



**Nederlandse  
Triagewijzer  
Verloskunde**



# TRIAGE VOOR (SPOED) CLIËNTEN VERLOSKUNDE

---

PRESENTATIE DOOR:  
dr. Bernice Engeltjes

---



# RICHTLIJN VOOR TRIAGE VAN ONGEPLANDE ZORGVRAGEN VAN ZWANGERE VROUWEN

# Doel van een triagesysteem



Zorgprioriteit vaststellen  
Op basis van urgentie

Maximaal verantwoorde wachttijd:  
o.b.v. klachten en symptomen



Effectiviteit &  
Eenduidigheid in  
samenwerking



Kwaliteit & Toetsing

Juridisch kader waarborgen

Triage =

Het classificeren van patiënten  
op basis van urgentie

**Juiste hulp**

**Juiste moment**

**Juiste zorgverlener**

# Ontwikkeling van visie: Visie op (spoed)zorgvragen in de geboortezorg?



## Onderdeel C. Regionale samenwerking – samenwerking in de acute zorg

Alle mensen in Midden-Land moeten erop kunnen rekenen dat wanneer zij een spoedzorgvraag hebben, zij tijdig toegang krijgen tot de juiste zorg, op de juiste plek, van goede kwaliteit. Daarbij gaat het zowel om het brekere begrip van acute zorg, waarmee zorg als antwoord op een vraag of beleving van de patiënt acute zorgvraag wordt bedoeld, en het smalere begrip van acute zorg dat zorg betreft die zo spoedig mogelijk, maar in ieder geval binnen enkele minuten tot enkele uren, moet worden verleend aan overlijden of onomkeerbare gezondheidschade of de gevolgen van een acute levensbedreigende aandoening of een ongeval te voorkomen. Een beperkt deel van de acute zorg valt in de categorie levensbedreigende en/of complexe acute zorg die in een gespecialiseerd centrum dient plaats te vinden en voorover gericht is op lang, zo intensief en zo veraf als het moet. De meeste acute zorg kan op een locatie dicht bij de patiënt of zelfs in de thuiszorg worden gegeven; daarbij geldt zo kort en zo nabij als het kan. Het bagen van de toegankelijkheid tot en beschikbaarheid van acute zorg is een belangrijke maatschappelijke opgave voor alle partijen in de acute zorgketen.

De toegankelijkheid van de acute zorg staat onder druk, vooral op pekmomenten en buiten kantooruren is de capaciteit regelmatig ontoereikend. Dit komt door structurele knelpunten op de arbeidsmarkt in combinatie met een stijgende zorgvraag en hogere verwachtingen van patiënten over het gebied beschikbaar zijn van zorg. Daarbij speelt bovendien de toenemende complexiteit van een deel van de spoedzorgvraag als gevolg van multi-morbiditeit en domstoverstijgende problematiek. Ook wachttijden bij de planbare zorg spelen een rol. Met acute zorglandschap moet binnen enkele jaren ingrijpende transformaties, om met de beperkte beschikbare mensen en middelen de toegankelijkheid en kwaliteit van zorg voor alle behandelbare te kunnen blijven garanderen. Afwachten is geen optie.

Passende acute zorg is ketenzorg die gaat bij de regionale context. Daarbij zijn afstemming en samenwerking nodig om te zorgen voor een sluitend netwerk van spoedzorgvoorzieningen in elke regio, met een passend aanbod voor de verschillende patiëntengroepen. De komende jaren wordt actief ingezet op

het voorkomen van acute zorg en het stimuleren van het maatschappelijk debat. Hierover, in de acute zorgketen moet verschaard worden samenwerkingsomstandigheden die iedereen in staat stelt om te zorgen dat iedereen spoedig van goede kwaliteit krijgt, de in- door- en uitstroom van patiënten binnen de keten te stroomlijnen, de juiste zorg op de juiste plek en het juiste moment te leveren, zwaardere zorgvragen waar mogelijk te voorkomen en het daarbij optimaal inzetten van bijvoorbeeld digitale zorg. Voor de realisatie van de acute zorg landschap worden er verschillende keuzes gemaakt ten aanzien van de inzet van schaars personeel en concentratie van faciliteiten, waarbij het bagen van de toegankelijkheid van de acute zorg een belangrijke randvoorwaarde is. Belangrijke randvoorwaarden om deze verandingsopdracht te realiseren moeten zijn ingevuld. Het kwaliteitskader Spoedzorgkader met de belangrijke afspraken over de organisatie van en stroom aan de acute zorg keten vormt een belangrijke leidraad.

Om de acute zorg toekomstbestendig te maken, hebben de betrokken partijen afspraken gemaakt.

### 1. Voorkomen van acute zorg

Partijen spelen af om het voorkomen van acute zorg te verbeteren. Dit gebeurt onder meer het inzetten op goede voorlichting, preventie en vroegrijping, advance care planning, het bagen en versterken van goede samenwerking tussen oerelien inclusief wijkverpleging, ouderenzorg, GGZ, jeugdzorg en sociaal domein. Digitale hulpmiddelen kunnen daarbij een belangrijke rol spelen. Deze aspecten komen terug in andere hoofdstukken van het IZA alsook afspraken tussen zorgpartijen.

2. Een belangrijk deel van de spoedzorgvragen kan ook thuis of in de eerste lijn geïdentificeerd worden, door een wijkverpleegkundige, verloskundige, huisarts, specialist ouderengeneeskunde, revalidatiearts, verpleegkundig specialist, jeugdverpleegkundige, iemand van een ambulancetermijn team of professional uit het sociaal domein. Daarbij is waar van toepassing ook aandacht voor de sociale situatie, eventuele multimorbiditeit en combinatieproblematiek. Deze zorg is in het bijzonder relevant voor mentaal kwetsbare doelgroepen en zudem met een kwetsbare gezondheid. Zo kan zwaardere acute zorg worden voorkomen.

