

## Interview met Hay Derkx en Harrie van Rooij: ‘Triagisten moeten wel de tools krijgen om hun werk goed te kunnen doen’

In juni vorig jaar promoveerde Hay Derkx op het proefschrift *For your ears only. Quality of telephone triage at out-of-hours centres in the Netherlands*.<sup>1</sup> Zijn onderzoek deed hij samen met Harrie van Rooij, zij het dat laatstgenoemde er om privéredenen niet voor heeft gekozen eveneens te promoveren. In een dubbelinterview vertellen zij over hun bevindingen.



Hay Derkx

Harrie van Rooij

### Andere manier van denken

Wie de resultaten van het onderzoek naar de kwaliteit van de telefonische triage op huisartsenposten leest, wordt daar niet erg vrolijk van. Maar dat ligt ook aan de onderzoeksopzet, meent Derkx: ‘Wij hebben ons vooral gericht op de veiligheid van de triage en dan kijk je op een andere manier dan als je alleen de einduitkomsten wilt weten. Voorheen was alleen uitgezocht of de juiste beslissingen worden genomen; wij wilden weten waarop die beslissingen eigenlijk zijn gestoeld.’ Van Rooij: ‘Met de komst van de huisartsenposten is een andere manier van denken ontstaan en dat is nog een leerproces. Nu moet immers steeds de urgentie worden bepaald in plaats van het stellen van een diagnose, en dat is wezenlijk verschillend. Met het ontstaan van de callcenters is het werk verschoven van huisartsen naar triagisten, maar die zijn niet gewend te denken in termen van differentiële diagnostiek.’ Derkx: ‘Ik zat eens in een nabespreking met onze triagisten, en daarbij ontstond spelenderwijs de formule die op de kaft van mijn proefschrift staat. Aspecten als de medische informatie en persoonlijke situatie maken deel uit van de informatie waarop je de zorg- en urgentiebepaling baseert, en dus je zorgaanbod. Dan moet dat dus allemaal ook goed worden uitgevraagd.’

### Vragen en doorvragen

Bij dat goed uitvragen gaat het nogal eens mis, blijkt uit het onderzoek. Derkx: ‘We hadden bijvoorbeeld een casus over koorts bij volwassenen met een discriminerende vraag over een recente reis

naar een malariagebied; daar werd lang niet altijd naar gevraagd. En bij een bloedneus is de omvang van het bloedverlies wezenlijk bepalend voor de mate van urgentie, maar die vraag werd zelden gesteld. En ook bij de andere casussen werd zelden gevraagd naar de aspecten die concreet aangeven wat de mate van urgentie is. Artsen nemen hun beslissingen op grond van de som van de waarschijnlijkheden, en die hebben ze prima in hun hoofd. Opleiding en ervaring bouwt dat vermogen op. Nu wordt dat werk echter niet meer gedaan door artsen, maar door assistentes en verpleegkundigen die dat vermogen niet hebben.’

Dat mag zo zijn, maar er zijn toch uitstekende protocollen die aangeven wat moet worden gevraagd bij welke symptomen? Van Rooij: ‘Zeker, maar daarin wordt niet een duidelijke weging van de antwoorden gegeven. Bovendien ging de oprichting van de huisartsenposten vooraf aan de ontwikkeling van de NHG-TelefoonWijzer en het Nederlands Triage Systeem. Bovendien is het niet zo dat triagisten zo’n telefoonwijzer continu gebruiken. Ze hebben die een paar keer doorgebladerd en denken dan dat ze het wel weten.’

### Iedereen zijn eigen tunnel

Derkx: ‘Uit onderzoek blijkt dat mensen in élk vak neigen tot tunnelvisie, dat is heus niet alleen zo in de gezondheidszorg. Als bijvoorbeeld iemand belt voor een kind met diarree en koorts, is het een logische gedachte dat die symptomen bij elkaar horen. Maar de oorzaak kan iets anders zijn dan een maagdarmprobleem, bijvoorbeeld een trauma of een otitis media. En even doorvragen kost je gemiddeld maar 20 seconden.’

