per prestatie

Telefonische triage

Ziet u in de praktijk een noodzaak om telefonisch te triëren? *Telefonische triage heeft tot doel om prioriteiten te stellen en te bepalen welke patiënten het eerst medische hulp nodig hebben en welke patiënten korte of lange tijd kunnen wachten op hulp.

- ja
- nee

Hoe frequent moet telefonische triage in uw praktijk worden toegepast? Maw hoe vaak is het - volgens u - nu echt nodig om te triëren? -

Wat kunnen volgens u de voordelen zijn van telefonische triage?

Aan welke nadelen denkt u?



Kwam/komt triage aan bod tijdens de opleiding, bijscholingen,...?

	1	2	3	4	5	
helemaal niet	○	○	○	○	○	zeer frequent

Er bestaan drie triagesystemen: triage door huisartsen, triage door verpleegkundigen en triage door een medisch secretaresse.

In België gebeurt telefonische triage meestal door de huisarts zelf of eventueel door een medisch secretaresse. Triage door verpleegkundigen werd meest onderzocht in Engeland. Deze aanvullend geschoolde verpleegkundigen of nurse practitioners beoordelen telefonisch de hulpvraag van de patiënt. Zo nodig krijgt de patiënt vervolgens een afspraak bij de huisarts of in sommige praktijken bij de praktijkverpleegkundige zelf op een kleinekwalenspreekuur. Triage door praktijkassistenten is iets wat vooral in Nederland onderzocht werd. Er wordt geprotocoleerd gewerkt met de NHG-telefoonwijzer als leidraad. De assistente verheldert de hulpvraag, vermeldt dit en geeft daardoor de huisarts de mogelijkheid zich voor te bereiden op het consult.

Heeft u ervaring met een van deze triagesystemen (door een verpleegkunde, praktijkassitente, medisch secretaresse, andere)?

- ☐ door een verpleegkundige
- ☐ door een praktijkassistente
- ☐ medisch secretaresse
- ☐ Anders:

Wat denkt u van het Engelse systeem, waarbij triage gebeurt door aanvullend geschoolde verpleegkundigen? Kan dit een meerwaarde betekenen in de context van de Belgische huisartsenpraktijk? Denk u eerder dat dit in België minder toepasbaar is? Wat zijn de beperkingen in de toepasbaarheid van dit systeem in België? Is dit steeds toepasbaar of slechts in een bepaalde context, bijvoorbeeld tijdens een wachtdienst?



Wat denkt u van het Nederlandse systeem, waarbij triage gebeurt door praktijkassistenten, die werken aan de hand van een draaiboek? Wat is de meerwaarde en wat zijn de beperkingen van een dergelijk systeem in een Belgische context? Is dit systeem steeds toepasbaar of slechts in een bepaalde context, bijvoorbeeld tijdens een wachtdienst?



Een kleine casus te afsluiting.

Ga er vanuit dat u een vol avondspreekuur hebt dat net begonnen is.

Welke vragen zou u stellen aan de telefoon bij een oproep voor een kindje met koorts?



Hoe zeker / onzeker voelt u zich na het stellen van deze vragen over...

	erg onzeker	eerder onzeker	neutraal	eerder zeker	heel zeker
De volledigheid van de door u gestelde vragen	○	○	○	○	○
De ernst inschatting van de situatie	○	○	○	○	○

Zijn triagerichtlijnen u bekend?

- ○ ja
- ○ nee

Zo ja, welke?

Zo ja, maakt u er gebruik van?

- ○ nooit
- ○ zelden
- ○ soms
- ○ vaak
- ○ meestal
- ○ altijd

Heeft u zelf nog bepaalde ideeën, bezorgdheden en verwachtingen ivm telefonische triage?

Heeft u zelf nog andere vragen, opmerkingen, suggesties?



Alvast hartelijk bedankt voor uw bereidwillige medewerking!

Indien u hierin geïnteresseerd bent zal ik u na het afsluiten van het onderzoek een samenvatting van de resultaten bezorgen.

U hoeft dan enkel nog hieronder uw mail adres te noteren.

Verzenden