1. Voor mensen waarbij multiproblematiek speelt en die te vaak een appel doen op de acute zorg via de reiskamer ambulanzorg, huisartsenpost of SEH, wordt door betere samenwerking tussen partijen in de regio ingezet op structurele toelating naar passende hulp; het gebied acute zorg, het is daarbij. Hierover zijn concrete afspraken gemaakt in de IZA-onderdelen "Versterking organisatie basiszorg" en "Samenwerking sociaal domein-huisartsenzorg".
2. Zoals beschreven in het IZA-onderdeel "Digitaleisering en gegevensuitwisseling" wordt vanuit de medisch specialistische zorg ingezet op telemonitoring van patiënten

### 2. Zorgcoördinatie en triage

- a. Iedere patiënt is uniek en iedere patiënt heeft een unieke (spoed)zorgvraag. Het is van belang om te zorgen dat iedere patiënt goede informatie en een zo passend mogelijk zorgaanbod krijgt.
- b. Zorgcoördinatie draagt bij aan betere samenwerking binnen de acute zorgketen, zodat iedereen de juiste acute zorg op de juiste plek krijgt en de doorstroom goed verloopt. Daarvoor is nodig:
  - Eenduidige toegang voor acute zorgvragen;
  - Goede, eenduidige, multidisciplinaire triage;
  - Inzicht in beschikbare capaciteit en beschikbaarheid relevante medische gegevens;
  - Doorgeleiding naar het meest passende zorgaanbod;
  - Regie op vervolgzorg.
- c. LNAZ, AZN, ZN, InEen en ActiZ werken op basis van de opdrachtbrief van de minister van VWS dd. 10 mei 2022 scenario's uit voor bovengenoemde aspecten van 2 coördinatie in onderlinge samenhang, en in overleg relevante partijen zoals organisaties van zorgaanbieder waaronder de NVZ, NFU professionele netwerken en beroepsorganisaties, uitgaande van zorgcoördinatie ROAZ-regio of subregio daarvan. Deze scenario's zijn de zomer van 2023 gereed. VWS stelt voor deze uit.



### 6. ROAZ en ROAZ-plan

1. Voor de acute zorg spelen specifieke vraagstukken rondom regionale samenwerking. Ketensamenwerking in acute zorg, zoals huisartsen, huisartsenposten, ziekenhuizen, UMC's, regionale ambulancevoorzieningen, wijkverpleging, verloskundigen, GGZ, VVT, GHOR en GGD zijn samen met de zorgverzekeraars verbonden in het ROAZ. (Wanneer in deze tekst wordt gesproken over het ROAZ, wordt daarmee dit samenwerkingsverband van ketenpartners bedoeld; niet het ROAZ-bureau.)
2. Partijen zullen op basis van de IZA afspraken overleggen over verantwoordelijkheden, bevoegdheden en governance van en binnen het ROAZ op basis van de AMvB acute zorg, met het oog op aanpassingen per 1 januari 2023. Daarbij wordt ook meegenomen hoe de betrokkenheid van de zorgprofessionals (vanwege de medisch inhoudelijke aspecten van het organiseren van acute zorgketen) en het bewaken van de inhoudelijke samenhang en uitvoerbaarheid van acute zorg en aanpalende zorg in capaciteit en expertise) en het patiënten perspectief binnen het ROAZ kunnen worden geborgd.



Nieuws Eerste verloskundigenpost van Neder...

## Eerste verloskundigenpost van Nederland geopend in Vlietland

19 april 2023

In Franciscus Vlietland in Schiedam is op maandag 17 april de eerste verloskundigenpost van Nederland geopend. De nieuwe verloskundigenpost is gevestigd in het ziekenhuis maar is geen onderdeel van de ziekenhuiszorg. Het is te vergelijken met een huisartsenpost.

Zwangere vrouwen worden door hun eigen verloskundige naar deze post verwezen in geval van acute klachten, zoals bij bloedverlies of als zij minder leven voelen. In de verloskundigenpost kan er dan door de eigen verloskundige een hartfilmpje gemaakt worden en hoeft de zwangere niet direct naar het ziekenhuis.

“Het betekent voor zwangere vrouwen in onze regio dat optimale zorg gedurende de zwangerschap dichtbij huis behouden blijft”

Iris Lensveld, verloskundige en voorzitter van de Verloskundige Coöperatie Verve

# Waar is de NTV op gebaseerd?



FEDERATIE VAN VSV's



College Perinatale Zorg



NEDERLANDSE VERENIGING VOOR  
OBSTETRIE & GYNAECOLOGIE



de Verloskundige  
DeGynaecoloog



NEDERLANDSE  
TRIAGE  
STANDAARD



Nederlands  
Huisartsen  
Genootschap

THUISARTS.NL





# Waar is de NTV op gebaseerd?

Systematic Review of 4 systems 2020

Narrative review 2019 & Systematic review 2014

1. Zwitsers Obstetrisch Triage Systeem (SETS) Veit-Rubin 2017
2. Canadees Obstetrisch Triage Systeem (CTAS - OTAS) 2016 en 2013
3. Amerikaans Obstetrisch Triage Systeem (MFTI) 2015, 2015 en 2020
4. Birmingham' Obstetrisch Triage Systeem (BSOTS) 2017

Artikelen van H. Moll van validatie tav het onderdeel kindergeneeskunde binnen Manchester Triage Systeem (MTS) en theorie over validering van triage in algemene zin.

Systematic Review over MTS en Emergency Servity Index (ESI) 2017 Validity & 2019 Performance

## Validation of an emergency triage scale for obstetrics and gynaecology: a prospective study

N Veit-Rubin , P Brossard, A Gayet-Ageron, C-Y Montandon, J Simon ... [See all authors](#) 

First published: 15 March 2017 | <https://doi.org/10.1111/1471-0528.14535> | Citations: 10



BMC Pregnancy Childbirth. 2017; 17: 309.

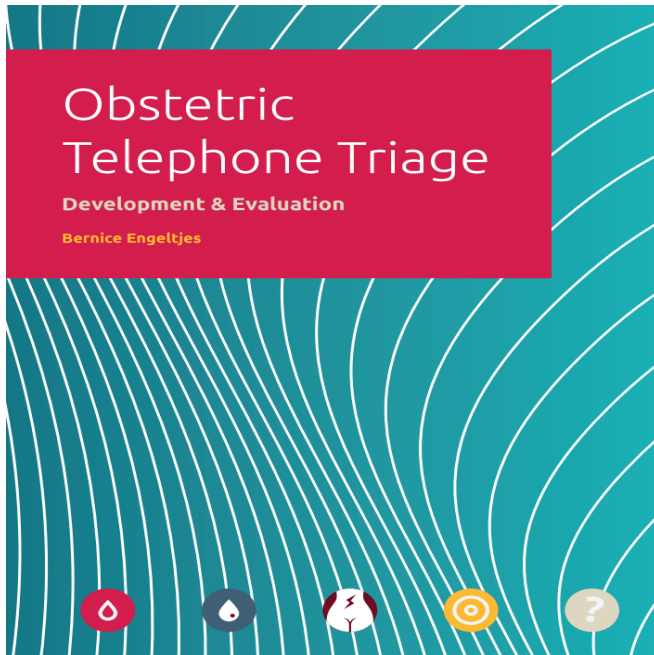
Published online 2017 Sep 18. doi: [10.1186/s12884-017-1503-5](https://doi.org/10.1186/s12884-017-1503-5)

