

Triage in de niet acute ouderengeneeskunde: geriater, arts-assistent geriatrie of valpolikliniek. Een praktijkvoorbeeld

P.L.J. Dautzenberg^a, H.Nijboer^a, C.J. Wouters^a

A triage system for non-urgent ambulant frail elderly

Purpose: This study aimed to examine a triage system for non-urgent ambulant frail elderly. *Methods:* Three months prospective evaluation of patients, admitted for an out-hospital evaluation on a geriatric ward of a non-academic teaching hospital and not suitable for a memory clinic or falls clinic. A maximum of four patients entered the triage system at the same moment and a nurse and a physiotherapist investigated these patients separately during 30 minutes in total. After these investigations, triage consensus was reached and immediately thereafter, 2 patients were admitted to a fall clinic, 1 patient was admitted to a consultant and 1 patient was admitted to a resident. For each admission, there were positive and negative reasons defined. *Results:* During 22 moments of triage, 68 patients were admitted to the different out-hospital evaluations. In 90% positive reasons for triage were used. *Conclusions:* A triage system for non-urgent ambulant frail elderly seems to be effective. However, more research is needed.

Key words: triage, frail elderly

Tijdschr Gerontol Geriatr 2009; 40: 24-28

Samenvatting

Doel: Het evalueren van een triagesysteem voor niet acuut zieke ambulante kwetsbare ouderen. *Methode:* Prospectieve evaluatie gedurende drie maanden van patiënten aangemeld op een polikliniek klinische geriatrie van

een perifere opleidingsafdeling die door de verwijzer niet gericht zijn verwezen naar een geheugenpolikliniek of valpolikliniek. Patiënten werden in groepjes van maximaal vier patiënten tegelijk opgeroepen en vervolgens na elkaar onderzocht door zowel een verpleegkundige als een fysiotherapeut. Na dit onderzoek werd gestreefd naar een triageconsensus en werden twee patiënten meteen gezien op een valpolikliniek, één patiënt door een klinisch geriater en één patiënt door een arts-assistent geriatrie. Voor de reden van doorverwijzing konden zowel positieve als negatieve

^a Afdeling geriatrie Carolus ziekenhuis 's-Hertogenbosch
Correspondentie: Dr. P.L.J. Dautzenberg, klinisch geriater, afdeling geriatrie Carolus ziekenhuis, Hervensebaan 4, 5232 JL 's-Hertogenbosch T: 073-6992000 E: p.dautzenberg@jzb.nl

redenen bestaan. *Resultaten*: 68 patiënten werden in 22 triagemomenten doorverwezen naar de verschillende artsen, werkzaam op dezelfde polikliniek. In 90% werden positieve triageredenen gebruikt. *Conclusie*: Het voorgestelde triagesysteem voor niet acuut zieke ambulante kwetsbare ouderen, niet verwezen naar een geheugenpolikliniek of valpolikliniek, lijkt effectief. Meer onderzoek is echter noodzakelijk.

Inleiding

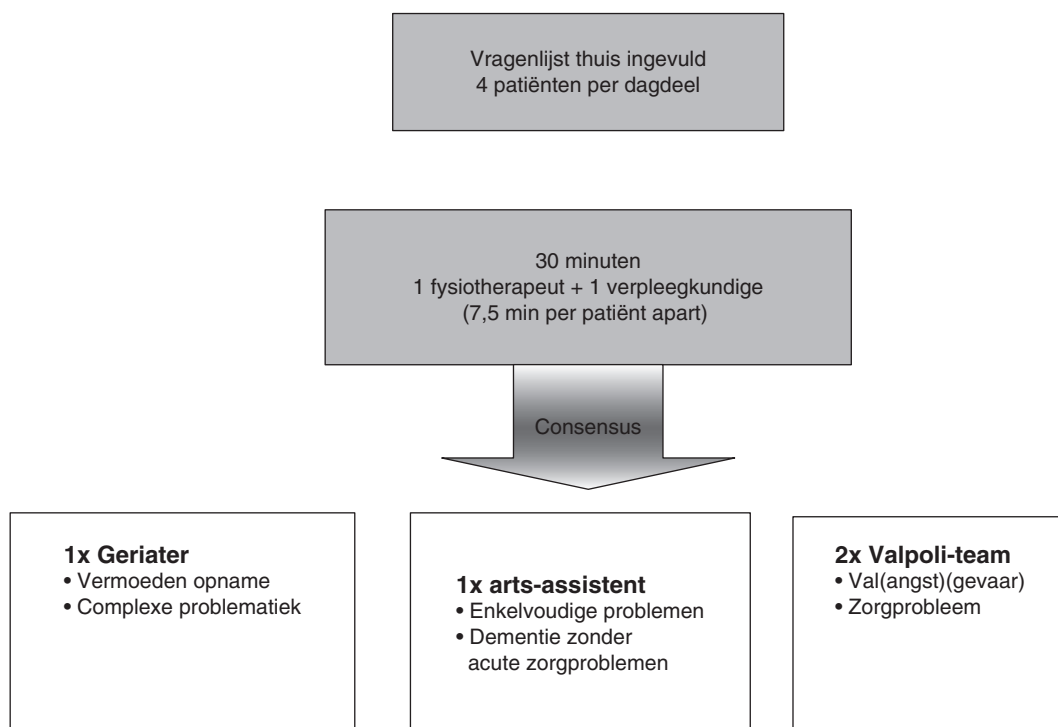
Ziekteverschijnselen bij ouderen zijn vaak atypisch en vragen om een breed, tijdrovend onderzoek.¹ Geriatrische syndromen zoals ‘vallen’, ‘moeheid’ en ‘verwardheid’ kunnen in de huidige gezondheidszorg, opgezet rond (super-)specialistische beroepsbeoefenaren, niet anders behandeld worden dan via een lange gang langs meerdere specialisten.² Deze werkwijze staat echter in contrast met de huidige door gezondheidsorganisaties, ziektekostenverzekeraars en overheid ervaren noodzaak om te komen tot kostenreductie.³ Een manier om te komen tot een reductie van verwijspatronen met behoud van goede kwaliteit gezondheidszorg is het onder regie van één specialist behandelen van ouderen, zoals op valpoliklinieken^{4,5} of

