

Antwoord op ‘Gezondheid: een definitie?’ van Poiesz, Caris en Lapré

Machteld Huber,¹

Toen wij in 2011 in de BMJ¹ onze nieuwe omschrijving van gezondheid voorstelden: ‘Health as the ability to adapt and to self manage in the face of the social, physical and emotional challenges of life’, beoogden wij een discussie op gang te brengen over de definitie van de WHO en ons voorgestelde concept. Dus de uitdrukking die Poiesz, Caris en Lapré (verder te noemen ‘de auteurs’) geven aan hun kritiek en herkenbare verwarring in hun bijdrage in het vorige nummer van TSG² en ook hun oproep om te komen tot een evenwichtige gezondheidsdefinitie, is zeker welkom, want geeft de mogelijkheid om een en ander nader te verduidelijken en te bediscussiëren. Ik ga de diverse punten van kritiek langs, in de volgorde waarin ze beschreven werden, ofschoon dat de leesbaarheid niet zal bevorderen. Excuus daarvoor. Met dank aan de redactie van TSG voor de gelegenheid te reageren.

Allereerst halen de auteurs een uitspraak van Van der Stel³ in Medisch Contact aan, die stelt dat onze omschrijving gedrag en gezondheid verwacht en dat daarmee ook een zeer ziek iemand ‘gezond’ zou kunnen zijn. Naar onze mening is het identiek stellen van vermogen en gedrag te kort door de bocht. Waar wij spraken van een ability, vertaald als vermogen tot, hadden wij bijvoorbeeld het vermogen van het immuunsysteem voor ogen, om een passend antwoord te vormen op externe uitdagingen. Voorbeelden van dergelijke ‘abilities’ beschreven wij ook voor het psychische en sociale domein; een bio-psycho-sociale visie, waarin wij (in ons concept) de domeinen van de WHO-definitie volgden. We hadden in plaats van ability ook capability kunnen nemen, maar zagen daarvan af omdat deze term zo met Nussbaum en Sen en hun capabilities approach is verbonden.

¹ Institute for Positive Health, Amersfoort

Het hebben van een vermogen kan leiden tot een bepaald gedrag, maar daartussen ligt nog een keuzemoment. Het versterken van dergelijke vermogens beschouwen wij als het bevorderen van gezondheid.

Waar overigens Van der Stel beweert dat volgens onze formulering zelfs zeer zieke mensen als gezond kunnen worden gezien zolang ze zich maar constructief gedragen, ben ik dat inderdaad met hem eens. Onze formulering doet niets af aan het feit dat er daarnaast ziekte-diagnoses gesteld kunnen worden. Volgens ons is gezondheid niet ‘afwezigheid van ziekte’, wat voor Van der Stel en de auteurs wel zo lijkt te zijn.

De auteurs eisen dat wij meer moeten definiëren. Wij hebben destijds bewust gekozen voor de term general concept en niet voor een definitie, waarmee wij aangaven het over een karakterisering te willen hebben en niet over een vast omlijnde beschrijving, een construct, zoals een definitie zou moeten zijn. Wij volgden daarin een advies van Paul Schnabel, deelnemer aan de tweedaagse conferentie in 2009 waar uitvoering over het thema is gediscussieerd, die de socioloog Blumer aanhaalde.⁴ Blumer beschrijft dat de taal vol general concepts is, zoals ‘geluk’, ‘liefde’, ‘intelligentie’ maar ook ‘gezondheid’; begrippen waarbij mensen een gevoel hebben waar het over gaat, maar die moeilijk precies te ‘demarkeren’ zijn. Geeft dat verwarring, zoals de auteurs betogen? Blumer bepleit deze begrippen als karakterisering te accepteren, maar geeft wel aan dat te proberen valt deze general concepts te operationaliseren met behulp van ‘definite concepts’. Zoals je intelligentie zou kunnen meten met het IQ. Het is dus een keuze hoe je wetenschap wil bedrijven met taal.

Het betreft hier m.i. een in de filosofie regelmatig terugkerende discussie of de werkelijkheid pas bestaat als deze uitputtend gedefinieerd is.

