

De Nederlands Triage Standaard in cognitief perspectief.

Een bijdrage ter verbetering van huisartsgeneeskundige spoedzorg.

De Nederlands Triage Standaard (NTS) is van grote invloed op huisartsgeneeskundige zorg gedurende ANW. Er komen grote onvolkomenheden van dit triage systeem naar voren. Een zeer ruime meerderheid (>70%) van de huisartsen in de LHV ledenpeiling najaar 2016 vindt dat er te veel niet acuut zieken en onterecht hoog urgent ingeschatte patiënten op de HAP verschijnen. Ook vanuit de ambulancezorg zijn er signalen over veel onnodige spoedritten.

Deze negatieve effecten van het invoeren van de NTS zijn heel goed te verklaren vanuit een cognitief psychologisch perspectief op diagnostisch denken.

De invoering van de standaard vloeit niet voort vanuit behoeften van de werkvloer maar werd in 2005 door VWS geïnitieerd. Het streven is om met de NTS snel en vakkundig te bepalen waar patiënt op het juiste moment, op de juiste plaats en door de juiste hulpverlener geholpen wordt. Dit zou een hogere patiënt veiligheid geven. Immers een hartinfarct patiënt hoort niet thuis op de huisartsenpost en een gekneusde vinger niet op de spoedeisende hulp. Er is zeer weinig wetenschappelijk onderzoek naar de NTS gedaan. Het beperkte onderzoek dat werd uitgevoerd, vond voornamelijk plaats tijdens de pilotfase 2005-2011.

De meest opvallende uitkomst van dit onderzoek is de lage sensitiviteit van de NTS. Sensitiviteit van de NTS staat onder invloed van a priori kansen varieert dus met de omgeving waarin het wordt toegepast (HAP versus SEH). Patiënt veiligheid is nooit onderzocht. Ook is nooit onderzocht of deze standaard ten opzichte van de bestaande triage methoden beter is en tot minder fouten leidt. Het is dus slechts een aanname dat met het invoeren van dit systeem minder fouten gemaakt worden!

Nu de NTS grootschalig ingevoerd is, komen ongewenste effecten naar voren die tegengesteld zijn aan het streven naar 'de juiste patiënt op de juiste plek'.

Met name de toename van onterechte hoge urgenties is ongewenst.

Hoe kan dit verklaard worden?

Omdat het natuurlijk probleemoplossend denken van professionals volkomen afwijkt van het dwingend format van de NTS ontstaan er conflicterende denkprocessen. Professionals zijn weliswaar in staat de standaard toe te passen maar dit gaat niet op een natuurlijke manier. Het diagnostisch denken van (ervaren) artsen is een fluïde proces dat plaatsvindt onder invloed van kennis en ervaring en past niet in het keurslijf van de ondoorzichtige NTS. De overheersende opvatting binnen de NTS is dat de triagist kost wat kost diagnostisch denken moet vermijden. Een triagist moet 'denken' in 'toestandsbeelden'. Deze toestandsbeelden zijn een beschrijving van klachten en symptomen met name wanneer die vitale functies betreffen. De NTS zelf houdt nauwelijks rekening met de duur van het toestandsbeeld en vaak ook niet met belangrijke achtergrond gegevens zoals leeftijd, geslacht, voorgeschiedenis en medicatie gebruik of de contactfrequentie met de HAP. Deze factoren bepalen in hoge mate de a priori kans op het hebben van een al dan niet levensbedreigend toestandsbeeld. Het beperkt hanteren van zulke cruciale informatie tijdens het triage proces druist geheel in tegen het diagnostisch denken van professionals.

Cognitief perspectief.

Uit eigen wetenschappelijk onderzoek * blijkt dat patiëntenkennis en ervaring een cruciale rol speelt in de allereerste fase van het diagnostisch denken van huisartsen. Dit onderzoek

uit 1994 heeft aangetoond dat ervaren huisartsen in de allereerste fase van hun consult effectief gebruik maken van leeftijd, geslacht en achtergrondgegevens van patiënten en daarom betere diagnostiek bedrijven dan basisartsen. Door het toepassen van patientenkennis hebben ze een betere en efficiëntere verwerking van de gepresenteerde casus. Lang werd gedacht dat een ervaren arts meer en beter in staat was de onderliggende pathofysiologische kennis toe te passen. In dat geval zou het effectief analyseren van klachten en symptomen de basis zijn van betere diagnostische prestaties. Mogelijk is dit het geval in een latere fase van de diagnostiek maar zeker niet in de eerste fase van de diagnostiek bij huisartsen; lees triage!

