

2012 | OriginalPaper | Hoofdstuk

1 Wat is triage?

Auteur: S. van Gunst

Uitgeverij: Bohn Stafleu van Loghum

Paginanotities

Gepubliceerd in: Medische achtergronden bij triage

Triage is het beoordelen van de urgentie van de hulpvraag, dat wil zeggen dat de triagist ¹ bepaalt met hoeveel spoed een patiënt onderzocht en behandeld moet worden. Vervolgens bepaalt de triagist de wijze waarop de hulpvraag het beste kan worden beantwoord en door wie die patiënt gezien moet worden. We onderscheiden telefonische triage en fysieke triage (patiënt aan telefoon of de balie).

1.1 Nederlandse Triage Standaard



Nederlandse Triage Standaard

Binnen allerlei organisaties in Nederland werken triagisten, bijvoorbeeld op de afdeling Spoedeisende Hulp van een ziekenhuis, ambulanceposten, huisartsenposten en in huisartsenpraktijken. Het zijn meestal de doktersassistenten die de triage in huisartsenposten en -praktijken verrichten. Tot voor kort gebruikten verschillende organisaties ieder hun eigen protocol. Nu zijn al die protocollen op elkaar afgestemd, zodat er overal op dezelfde manier triage wordt verricht. Iedereen spreekt dus dezelfde triagetaal en dat heeft als voordeel dat de patiënt makkelijker van de ene organisatie naar de andere kan worden verwezen. Dit nieuwe systeem heet: Nederlandse Triage Standaard (NTS).

Toestandsbeeld, geen diagnose



conditie

De overstap naar de Nederlandse Triage Standaard bracht een belangrijke verandering met zich mee: niet de mogelijke *diagnose* is belangrijk, maar het *toestandsbeeld* van de patiënt. Het toestandsbeeld is de omschrijving van de klachten en de symptomen van de patiënt, en de ernst daarvan. Je zou dat de conditie van de patiënt kunnen noemen.

Om een voorbeeld te geven: je zegt niet meer dat een patiënt 'last van de maag' heeft, maar dat hij last heeft van 'braken, misselijkheid en pijn in de bovenbuik'. 'Last van de maag' is een diagnose, 'braken, misselijkheid en pijn' zijn symptomen. Als je bovendien nog beoordeelt hoe erg de klachten zijn voor de patiënt, heb je het toestandsbeeld

beoordeelt de ernst van de symptomen aan de hand van de urgentiecriteria.

Protocollen



NHG-TriageWijzer

Om goed triage te kunnen verrichten, heb je protocollen nodig. Voor de huisartsenposten en -praktijken heeft het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) de NHG-TriageWijzer samengesteld. In de TriageWijzer staan protocollen aan de hand waarvan de doktersassistent kan bepalen met hoeveel spoed een klacht afgehandeld moet worden en hoe de patiënt het best geholpen kan worden. Het feit dat je in de triage werkt met toestandsbeelden, is ook terug te vinden in de indeling van de NHG-TriageWijzer. Alle klachten zijn ingedeeld achter tabbladen waarop symptomen staan, bijvoorbeeld 'buikklachten bij kinderen', 'koorts bij volwassenen', 'algehele malaise' (zich in het algemeen niet lekker voelen).

Triagecriteria



triagecriteria

De triagecriteria vormen het belangrijkste onderdeel in de protocollen. Met de triagecriteria bekijkt de assistent met hoeveel spoed iemand geholpen moet worden.