PMCID: PMC5604363

PMID: [28923021](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28923021/)

## The design and implementation of an obstetric triage system for unscheduled pregnancy related attendances: a mixed methods evaluation

Sara Kenyon,<sup>1†</sup> Alistair Hewison,<sup>2</sup> Sophie-Anna Dann,<sup>1</sup> Jolene Easterbrook,<sup>3</sup> Catherine Hamilton-Giachritsis,<sup>4</sup> April Beckmann,<sup>5</sup> and Nina Johns<sup>6</sup>



Resultaat = proefschrift van dr. Bernice Engeltjes  
5 wetenschappelijke artikelen over:

Fase 1	Fase 2	Fase 3
Ontwikkeling Triagewijzer Verloskunde	Prospectief observationeel onderzoek  1) Validatie 2) Betrouwbaarheid	Evaluatie  1) Mate van implementatie onder zorgprofessionals 2) Patiënten ervaringen



# Nederlandse Triagewijzer Verloskunde

## 5 ingangsklachten

De ingangsklachten in de NTV zijn:



**Vochtverlies**



**Vaginaal bloedverlies**



**Buikpijn**



**Andere lichamelijke klachten**

(o.a. gerelateerd aan hypertensie / PE / HELLP & alle kraamvrouwen)



**Bezorgde zwangere/niet somatische klachten**

(o.a. minder leven voelen)

# Nederlandse Triagewijzer Verloskunde

## 5 urgentiecategorieën

Categorie	Tijd & plaats	Kleurcode	Urgentiecode	Vervoer
<b>Reanimatie &amp; Levensbedreigend</b>	Acuut	<b>Rood</b>	<b>U1</b>	Ambulance
<b>Spoed</b>	Binnen 1 uur	<b>Oranje</b>	<b>U2</b>	Zelf vervoer met begeleiding (bij twijfel ambulance)
<b>Dringend</b>	Binnen 4 uur	<b>Geel</b>	<b>U3</b>	Eigen vervoer
<b>Niet dringend</b>	Binnen 24 uur	<b>Groen</b>	<b>U4</b>	Eigen vervoer
<b>Zelfzorg advies</b>		<b>Blauw</b>	<b>U5</b>	Thuis blijven met advies

# Digitalisering in: EPIC, SAP, HIX, Orfeus, Onatal, Vrummun

Vaginaal bloedverlies

U1 - Rood

- ABCDE instabiel
- ernstig vaginaal bloedverlies
- ernstige (continue) pijn > 24 weken
- vermoeden uitgezakte delen
- uterus en bois
- stomp-buiktrauma

U2 - Oranje

- ernstige pijn < 24 weken
- ruim vaginaal bloedverlies
- verminderde kindsbewegingen > 24 weken
- pijn uitstralend naar de schouder
- bekende placenta praevia
- koorts
- pijn & zwangerschapsduur
- weeënactiviteit

Oranje

- ja

U3 - Geel

- pijn & zwangerschapsduur < 24 of > 37 weken
- licht vaginaal bloedverlies > 16 weken
- ongecontroleerde graviditeit
- verminderde kindsbewegingen

U4 - Groen

- een niet bekende/vastgestelde zwangerschap > 5 weken - < 16 weken met enkel licht vaginaal bloedverlies

U5 - Blauw

- licht vaginaal bloedverlies bij bekende/vastgestelde zwangerschap < 16 weken

Urgentiecode handmatig aanpassen - contextuele factoren benoemen

Urgentiecode - triagekleur: kleur U2 - Oranje

Actiecode

Spied: Binnen 1 uur triagekamer  
Vervoer: eigen vervoer met begeleiding (bij twijfel ambulance)

Is de patiënt akkoord met de voorgestelde actie?  ja  nee

Opmerkingen

Urgentiecode en vervolgactie

TRIAGE ROTS
Hoofdklacht
ROTS
PATIENTINFORMATIE
Contactgegevens
Zw. kaart link
VK zorgverleners
Allergieën
Thuismedicatie
OBSTETRIE
Zorgtrajecten
Datering
Decursus triage
Overdracht
GYNAECOLOGIE
Gyn snapshot link
OK
Pre-OK checklist
SurPass & info
ORDERS
BestPractice
Orders
SmartSets
Orders voor opna...
Med. toed. poli
AFRONDEN
Patiëntinstructies
Bezoeksamenvatt...
Bezoek tekenen

ROTS

Tijd gemeten: 16:00 11-4-2017 Waardes gemeten door

Tonen: Rijinfo Laatste opgeslagen Details

Vochtverlies

U1: Reanimatie & levensbedreiging

- ABCDE-Instabiel?  Ja  Nee
- Vermoeden uitgezakte delen  Ja  Nee
- Uterus en bois  Ja  Nee

U2: Spoed

- Koorts  Ja  Nee
- Afwijkende ligging  Ja  Nee
- Zwangerschapsduur > 23+5 en < 34 weken  Ja  Nee
- Gekleurd vochtverlies  Ja  Nee
- Verminderde kindsbewegingen > 24 weken  Ja  Nee
- Hoogstaande voorliggend deel  Ja  Nee
- Weeënactiviteit  Ja  Nee

U3: Dringend

- Ongecontroleerde graviditeit  Ja  Nee
- Zwangerschapsduur > 16 en < 24 weken  Ja  Nee
- Zwangerschapsduur > 34 en < 37 weken  Ja  Nee

U4: Niet dringend

- Gebroken vliezen  Ja  Nee

Urgentie

Urgentie: U1 U2 U3 U4 U5

U2 Vervolgactie

- Binnen 1 uur triagekamer
- Eigen vervoer met begeleiding (bij twijfel ambulance)
- Binnen 15 minuten triagekamer

**Qonatal** 10 november 2022 10:52 NK VK

Client 000

Form: triagewijzer (heleen)

- Referentie: -JuNFAmBQDU0wc1rhVJ6aQ
- Client:
- Aangemaakt op: 10-11-2022 10:52
- Bijgewerkt op: 10-11-2022 10:52
- Status: owner

(Re)activeren voor client Bekijk wijzigingen

**TRIAGEWIJZER**

**TRIAGEWIJZER VERLOSKUNDE**

1. Klacht \*

- Vochtverlies
- Vaginaal bloedverlies
- Buikpijn
- Andere lichamelijke klachten

NTV Triage

Praktijklocatie: Drunen a terme datum:

Datum: 19-4-2022 termijn:

Type contact:  partusdatum:

Reden:  Medische indicatie:

**KLACHT**

- Vochtverlies
- Vaginaal bloedverlies
- Buikpijn
- Andere lichamelijke klachten
- Bezorgde zwangere en/of niet somatische klachten

**Algemene triage criteria**

De triagist voert het gesprek met de patiënt en bepaalt dan de mate van urgentie op basis van de NTV. Diverse factoren hebben alsnog invloed op de inschatting van de urgentie wat ingeschat wordt door de triagist. Deze factoren kunnen ervoor zorgen dat het urgentieniveau zowel verhoogd als verlaagd kan worden. Deze factoren zijn in te delen in alarmsignalen, risicogroepen en contextuele factoren.