Forum biedt
onder meer plaats
aan ingezonden
commentaren
en reacties,
korte praktijkbijdragen,
congresverslagen
en boekbesprekingen.
Aanwijzingen inzake
lengte, opmaak
en wijze van inzending
(per e-mail)
zijn verkrijgbaar bij
het redactiesecretariaat.
De redactie behoudt
zich het recht voor
om te redigeren
en/of te bekorten.

Forum

VERWARRING

Vervolgens stellen de auteurs dat er verwarring ontstaat omdat wij ‘gezondheid’ gebruiken voor zowel een toestand als voor het omgaan met die toestand. Is dat zo? De conferentie uit 2009, waarin wij twee dagen discussieerden over de betekenis van het begrip gezondheid, had als titel “Is health a state or an ability?”. Dus wij haalden beide juist uit elkaar!

De auteurs constateren dat afhankelijk van het perspectief van de beoordeelaar dezelfde persoon gezond of ongezond kan zijn, of zelfs beide tegelijkertijd. Op dat perspectief van de beoordeelaar komt ik verderop graag terug, want dat heeft inderdaad veel invloed. De geconstateerde verwarring voor de door auteurs genoemde huisartsenpopulatie lijkt mij een fictie, want wanneer bij een patiënt diabetes-2 wordt geconstateerd zal iedere huisarts herkennen dat de betrokkene daar ‘gezond’ (bijv. door af te vallen) of ‘ongezond’ (bijv. door zich niet aan een dieet te houden) mee om kan gaan.

De auteurs bekritisieren het begrip ‘positieve gezondheid’ omdat het suggereert dat er dan ook ‘negatieve gezondheid’ zou zijn. Men zou de in de geneeskunde onderwezen ‘gezondheid per exclusionem’, dus na uitsluiting van ziekte, inderdaad zo kunnen kwalificeren.

NIEUWE DEFINITIE?

Na enige lovende woorden spreken de auteurs hun verbazing uit over het woord 'nieuw' bij onze omschrijving, die zij overigens een 'definitie' blijven noemen, een term die wij dus consequent vermeden. De auteurs vragen zich af of wij wel voldoende recht doen aan de vele deels verwante formuleringen die er sinds de oprichting van de WHO al gepubliceerd zijn. In de genoemde tweedaagse conferentie in 2009, zijn veel van de door de auteurs aangehaalde andere, zeer waardevolle aanzetten tot definities van gezondheid uit de internationale literatuur de revue gepasseerd. Het uiteindelijk gepubliceerde concept is dan ook uit een heel brede discussie uitgekristalliseerd. In andere teksten dan in de beknopte BMJ publicatie refereren wij uiteraard aan die literatuur.⁵ In de BMJ publicatie spraken wij niet van een 'nieuwe definitie'. Die formulering is voor rekening van de BMJ, die deze tekst op hun cover afbeeldde. Feit is wel dat de WHO nooit haar definitie aanpaste en dat dus in relatie tot die definitie er wellicht ooit sprake zal zijn van iets 'nieuws'. Wij hadden wel de ambitie om daar een voorzet voor te doen.