Het gaat om de volgende triagecriteria:

- U0 = uitval van ten minste één vitale functie – dat betekent reanimatie. In de NHG-TriageWijzer staat een protocol aan de hand waarvan je de omstanders van de patiënt instructies kunt geven om te reanimeren.
- U1 = levensbedreigend: de huisarts moet meteen naar de patiënt toe. Ook de ambulancedienst kan meteen worden gewaarschuwd.
- U2 = spoed: de huisarts moet de patiënt binnen een uur zien. De patiënt moet waarschijnlijk naar de afdeling Spoedeisende Hulp.
- U3 = dringend: de huisarts moet de patiënt binnen enkele uren zien in verband met medische of emotionele redenen.
- U4 = routine: er is geen tijdsdruk, maar contact met de huisarts is noodzakelijk. De assistent maakt een afspraak voor de patiënt of overlegt met de huisarts over de patiënt.
- U5 = advies. Als het toestandsbeeld van de patiënt niet onder U0 tot en met U4 valt, kan de assistent zelf voorlichting en advies geven.

De juiste vragen

Om te kijken welk triagecriterium op de patiënt van toepassing is, moet je weten hoe de toestand (conditie) van de patiënt is. Dat doe je door de juiste vragen te stellen. Die vragen staan ook in de NHG-TriageWijzer.

Zowel in de huisartsenzorg, de ambulancezorg als op de Afdeling Spoedeisende hulp van een ziekenhuis zijn de stappen binnen triage steeds dezelfde. Iedere triagist gebruikt dus dezelfde methodiek. In deze paragraaf wordt eerst de triagemethodiek stapsgewijs beschreven, gevolgd door een uitgebreidere uitleg per stap.

Stappen:

- 1 Je begint de triage met na te gaan of er sprake is van een storing in of uitval van vitale functies (U0).
- 2 Daarna ga je na of er sprake was van een ongeval (trauma) als oorzaak van de klachten. Zo ja, dan kijk je achter het tabblad Trauma in de NHG-TriageWijzer, en je gebruikt een van de protocollen die daar gegeven worden (behalve bij oogtrauma: daarvoor kun je het protocol Oogklachten gebruiken).
- 3 Als er geen storing in of uitval van vitale functies is, en de klachten zijn niet het gevolg van een trauma, kies je het protocol uit de NHG-TriageWijzer dat het meest overeenkomt met de klachten van de patiënt. Je stelt allereerst de vragen die nagaan of er een vitale functie van een orgaan bedreigd is (of op korte termijn gevaar loopt om uit te vallen: U1, U2 of U3).
- 4 Als laatste bepaal je hoe het vervolgtraject zal zijn.

Als je weet dat er sprake is van verstoring of uitval van vitale functies (U0), kun je natuurlijk na één vraag stoppen; de rest van de vragen stellen zou dan te veel tijd kosten!

Datzelfde geldt voor triagecriteria U1, U2 of U3: zodra je weet welk triagecriterium voor de patiënt van toepassing is, kun je stoppen met verdere vragen stellen.

Stap 1: Verstoring in of uitval van vitale functies (U0)

Als de patiënt niet meer ademt en er is geen polsslag meer, geef je omstanders instructies om te reanimeren. De instructies daarvoor staan in de NHG-TriageWijzer.

Als de patiënt ademt en er is een polsslag, en je hebt het vermoeden dat er sprake is van een andere levensbedreigende aandoening, ga dan na hoe erg de situatie is. Daarvoor wordt vaak ABCDE als instrument gebruikt.

Kader 1.1 ABCDE



ABCDE

ABCDE is de Engelse afkorting van:

- **A**irway (luchtweg)
- **B**reathing (ademhaling)
- **C**irculation (bloedsomloop)
- **D**isability (verminderd bewustzijn)

de patiënt suïcidaal?)

Hoe merk je of bij de patiënt vitale functies verstoord of uitgevallen zijn?

A: bij A (luchtweg) merk je bijvoorbeeld het volgende:

- Patiënt is ernstig benauwd: hij kan geen hele zin spreken.
- Patiënt ademt hoorbaar in.

B: bij B (ademhaling) merk je bijvoorbeeld het volgende:

- Patiënt is ernstig benauwd: hij kan geen hele zin spreken.
- Patiënt ademt hoorbaar in.
- Patiënt ademt snel.



reanimeren

Als er een omstander opbelt en vertelt dat de patiënt niet meer ademt: **geef instructies hoe te reanimeren**. Die instructies staan in de NHG-TriageWijzer.