Een ervaren huisarts bouwt in de loop van zijn carrière een enorme hoeveelheid patiëntenbeelden op per diagnose. Heeft een arts in het begin van zijn carrière nog slechts enkele patiëntenbeelden bij bijvoorbeeld een infarct; door ervaring zal de arts steeds meer varianten op dat beeld in zijn geheugen hebben. Hij zal in algemene zin bij een infarct een rokende man van oudere leeftijd met een belaste familieanamnese voor ogen hebben met typische drukkende samensnoerende pijn op de borst maar hij heeft ook de pijnloze variant van een diabeet als patiëntenbeeld aan deze diagnose gekoppeld of een vrouwelijke patiënt die alleen klaagt over plots verminderde inspanningstolerantie. Door de grote hoeveelheid patiëntenbeelden die een ervaren huisarts heeft zal hij een veel verfijndere en snellere activatie van de juiste diagnose hebben omdat hij vele varianten van dezelfde diagnose in zijn geheugen heeft.

Triagedenken.

Welnu, de NTS is een benadering van het diagnostisch proces dat voornamelijk gebaseerd is op de gepresenteerde klacht en nauwelijks op context. Het heeft slechts een beperkt aantal ingangsklachten en probeert daarmee de eindeloze varianten op een ziekte te classificeren in een urgentiegraad. Het idee bestaat dat triage geen diagnostiek is maar een andere vorm van denken: het zogenaamde 'triage denken'. Om volstrekt onduidelijke redenen gaat men er klaarblijkelijk vanuit dat diagnostisch denken eerder leidt tot fouten en daarom vermeden moet worden. Echter, 'triage denken' is feitelijk een vereenvoudigde vorm van diagnostisch denken! Men hoeft maar de vragen die tijdens de triage gesteld worden onder de loep te nemen om te zien dat de hoogte van urgenties door specifieke diagnoses in de NTS terecht zijn gekomen. Zo is de vraag naar vegetatieve verschijnselen ingegeven door de diagnose infarct of shock, wordt bij iedere rug of buikpijn gevraagd naar de aanwezigheid van een aneurysma, het afstaande oor bij oorpijn heeft te maken met de diagnose mastoiditis en de stridor met een acute epiglottitis.

Zoals uit deze voorbeelden ook blijkt, bevraagt de triagist met name op ernstige aandoeningen met evenwel een lage a priori kans in de huisartsenpraktijk dus ook op de HAP. Uit de voorbeelden blijkt nog een andere onvolkomenheid van de triage standaard en dat is dat er vragen gesteld worden die feitelijk niet in een telefonisch triage thuishoren. Stridor, afstaand oor, hevig bloedverlies etc. zijn fysisch diagnostische bevindingen die een professional tijdens fysieke triage constateert. Deze zwakte van de standaard maakt de kans groter op onnauwkeurige inschatting van urgentiegraad.

Dat deze standaard vooral voor telefonische triage op de HAP onnauwkeurig is mag blijken uit een sensitiviteit van 65%. Dat wil zeggen dat slechts in 65% van de casus een juiste urgentie wordt afgegeven.

Een verdere verklaring van de slechte performance van de NTS is het expliciet vragen naar de ernst van pijn en vegetatieve verschijnselen. Beiden items hebben een disproportioneel effect op de hoogte van de urgentie.

Allereerst is er het feit dat de pijnscore door de NTS oneigenlijk gebruikt wordt. Zowel de VAS als de NRS zijn gevalideerd om de het effect van pijn-reducerende maatregelen te beoordelen bij dezelfde patiënt. Het vragen naar de ernst van de pijn in cijfers is nooit bedoeld voor diagnostiek of triage en kan al helemaal niet tussen verschillende individuen toegepast worden! Het effect van het pijncijfer is bij vele ingangsklachten erg groot. Om te ontkomen aan de verkeerde en te grote invloed van de pijnscore zou de triagist vooral op het eigen oordeel moeten afgaan. Dit oordeel kan gebaseerd zijn op hoe de pijn spontaan door de patiënt aangegeven wordt en in welke mate de patiënt gehinderd wordt in zijn functioneren. Nu wordt expliciet gevraagd naar een pijncijfer. Ook vegetatieve verschijnselen zijn telefonisch in tegenstelling tot fysieke triage nauwelijks te beoordelen. Ook hier geldt dat wanneer een patiënt of diens woordvoerder spontaan aangeeft dat er sprake is van enig vegetatief verschijnsel dit belangrijker is dan het actief bevragen op de aanwezigheid hiervan.