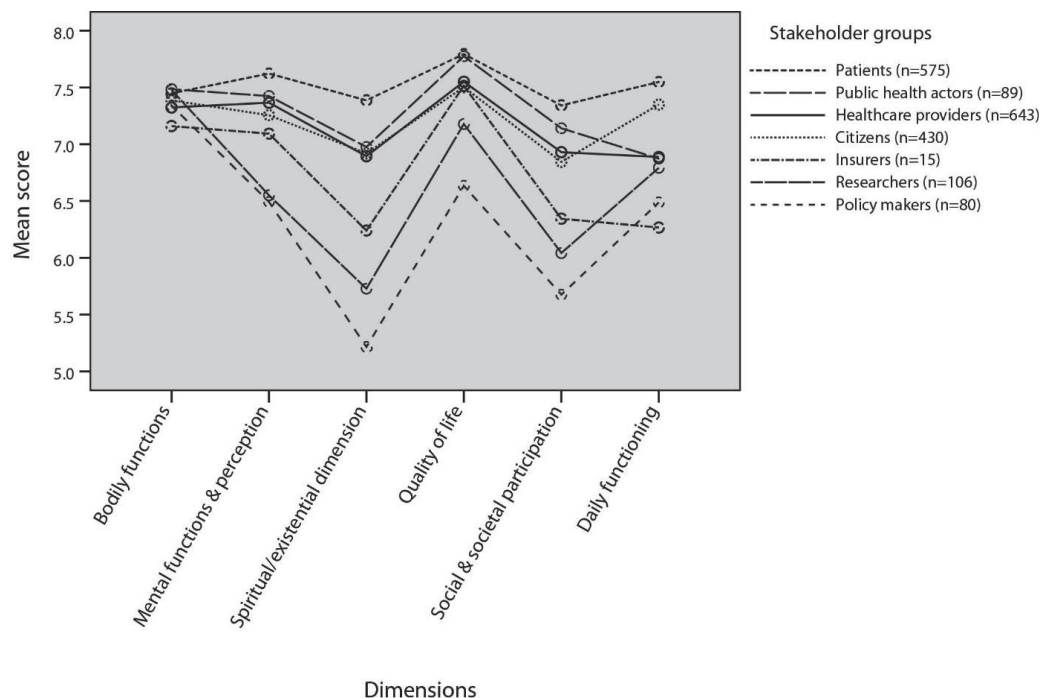
PUNTEN VAN KRITIEK

- De auteurs bekritisieren dat het concept spreekt van fysieke, emotionele (mentale) en sociale uitdagingen van het leven. Zij menen dat het omgaan met emotionele uitdagingen niet bij gezondheid hoort. Wij hebben, zoals gezegd, de domeinen van de WHO definitie aangehouden en alleen de beschrijving van 'a state of complete wellbeing' op die terreinen vervangen door een relationele beschrijving. De auteurs tonen met dit punt van kritiek aan dat in hun perceptie 'gezondheid' alleen betrekking heeft op lichamelijke zaken. Hier kom ik verderop op terug.

Bovendien stellen zij dat met deze breedte alle aspecten van het leven onder de definitie van gezondheid gebracht zouden kunnen worden en daarmee tot domein van de gezondheidszorg verklaard worden. De auteurs zien hier over het hoofd dat in ons vervolgonderzoek⁶ inderdaad bleek dat patiënten van mening zijn dat 'alle aspecten van het leven' bij gezondheid horen (hierover verderop meer). De auteurs lijken te bedoelen dat daarmee het leven 'gemedicaliseerd' zou worden. Bewaar me! Het betekent wel dat artsen moeten gaan

samenwerken met professionals op andere terreinen, als er behoefte aan professionele hulp zou zijn op andere dimensies dan het biomedische.

- De definitie zou niet refereren aan cognitieve of mentale uitdagingen. Graag wijs ik er op dat wij de term 'mentale uitdagingen' letterlijk gebruikten in ons BMJ artikel en dat het concept een overkoepelende karakterisering is. Bij de brede uitwerking, 'positieve gezondheid' genoemd, heeft het cognitieve functioneren een plaats bij de pijler 'mentaal welbevinden'.
- De auteurs willen een definitie van 'uitdagingen'. In de vorige bulletpoints komen ze zelf met voorbeelden van uitdagingen, dus ergens moeten ze de term wel begrijpen. Er zijn in de toekomst vast filosofen die hier mooie traktaten over kunnen schrijven. Ik wil mij hier beperken tot de opmerking dat de uitdagingen van het leven enerzijds universeel zijn, de normale ontwikkelingsstappen van een mens betreffend en dus afhankelijk van de levensfase waarin een mens verkeert, en anderzijds van persoon tot persoon ook zullen verschillen, afhankelijk van diens persoonlijke biografie.
- "Het vermogen zich aan te passen en een eigen regie te voeren" suggereert volgens de auteurs geen onderscheid