C: bij de volgende symptomen kan er een stoornis in C (bloedsomloop) zijn:

- Patiënt verliest bloed (bloed braken/bloed opgeven/rectaal bloedverlies).
- Patiënt heeft een snelle pols.
- Patiënt geeft aan dat het hem 'zwart voor de ogen' wordt.
- Patiënt heeft het gevoel het bewustzijn te verliezen.

Als er een omstander belt en vertelt dat er bij patiënt geen hartslag meer voelbaar is: **geef instructies hoe te reanimeren**. Die instructies staan in de NHG-TriageWijzer.

D: bij D (verminderd bewustzijn) merk je bijvoorbeeld het volgende:

- Patiënt is verward/suf.

E: levensbedreigende omstandigheden (E) merk je aan het volgende:

- Patiënt is in paniek.
- Patiënt dreigt zichzelf te verwonden.
- Patiënt meldt: 'Ik maak er een eind aan.'
- Er is sprake van rookontwikkeling of andere bedreigende omgevingsfactoren.

Als een ander voor de patiënt belt, kun je vragen stellen om ABCDE vast te stellen. Die vragen vind je in de NHG-TriageWijzer.

Stap 2: Sprake van trauma?

klachten heeft als gevolg van een ongeval, kijk je achter het tabblad Trauma in de NHG-TriageWijzer, en gebruik je een van de protocollen (behalve bij oogtrauma: daarvoor kun je het protocol Oogklachten gebruiken).

We kunnen onderscheid maken tussen grote levensbedreigende ongevallen waarbij een situatie ontstaat met verstoring of uitval van vitale functies (U0), grote niet-levensbedreigende ongevallen (vaak U1, U2 of U3) of kleine ongevallen.

Groot, levensbedreigend ongeval



groot, levensbedreigend ongeval

Bij een groot, levensbedreigend ongeval is natuurlijk grote spoed geboden. Vaak bellen omstanders 112, maar ze kunnen ook bellen naar de huisartsenpraktijk. De huisarts gaat met spoed naar het ongeval toe en de assistent kan via telefoonnummer 112 de ambulance bellen (als dat zo is afgesproken).

Groot niet-levensbedreigend ongeval



groot niet-levensbedreigend ongeval



HET



LSH



PIC

Bij een groot niet-levensbedreigend ongeval is de patiënt helder van bewustzijn, ademt hij goed en heeft hij geen problemen met de bloedsomloop. Er kan nog wel reden zijn tot spoed (U1 of U2). Reden tot spoed is er in de volgende gevallen:

- buikpijn na ongeval;
- fractuur;
- bloed spuitende wond;
- hoog letselrisico zoals na een Hoog Energetisch Trauma (HET); daarbij gaat het erom met hoeveel kracht of snelheid het lichaam in aanraking is gekomen met iets anders. Om een voorbeeld te geven: als iemand van grote hoogte valt, komt hij met meer kracht op de grond terecht dan wanneer hij van de onderste traptree valt. En een lichaam dat in aanraking komt met een voorwerp met hoge snelheid, raakt erger

- val van grote hoogte: meer dan vijf meter of driemaal de lichaamslengte;
 - bedolven onder puin;
 - verkeersongeval: auto die harder reed dan 65 km per uur; motor die harder reed dan 35 km per uur; uit de auto geslingerd; van de motor geslingerd; voertuig is door het ongeval meer dan 50 cm korter geworden; deuk in de flank van meer dan 30 cm; auto over de kop; dodelijke slachtoffers; auto heeft voetganger of fietser aangereden met een snelheid van meer dan 10 km per uur.
- schedeltrauma; een schedelletsel heeft gelukkig lang niet altijd een ernstig verloop, maar bij een klein percentage van de patiënten kan het levensbedreigend verlopen door ernstige neurologische complicaties. Neurologen hebben lichte schedel- en hersenletsels ingedeeld in categorieën. Dat vergemakkelijkt de beslissing wanneer je iemand moet behandelen. Patiënten met een licht schedel- en hersenletsel (LSH) zijn patiënten die, op het moment dat ze onderzocht worden, normaal of licht verward reageren. Ze zijn niet of hooguit vijftien minuten bewusteloos geweest. En ze kunnen zich het ongeluk direct, of in ieder geval binnen een uur, nog herinneren.