**Alarmsignalen**

NTV Triage

Praktijklocatie: Drunen a terme datum:

Datum: 19-4-2022 termijn:

Type contact:  partusdatum:

Reden:  Medische indicatie:

**VAGINAAL BLOEDVERLIJES**

**U1** REANIMATIE EN LEVENSBEDREIGEN D

- ABCDE instabiel
- Ernstig vaginaal bloedverlies
- Ernstige (continue) pijn meer dan 24 weken
- Vermoeden uitgezakte delen meer dan 16 weken
- Plankharde buik
- Stomp-buiktrauma

**U2** SPOED

- Ernstige pijn minder dan 24 weken
- Ruim vaginaal bloedverlies
- Verminderde kindsbewegingen meer dan 24 weken
- Pijn uitstralend naar de schouder
- Bekende placenta praevia
- Koorts
- Pijn en zwangerschapsduur meer dan 24 en minder dan 37 weken

**Algemene triage criteria**

De triagist voert het gesprek met de patiënt en bepaalt dan de mate van urgentie op basis van de NTV. Diverse factoren hebben alsnog invloed op de inschatting van de urgentie wat ingeschat wordt door de triagist. Deze factoren kunnen ervoor zorgen dat het urgentieniveau zowel verhoogd als verlaagd kan worden. Deze factoren zijn in te delen in alarmsignalen, risicogroepen en contextuele factoren.

**Alarmsignalen**

- Tweede keer contact zoeken

Opslaan en sluiten

RM degli Kemmer-aus dem Mari

**ZW-nummer 220001 - Triagewijzer**

gravida 1 datum 12-07-2022 tijd 10:47 termijn 16+6 wk

para 0 triagist HR Medewerker (HH), verloskundige

ingangsklacht

vochtverlies  
vaginaal bloedverlies  
buikpijn  
andere lichamelijke klachten  
bezorgdheid, niet-somatische klacht

Verifieer of corrigeer actuele verblijfplaats of telefoonnummer:  
Bera Terrace 250  
3379 FR East Brycenfort  
Tel. 020-5754666, Mob. 06-1234 5678  
medische indicatie: geen

Voor toelichting op de vervolgvragen klik op een van de teksten links. Klik op de + knop of dubbelklik op een tekst als die van toepassing is. Een bijbehorend urgentieniveau wordt vastgesteld. U kunt dan doorgaan naar de volgende pagina om de triage af te ronden, en eventueel het urgentieniveau te wijzigen.