geheugenpoliklinieken.⁶ Verwijzers zullen bij het optreden van bijvoorbeeld vallen of geheugenproblemen verwijzen naar deze gespecialiseerde poliklinieken.

Door hun gezamenlijke oorzaak kunnen geriatrische syndromen tegelijkertijd voorkomen. Voorbeelden hiervan zijn het gelijktijdig optreden van vallen en geheugenverlies en depressie en geheugenverlies. Het is voor de verwijzer dan minder makkelijk om gericht te verwijzen. Soms ook neemt de (zorg) nood door het plotseling ontstaan van de geriatrische syndromen zulke complexe vormen aan, dat hospitalisatie noodzakelijk is. Verwijzing naar een van de hierboven genoemde multidisciplinaire poliklinieken is dan geen optie meer.

Ten slotte is een standaard langdurig multidisciplinair onderzoek bij sommige kwetsbare patiënten niet gewenst.

Alle drie op bovenstaande situaties gerichte vormen van diagnostiek en behandeling, namelijk ambulantly monodisciplinair door een arts-assistent geriatrie, ambulantly multidisciplinair gericht op vallen door het team van de valpolikliniek en onderzoek door een klinisch geriater bij vermoeden van noodzaak tot ziekenhuisopname, zijn op de onderzochte polikliniek tegelijk voorhanden. Bovengenoemde overwegingen hebben geleid tot een poging om de voorkeur van deze polikliniek te voorzien van een triagesysteem. Doel van deze studie is het evalueren van dit triagesysteem.



Figuur 1
Triage in schema

Methode en patiënten

Patiënten aangemeld op een polikliniek klinische geriatrie van een perifere opleidingsafdeling die door de verwijzer niet gericht zijn verwezen naar een geheugenpolikliniek of valpolikliniek of naar een van de specialisten van de perifere opleidingskliniek klinische geriatrie van het Jeroen Bosch Ziekenhuis in 's-Hertogenbosch, worden vanaf maart 2006 op één dagdeel in groepjes van maximaal vier patiënten tegelijk opgeroepen. Schriftelijk wordt deze afspraak bevestigd, waarbij gevraagd wordt om thuis een speciaal hiervoor ontworpen 18-item vragenlijst in te vullen, met vragen over vallen, stemming, cognitie en ADL.

Triagesysteem

Op de polikliniek van onze afdeling vindt onder de aanwezige patiënten in 30 minuten onderzoek plaats door korte contacten met afwisselend de fysiotherapeut en de verpleegkundige, beide van het oorspronkelijke valpoli team. De fysiotherapeut beoordeelt de patiënt in zijn/haar vermogen tot opstaan uit een stoel, de 3 meter timed up and go test, een summere balans test en een kort gesprek; de verpleegkundige neemt de thuis ingevulde vragenlijst door en maakt bij stemmingsstoornissen gebruik van de GDS-5, hanteert enkele vragen over het geheugen (eventueel CST-14) en voert eveneens een kort gesprek. Na onderling kort overleg van dit twee koppig triageteam worden de patiënten meteen doorverwezen naar drie vervolgpoliklinieken, volgens van te voren opgestelde criteria (zie Figuur 1 en Tabel 1).