Ernstiger dan een LSH is een posttraumatische intracraniële complicatie (PIC). Dan is er niet alleen sprake van een bloeding in de schedel, maar ook van zwelling en drukverhoging door kneuzing van het hersenweefsel. Bepaalde groepen hebben een groter risico op een PIC door een ongeval, bijvoorbeeld patiënten die bloedverdunners gebruiken, pas een operatie hebben doorgemaakt aan de hersenen, door het ongeval een grote hoofdwond of een hematoom op de schedel hebben, jonger zijn dan twee jaar zijn of ouder dan zestig jaar. Een symptoom dat wijst op een PIC is bijvoorbeeld een insult na een ongeval terwijl de patiënt niet bekend is met epilepsie.

Klein ongeval

Bij kleine ongevallen gaat het meestal om schaaf-, snij-, bijt- en brandwonden, soms om schot- of steekwonden. (Vergeet niet na te gaan of een tetanusvaccinatie nodig is, zie het kader 1.1 aan het einde van dit hoofdstuk.)

Stap 3: Geen storing in of uitval van vitale functies, geen trauma

In deze fase van de triage ben je al nagegaan of er sprake van verstoring of uitval van vitale functies is, en of de klachten zijn veroorzaakt door een trauma. Als dat niet het geval is, kies je een protocol uit de NHG-TriageWijzer dat zo veel mogelijk overeenstemt met de klachten van de patiënt. Alle protocollen beginnen met vragen om vast te stellen of er sprake is van ernstige bedreiging van de functie van een orgaan. Als er klachten uit meerdere protocollen zijn, kies dan eerst het protocol met de meest bedreigende klacht. Bij een patiënt met buikpijn en hoesten bijvoorbeeld, is het verstandiger om eerst de buikpijn uit te vragen en daarna pas het hoesten.

Praktijksituatie

Mevrouw Jaspers belt: 'Mijn man ziet plotseling niets meer met zijn linkeroog. Wat kunnen we doen?'

Je ziet in het protocol Oogklachten van de NHG-TriageWijzer dat 'acute visusdaling' een reden is om de patiënt binnen enkele uren op het spreekuur te zien. Na overleg met de huisarts laat je meneer Jaspers aan het begin van het middagspreekuur komen. 's

In dit praktijkvoorbeeld is er sprake van bedreiging van de functie van een orgaan, een oog in dit geval.

In de volgende gevallen is er mogelijk sprake van U1 of U2 (ook bij een trauma kan er sprake zijn van U1 of U2, zie Stap 2 onder Groot niet-levensbedreigend ongeval).

Bij de triage let je ook op alarmsignalen, risicogroepen of contextuele factoren.

Alarmsignalen



alarmsignaal

Soms is het niet meteen duidelijk of het om een spoedgeval gaat of niet. We geven een voorbeeld van een vader die voor de tweede keer belt over zijn zoontje van 2 jaar. Voor de tweede keer bellen is een alarmsignaal. Bovendien is er in het voorbeeld sprake van een snelle verslechtering van de conditie (toestandsbeeld) van de 2-jarige Jochem. Ook snelle verslechtering is een alarmsignaal.

Praktijksituatie

De vader van Jochem belt. Jochem is 2 jaar. De vader zegt: 'Jochem is niet lekker. Hij heeft wat koorts, 38,5°C, sinds vannacht. Wat kunnen we het beste doen?'

Je antwoordt: 'Jochem is niet lekker, begrijp ik uit uw woorden. Kunt u mij daar wat meer over vertellen?' (Uitleg: het is handig om in het begin van het gesprek, de intakefase, open vragen te stellen. Dan krijg je zo veel mogelijk informatie, zie ook *Triage, Klacht- en patiëntgerichte telefonische communicatie* van Derkx & Van Rooij.)

