

# STUDIE EN ONDERWIJS AANDACHT

## VOOR TRIAGE VAN OBSTETRISCHE PATIËNTEN

Klinische verloskundigen werken met een grote mate van autonomie op de verloskamers van een ziekenhuis. Het werk bestaat uit meer dan alleen bevallingen begeleiden. Zo melden zich regelmatig zwangere vrouwen met buikklachten van niet-verloskundige aard.

*Erika Thijse, Ronald de Caluwé,  
Irma van der Velden*

Er bestaat in Nederland geen vaststaande methodiek die gebruikt wordt om de urgentie van de klachten te bepalen. Dit gebeurt momenteel op basis van kennis, kunde en de 'klinische blik'. Dit heeft ook te maken met de organisatiestructuur van het ziekenhuis. Beslissingen die genomen moeten worden, zijn momenteel nog niet toetsbaar.

Onduidelijk is of vrouwen langer moeten wachten dan medisch verantwoord is en hoe vaak dit voorkomt.

### Gerichte training

Sinds september 2005 volgen 28 studenten de Master Physician Assistent-opleiding voor klinische verloskundigen (PA-KV) in Rotterdam. Deze tweeënhalfjarige Masteropleiding is wetenschappelijk en praktijk gericht.

De huidige tweede- en derdejaars studenten hebben het afgelopen jaar onder leiding van de heer R. de Caluwé en gebruikmakend van een speciale training, een triagemodel voor de tweedelijns ontwikkeld. Tijdens deze ontwikkeling werd het Manchester Triage System (MTS) gebruikt. Dit is een op klachten gebaseerd systeem dat veelvuldig op Spoedeisende Hulpafdelingen (SEH) wordt toe-

gepast. Het systeem werkt met stroomschema's waarbinnen met discriminatoren de urgentie wordt bepaald.

Het doel van de training is:

- basiskennis vergaren betreffende triage in het algemeen en de toepassing ervan op SEH-afdelingen (beeldvorming en inzicht);
- vertalen van deze basiskennis naar de eigen werksituatie (transfer);
- ontwikkelen van het beoogde triagesysteem voor het verloscentrum.

Triage is het dynamische beslisproces dat de behoefte van een patiënt aan zorg prioriteert op het moment van binnenkomst op het verloscentrum om een optimaal zorgtraject in gang te zetten. De uitgangspunten zijn dat er tijdens het triëren geen diagnose gesteld of beleid bepaald mag worden.

### O&G verpleegkundige triert

Al snel is geconcludeerd dat triage alleen zinvol is wanneer zij direct na binnenkomst plaatsvindt en dat deze door de O&G-verpleegkundige wordt uitgevoerd. Er zijn meerdere O&G-verpleegkundigen in iedere dienst aanwezig, er zijn minder artsen en verloskundigen beschikbaar. Zij kunnen immers elders vast staan op een verloskamer.

Het stroomschema is gebaseerd op de klachten en symptomen van de vrouw en bepaalt wat voor de vrouw de maximaal verantwoorde wachttijd is. Deze wachttijd, ook wel targettijd genoemd, is de tijd tussen binnenkomst van de zwangere en het moment dat zij wordt beoordeeld door een arts of verloskundige. De targettijden zijn in kleurcode's ingedeeld, rood, oranje, geel en groen. Deze staan voor achtereenvolgens: direct, tien minuten, dertig minuten of zestig minuten maximaal verantwoorde wachttijd.

De volgende vijf stroomschema's zijn ontwikkeld:

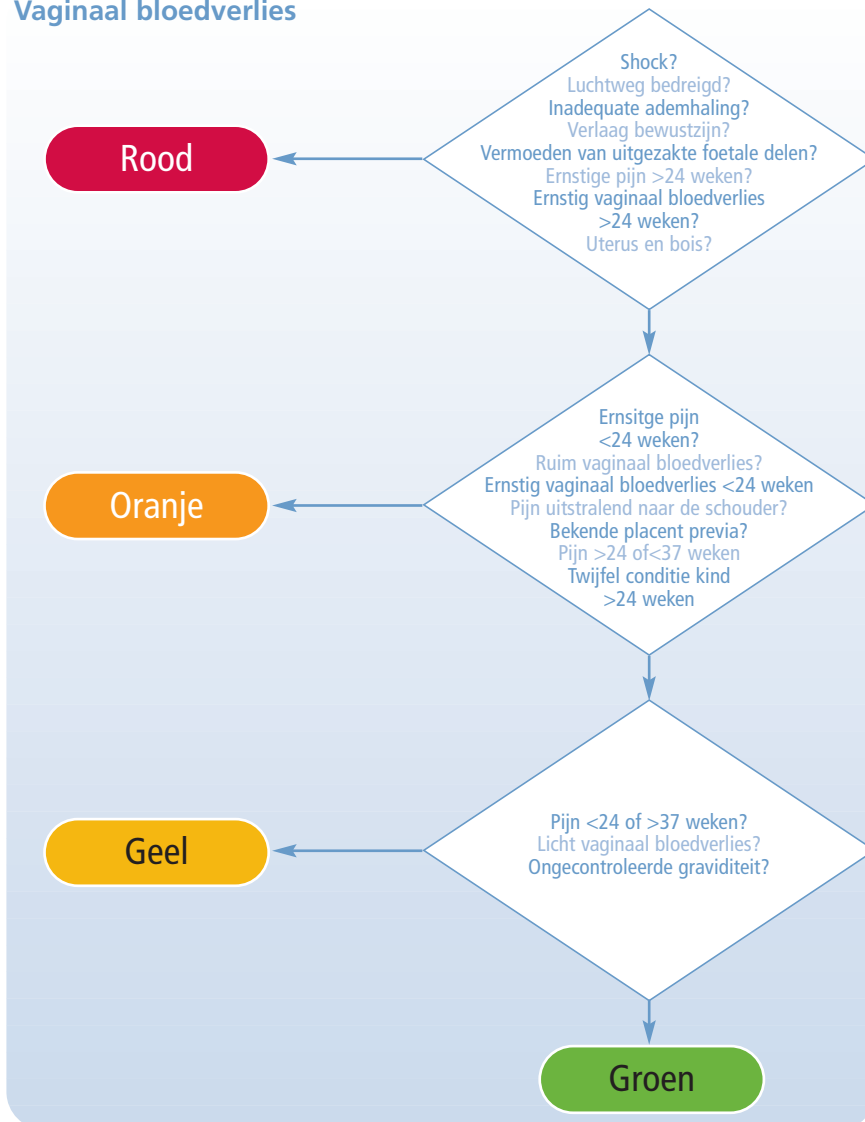
- 'vochtverlies'
- 'buikpijn'
- 'vaginaal bloedverlies'
- 'bezorgde zwangere en/of niet-somatische klachten'
- 'andere lichamelijke klachten'.

Belangrijk is dat de stroomschema's elkaar moeten ondervangen.

Uiteindelijk komt het regelmatig voor dat een zwangere met meer dan één klacht binnenkomt. Eén van onze uitgangspunten was dan ook dat, wanneer iemand met meerdere klachten, die dus in meerdere stroomschema's zou kunnen passen, wordt getriëerd dit steeds zou moeten leiden tot dezelfde urgentie, ongeacht welk stroomschema wordt gehanteerd.

*E. (Erika) Thijse is student PA- KV 2005-2006; R. (Ronald) de Caluwé is trainer / adviseur bij Latona O&O advies, en drs. I.H.M.(Irma) van der Velden is opleidingscoördinator PA-KV*

## Vaginaal bloedverlies



Stroomschema 1: Triage vaginaal bloed verlies (PA-KV Rotterdam/R.de Caluwé, 2006).  
De tijd die al gebruikt is om een targettijd te bepalen, gaat af van de nieuwe targettijd.

Uit het stroomschema blijkt dat een aantal factoren bepalend is voor de indeling. Zo bepalen onder andere de zwangerschapstermijn, de mate van bloedverlies en de pijn in welke kleurcode en targettijd de zwangere wordt ingedeeld. Een voorbeeld: een vrouw die zich meldt met buikpijn en ernstig vaginaal bloedverlies wordt ingedeeld in code rood van het stroomschema: “buikpijn”. Een vrouw die zich meldt met ‘alleen’ ernstig vaginaal bloedverlies (bij >24 weken) wordt ook ingedeeld in code rood.

### Telefonische triage

Een volgende stap is het ontwikkelen van een telefonisch triagesysteem. De huidige eerstejaars PA-KV studenten beoordelen de bestaande stroomschema's opnieuw op dit specifieke aspect.

Alle klinisch verloskundigen misten in hun werkomgeving een richtlijn betreffende triage. Vaak werd door verpleegkundigen geredeneerd dat mevrouw X eerder gezien moest worden dan mevrouw Y omdat mevrouw X al langer

wachtte. Dat mevrouw Y wellicht niet verantwoord kon wachten, werd niet altijd erkend. Dit triagesysteem brengt duidelijkheid en structuur. De infrastructuur van de ziekenhuizen waarin onze leerlingen werkzaam zijn, werken zo verschillend, dat leverde genoeg gespreksstof op. Ieder ziekenhuis kent een eigen organisatie van obstetrische spoedgevallen en er bestaat een ruime variatie in de structuur van opvang van deze spoedgevallen. Samen ontdekten de studenten hoe het in andere ziekenhuizen is geregeld en dat leverde vaak extra handigheden en tips op ter verbetering voor de eigen situatie. Tevens wierpen dit soort discussies altijd licht op het eigen functioneren.

Het gebruik van een triagesysteem geeft overzicht en duidelijkheid. Triage kan de groeiende toestroom van zwangeren regelen, zij zorgt voor een verantwoorde en inzichtelijke wachttijd, geeft structuur voor de zwangere en de behandelaar en zorgt voor een optimaal gebruik van het verloscomplex. De lessen en trainingen werden door beide leerjaren als zeer nuttig ervaren. □

Voor vragen over deze Masteropleiding wordt u verwezen naar [www.hogeschool-rotterdam.nl](http://www.hogeschool-rotterdam.nl)