## Implementaties in Nederland



>40 implementaties

> 8 implementaties  
gepland/gewenst



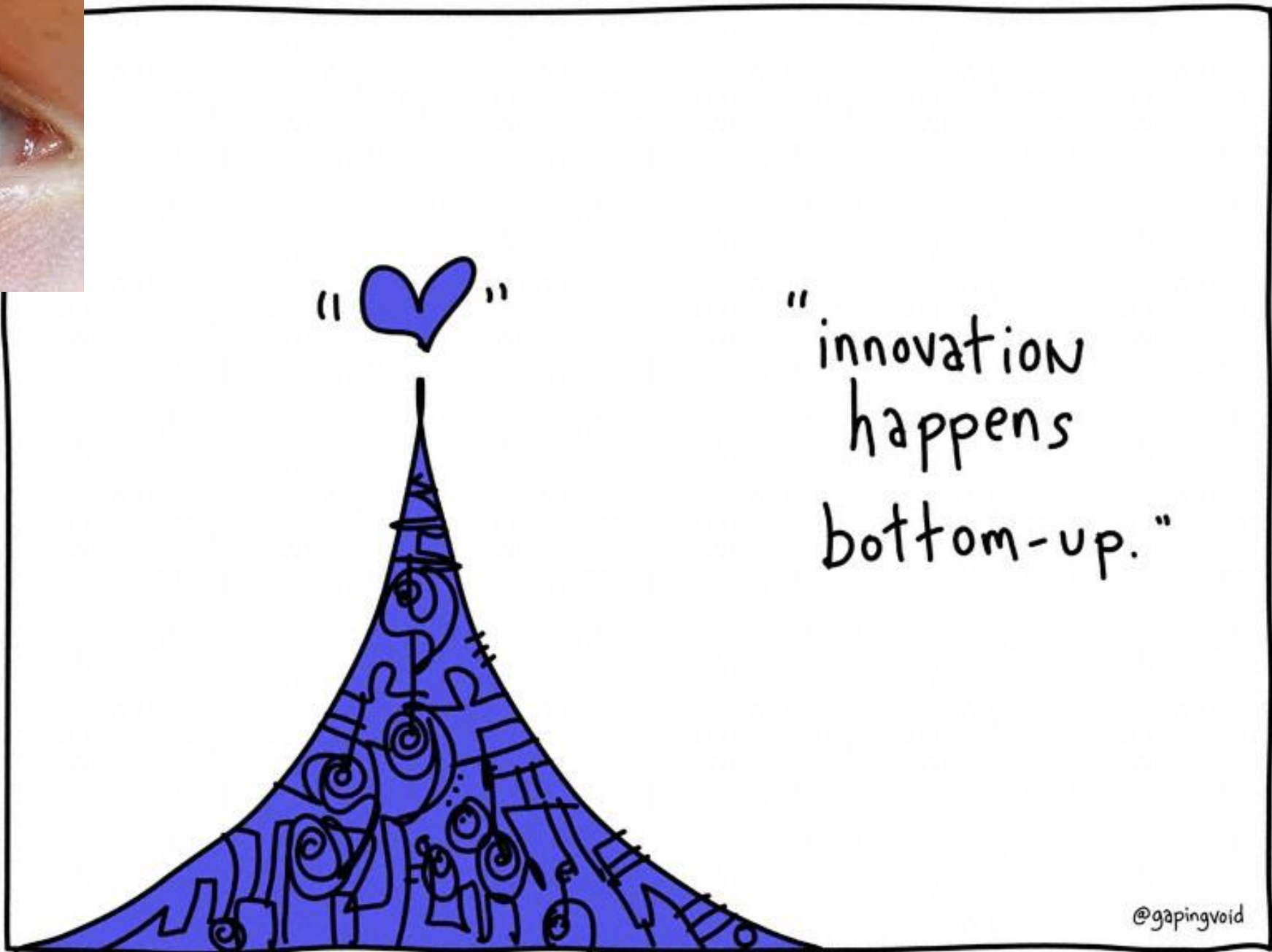
>5 nog geen concreet plan

2 triagepost geïmplementeerd

5 volledige integrale  
implementatie

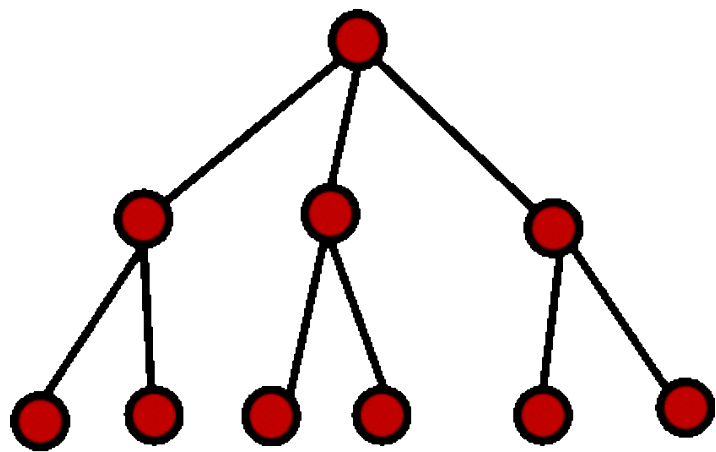




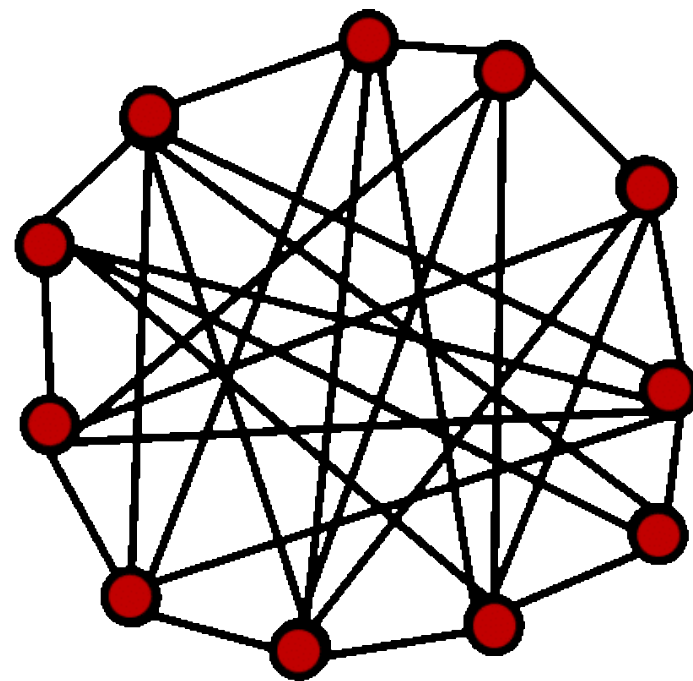


@gapingvoid





“Top-down”



“Bottom-up”

# Zorgstandaard Integrale Geboortezorg

Bij een onverwachte spoedsituatie thuis kan tijdverlies optreden door aanrijdtijd van verloskundig zorgverlener én ambulance, gevolgd door tijd voor verplaatsing naar het ziekenhuis en voor het opstarten van de behandeling. Om tijdverlies te voorkomen en snel met de noodzakelijke behandeling te starten, worden in de triage drie scenario's onderscheiden die ieder een verschillende aanpak behoeven. Voor deze drie scenario's moeten duidelijke afspraken worden vastgelegd over taken en verantwoordelijkheden, binnen het VSV en met de Regionale Ambulance Dienst.<sup>100</sup>



## PROCEDURES

- Triage: er dient 24/7 toegang tot de afdeling geboortezorg te zijn voor zwangeren met een acute hulpvraag. Triage vindt plaats volgens een vastgelegde procedure.
- Parallele acties: er is binnen het verloskundig samenwerkingsverband/met de ketenpartners een protocol m.b.t. parallelle acties.

**Kwaliteitsnorm**  
**NORMPRAKTIJK KLINISCHE VERLOSKUNDE**  
12 mei 2021  
**Versie 2.0**

### 3.3.6 Acute zorg

De ZIG gaat ervan uit dat elke zwangere in een acute situatie 24 uur per dag, 7 dagen per week moet kunnen rekenen op goede en de juiste zorg. Onder een acute situatie in de zorg rond zwangerschap en geboorte wordt een situatie verstaan waarin snel zorg moet worden verleend aan moeder en/of kind om overlijden of onomkeerbare gezondheidsschade te voorkomen. Dit vereist een goede organisatie, een adequate samenwerking, afspraken, regie en helderheid over verantwoordelijkheden van zorgverleners op lokaal niveau (ook ambulancezorg). Daarbij gaat het niet alleen om afstemming binnen en tussen de verschillende echelons, maar ook om afstemming binnen bijvoorbeeld een ziekenhuis. Ook daar zijn immers verschillende professionals betrokken bij het verlenen van (acute) zorg rond zwangerschap en geboorte. De ZIG benoemt een drietal essentiële condities:

- Alerte zwangere, alerte zorgverlener.
- 24/7 start behandeling binnen aanvaardbare tijd: spoedeisende hulp moet binnen 45 minuten bereikt kunnen worden.
- Met één telefoontje moeten parallelle acties in gang kunnen worden gezet.

### 3.3.7 Netwerkgzorg

De samenwerkingsstructuur beoogt kwalitatief goede en integrale geboortezorg voor de zwangere te faciliteren. In paragraaf 3.3.1 is daar al een aantal elementen van benoemd. Uiteraard wordt in de ZIG ook aandacht besteed aan de structuur van de samenwerking:

- Een Verloskundig Samenwerkingsverband (VSV), dat functioneert als een regionaal besluitvormend netwerk waarin organisaties van verloskundig zorgverleners, regionaal actieve kraamzorgorganisaties en andere regionale geboortezorgprofessionals gezamenlijk het (kwaliteits-)beleid rondom uitvoering van de zorg rond zwangerschap en geboorte vaststellen en multidisciplinair en lijnoverstijgend samenwerken.
- Een interprofessioneel geboortezorgteam dat bestaat uit de zorgverleners die bij de zorg voor een individuele zwangere betrokken zijn.
- Een Perinataal webbased dossier als belangrijk middel om de informatievoorziening, communicatie en samenwerking in de perinatale zorg te verbeteren.
- Competente, respectvolle en empathische, betaalbare en toegankelijke geboortezorg beschikbaar voor elke zwangere in Nederland is.
- Kwaliteitsbeleid in de vorm van audits, benchmarking, deskundigheidsbevordering en ontwikkeling kwaliteitsstandaarden.
- In de ZIG worden de doelen op het gebied van cliëntgericht beleid in algemene zin beschreven.