De vader vertelt dat Jochem wel speelt, net als anders, maar wat uit zijn humeur is.

Je vat samen wat de vader vertelt en pakt ondertussen het protocol 'Koorts kind' uit de NHG-TriageWijzer. Je stelt de vragen uit het protocol. Jochem maakt geen erg zieke indruk, er zijn geen vlekjes of puntbloedingen. De vader denkt dat Jochem geen oorpijn heeft, Jochem hoest niet en geeft niet over. Je geeft de adviezen die in het protocol staan en zegt dat de vader mag terugbellen als Jochem erger ziek wordt.

Aan het begin van de middag belt de vader weer. Hij is erg ongerust. Jochem huult aan één stuk door en zijn vader kan hem niet troosten. De koorts is in die paar uur opgelopen tot 41,2°C.

Jij schrikt ook. Je zegt dat je onmiddellijk gaat overleggen met de huisarts en dat de vader binnen korte tijd wordt teruggebeld. Je overlegt de toestand van Jochem met de huisarts: je vertelt dat de vader voor de tweede keer belde, dat er een snelle verslechtering is van de conditie en dat je een niet-pluisgevoel hebt. De huisarts besluit meteen te gaan kijken bij Jochem. Als de huisarts terugkomt, zegt hij dat hij Jochem heeft laten opnemen in het ziekenhuis.

Later bleek dat Jochem meningitis had. Het is gelukkig allemaal goed afgelopen, maar Jochem is heel erg ziek geweest.

gebeurt, valt de urgentie hoger uit dan je aanvankelijk dacht. Dat betekent meestal dat je voor deze patiënten toch een afspraak of een visite op korte termijn regelt.

	Een kind dat een ernstig zieke indruk maakt
Hoofdpijn	onbekend voor patiënt, acuut ontstaan, snel verergerend; in combinatie met een van de volgende aspecten: • zeer pijnlijk rood oog met misselijkheid en braken • nekstijfheid • zwangerschap • recent trauma • bewustzijnsstoornis
Vergiftiging	beet giftig dier; verkeerde stof ingenomen.
Temperatuur	ondertemperatuur; koorts in combinatie met een van de volgende aspecten: • koude rilling • vlekjes die niet zijn weg te drukken • nekstijfheid • bewustzijnsstoornis
Oog	plotseling niet meer goed kunnen zien met een oog; plotseling een deel van het gezichtsveld niet meer kunnen zien; terugkerende lichtflitsen in een oog; iets in het oog gekregen; pijn aan één oog en braken.
Pijn buik/rug	acuut begonnen, gecombineerd met een van de volgende aspecten: • bekend met aneurysma • aanhoudend braken • koliekpijn, kortademig • bleek, klam, zweten, gevoel flauw te vallen • zwangerschap • acuut hevige pijn in het scrotum
Pijn thorax: mogelijk van het hart (cardiaal) of de kransslagaderen (coronair)	losstaand van ademhaling of beweging, gecombineerd met een van de volgende aspecten:

drakkend, beklemmend, scheurend

- bleek, klam, zweten, gevoel flauw te vallen
- uitstraling naar kaak of arm
- bekend met coronaire aandoeningen

Zwanger

aan het bevallen;
trauma en buikpijn;
vaginaal bloedverlies en meer dan zestien
weken zwanger.