Figuur 2 Gemiddelde score per dimensie voor de verschillende stakeholdergroepen

te maken tussen het benutten en niet benutten van dit vermogen. Met deze opmerking wijzen zij op het gedrag van mensen, die wel of niet iets doen met hun vermogens. Zoals eerder gesteld gaat het ons om de 'ability' en niet om het gedrag. Met 'ability to adapt' beogen wij 'resilience/veerkracht' weer te geven (waarover ook weer een boom opgezet kan worden) en met 'to self manage' beogen wij het beleven van een 'interne locus of control' of van het beleven van 'ik heb hier enige sturing' weer te geven. Het vermogen zich aan te passen en een eigen regie te voeren" suggereert volgens de auteurs geen onderscheid te maken tussen het benutten en niet benutten van dit vermogen. Met deze opmerking wijzen zij op het gedrag van mensen, die wel of niet iets doen met hun vermogens. Zoals eerder gesteld gaat het ons om de 'ability' en niet om het gedrag. Met 'ability to adapt' beogen wij 'resilience/veerkracht' weer te geven (waarover ook weer een boom opgezet kan worden) en met 'to self manage' beogen wij het beleven van een 'interne locus of control' of van het beleven van 'ik heb hier enige sturing' weer te geven.

- Het concept (opnieuw staat er definitie) 'maakt geen verschil tussen oorzaak en gevolg'. Ik zou hierop willen zeggen dat de auteurs geen onderscheid maken tussen indicatoren en determinanten van gezondheid. Dat maken wij uitdrukkelijk wel. In het vervolgonderzoek was één van de vraagstellingen wat negatieve punten van het concept zijn. Veel respondenten gaven aan "kan iedereen dit wel?", "er moet wel aandacht zijn voor de sociale omgeving, om dit te kunnen". Het hoort dan ook uitdrukkelijk bij de aanbevelingen die wij doen voor het werken met het concept, om te kijken met wie men te doen heeft en het eventuele aanbod daarop aan te passen.
- De auteurs hebben bezwaar tegen de exclusieve focus op sociale uitdagingen en beschrijven dat een uiting van bepaald sociaal gedrag meerdere oorzaken kan hebben. Dit komt mij over als een open deur. Ik mag hopen dat er in de praktijk voldoende klinische ervaring beschikbaar is om de onderscheidende factoren naar hun invloed

te kunnen beoordelen. Het werk is geen lego-blokkendoos die gestapeld kan worden tot een logisch construct en zo is ook dit concept niet bedoeld.

- 'Coping' wordt genoemd en die term is natuurlijk tijdens de conferentie vele malen gevallen. In het concept hebben wij 'constructieve coping strategieën' willen weergeven.
- De auteurs maken dan de overgang naar de zes dimensies van 'positieve gezondheid'. Zij lijken het proces dat naar deze uitwerking leidde uit het oog te verliezen, wat voor een goed begrip wel belangrijk is.⁶ Na de publicatie van ons voorgestelde concept volgde een vervolgonderzoek onder zeven stakeholdergroepen naar het draagvlak van dit concept en naar een eerste stap tot operationalisering ervan. Om de brede insteek van de eerdere discussie over het concept trouw te blijven, werd bij de inventarisatie van indicatoren van gezondheid gekozen voor de mogelijkheid tot breedheid. Dat leverde in de kwalitatieve fase met 140 deelnemers 556 indicatoren op, met een grote breedte. Deze zijn gecategoriseerd op diverse manieren. We raadpleegden de literatuur en vonden alleen in de literatuur over de kwaliteit van de palliatieve zorg een dergelijke breedheid; focusgroepen van patiënten hebben de termen geordend en benoemd en twee onafhankelijke onderzoekers van het NIVEL hebben ook gecategoriseerd. Tenslotte zijn in een consensusproces met de diverse onderzoekers zes hoofddimensies benoemd, en daaronder 32 subcategorieën of 'aspecten'. Met deze indeling waren vrijwel alle 556 uitspraken geplaatst. Aan alle deelnemers is gevraagd of hun indicatoren pasten bij het nieuwe concept. Vrijwel iedereen antwoordde daar bevestigend op, ofschoon de diverse rijtjes indicatoren wel verschilden. Op deze wijze hebben wij de indicatoren dus gezocht.
- De auteurs bekritisieren dat QoL één van de dimensies is, omdat in de literatuur gezondheid een determinant van QoL is en omgekeerd QoL een determinant van gezondheid. Het antwoord hierop is dat deze kritiek vanuit een filosofisch-analytische insteek wel begrijpelijk is, maar dat het hier een bottom-up inventarisatie betreft, waarbij met name de geraadpleegde

patiënten in de focusgroepen er zeer aan hechtten dat 'kwaliteit van leven' als indicator een plek zou krijgen. Dit hebben wij gerespecteerd en ons daarbij niet laten (af)leiden door filosofische beschouwingen.