## Evaluatie Zorgstandaard Integrale Geboortezorg

Een meta-analyse en  
aanbevelingen voor de  
toekomst

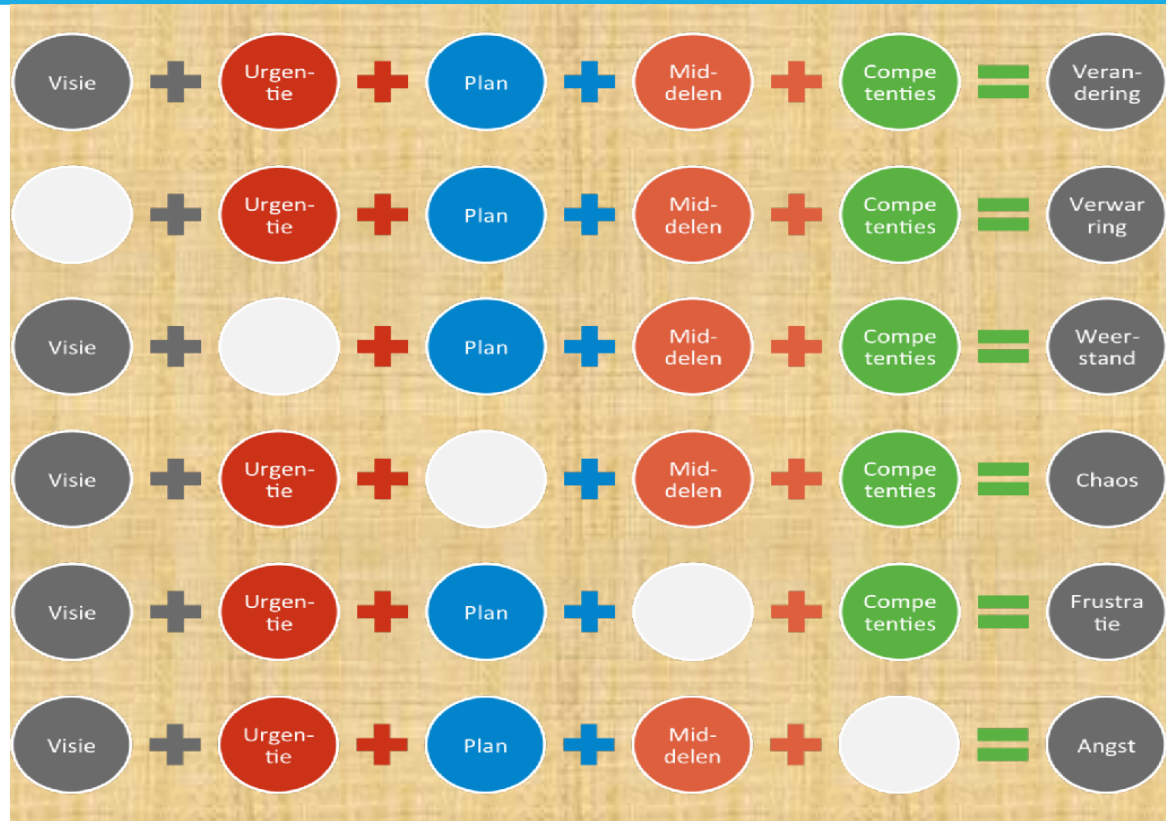
27 september 2021



# Zelf aan de slag?

- Procesmatige implementatie is belangrijk (begeleiding mogelijk)
- Werkgroep met consent en gelijkwaardige positie
- Training/onderwijs van gebruikers is noodzakelijk (NTV verzorgd)
- Aanpassen afspraken/richtlijnen/protocollen
- Samenwerking zoeken met acute diensten
- Zorgdragen voor borging van implementatie (evaluaties)
- Aanpassen van informatie van zorgvragers





# HANDREIKING





# WELKOM

## op de Triage

**op triage werken:**  
perinatologie assistenten,  
verpleegkundigen,  
klinisch verloskundigen,  
artsen, co-assistenten en  
kliniek secretaresses

### ONZE WERKWIJZE:



Bepalen  
**URGENTIE**  
van je  
**HULPVRAAG**

- 1** Aan de hand van vragen beoordelen wij de urgentie van de situatie.
- 2** De uitkomst wordt vertaald in een urgentiecode.
- 3** Vrouwen met de hoogste urgentie worden als eerste beoordeeld. We hopen hierbij op je begrip: Bij drukte kan het voorkomen dat er een wachttijd is.

#### Wij doen onderzoek

Het kan zijn dat we je benaderen voor het meedoen aan een onderzoek. Hierdoor kunnen wij onze zorg verbeteren.



### HOE VERLOOPT HET VERBLIJF?



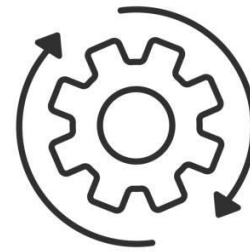
Alle zorg altijd paraat  
- Gastvrij verblijf  
- Samen de regie

### WAT GEBEURT ER DAN?



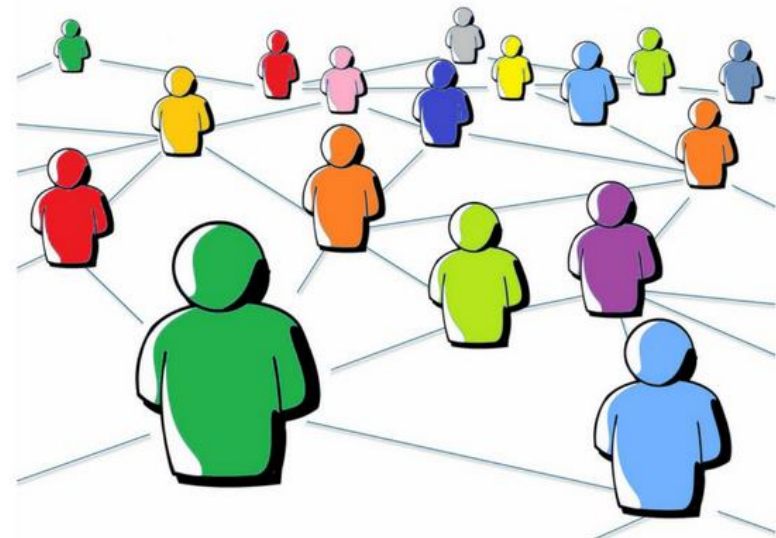


# NTV in ontwikkeling



UPDATE

Versie 8



# Uniforme taal in de keten door urgentiecodes



Voorjaar 2025 testronde 1



FEDERATIE VAN VSV's



Nederlandse  
Triagewijzer  
Verloskunde



# Meer informatie webinar van CPZ & podcast verloskundig baken

Dit webinar kun je nu terugkijken.