Maar is het, gezien deze resultaten, niet beter om helemaal geen assistentes en verpleegkundigen meer in te zetten, en de triage geheel over te laten aan artsen? Derkx: ‘Nee, we hebben ook artsen aan de lijn gehad en bij hen valt het kwartje evenmin. Ook uit andere literatuur blijkt dat artsen het niet beter doen dan verpleegkundigen.’ Van Rooij: ‘Je moet de triagisten voor hun taak toerusten met een goed triagesysteem én hun goede instructies geven hoe ze dat moeten gebruiken.’

### Communicatie in de HAAK

De ontwikkelingen in de huisartsenposten zijn snel gegaan: begin deze eeuw schoten ze als paddenstoelen uit de grond en sinds die tijd is er al heel veel gedaan op het gebied van veiligheid en kwaliteit. Van Rooij: ‘Er wordt fors ingezet op de verbetering van de triage en mede dankzij dit onderzoek weet men nu ook wáár de energie op moet worden gericht.’ Derkx: ‘Met de HAAK-methode is er nu een toetsinstrument op het gebied van de communicatie. We hebben niet zozeer een bijdrage kunnen leveren op medisch-

inhoudelijk gebied, maar wél op het vlak van veiligheid en communicatie. En eigenlijk komt dat vooral neer op beter doorvragen.' Triagisten hebben een enorme behoefte aan structuur', stelt Van Rooij. 'Ze willen weten hoe je begint en afsluit en wat daar tussendoor moet gebeuren. Als de structuur eenmaal duidelijk is, ontstaat er ook ruimte waarbinnen je kunt manoeuvreren.'

Genoemde 'HAAK'-methode is in de loop van het onderzoek door Derkx ontwikkeld. Hierin worden achtereenvolgens de Hulpvraag, de Achtergrond, het Advies en de Klant(= patiënt)-beleving uitgesplitst in meetbare eenheden. Derkx: 'Het was de bedoeling dat HAAK pas na mijn promotie naar buiten zou worden gebracht, maar de NHG-toetsingscommissie keurde hem voor die tijd al goed, en vervolgens is de methode al veel eerder op grote schaal in gebruik genomen.' Van Rooij: 'Die HAAK-lijst heeft een hele verandering teweeg gebracht. Niet alleen omdat het meet hoe je het communicatief hebt gedaan, maar vooral omdat het laat zien: en zo moet je het gaan doen.'

### Leuk! Nog een onderzoek...

Beide heren zijn 'bepaald geen 18 meer'; hoe kwamen ze op het idee om nog aan een promotieonderzoek te beginnen? Van Rooij: 'Onze carrière lag goeddeels achter ons, dus we hoefden niets meer, maar we wilden veel. Ik zat bij de huisartsenpost, Hay bij een callcenter. We wilden weten wat daar nou precies gebeurde. Hoe krijg je het voor elkaar dat je door een beperkt aantal mensen een grote stroom telefonische vragen op een kwalitatief goede manier afhandelt?' Derkx: 'Wij hadden het idee dat je dit soort kwalitatief onderzoek alleen kunt doen als je ervaring hebt in het veld, want je moet daarvoor enige feeling hebben opgebouwd.' Van Rooij: 'Omdat wij weten hoe artsen werken en omdat je je eigen tekortkomingen kent en weet waar de knelpunten liggen, kun je daar ook goed op inspelen.' Derkx: 'Maar we vonden dat het niet genoeg was om te kijken waar het fout gaat, we wilden ook iets goeds te bieden hebben om verbeteringen door te voeren.' Spijt hebben beiden in elk geval niet van hun onderzoek. Derkx: 'Het was een erg leuke tijd en we hebben veel plezier gehad met het hele team, ook met de simulatiepatiënten en de assistentes die de beoordelingen doen. Eigenlijk hebben we het hele onderzoek fluitend gedaan, zelfs toen het heel veel werk was.'