- De auteurs vinden het een bezwaar dat alle zes dimensies een gelijk gewicht krijgen in het spinnenweb, terwijl QoL toch generiek en overkoepelend is? Dit is theoretisch denkbaar, maar wordt in de praktijk gelogenstraft. Op het artikel van Van der Stel in Medisch Contact reageerde ook een huisarts, met een beschrijving hoe hij stervende patiënten het spinnenweb liet scoren en bij hen ondanks pijn en zeer afnemende levensfuncties toch een hoge QoL vond.
- De auteurs tekenen kritiek aan bij de keuze van de stakeholdergroepen in het vervolgonderzoek, omdat het hier te weinig primair 'gezonden' zou betreffen en een bias zou kunnen ontstaan richting 'ongezondheid'. Wij stelden in het kwantitatieve deel van ons onderzoek aan alle 1938 deelnemers de vraag of zij zelf ervaring hadden met ziekte. Van de 1938 respondenten had 45% geen ervaring met ziekte; 55% wel, in de ogen van de auteurs de 'ongezonden'. Opvallend was dat beide groepen de lichaamsfuncties gelijk beoordeelden, als inhoud van gezondheid. Maar voor de overige vijf dimensies gold dat de mensen met ervaring met ziekte deze dimensies als sterker gerelateerd met gezondheid (als indicator) beoordeelden dan de mensen zonder ervaring met ziekte. Wie is het meest geëigend om vast te stellen wat de indicatoren van gezondheid zijn? Weten de mensen zonder ervaring beter wat gezondheid is, dan zij die ervaring hebben met ziekte? Of is het wellicht met gezondheid net zoals met licht, dat je pas gewaar wordt in contrast met het duister? In de zorg wordt één uitspraak voortdurend gebezigd, namelijk "patiënt centraal". Die uitspraak is voor ons leidend geweest om het oordeel van de patiënten zwaar te laten wegen. Met de brede visie van de patiënten hebben wij de term 'positieve gezondheid' verbonden, om verarring met 'gezondheid als afwezigheid van ziekte' te vermijden.

- De auteurs beoordelen onze analytische benadering van de data als 'schraal'. Bij de verwerking en de keuze van de begrippen (aspecten) hebben wij en de onderzoekers van het NIVEL de grootste zorgvuldigheid nagestreefd. Deze 'aspecten' zijn vervolgens aan een hoofdcomponentenanalyse onderworpen, waarvan de conclusie was dat binnen de zes dimensies elk van de aspecten een voldoende unieke bijdrage leverde aan de totaalscore voor de desbetreffende dimensie. Het uitwerken van onderlinge relaties tussen de begrippen verdient zeker nog aandacht.
- De auteurs betwijfelen de bruikbaarheid in de praktijk. De eerder aangehaalde huisarts benadrukte in Medisch Contact hoe hij met het concept én met de uitwerking in de zes dimensies in de praktijk heel goed uit de voeten kan. Ik benadruk dat het spinnenweb geen 'meetinstrument' is maar een 'gespreksinstrument', dat mensen tot zelfreflectie aanzet.
- Tevens bekritisieren de auteurs de 'explosie aan begrippen'. Wij volgden de empirie, die deze breedheid opleverde. Bij de toetsing onder de stakeholdergroepen, in hoeverre zij de benoemde 32 'aspecten' als 'indicatoren voor gezondheid' herkenden, werd een groot verschil van opvatting duidelijk tussen de diverse groepen. Alle groepen waren het erover eens dat de aspecten van de dimensie 'lichaamsfuncties' bij gezondheid hoorden. Maar ten aanzien van de andere di-

mensies verschilden de meningen zeer. Figuur 1. toont dat in één oogopslag; de diverse lijnen geven de oordelen van de diverse stakeholdergroepen weer. Het betreft grotendeels zeer significante verschillen.