Vanaf 1 maart tot en met 1 juni 2007 zijn prospectief patiënten gegevens verzameld. In deze periode moet het triageteam aangeven of de selectie plaats heeft op grond van positieve selectie criteria of negatieve selectie criteria (zie Tabel 1). Tevens is de behoefte aan spoed poliklinische bezoeken gedurende deze periode geregistreerd.

Resultaten

Gedurende de onderzoeks periode werden 68 patiënten gezien in 22 triagemomenten: Zes maal 4 patiënten, 12 maal 3 patiënten en 4 maal 2 patiënten. Tabel 2 toont de patiënten karakteristieken.

De klinisch geriater zag gemiddeld de oudste patiënt (86,4 jaar) en het laagste percentage van patiënten (29%) die zelfstandig woont. In de helft van de triagemomenten werd de oudste patiënt verwezen naar de klinisch geriater. De patiënten voor de arts-assistent waren gemiddeld 79,6 jaar en woonden in 75% nog zelfstandig. Bij de gehele populatie kwamen de syndromen vallen en cognitieve stoornissen in respectievelijk 47% en 43% voor; bij 19% gecombineerd (zie Tabel 3). Door de triage kwamen patiënten met vallen in 76% op de valpolikliniek terecht en slechts in 6% bij de arts-assistent. Positieve selectie als triagereden kwam bij 90% van de patiënten voor. 21% van de patiënten werd opgenomen, voornamelijk via de klinisch geriater.

Gedurende de onderzoek periode waren spoed poliklinische contacten vrijwel niet nodig.

Tabel 1 Triage redenen naar drie vervolgpoliklinieken	
Positieve selectie	Negatieve selectie
<i>Reden verwijzing Klinisch Geriater</i>	
1.Vermoeden klinische opname • Complex probleem • Meerdere acute somatische problemen	1.Overige patiënten minder ernstig 2.Dementie met acuut zorgprobleem
<i>Reden verwijzing arts-assistent</i>	
1.Enkelvoudig somatisch probleem 2.Dementie zonder zorg probleem	1.Overige patiënten ernstiger
<i>Reden verwijzing valpolikliniek</i>	
1.Vallen 2.Valangst 3.Spieratrofie 4.Zorgprobleem	1.Overige patiënten meer mobiel

Tabel 2		Patiëntenkarakteristieken			
	Totaal	Geriatier	Arts-assistent	Valpoli	
N (%)	68	14 (21)	16 (24)	38 (55)	
Leeftijd	80,2	86,4	79,6	80,3	
Vrouw %	51	29	50	60	
Zelfstandig wonen %	60	29	75	66	
Alleen %	51	43	38	60	
Aantal R/	5,7	6,6	6,3	5,2	

Tabel 3		Resultaten Triage			
	Totaal	Geriatier (n=14)	Arts-assistent (n=16)	Valpoli (n=38)	
<i>Voornaamste reden</i>					
- Cognitief falen (%)	29 (43%)	6 (43%)	8 (50%)	15 (39%)	
- Val (%)	32 (47%)	2 (14%)	1 (6%)	29 (76%)	
- Combi cogn/val	13 (19%)	2 (14%)	1 (6%)	10 (26%)	
- Incontinentie urine (%)	0	0	0	0	
- Gedragsafwijkingen (%)	19 (28,4)	7 (50%)	7 (44%)	5 (14%)	
CST* (n)	15,1	16 (5)	15,8 (11)	14,8 (36)	
Aantal diagnoses	2,6	2,0	2,1	3,1	
Negatieve keuze (%)	7 (10%)	1 (7%)	3 (19%)	3 (8%)	
N GAAZ-opname ** (%)	14 (21%)	5 (36%)	1 (6%)	8 (22%)	

* Cognitieve Screenings Test (cut-ff cognitief falen < 12/20).

**Geriatrische Afdeling Algemeen Ziekenhuis.

Beschouwing

De 68 personen met hoge leeftijd en veelvuldig lijdend aan geriatrische syndromen konden middels het voorgestelde triagesysteem na 30 minuten naar de juiste polikliniek worden doorverwezen: de meest ernstige patiënt bij de klinisch geriater, de minst ernstige patiënt bij de arts-assistent en de patiënten met valproblematiek bij de valpolikliniek. Spoed poliklinische afspraken waren in de onderzoeksperiode zelden nodig. Dit triagesysteem lijkt het effectief gebruik van poliklinische afspraken te verhogen.