### Een beetje gemeen

Voorafgaand aan het onderzoek zijn alle 105 toen bestaande huisartsenposten gevraagd om toestemming voor selectie voor de test met simulatiepatiënten. Daartoe gaven 98 posten toestemming. Maar pas ruim een jaar later hebben de simulatiepatiënten hun telefoongesprekken gevoerd met de 17 geselecteerde posten. Is dat niet een beetje gemeen? Derkx: 'De posten wisten dat ze benaderd konden worden. We hebben ruim een jaar gewacht, want anders is men getriggerd. Dat was niet om ze te "vangen", maar om een reëel beeld te krijgen van de situatie. Nu weten we tenminste wat er echt moet verbeteren.' Maar deze aanpak onderschrijft toch dat het een 'beetje gemeen' was? Derkx: 'Ja, zo beschouwd heb ik iedereen er dus in laten lopen en ben ik eigenlijk een "matennaai-

er". Maar een buurman van me zei: "Dat is altijd zo met kwalitatief onderzoek, want je legt je collega's langs de meetlat." We hebben ons wel afgevraagd hoe we hier nou mee naar buiten moesten komen en hoe dit naar de pers moest. We wilden voorkomen dat iedereen zou zeggen: "Gooi die posten maar dicht!" We wilden niet dat de boodschap al te negatief zou overkomen. We hebben dan ook vóór het proefschrift uitkwam een samenvatting gestuurd naar de Inspectie en de VHN, zodat die zich konden voorbereiden op vragen van de pers.' Van Rooij: 'We wilden de posten alleen een spiegel voorhouden en een bijdrage leveren aan verbeteringen.' Derkx: 'Ook hebben we de posten die waren geselecteerd aangeboden om hun eigen situatie toe te lichten. Een aantal van de directies hebben daar gebruik van gemaakt. Naar aanleiding van die gesprekken hebben we weer met de Inspectie en de VHN over de soms moeizame samenwerking tussen huisartsen en triagisten gesproken. Het gaat daarbij vaak om het verschil tussen diagnosesedenken en urgentiedenken, maar ook hebben huisartsen nogal eens moeite met het werken in een grotere organisatie. Die zien triagisten vaak als de regelaars van het instroommanagement en niet als collega's. Dat is niet altijd goed.'

### Tijd is kwaliteit

Al met al heeft het onderzoek dus een lange nasleep voor beide onderzoekers. Van Rooij: 'We hebben de resultaten vertaald naar alle spoedzorg buiten kantooruren. We vinden dat de fouten niet kunnen worden afgewenteld op alleen de triagisten, maar vooral ook op de organisatie binnen de posten en zelfs op de politiek. Want triagisten doen het werk van artsen, maar hebben daar niet de goede tools voor gekregen. Het is niet hun schuld dat ze het werk niet altijd goed doen: organisaties moeten ervoor zorgen dat zij die zware taak kunnen vervullen.' Derkx: 'Bovenal ging het er van het begin af aan natuurlijk niet om de posten af te rekenen op hun resultaten, maar om het vaststellen van knelpunten en zo een bijdrage te leveren aan kwaliteitsverbetering. We moeten veel meer gaan denken in termen van veiligheid. "Je werkt hier veilig of je werkt hier niet", zou een goed uitgangspunt voor de posten zijn. En tijd is kwaliteit, blijkt uit onderzoek: het kost maar 20 seconden gesprekstijd extra en dan is de communicatie wél goed. Een huisarts kan ook maar 6 à 8 telefoontjes per uur voeren; voor een triagist is dat niet anders. Organisaties moeten ervoor zorgen dat de triagisten in staat worden gesteld voldoende tijd te nemen voor hun gesprekken, en de hele keten draagt verantwoordelijkheid voor de kwaliteit van de zorg.'

Ook nu het onderzoek is afgerond, blijven beide heren nauw betrokken bij het onderwerp. Derkx: 'Er zijn diverse ontwikkelingen gaande, bijvoorbeeld rond het Nederlands Triage Systeem. Voor mijzelf is het echt een hartenwens om een bijdrage te blijven leveren aan een verdere verbetering van de medisch-inhoudelijke kwaliteit van de triage in de huisartsenposten.'

*Ans Stalenhoef*

I Derkx HP, et al. De kwaliteit van telefonische triage op huisartsenposten. Huisarts Wet 2009;52(7):326-32. En: Derkx HP, et al. Huisarts Wet 2009;52(9):455-61.