- De bovenste lijn (korte streepjes) toont een groep die vrijwel alle 32 aspecten even belangrijk acht als inhoud van gezondheid. Dat zijn 575 patiënten. De onderste lijn (streepjes met spatie) scoort het hoogst bij 'lichaamsfuncties' en komt verder niet meer op dat niveau. Die groep beschouwt gezondheid als verbonden met lichamelijke zaken en ziet gezondheid als 'afwezigheid van ziekte'. Dat zijn de beleidsmakers. Vanuit deze groep komt de uitspraak "de rest, naast lichaamsfuncties, is geen gezondheid, dat gaat over het hele leven". Hierop antwoordden de patiënten "gezondheid gaat over het hele leven". Zie daar de verschillen van opvatting. Opvallend is dat de auteurs zich in hun hele betoog identiek uitlaten aan de onderzoekers (één na onderste lijn), nl. dat de categorieën buiten het lichamelijke domein bij 'het hele leven' horen, maar geen 'gezondheid' betreffen. Voor hen is zo een brede benadering niet te interpreteren, onbeheersbaar en onhoudbaar. De voorlopige feedback uit de praktijk, die ik krijg, is echter erg positief. Maar ik pleit wel voor echt onderzoek naar het gebruik van het concept en het spinnenweb in de praktijk!

SUGGESTIES VOOR EEN BIJSTELLING VAN HET BEGRIIP 'GEZONDHEID'

De auteurs spreken hun bezorgdheid uit over de 'vrijwel kritiekloze populariteit' van het begrip en menen dat het komt doordat het 'elck wat wils' biedt. Voor ZonMw onderzochten wij waarom mensen met Positieve gezondheid willen werken⁷ en het blijkt inderdaad dat mensen in de praktijk zich er in herkennen en er enthousiast van worden. De auteurs vinden dat zorgwekkend. Zij vrezen voor medicalisering omdat zij, zoals ik hierboven al vermoedde, 'alles' onder de hoede van de huidige gezondheidszorg plaatsen. De ervaring in de praktijk is omgekeerd. Door de breedte van het spinnenweb wordt makkelijker duidelijk wáár 'de schoen wringt' en dat is lang niet altijd een vraag voor een huisarts, maar kan ook een vraag zijn voor het sociale domein. Waar beide domeinen gaan samenwerken, blijkt dat vruchtbaar én kosten te besparen.

Ik constateer een ander vraagstuk dat mijns inziens aandacht verdient en dat is weergegeven in figuur 2. Deze afbeelding werd mij in een instelling voor langdurende zorg getoond, waarbij men aangaf dat men beleefde dat de veelal door professionals gehanteerde (classificerende) cliënt-beoordelingen de rechter afbeelding vertegenwoordigen en dat daarmee 'de mens zelf' uit beeld verdwijnt. De cliënten voelden zich niet 'ge-



Figuur 1 De beleefde werkelijkheid versus de geclassificeerde werkelijkheid.

* Uit: Wehrli U. Opruimen, dat is de kunst. Amsterdam: Uitgeverij De Harmonie, 2015.

zien' hiermee. Men wilde terug naar de linker afbeelding en herkende in 'positieve gezondheid' wél de leefwereld van hun cliënten.

Ik deel de mening van de auteurs dat verder werk aan de begrippen en aan de onderlinge relaties daarvan heel zinvol is. Maar ik deel niet de mening dat alleen 'scherpte van begrippen' een criterium voor kwaliteit is en de enige voorwaarde voor gezondheidsbeleid. Het risico is dat men in z'n definieer-ijver 'het leven eruit perst' en dan schiet de wetenschap z'n doel voorbij, zoals deze figuur mooi weergeeft. De discussie zou er naar mijn mening over moeten gaan hoe we met een wellicht andere wetenschapsbenadering de linker afbeelding recht kunnen doen. De werkelijkheid van de functionaliteit van een benadering dient leidend

zijn en niet of wetenschappers er een logisch construct van kunnen maken. 'The proof of the pudding is in the eating'.