## Over de gasten



dr. **Bernice Engeltjes** geeft trainingen en begeleidingen over verloskundige triage. Dit doet zij zowel aan verloskundige teams in het ziekenhuis en de teams in de verloskundigenpraktijken, maar ook aan de assistentes van de huisartsenposten en meldkamercentralisten en collega's van de ambulancediensten. In 2023 heeft zij haar proefschrift met de titel 'Obstetric Telephone Triage' met succes verdedigd. In het kader hiervan heeft ze de Nederlandse Triagewijzer Verloskunde samen met een grote groep multidisciplinaire collega's in het veld ontwikkeld, geïmplementeerd en geëvalueerd in de beroepspraktijk. Ze verzorgt momenteel samen met Corlijn van Dijk de updates.

A screenshot of a podcast player interface. The title is 'Verloskundig Baken' and the episode is '29: Nederlandse Triagewijzer Verlo'. The player shows a play button, volume control, a 1x speed button, and a 90s timer. Below the player, there are links for 'Download bestand' and 'Afspelen in nieuw scherm', and a duration of 'Duur: 48:0'.

## AFLEVERING OMSCHRIJVING

Deze aflevering spreken wij Bernice Engeltjes over de Ned...  
Er zijn nu 30 regio's waar de triagewijzer wordt geïmpleme...  
implementatie binnen hun regio Salland Geboortezorg. Ho...  
verbeteren? Nieuwsgierig? Luister dan deze aflevering ove...

## GASTEN

Esther Wesselink (links) en Bernice Engeltjes (rechts)  
Je kan Esther [hier](#) op LinkedIn vinden en Bernice [hier](#).

A photograph of two women, Esther Wesselink and Bernice Engeltjes, smiling. They are standing in front of a large green plant. Esther is on the left, wearing a green top, and Bernice is on the right, wearing a dark top.

## Triagewijzer Verloskunde

De Nederlandse Triagewijzer Verloskunde (NTV) is een kwaliteitsimpuls voor de ongeplande zorgvragen van zwangere vrouwen binnen de Nederlandse ziekenhuizen. Doelmatigheid van zorg en patiëntveiligheid worden hierdoor vergroot. Implementaties blijken succesvol dankzij projectmatige samenwerking binnen multidisciplinaire projectgroepen. Hierbij is er ook speciale aandacht voor de digitale verslaglegging in het elektronische patiëntendossier (EPD) en de opleiding tot triagist.



NTV



Implementatie



Trainingen



Over ons



Contact

Nederlandse Triagewijzer Verloskunde

**MEER INFORMATIE VIA:**

**[HTTPS://TRIAGEWIJZERVERLOSKUNDE.NL](https://triagewijzerverloskunde.nl)**





Obstetric telephone triage is a telephone care system for pregnant women with obstetric problems. It aims to provide timely advice and reduce unnecessary hospital admissions.

**Objective:** Little is known about obstetric telephone triage; the methods used to prioritize the severity of symptoms of obstetric emergency and other explained care requests originating by telephone. In large-scale obstetric units, there is a need for an evidence-based triage guideline. The aim of this study was to develop an obstetric guideline for telephone triage.

**Design, Setting and Participants:** A multi-phase study consisting of four phases was performed with consecutive drafts of the triage guideline using four focus groups, four observations of triage sessions and two expert consultations based on the Delphi method. The study was performed in ten hospitals in the Netherlands. The obstetric care professionals involved were triage managers, triage nurses, nurses, doctor's assistants, team managers and application managers.

**Measurements and Results:** The designed guideline describes the primary symptoms performed in ten hospitals in the Netherlands. The guideline was tested in six hospitals and was accepted by obstetric care professionals in 16 hospitals. The guideline was used in 16 hospitals for 18 months. The guideline was found to be reliable and valid.

**Meer lezen of meer weten?**



**De Nederlandse Triagewijzer Verloskunde (NTV) is een kwaliteitsimpuls voor de ongeplande zwangerschap van zwangere vrouwen binnen de Nederlandse ziekenhuizen. Doelmatigheid van zorg en patiënttevredenheid worden hierdoor verbeterd. Implementaties blijken succesvol dankzij projectmatige samenwerking binnen multidisciplinaire projectgroepen. Hierbij is ook speciale aandacht voor de digitale verslaggeving in het elektronische patiëntdossier (EPD) en de opleiding tot triagist.**

Gevallen en standplaats voor verloskundige triage binnen de zogenaamde 'teletriage gebieden' worden de eerste ervaringen met de NTV genoemd.

**Verloskundig triagesysteem** is een telefoonnummer dat een verloskundige oproept die een advies geeft over de ernst van de klachten van de vrouw. De beoordeling van de mate van urgentie en de maximaal medisch verantwoorde wachttijd is zonder triagesysteem niet uniform. Het vaststellen van de mate van urgentie is niet inzichtelijk en objectieverbaar. Niet voor patiënten) noch voor zorgprofessionals) en management. In de praktijk leidt dit tot probatie, lange wachttijden en doelloosheid met als gevolg minder tevreden patiënten en zorgverleners. Ook patiënttevredenheid en doelmatigheid komen hierdoor in het gedrang.

**Triage binnen de algemene spoedroep en internationale verloskundige zorg**

Triagesystemen worden al langere tijd gebruikt in de algemene spoedroep (z.g. Nederlands Triage System, Manchester Triage System). De algemene triagesystemen zijn echter niet geschikt voor de obstetrische spoedpatiënt. Omdat er sprake is van twee patiënten, de moeder en het ongeboren kind. Bovendien presenteert de zwangere vrouw zich met andere klachten en symptomen. Voor de obstetrische spoedpatiënt zijn er afgelopen jaren diverse triagesystemen ontwikkeld in Canada, de Verenigde Staten en Zwitserland.<sup>1-4</sup> In Nederland werd de afgelopen jaren het Rotterdam Obstetrisch Triage System (ROTS) ontwikkeld. Dit systeem is gebaseerd op fysieke triage, wat inhoudt dat het telefonische triagemoment niet is beschreven.