Conclusie.

De NTS is voor een HAP met lage a priori kansen op het hebben van een ernstige aandoening een zeer onnauwkeurig instrument. Het geforceerd vermijden van diagnostisch denken en het nagenoeg negeren van contextuele informatie draagt daar nog meer aan bij. Het is verbazingwekkend dat een standaard met deze slechte performance en zo'n magere wetenschappelijke onderbouwing landelijk werd uitgerold! Let wel; spoedzorg is meer dan 75% van de huisartsgeneeskundige zorgtijd en de NTS zou op grond van het streven naar 'evidence base medicine' nooit die dominante positie mogen hebben. Het is tevens de vraag of de patiënt veiligheid gebaat is bij de NTS. Door het makkelijk toekennen van hoge urgenties aan feitelijk niet urgente patiënten kan een patiënt met terecht hoge urgentie door overbelasting van het systeem te lang moeten wachten op adequate hulp. We weten niet of de invoering een verbetering van zorg betekende omdat geen vergelijkend onderzoek gedaan is met reeds bestaande triage methoden.

Wat zou er kunnen veranderen aan het gebruik van de NTS en de NTS zelf.

In het algemeen denk ik dat de standaard een veel minder dominante plek moet krijgen. De vrijheid die de gebruiker van de standaard moet krijgen moet hoe dan ook vergroot worden. Daarbij is het uitermate belangrijk dat die vrijheid niet wordt afgestraft wanneer er onverhoopt een 'calamiteit' optreedt! Binnen de groep van gebruikers zal het bestaand beeld dat men heeft over de NTS fors bijgesteld moeten worden. Daarmee bedoel ik dat het onder gebruikers duidelijk moet zijn dat de NTS een lage gevoeligheid heeft voor mogelijke levensbedreigende situaties. Dus zal vaak een beroep gedaan moeten worden op eigen gezond verstand, ervaringskennis of zo mogelijk een triage arts.

Door de onvolkomenheden en de onnauwkeurigheid van de NTS benevens het dwingende karakter van het concept 'triage denken' komt de gebruiker in een cognitieve spagaat terecht. Dit geldt met name voor de ervaren gebruiker die geautomatiseerd zijn ervaringskennis toepast. Indien hij dat doet kan hij al gauw in conflict komen met het starre systeem van beslisregels. Enerzijds wil de gebruiker niet het risico lopen achteraf op een eventuele verkeerde inschatting afgerekend te worden, anderzijds snapt hij niet waarom een bepaalde urgentie wordt afgegeven. Het systeem is namelijk ondoorzichtig in de onderliggende kenniselementen. Zoals reeds aangegeven zijn die kenniselementen vooral op ernstige, weinig voorkomende ziekten gebaseerd. Dat zal voor de ervaren huisarts of triagist telkens vragen oproepen omdat hij te maken heeft met een populatie met een lage incidentie van ernstige aandoeningen. In de praktijk vind er vaak downgrading van urgentie plaats hetgeen in lijn is met de lage sensitiviteit. Het down- en upgraden van

urgentie moet evenwel gemotiveerd worden. Dit maakt het voor de inspectie en voor bestuurders op de post (semi)transparant maar in de beleving van de triagist moet je je verantwoorden naar een systeem dat zelf niet transparant is! Daarom zou ik ervoor pleiten om met name ook naar inspectie aan te geven dat de NTS onvoldoende wetenschappelijke basis heeft en al helemaal niet gebruikt kan worden om een gebruiker of HAP te beoordelen.