LITERATUUR

1. Huber M, Knottnerus JA, Green L, van der Horst H, Jaddad AJ, Kromhout D, Leonard B, Lorig K, Loureiro MI, van der Meer JWM, Schnabel P, Smith R, van Weel C, Smid H. How should we define health? *BMJ* 2011; 343(4163):235-237.
2. Poiesz T, Caris J, Lapré F. Gezondheid: een definitie? *Tijdschr Gezondheidswet* 2016; 84:252-5.
3. Stel J van der. Definitie 'gezondheid' aan herziening toe. *Med Contact* 2016;71:18-9.
4. Blumer H. Symbolic interactionism: perspective and method. Prentice Hall, 1969
5. Gezondheidsraad. Invitational Conference 'Is health a state or an ability. Towards a dynamic concept of health'. Report of the meeting. Den Haag: Gezondheidsraad/ ZonMw, 2009.
6. Huber M, Vliet M van, Giezenberg M, Winkens B, Heerkens Y, Dagnelie PC, Knottnerus JA. Towards a 'patient centred' operationalisation of the new dynamic concept of health: a mixed methods study. *BMJ Open* 2016;5:e010091.
7. Steekelenburg E van, Kersten I, Huber M. Positieve gezondheid in Nederland – Wie, Wat, Waarom en Hoe? Een inventarisatie. Institute for Positive Health, 2016. ZonMw-rapport.

CORRESPONDENTIEADRES
Machteld Huber, Institute for Positive Health, Amersfoort, e-mail: m.huber@ipositivehealth.com

Veiligheid en doelmatigheid van telefonische triage op de Nederlandse huisartsenpost

Linda Huibers,¹ Marleen Smits,¹ Michel Wensing,¹ Paul Giesen¹

Op huisartsenposten doen triagisten telefonische triage om de urgentie en benodigde hulpverleningsinzet te bepalen. In de beginjaren waren er twijfels over de veiligheid van triage; sindsdien is de triage verder geprofessionaliseerd. In de afgelopen 15 jaar is het nodige gebeurd om tot verbetering te komen. Dit artikel biedt een overzicht van Nederlands onderzoek naar de veiligheid en doelmatigheid van telefonische triage, ontwikkelingen en aanbevelingen voor de toekomst.

ACHTERGROND TELEFONISCHE TRIAGE

Sinds de eeuwwisseling wordt de huisartsenzorg buiten kantoor in Nederland grotendeels georganiseerd in huisartsenposten.¹ Deze reorganisatie had

als doel de werkdruk van de dienstdoende huisartsen te verminderen en de kwaliteit van de zorg te verbeteren. Op de huisartsenposten verrichten triagisten, meestal doktersassistenten en soms verpleegkundigen, de telefonische triage.²

Telefonische triage is het bepalen van de urgentie en de hulpverleningsinzet (dat wil zeggen telefonisch advies, consult, visite of soms inzet van een ambulance).³ Triage dient de patiëntstroom te sturen en de werkdruk van de huisartsen te reguleren, waarbij de veiligheid van de patiënt voorop staat. De patiënt dient op het juiste moment, op de juiste plaats en door de juiste hulpverlener te worden geholpen.

Telefonische triage is een essentieel maar complex en kwetsbaar onderdeel van de zorg op huisartsenposten. Triagisten maken hun inschatting op basis van verbale informatie, zonder visuele input. Bovendien betreft het onbekende patiënten waarbij er op de Nederlandse huisartsenposten op dit moment bij ongeveer 50% toegang is tot het medische

dossier van de patiënt. Ten slotte is op de huisartsenpost de à priori kans op een levensbedreigende aandoening groter dan overdag. Al met al stelt telefonische triage hoge eisen aan de communicatieve vaardigheden en medisch-inhoudelijke kennis van de triagist.^{2,4}

Veiligheid en doelmatigheid spelen een belangrijke, maar tegenstrijdige rol bij triage. Triage kan leiden tot onveiligheid als de urgentie en hulpverleningsinzet te laag wordt ingeschat en een patiënt niet of te laat door een arts wordt gezien (ondertriage). Een te hoge inschatting van de urgentie en hulpverleningsinzet (overtriage) kan invloed hebben op de doelmatigheid met hoge werkdruk voor huisartsen, lange wachttijden, meer kosten en medicalisering tot gevolg. Indirect kan overtriage dan de veiligheid negatief beïnvloeden, door onvoldoende beschikbare middelen en mankracht. Het vinden van een optimale balans tussen veiligheid en doelmatigheid is de uitdaging bij telefonische triage.

In de beginperiode van de huisart-

¹ Radboud Institute for Health Sciences, Scientific Center for Quality of Healthcare, Radboudumc, Nijmegen