### Validation of Normalization After Implementation Dutch Obstetric Telephone Triage System: Mixed 1 With a Questionnaire Survey and Focus Group Discussion

**Bernice Engeltjes**<sup>1,2</sup>, **MSc**; **Ageeth Rosman**<sup>3</sup>, **PhD**; **Fedde Scheele**<sup>4,5</sup>, **MD**, **PhD**; **Christina Wouters**<sup>6,7</sup>, **MD**, **PhD**

**Background:** Safety and efficiency of emergency care can be optimized by telephone triage systems. The Dutch Obstetric Triage System (DOTTS) was developed to provide a basis for assessing urgency obstetric care requests by telephone. Reliability and validity are important aspects of telephone triage systems.

**Objectives:** To determine the reliability of Dutch Obstetric Telephone Triage System (DOTTS) to evaluate the urgency levels of DOTTS by testing inter-rater and intra-rater reliability.

**Methods:** To evaluate the urgency levels of DOTTS by testing inter-rater and intra-rater reliability, 90 vignettes of possible telephone requests were developed in two rural hospitals where DOTTS had been implemented, rated in two rural hospitals where DOTTS had been implemented, rated in two rural hospitals where DOTTS had been implemented, rated in two rural hospitals where DOTTS had been implemented, rated in two rural hospitals where DOTTS had been implemented, rated in two rural hospitals where DOTTS had been implemented.

**Results:** The agreement of urgency level between participants was 88.5% (95% CI 84.5-92.5). The agreement of urgency level between participants was 88.5% (95% CI 84.5-92.5). The agreement of urgency level between participants was 88.5% (95% CI 84.5-92.5). The agreement of urgency level between participants was 88.5% (95% CI 84.5-92.5). The agreement of urgency level between participants was 88.5% (95% CI 84.5-92.5).

### Verloskundige triage klaar voor praktijk

NIEUWE METHODE STELT VAST WANNEER DE VERLOSKUNDIGE BEHANDELING MOET BEGINNEN

Het Rotterdam Obstetrisch Triage System, kortweg ROTS, blijkt een bruikbaar instrument voor te schatten hoe snel een zwangere en haar kind behandeld moet worden. Het triage-systeem kan nu in de praktijk worden ingezet.

**O**p de gemeentelijke Nederlandse ambulancezorg, wordt de verloskundige spoedzorg ingezet op basis van de algemene spoedroep (z.g. Nederlands Triage System, Manchester Triage System). De algemene triagesystemen zijn echter niet geschikt voor de obstetrische spoedpatiënt. Omdat er sprake is van twee patiënten, de moeder en het ongeboren kind. Bovendien presenteert de zwangere vrouw zich met andere klachten en symptomen. Voor de obstetrische spoedpatiënt zijn er afgelopen jaren diverse triagesystemen ontwikkeld in Canada, de Verenigde Staten en Zwitserland.<sup>1-4</sup> In Nederland werd de afgelopen jaren het Rotterdam Obstetrisch Triage System (ROTS) ontwikkeld. Dit systeem is gebaseerd op fysieke triage, wat inhoudt dat het telefonische triagemoment niet is beschreven.

**Objectief:** De Nederlandse Triagewijzer Verloskunde (NTV) is een kwaliteitsimpuls voor de ongeplande zwangerschap van zwangere vrouwen binnen de Nederlandse ziekenhuizen. Doelmatigheid van zorg en patiënttevredenheid worden hierdoor verbeterd. Implementaties blijken succesvol dankzij projectmatige samenwerking binnen multidisciplinaire projectgroepen.



**De Nederlandse Triagewijzer Verloskunde is aan een gestage opmars bezig. Het is duidelijk hoe het handigheids met deze werkt. Ook in het opnemende in de meeste systemen in de gebouwen. Verpleegkundigen kunnen actief bijdragen aan verdere verbeteringen.**

**De Nederlandse Triagewijzer Verloskunde is aan een gestage opmars bezig. Het is duidelijk hoe het handigheids met deze werkt. Ook in het opnemende in de meeste systemen in de gebouwen. Verpleegkundigen kunnen actief bijdragen aan verdere verbeteringen.**

### Patient Education and Counseling

**Patients' experiences with an obstetric telephone triage system: A qualitative study**

**Bernice Engeltjes**<sup>1,2</sup>, **Nikki van Herk**<sup>3</sup>, **Maud Visser**<sup>4</sup>, **Astrid van Wijk**<sup>5</sup>, **Doug Cronje**<sup>6</sup>, **Ageeth Rosman**<sup>7</sup>, **Fedde Scheele**<sup>8,9</sup>, **Eveline Wouters**<sup>8</sup>

**Background:** Telephone Triage Systems aim to provide a uniform and practical system for healthcare providers in order to prioritize urgency of care. A disadvantage of telephone triage system could be that care is experienced as less personal, as it uses a uniform procedure for every patient. Therefore, aside clinical relevance, patient expectations, experiences and satisfaction were studied.

**Objective:** The purpose of this study is to explore patient experiences with obstetric telephone triage. A descriptive, qualitative design to explore experiences after triage with Dutch Obstetric Triage System. Participants returned from rural Dutch hospitals, two pregnant women who received telephone. Semi-structured interviews were held. The following topics were discussed: separate triage, experiences with triage, waiting time, information and communication, approach of healthcare staff, and quality of treatment. Data were analyzed using open, axial and selective coding.

**Results:** Overall, the participants experienced the telephone conversation as satisfactory. This was perceived professionalism with high accessibility and perceived reassurance. The approach of the triage is experienced as friendly and empathetic. Participants reported that triage service could be very looking specifically at information provision. Explaining in advance how the service works can create more awareness and to alter better with expectations.

### De ontwikkeling en evaluatie van de Nederlandse Triagewijzer Verloskunde

**Op Nederlandse verloskundige afdelingen komen spoedpatiënten binnen nadat de zwangere vrouw zich telefonisch heeft gemeld. Een verpleegkundige of doktersassistente beoordeelt telefonisch op basis van kennis, ervaring en de zorgcapaciteit hoe snel de patiënt gezien moet worden door een medisch professional. Dit gebeurt niet altijd op basis van medische noodzaak. Zwangere vrouwen met ernstige klachten hebben daardoor achteraf mogelijk te lang moeten wachten en mensen zonder ernstige klachten werden wellicht met spoed geplaatst. De beoordeling van de mate van urgentie en de maximale medisch verantwoorde wachttijd is zonder triagesysteem niet uniform. Net gevormde verloskundige dr. Bernice Engeltjes heeft daarom, samen met de praktijk, de Nederlandse Triagewijzer Verloskunde ontwikkeld en geïmplementeerd.**

**VRAGEN?**

[triagewijzerverloskunde@gmail.com](mailto:triagewijzerverloskunde@gmail.com)

---