De NTS zelf zou aangepast moeten worden door alleen ingangsklachten die geassocieerd zijn met levensbedreigende aandoeningen op te nemen, bijvoorbeeld acute pijn op de borst of acute bewustzijnsveranderingen. Oorpijn of trauma extremiteit kunnen nauwelijks reden zijn te denken aan levensbedreigende aandoeningen en hoeven niet in de NTS getrieerd worden. Bij de ingangsklachten die overblijven zou daarenboven veel meer rekening gehouden moeten worden met relevante contextuele informatie en tijdsduur van de klacht. Alle klachten die buiten die beperkte set van de NTS gepresenteerd worden kunnen door een ervaren triagist beoordeeld worden net zoals dat nu ook gebeurt in de dagelijkse huisartsenpraktijk. Naast beperking van het aantal ingangsklachten zou ook het aantal urgenties verlaagd moeten worden. Uitgangspunt van triëren is onderscheid te maken tussen spoed en niet spoed om op basis daarvan een adequaat hulpaanbod te doen. De huidige 5 urgenties laat teveel ruimte voor 'geneeskunde' die onnodige consultatie vereist. Hoe meer gradaties hoe onoverzichtelijker het triage proces. Wanneer daarbij een defensief triage systeem gehanteerd wordt leidt dit onvermijdelijk tot onnodige zorg en medicalisering van kleine kwalen die makkelijk in kantoor tijd gezien kunnen worden. Door het reduceren van het aantal urgenties zal veel kritischer een onderscheid gemaakt moeten worden tussen spoed en niet spoed. Minder urgenties is cognitief beter hanteerbaar.

In de richtlijnen voor het toepassen van de standaard wordt een escape route geboden die naar mijn idee weinig gebruikt wordt omwille van de opvatting niet te mogen denken in diagnosen. In het document "Visie en werkwijze NTS" op de site van de NTS wordt diverse malen melding gemaakt van het geoorloofd afwijken door gebruik te maken van de context van de patiënt en het pluis niet-pluis gevoel. Het is de eindverantwoordelijkheid van de gebruiker welke urgentie uiteindelijk wordt toegekend en de gebruiker mag derhalve de urgentie verhogen of verlagen. Dus belangrijke achtergrond informatie zoals duur van de klacht, leeftijd, geslacht, voorgeschiedenis mogen wel degelijk gebruikt worden. Het grote probleem dat daarbij aan de orde komt is dat, wil de triagist van dit alles goed gebruik maken, hij/zij ervaring en diagnostische kennis moet toepassen. En dat laatste is weer in strijd met het concept 'triage-denken'. Dit is de reeds genoemde cognitieve spagaat!

Mijn ervaring als triage arts op de HAP is dat de assistenten een sterke neiging vertonen om defensief vast te houden aan de uitkomst van de NTS om naderhand niet afgerekend te worden op het afwijken van de NTS. Wanneer afgeweken wordt en het gaat fout dan wordt dat door de organisatie aangerekend doordat de NTS een bijna onschendbare status heeft. Anderzijds; wanneer niet afgeweken wordt van de NTS en de gebruiker heeft verzuimd context of een niet pluis gevoel te gebruiken kan ook dat weer verweten worden.

Samenvatting:

De NTS is slecht in staat om op de HAP een beoordeling te maken over de ernst van de urgentie. De resultaten van de LHV-ANW enquête zijn hiervan het bewijs.

De toepassing de NTS kan getemperd worden door de daadwerkelijke merites van deze vorm van triage te benoemen en ruimschoots onder gebruikers en overheid te

communiceren. Met name de zeer zwakke wetenschappelijke basis voor deze standaard is onbekend.

Diverse items/beoordelingscriteria in de NTS moeten naar hun werkelijke proporties teruggebracht worden. Enkele voorbeelden zoals pijnscore en vegetatieve verschijnselen zijn benoemd.

Vanuit de cognitieve visie dat triëren een vorm van diagnostiseren is welke bepaald wordt door het gebruik van kennis en ervaring is de matige prestatie van de NTS te verklaren.

De mythe van het triage denken moet ontmaskerd worden en brengt de gebruiker in verwarring. Er is niks fout aan diagnostisch denken op basis van ervaringskennis.

De NTS zou aan waarde winnen wanneer kritische reductie plaatsvindt van aantal ingangsklachten en mogelijke urgenties.

Het aanstellen van ervaren triagisten is noodzakelijk. Iedereen zal geschoold moeten worden over de precieze achtergronden van de diverse beoordelingscriteria in de NTS en de mogelijkheden hoe gebruik te maken van contextuele informatie.

Het gebruik van contextuele gegevens om sturing te geven aan de inschatting van urgentie moet meer gestimuleerd worden. Dit kan alleen indien gebruikers voldoende kennis en ervaring hebben en vrij van defensieve denkpatronen zijn. De huidige NTS dat erg normerend is staat vrijelijk denken vanuit ervaringskennis in de weg.

* proefschrift Expertise van huisartsen; praktijkervaring, kennis en diagnostische hypothesevorming 1994

Dr. Pie Hobus
Praktijkhoudend huisarts
Wijnandsrade (L)