Risicogroepen



risicogroep

Bij bepaalde groepen patiënten ben je extra voorzichtig, bijvoorbeeld met oude mensen en jonge kinderen (jonger dan drie maanden). Deze leeftijdsgroepen zijn immers kwetsbaar. Dat kan betekenen dat hun weerstand minder is dan die van mensen in de kracht van hun leven. Chronisch zieken behoren ook tot risicogroepen, want zij hebben een verminderd afweervermogen. Chronisch zieken zijn bijvoorbeeld patiënten met diabetes, astma of COPD, afwijkingen aan de coronaire vaten, nierfunctiestoornissen, kanker of aids. Ook patiënten die bijvoorbeeld chemotherapie of bestralingen ondergaan of corticosteroïden gebruiken, hebben een verminderde weerstand.



verminderde weerstand

Wat betekent het concreet, dat je bij deze patiënten extra voorzichtig bent? Het betekent bijvoorbeeld dat je deze patiënten toch een afspraak geeft of verwijst naar het telefonisch spreekuur, ook al heb je op het eerste gezicht vastgesteld dat je ook zelf adviezen zou kunnen geven.

Contextuele factoren



omstandigheden

Contextuele factoren hebben te maken met de omstandigheden rond de klacht of rond de patiënt. Bijvoorbeeld:

- De duur van de klachten en het beloop ervan. Als klachten erg lang duren of snel verergeren, betekent dat meestal dat er iets geregeld moet worden, ook al ging het aanvankelijk om iets eenvoudigs.
- Andere ziekten of medicijngebruik. Zie bij *Risicogroepen*: je bent voorzichtig met chronisch zieken en patiënten die bijvoorbeeld chemotherapie hebben of bepaalde medicijnen gebruiken.

eerder problemen ontstaan. De combinatie van ongerustheid en niet snappen wat jij zegt, kan ervoor zorgen dat de patiënt uit frustratie boos reageert. In een dergelijke situatie kun je niet goed triage verrichten, waardoor het risico op het nemen van verkeerde beslissingen groter wordt. In die gevallen regel je eerder een afspraak, zodat de huisarts rustig met de patiënt kan praten.

- Ontbrekende mantelzorg. Zie de volgende praktijksituatie.

Praktijksituatie

Mevrouw Janssen, 85 jaar, belt. Je weet dat ze alleen woont. Dat gaat nét: over het algemeen gaat het goed en kan mevrouw Janssen goed voor zichzelf zorgen, maar het is een wankel evenwicht. Er moet bijvoorbeeld niet iets gebeuren waardoor ze minder mobiel wordt, want dan kan ze niet langer voor zichzelf zorgen.

Mevrouw Janssen vertelt dat ze net van de trap is gegleden. 'Niet erg, hoor,' zegt ze, 'het waren maar vier treden en ik kan me nog goed bewegen. Ik heb alleen wel een wond aan mijn been. Die bloedt een beetje.' Eerst vraag je haar wat meer over de val te vertellen om erachter te komen onder welke omstandigheden ze van de trap is gegleden. Was ze misschien duizelig of voelde ze zich niet lekker? Mevrouw Janssen blijkt gevallen te zijn door een losse roe. 'Stom,' zegt mevrouw Janssen, 'had al lang gerepareerd moeten zijn.'

Dan vraag je naar de wond. Het klinkt als een schaafwond die ontstond door contact met de muur. Niet erg dus, maar de wond moet wel verbonden worden.

Ondanks dat het beslist geen spoedgeval is, gaat de huisarts in deze casus – na overleg met jou – in de koffiepauze een visite maken. Hij neemt verbandmiddelen mee.

De contextuele factoren bij mevrouw Janssen zijn: alleen wonen en niemand in de buurt die de schaafwond kan verzorgen. Als je van oude mensen en chronisch zieken weet dat ze niemand hebben die voor hen zorgt, regel je over het algemeen eerder een afspraak of een visite dan bij patiënten die niet alleen wonen.

Stap 4: Het vervolgtraject inzetten



afspraken

Bij triage stel je eerst vragen om te kijken met hoeveel spoed een patiënt geholpen moet worden. Daarna bepaal je het vervolgtraject: wat moet er nu met de patiënt gebeuren? Moet de patiënt op het spreekuur komen? Zo ja, meteen of kan het wachten? Of is het zo erg dat de huisarts (of de ambulance) meteen naar de patiënt toe moet? Of misschien kun je zelf advies geven? In de NHG-TriageWijzer staan voorstellen voor het vervolgtraject. Daarbij wordt onderscheid gemaakt tussen de telefonische triage en de fysieke triage (dan is de patiënt in de praktijk). In de gewone huisartsenpraktijk en op de huisartsenpost maak je daarover afspraken. Er kan bijvoorbeeld afgesproken worden dat de assistent bij U1 altijd met spoed de ambulance belt, terwijl de huisarts met vliegende spoed een visite gaat maken.