Voor zover ons bekend bestaan er geen andere Nederlandse studies naar een triagesysteem in de ouderengeneeskunde. In Nederland maakt een aantal klinieken gebruik van schrifte-

lijke triage, waarbij de huisarts een lijst invult, zonder dat de patiënt zelf echter wordt gezien. Internationaal wordt triage in de ouderengeneeskunde vooral gebruikt op Spoedeisende afdelingen.^{7,8} Gelet op de eerste pogingen tot triage in 1792 van zeer ernstig gewonde militairen bij een tekort aan artsen door Baron Dominique Jean Larrey, hoofd medische dienst in het leger van Napoleon, is dit te verwachten. Voor patiënten met geriatrische syndromen, zoals vallen, moeheid en verwardheid met als gemeenschappelijke basis van frailty,⁹ is triage minder vanzelfsprekend.

Om aan niet urgente patiënten, middels moderne triagemethodieken, toch de juiste en meest effectieve medische zorg te geven, dient aan een aantal criteria te worden voldaan. De

uitkomst waartoe de triage leidt, dient duidelijk te zijn: wel of niet opereren, wel of niet valpolikliniek en vervolgens wat gaan we doen met diegene die niet wordt geopereerd of niet naar de valpolikliniek gaat. In het in dit onderzoek voorgestelde triagesysteem werd iedere patiënt geholpen door een van de drie mogelijke poliklinieken van de afdeling geriatrie. Bij de triage dient gebruik gemaakt te worden van snel en universeel toepasbare en gevalideerde instrumenten. In dit onderzoek is daardoor gekozen voor het vermogen tot opstaan uit een stoel, de 3 meter timed up and go test, de GDS-5 en de CST-14. Het gekozen triagesysteem is reproduceerbaar en de resultaten zijn gevalideerd. Het door ons gebruikte triagesysteem voldoet hier niet aan. Een onderzoek naar het effect van het triagesysteem afgezet tegen een 'ad random' verwezen patiënten groep dient nog te worden uitgevoerd. Wel is het vermogen van het triagesysteem geëvalueerd door de patiënten te evalueren, welke door respectievelijk de klinisch geriatr, het valpoli-team en de arts-assistent zijn gezien.

Bij ons onderzoek dienen een aantal kanttekeningen gemaakt te worden. Allereerst is dit een praktijkvoorbeeld met beperkte generaliseerbaarheid naar andere centra omdat de inzetbaarheid van professionals alsook de poliklinische setting mogelijk erg zal verschillen met andere centra. Voorwaarden voor dit praktijkvoorbeeld zijn onder meer een vakgroep ouderengeneeskunde die dermate groot is, dat differentiëren van poliklinieken mogelijk is, evenals het opleiden en aansturen van multidisciplinaire paramedische teams. De gebruikte definities van positieve en negatieve selectie-redenen voor de drie verschillende poliklinieken lijken helder, echter er heeft geen onderzoek plaats gevonden naar hoe strikt deze definities zijn gehanteerd bij het zoeken naar consensus tussen de verpleegkundige en de fysiotherapeut. Alhoewel uit onze resultaten voorzichtig geconcludeerd kan worden dat triage voor niet acuut zieke ambulante kwetsbare ouderen effectief lijkt, is meer onderzoek hiernaar echter noodzakelijk.

Literatuur

- 1 Schipholt IL. Maatwerk voor kwetsbare ouderen. *Medisch Contact* 2007;14:601-5.
- 2 Westendorp R. Medische zorg voor ouderen onder de maat. *Medisch Contact* 2006;44:1748-51.
- 3 Porter ME, Olmsted Teisberg E. How Physicians can change the future of health care. *JAMA* 2007;297:1103-11.
- 4 Hengeman JH, Willemsen G, Nieuwpoort van J et al. Doeltreffende opsporing van osteoporose in de Fractuur- en osteoporosepolikliniek in Groningen; analyse na de eerste 100 patiënten. *Ned Tijdschr Geneesk* 2004;148:2180-5.
- 5 Dautzenberg PLJ, Wouters CJ. Werkwijze en ervaringen van een valpolikliniek voor ouderen. *Medisch Contact* 2003;35:1321-23.
- 6 Verhey FRJ, Rademakers IHGB, Jolles J et al. Geheugenpoliklinieken in Nederland: inventarisatie 2004. *Neuropsych publishers, Maastricht*. 2005.
- 7 Rutschmann OT, Chevalley T, Zumwald C, Luthy C, Vermeulen B, Sarasin FP. Pitfalls in the emergency department triage of frail elderly patients without specific complaints. *Swiss Med Wkly* 2005;135:145-50.
- 8 Robertson-Steel I. Evolution of triage systems. *Emerg Med J* 2006;154-5.
- 9 Frailty in elderly people. *Lancet* 2007;369:1328-9.