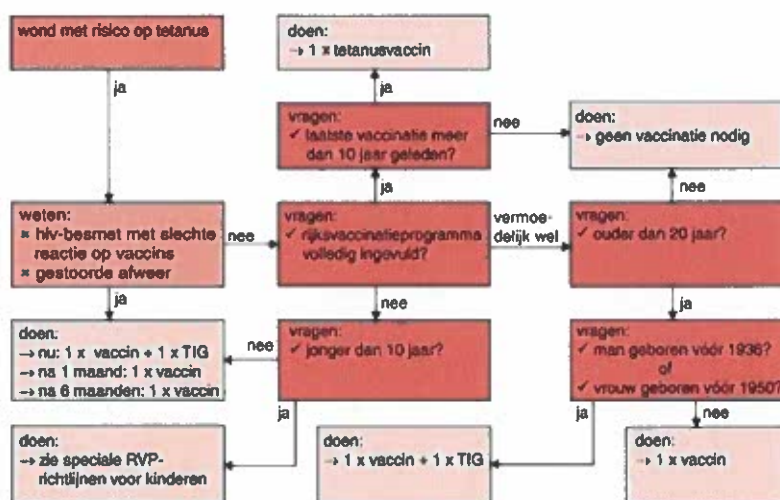
Kader 1.1 Tetanusvaccinatie

Tetanusvaccinatie is nodig bij:

- diepe wonden (bijvoorbeeld steek- en bijtwonden);
- wonden met intern veel stolsels en/of veel dood weefsel;
- tweede- en derdegraads brandwonden.

Tetanusvaccin is de onwerkzaam gemaakte gifstof (toxoid) van de tetanusbacterie. Tetanusserum bevat kant-en-klare antistoffen tegen tetanus (TIG: antitetanusimmunoglobuline, ATS: antitetanusserum).

- Bij een vieze wond moet(en) de injectie(s) binnen 24 uur gegeven worden; bij personen die nog nooit gevaccineerd zijn liefst zo snel mogelijk.
- Bij zwangeren wordt de voorkeur gegeven aan DTP-vaccin boven tetanusvaccin, omdat DTP geen thiomersal bevat (kan in grote hoeveelheden schadelijk zijn voor de vrucht). Ook bij mensen die verre reizen overwegen, kan dit de voorkeur hebben.
- Kinderen zijn onvolledig gevaccineerd totdat zij de derde DKTP-vaccinatie uit het Rijksvaccinatieprogramma hebben gekregen. Onvolledig gevaccineerde kinderen krijgen tetanusimmunoglobuline. Als de voorgaande DKTP-vaccinatie meer dan veertien dagen tevoren gegeven is, geldt het advies de eerstvolgende DKTP-vaccinatie te vervroegen en bij voorkeur binnen een week te geven; dit kan via het consultatiebureau.



Beslisboom tetanusvaccinatie.

1.3 Waarom dit boek?

De volgende hoofdstukken in dit boek geven de medische achtergrond bij de protocollen die in de NHG-TriageWijzer staan. Zo wordt het duidelijker waarom je bepaalde vragen moet stellen en krijg je een dieper inzicht in de klachten waarmee patiënten zich bij je melden. Bij het bestuderen van dit boek moet je het desbetreffende protocol uit de NHG-TriageWijzer erbij nemen.

Voetnoten

- 1 We hebben er in dit boek – uitgezonderd de gedeelten die praktijksituaties beschrijven – voor gekozen de volgende termen uitsluitend in de hij-vorm te

